

PROBLEMY I ZAGROŻENIA
WSPÓŁCZESNEJ RODZINY
TEORIA I BADANIA

PROBLEMY I ZAGROŻENIA WSPÓŁCZESNEJ RODZINY

TEORIA I BADANIA

pod redakcją naukową
Beaty Szluz



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu Rzeszowskiego
RZESZÓW 2017

Recenzowała
dr hab. MARIOLA BIENKO

Redakcja tekstu i korekta
PIOTR CYREK

Redakcja techniczna
EWA KUC

Łamanie
DOROTA KOCZĄB

Projekt okładki
PRZEMYSŁAW POKRYWKA

© Copyright by
Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego
Rzeszów 2017

ISBN 978-83-7996-486-4

1466

WYDAWNICTWO UNIwersYTETU RZESZOWSKIEGO
35-959 Rzeszów, ul. prof. S. Pigonia 6, tel. 17 872 13 69, tel./faks 17 872 14 26
e-mail: wydaw@ur.edu.pl; <http://wydawnictwo.ur.edu.pl>
wydanie I, format B5, ark. wyd. 12,90, ark. druk. 14, zlec. red. 33/2017

Druk: Drukarnia Uniwersytetu Rzeszowskiego

SPIS TREŚCI

WSTĘP (BEATA SZLUZ)	7
ADAM KULCZYCKI	
Kryzys instytucji rodziny i jej przemiany w XX wieku	11
JOANNA WRÓBLEWSKA-SKRZEK	
Kryzys wczesnej dorosłości wyzwaniem dla współczesnej rodziny.....	22
IZABELA KIEŁTYK-ZABOROWSKA	
Funkcjonowanie rodziny w obliczu zjawiska eurosieroctwa	33
NATALIA VARGA, VICTORIA RUEHL	
Wpływ transgranicznej migracji zarobkowej rodziców na socjalizację dzieci	43
KATARZYNA TARKA-RYMARZ	
Rodzina migracyjna w obszarze działań pracownika socjalnego	50
MONIKA STRUCK-PEREGOŃCZYK	
Wpływ rodziny na podejmowanie aktywności zawodowej przez młode osoby niepełnosprawne	63
PAULINA DUBIEL-ZIELIŃSKA	
Kreatywna obecność osób niepełnosprawnych w rodzinie i jej wymiar etyczny	74
BARBARA SKAWINA	
Społeczne problemy rodzin dzieci niepełnosprawnych i z zaburzeniami rozwoju	84
MARGITA SCHMIDTOVÁ, GRÉTKA OSVALDOVÁ	
Dzieci z wadą słuchu w rodzinach wielokulturowych	93
ELŻBIETA CYGNAR, MAREK MIERZYŃSKI, BEATA REJMAN, KRZYSZTOF REJMAN	
Formy pomocy rodzinom z dziećmi upośledzonymi umysłowo na przykładzie działalności Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób Upośledzonych Umysłowo – Koło w Jarosławiu	101
KINGA TUREK	
Działalność Koła PSOUU w Myślenicach, jako stowarzyszenia oferującego pomoc i wsparcie osobom niepełnosprawnym intelektualnie oraz ich rodzinom	113
MÁRIA DÁVIDEKOVÁ	
Social assistance to families with mentally disabled children	127
AGNIESZKA KARPIŃSKA	
Ojciec w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym	136
ANNA CHMIELEWSKA	
Czy młodzież ma prawo czuć się samotna we współczesnym świecie? Wielo- znacznosc poczucia osamotnienia współczesnej młodzieży i właściwa diagnoza tego problemu jako punkt wyjścia w jego rozwiązaniu	147

ADAM RACZKOWSKI

Zjawisko depresji dziecka i nastolatka w rodzinie 162

MARYANA MYKOLAYCHUK

Depresja a stosunki rodzinne: wzajemne oddziaływanie i metody terapii 171

DOMINIKA CYZIO

Dziecko, lęk przed śmiercią i dobrostan osoby umierającej – aspekty etyczne i psychologiczne 181

SABINA LUCYNA ZALEWSKA

Czy rozmawiać z dzieckiem o śmierci? Śmierć jako element ludzkiego życia w aspektach wychowawczych 189

IRYNA DROZD

Pomoc i wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce w latach 2010–2014 206

NOTY O AUTORACH 223

WSTĘP

Rodzina jest dziś przestrzenią przejawiania się sprzeczności i zjawisk, co stawia ją przed wieloma wyzwaniami, zmuszając i mobilizując ją do poszukiwania nowych sposobów radzenia sobie z nimi. Polimorficzność problemów doświadczanych przez rodzinę i małżeństwo ma często charakter konsolidacyjny, związany z wielością uwarunkowań. Nie jest możliwe, aby w jednej publikacji przedstawić wszystkie problemy, z jakimi przychodzi borykać się współczesnej rodzinie. Teksty zebrane w niniejszym tomie prezentują autorskie spojrzenia, pozwalające na ukazanie wybranych problemów rodziny: doświadczającej konsekwencji procesu migracji, kryzysu wczesnej dorosłości, niepełnosprawności, a także choroby i śmierci. Pojawiły się głosy dotyczące pomocy i wsparcia rodziny, a także propozycji działań instytucji i organizacji pozarządowych na rzecz osób niepełnosprawnych.

Rozważania rozpoczyna artykuł przygotowany przez Adama Kulczyckiego noszący tytuł „Kryzys instytucji rodziny i jej przemiany w XX wieku”, w którym autor w oparciu o literaturę zobrazował przemiany oraz podjął próbę dyskusji i poszukiwań w zakresie zaakcentowanego w tytule kryzysu rodziny. Joanna Wróblewska-Skrzek skupiała swoją uwagę na kryzysie wczesnej dorosłości w sferze życia rodzinnego. W świetle danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Eurostatu odniosła się do obserwowanych w krajach europejskich i w Polsce tendencji w zakresie zamieszkiwania młodych dorosłych z rodzicami, opóźniania decyzji dotyczących zawarcia związku małżeńskiego i urodzenia dziecka oraz sytuacji na rynku pracy.

Badacze zaprezentowali problematykę procesu migracji i jego znaczenia w kontekście funkcjonowania rodziny. Izabela Kiełtyk-Zaborowska przygotowała artykuł pt. „Funkcjonowanie rodziny w obliczu zjawiska eurosieroctwa”. Natalia Varga i Victoria Ruehl w tekście noszącym tytuł „Wpływ transgranicznej migracji zarobkowej rodziców na socjalizację dzieci”, na przykładzie rodzin migracyjnych z Ukrainy wskazały na negatywne aspekty wyjazdu rodziców za granicę oraz problemy w realizacji funkcji rodziny. Znalazło to także odzwierciedlenie w trudnościach socjalizacyjnych dzieci. Z kolei Katarzyna Tarka w artykule „Rodzina migracyjna w obszarze działań pracownika socjalnego” odniosła się do rodzin migracyjnych i trudności, których one doświadczają w codziennej egzystencji oraz roli pracownika socjalnego w obszarze wsparcia rodziny migracyjnej. Na podstawie wyników własnych badań autorka wskazała na najczęstsze problemy, z którymi bory-

kają się członkowie rodzin migracyjnych oraz sposoby pomocy oferowane przez pracowników socjalnych.

Monika Struck-Peregończyk podjęła problematykę aktywności zawodowej młodych osób z niepełnosprawnością. W świetle wyników własnych badań dokonała analizy wpływu rodziny osoby z niepełnosprawnością na poziom jej aktywności na rynku pracy. Tematykę dotyczącą osób niepełnosprawnych kontynuują w swoich rozważaniach: Paulina Dubiel-Zielińska – „Kreatywna obecność osób niepełnosprawnych w rodzinie i jej wymiar etyczny”, Barbara Skawina – „Społeczne problemy rodzin dzieci niepełnosprawnych i z zaburzeniami rozwoju”, a także Margita Schmidtová, Grétka Osvaldová – „Dzieci z wadą słuchu w rodzinach wielokulturowych”.

Elżbieta Cygnar, Marek Mierzyński, Beata Rejman i Krzysztof Rejman skoncentrowali się na działaniach pomocowych skierowanych do rodzin dzieci z niepełnosprawnością, podejmowanych przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Upośledzonych Umysłowo – Koło w Jarosławiu. Autorzy zwrócili uwagę na bogactwo i zróżnicowanie form pomocy, uwzględniających potrzeby lokalnego środowiska osób z niepełnosprawnością i ich rodzin. Zdaniem autorów działania te nie tylko przyczyniają się do pogłębienia wiedzy rodziców i umiejętności niezbędnych do opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością, pozwalają także zapobiegać zjawisku wypalenia rodzicielskiego i niejednokrotnie rozpadowi rodziny. Kinga Turek podjęła problematykę pomocy świadczonej osobom z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzinom przez organizacje pozarządowe. Na przykładzie działalności Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym – Koło w Myślenicach, prowadzącego Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy, Oddział Wczesnego Wspomagania Rozwoju oraz Oddział Wsparcia dla Dorosłych, autorka zaprezentowała różne formy pomocy prowadzone w środowisku lokalnym w zakresie wsparcia kierowanego do osób z tym rodzajem niepełnosprawności oraz ich rodzin. Na problem przeciwdziałania izolacji i osamotnieniu rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością zwróciła uwagę Mária Dávideková. Autorka podkreśliła konieczność podejmowania w ramach pomocy społecznej różnorodnych działań, których celem jest pomaganie w rozwiązywaniu codziennych problemów, przy równoczesnej dostępności rodzin do tego typu wsparcia oraz dostosowaniu do indywidualnych potrzeb. Z kolei Agnieszka Karpińska napisała artykuł na temat „Ojciec w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym”.

Anna Chmielewska podjęła próbę odpowiedzi na pytanie „Czy młodzież ma prawo czuć się samotna we współczesnym świecie? Wieloznaczność poczucia osamotnienia współczesnej młodzieży i właściwa diagnoza tego problemu jako punkt wyjścia w jego rozwiązaniu”. Problematyka depresji

stała się centrum zainteresowania kolejnych autorów. Adam Raczkowski przedstawił artykuł pt. „Zjawisko depresji dziecka i nastolatka w rodzinie”, a Maryana Mykolaychuk tekst pt. „Depresja a stosunki rodzinne: wzajemne oddziaływanie i metody terapii”.

Tematyka śmierci została podjęta przez Dominikę Cyzio w artykule na temat „Dziecko, lęk przed śmiercią i dobrostanem osoby umierającej. Aspekty etyczne i psychologiczne”. Sabina Lucyna Zalewska w swoim artykule postawiła pytanie dotyczące potrzeby rozmowy z dzieckiem o śmierci. Wskazała na aspekt pedagogiczny takiej rozmowy poprzez ukazanie śmierci jako elementu ludzkiego życia. Autorka zaprezentowała wyniki własnych badań.

Pomocy i wsparciu osób z zaburzeniami psychicznymi poświęcony jest artykuł Iryny Drozd. Analizując dane GUS oraz ustawę o pomocy społecznej z 2004 r., autorka skoncentrowała się na rozwiązaniach stosowanych w pracy socjalnej z wyróżnioną grupą klientów, równocześnie wskazując na trudności pojawiające się w wielu obszarach oraz potrzebę współpracy pomiędzy służbą zdrowia a instytucjami pomocy społecznej.

Wzrastające zainteresowanie problemami rodziny nakłania badaczy do debaty. Stanowi również wyraz troski o tę „wspólnotę życia i miłości”. Tworzący tę książkę autorzy podjęli próbę ukazania zagrożeń i trudności, które napotyka współczesna rodzina, mając na celu poszukiwanie propozycji wspierania jej, a także wniesienie wkładu do toczącej się dyskusji.

Beata Szluz

JOANNA WRÓBLEWSKA-SKRZEK

KRYZYS WCZESNEJ DOROSŁOŚCI WYZWANIEM DLA WSPÓŁCZESNEJ RODZINY

Dorosłość wiąże się z osiągnięciem określonego statusu społecznego, co z kolei nakłada na jednostkę zespół określonych ról i oczekiwań. W społeczeństwach tradycyjnych adolescencja była związana z osiągnięciem dojrzałości biologicznej, społecznej i ekonomicznej, przez jednostkę, a poszczególne etapy przejścia były definiowane społecznie. Jak pisze Anthony Giddens, „przemiany w życiu jednostek zawsze wiązały się z koniecznością psychicznej reorganizacji, która w kulturach tradycyjnych często przyjmowała zrytualizowaną postać rytuałów przejścia” (Giddens 2010: 53). Wejście w dorosłość było wyraźnie zaznaczone. We współczesnych społeczeństwach trudno wskazać moment życia w biografii młodych, który w sposób jednoznaczny wskazywałby na osiągnięcie adolescencji. Obecnie obserwujemy odejście od jasno sprecyzowanych zasad i ról na rzecz wolności, autokreacji i indywidualnych wyborów. W rezultacie w kulturze Zachodu trudno wyznaczyć moment w życiu jednostki, który jednoznacznie wskazywałby na osiągnięcie dorosłości. Cechą dorosłości jest umiejętność podejmowania ważnych życiowo decyzji wraz ze wszystkimi ich konsekwencjami. Współcześnie obserwujemy brak owej umiejętności w skali życia jednostek, co wywołuje ogromne konsekwencje dla funkcjonowania rodziny i całego społeczeństwa.

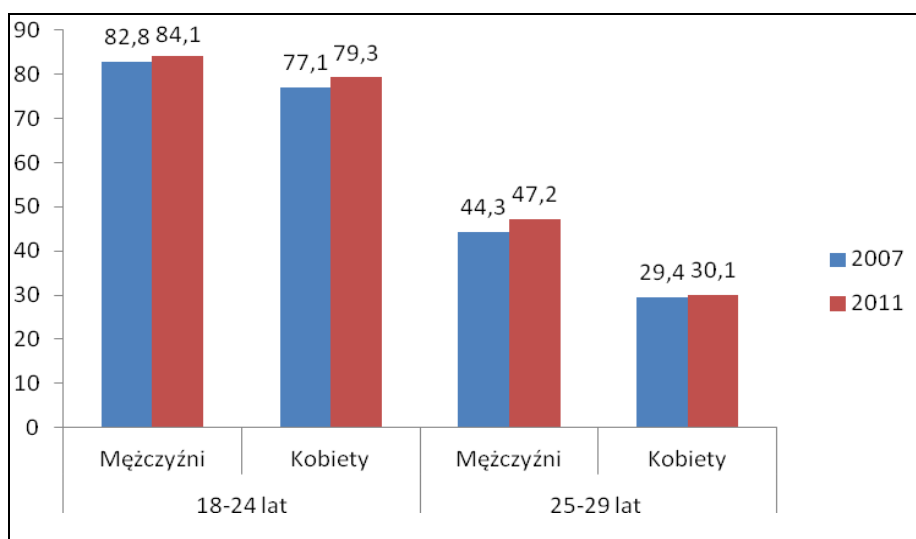
Według Ulricha Becka (2004) zmiana w doświadczeniu młodości przejawia się w jej przedłużeniu, będącym wynikiem uszkolnienia (dłuższy okres kształcenia) w niepewnej sytuacji życiowej, związanej z wejściem na rynek pracy, a także w różnorodności dokonującego się przejścia w dorosłe życie, co stanowi podstawę wykreowania się nowego etapu życia, jakim jest wschodząca dorosłość, której istotą jest właśnie zawieszenie decyzji autokreacyjnych. Podejmując tematykę wschodzącej dorosłości¹ wybitny psycholog Jeffrey Jensen Arnett analizuje dylematy tożsamościowe młodego człowieka, które wynikają ze splotu trzech płaszczyzn: miłości, pracy i światopoglądu (Arnett 2000: 473). Formowanie się tożsamości młodego człowieka wiąże się z podejmowaniem różnych prób i możliwości, które stopniowo przekształcają się w trwałe decyzje i wybory. Wschodząca dorosłość stanowi zatem rezultat

¹ Autorka stosuje zamiennie terminy „wczesna dorosłość”, „wschodząca dorosłość”, „młody dorosły”.

problemów wynikających z ograniczeń samorealizacyjnych młodego pokolenia oraz cech ponowoczesnego świata, w tym także ze współczesnych zmian na rynku pracy (Arnett za: Wysocka 2013: 77).

ZAMIESZKIWANIE W DOMU RODZINNYM

Odkładanie w czasie decyzji kreacyjnych jak tworzenie własnej rodziny (związek, dziecko) przekłada się na dłuższe przebywanie w rodzinie pochodzenia (w gospodarstwie domowym rodziców), czyli zajmowania pozycji dziecka w rodzinie. Zmiany zachowań dotyczących tworzenia rodziny (związek, rodzicielstwo) i opuszczania domu rodzinnego określają tzw. przejście do dorosłości. Demografowie na ogół odwołują się do ujęcia mającego za podstawę określone zdarzenia demograficzne (*event-based concept*): opuszczanie domu rodzinnego, tworzenie związku (kohabitacja, małżeństwo), urodzenie pierwszego dziecka. Koncepcja ta może obejmować także zakończenie edukacji formalnej i wejście na rynek pracy (Kotowska, Józwiak 2012: 22).



Wykres 1. Mieszkanie z rodzicami wg wieku i płci (%)

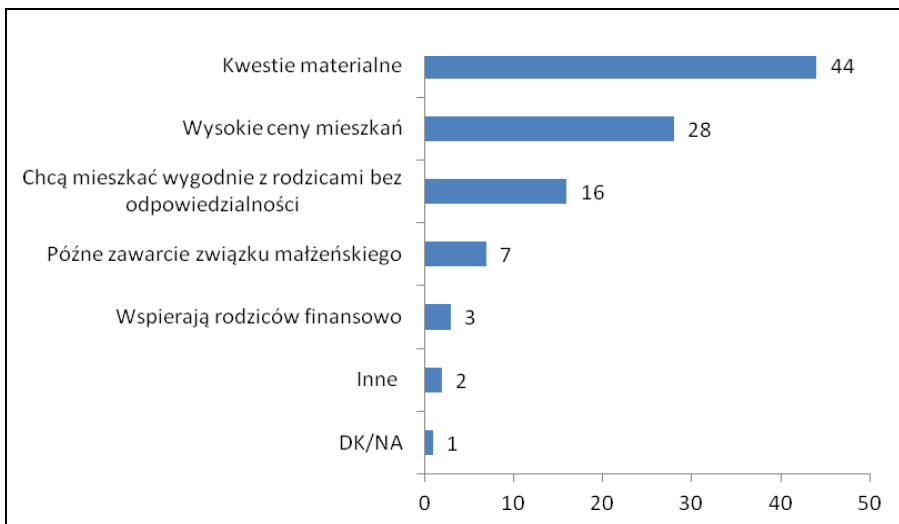
Źródło: obliczenia własne na podstawie Eurostat (2015).

Jak pokazują zgromadzone dane w 2007 r., aż 52,9% młodych dorosłych w wieku 20–29 lat mieszkało ze swoimi rodzicami, w roku 2011 już 55,4%, a w 2014 r. – 56%. Jak widać na wykresie 1, odsetek młodych dorosłych,

którzy zamieszkują wraz z rodzicami wzrósł w obu grupach wiekowych, zarówno w grupie 18–24 lata (formalny czas studiowania) oraz w grupie 25–29 lat, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Niemniej jednak młodzi mężczyźni zamieszkują ze swoimi rodzicami częściej niż młode kobiety.

Porównując sytuację w roku 2007 i 2011 w wybranych krajach Unii Europejskiej widać znaczące różnice. Największy wzrost odsetka młodych dorosłych zamieszkujących wraz z rodzicami obserwujemy na Węgrzech (+36%), na Słowenii (+21%), na Litwie (+17%) i w Polsce (+15%). Jednocześnie w niektórych krajach rośnie liczba osób (w wieku 18–29 lat), które mieszkają samotnie – głównie w Holandii, Finlandii i we Francji. Ponadto coraz częściej młodzi dorośli zakładają swoje rodziny w ramach domu rodzinnego.

Młodzi dorośli mieszkający wraz z rodzicami wpisują się w znacznie szerszą problematykę społeczną, określaną mianem *boomerang kid* lub pokoleniem bumerang. Poprzez określenie pokolenie *boomerang* należy rozumieć młodych dorosłych, którzy mimo osiągnięcia pełnoletniości pozostają lub wracają (po zakończeniu edukacji formalnej lub w wyniku rozwodu) do domu rodzinnego (Mitchell 2006: 159). Jest to bardzo niepokojące zjawisko, które należy analizować wieloaspektowo, poprzez pryzmat czynników psychologicznych, demograficznych, ale przede wszystkim ekonomicznych.



Wykres 2. Główne powody, dla których młodzi ludzie nie opuszczają domu rodziców (%)

Źródło: obliczenia własne na podstawie: Raport Flash Eurobarometer (2007).

Jak pokazują badania Eurobarometru (wykres 2), sami zainteresowani zapytani o powody przedłużającego się zamieszkiwania u rodziców wymie-

nią pięć głównych kategorii. Po pierwsze, kwestie materialne, aż 44% nie może pozwolić sobie na wyprowadzkę ze względów finansowych. Kolejną przeszkodą w usamodzielnieniu młodych ludzi (28%) są wysokie ceny mieszkań. Obok kwestii materialnych pojawiają się także aspekty osobowościowe. Młodzi ludzie po prostu nie chcą rezygnować z wygodnego życia i brać odpowiedzialności związanej z samodzielnym mieszkaniem (16%), coraz później decydują się na małżeństwo, co skutkuje dłuższym pozostawaniem w domu rodzinnym (7%). Jedynie 3% z młodych dorosłych mieszka z rodzicami, gdyż wspiera ich finansowo.

Najwięcej zastrzeżeń może budzić stwierdzenie, że młodzi dorośli mieszkają wraz z rodzicami ze względów finansowych. Jak pokazują badania Eurobarometru – niestety, jest to prawda. Jedynie dla 43% młodych dorosłych głównym źródłem dochodu jest ich regularna praca, dla 31% główne źródło utrzymania stanowi dochód partnera/partnerki, a dla 10% praca tymczasowa. Dla około 5% głównym źródłem dochodu są zasiłki, a dla 7% stypendia i granty naukowe (Eurobarometr 2007: 25). Wniosek jest jednoznaczny, młodzi dorośli nie mogą zakładać samodzielnych gospodarstw domowych gdyż ich na to nie stać. Sytuacja mieszkaniowa młodych dorosłych wynika jednoznacznie z ich statusu ekonomicznego.

Nie dziwi zatem fakt, że wchodząc w dorosłość młodzi ludzie narażeni są na wiele więcej napięć i niedoborów niż jakakolwiek inna grupa społeczna. Trudności materialne czy mieszkaniowe wynikają z trudności w znalezieniu stabilnej, pełnoetatowej pracy, co wynika z faktu, iż dopiero zaczynają swoje kariery zawodowe, często kontynuując naukę.

SYTUACJA MŁODYCH NA RYNKU PRACY

Sytuacja młodych dorosłych na rynku pracy jest bardzo trudna. Według unijnego urzędu statystycznego Eurostat bez pracy jest około 5 mln młodych mieszkańców UE, a ponad 7,5 mln nie pracuje, nie kształci się i nie szkoli. Szczególnie dramatyczna sytuacja na rynku pracy dla młodego pokolenia panuje w takich krajach, jak Hiszpania, Włochy czy Grecja. Polska wypada lepiej niż kraje Europy południowej, ale mimo wszystko charakteryzuje się wyższymi wartościami bezrobocia niż średnie unijne. Ponadto, jak pokazują dane Eurostatu, stopa bezrobocia wśród młodych dorosłych jest wyższa niż średnia stopa bezrobocia, ponadto kryzys ekonomiczny dotknął młodych znacznie mocniej niż inne grupy wiekowe (Eurostat 2015).

Nawiązując do danych z 2007 r. i 2011 r. zauważymy, że stopa bezrobocia wśród młodych dorosłych wzrosła z 15% do 21% (Eurostat 2015). Wzrost

stopy bezrobocia zauważamy także w europejskich badaniach jakości życia EQLS (tabela 1). W przypadku młodych dorosłych w wieku 18–29 lat, odsetek bezrobotnych w 2011 roku podwoił się w stosunku do roku 2007 i to zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Spadł natomiast odsetek zatrudnionych. W przypadku mężczyzn w 2007 roku wynosił on 59%, a w przypadku kobiet 53%, natomiast już w roku 2011 wynosił odpowiednio 52% i 46%.

Tabela 1. Status zatrudnienia ludzi młodych w roku 2007 i 2011 (%)

	Mężczyźni w wieku 18–29 lat		Kobiety w wieku 18–29 lat	
	2007 r.	2011 r.	2007 r.	2011 r.
Zatrudnieni	59	52	53	46
Uczący się	31	29	27	31
Bezrobotni	7	14	9	14
Bierni	3	4	11	10

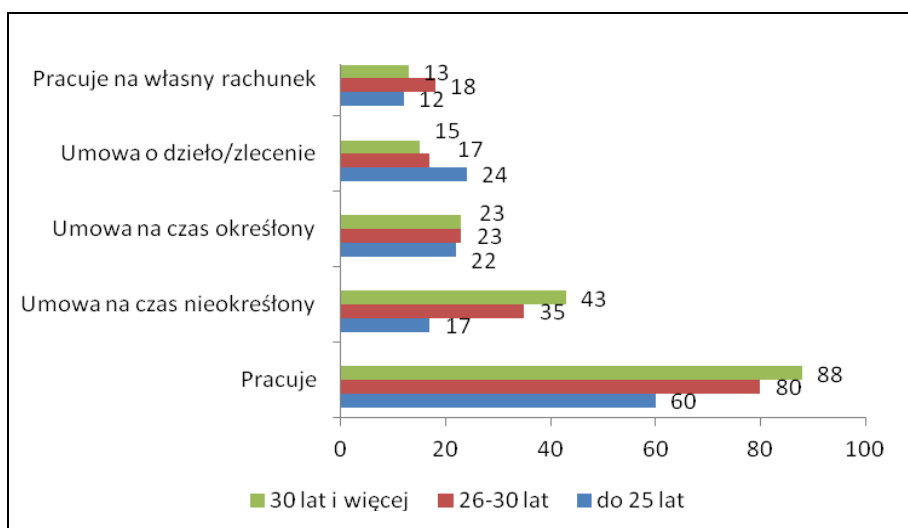
Źródło: EQLS.

Nie ulega wątpliwości, że możliwość usamodzielnienia się i rozpoczęcia niezależnego, dorosłego życia jest bardzo mocno skorelowane z sytuacją ekonomiczną młodych dorosłych. Jak pokazują dane Eurostatu, około 60% młodych dorosłych w wieku 18–29 lat, którzy pracują, mieszka samodzielnie, z partnerem lub/i dzieckiem, jedynie 1/3 z nich mieszka z rodzicami i tylko 7% ze swoją rodziną w domu rodzinnym. Podczas gdy 2/3 bezrobotnych i 1/2 uczących się młodych dorosłych mieszka z rodzicami.

Dodatkowym problemem uniemożliwiającym samodzielny start i budowanie własnej sytuacji zawodowej i rodzinnej są tak zwane umowy śmieciowe. Jak pokazują badania (wykres 3), do 25. roku życia najczęściej pracujemy w ramach umowy śmieciowej (24%). W grupie wieku 26–30 lat, aż 17%, a po 30. roku życia aż 15% zatrudnionych także pracuje w ramach umowy śmieciowej. Zatrudnieni na podstawie umowy o dzieło lub zlecenie (tzw. śmieciówki) nie mają żadnego ubezpieczenia oraz ochrony pracy, płacy ani prawa do urlopu. Młodzi dorośli bez stałego etatu nie mają szans na kredyt mieszkaniowy, dlatego też odkładają decyzję o założeniu rodziny i budowaniu własnego gospodarstwa domowego. Brak stałego etatu to permanentny brak stabilizacji, co bardzo mocno przekłada się na jakość budowanych relacji społecznych.

Moment wejścia na rynek pracy oraz charakter otrzymanej umowy jest bardzo mocno uzależniony od momentu zakończenia formalnej edukacji, która obecnie trwa coraz dłużej (wykres 4). Rynek pracy jest jednym z podstawowych odbiorców efektów systemu edukacji. Szanse na zatrudnienie i rozpoczęcie aktywności zawodowej zależą od ścieżki edukacyjnej, jaką wy-

bierze jednostka, jej kompetencji i doświadczenia. Oferowane przez instytucje edukacyjne programy nauczania, kształtują zarówno kompetencje ogólne oraz pozwalają na uzyskanie konkretnych kwalifikacji, w tym zawodowych poszukiwanych przez pracodawców. Wchodzenie młodych osób na rynek pracy zależy także od wielkości i struktury popytu na pracę, który zależy od wielu czynników jak: zmiany gospodarcze i polityczne, rozwój nowoczesnych technologii oraz globalnych rynków finansowych.

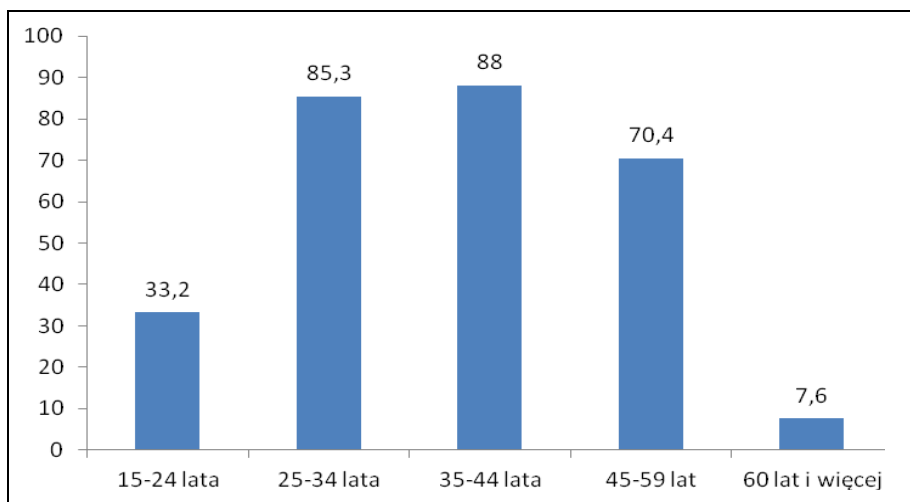


Wykres 3. Rodzaj zatrudnienia w grupach wieku (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Raport *Finansowy portret młodych* (2014).

Analiza sytuacji młodych dorosłych na rynku pracy nasuwa dwubiegowe ujęcie problemu. Po pierwsze, młodzi dorośli, którzy pracują mimo kontynuowania nauki lub po jej zakończeniu. Po drugie, młodzi dorośli, którzy nie podejmują aktywności zawodowej, bo kontynuują naukę bądź czynią to, mimo że ją już zakończyli. Brak aktywności zawodowej może wynikać: z faktu kontynuowania nauki, z niekorzystnej sytuacji na rynku pracy, z braku dostatecznych kwalifikacji oraz z braku zainteresowania podjęciem aktywności zawodowej.

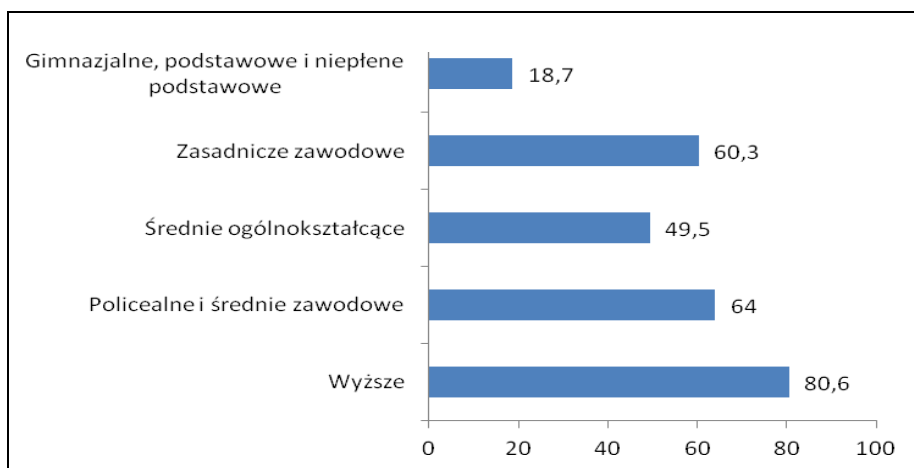
Jak pokazują dane, ponad 33% osób w wieku 15–24 lat jest aktywnych zawodowo, natomiast w grupie wieku 25–34 lat ponad 85% pracuje zawodowo. Wysoka aktywność zawodowa rozpoczyna się wraz z ukończeniem 25 lat, czyli z momentem zakończenia edukacji formalnej. Niemniej jednak nie jest to tak jednoznaczne, gdyż znaczny odsetek młodych dorosłych w tym wieku w dalszym ciągu pozostaje bierny zawodowo.



Wykres 4. Współczynnik aktywności zawodowej wg wieku (% z ogółu), 2015 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie BAEL.

Najczęściej pracują osoby, które (wykres 5) mają konkretny zawód (60,3%) lub wykształcenie wyższe (80,6%), dlatego dopasowanie oferty edukacyjnej do rynku pracy jest niezwykle istotne. Można oczekiwać, że zapotrzebowanie na absolwentów studiów wyższych będzie rosło, a wykształcenie wyższe będzie coraz bardziej warunkiem koniecznym, a nie tylko warunkiem dostatecznym sukcesów na rynku pracy.



Wykres 5. Współczynnik aktywności zawodowej wg wykształcenia (%), 2015 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie BAEL.

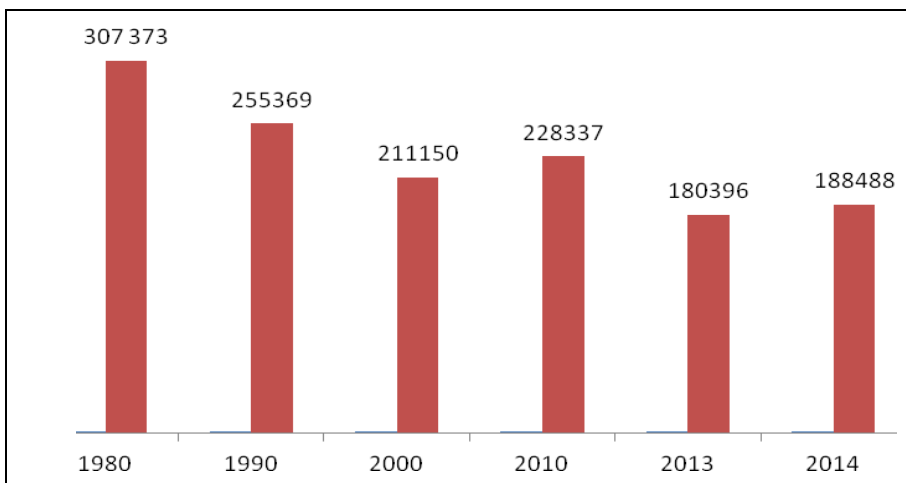
ZAKŁADANIE WŁASNEJ (SAMODZIELNEJ) RODZINY

Coraz częstsze i dłuższe zamieszkiwanie wraz z rodzicami, spowodowane między innymi brakiem stabilnego zatrudnienia, co z kolei jest spowodowane trudnościami na rynku pracy bądź wydłużaniem okresu edukacji, skutkuje odkładaniem w czasie decyzji matrymonialnych i prokreacyjnych. Jak pokazują dane Eurostatu, młodzi ludzie bardzo cenią sobie wsparcie przyjaciół i rodziny, ale budowanie własnych związków odkładają w czasie. Z roku na rok maleje liczba zawieranych związków małżeńskich (wykres 6), a jeśli są one zawierane, to dzieje się to znacznie później. W roku 1980 zawarto ponad 300 tys. małżeństw, w roku 2000 ponad 200 tys., a w roku 2014 już tylko 180 tys.

Na przestrzeni ostatnich lat zwiększa się także wiek nowożeńców. Na początku lat 90. ponad połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie osiągała wieku 25 lat, w 2012 roku – już tylko niespełna 1/5 (w 2000 r. – było ich jeszcze ok. 42%). Wśród kobiet udział ten zmniejszył się z 73% w 1990 r. do 62% w 2000 r., a obecnie wynosi 36%. Najczęściej mężczyźni żenią się „przed trzydziestką”. W 2012 r. ich średni wiek (mediana) zawierania małżeństwa wynosił 28 lat, tj. o ponad 3 lata więcej niż na początku lat 90. (w 2000 r. mieli średnio po niespełna 26 lat). Panny młode też są starsze, w 2012 roku miały średnio 26 lat, wobec niespełna 23 lat na początku lat 90. i prawie 24 lat w 2000 roku. Nastąpiło przesunięcie wieku najczęstszego zawierania małżeństwa z grupy 20–24 do 25–29 lat, której udział (mężczyźni i kobiety razem) wynosi obecnie 42% (w 1990 r. – ok. 20%, a w 2000 r. – 28%). Nowożeńcy w miastach są o ok. 1,5 roku starsi od mieszkających na wsi (GUS 2016). Ponadto około 2% populacji deklaruje pozostawanie w związkach nieformalnych (GUS 2016).

Liczba małżeństw zmniejsza się także w innych krajach Unii Europejskiej. W 2011 r. w UE ponad 2,1 mln par zawarło związek małżeński, tj. o prawie 0,4 mln mniej niż w 2000 r. Współczynnik małżeństw wyniósł 4,2% – w stosunku do 5,2% w 2000 r. Najwyższe współczynniki małżeństw wśród państw członkowskich UE odnotowuje Litwa (6,9% w 2013 r.), Cypr (6,4%) i Malta (6,1%), a najniższe są w Bułgarii i Słowenii (3,0%), Portugalii (3,1%) oraz we Włoszech i Luksemburgu (3,2%). Polska ze współczynnikiem 4,7% mieści się w pierwszej dziesiątce krajów o najwyższym współczynniku małżeństw. Zwiększył się także wiek zawierania małżeństw (o 1–4 lata w stosunku do obserwowanego w różnych krajach w 2000 r.). Zgodnie z danymi przedstawianymi przez kraje UE, średni wiek zawarcia pierwszego małżeństwa (średnia arytmetyczna) dla mężczyzn wyniósł co najmniej 30 lat we wszystkich państwach członkowskich UE, z wyjątkiem Polski (29,0 lat), Litwy (29,5 lat) i Rumunii (29,7 lat). Najwyższa średnia wieku dla mężczyzn

została odnotowana w Szwecji (35,7 lat), a także w Danii, Hiszpanii i we Włoszech (ok. 34 lata). Dla kobiet najniższy wiek zawarcia pierwszego małżeństwa odnotowano w Rumunii (26,3 lat), Polsce (26,6) i Bułgarii (26,7), natomiast najwyższy w: Irlandii (ponad 34 lata) oraz w Szwecji (33,0) i Hiszpanii (32,2). Jak wynika z przytoczonych danych, mężczyźni zawierający małżeństwo są na ogół starsi od kobiet o ok. 2–3 lata. Wyjątkiem jest Irlandia, gdzie – statystycznie – pan młody był młodszy od swej przyszłej żony o prawie rok (Eurostat 2015).



Wykres 6. Małżeństwa zawarte w latach 1980–2014

Źródło: obliczenia własne na podstawie GUS (2014).

Ponadto od lat 90. ubiegłego wieku obserwujemy przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20–24 lata do grupy 25–29 lat, a także znaczący wzrost płodności w grupie wieku 30–34 lata. W konsekwencji nastąpiło podwyższenie (w szczególności w minionych 10 latach) mediany wieku kobiet rodzących dziecko, która w 2012 r. wyniosła 29 lat wobec 26,1 lat w 2000 r. (w 1990 r. niewiele mniej, bo 26 lat). Zwiększył się także w tym okresie średni wiek urodzenia pierwszego dziecka z 23,7 do 27,0 lat, tj. o ponad 3 lata (w 1990 r. wynosił 23 lata) (GUS 2013).

Podobnie kształtuje się sytuacja w Unii Europejskiej. W 2013 r. kobiety w UE miały przeciętnie 28,7 lat, gdy zostawały matkami po raz pierwszy. Najmłodsze matki rodzące swoje pierwsze dziecko to mieszkanki Bułgarii (25,7 lat) i Rumunii (25,8), a najstarsze – Włoch (30,6) i Hiszpanii (30,4). Z porównania danych z roku 2013 i 2000 wynika, że wśród mieszanek państw członkowskich UE średni wiek matek w momencie urodzenia pierw-

szego dziecka wzrósł o około 1–3 lata (najwięcej w Czechach, Estonii, na Cyprze, Litwie, Węgrzech i Słowacji), podczas gdy w Wielkiej Brytanii matki są obecnie o prawie rok młodsze (Eurostat 2015).

* * *

Współcześnie trajektoria życia młodego pokolenia kształtuje się wedle innych zasad, niż przebiegało to w społeczeństwie tradycyjnym, w którym obowiązywały jasno określone standardy społeczne wyznaczające bieg życia jednostki. Zaobserwowane zmiany możemy określić jako przejście od jasno określonych kryteriów osiągnięcia adolescencji po zawieszenie decyzji kreacyjnych. To, co charakteryzuje współczesne młode pokolenie, to coraz częstsze i dłuższe zamieszkiwanie wraz z rodzicami, brak stabilnego zatrudnienia, opóźnienie i trudności w wejściu na rynek pracy, spowodowane głównie przez wydłużanie okresu edukacji oraz odkładanie w czasie decyzji matrymonialnych i prokreacyjnych.

Obserwowane zmiany, to efekt wyboru dokonywanego przez młode pokolenia Polaków i Europejczyków, którzy decydują się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem (około 30-tki) na założenie rodziny oraz jej powiększenie. Przesuwanie lub rozciąganie w czasie najważniejszych zadań życiowych bardzo niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie rodziny, jak i całego społeczeństwa. Im dłużej się kształcimy, tym później podejmujemy pierwszą pracę, tym później lub wcale nie zakładamy własnego gospodarstwa domowego, co w rezultacie skutkuje odkładaniem decyzji matrymonialnych, ich brakiem lub budowaniem alternatywnych form życia rodzinnego, często z jednym dzieckiem lub bez dziecka – co jest efektem wyboru, jak i ograniczeń natury biologicznej z tytułu wieku kobiety. Podłożem strukturalnej zmiany w doświadczaniu młodości jest ponowoczesność i zmiany, jakie ona ze sobą niesie.

BIBLIOGRAFIA

- Arnett J.J. (2000), *Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties*, „American Psychologist”, 55/5.
- Beck U. (2004), *Spółczesność ryzyka*, Warszawa.
- Eurostat (2015), *Marriage and birth statistics – new ways of living together in the EU*, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriage_and_birth_statistics_-_new_ways_of_living_together_in_the_EU [25.05.2016].
- Giddens A. (2010), *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późniejszej nowoczesności*, Warszawa.

- GUS (2014), *Rocznik Demograficzny Polski 2014*, Warszawa.
- GUS (2016), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 r.*, Warszawa.
- Kotowska E.I., Józwiak J. (2012), *Nowa demografia Europy a rodzina*, „Rocznik Kolegium Analiz Ekonomicznych”, 28.
- Mitchell B.A. (2006), *The Boomerang Age from Childhood to Adulthood: Emergent Trends and Issues for Aging Families*, „Canadian Studies in Population”, 33/2.
- Raport Eurofound (2014), *Social situation of young people in Europe*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Raport Eurofound (2015), *Social inclusion of young people*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Raport *Finansowy Portret Młodych* (2014), Millword Brown na zalecenie Krajowego Rejestru Długów, Biura Informacji Gospodarczej, Wrocław.
- Raport Flash Eurobarometer (2007), *Young Europeans: A survey among young people aged between 15 and 30 in the European Union – Analytical Report*, The Gallup Organization, No 202.
- Wysocka E. (2013), *Wschodząca dorosłość a tożsamość młodego pokolenia – współczesne zagrożenia dla kształtowania tożsamości. Analiza teoretyczna i empiryczne egemplifikacje*, „Colloquium”, 1.

THE CRISIS OF EARLY ADULTHOOD CHALLENGE FOR THE MODERN FAMILY

Summary

Adulthood is associated with the achievement of certain social status, which in turn requires the entity group defined roles and expectations. In traditional societies, adolescence was associated with a maturity of biological, social and economic entity, and the various stages of transition were defined socially. In the words of Anthony Giddens “transformation in the lives of individuals always involved the necessity of mental reorganization, which in traditional cultures often accepted ritualized form of rites of passage” (Giddens 2010: 53). Entry in to adulthood was clearly marked. In modern societies it is difficult to indicate a moment of life in the biography of the young, which clearly pointed to the achievement adolescence. A feature of adulthood is the ability to make important decisions in life with all its consequences. Today we observe this lack of skills on a scale of living units which causes enormous consequences for the functioning of the family and society. More and subsequent lowering of the family home, deposition decisions in matrimonial and procreation are just some of the issues that will be addressed in the article, no less. Based on existing data from the Central Statistical Office and Eurostat will try to bring the crisis and define adulthood.

Keywords: emerging adulthood, young generation, modern family

IZABELA KIEŁTYK-ZABOROWSKA

FUNKCJONOWANIE RODZINY W OBLICZU ZJAWISKA EUROSIEROCTWA

EUROSIEROCTWO, EUROSIEROTA – PRÓBA ZDEFINIOWANIA POJĘĆ

„Eurosieroctwo” to termin pojawiający się w wielu publikacjach podejmujących problematykę tego zjawiska. Badacze poddają analizie jego znaczenie z uwagi na sytuację, w jakiej znalazła się rodzina po wyjeździe jednego z rodziców poza granicę kraju lub obojga rodziców w celach zarobkowych. Odnosi się do małoletnich dzieci, pozostawionych pod opieką jednego z rodziców, dziadków lub dalszej rodziny.

Eurosieroctwo stało się w ostatnich latach pojęciem szeroko rozpowszechnionym w mediach, prasie, opracowaniach naukowych. W literaturze przedmiotu stosuje się czasami inne określenia, zamiennie dla tego zjawiska.

Zastępczym pojęciem pojawiającym się w publikacjach jest określenie „rodziny czasowo niepełne” (Fojcik 2007: 12). Oznacza rodzinę, w której jeden z rodziców przebywa przez określony czas poza domem, często nieobecność ta jest cyklicznie powtarzana. Jednak czas ten nie stanowi o funkcjonowaniu tego określenia, albowiem w takich rodzinach czas pobytu rodzica za granicą jest bardzo zróżnicowany, od kilku tygodni, do kilku miesięcy czy nawet lat. Z kolei T.E. Olearczyk (2008: 108), mówi o „rodzinie rozłączonej”.

W opinii E. Zawiszy-Masłyk (2008: 41), „eurosieroctwo [to] – czasowe pozostawienie dziecka w kraju, pod opieką dorosłych osób trzecich (...), spowodowanego przez wyjazd obojga rodziców za granicę (na terenie Europy) w celach zarobkowych z zachowaniem utrzymania z dzieckiem stałych komunikatów: telefonicznych, poprzez komunikaty internetowe, listownych”. Czas, jaki rodzic spędza na rozmowach z dzieckiem, wykorzystując technologię informatyczną nie wynagrodzi jego nieobecności w domu, chociaż staje się ważnym elementem zachowania minimalnego z nim kontaktu.

Według M. Fojcik (2007: 12) wśród wielu przyczyn powstawania „rodzin czasowo niepełnych” jest migracja zarobkowa, którą wymienia się obok separacji, rozvodu czy śmierci jednego z rodziców. W rodzinie takiej dochodzi do zaburzeń procesu wychowawczego, co z kolei jest „(...) potencjalnym źródłem zakłóceń procesu wrastania dzieci w role rodzicielskie i społeczne związane z płcią”. Niezmienny jest jednak fakt, że bez względu na określenia językowe

dotyczące „eurosieroctwa”, zjawisko to niesie ze sobą rozłąkę, tęsknotę, zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny i zaspokojeniu podstawowych potrzeb członków rodziny, zachwianie podstawowych ról, jakie winni pełnić rodzice. Wejście w rolę ojca, dodatkowy zakres obowiązków, odpowiedzialność za dzieci, często brak czasu, a mimo wszystko konieczność zaspokojenia wszystkich potrzeb dzieci, wymaga od matki większej stanowczości i determinacji w swoim postępowaniu. Podobną sytuację obserwujemy, gdy poza granice kraju wyjeżdża matka, zostawiając dzieci pod opieką ojca.

Z kolei S. Kozak (2010: 113) definiuje eurosieroctwo jako „fakt nieposiadania przez kogoś (niepełnoletniego) obojga rodziców lub jednego rodzica, którzy opuścili kraj za pracą”. Definicje te z jednej strony w pełni odpowiadają sytuacji rodzinnej, z drugiej strony wprowadzają niejasność, albowiem „eurosieroty” posiadają rodziców, chociaż razem czasowo nie mieszkają. Z pewnością spójną konkluzją będzie fakt zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny. Osłabieniu, w skrajnych przypadkach zerwaniu, ulegają kontakty rodzic – dziecko, mąż – żona.

Zaburzeniu ulega więc socjalizacja dziecka w rodzinie. Według W. Okonia (1996: 258) „socjalizacja, ogół działań ze strony społeczeństwa, zwłaszcza rodziny, szkoły i środowiska społecznego, zmierzających do uczynienia z jednostki istoty społecznej, tj. umożliwienia jej zdobycia takich kwalifikacji, takich systemów wartości i osiągnięcia takiego rozwoju osobowości, aby się mogła stać pełnowartościowym członkiem społeczeństwa”. Dziecko tworzy własne wzorce postępowania, którymi zaczyna kierować się w życiu lub tymi, które obserwuje w domach innych dzieci. W momencie wyjazdu rodzica za granicę, zaburzeniu ulegają wzajemne relacje, osłabia się więź emocjonalna, zdominowana przez silne uczucie tęsknoty. Trudno jest nadrobić czas, który rodzic spędza poza domem, mimo że kontakty przez telefon, Internet czy Skype ułatwiają utrzymywanie kontaktu, śledzenie spraw związanych z życiem codziennym.

Z kolei określenie „eurosierota” dotyczy dziecka/dzieci, którego rodzic/rodzice pracują poza granicami kraju. Analizując ten stan należy się odwołać do pojęcia „sieroctwo” w *Nowym słowniku pedagogicznym* W. Okonia (1996: 255). Autor, obok sieroctwa naturalnego wymienia „sieroctwo społeczne (to pojęcie nas interesuje), polegające na pozbawieniu dziecka normalnego środowiska rodzinnego na skutek rozbitcia rodziny lub jej wykolejenia”. Z kolei G. Rura (2009: 15) użyła określenia „kukułcze dzieci”. Badaczka odwołuje się do naturalnego sposobu egzystowania kukułek, które podrzucają swoje potomstwo innym osobnikom na wychowanie. Widząc w tym zjawisku analogię G. Rura pisze o współczesnych rodzicach nazywając ich „współcześnie uczłowieczonymi »kukułkami« (...), którzy –

choć przecież świadomi konsekwencji – porzucają (dzieci) (...), udając się na zarobkową emigrację (...)" (Rura 2009: 15).

E. Zawisza-Masłyk (2008: 41) proponuje używanie sformułowania „europólsieroty” w sytuacji, kiedy to tylko jeden z rodziców wyjeżdża do pracy za granicę. Z kolei S. Urbańska (2010: 61–86), poddaje pod dyskusję terminy: „eurosieroctwo”, „eurosierota”. Badaczka zwraca uwagę na sytuację rodzin, w których rodzic pracuje na terenie Polski i podobnie, jak ten pracujący poza granicami państwa, dłuższy czas przebywa poza domem. Urbańska słusznie dostrzega w tych sytuacjach analogie. W obu przypadkach następuje rozluźnienie więzi rodzinnych, a wyjazdom towarzyszy tęsknota za najbliższymi. Identyczne sytuacje pojawiają się, gdy rodzic pracuje poza domem, dłuższy czas przebywa z dala od rodziny, ale pozostaje na terenie kraju. Jednak tych dzieci nie określa się mianem „sieroty”, „pólsieroty”.

Podobne stanowisko zajmuje M. Kolankiewicz (2008: 81), według której termin „eurosierota” jest bardzo krzywdzący wobec dziecka, którego rodzic pracuje poza granicą Polski. Dziecko, mimo że zdaje się rozumieć sytuację, w jakiej znalazła się jego rodzina, może czuć się skrzywdzone, słysząc o sobie, że jest eurosierotą i może nie zgadzać się z takim wobec siebie określeniem. Badaczka podaje w wątpliwość powyższy termin, albowiem uznaje, iż „jest nieprecyzyjny, piętnujący, niestosowny w użyciu wobec dzieci i ich rodzin. Nie można powiedzieć dziecku, którego ojciec lub mama wyjechali za granicę, że jest sierotą. Dlatego że sierotą nie jest” (Kolankiewicz 2008: 81). Dziecko wie przecież, że jego rodzice żyją, choć jedno z nich pracując za granicą rzadko przebywa w domu, jednak utrzymują przecież kontakt telefoniczny lub internetowy.

Zarówno „eurosieroctwo”, jak i „eurosierota” to pojęcia, za którymi kryją się ogromne emocje związane z rozstaniem, zaburzenie podstawowych funkcji rodziny, w konsekwencji zaburzenia emocjonalne u dzieci i/lub współmałżonka pozostającego w kraju, a także na emigracji. Z drugiej strony obserwujemy konieczność poradzenia sobie w sytuacji, kiedy to z dnia na dzień, najczęściej matka zostaje w domu i przejmuje obowiązki ojca dzieci. Nie jest to łatwa sytuacja, jednak z czasem udaje się ją uporządkować i tak zorganizować przestrzeń czasową i domową, by mieć czas po pracy zarówno dla dzieci, jak i dla siebie samej.

ROLA RODZINY JAKO ŚRODOWISKA WYCHOWAWCZEGO

Rodzinny dom to miejsce, które dla dorosłego już człowieka stanowi mocny fundament, na bazie którego buduje on swoje miejsce na ziemi. Czerpiąc doświadczenia z innych nauk, w literaturoznawstwie również niejedno-

krotnie badacze odwołują się do znaczenia domu rodzinnego w życiu dziecka, mówiąc, iż „miejsce rodzinne jest okolicą najpierwszą” (Cieślikowski 1974: 162–163). Według tego autora możemy wręcz mówić o „małej ojczyźnie”, którą każdy z nas buduje już w czasach dzieciństwa i w miarę upływu czasu rozwija o własne wspomnienia, doświadczenia, przeżycia (Cieślikowski 1974: 163).

Dom rodzinny powinien być kojarzony z bezpieczeństwem, spokojem, miłością, wsparciem i zaufaniem. W nim dorastamy i kształtujemy swoje „ja” na przyszłość. Dlatego też środowisko rodzinne powinno zaspokajać wszelkie potrzeby dzieci i rodziców. Rodzina jako grupa społeczna zaspokaja więc podstawowe funkcje: „biologiczno-opiekuńczą, kulturalno-towarzyską, ekonomiczną i wychowawczą” (Kawula 2000: 57).

Rodzina stanowi podstawową grupę społeczną, której przypisane są określone funkcje. Prawidłowo funkcjonujące środowisko rodzinne stanowi mocny fundament zarówno dla dzieci, jak i rodziców. Rozłąka spowodowana wyjazdem jednego z rodziców w celach zarobkowych powodować może zaburzenia w rozwoju dziecka, zachwianie wzajemnych relacji i poczucia bezpieczeństwa. Prawidłowo funkcjonująca rodzina daje możliwość obserwowania przez dzieci/dziecko właściwych ról pełnionych przez rodziców. Z kolei wyjazd jednego z nich lub obojga zakłóca ten proces lub całkowicie go, „mimo że czasowo” komplikuje. W zastępstwie rodziców zostają z małoletnimi dziadkowie lub starsze rodzeństwo, które nie jest w stanie zastąpić i wejść w rolę matki i ojca, a jak powszechnie wiadomo – rodzice są dla dziecka kimś wyjątkowym, kto czuwa, bawi, opiekuje się i dba o bezpieczeństwo. Rodzice powinni dostarczać dzieciom najlepsze wzorce postępowania i oboje winni uczestniczyć w jego codziennym życiu.

Według H. Cudaka (Cudak 2014: 23) optymalnymi warunkami dla rozwoju dziecka są przede wszystkim prawidłowe i stałe więzi rodzinne, realizowanie podstawowych funkcji w rodzinie, zapewnienie opieki i wychowania, wzajemna akceptacja i zrozumienie wszystkich członków rodziny. Jednak w obliczu rozłąki warunki te ulegają zachwianiu i negatywnie wpływają na relacje między dziećmi i rodzicami.

W obecnych czasach to jednak ojcowie częściej szukają pracy poza domem. Matki starają się zrekompensować dziecku jego czasową nieobecność. Niepokojący staje się zatem sposób postrzegania przez dziecko obojga rodziców. Następuje zachwianie dotychczasowych stosunków między dzieckiem i rodzicem. Zmiana sytuacji oraz przejęcie przez matkę większości obowiązków zmienia jej dotychczasowy wizerunek. Brak ojca powoduje, że dziecko nie ma możliwości obserwowania ról, zadań, funkcji, jakie oboje powinni pełnić (Kieltyk-Zaborowska 2014: 156).

Na podstawie badań przeprowadzonych przez M. Fojcik (2007: 13–15), nasuwa się wniosek, że „zmienia się sposób odgrywania ról społecznych i rodzinnych oraz charakter stosunków interpersonalnych. Osobą, wokół której skupia się życie rodzinne jest matka. (...) w procesie wychowania ważne jest występowanie obydwu wzorów osobowych, tak aby dziecko poprzez codzienne kontakty mogło przyswoić sobie właściwe zachowania i postawy, które będą mu pomocne w wypełnianiu w przyszłości roli kobiety lub mężczyzny, matki lub ojca. W rodzinach, w których jedno z rodziców migruje, uczenie się nowych ról może ulec zaburzeniu”. Dlatego też zauważalnym problemem staje się wejście w rolę nieobecnego rodzica – który czasowo przebywa poza domem rodzinnym – rodzica pozostającego w domu i przejmującego szereg obowiązków.

Według S. Kawuli (2000: 57–58) „rodzina jest również instytucją, która wychowuje dzieci i w której wychowują się także wzajemnie pozostali członkowie rodziny, (...) właśnie rodzice, jedyni i niepowtarzalni, własna matka i własny ojciec, są dziecku niezbędni do życia i rozwoju. (...) doniosłym czynnikiem prawidłowego rozwoju dziecka jest więc emocjonalna, którą mogą mu zapewnić tylko osoby obdarzające je w sposób wyłączny uczuciami, a więc rodzice”.

Dziecko przyglądając się i wsłuchując w relacje między swoimi rodzicami, kształtuje na przyszłość obraz rodziny i ról, jakie pełnią w niej matka i ojciec. Widząc poprawne relacje między dorosłymi, być może łatwiej jest mu zrozumieć podejmowane przez nich decyzje. Jednak w momencie, gdy narastają między rodzicami konflikty, pojawiają się coraz częstsze nieporozumienia i kłótnie, brakuje jedności w podejmowaniu decyzji; rzutuje to negatywnie na jego relacje zarówno z rodzicami, jak i innymi osobami.

Według Kawczyńskiej-Butrym (Kawczyńska-Butrym 2009: 74–75) wynikiem rozłąki z rodziną powodowanej wyjazdem rodzica za granicę najczęściej są zaburzenia w trwałości rodziny powodowane osłabieniem więzi rodzinnych. Następuje osłabienie relacji między dziećmi i rodzicami, niepełna realizacja funkcji opiekuńczych i wychowawczych będąca wynikiem ograniczonych kontaktów z rodziną i częstymi wyjazdami w celach zarobkowych, zaburzenie w procesie socjalizacji dzieci, coraz częściej zaniedbanie pozostających w kraju starszych rodziców wymagających opieki.

EMOCJE, WIĘZ RODZINNA A EUROSIEROCTWO

Praca jednego z rodziców poza granicami kraju lub obojga rodziców kumuluje w członkach rodziny wiele emocji. Często są to emocje skrajne, od tęsknoty, samotności do złości, bezradności i odrzucenia. Każdy, bez wzglę-

du na wiek, silnie ich doświadcza. Wydaje się, że dorośli, zdając sobie niejednokrotnie sprawę z konieczności świadomego podjęcia takiej decyzji, są na nią przygotowani. Dzieci zaś, w oczekiwaniu na każdy przyjazd rodzica, najpierw tęsknią, potem uczucia te słabną i zostają zastąpione przez inne, niejednokrotnie wrogie wobec rodziców/rodzica.

W opinii G. Miłkowskiej i A. Kulesy (2009: 3–15) wyjazd jednego z rodziców bądź obojga powoduje „planowane i nieplanowane” skutki. Większe finanse wpływają na polepszenie warunków życia, jak: dodatkowe inwestycje, zakup mieszkania, zapewnienie dzieciom możliwości pogłębiania wiedzy poprzez uczestnictwo w dodatkowych zajęciach, rozwój zainteresowań. Jednocześnie rozłąka z najbliższymi przynosi osłabienie więzi rodzinnych, czasami rozpad małżeństwa. Korzyści materialne stają się priorytetem wobec potrzeb emocjonalnych dzieci i małżonków, co skutkować może nieprzystosowaniem społecznym dzieci i ich większą swobodą zmierzająca do niekontrolowanego spędzania czasu wolnego i korzystania z Internetu, grania na komputerze, co stwarzać może ogromne zagrożenie uzależnienia i jednocześnie oddalenia się od rodzica.

Rodzic pracujący za granicą, z dala od rodziny, stara się zrekompensować rozłąkę, i być może przychodzi mu to łatwiej, albowiem skupia się na pracy oraz zachowaniu kontaktu z członkami rodziny pozostającymi w kraju. Rodzic, który pozostał w domu, często poza pracą zawodową sprostać musi wyzwaniom, jakie niesie ze sobą „samotne, czasowo, rodzicielstwo”, musi zająć się dziećmi, zapewnić im jak najlepsze warunki, znaleźć czas na rozmowę, zabawę z nimi, zająć się domem, a także w całym tym ogromie obowiązków znaleźć także czas dla siebie. Dużym wsparciem jest z pewnością pomoc dalszej rodziny. Mając wsparcie dziadków, łatwiej jest podolać tym obowiązkom. Nie wszyscy jednak mogą liczyć na pomoc dalszej rodziny. Ważne jest, by od pierwszych chwil dziecko otoczone było opieką, a wspomnienia z dzieciństwa budziły pozytywne emocje. Dlatego też spośród wielu funkcji, jakie powinna spełniać rodzina, „funkcja emocjonalna rodziny przenika całokształt sytuacji i stosunków zachodzących w rodzinie i przez to nadaje swojej dynamiki wszystkim funkcjom spełnianym przez rodzinę, w tym również funkcjom wychowawczym. Więzy uczuciowe w rodzinie mają bardzo duże znaczenie dla prawidłowego rozwoju i wychowania dzieci” (Kawula 2000: 57–58).

Wyjazd jednego z rodziców poza granice kraju w poszukiwaniu pracy, czasowa jego nieobecność, ograniczony kontakt oraz wynikające z tej sytuacji zmiany w funkcjonowaniu rodziny porównać można do separacji lub rozwodu, kiedy to następuje zachwianie wydolności podstawowych funkcji rodziny. Według Z. Tyszki (2003: 85) efektem rozwodu rodziców jest „ogra-

niczenie funkcji emocjonalnej, bo tylko jedno z rodziców jest w codziennej emocjonalnej interakcji z dziećmi, które zazwyczaj dotkliwie odczuwają brak więzi emocjonalnych z drugim rodzicem i nie mogą się uczyć jego ról społecznych”.

Podobne stanowisko zajmuje K. Bogucka (2015: 51), pisząc „To, jakie więzi wytworzą się pomiędzy dzieckiem a matką oraz dzieckiem a ojcem oraz to, jaki sposób pełnienia ról przez rodziców dziecko zaobserwuje w domu rodzinnym, będzie miało wpływ na jego relacje z innymi ludźmi oraz wypełnianie ról społecznych w przyszłości”.

Kolejnym problemem staje się ponowne wejście po powrocie w pełnioną przez rodzica rolę – rolę ojca. Czasowy pobyt rodzica w domu to zdecydowanie za mało, by po długiej jego nieobecności móc odnaleźć się w na nowo uporządkowanym życiu codziennym, jakie w domu wiedzie matka z dziećmi.

W przeprowadzonych przez M. Fojcik badaniach (2007: 14) pojawia się wniosek, iż „pojawiają się trudności w adaptacji ojców do panujących warunków życia rodzinnego. Przestają rozumieć sytuacje dnia powszedniego, a różne drobne sprawy zaczynają im przeszkadzać. Odzwyczajają się od obcowania na co dzień z rodziną. Przywykli do samotności muszą zmierzyć się z codziennymi problemami i troskami”. Ograniczony kontakt z dzieckiem prowadzić może do zubożnienia wobec rodzica, a jego przyjazdy do domu nie będą już tak wyczekiwane jak na początku rozłąki. Następuje osłabienie więzi rodzinnej, lecz nie jej całkowite wygaśnięcie. Z czasem członkowie rodziny na nowo uczą się bycia razem, podejmowania wspólnych decyzji oraz wspólnego codziennego życia.

Według L. Dyczewskiego (2002: 11) „więź rodzinna to cały kompleks sił przyciągających jej członków nawzajem do siebie i wiążących ich ze sobą, a siły te wynikają ze związku małżeńskiego, (...) przeżyć emocjonalnych, stosunków zależności, współdziałania (...)”. Badacz zwraca uwagę na całość relacji w rodzinie, obustronne działanie, bliskość, wsparcie, wzajemne wspieranie się. Wyróżnia trzy rodzaje zespołów, na których opierają się stosunki w rodzinie, jednocześnie tworzące specyficzny rodzaj więzi rodzinnej. „Pierwszy zespół stanowią stosunki między członkami rodziny i między pokoleniami, które powstają ze względu na strukturalne zróżnicowanie w rodzinie i w związku z pełnieniem ról i zadań przez poszczególne osoby i pokolenia w rodzinie, (...) drugi (...) opiera się na sferze poznawczej i przede wszystkim emocjonalno-wolitywnej, (...) trzeci (...) stanowią stosunki między osobami w rodzinie, których treścią są postawy zgodności lub niezgodności wobec tych samych wartości, norm, wzorów zachowań, osób, wydarzeń i wszystkich faktów kulturowych” (Dyczewski 2002: 15–16).

Zjawisko migracji zaburza z pewnością więzi rodzinne, jednak przemysłowe stanowisko, wzajemne postępowanie rodziców wobec siebie i wobec dzieci, spowodować może jej utrzymanie mimo czasowego osłabienia. Im dłuższa rozłąka i krótsze pobyty rodzica w domu, tym relacje w rodzinie ciężiej będzie utrzymać w równowadze. Potrzebę przebywania z obojgiem rodziców zastępuje w obecnych czasach Internet, Skype, telefon. Rodzic ma więc możliwość śledzenia tego, co się dzieje w domu, jednak wiedza ta jest znacznie ograniczona i często sprowadza się jedynie do przekazywania komunikatów. Nie ma możliwości uczestniczenia w ważnych dla dziecka wydarzeniach, które z czasem zubożają, a obecność rodzica nie będzie już dla niego tak ważna.

PODSUMOWANIE

Eurosieroctwo to powszechne zjawisko, za którym kryje się możliwość zarobkowania okupiona rozłąką z najbliższymi. Z jednej strony na szali stawiamy polepszenie statusu materialnego, w wielu przypadkach rodzic pracujący poza granicami kraju, z dala od domu, jest bowiem jedynym żywicielem rodziny. Jego wyjazd staje się koniecznością, a decyzja o rozłące z rodziną i towarzyszącej tęsknocie „przegrywa” z możliwością podjęcia jakiegokolwiek pracy. Z drugiej strony wyjazd to coraz częściej w ogóle możliwość zatrudnienia. Na funkcjonowanie rodziny duże znaczenie mają też wzajemne relacje rodziców wobec siebie i rodzica wobec dziecka.

Trudności pojawiają się w momencie, gdy sprawa rozłąki staje się konfliktem, z którym obie strony nie potrafią sobie poradzić. Dziecko czuje się rozdarte pomiędzy rodziców, doświadcza skrajnych emocji, czuje, że rodzice rywalizują o jego względy, jest zagubione. Należy pamiętać, by nie generować konfliktów i przede wszystkim należy pamiętać, że mimo trudnych decyzji mamy na uwadze wyłącznie dobro rodziny.

Zapewnienie członkom rodziny, zwłaszcza dzieciom, jak najlepszych warunków do prawidłowego rozwoju oraz, mimo wyjazdu rodzica za granicę, utrzymanie prawidłowych relacji i więzi rodzinnych wymaga:

- 1) zapewnienia dziecku poczucia bezpieczeństwa mimo czasowej nieobecności jednego z rodziców lub obojga;
- 2) realizacji podstawowych funkcji rodziny;
- 3) dbałości o to, by rozłąka z rodzicem nie miała wpływu na rozluźnienie wzajemnych relacji;
- 4) zapewnienia stałego kontaktu z rodzicem pracującym za granicą, poprzez portale społecznościowe, rozmowy telefoniczne;
- 5) wzajemnego porozumienia i wsparcia rodziców w kwestiach dotyczących rodziny;

- 6) podejmowania wspólnych decyzji w kwestiach dotyczących dzieci;
- 7) jak najczęstszych kontaktów z dzieckiem i z małżonkiem;
- 8) ukazania dziecku, że bez względu na sytuację rodzinną zawsze mamy na uwadze jego dobro.

BIBLIOGRAFIA

- Bogucka K. (2015), *Więzi pomiędzy członkami rodziny w kontekście rozłąki migracyjne* [w:] A. Regulska, U. Dudziak (red.), *Transformacja i jej implikacje dla współczesnej rodziny*, Pułtusk.
- Cieślakowski J. (1974), *Okolice dzieciństwa* [w:] *Literatura i podkultura dziecięca*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.
- Cudak H. (2014), *Model funkcjonowania współczesnej rodziny polskiej* [w:] S. Cudak, E. Adamsiewicz (red.), *Współczesna rodzina w Polsce i na świecie*, Łódź.
- Dyczewski L. (2002), *Więź między pokoleniami w rodzinie*, Lublin.
- Fojcik M. (2007), *Dziecko a migracja zarobkowa rodziców*, „Życie Szkoły”, 7.
- Kawula S. (2000), *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2009), *Migracje. Wybrane zagadnienia*, Lublin.
- Kiełtyk-Zaborowska I. (2014), *Rodzina wobec potrzeb dziecka – ojciec nieobecny* [w:] M. Cywińska (red.), *Oblicza trudnego dzieciństwa. Konteksty rodzinno-edukacyjne*, Poznań.
- Kolankiewicz M. (2008), *Dziecko w sytuacji rozłąki z rodzicami*, „Pedagogika Społeczna”, 3(29).
- Kozak S. (2010), *Patologia eurosieroctwa w Polsce. Skutki migracji zarobkowej dla dzieci i ich rodzin*, Warszawa.
- Miłkowska G., Kulesa A. (2009), *Wpływ emigracji zarobkowej rodziców na funkcjonowanie dzieci w rodzinie i w szkole*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 9.
- Okoń W. (1996), *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa.
- Olearczyk T.E. (2008), *Sieroctwo i osamotnienie. Pedagogiczne problemy kryzysu współczesnej rodziny*, Kraków.
- Rura G. (2009), „Kukulące dzieci”. *Problemy emigracyjnego sieroctwa*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 9.
- Tysza Z. (2003), *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań.
- Urbańska S. (2010), „Cała Polska liczy eurosieroty.” *Panika moralna i płęć w wykluczeniu oraz stygmatyzacji rodzin migrantów*, „Kultura i Społeczeństwo”, 3(LIV).
- Zawisza-Masłyk E. (2008), *Wokół pojęcia eurosieroctwa*, „Opieka – Wychowanie – Terapia”, 3–4.

FUNCTIONING OF A FAMILY IN THE FACE OF EURO-ORPHANHOOD

Summary

A number of parents in Polish families had to leave the country and search for occupation abroad as a result of problems in finding job at home. When one or both parents stay abroad it disturbs basic functions of a family. Nevertheless, the possibility to find a good and well-paid job becomes the aim people do not want to resign of, even if it means a long lasting separation

with children. The parents who stay at home take over a number of tasks and duties and, at the same time, they do not resign of their own obligations. Separation can weaken the relation between a child and a parent, the parents also drift apart emotionally from each other. In extreme cases both parents go abroad, leaving the children under the protection of grandparents or elder children. The consequences of migration will have a long lasting effect, depending on the duration of separation. Unfortunately, nowadays we observe that the separation becomes longer and longer.

Keywords: Euro-Orphanhood, family relations, functioning of a family

NATALIA VARGA, VICTORIA RUEHL

WPŁYW TRANSGRANICZNEJ MIGRACJI ZAROBKOWEJ RODZICÓW NA SOCJALIZACJĘ DZIECI

DEFINICJA PROBLEMU

Należy odnotować, iż w drugiej połowie XX wieku migracja międzynarodowa zyskuje coraz bardziej wyraźne wymiary globalne. Obecnie liczba międzynarodowych migrantów to około 135–140 mln osób. Dzisiaj migracja jest rozumiana jako całościowy skutek powszechnej modernizacji i globalizacji procesów demograficznych, społeczno-gospodarczych, politycznych, socjalno-kulturowych, a mianowicie wojskowych, charakteryzujących współczesną dynamikę działalności społecznej (Зайончковской, Молодиковой, Мукомеля 2007: 230).

Jednym z rodzajów migracji jest migracja zarobkowa. Rosyjski socjolog T. Judina określa migrację zarobkową jako terytorialne przemieszczenie się ludności w celu zatrudnienia na nowym przedsiębiorstwie oraz otrzymania za swoją pracę należnego wynagrodzenia. Jeśli wśród ogólnych motywów migracji często są wymieniane rodzinne i osobiste (ucieczka od problemów rodzinnych, rozwody, próba samorealizacji w nowych warunkach lub pokonanie emocjonalnych traum etc.), to przyczyny i motywy migracji jako terytorialnego przemieszczenia się w celu zatrudnienia za określone wynagrodzenie są zjawiskiem wyłącznie społeczno-gospodarczym (Повенчак 2011). Można tu wyodrębnić przyczyny ogólne, określające tendencje rozwoju różnych form międzynarodowych stosunków gospodarczych (nierównomierność społeczno-gospodarczego rozwoju państw, co w znacznej mierze zależy od różnego tempa akumulacji kapitału, od strukturalnych zmian w gospodarce i polityce gospodarczej) oraz specyficzne (istotne różnice w wysokości pensji i poziomie zabezpieczenia społecznego, lokalny brak siły roboczej niektórych specjalizacji i kwalifikacji, nadmiar siły roboczej w niektórych krajach). W kontekście niniejszego badania transgraniczni migranci gospodarczy rozumiani są jako osoby zatrudnione za granicą na pewien okres; do tej kategorii nie należą stali migranci (przesiedleńcy) oraz mieszkańcy regionów przygranicznych, którzy prowadzą drobną kontrabandę transgraniczną (tzw. czow-

nikarze, od ukraińskiego „czownyk” – łódź) lub codziennie przekraczają granicę w celu pracy w sąsiednim państwie (frontalier).

Celem artykułu jest analiza wpływu transgranicznej migracji zarobkowej rodziców na socjalizację i rozwój ich dzieci.

ROZWAŻANIA GŁÓWNE

Wśród motywów zmuszających Ukraińców wyjeżdżać za granicę sami migranci wymieniają potrzeby zabezpieczenia materialnego rodziny (często tylko na poziomie codziennego istnienia), udoskonalenia warunków życia (z reguły są to budowa lub remont domów), zakup towarów trwałego wykorzystania, spłacenie długów, akumulację kosztów na leczenie, opłaty za studia dla dzieci, akumulację kapitału startowego dla założenia własnego biznesu (Ровенчак 2011). Zgodnie z szacunkami Instytutu Badań Społecznych imienia O. Jaremenki (2013 r.), wśród motywów wyjazdu za granicę motyw zarobienia w celu opłaty studiów swoich dzieci wymieniło około 86% respondentów, cel budowy domu lub polepszenia warunków życiowych – 72%, zapewnienie godnego poziomu życia dla swoich bliskich – 69%, spłacenie długów – 59% ankietowanych (Левченко 2013: 50).

Z powyższego można wywnioskować, iż motywy materialnego zabezpieczenia rodziny są połączone z pragnieniem osiągnięcia nowego jakościowego poziomu życia swojej rodziny, w tym też drogą inwestowania w wykształcenie dzieci. Oczywiście, że powyższe procesy oddziałują na procesy socjalizacji wśród dzieci migrantów zarobkowych. Należy zwrócić uwagę na to, że w wyniku braku (komplikacji) kontroli rodziców, efektywność takich inwestycji często jest nieduża. Dzieci po otrzymaniu dobrego wykształcenia nie mają możliwości znalezienia dobrze opłacanej pracy w swoim zawodzie (w tym też w wyniku niskiej jakości uzyskanej wiedzy), co w połączeniu z doświadczeniem rodziców przekazany swoim dzieciom w procesie socjalizacji stymuluje pojawienie się nowej fali migrantów.

Decydując się na wyjazd za granicę w celach zarobkowych większość Ukraińców uświadamia sobie potencjonalne ryzyko i możliwe skutki negatywne: rozstanie się z rodziną, obniżenie poziomu zawodowego, dyskomfort związany z procesem integracji w nowym środowisku kulturowym. Problem jest tym większy, gdyż większość Ukraińców pracuje, a często przebywa za granicą nielegalnie. Pośrednicy werbujący obywateli Ukrainy do nielegalnej pracy za granicą, nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za ubezpieczenie społeczne i medyczne migrantów zarobkowych w przypadku nieprzewidywalnych sytuacji (np. wypadki). Sporo nielegalnych migrantów zarobkowych

narażanych jest na ryzyko zostania ofiarami „handlu ludźmi”, niewolnictwa seksualnego lub pracy przymusowej (Стрельцов, Семенюта 2002: 184–194). Inne negatywne skutki polegają na tym, że wyjeżdżając w celach zarobkowych za granicę Ukraińcy, niezależnie od wykształcenia i kwalifikacji, zmuszeni są do wykonania pracy niewymagającej wykształcenia i kwalifikacji, często trudnej, niebezpiecznej dla zdrowia, otrzymując co prawda przy tym znacznie większe wynagrodzenie w porównaniu z wynagrodzeniem za pracę w ojczyźnie, a jednak wynagrodzenie to jest niższe w stosunku do wynagrodzenia obywateli kraju, w którym Ukraińcy pracują.

Negatywny wpływ zjawiska transgranicznej migracji zarobkowej na socjalizację dzieci pracowników migrujących głównie związany jest z fenomenem „rozpadu” rodziny i jej dysfunkcjonalności w wyniku tegoż rozpadu. Według większości ukraińskich migrantów transgranicznych, ich rodziny, które pozostają na Ukrainie, są określane mianem „rozerwane” lub „podzielone”. Jak pokazują wyniki badań przeprowadzonych przez Międzynarodową Organizację do spraw Migracji (2010–2013), główną przyczyną niemożności zjednoczenia z dziećmi w miejscu pracy migrantów jest ich niski status społeczny, który nie pozwala na subiektywne uspołecznienie dziecka zgodnie z wymaganiami socjalnymi danego kraju (Пономарева 2013). W „rozerwanych” rodzinach widoczna jest alienacja między ich członkami poprzez odległości czasowe i przestrzenne, dlatego więc te rodziny należą do dystansowych. Jeśli jednak więzi rodzinne są zachowane, to realizują się one na poziomie emocjonalno-komunikacyjnym (samouświadomienie siebie jako członka rodziny) oraz poprzez bezpośrednie kontakty telefoniczne i pocztowe. Należy podkreślić, że wśród wszystkich ukraińskich rodzin dystansowych większość stanowią rodziny pracowników migrujących, którzy sezonowo lub przez długi czas pracują za granicą. Wyjazd członków takich rodzin, a zwłaszcza dzieci, za granicę jest utrudniony głównie poprzez niezbędność otrzymania wizy, przede wszystkim, jeśli rodzice są za granicą nielegalnie. Wielu imigrantów nie może legalnie zabrać swoich dzieci do krajów, w których pracują, natomiast nielegalny przewóz dzieci jest bardzo kosztowny i niebezpieczny. Dlatego też złączenie rodziny w kraju pobytu migrantów zarobkowych jest zjawiskiem bardzo rzadkim (Ровенчак 2011).

Jednym z pierwszych czynników oddziałujących na uspołecznienie dziecka jest tzw. kryzys wyjazdu rodziców oraz pojawienie się dysfunkcji rodzinnych z powodu ich nieobecności, aczkolwiek rolę głównego czynnika socjalizacji rodzinnej pełni instytut rodziców; jego dynamiczną strukturę z punktu widzenia wpływu socjalizującego stanowią wartości rodzicielskie, ich postawa, oczekiwania, uczucia, pozycje, odpowiedzialność, styl wychowania etc. Głęboki charakter tego kryzysu polega na gwałtownej zmianie stylu życia

dziecka, co zaprzecza stereotypom życiowym, kształtowanym w ciągu pewnego okresu. O obecności gwałtownych zmian w życiu dziecka związanych z wyjazdem rodziców do pracy za granicą świadczą wyniki badań przeprowadzonych w latach 2004–2010 na Litwie w Zakładzie Pedagogiki Społecznej Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu w Kłajpedzie. Według tych danych 7% takich dzieci przeprowadza się do innych miast, 9% zmienia uczelnie, 13% przeprowadza się do innych domów (Лялюгене 2012). Według wyników analizy oświadczeń wielu dzieci ukraińskich transgranicznych migrantów zarobkowych, moment wyjazdu rodziców za granicę na dłuższy okres powoduje głęboki kryzys wewnętrzny. Potwierdzają to też wyniki badań przeprowadzonych na Litwie, zgodnie z którymi 81% dzieci w momencie wyjazdu rodziców czuje smutek i rozpacz, 56% – strach przyszłych zmian, 47% – troskę o przyszłość; natomiast 49% ankietowanych dzieci płakało, a 39% miało nadzieję, że rodzice zmienią zdanie. Według rosyjskiego socjologa L. Czuryłowej, kryzysowe, czyli zwrotne punkty w życiu dziecka spowodowane są dramatycznymi zmianami sytuacji rozwoju społecznego, a także rekonstruowaniem trybów zachowania adaptacyjnego. Może to doprowadzić do zachowania nieprzystosowawczego i odchyień w procesie socjalizacji.

Potencjalne problemy właściwe rodzinom transgranicznych migrantów zarobkowych związane są z brakiem lub częściową realizacją funkcji wychowawczych, domowych, rozrywkowych i emocjonalnych, a także funkcji pierwotnej kontroli społecznej i komunikacji intymnej. W efekcie tych kłopotów rodziny stają się dysfunkcyjnymi. Jednak głównym efektem analizowanych wyżej problemów jest rozerwanie istniejących stosunków rodzinnych, w wyniku czego dzieci pozostają przez jakiś czas bez opieki rodzicielskiej.

Przyznanie pierwszeństwa funkcji ekonomicznych rodziny powoduje ignorowanie wielu możliwych zaburzeń, które mogą objawiać się w sposób jawny lub ukryty. Naruszenie jakichkolwiek funkcji rodziny podważa system wzajemnych stosunków i wpływów, które faktycznie zamieniają rodzinę pod względem roli socjalizacyjnej. Fakt niewykonania lub częściowego zrealizowania funkcji rodzinnych w wielu rodzinach dystansowych jest potwierdzany ciężarem ważności wśród rodzin, które się rozpadły. W latach 2012–2015 na Ukrainie rozpadła się niemal co trzecia rodzina transgranicznych migrantów zarobkowych; 53% dzieci w nowo powstałych niepełnych rodzinach pozostawało z matką, 5% – z ojcem, 36% pozostało pod opieką innych członków rodziny, 6% umieszczano w państwowych zakładach opieki (Гордієнко 2015).

W kategoriach psychologicznych negatywny wpływ związany jest przede wszystkim z troską o rodziców, niepokojem i stresem, gdyż zdecydo-

wana większość dzieci rodziców migrujących rozumie istotę problemów napotykanych przez rodziców za granicą. Ciężka praca fizyczna i niekorzystne warunki często prowadzą do traumy i utraty wydajności rodziców. W przypadku ciężkich problemów psychicznych, deportacji, a nawet śmierci migrantów zarobkowych ich rodziny, oprócz urazu psychicznego, narażane są na konieczność spłaty długów, ponieważ większość pracowników zarobkowych pożycza pewną kwotę pieniędzy na wyjazd za granicę. U niektórych rodziców, którzy zostali oszukani podczas wypłat zarobionych pieniędzy, po powrocie do domu pojawiają się objawy zespołu stresu pourazowego, co z kolei oddziałuje także na socjalizację ich dzieci. Według rzecznika Verchownej Rady Ukrainy do Praw Obywatelskich coraz częściej dochodzi do śmierci ukraińskich nielegalnych migrantów zarobkowych. Główną przyczyną są wypadki na budowach i firmach, wypadki drogowe, morderstwa w celach rabunkowych, a także samobójstwa (w tym również w zakładach karnych).

Znane są również przypadki, gdy rodzice znikają bez śladu za granicą, a dzieci bez żadnego oficjalnego statusu sieroty lub półsieroty pozostają bez środków do życia.

Problemy mogą pojawiać się lub powstawać też po powrocie rodziców do domu. Po pierwsze, dotyczą one odbudowania rozerwanych przez jakiś czas stosunków emocjonalnych, po drugie zaś, zakończenia się wsparcia finansowego z zagranicy, bowiem większość dzieci transgranicznych migrantów zarobkowych postrzega swoich rodziców jako stały „bankomat”. Inny problem polega na tym, że rodzice, którzy wracają z zagranicy z pieniędzmi, wraz z ich rodzinami stają przed niebezpieczeństwem kradzieży, ataku przestępczego, szantażu i prób wymuszania haraczy. Na wielkie niebezpieczeństwo narażają się też dzieci, bo niektórzy rodzice pragną zabrać je do siebie w sposób nielegalny, a śledzenie losu dziecka, które przekracza granicę z fałszywymi dokumentami jest w zasadzie niemożliwe.

Biorąc pod uwagę specyfikę procesów socjalizacji w rodzinach transgranicznych migrantów zarobkowych, wynikających z negatywnego wpływu na socjalizację samego zjawiska pracy zarobkowej za granicą, oraz ze względu na to, że dzieci transgranicznych migrantów zarobkowych nie mają oficjalnego statusu, konieczne jest zdefiniowanie, kim one są (dzieci transgranicznych migrantów) i ściśle określenie zakresu wpisania dzieci do tej kategorii.

Niektórzy badacze zaliczają dzieci migrantów zarobkowych do kategorii sierot społecznych – szczególnej społeczno-demograficznej grupy dzieci, pozbawionych, mimo faktu, że rodzice ich żyją, opieki rodzicielskiej z powodów społeczno-gospodarczych, moralnych, psychicznych i medycznych. Na pierwszy rzut oka wydaje się to słuszne, ponieważ pojęcie „sieroty społecznej” w najszerszym znaczeniu obejmuje nie tylko sieroty i dzieci pozbawione opieki

rodzicielskiej, ale też dzieci, których rodzice nie są w stanie lub nie chcą wypełniać swoich obowiązków rodzicielskich, oraz dzieci, które znajdują się w rodzinach dysfunkcyjnych w sytuacji społecznie niebezpiecznej.

Sieroty społeczne to grupa dzieci, oddzielonych zarówno od rodziny, jak i społeczeństwa. One mają biologicznych rodziców i formalnie włączone są w proces socjalizacji, jednak faktycznie pozostają bez realnej opieki rodzicielskiej. Status sieroty społecznej mają także dzieci, których rodzice są pozbawieni praw rodzicielskich, znajdują się w szpitalach, więzieniach, uznani są za niewydolnych w zakresie opiekuńczo-wychowawczym, a także nieobecnych lub nieżyjących.

WNIOSKI

Rodzice dzieci transgranicznych migrantów zarobkowych nie są pozbawieni praw rodzicielskich, nie mogą być też odsunięci od wykonywania obowiązków rodzicielskich; ponadto, z reguły, oni najbardziej skutecznie finansowo zabezpieczają dzieci, które stykają się z określonymi negatywnymi skutkami socjalizacyjnymi, a także z trudnościami na drodze socjalizacji, ale w większości w pełni biorą udział w procesie socjalizacji. Powyższe stwierdzenie jest potwierdzeniem potrzeby określenia specjalnego statusu dzieci transgranicznych migrantów zarobkowych.

Zgodnie z definicją autorów niniejszego artykułu, kategorię dzieci transgranicznych migrantów zarobkowych należy rozumieć jako dzieci pozostawione w kraju zamieszkania, których jedno lub dwoje rodziców wyjechało za granicę na czas dłuższy niż jeden miesiąc w celu zatrudnienia legalnego lub nielegalnego. Co więcej, celowe wydaje się także poszerzenie tego statusu na dzieci, których jedno lub obydwoje rodziców po nieobecności w domu powróciło do niego z pracy zarobkowej, ale po powrocie mieszkają z rodziną nie dłużej niż trzy miesiące. Według podobnych kryteriów określany jest status rodziny transgranicznych migrantów zarobkowych. Podobnie też po powrocie jednego lub dwóch pracowników zarobkowych (rodziców) z zagranicy należy utrzymywać status rodzin transgranicznych migrantów zarobkowych na okres nie mniej niż trzy miesiące, przede wszystkim w związku ze specyficznymi problemami rodzinnymi powstałymi w trakcie pobytu rodziców za granicą, chociaż formalnie takie rodziny już nie należą do rodzin dyltansowych. Przeprowadzone badania teoretyczne z wykorzystaniem danych wtórnych uniemożliwiają ściśle określenie specyficznych problemów, w tym także tych dotyczących socjalizacji, które pojawiają się u dzieci tej kategorii rodzin, co z kolei wymaga badań empirycznych.

BIBLIOGRAFIA

- Гордієнко Н.В., *Соціально-педагогічні засади профілактики деформацій у соціалізації дітей з сімей трудових мігрантів*, Н.В. Гордієнко, А.Ю. Ізотова, Електронний ресурс, Режим доступу <http://nbuv.gov.ua>.
- Зайончковской Ж., Молодиковой И., Мукомеля В. (2007), *Методология и методы изучения миграционных процессов: Междисциплинарное учебное*, М.: Центр миграционных исследований.
- Лялюгене И.Ю., *Влияние трудовой миграции родителей на социализацию подростков*, И.Ю. Лялюгене, Л.А. Рупшене, Електронний ресурс, Режим доступу: http://yalyu-gene_rupshene.pdf.
- Обухова Л.Ф. (1996), *Детская (возрастная) психология: Учебник*, Л.Ф. Обухова, М.: Российское педагогическое агентство.
- Пономарева Е., *Дети, оставленные позади: украинская специфика социального сиротства*, Елена Пономарева: Римский университет La Sapienza, Електронний ресурс, Режим доступу: <http://www.day.kiev.ua/319981>.
- Ровенчак О., *Українські трудові мігранти в Греції (тендерний аспект)*, О. Ровенчак, В. Володько, Західна аналітична група, Електронний ресурс, Режим доступу: <http://zggroup.com.ua/print.php>.
- Стан виконання державної програми протидії торгівлі людьми на період до 2015 р. в Україні (2015), Заг. ред. К.Б. Левченко, Міжнародний жіночий правозахисний центр „Ла Страда – Україна”, К.: Україна.
- Стрельцов Е.Л., Семенюта А.Н. (2002), *Некоторые аспекты проблемы торговли женщинами // Злочини проти особистої волі людини: Збірник матеріалів міжнародного науково-практичного семінару (Харків, 19–20 вересня 2000 р.)*, Харків: Книжкове видавництво „Лествиця Марії”.

THE IMPACT OF CROSS-BORDER MIGRATION OF PARENTS IN THE SOCIALIZATION OF CHILDREN OF MIGRANT WORKERS

Summary

Migration of population – move to a new place of residence. The aim of the article is to determine the peculiarities of education and socialization of migrants' children in Ukraine. Most people who go abroad to earn money, leave their families in which children are growing. Thus, the original transformation of family institute, and socialization and schooling of children change substantially. The Authors, emphasize on the defined influence of social environment on individual socialization. It is stressed, that it takes place through family, school, language and surroundings, in interaction with micro and macro surroundings, under the influence of different conditions and life circumstances. In such cases, when one or more functions are uncompletely performed, it can be said about violation of performing functions by the family. Separating from parents (or one of them) on moving abroad, is one of the circumstances of family disfunctioning. In this case many functions are violated, first of all socialization of children.

Keywords: migration, socialization, children, family disfunctioning

KATARZYNA TARKA-RYMARZ

RODZINA MIGRACYJNA W OBSZARZE DZIAŁAŃ PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Przyszłość idzie przez rodzinę

Jan Paweł II

WPROWADZENIE

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na problemy rodzin migracyjnych oraz ukazanie roli pracownika socjalnego w przezwyciężaniu niniejszych problemów. W sektorach życia społecznego istnieje wiele instytucji pomocowych, natomiast coraz większe znaczenie w udzielaniu pomocy przypisuje się pracy socjalnej, która działając na różnych poziomach, próbuje pomóc jednostkom i ich rodzinom w przezwyciężaniu problemów w sferze osobistej, rodzinnej i społecznej. Szczególną rolę w tym zakresie spełnia pracownik socjalny jako profesjonalista od działań na rzecz rodziny. W części teoretycznej opracowania scharakteryzowano rodzinę migracyjną oraz zwrócono uwagę na problemy, jakie mogą pojawić się w jej codziennej egzystencji. Ponadto zwrócono uwagę na rolę pracownika socjalnego w zakresie pomocy takiej rodzinie. Część empiryczna artykułu zawiera analizę badań własnych nad działaniami pracownika socjalnego w obszarze pomocy rodzinie migracyjnej.

ROLA PRACOWNIKA SOCJALNEGO WE WSPIERANIU RODZINY MIGRACYJNEJ

Rodzina jest pierwszym i najważniejszym środowiskiem dla rozwoju dziecka, ułatwia znalezienie miejsca w świecie oraz chroni swoich najbliższych. Poprzez codzienne kontakty i interakcje wytwarza odpowiedni klimat wychowania. Młody człowiek uczestnicząc w procesie wychowania ma szansę stać się pełnowartościowym członkiem społeczeństwa.

W specjalistycznych publikacjach istnieje wiele definicji rodziny.

Rodzinę uznaje się za szkołę życia społecznego, bo uczy żyć w społeczeństwie. „Skierowane w rodzinie zakazy, normy postępowania, bardzo istotne dla przyszłego życia, jak pojęcie dobra osobistego i wspólnego, obo-

wiązku i odpowiedzialności, sensu życia i otwartości na wartość drugiego człowieka, życzliwości, altruizmu głęboko zapadają w psychikę dziecka” (Ozorowski 1999: 393).

„Rodzina to nie tylko grupa osób pozostająca w określonych wzajemnych relacjach. Jest to system, grupa wzajemnie powiązanych ze sobą ludzi, z których każdy oddziałuje silnie na pozostałych. Rodzina jest pierwszą, podstawową i naturalną grupą społeczną. Właśnie w niej dziecko rozwija się fizycznie i psychicznie. W rodzinie tworzą się określone normy, regulujące zachowanie jej członków oraz role i pozycje wytwarzające wzajemne oczekiwania i wymagania. To tu człowiek kształtuje swoją osobowość, poszukuje autorytetu i wzorców do naśladowania” (Przybycień K.K., Przybycień M. 2011: 65).

We współczesnym świecie przed rodziną stoją różnego rodzaju wyzwania, a wraz z nimi mogą pojawić się zagrożenia dla jej równowagi i harmonii. Trudna sytuacja na rynku pracy przyczyniła się do popularności wyjazdów zarobkowych. Po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. wielu Polaków zdecydowało się podjąć pracę za granicami kraju. Migracje z całą pewnością powodują zmiany w funkcjonowaniu rodziny i niosą za sobą konsekwencje, zarówno dla osoby migrującej, jak i dla jej najbliższych członków rodziny.

Pojęcie rodziny migracyjnej jest relatywnie nowe w literaturze przedmiotu. Termin ten powstał ze względu na nieściśłą okoliczność migracji przynajmniej jednego z członków rodziny, zarówno z perspektywy czasu rozłąki, jak i decyzji co do miejsca zamieszkania. Rodziny te definiowane są w literaturze także jako „transnarodowe” lub „ponadnarodowe”, funkcjonujące na obszarze poza granicami. Nie można ich zakwalifikować do rodzin imigrantów, jak również emigrantów (Slany 2008: 7–30).

Najogólniej uważa się, że rodzina migracyjna to rodzina, „w której jedno bądź oboje rodziców wyemigrowało za granicę w celach zarobkowych” (Gizicka, Gorbaniuk, Szyszka 2010: 77).

W *Encyklopedii pedagogicznej XXI wieku* możemy znaleźć następujące typy rodzin migracyjnych: „rozłączone, w których ojciec lub matka wychowuje dziecko (dzieci) przy ograniczonym udziale drugiego rodzica na skutek jego czasowej nieobecności oraz migracyjne, w których rodzice przebywają za granicą w celach zarobkowych bez zamiaru pozostania tam na stałe (Pilch 2006: 333)”. Uwzględniając czas nieobecności, wymienia się: „okresowe rodziny migracyjne, w których rodzice systematycznie migrują na krótkie okresy – kilkumiesięczne oraz długotrwałe rodziny migracyjne, w których rodzice przebywają za granicą od jednego roku do kilkunastu lat” (Pilch 2006: 333)¹.

¹ Istnieją także inne typy rodzin migracyjnych, nieprzytoczone w niniejszym opracowaniu.

Decyzje o wyjeździe zarobkowym w poważny sposób wpływają na życie członków rodziny, jej strukturę i trwałość. Cała rodzina ponosi skutki migracji. Migracja wpływa na osłabienie więzi między małżonkiem, który wyjechał a tym, który pozostał w kraju. K. Gromadzka (2009: 81) słusznie zauważa, że „praca zawodowa poza miejscem zamieszkania zmienia strukturę, organizację, funkcje rodziny oraz zakres pełnionych ról rodzicielskich. W rodzinach rozłączonych w miejsce stabilności pojawia się dezorganizacja, następuje zmiana nie tylko w podziale obowiązków, powstaje także niepokój i niepewność w odczuciu osób pozostających w domu, szczególnie w odczuciu dziecka”. Badania wykazują, że jedną z najbardziej negatywnych konsekwencji migracji zarobkowych jest poczucie pustki i osamotnienia. Dotykają one głównie młodsze dzieci, które nie potrafią w racjonalny sposób uzasadnić nieobecności rodzica.

W związku z powyższym w niniejszych rozważaniach niezbędne staje się przytoczenie terminów „eurosieroctwo” i „eurosierota”. „Mianem eurosieroctwa psychologowie określają zjawisko pozostawiania w kraju dzieci przez rodziców wyjeżdżających za granicę (...); dzieci pozbawione stałego kontaktu nawet z jednym z rodziców, czują się jak sieroty” (Biuletyn Informacyjny 2008: 12). Uznanie takim mianem każdego dziecka, którego przynajmniej jeden z rodziców wyjechał za granicę, jest niesłuszne. Ministerstwo Edukacji Narodowej definiuje eurosieroctwo jako „sytuację, w której emigracja zarobkowa rodziców/rodzica powoduje burzenie podstawowych funkcji rodziny, takich jak zapewnienie ciągłości procesu socjalizacji, wsparcia emocjonalnego dziecka i transmisji kulturowej” (Markowski 2008).

Wyjazd jednego lub obojga rodziców wywołuje różne negatywne następstwa u pozostawionego dziecka w kraju. Należą do nich m.in.: skutki psychologiczne (dla rozwoju osobowości dziecka), niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, miłości i przynależności, a także skutki pedagogiczne – arogancja w stosunku do nauczycieli, rówieśników w szkole, czy brak pozytywnych ocen.

Niestety, występują również próby samobójcze (często jest to chęć zwrócenia na siebie uwagi). W literaturze psychologiczno-pedagogicznej, z innych form niedostosowania społecznego wymienia się kradzieże bądź uzależnienia (Kozak 2007: 99–108). Z kolei, Zwoliński (2012: 74) akcentuje, że wśród zaobserwowanych u dzieci skutków rozstania rodziców wymienia się najczęściej: „łękliwość, płaczliwość, szukanie bliskości z dorosłymi, agresywność, a u większości dzieci kłopoty szkolne i problemy społeczne, emocjonalne przezwyciężane przez dzieci po okresie około dwóch lat”.

Uznaje się, iż rodzina stanowi instytucję wymagającą specyficznego zabezpieczenia ze strony państwa, ponieważ ma wielkie znaczenie dla jednostki i całego społeczeństwa. Celem artykułu jest ukazanie roli pracownika socjalnego w zakresie wsparcia społecznego i pomocy rodzinom migracyjnym.

Zadaniem pracowników socjalnych jest rozwiązywanie problemów poprzez terapię zmieniającą rzeczywistość wśród rodzin, przeżywających dezintegrację w swoim systemie egzystencji. Praca socjalna ukierunkowana na pomoc rodzinie obejmuje trzy główne cele: przyczynianie się do rozwoju harmonijnych relacji w rodzinie; wzmacnianie wartości rodziny w jej życiu oraz pobudzanie rozwoju „zdrowej” osobowości w rodzinie – dostatecznego funkcjonowania społecznego ich członków (Dubois, Miley 1999: 63).

Pracownicy socjalni wobec rodziny spełniają jeszcze wiele innych zadań. Często odgrywają oni rolę rzeczników wspierających rodzinę w jej różnych działaniach, m.in. społecznych, ekonomicznych i politycznych. Działania te obejmują np.: sprawiedliwe zatrudnienie, edukację służącą zapewnieniu rozwoju dziecka i nabyciu umiejętności rodzicielskich, wspieranie rozwoju rodziny, opiekę należytej jakości, usankcjonowanie prawne urlopów macierzyńskich i urlopów na sprawowanie opieki nad chorymi dziećmi, pełen zakres opieki zdrowotnej, programy wspierania rodziny sponsorowane przez zakłady pracy, prewencję i świadczenia zorientowane na rodzinę, w przypadkach niewłaściwego traktowania i zaniedbywania podopiecznych (Dubois, Miley 1999: 63).

W dodatku pracownicy socjalni zajmują się doradztwem w sytuacji trudności małżeńsko-rodzinnych. Doradztwo dotyczy relacji w rodzinie, dezintegracji rodziny będącej konsekwencją rozmaitych kryzysów małżeńskich, jak też problemów uwarunkowanych chorobą, ubóstwem, bezrobociem, czy szeroko pojętą patologią. W sytuacji rozpadu małżeństwa pracownicy socjalni pomagają w kwestiach rozwodowych czy separacjach (Młyński 2012: 131).

Najogólniej wsparcie pracownika socjalnego w odniesieniu do dzieci w rodzinie dotyczy:

- nawiązania dobrych relacji pomiędzy szkołą a rodzicami, zwłaszcza, jeśli rodziny noszą znamiona patologii;
- wsparcia w zakresie przemocy;
- wsparcia w sytuacji różnych uzależnień (Młyński 2012: 132).

Mając na uwadze powyższe rozważania, zauważmy, iż współczesna rodzina wymaga pomocy, dzięki której w sytuacji zagrożenia będzie mogła zwrócić się do instytucji i uzyskać możliwość przywrócenia równowagi jej społecznego funkcjonowania. W tym kontekście pracownicy socjalni pełnią szczególną rolę.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Celem badań było znalezienie odpowiedzi na pytanie: Jaka jest rola pracownika socjalnego w obszarze pomocy rodzinie migracyjnej?

W badaniach posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety do badania roli pracownika socjalnego w obszarze pomocy rodzinom migracyjnym.

Niniejsze badania zrealizowano w I kwartale 2016 roku wśród pracowników socjalnych zatrudnionych w wybranych ośrodkach pomocy społecznej na terenie województwa lubelskiego.

Próba badawcza obejmowała 140 pracowników socjalnych, jednakże po weryfikacji poprawności wypełnienia poszczególnych kwestionariuszy (niepełne dane) do analizy empirycznej zakwalifikowano 124 kwestionariusze ankiet.

Na początku eksploracji starano się uzyskać odpowiedź na pytanie, kto dla pracowników socjalnych stanowił źródło informacji o rodzinach migracyjnych potrzebujących pomocy i wsparcia? (tabela 1).

Tabela 1. Źródła informacji na temat rodzin migracyjnych potrzebujących pomocy i wsparcia

Osoby/instytucje stanowiące źródło informacji o rodzinach migracyjnych	N	%
Członek rodziny migracyjnej	56	51,8
Pedagog szkolny	30	27,8
Dalsza rodzina	14	12,9
Sąsiedzi	14	12,9
Funkcjonariusz policji	8	7,4
Środki masowego przekazu	6	5,6

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku analiz badawczych okazało się, że pracownicy socjalni z różnych źródeł pozyskali informację o rodzinach migracyjnych, potrzebujących wsparcia. Najczęściej badani pracownicy wskazali na członka rodziny migracyjnej (51,8%) jako osobę zgłaszającą się po uzyskanie pomocy. W następnej kolejności był to pedagog szkolny (27,8%), rzadziej dalsza rodzina (12,9%), czy sąsiedzi (12,9%). Należy zaznaczyć, iż respondenci w nielicznym stopniu wskazali na środki masowego przekazu (telewizję, radio, Internet) jako źródła informacji o rodzinach migracyjnych wymagających pomocy.

Kolejne eksploracje miały na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Kto sprawuje opiekę nad dzieckiem/dziećmi z rodzin migracyjnych? (tabela 2).

Okazało się, że niespełna połowa badanych pracowników socjalnych (48,0%) wskazała na matki, jako osoby sprawujące opiekę nad dzieckiem/dziećmi w rodzinach migracyjnych. Około 1/3 respondentów przyznała, iż tę rolę pełnią dziadkowie (31,0%), a znacznie rzadziej naprzemiennie matka z ojcem (8,0%). Sporadycznie to ojciec sam pozostaje w kraju z dziećmi

(6,0%), rzadziej starsze rodzeństwo (3,0%) bądź dalsza rodzina (3,0%) pełni rolę opiekunów. Znikoma liczba pracowników socjalnych (1,0%) wskazała na sąsiadów, jako osoby sprawujące opiekę nad dziećmi z rodzin migracyjnych.

Tabela 2. Osoby sprawujące opiekę nad dzieckiem/dziećmi z rodzin migracyjnych

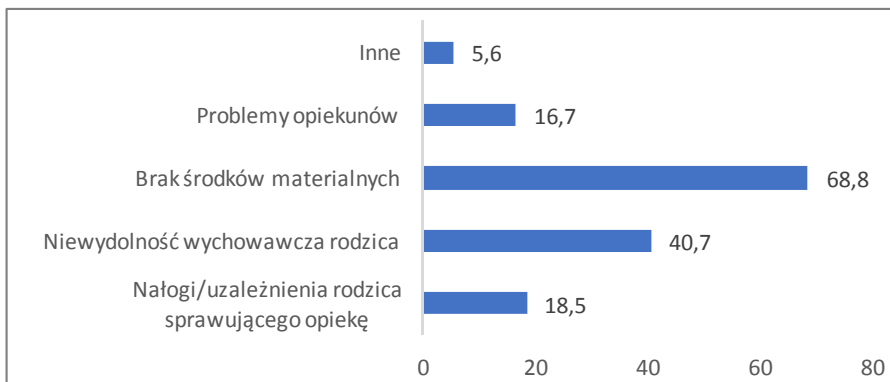
Osoby sprawujące opiekę nad dzieckiem/dziećmi z rodzin migracyjnych	N	%
Matka	59	48,0
Dziadkowie	38	31,0
Na przemienne matka/ojciec	10	8,0
Ojciec	8	6,0
Starsze rodzeństwo	4	3,0
Dalsza rodzina	4	3,0
Sąsiedzi	2	1,0

Źródło: opracowanie własne.

Należy podkreślić, że inaczej funkcjonuje rodzina, w której wyjeżdża matka, czy ojciec, a jeszcze inne trudności wiążą się z pozostawieniem dziecka w kraju przez oboje rodziców. Niezwykle istotna jest postawa matki, jej relacja i więź z młodym człowiekiem, jednakże roztaczając nad dzieckiem czułą macierzyńską opiekę często postrzega je bezkrytycznie, nie dostrzegając błędów w jego postępowaniu. Dyscyplinowanie jest oddziaływaniem wychowawczym częściej stosowanym przez ojca, gdyż stanowczość i konsekwencja, które są niezwykle ważne w wychowaniu, są bardziej charakterystyczne dla mężczyzn. Należy jednak pamiętać, iż termin „dyscyplina” nie jest tożsamy z karnym utrzymywaniem posłuszeństwa i porządku (Sosnowski 2011: 32). Ojciec w istotny sposób wpływa na rozwój postaw moralnych dziecka. Specyficzną rolę pełni ojciec w rozwoju społeczno-moralnym dziecka.

Jego zadaniem jest dostarczenie potomkowi takich bodźców, których nie jest w stanie dostarczyć matka. „Ojciec pełni rolę pośrednika między obcym dla dziecka światem zewnętrznym a spokojnym, pełnym ciepła światem intymnym, który stworzyła dla niego matka” (Pospiszyl 1980: 45; Sosnowski 2011: 34). Z całą pewnością dla właściwego procesu wychowania i socjalizacji konieczna jest obecność obojga rodziców. Wówczas, poprzez przekazywane wzorce osobowe i odpowiednią kontrolę społeczną jest szansa na poprawny rozwój młodego pokolenia.

Dokonując dalszej analizy wyników badań starano się uzyskać odpowiedź na pytanie: Jakie problemy występują w rodzinach migracyjnych? (wykres 1).

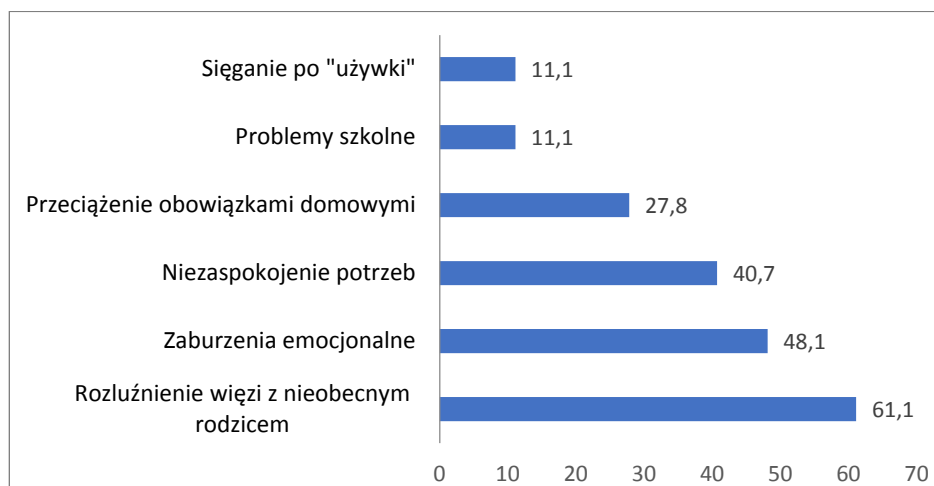


Wykres 1. Problemy występujące w rodzinie migracyjnej (dane w %)

Źródło: opracowanie własne.

Co ciekawe, zdaniem pracowników socjalnych, największym problemem w rodzinach migracyjnych jest brak środków materialnych na utrzymanie rodziny (68,8%). Kolejne zagrożenie koncentruje się wokół niewydolności wychowawczej rodzica pozostającego w kraju z dzieckiem (40,7%). Niewydolność ta często wiąże się z niezaradnością życiową, która może doprowadzić do nieumiejętności radzenia sobie rodzica w kwestiach wychowawczych. Z kolei problemy te implikują m.in. lekceważenie rodzica z powodu braku autorytetu. Rozwój młodego człowieka i jego funkcjonowanie w społeczeństwie uwarunkowane jest prawidłową opieką. Kwestia niewydolności wychowawczej rodziców zaburza nie tylko socjalizację dziecka w okresie dzieciństwa, ale determinuje też jego późniejsze życie dorosłe. Następnym problemem pojawiającym się w takich rodzinach to nałogi i uzależnienia rodzica sprawującego opiekę (18,5%). Należy zaznaczyć, iż zagrożenie to lawinowo pociąga za sobą kolejne kłopoty. Rodzina, w której chociaż jedno z rodziców popada w uzależnienie, boryka się z licznymi problemami. Do nich możemy zaliczyć m.in.: brak zaspokojenia potrzeb dziecka (nawet tych podstawowych), zaburzenie relacji między członkami rodziny, zanik pozytywnych emocji, przepełnienie atmosfery żalem, stresem, czy niepewnością. Częstym zjawiskiem jest przemoc i agresja. Pracownicy socjalni wskazali także na problemy opiekunów sprawujących opiekę nad dziećmi (16,7%). W związku z tym, iż powyższe analizy badań wykazały, że opiekę nad pozostawionymi w kraju dziećmi nierzadko przejmują dziadkowie, wówczas problemy skorelowane są ze starszym wiekiem opiekunów bądź ich chorobą, natomiast w sytuacji przejęcia opieki przez dalszą rodzinę, czy sąsiadów, pojawia się brak autorytetu. Innym problemem występującym w takich rodzinach okazała się tęsknota.

Kolejne analizy miały na celu przybliżenie odpowiedzi na pytanie: W jaki sposób przejawia się negatywny wpływ wyjazdu rodzica/rodziców na sytuację dziecka/dzieci w rodzinie? (wykres 2).



Wykres 2. Negatywny wpływ wyjazdu rodzica/ rodziców na sytuację dziecka/dzieci w rodzinie

Źródło: opracowanie własne.

Niepokojące jest to, że pracownicy socjalni najczęściej wskazywali na rozluźnienie więzi z nieobecnym rodzicem (61,1%). Psycholodzy kliniczni, którzy pracowali z rodzinami migracyjnymi spostrzegli zgodność między oznakami choroby sieroczej a zachowaniem dzieci migrantów. Dzieci te po dłuższej nieobecności rodzica nie tylko nie okazują radości na jego widok, ale również nie chcą go widzieć. Część z nich reaguje przygnębieniem bądź smutkiem po jego powrocie, mimo iż „doskonale” zniosły jego kilkutygodniową lub kilkumiesięczną nieobecność. Następującą reakcję określa się na ogół jako opóźnioną żałobę (*Delayed Mourning*) czy odwet za ból uczyniony opuszczeniem (www.psychologia.net [08.05.2016]). Kolejny negatywny wpływ wyjazdu rodzica to zaburzenia emocjonalne u pozostawionych dzieci (48,1%).

Na specyficzne trudności emocjonalne eurosierot wskazała Fundacja Rozwoju Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego w przeprowadzonych badaniach w 2010 roku. Wśród nich należy wymienić następujące: objawy w postaci bólów głowy, brzucha, duszności i nawrotowych przeziębień. Dzieci dostrzegają korzyści z prezentowanych objawów somatycznych ze względu na zainteresowanie ich osobą opieką, troską i dostępnością kontaktu.

Stwarza to ryzyko utrwalenia tego mechanizmu, mogącego powodować występowanie zaburzeń psychosomatycznych. Momentem krytycznym był pobyt poza domem – w przypadku matki – 2 lata, w przypadku ojca – 3 lata (Nowak, Gawęda, Janas-Kozik 2011: 283–290). Niezaspokojenie potrzeb dziecka (40,7%), to kolejny negatywny skutek wyjazdu rodzica za granicę. Każdy młody człowiek potrzebuje od swoich rodziców akceptacji i aprobaty. Potrzeby bezpieczeństwa, miłości i kontaktu zaspokajane w rodzinie stanowią fundament w kształtowaniu się osobowości dziecka. Na identycznym poziomie uplasowały się problemy dotyczące problemów szkolnych (11,1%) i sięganie dziecka po „używków” (11,1%). Kłopoty z nauką szkolną są często wskazywane przez nauczycieli i pedagogów jako konsekwencje migracji rodziców. E. Kozdrowicz (2009: 43) w badaniach autorskich poddała ocenie pedagogów skutki migracji i grupa ta na pierwszym miejscu wskazała „obniżenie motywacji do nauki, gorsze oceny, brak prac domowych”.

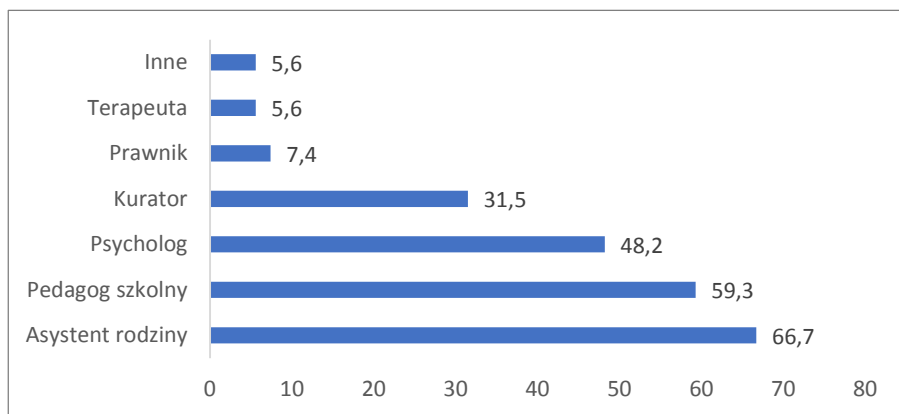
Pracowników socjalnych zapytano, z jakich form wsparcia korzystają członkowie rodzin migracyjnych w ramach pomocy? Zdecydowana większość badanych (95,16%) zadeklarowała, że dokonuje analizy i oceny funkcjonowania potrzeb rodziny pod kątem zapotrzebowania na świadczenia z pomocy społecznej i kwalifikuje do uzyskania wsparcia finansowego, które staje się niezbędne w codziennym funkcjonowaniu podopiecznych. Pomoc stanowią m.in.: zasiłki okresowe, celowe, opłata posiłków w szkole, przedszkolu, refundacja kolonii letnich, nie bez znaczenia jest również pomoc w postaci rzeczowej, m.in. zakup odzieży, czy przygotowanie paczek żywnościowych. Nieznacznie mniej respondentów (90,3%) zadeklarowało, że udziela wsparcia w formie pracy socjalnej. Ponad połowa pracowników socjalnych (67,7%) wskazuje na świadczenie usług w zakresie udzielania szeroko pojętego poradnictwa, które służy możliwości rozwiązywania problemów piętrzących się w rodzinach migracyjnych. Badani akcentują, że w zależności od problemów, z jakimi borykają się podopieczni, pomoc udzielana jest przez różnych specjalistów, m.in.: prawnika, psychologa, pedagoga, terapeuty, asystenta rodziny, kuratora czy policjanta. Pracownicy socjalni deklarują, że nawiązują współpracę z ww. specjalistami w zakresie szeroko pojętej pomocy rodzinom. Ponadto około połowa pracowników socjalnych (56,34%) zapewnia potrzebującym inne formy pomocy, które polegają na uczestnictwie rodzin w grupie samopomocowej, imprezach i wyjazdach integracyjnych, organizowaniu dzieciom czasu wolnego.

Następnie badani odpowiedzieli na pytanie: Którą z form beneficjenci wybierają najchętniej? Zdecydowana większość respondentów (95,96%) stwierdza, że rodziny migracyjne najchętniej korzystają z pomocy finansowej, nieco mniej badanych (77,4%) twierdzi, że podopieczni przychodzą po

porady i możliwość uzyskania pomocy specjalisty. Ponad połowa pracowników (58,06%) ocenia, że klienci wybierają pomoc w postaci pracy socjalnej, jeszcze mniej respondentów stwierdza (51,61%), że zainteresowani chcą współpracować z różnymi ww. specjalistami.

Pracowników socjalnych poproszono o wyrażenie opinii na temat najbardziej skutecznych form pomocy. W opinii ankietowanych najbardziej skuteczna jest taka forma pomocy, która jest dostosowana do indywidualnych potrzeb rodziny. Rodzina migracyjna korzysta z szerokiego spektrum wsparcia. Jednakże badani za najbardziej skuteczną formę pomocy uważają pracę socjalną (82,25% wskazań). Na drugim miejscu wymieniają pomoc asystenta rodziny (78,22% odpowiedzi). Porady specjalistów i pomoc instytucji to kolejna skuteczna forma pomocy (68,54% wskazań). Następnie wskazano na pomoc finansową i rzeczową (63,32% wyborów). Niewielka grupa badanych (8,87%) stwierdziła, że wszystkie formy pomocy są wskazane dla rodziny migracyjnej. Ponadto 2,47% respondentów uważa, że jakakolwiek pomoc jest bezskuteczna.

Końcowe analizy wyników badań przybliżyły odpowiedź na pytanie: Z kim pracownicy socjalni współpracują najczęściej w przezwyciężeniu trudnej sytuacji życiowej rodziny migracyjnej? (wykres 3).



Wykres 3. Osoby, z którymi współpracują pracownicy socjalni w celu przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej rodziny migracyjnej

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższej analizy materiału empirycznego wynika, że pracownicy socjalni najczęściej współpracują z asystentem rodziny (66,7%) w celu przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej rodziny migracyjnej. Zadaniem asystenta rodziny jest realizacja pogłębionej pracy socjalnej z rodziną z proble-

mami opiekuńczo-wychowawczymi. Istota jego działania koncentruje się wokół wsparcia i towarzyszenia rodzinie, pełnienia roli edukatora i informatora. Asystent rodziny nie może wyręczać rodziny w pełnieniu przez nią funkcji rodzinnych i społecznych. Pracownik socjalny i asystent rodziny mają wspólnego adresata, wobec tego działają na zbliżonych płaszczyznach i mają sprzężone cele w zakresie wsparcia rodziny z problemami opiekuńczo-wychowawczymi. W następnej kolejności badani wskazali na pedagoga szkolnego (59,3%). Pedagog szkolny w szkole powinien być współpracownikiem i partnerem pracownika socjalnego. Jego zadanie skupia się wokół doradztwa w rozwiązywaniu problemów, ale może występować również w roli konsultanta wobec innych instytucji pomocowych. Oznacza to, że stanowi pomost pomiędzy szkołą a innymi instytucjami, które rodzicom, jak i ich dzieciom ułatwiają dostęp do świadczeń i usług społecznych. Pełniąc rolę rzecznika, może być mediatorem w sytuacji niepowodzeń uczniów z powodu braku porozumienia z nauczycielem bądź zaburzonych relacji w grupie (Młyński 2012). Niespełna 1/3 badanych osób (31,5%) współpracuje z kuratorem. Rzadziej badani pracownicy socjalni współpracują z prawnikiem (7,4%), czy terapeutą (5,6%). Pracownicy socjalni w nielicznym stopniu (5,6%) wskazali także na współpracę z funkcjonariuszem Policji.

PODSUMOWANIE

Mając na uwadze powyższe rozważania należy stwierdzić, iż jednym z głównych zadań państwa jest wsparcie rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, lub w razie konieczności uruchomienie działań mających na celu zapewnienie dziecku stabilnego i bezpiecznego środowiska wychowawczego. Pracownik socjalny dysponuje wiedzą z zakresu różnych dyscyplin naukowych, m.in. z psychologii, socjologii, medycyny, polityki. Wiedza ta stanowi niezbędny element jego codziennego funkcjonowania zawodowego. Niewątpliwie wykorzystywana jest podczas pracy z rodziną migracyjną, w której nawarstwiają się różnego rodzaju problemy, dotyczące dorosłych i dzieci. Dotyczą one kwestii finansowych, niezaspokojenia potrzeb, problemów edukacyjnych i wychowawczych, przeciążenia obowiązkami rodzica lub opiekuna, problemów emocjonalnych i innych przedstawionych w tym artykule.

Jak wykazały powyższe badania, pracownik socjalny udziela różnych form pomocy. Poza obowiązkiem udzielania pomocy, musi wykazać się tolerancją i wrażliwością na los drugiego człowieka oraz zdolnością rozumienia jego potrzeb. W pracy z rodziną migracyjną jest zobowiązany do prawidłowej

diagnozy, analizy, strategii, ewaluacji oraz do nawiązania kontaktów i współpracy ze specjalistami różnych dziedzin. Jest to konieczne ze względu na szerokie spektrum problemów tkwiących w rodzinie migracyjnej. Niniejsze badania wykazały, że wymaga ona przede wszystkim wsparcia finansowego, jednak w zależności od indywidualnych potrzeb korzysta ze zróżnicowanych form pomocy. Według pracowników socjalnych najbardziej skuteczna jest pomoc materialna, ze względu na zaspokojenie podstawowych potrzeb rodziny, niezwykle istotna jest praca socjalna, jak też współdziałanie beneficjentów i korzystanie z pomocy różnych specjalistów.

Formułując rekomendacje dla rodziny migracyjnej w obszarze działań pracownika socjalnego należy podkreślić, że każda rodzina funkcjonuje na innym poziomie i występują w niej różne problemy. W związku z tym, aby w optymalnym stopniu zaspokoić jej potrzeby, zadaniem pracownika socjalnego jest współpraca ze specjalistami z różnych dziedzin. Problemem w rodzinie migracyjnej jest sytuacja dzieci, które stają się często ofiarami na ogół koniecznej decyzji rodziców związanej z wyjazdem za granicę. Istotna w tym względzie jest ścisła współpraca pracownika socjalnego ze szkołą (objęcie dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną), ponadto ważne jest współdziałanie z poradnią psychologiczno-pedagogiczną oraz objęcie rodzin pomocą terapeutyczną. Bardzo istotną sprawą jest wnikliwa diagnoza problemów i potrzeb występujących w konkretnej rodzinie migracyjnej, aby rekompensować niezaspokojone potrzeby jej członków. Pracownik socjalny powinien zbudować więzi i stworzyć atmosferę zaufania z członkami rodziny migracyjnej w celu osiągnięcia lepszych efektów pomocy. Z kolei, rozwiązywanie problemów finansowych nie może ograniczać się tylko do wsparcia finansowego. W większym stopniu należy położyć nacisk na działania, mające na celu wyjście rodzin z trudnej sytuacji materialnej.

BIBLIOGRAFIA

- Dubois B., Miley K.K. (1999), *Praca socjalna, zawód, który dodaje siłę*, Katowice.
- Gizicka D., Gorbaniuk J., Szyszka M. (2010), *Rodzina w sytuacji rozłąki migracyjnej*, Lublin.
- Gromadzka K. (2009), *Sytuacja życiowa dzieci w rodzinach rozłączonych* [w:] J. Nikitorowicz, J. Muszyńska, M. Sobecki (red.), *Wspólnoty z perspektywy edukacji międzykulturowej*, Białystok.
- Informacje dla rodziców podejmujących prace poza granicami kraju* (2008), „Biuletyn Informacyjny Rzecznika Praw Dziecka”, nr 1–2.
- Kozak S. (2007), *Patologie wśród dzieci i młodzieży*, Warszawa.
- Kozdrowicz E. (2009), *Psychopedagogiczne skutki rozłąki migracyjnej*, „Zeszyty Metodyczne”, 8.
- Markowski M. (2008), *MEN: Eurosieroctwo? Taki sam problem mają dzieci marynarzy*, www.wyborcza.pl [15.04.2016].

- Młyński J. (2012), *Wsparcie rodziny – analiza w aspekcie pracy socjalnej*, „Studia Socialia Cracoviensia”, 4, 1/6.
- Nowak M., Gawęda A., Janas-Kozik M. (2011), *Prowokacja odrzucenia czy pragnienie bliskości? Znaczenie relacji rodzic zastępczy – dziecko dla niwelowania deficytów wynikających z diagnozy zaburzenia więzi*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 1/11.
- Ozorowski E. red. (1999), *Słownik małżeństwa i rodziny*, Warszawa–Łomianki.
- Pilch T. red. (2006), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. V, Warszawa.
- Pospiszyl K. (1980), *Ojciec a rozwój dziecka*, Warszawa.
- Przybycień K.K., Przybycień M. (2011), *Emigracja – lekarstwo czy trucizna. Sytuacja rodzinna dzieci emigrantów w świetle badań własnych* [w:] B. Więckiewicz (red.), *Problem euro-rośroductwa. Wybrane aspekty*, Stalowa Wola.
- Slany K. (2008), *Co to znaczy być migrantką?* [w:] K. Slany (red.), *Migracje kobiet. Perspektywa wielowymiarowa*, Kraków.
- Sosnowski T. (2011), *Ojciec we współczesnej rodzinie. Kontekst pedagogiczny*, Warszawa.
- Wódz K. (1998), *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Katowice.
- www.psychologia.net [08.05.2016].
- Zwoliński A. (2012), *Krzywdzenie dzieci. Zagrożenia współczesnego dzieciństwa*, Kraków.

MIGRATION FAMILY IN THE AREA OF ACTION OF A SOCIAL WORKER

Summary

Paying attention to problems of migration families and showing a role of a social worker in overcoming this problems is a purpose of the article. Many aid institutions exist in sectors of the social life, however the more and more great significance in the help is being assigned to the social job which acting at different levels, is trying to help individuals and their families overcome of problems in the personal, family and social sphere. In this respect a social worker is accomplishing the particular role as the professional from action for the family. In part theoretical studies were characterised migration family and they paid attention to problems which can turn up at her daily existence. Moreover were directed a social worker's attention to the role in the assistance of such a family. The empirical part of the article contains analysis of the own research on effects of a social worker in the area of assistance for migration family.

Keywords: family migration, euro-orphanhood, euro-orphans, social worker

MONIKA STRUCK-PEREGOŃCZYK

WPLYW RODZINY NA PODEJMOWANIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ PRZEZ MŁODE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECKA A RODZINA

Niepełnosprawność dziecka stanowi niewątpliwie dodatkowe wyzwanie dla rodziny, wpływające na jej codzienne funkcjonowanie w różnych obszarach życia rodzinnego. Jak dowodzi M. Whiting, niepełnosprawność dziecka wpływa na takie obszary życia rodziny jak m.in.: zatrudnienie (trudności w pracy, rezygnacja z pracy), sytuacja materialna (zwiększone wydatki), fizyczne i psychiczne zdrowie rodziców, relacje w rodzinie (trudności małżeńskie), kontakty społeczne (izolacja), obciążenia czasowe (Whiting 2014: 28). Badani rodzice wskazywali także na konieczność pełnienia wielorakich ról społecznych (rodzic, opiekun, pielęgniarz, fizjoterapeuta itp.) i konieczność ich pogodzenia. Niektórzy do zobrazowania swojej sytuacji używali nawet określenia „niepełnosprawna rodzina”, podkreślając tym samym jak szeroki jest wpływ niepełnosprawności dziecka na funkcjonowanie całej rodziny. Mimo iż najczęściej uwypukla się negatywne aspekty tego wpływu, nie należy zapominać także o pozytywnych aspektach – 2/3 rodziców niepełnosprawnych dzieci w badaniach prowadzonych przez R. Breitreuz i in. zadeklarowało, że mimo przeżywanych trudności posiadanie dziecka z niepełnosprawnością było pozytywne dla ich rodzin (Breitkreuz, Wunderli, Savage, McConnell 2014: 358).

To, w jaki sposób rodzina radzi sobie z tą trudną sytuacją, zależy od wielu czynników – zasobów materialnych, kulturowych, czasowych, ludzkich, ale także od wsparcia społecznego (Szluz 2007: 205). Jak sugeruje R. Breitreuz i in., wsparcie społeczne ze strony dalszej rodziny, przyjaciół, sąsiadów jest czynnikiem ważniejszym niż te zlokalizowane w jednostce czy rodzinie. Ponadto, istotny jest również dostęp do zasobów – wsparcie instytucjonalne oraz finansowe (Breitkreuz, Wunderli, Savage, McConnell 2014: 351–352).

Niepełnosprawność dziecka wpływa nie tylko na relacje w rodzinie, ale także na stosunek rodziców do ich niepełnosprawnych dzieci. Według H. Borzyszkowskiej można wyróżnić cztery rodzaje postaw:

- stosunek właściwy – polega na akceptacji dziecka, rodzice zdają sobie sprawę z jego niepełnosprawności i w związku z tym stawiają mu wymagania dostosowane do jego właściwości psychofizycznych, uczą je pokonywania trudności, starają się pomóc mu w usamodzielnieniu;
- stosunek za łagodny – postawa ta charakteryzuje się nadopiekuńczością, rodzice uważają niepełnosprawność dziecka za wielką krzywdę, którą wyrządził im los, chcą to dziecku w jakiś sposób „wynagrodzić” otaczając je zbyt troskliwą opieką, wyręczając je, nie stawiając mu żadnych wymagań;
- stosunek za surowy – polega na stawianiu niepełnosprawnym dzieciom zbyt wysokich wymagań, przekraczających ich możliwości, postawa ta wynika najczęściej z braku akceptacji niepełnosprawności dziecka przez rodziców, może prowadzić do zaniżenia samooceny u dziecka;
- stosunek obojętny – polega na zaniedbaniu lub odrzuceniu niepełnosprawnego dziecka, rodzice są przekonani o tym, że nie warto starać się by zaspokajać potrzeby dziecka, gdyż i tak nie przyniesie to żadnych pozytywnych skutków (Borzyszkowska 1988: 368).

Omówione wyżej postawy mają swoje odzwierciedlenie także w przypadku nastawienia, jakie prezentują rodzice i najbliższa rodzina młodych osób niepełnosprawnych w odniesieniu do podejmowania przez nie aktywności zawodowej.

RODZICE A PODEJMOWANIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ PRZEZ MŁODE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

Rodzinę uznać można za największy pozainstytucjonalny system wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych (Maciejewska, Bielecka-Prus 2011: 226–227). Najbliższa rodzina, a w szczególności rodzice, mają niezwykle istotną rolę w kształtowaniu aspiracji zawodowych młodych osób niepełnosprawnych i ich realizacji. Jak dowodzą badania przeprowadzone na grupie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo przez M. Wolan-Nowakowską, rodzice są pierwszymi i najważniejszymi doradcami w sprawie wyboru zawodu swoich dzieci. Młode osoby wręcz oczekują od nich wsparcia w tym obszarze – 78% zadeklarowało, iż najważniejszym źródłem informacji edukacyjno-zawodowej są właśnie rodzice (Wolan-Nowakowska 2010: 214). Podobne wyniki przyniosły badania M. Jurgielewicz-Wojtaszek i M. Pawlak (2004) dotyczące osób z lekkim upośledzeniem umysłowym w wieku od 13 do 19 lat – 87,5% badanych stwierdziło, że wyboru zawodu nie będą w stanie dokonać samodzielnie i o pomoc większość z nich poprosi rodziców. Rodzice często nie zdają sobie jednak sprawy, jak duże znaczenie odgrywają w kwestii przyszłości zawodowej swoich dzieci (Kazanowski, Byra 2004).

Jak podkreśla S. Shah, rodzina ma bardzo duży wpływ na kształtowanie aspiracji zawodowych młodych osób niepełnosprawnych. Może się on przejawiać na wiele sposobów:

- dostarczanie wzorów do naśladowania (np. jeśli chodzi o wybór zawodu – dotyczy to szczególnie członków rodziny tej samej płci co osoba niepełnosprawna);
- dostarczanie wsparcia, pomocy i rady;
- stanowienie źródła informacji o możliwościach edukacyjnych i zawodowych;
- wspieranie działań związanych z realizacją aspiracji zawodowych.

Rodzina może jednak także prezentować negatywne postawy i nie dostarczać wsparcia (Shah, Pascall, Walker 2006: 3). Rodziny kształtują aspiracje swoich dzieci także poprzez przekazywanie postaw wobec pracy zawodowej oraz oczekiwań związanych z ich przyszłością zawodową (Shah 2010: 103). Jeśli chodzi o praktyczne wsparcie w poszukiwaniu pracy poprzez udzielanie informacji o ofertach pracy, we wspomnianych badaniach Instytutu Spraw Publicznych 63,7% niepracujących osób niepełnosprawnych poszukiwało pracy przez rodzinę i znajomych, zaś 33,8% pracujących znalazło zatrudnienie dzięki poleceniu przez rodzinę lub znajomych (Germanowska 2007: 85, 97).

Lindstrom i in. w swoich badaniach nad wpływem rodziny na podejmowanie pracy przez młode osoby z trudnościami w uczeniu się wykazali, że ważniejsze od czynników związanych ze strukturą rodziny (np. wykształcenie i zawód rodziców, status socjoekonomiczny) są czynniki związane z relacjami w rodzinie i oferowanym przez nią wsparciem (Lindstrom, Doren, Metheny, Johnson, Zane 2007: 349). Status socjoekonomiczny rodziny ma wprawdzie wpływ na wybór drogi zawodowej, silniejszymi predyktorami sytuacji zawodowej młodych osób niepełnosprawnych okazały się być jednak relacje w rodzinie. Co więcej, niski status socjoekonomiczny rodziny sam w sobie nie jest czynnikiem decydującym o niższych osiągnięciach młodych osób niepełnosprawnych na rynku pracy, może mieć natomiast mobilizujący wpływ – zarówno zewnętrzny (oczekiwanie od młodych osób niepełnosprawnych partycypacji w kosztach utrzymania), jak i wewnętrzny (chęć osiągnięcia wyższego poziomu życia).

Wyróżniono pięć czynników mających wpływ na wybór kariery zawodowej młodych osób niepełnosprawnych: relacje w rodzinie, zaangażowanie rodziny w szkołę i inne formy aktywności dziecka, wsparcie i dbanie o interesy dziecka, aspiracje i oczekiwania rodziny względem przyszłości zawodowej dziecka, wsparcie w planowaniu kariery zawodowej i poszukiwaniu pracy. Jak stwierdzono, najgorzej na rynku pracy radziły sobie młode osoby niepełnosprawne z rodzin o typie nadopiecznym – wykonywały często prace

proste, niskopłatne albo były bezrobotne. Najlepiej radziły sobie osoby z rodzin, w których panowały pozytywne relacje, oferowany był wysoki poziom zaangażowania i wsparcia połączony z realistycznym poziomem oczekiwań wobec młodej osoby niepełnosprawnej (Lindstrom, Doren, Metheny, Johnson, Zane 2007: 359–361).

Badania prowadzone przez zespół ekspertów z Instytutu Spraw Publicznych wskazywały zarówno pozytywną, jak i negatywną rolę rodziny. Często aktywna rola rodziców pomaga niwelować bariery w drodze do edukacji czy podjęcia pracy. Jak stwierdzono, rodzina, obok organizacji pozarządowych, jest podstawową instytucją wspierającą młode osoby niepełnosprawne w drodze do zatrudnienia (Bartkowski, Gąciarz i Giermanowska 2007: 272). Rodzice mogą mieć jednak również negatywny wpływ na podjęcie aktywności zawodowej przez młode osoby niepełnosprawne, np. utwierdzając je w obawach związanych z podjęciem zatrudnienia (ma to miejsce szczególnie w przypadku absolwentów szkół specjalnych). Niejednokrotnie bierni zawodowo rodzice zaszczipiają w dzieciach roszczeniowość i pasywną postawę. Dla prawie 1/4 badanych młodych osób niepełnosprawnych powodem niepodjęcia pracy zarobkowej była niechętna postawa rodziny w tym względzie (Giermanowska 2007: 92).

WPLYW RODZINY NA PODEJMOWANIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ PRZEZ MŁODE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE W ŚWIELE BADAŃ WŁASNYCH

Większość młodych osób niepełnosprawnych w Polsce pozostaje poza rynkiem pracy (według danych z ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego 74,6% osób niepełnosprawnych w wieku 18–29 lat nie pracowało)¹. Trudna sytuacja młodych osób niepełnosprawnych na rynku pracy stała się inspiracją do podjęcia przez autorkę badań mających na celu identyfikację czynników wpływających na dostęp do zatrudnienia, jego charakter i warunki pracy. Jak dowodzą wyniki tychże badań, jednym z najistotniejszych czynników² wpływającym na poziom aktywności zawodowej młodych osób niepełnosprawnych było nastawienie ich najbliższej rodziny. Badania przeprowadzone zostały w województwie podkarpackim, regionie o tradycyjnie wysokiej stopie bezrobocia, niestwarzającym wielu szans na zatrudnienie dla osób młodych. Aby umożliwić wielostronną analizę omawianego problemu, przeprowadzono ba-

¹ Dane przygotowane przez GUS na zlecenie autorki.

² Obok takich czynników jak m.in.: potencjał lokalnego rynku pracy, uwarunkowania indywidualne (czynniki społeczno-demograficzne, cechy związane z niepełnosprawnością, poziom i rodzaj wykształcenia), postawy pracodawców, czynniki związane z tzw. pułapką świadczeniową.

dania ilościowe i jakościowe w dwóch grupach respondentów. Badania ilościowe przeprowadzone zostały w grupie 259 młodych osób niepełnosprawnych (w wieku 18–29 lat) o zróżnicowanym statusie na rynku pracy mieszkających na terenie województwa podkarpackiego³, zaś w ramach badań jakościowych przeprowadzono 24 indywidualne wywiady pogłębione z ekspertami w dziedzinie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie podkarpackim (w gronie tym znaleźli się przedstawiciele instytucji publicznych, organizacji pozarządowych oraz pracodawcy).

W dalszej części artykułu przedstawione zostaną wyniki badań dotyczące roli rodziny w podejmowaniu decyzji o aktywności zawodowej młodych osób niepełnosprawnych.

Osoby w wieku 18–29 lat są zazwyczaj traktowane jako dorosłe, trzeba jednak pamiętać, że niepełnosprawność jest czynnikiem obniżającym gotowość do podejmowania zadań i ról społecznych okresu dorosłości – w przypadku osób niepełnosprawnych zadania te realizowane są często w sposób „niepunktualny” (zob. Piotrowski 2010: 11, 43). Rolę najbliższej rodziny umacnia fakt, iż większość młodych niepełnosprawnych to osoby stanu wolnego (wśród badanych: 83,7%)⁴ mieszkające z rodzicami (77,2% respondentów; z rodzicami mieszkało również 28,6% tych respondentów, którzy byli w związku małżeńskim). Mieszkanie z rodzicami było częstsze w przypadku mężczyzn (82,4%) niż kobiet (71,5%) oraz w przypadku osób niepracujących (82,5%) niż pracujących (62,9%). Częste mieszkanie z rodzicami może być spowodowane z jednej strony zależnością ekonomiczną (niskie dochody młodych osób niepełnosprawnych, pochodzące głównie ze źródeł niezarobkowych lub brak dochodów – dla 43,6% badanych pomoc rodziny było jednym z źródeł utrzymania, dla 28,6% – głównym źródłem), z drugiej – stanem zdrowia (w przypadku osób, które wymagają opieki i pomocy osób trzecich w codziennym funkcjonowaniu).

Respondenci pracujący i poszukujący pracy (N = 190) zostali zapytani o to, jaki stosunek do chęci podjęcia przez nie pracy miała ich najbliższa rodzina. Zdecydowana większość badanych (84,2%) stwierdziła, że ich rodziny wspierały ich chęć do pracy. Jedynie trzy osoby stwierdziły, że ich rodzina nie chce lub nie chciała, by podjęli pracę. Część respondentów określiła reakcję swojej rodziny jako obojętność (13,7%), jedna osoba określiła

³ Były to osoby aktywne lub biernie zawodowo, nieuczące się w systemie dziennym. Z badania wyłączono osoby o umiarkowanej i znacznej niepełnosprawności intelektualnej, nie zrezygnowano jednak zupełnie z badania ich sytuacji na rynku pracy – kwestie te zostały ujęte w badaniu jakościowym.

⁴ Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. 84,8% osób niepełnosprawnych w wieku 18–29 lat to osoby stanu wolnego – dla porównania wśród młodych osób bez niepełnosprawności odsetek ten wyniósł 71,8% – źródło: dane przygotowane przez GUS na zlecenie autorki.

reakcję rodziny jako „inną” – „chęć, żebym pracowała, ale demotywują mnie”⁵. Na rodzaj reakcji rodziny nie wpływała płeć respondentów, nie można więc stwierdzić, że rodziny mężczyzn bardziej wspierały ich w podjęciu pracy niż rodziny kobiet albo odwrotnie. Rodzina była też dla wielu badanych źródłem informacji o ofertach pracy – prawie połowa osób poszukujących pracy (46,7%) szukała informacji wśród znajomych i rodziny. O skuteczności wykorzystywania tej metody poszukiwania zatrudnienia może świadczyć fakt, iż 27,5% respondentów posiadających pracę znalazła ją dzięki informacji uzyskanej od rodziny lub znajomych, zaś 15,9% dzięki bezpośredniemu poleceniu pracodawcy przez znajomych czy rodzinę.

Tabela 1. Reakcja rodziny na chęć podjęcia pracy przez respondentów

Reakcja rodziny	Częstość	Procent	Procent ważnych
chęć/chcieli, żebym pracował(a), wspierają(li) mnie	160	61,8	84,2
jest/było im to obojętne	26	10	13,7
nie chcą/chcieli, żebym pracował(a)	3	1,2	1,6
inna reakcja	1	0,4	0,5
Ogółem	190	73,4	100
systemowe braki danych	69	26,6	
Ogółem	259	100	

N = 190, tylko osoby pracujące i poszukujące pracy

Źródło: badania własne.

Z kolei jeśli chodzi o ankietowanych niepracujących i nieposzukujących pracy (N=63)⁶, dla prawie co dziesiątej osoby (9,4%) z tej grupy powodem braku poszukiwania pracy było negatywne nastawienie rodziny. Trudno na tej podstawie określić, na czym polegało to nastawienie i jakie były jego źródła, niemniej jednak można przypuszczać, że wiązało się ono w dużym stopniu z nadopiekuńczością rodziny.

Szerszego omówienia kwestii nadopiekuńczości i negatywnego wpływu rodziny na podejmowanie aktywności zawodowej przez młode osoby niepełnosprawne dostarczyła analiza badań jakościowych. Badani eksperci podkreślali, że rola rodziny w aktywizacji zawodowej młodych osób niepełnosprawnych jest niezwykle istotna. Według respondentów, pozytywne postawy rodziców polegają na motywowaniu niepełnosprawnego dziecka do aktywności, niewyręczaniu go bez potrzeby w codziennych obowiązkach:

⁵ Ankieta nr 30, niepracujący, osoba z chorobą narządu wzroku, stopień umiarkowany.

⁶ Osoby te nie odpowiadały na pytanie dotyczące stosunku rodziny do podjęcia przez nie pracy, jednak negatywne nastawienie rodziny było jedną z odpowiedzi do wyboru w pytaniu dotyczącym powodów braku poszukiwania pracy.

Bo gdyby pani zapytała osoby, którym się udało, osoby sukcesu, to one często mówią, dlaczego im się udało – nie dlatego, że im ktoś pomagał. Właśnie dlatego, że im nie pomagał. Za dużo. Pomógł wtedy, kiedy trzeba pomóc. Czyli nie podawał na tacy wszystkiego. Nie przynosił kanapek do łóżka, bo ty jesteś chory, niepełnosprawny, tylko co możesz zrobić sam zrób sam. Podejmij ten wysiłek, ukończ studia, ukończ szkołę, rób karierę tam gdzie możesz [W3].

Respondenci podawali przykłady rodzin wspierających młode osoby niepełnosprawne w podejmowaniu pracy, stażu, zakładaniu działalności gospodarczej. Bardzo ważną kwestią jest też przekazywanie odpowiednich wzorców dotyczących podejmowania zatrudnienia, nauczania obowiązkowości i poszanowania pracy.

Z analizy wypowiedzi ekspertów wyłania się jednak dość negatywny obraz wpływu rodziny na aktywizację zawodową młodych osób niepełnosprawnych. Polega on głównie na nadopiekuńczości i zniechęcaniu młodych osób niepełnosprawnych do podjęcia zatrudnienia. Nadopiekuńczość przejawia się najczęściej w utwierdzaniu dziecka w przekonaniu, że jego niepełnosprawność wyklucza podjęcie jakiegokolwiek wysiłku, także tego związanego z podjęciem zatrudnienia. Jak określił to jeden z respondentów:

rodzic trzyma ten parasol ochronny nad tą osobą niepełnosprawną [W7].

Niektórzy rodzice otwarcie sprzeciwiają się jakimkolwiek próbom aktywizacji zawodowej swoich niepełnosprawnych dzieci:

ta rola rodziców jest dla osób niepełnosprawnych ważna, bo oni są nadopiekuńczy (...) Stwierdzają, że »nie, ty będziesz w domu«. I jest w domu [W21].

Nadopiekuńczość wiąże się często z wyręczaniem dziecka w wykonywaniu podstawowych obowiązków, co ogranicza samodzielność i utrudnia spełnienie podstawowych wymagań stawianych potem w miejscu pracy. Przykładem postawy nadopiekuńczej jest także wyręczanie dziecka w procesie poszukiwania pracy – mimo że ma to znamiona postawy pozytywnej (wsparcie aspiracji i planów zawodowych dziecka), w przypadku gdy rodzic nie ogranicza się do pomocy, lecz przejmuje inicjatywę, ogranicza samodzielność młodego człowieka i rodzi wątpliwości ze strony pracodawcy co do jego realnych chęci do pracy:

widzę syndrom matki, która przychodzi zamiast syna (...) ta matka przychodzi tutaj do mnie i mówi, że syn szuka pracy, ja mówię: »Tak? Gdzie syn jest?« I to właśnie bardzo często jest tak, że nie jest zainteresowany szukaniem tej pracy tylko właśnie rodzice [W14].

Taka postawa jest czasem obecna także już po podjęciu przez młodą osobę pracy:

(...) jest taka nadopiekuńczość. Ona jest uzasadniona w jakiś sposób i potrzebna, ale ona często ogranicza tę osobę. (...) jeżeli ojciec czy matka wchodzi w rolę, tak jakby była

pracownikiem naszym (...) i się z nami kontaktuje i my nie mamy kontaktu z tym pracownikiem, (...) to tak do końca chyba nie jest w porządku [W24].

Zniechęcanie do podjęcia pracy nie jest jednak motywowane tylko nadopiekuńczością i obawami rodziców o to, jak ich dziecko poradzi sobie w pracy. Zdarza się także – o czym świadczą wypowiedzi dużej części respondentów – że takie nastawienie rodziców jest motywowane czynnikami finansowymi. Jak to określił jeden z respondentów, „niepełnosprawne dziecko to są określone profity finansowe” [W1] – renta, zasiłki. W przypadku trudnej sytuacji finansowej świadczenia stanowią ważne źródło dochodów dla całej rodziny, czasem wręcz „sposób na życie”. Rodzice poprzez takie postawy zaszczipiają w młodej osobie niepełnosprawnej nie tylko niechęć do podjęcia pracy, ale również roszczeniowość i tendencję do uznawania świadczeń społecznych jako czegoś, „co się należy”:

czasem wyuczono jest w domu, że ta jego niepełnosprawność może być jego atutem, jeżeli chodzi o pozyskiwanie środków [W9].

Często obawy rodziny dotyczące możliwości utraty świadczeń powodują zniechęcenie młodych osób niepełnosprawnych do podejmowania jakiejkolwiek aktywności zawodowej, nawet rejestracji w urzędzie pracy czy przystąpienia do projektów aktywizujących:

tutaj rodzina czasami mówi „Ty się lepiej tam nie rejestruj, bo ci zaraz coś zabiorą” [W22].

Powoduje to tzw. pułapkę świadczeniową, związaną z obawą o utratę pobieranych świadczeń w przypadku podjęcia pracy lub nawet wykazania zdolności do jej podjęcia. Często zainteresowanie rodziców niepełnosprawnym dzieckiem polega głównie na wsparciu w zdobyciu orzeczenia o niepełnosprawności, np. poprzez towarzyszenie dziecku w rozmowie z zespołem orzekającym i domaganiu się ustalenia jak najwyższego stopnia niepełnosprawności. Tak określił to jeden z respondentów:

ludzie do 18. roku życia mają niewiele powiedzenia w domu. I to rodzice czasem z dziecka robią osobę niepełnosprawną [W9].

Sytuacja taka została określona przez badanych jako „żerowanie na niepełnosprawności swoich dzieci” [W1, W15]. Takim rodzinom zależy, by młoda osoba niepełnosprawna nie podjęła pracy, nie usamodzielniała się, bo wtedy rodzina mogłaby stracić źródło utrzymania. Zdarzają się nawet przypadki, gdy rodzina nie jest zainteresowana rehabilitacją czy aktywizacją młodej osoby niepełnosprawnej, w obawie, że mogłoby to prowadzić do utraty renty. Z drugiej strony są także rodziny, które wręcz naciskają na młodą osobę niepełnosprawną by podjęła pracę, a zarobione pieniądze przeznaczyła na

utrzymanie rodziny. Respondenci wskazywali przykłady zabierania młodym osobom niepełnosprawnym wynagrodzenia przez ich rodziców:

bardzo często jest tak, że te osoby wysyłają po to, żeby pracowały na dom [W21].

Rodzice mają również różny stosunek do niepełnosprawności swoich dzieci. Zdarzają się jeszcze rodziny, gdzie niepełnosprawność traktowana jest jako „kara”, wstydlivy problem, stąd też młodym osobom niepełnosprawnym niechętnie pozwala się na podjęcie jakiegś aktywności poza domem, nawet takiej jak uczestnictwo w zajęciach w środowiskowym domu samopomocy czy warsztacie terapii zajęciowej:

rodzice się wstydzą i rodzice boją się wypuszczenia tego dziecka na zewnątrz [W1].

Są jednak także rodzice, którzy nie akceptując niepełnosprawności swojego dziecka usiłują za wszelką cenę sprawić, by żyło ono tak jak jego pełnosprawni rówieśnicy, nie zwracając uwagi na to, że wymagania, które mu stawiają zdają się być nierealne:

Masz się uczyć, bez względu na to, czy ci idzie, czy ci nie idzie, masz skończyć studia. Nie obchodzi mnie, że ty nie umiesz obsługiwać komputera, nie lubisz tego, ale będziesz informatykiem [W2].

Jest to dość duży problem szczególnie w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną – rodzice, mając wobec dziecka nadmierne oczekiwania, doprowadzają do jego frustracji i poczucia niższej wartości, pozbawiając je tym samym szans na zatrudnienie zgodne z jego realnymi możliwościami.

ZAKOŃCZENIE

Praca zawodowa, oprócz zapewnienia niezależności finansowej, buduje poczucie własnej wartości oraz jest elementem nabycia statusu osoby dorosłej. Stąd też tak istotne jest stworzenie młodym osobom niepełnosprawnym warunków do wejścia na rynek pracy. Odpowiednie wsparcie, pozytywna i motywująca postawa rodziny są dla osób niepełnosprawnych, w szczególności młodych, niezwykle ważne. Rodzice są dla osób młodych wzorcem zachowań na rynku pracy, niejednokrotnie również aktywnie włączają się w poszukiwanie przez nie zatrudnienia.

Jak jednak wynika z omawianych w artykule badań własnych, nastawienie rodzin nierzadko jest czynnikiem zniechęcającym młode osoby niepełnosprawne do poszukiwania czy też podjęcia zatrudnienia. Dzieje się tak przede wszystkim z powodu obaw rodziców, ich nadopiekuńczości i braku wiary

w możliwość usamodzielnienia się młodych osób niepełnosprawnych. Niekiedy powodem takiej postawy jest także brak akceptacji niepełnosprawności dziecka. Szczególnie trudne wydają się sytuacje, gdy rodzina stoi na drodze aktywności zawodowej młodej osoby niepełnosprawnej bojąc się utraty źródła utrzymania jakim są świadczenia społeczne i wpędzając ją tym samym w tzw. pułapkę świadczeniową.

Należy więc zwrócić uwagę na konieczność wspierania rodzin, w szczególności rodziców młodych osób niepełnosprawnych, w zakresie działań przygotowujących ich dzieci do funkcjonowania na rynku pracy. Działania z zakresu aktywizacji zawodowej miałyby o wiele większe szanse powodzenia, jeśli wsparcie obejmowałoby także najbliższą rodzinę młodych osób niepełnosprawnych. Mogłoby to być m.in. wsparcie psychologiczne, pokazanie korzyści z podjęcia aktywności zawodowej przez niepełnosprawne dziecko oraz uświadamianie konieczności usamodzielnienia się i realizowania celów życiowych przez młodą osobę niepełnosprawną. Ważnym elementem warunkującym pozytywne oddziaływanie rodziców na przyszłe wybory młodych osób niepełnosprawnych byłoby także propagowanie wiedzy na temat ich uprawnień na rynku pracy oraz różnych efektywnych form wspierania zatrudnienia (np. realizacja idei zatrudniania wspomaganego, w którym trener pracy współpracuje z osobą niepełnosprawną, pracodawcą, a w fazie wstępnej także z rodziną), a także możliwości współpracy z doradcą zawodowym, który może pomóc młodej osobie niepełnosprawnej wybrać ścieżkę kariery zawodowej dopasowaną do jej indywidualnych możliwości i potrzeb.

BIBLIOGRAFIA

- Bartkowski J., Gąciarz B., Giermanowska E., (2007), *Wnioski i rekomendacje* [w:] E. Giermanowska (red.), *Młodzi niepełnosprawni – aktywizacja zawodowa i nietypowe formy zatrudnienia*, Warszawa.
- Borzyszkowska H. (1988), *Dziecko upośledzone w rodzinie* [w:] A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa.
- Breitkreuz R., Wunderli L., Savage A., McConnell D. (2014), *Rethinking resilience in families of children with disabilities: a socioecological approach*, „Community, Work & Family” Vol. 17, No. 3.
- Giermanowska E. (2007), *Znaczenie pracy w życiu młodzieży niepełnosprawnej* [w:] E. Giermanowska (red.), *Młodzi niepełnosprawni o sobie. Rodzina, edukacja, praca*, Warszawa.
- Jurgielewicz-Wojtaszek M., Pawlak M. (2004), *Wpływ zainteresowań na kształtowanie się drogi zawodowej młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim* [w:] Z. Janiszewska-Niścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, t. 2: *Wybrane problemy społecznego funkcjonowania oraz rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków.
- Kazanowski Z., Byra S. (2004), *Opinie rodziców młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu lekkim na temat pomocy udzielanej rodzinie* [w:] A. Wojnarska (red.), *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, Lublin.

- Lindstrom L., Doren B., Metheny J., Johnson P., Zane C. (2007), *Transition to employment: Role of the family in career development*, „Exceptional Children” Vol. 73, No. 3.
- Maciejewska R., Bielecka-Prus J. (2011), *Wsparcie społeczne w opinii pracujących osób niepełnosprawnych* [w:] P. Rydzewski, R. Maciejewska, J. Bielecka-Prus, A. Szkoła (red.), *Osoby niepełnosprawne na rynku pracy Lubelszczyzny*, Lublin.
- Piotrowski K. (2010), *Wkraczanie w dorosłość. Tożsamość i poczucie dorosłości młodych osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa.
- Shah S. (2010), *The role of family in the aspirations of young disabled people*, „International Journal of Disability Studies” Vol. 4 (1–2).
- Shah S., Pascall G., Walker R., *Future Selves: Career choices of young disabled people*, http://eprints.nottingham.ac.uk/811/1/Future_Selves.pdf, 2006 [18.07.2016].
- Szluz B. (2007), *Wsparcie społeczne rodziny osoby niepełnosprawnej*, „Roczniki Teologiczne”, t. LIV, z. 10.
- Whiting M. (2014), *Children with disability and complex health needs: the impact on family life*, „Nursing Children and Young People” Vol. 26, No. 3.
- Wolan-Nowakowska M. (2010), *Znaczenie rodziców w kształtowaniu dojrzałości młodzieży niepełnosprawnej do wyboru zawodu* [w:] T. Rostowska, A. Peplińska (red.), *Psychospołeczne aspekty życia rodzinnego*, Warszawa.

INFLUENCE OF FAMILIES OF YOUNG DISABLED PEOPLE ON THEIR LABOUR MARKET PARTICIPATION

Summary

The attitude of families, particularly parents, is a very important factor influencing life decisions made by young disabled people. Adequate support from the family can affect the lives of young disabled people more than any help given by public institutions or organizations. The article aims to explore the nature of the impact of young disabled people's families on their labour market participation. This influence, as shown by numerous studies, can be both positive and negative. This paper discusses the results of the research on the situation of young people with disabilities in the labour market in the Podkarpackie region in Poland. It encompasses the analysis of a survey conducted on the group of 259 young disabled people and 24 in-depth interviews with the representatives of governmental and non-governmental institutions involved in employment policy and education, as well as employers of disabled youth. The analysed issues include factors determining the level of economic activity of young disabled people, among which the attitude of their families was one of the most important.

Keywords: family, young disabled people, work

PAULINA DUBIEL-ZIELIŃSKA

KREATYWNA OBECNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W RODZINIE I JEJ WYMIAR ETYCZNY

WSTĘP

Nie istnieje jedna, uznana powszechnie definicja niepełnosprawności. Udanych przykładów jej precyzowania dostarcza zarówno międzynarodowe, jak i krajowe prawodawstwo. Wobec tego, przywołam zarówno definicje funkcjonujące na gruncie prawa krajowego, jak i globalnego.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) terminem *disability* („niepełnosprawność”) obejmuje upośledzenia, ograniczenia aktywności i ograniczenia aktywności zawodowej. Upośledzenie jest tutaj rozumiane jako problem funkcji organizmu lub struktury; ograniczenie aktywności odnosi się do trudności napotykanych przez jednostki w realizacji wszelkich zadań lub działań; ograniczenie uczestnictwa z kolei to problem doświadczany przez jednostki w zaangażowaniu w sytuacjach życiowych. Niepełnosprawność, to nie tylko problem zdrowotny, lecz również złożone zjawisko, odzwierciedlające interakcję pomiędzy cechami ciała osoby i cechami społeczeństwa, w którym funkcjonuje osoba niepełnosprawna (WHO: *Disabilities*).

Społeczny kontekst tematyki niepełnosprawności został omówiony w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF), przyjętej podczas Światowego Zgromadzenia na rzecz Zdrowia (World Health Assembly) 22 maja 2001 roku (rezolucja WHA 54.21). ICF, dla uchwycenia integracji rozmaitych wymiarów funkcjonowania człowieka, stosuje podejście bio-psycho-socjalne, dające spójny obraz zdrowia na poziomie biologicznym, jednostkowym oraz społecznym (ICF: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, 2009: 20). Zgodnie z ICF niepełnosprawność, to szeroki termin obejmujący wszelkie upośledzenia funkcjonowania, limitowanie aktywności i ograniczenia uczestniczenia. Funkcjonowanie i niepełnosprawność danej osoby postrzegane są jako dynamiczna interakcja pomiędzy stanem chorobowym (choroby, zaburzenia, uszkodzenia, urazy itp.) a tzw. czynnikami kontekstowymi (osobowymi i środowiskowymi) (ICF: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia 2009: 8).

Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych (*World Programme of Action Concerning Disabled Persons*) wskazuje, że niepełnosprawność to „każde ograniczenie lub brak (wynikający z upośledzenia) zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka” (UN Enable: *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*). Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych (*The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*) przyjęte podczas 48. sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych 20 grudnia 1993 r. (Rezolucja 48/96) we *Wstępie* (*Podstawowe pojęcia w sferze polityki wobec osób niepełnosprawnych*, pkt 17) wyraźnie podkreślają, że „niepełnosprawność» obejmuje wiele ograniczeń funkcjonalnych występujących w każdym społeczeństwie i w każdym kraju na świecie. Niepełnosprawność może być fizyczna, intelektualna, może też polegać na dysfunkcji zmysłów; może wynikać z choroby somatycznej lub choroby umysłowej. Wymienione zaburzenia, sytuacje lub choroby mogą mieć charakter stały lub przejściowy” (Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych: *Standardowe Zasady Wyrównywania Szans* – rezolucja ONZ). Obydwa dokumenty akcentują, że niepełnosprawność jest problemem społecznym i nie ogranicza się do konkretnej osoby (UNIC: *Definicja niepełnosprawności*).

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 13 grudnia 2006 r. rezolucją nr 61/106 (ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r.) uznając, że niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym i wynikającym z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i warunków środowiskowych, które utrudniają tym osobom pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa, na zasadzie równości z innymi osobami (Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, Preambuła, pkt e), potwierdza powyższe stanowisko ONZ.

Na gruncie prawa polskiego definicję niepełnosprawności odnajdujemy w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych, w której czytamy, że „osoby niepełnosprawne 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 (...)” (Uchwała Sejmu RP z 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, § 1).

KREATYWNOŚĆ I *HOMO CREATOR* – UWAGI TEORETYCZNE

Jak podpowiada definicja słownikowa, kreatywny (z ang. *creative*) to tyle samo, co kreacyjny – kreacyjny (od rzecz. *kreacja*), czyli twórczy. Kreować (łac. *creo* – tworzyć) znaczy tworzyć, stwarzać, ustanawiać, wprowadzać.

dzać. Kreator (łac. *creator*) natomiast jest twórcą (*Słownik wyrazów obcych* PWN 1980: 398–399). *Homo creator* zatem, to byt najwyżej zróżnicowany, tworzący kulturę i myśli abstrakcyjne, ujarzmiający siły przyrody i odkrywający prawa rządzące rzeczywistością, ujawniający jej dynamiczny ład. Człowiek-twórca potrafi przełamywać rutynę; wzbogaca świat i siebie przez poszukiwanie; stale i systematycznie pogłębia swoją wiedzę, w tym wiedzę o sobie i o życiu; kształtuje stosunek człowieka do człowieka, przyczyniając się tym samym do powstawania nowych stosunków międzyludzkich; doskonalą już zdobyte i posiadane umiejętności, zdolności i uzdolnienia, wprzegając je w tworzenie w sobie własnego oblicza człowieka (Osińska 1980: 8–9). To wartości inicjują działanie osoby ludzkiej (por. Kowalczyk 1992: 105–106). „Regulują sposoby społecznych koegzystencji. Są podstawą rozwoju intelektualno-emocjonalnego i satysfakcji moralnych” (Popielski 2008: 158). Z kolei wartości podstawowe w sposób szczególny pozwalają na doskonalenie się człowieka (por. McCoy 2007: 159–174).

Przesłanką do rozwoju twórczych sił człowieka jest dobro. Rozwój twórczych sił człowieka staje się znaczącym momentem urzeczywistniania dobra jako realizacji innych moralnych celów i ideałów (Gluchman 2012: 16). Wartości „stanowią o dobru wspólnym ludzkości. Stanowią podstawę i są szansą dla możliwości indywidualnego i wspólnotowego dojrzewania i rozwoju” (Popielski 2008: 158).

Człowiek kreatywny „świadomie tworzy i kształtuje własny styl życia (...) szuka, poznaje i umie wybrać spośród wielu proponowanych stylów życia taki, który uznaje za swój” (Osińska 1980: 10–11).

KREATYWNA WARTOŚĆ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W RODZINIE – ASPEKT SAMOWYCHOWAWCZY

Niepełnosprawność może być dla człowieka klęską, akceptowanym faktem lub twórczym czynnikiem rozwojowym. Wybór należy do osoby niepełnosprawnej (Osińska 1980: 29) oraz jej najbliższego otoczenia. Inwalidztwo staje się twórczym czynnikiem rozwojowym dla osoby niepełnosprawnej wówczas, gdy jest w pierwszej kolejności uświadomione, a następnie przyjęte jako szansa, interesujące zadanie życiowe. Akceptować inwalidztwo „to nauczyć się żyć z chorobą: przy istniejących stratach umieć uznać i zaktywizować własne wartości” (Marszałek 2006: 41–42). Zakres, w jakim jednostka może się rozwijać, realizować swoje potrzeby i dążenia decyduje o subiektywnie odczuwanej jakości życia (Rabenda-Bajkowska 1979, za: Żyta, Nosarzewska 2006: 17–18).

Osoba niepełnosprawna początkowo ma poczucie straty, ale koncentruje się na tym, co jest możliwe przez nią do osiągnięcia, poszukuje nowych celów życiowych (Marszałek 2006: 42). Wówczas stara się wykorzystać swój stan do pogłębienia wiedzy w nowej lub znanej sobie dziedzinie wiedzy bądź aktywności; nawiązania lub/i odnowienia, pogłębienia i wzmocnienia kontaktów z ludźmi; autorefleksji etc. Momenty zadumy nad swoim losem sprzyjają umocnieniu i nabraniu sił w dążeniu do odzyskania pełnej sprawności, podjęciu pracy do wykorzystania szans rozwojowych, jakie daje kalectwo (Osińska 1980: 29–30).

Zrozumienie owych szans rozwojowych nie zachodzi natychmiast po zaistnieniu dysfunkcji. Inwalidztwo, podobnie jak choroba początkowo wyzwala reakcje i emocje, potem uruchamia myśl, a następnie wytwarza trwałe postawy życiowe (Osińska 1980: 42). W pierwszych chwilach osoba niepełnosprawna przechodzi etap zaskoczenia faktem swego kalectwa. Zaskoczenie łączy się z gwałtownymi emocjami, a co za tym idzie: zaprzeczaniem, niezgodą na zaistniałą sytuację, chęcią ucieczki, pochopnym, nieprzemyślanym działaniem. Dopiero drugi etap – poszukiwanie równowagi – jest związany z dążeniem do znalezienia wyjścia z trudnej sytuacji, do głosu dochodzi rozumowanie, rozsądek, myśl, logika, czy refleksja. Chęć odzyskania równowagi wyraża się w dążeniu do opanowania siebie, zharmonizowania, uspokojenia w drodze refleksji filozoficznej nad sensem i celem życia, nad rozwojowym charakterem wartości (Osińska 1980: 36–38; zob. Grzybek 2010: 18–31).

Dostrzeżenie rozwojowego charakteru wartości uruchamia postawę twórczą (etap uwolnienia się od zniewolenia niepełnosprawnością), czyli nabytą „umiejętność reagowania poprzez kreację na to, co w życiu ważne, cenne, a nawet wielkie. Tę umiejętność trzeba zdobyć, trzeba ją zobaczyć i sięgnąć po nią pracą, pragnieniem i konsekwencją, a następnie realizować ją każdego dnia” (Osińska 1980: 11), „by wyjść z kryjówki »ślepego« losu” (Osińska 1980: 10). Postawa twórcza występuje tam, gdzie powstają nowe jakości i wartości będące wynikiem osobistych działań i poszukiwań (Suchodolski 1980: 535), gdzie mamy do czynienia z pozytywnym przekroczeniem istniejącego stanu, tj. tego co jest (Gluchman 2012: 16–17). Celem postawy twórczej jest osiągnięcie zharmonizowanej, zintegrowanej osobowości poprzez wdrażanie w życie uznanego systemu wartości, czyli poprzez samodoskonalenie, samowychowanie (Osińska 1980: 9; por.: Grzybek 2010: 99–105, 133–139). Postawa twórcza jest związana z wprowadzaniem w życie dynamicznej stabilizacji, jako warunku samodoskonalenia człowieka i moralnego rozwoju ludzkości. Urzeczywistnianie twórczości jest zatem niekończącym się procesem w realizacji dobra (Gluchman 2012: 16).

Wobec tego, że człowiek jest bytem doskonalącym się, dalsze rozważania w tej sferze należy przenieść na grunt etyczny, któremu poświęcony zostanie ostatnia część tekstu.

KREATYWNA WARTOŚĆ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W RODZINIE – ASPEKT WYCHOWAWCZY

To, czy niepełnosprawność stanie się dla rodziny i samej osoby niepełnosprawnej czynnikiem pobudzającym kreatywność, zależy od dwóch rzeczy: po pierwsze – od postępowania i nastawienia osoby niepełnosprawnej, a po drugie – od jej relacji z bliskimi: „rodziny inwalidzkie nie są mniej wartościowym środowiskiem wychowawczym, niż rodziny osób pełnosprawnych. W wielu przypadkach nawet spełniają one swoje funkcje wychowawcze bardziej świadomie i odpowiedzialnie” (Błęszyńska 1986: 289).

Inwalida bywa oceniany przez innych (również najbliższych krewnych) na podstawie swej postawy wobec własnej niepełnosprawności oraz otoczenia. Oceny te, są zazwyczaj generalizowane i przenoszone na całą społeczność, którą reprezentuje niepełnosprawny. Istotne są tutaj ogólne i rodzinne przekonania na temat osób kalekich (Osińska 1980: 61). „Niepełnosprawni są najczęściej postrzegani przez pryzmat uogólnionych, często zafałszowanych obrazów określających daną niepełnosprawność. Te stereotypy mają najczęściej wymiar negatywny” (Żyta, Nosarzewska 2006: 20).

Kreatywna obecność osób niepełnosprawnych w rodzinie jest także w dużej mierze uwarunkowana obecnością stałego osobistego kontaktu między członkami tejże wspólnoty (Osińska 1980: 98). Więzy społeczne są niezbędne dla istnienia i twórczej działalności człowieka (por. Grzybek 2010: 13). Duża spójność rodziny, wsparta otwartą i szczerą komunikacją, sprzyja wzajemnemu ubogaceniu, dostrzeżeniu kwestii dotychczas pomijanych. Silna więź emocjonalna łącząca członków rodziny oraz umiarkowany poziom indywidualnej autonomii sprawiają, że zjawisko niepełnosprawności nie zaburza i nie dezorganizuje trwale wewnętrznego porządku, lecz staje się bodźcem do utrzymania homeostazy.

Obydwa elementy determinują stosunek rodziny do osoby niepełnosprawnej. Możliwe reakcje są następujące: pomoc, brak stałego zainteresowania, znużenie, obojętność, odrzucenie, czerpanie własnych zysków z niepełnosprawności członka rodziny (Osińska 1980: 79) oraz nadopiekuńczość. Pomoc, jako najbardziej pożądana postawa, wyraża się w zainteresowaniu, serdeczności, życzliwości, stałej trosce, gotowości do spełniania prośb, zaspokajania potrzeb, w niesieniu ulgi, uśmiechu, zrozumieniu, delikatności, cierpliwości, wyrozumiałości, wyczuciu pragnień, systematycznej opie-

kuńczości, zdobywaniu szerokiej wiedzy z zakresu inwalidztwa – jego istoty, uwarunkowań, rokowań etc. (Osińska 1980: 79). Pomoc wyzwala w ludziach bliskich inicjatywy zmierzające do likwidacji niepełnosprawności, otwiera oczy na skalę ludzkiego cierpienia, motywuje do działalności na rzecz okaleczonych. Wyraża się to w usuwaniu i przełamywaniu wszelkich barier: mentalnych (edukowanie, informowanie, uświadamianie, perswadowanie), architektonicznych (modernizowanie, budowanie), komunikacyjnych (konstruowanie), medycznych (poszukiwanie, odkrywanie, eksperymentowanie), prawnych (uchwalanie). Pomoc oparta jest więc na pracy w płaszczyźnie społecznej i jednostkowej oraz na pracy w sferze zawodowej i osobowościowej.

Niepełnosprawność staje się twórczym czynnikiem rozwojowym dla osób najbliższych krewnego wówczas, gdy stanowi impuls do działań integracyjnych. Integracja oznacza scalanie, proces tworzenia całości z części, włączenia pewnego elementu w konkretną całość. Integracja pozwala osobie niepełnosprawnej być osobą wśród innych. Podstawowym celem integracji jest przygotowanie osób niepełnosprawnych do normalnego życia w społeczności, do pełnienia różnorodnych ról – począwszy od życia rodzinnego, po zawodowe i społeczne. Integracja społeczna jest procesem skomplikowanym i wieloczynnikowym. W dużej mierze warunkują ją postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych i idei integracji, mające swój początek w rodzinnym wychowaniu dzieci i młodzieży (Auleytner 2001: 26). Rodzina bowiem, to podstawowe i najbardziej znaczące środowisko życia, kształtujące ludzkie postawy (Śniegulska 2013: 65).

Pomoc i integracja mają wymiar wychowawczy. Wychowanie, to „świadomie organizowana działalność społeczna, oparta na stosunku wychowawczym między wychowankiem a wychowawcą, której celem jest wywołanie zamierzonych zmian w osobowości wychowanka” (Okoń 2007: 466). Akcentowane są tutaj trzy podstawowe elementy: działalność społeczna, stosunek wychowawczy oraz zmiany w osobowości. Można sądzić, że wychowanie do dojrzałej osobowości stanowi kluczowy element w definiowaniu wychowania (Solak 2001: 9–13, za: Grzybek 2010: 70). Pełny, integralny rozwój człowieka dokonuje się poprzez aktywność instytucji wychowawczych oraz samego wychowanka w procesie samowychowania. Stąd wychowanie i samowychowanie poprzez rozwój prowadzą do stawania się pełniej osobą. Samowychowanie zakłada pracę nad sobą, zaś wychowanie to uczestnictwo innych osób w rozwoju jednostki. Wychowanie zakłada specyficzną, choć podstawową relację społeczną. Uczestnictwo wychowawcy w procesie wychowania polega na tym, że wskazuje on drogę, którą sam przebył i świadczy o wartościach podstawowych (Grzybek 2010: 70–71).

ETYCZNY ASPEKT KREATYWNEJ OBECNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W RODZINIE

Kreatywna obecność osób niepełnosprawnych w rodzinie ma wymiar etyczny, ponieważ swój początek bierze z refleksji filozoficznej, autorefleksji osoby niepełnosprawnej nad własnym losem oraz z przemyśleń osób bliskich nad nowym obliczem krewnego. Osoba niepełnosprawna przechodzi wówczas „do coraz wyższych form poznania rzeczywistości i siebie, aż do ukierunkowanego, pełnego urzeczywistnienia ideału własnej osobowości, do coraz wyższych wartości osobistych i społecznych” (Osińska 1980: 12). Tyimi wartościami są: człowieczeństwo, godność, wolność, mądrość, radość, odpowiedzialność (Dubiel-Zielińska 2015: 99–106; Dubiel-Zielińska 2017a: 133–152; Dubiel-Zielińska 2017b: 109–111).

Równie istotnym wątkiem etycznym w sprawie kreatywnego znaczenia obecności osób niepełnosprawnych w rodzinie jest ich samodoskonalenie i samowychowanie. Istotę samowychowania tworzą dwa podstawowe elementy. Pierwszy, to rozwój zdolności wolitywnych (kształtowanie dyspozycji w sferze emocjonalno-wolitywnej), oznaczający ćwiczenie się w zdolności do kierowania sobą, powściągliwość, kontrolę uczuć i wyobraźni, wybór standardów postępowania etycznego z poszanowaniem innych. Drugi czynnik, samowychowanie obejmuje rozwój zdolności poznawczych (rozumiane jako samokształcenie intelektualno-sprawnościowe) (Grzybek 2010: 116). Kreatywna wartość niepełnosprawności, jako twórczego czynnika rozwojowego, zapoczątkowanego uświadomieniem sobie swego inwalidztwa, a następnie przyjętego jako szansa, interesujące zadanie życiowe orientuje człowieka na poznanie. „Istotą samokształcenia jest własny rozwój intelektualny, w którym sam podmiot decyduje o jego przebiegu. W samokształceniu chodzi o przyrost wiedzy, a także nabycie niezbędnych sprawności dla jej pomnażania. (...) W samowychowaniu intelektualnym chodzi o »sprawność myślenia«, rozumianego jako zdolność osoby do poznawania i rozumienia rzeczywistości. Jest to umiejętność umysłowa” (Grzybek 2010: 99). Wobec tego, że granice między wskazanymi pojęciami są nieostre, należy dodać, że o ile samokształcenie akcentuje zdobywanie wiedzy, to samowychowanie intelektualne eksponuje zdobywanie mądrości dzięki pogłębionej refleksji nad uzyskaną wiedzą i doświadczeniem (Grzybek 2010: 99–100).

Najbliżsi dostrzegając w osobie niepełnosprawnej przede wszystkim jej człowieczeństwo, ukierunkowują się na wartości, które ta wnosi swoją obecnością. Wspomniane wyżej działania pomocowe i integracyjne wyrażają zdolność do uznania godności osoby niepełnosprawnej i jej prawa do uczestnictwa we wszystkich sferach życia (Auleytner 2001: 26).

Wskazane już powyżej znaczenie pracy dla kreatywnego udziału osób niepełnosprawnych w rodzinie, w płaszczyźnie społecznej i jednostkowej dotyczy skali podejmowanych inicjatyw i przedsięwzięć. Działalność w obszarze społecznym i zawodowym „wiąże się z naturalną ludzką potrzebą działań sprawczych w świecie. (...) Potrzeba działań sprawczych obejmuje naturalne, proste dążenie osoby ludzkiej do czynów o charakterze społecznym” (Dubiel-Zielińska 2015: 107; zob.: Dubiel-Zielińska 2017a: 109; Dubiel-Zielińska 2017b: 95–97). Praca w wymiarze jednostkowym dotyczy zarówno osób niepełnosprawnych, jak i bliskich i wiąże się z dążeniem do osiągnięcia osobowości etycznej, czyli takiego stanu rozwoju władz poznawczych i wolitywnych, który pozwala w sposób trwały dążyć do własnej doskonałości moralnej (Grzybek 2007: 30). Praca nad sobą jest bowiem najwłaściwszą rzeczą, jaką możemy uczynić: „Człowiek nie ma lepszego sposobu uszczęśliwienia ludzkości nad udoskonalenie siebie” (Świętochowski 1979: 34). „Działania rozwojowe i sprawcze nawzajem się uzupełniają, a poprzez współlistnienie dopełniają jednostkę” (Dubiel-Zielińska 2015: 107; zob.: Dubiel-Zielińska 2017a: 109; Dubiel-Zielińska 2017b: 95–97).

ZAKOŃCZENIE

Kreatywna obecność osób niepełnosprawnych w rodzinie i jej wymiar etyczny w szczególności sposób uwarunkowane są silną, obustronną determinacją członków tej wspólnoty do utrzymania naturalnie przyrodzonej tendencji rozwojowej człowieka. Wyjątkowość niniejszych usiłowań wynika z konieczności ujrzenia wartości jako możliwości w sytuacji ekstremalnej egzystencjalnie, jaką bywa kalectwo, a następnie zwróceniu się ku nim. Uruchamia to postawę twórczą. Poszczególne aspekty doskonalenia człowieka: wartości i rozwój wpływają na charakter jego twórczości.

Zakres, w jakim jednostka może się rozwijać, decyduje o subiektywnie odczuwanej jakości życia. Ponadto o jakości życia człowieka decyduje również specyficzna właściwość jego dzieł, noszących niejako imiennosc twórcy (Grzybek 2010: 127). Dzieło (wytwór) jest społecznotwórcze, jest efektem ludzkiej pracy (Dubiel-Zielińska 2017b: 133). Ma to szczególne znaczenie w sytuacji niepełnosprawności, bowiem celem zdaje się być integracja. Integracja daje ludziom zdrowym i kalekim gwarancję wzajemnego ubogacania się dzięki wspólnym osiągnięciom, urzeczywistnianym w wyniku szeroko rozumianej aktywności.

BIBLIOGRAFIA

- Auleytner J. (2001), *Niepełnosprawni w polityce społecznej*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 1, R. I (styczeń-marzec).
- Błęszyńska K. (1986), *Rodzina w życiu dorosłych osób niepełnosprawnych fizycznie* [w:] A. Hulek (red.), *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, Warszawa.
- Dubiel-Zielińska P. (2015), *Teoria dopełnień. Pomiedzy nieutilitarystycznym konsekwencjalizmem a personalizmem i perfekcjonizmem*, Rzeszów.
- Dubiel-Zielińska P. (2017a), *Teoria dopełnień. Założenia i komentarz*, Rzeszów.
- Dubiel-Zielińska P. (2017b), *Teoria dopełnień i jej miejsce w etyce zawodowej*, Kraków–Rzeszów.
- Gluchman V. (2012), *Etyka społecznych konsekwencji*, Prešov.
- Grzybek G. (2007), *Etyczne podstawy pracy socjalnej. Świadomość moralna, norma etyczna oraz wytyczne dla pracownika socjalnego i pedagoga społecznego*, Bielsko-Biała.
- Grzybek G. (2010), *Etyka rozwoju a wychowanie*, Rzeszów.
- ICF: *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (2009), Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1169).
- Kowalczyk S. (1992), *Kim jest człowiek? Elementy antropologii*, Wrocław.
- Marszałek L. (2006), *Niepełnosprawność: kobiecość – rodzina*, Warszawa.
- McCoy A. (2007), *Etyka chrześcijańska*, przeł. K. Pachocki, Poznań.
- Okoń W. (2007), *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa.
- Osińska K. (1980), *Twórcza obecność chorych*, Warszawa.
- Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, *Standardowe Zasady Wyrównywania Szans – rezolucja ONZ*, <http://www.pfon.org/dokumenty-i-publikacje/dokumenty-miedzynarodowe/110-standardowe-zasady-wyrownywania-szans-rezolucja-onz#podstawowe-pojecia-w-sferze-polityki-wobec-osob-niepelnosprawnych> [24.03.2016].
- Popielski K. (2008), *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, Lublin.
- Rabenda-Bajkowska L. (1979), *Jakość życia w koncepcjach teoretycznych i badaniach*, „Studia Socjologiczne” 3.
- Słownik wyrazów obcych PWN* (1980), red. J. Tokarski, Warszawa.
- Solak A. (2001), *Człowiek i jego wychowanie. Zagadnienia wybrane*, Tarnów.
- Suchodolski B. (1980), *Pedagogika. Podręcznik dla kandydatów na nauczycieli*, Warszawa.
- Śniegulska A. (2013), *Refleksje nad współczesnym wychowaniem [Reflections on present education]*, Rzeszów.
- Świętochowski A. (1979), *Aforyzmy*, Warszawa.
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. z 1997 r., nr 50, poz. 475).
- UN Enable, *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*, <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa01.htm> [24.03.2016].
- UNIC, *Definicja niepełnosprawności*, <http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosc/definicja.php> [24.03.2016].
- WHO, *Disabilities*, <http://www.who.int/topics/disabilities/en/> [24.03.2016].
- Żyta A., Nosarzewska S. (2006), *Jakość życia osób niepełnosprawnych – wielość spojrzeń* [w:] Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność*, Lublin.

CREATIVE PRESENCE OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE FAMILY AND ITS ETHICAL DIMENSION

Summary

The aim of the article is to show the creative value of disability in the family and the ethical dimensions using the method of induction and deduction. The article begins by explaining the definition of disability and creativity and representation of the silhouette of a creative human. Then it points to the self-educational aspect of disability, having reflected in the attitude of creative attitude of a disabled person, realizing discovered values. Educational aspect concerns the impact of a disabled person on attitudes of relatives in relation to itself and to the entire population of the disabled. Creativity of the environment manifests itself in support and integration. Considerations in the ethical dimension of the creative presence of persons with disabilities in the family indicate the specific values and skills – ethical personality, which is the result of development of cognitive and volitional authorities.

Keywords: disability, creativity, creative attitude, *homo creator*

BARBARA SKAWINA

SPOŁECZNE PROBLEMY RODZIN DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH I Z ZABURZENIAMI ROZWOJU

WSTĘP

XXI wiek to czas, w którym rozwój cywilizacji postępuje szybciej niż kiedykolwiek przedtem. Ekspansja przemysłu, postęp gospodarczy, rewolucja technologiczna, urbanizacja, chemizacja rolnictwa, doprowadziły do zmian w stylu życia człowieka, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych i rozwijających się. Tempo i styl życia współczesnych ludzi wpływają na zmianę nawyków żywienia, organizacji pracy i sposobów spędzania czasu wolnego, zwiększa podatność na stres. Konsekwencją tych zjawisk jest wzrost chorób i zaburzeń wśród dzieci i młodzieży. Innowacje technologiczne, ułatwienia w opiece nad dziećmi, zdominowały także sferę rodzinną i wpłynęły na zmianę możliwości i warunków wychowania dzieci. Wymienione czynniki przyczyniły się do powstania chorób cywilizacyjnych takich jak: dysfunkcje sercowo-naczyniowe, otyłość, cukrzyca, nowotwory, alergie, problemy psychologiczne oraz zaburzenia rozwoju u dzieci. Problemy zdrowotne współczesnego świata nabierają doniosłości ze względu na wzrastającą częstość ich występowania oraz aspekty ekonomiczne, społeczne i prawne.

CHOROBY I ZABURZENIA U DZIECI

Zmiany, jakie zaszły w okresie dwudziestu kilku lat od rozpoczęcia transformacji ustrojowej, uwarunkowania kulturowo-społeczne, a także zmiany demograficzne, nie są bez znaczenia i mają istotny wpływ na zdrowie młodego pokolenia Polaków.

W Polsce obecnie żyje około 6 mln dzieci w wieku 0–15 lat. Według danych GUS z 2014 roku, około 3% dzieci w Polsce w wieku 0–15 lat posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Pozyskane w spisie informacje o niepełnosprawności oparte są przede wszystkim na deklaracji i subiektywnej ocenie dorosłego respondenta, a także – w części przypadków – poparte prawnym orzeczeniem. Zgodnie z przyjętą w spisie definicją niepełnosprawności, za dziecko niepełnosprawne była uznana osoba w wieku od 0 do 15 lat,

która posiadała aktualne orzeczenie o niepełnosprawności. Jako niepełnosprawne uznano także dzieci bez prawnego orzeczenia, ale odczuwające ograniczenia sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku. Należy zwrócić także uwagę na dzieci w wieku 0–15 lat, które mają trwałe problemy zdrowotne np. alergie, nowotwory, astmę, trwałe urazy. Ta grupa stanowi około 16% wszystkich dzieci w tym wieku. Najczęstsze choroby i zaburzenia u dzieci i młodzieży oraz częstość ich występowania to:

- zaburzenia ze spektrum autyzmu oraz całościowe zaburzenia rozwoju około 1:100;
- zespół Downa 1:500;
- niepełnosprawność intelektualna 1:400;
- MPD 1:400–500;
- choroby długotrwałe i przewlekłe np. alergie, astma, nowotwory, trwałe urazy, bóle głowy około 1:4.

Biorąc pod uwagę powyższe dane, można stwierdzić, że na około 7 mln dzieci i młodzieży w wieku do 19 lat, jedna piąta, tj. około 1,5 mln stanowią osoby z trudnościami w nauce, przewlekłe chore lub niepełnosprawne. Średnio, co 8 rodzina w Polsce dotknięta jest specyficznymi problemami rozwojowymi własnego dziecka (*Zdrowie dzieci i młodzieży...* [2011]).

SPOŁECZNE PROBLEMY RODZIN DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Niepełnosprawność w Polsce jest zjawiskiem powszechnym, gdyż dotyka bardzo dużej populacji ludzi. Należy wziąć pod uwagę, że dane dostępne w rocznikach statystycznych mogą być zaniżone, gdyż wiele chorób i zaburzeń pozostaje niezdiagnozowanych i ukrywanych przez rodzinę dziecka. Dotyczy to zwłaszcza tzw. całościowych zaburzeń rozwoju i zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Różnorakie badania oraz rozważania naukowe dowodzą, że sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce jest trudna (m.in. Sokołowska, Ostrowska 1976). Codzienne zmagania z niepełnosprawnością dziecka, brak wielowymiarowej i specjalistycznej opieki, słaba opieka socjalna – około 750 zł zasiłku, obowiązujące niskie kryterium dochodowe oraz skomplikowane procedury administracyjne, wymaganie orzeczenia o niepełnosprawności, to najczęstsze bariery, z którymi musi się zmierzyć rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym. Z relacji wielu rodzin wynika, że takie orzeczenie nie jest łatwo uzyskać. W przypadku autyzmu i podobnych zaburzeń rozwoju, często jest to dokument wydawany na rok lub dwa, następnie należy ponownie przejść całą procedurę starania się o orzeczenie.

Pojawienie się dziecka niepełnosprawnego lub z zaburzonym rozwojem zmienia funkcjonowanie rodziny. Konieczność nieprzerwanej, specjalistycz-

nej opieki nad dzieckiem powoduje brak wsparcia ze strony najbliższych: dziadków, przyjaciół. Obecność dziecka chorego, niepełnosprawnego w rodzinie daje niekiedy poczucie wstydu, a brak zrozumienia prowadzi do zawężania rodzinnych i przyjacielskich kontaktów. Nienormatywne zachowania dziecka są traktowane jako złe wychowanie, niewydolność rodzicielska. Rodzina żyje w ciągłym stresie, który wywołują brak czasu, nieustanna opieka, brak wsparcia zarówno ze strony specjalistów, jak i najbliższych, lęk o przyszłość dziecka. W trudnej sytuacji jest także zdrowe rodzeństwo. Koncentracja wokół dziecka, które przejawia nieprawidłowości rozwojowe, dotyczy rozmów, przeżywania i okazywania smutku, organizacji czasu, wydatków finansowych, wyjazdów, przejawów radości z najmniejszych postępów w terapii. Zdrowe rodzeństwo czuje się odrzucone i niekochane. Czasem rodzice z konieczności ograniczają czas kontaktu ze zdrowym dzieckiem, mając przekonanie, że ono poradzi sobie w życiu, bo jest zdrowe (Cieszyńska 2013: 142). Małżonkowie wychowujący dziecko chore, zaburzone, przeżywając na co dzień silny lęk o jego przyszłość, mierząc się z trudami wychowania i opieki, zapominają o budowaniu wzajemnych, małżeńskich relacji. Matka zazwyczaj rezygnuje z pracy i kariery zawodowej, aby zająć się dzieckiem, ojciec utrzymując rodzinę, większość czasu spędza poza domem.

Wiodącym problemem rodzin, które posiadają dziecko niepełnosprawne jest brak specjalistycznej, wieloaspektowej opieki, przeznaczonej nie tylko bezpośrednio dla dziecka, ale i jego opiekunów. Brakuje grup wsparcia, terapii rodzin, szkoleń szerzących wiedzę o niepełnosprawności. Rodzina pozostaje najczęściej sama, w poczuciu osamotnienia i braku wsparcia próbuje z różnym skutkiem realizować program pomocy własnemu dziecku.

POSTRZEGANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Niepełnosprawność kojarzy się najczęściej z kalectwem, niedorozwojem, inwalidztwem. Kiedy dziecko lub dorosły posiada cechy fizyczne niepełnosprawności lub jakiś wyróżnik, np. wózek inwalidzki, wówczas reakcje na jego odmiennosć są zwykle pozytywne: chęć pomocy, współczucie, tolerancja.

Współcześnie istnieje jednak wiele zaburzeń rozwoju u dzieci, które sprawiają trudności diagnostyczne nawet specjalistom, np. autyzm i jemu pochodne, ADHD. Wygląd i cechy fizyczne dziecka nie odbiegają od normy, zaś zaburzenie przejawia się w codziennej aktywności, komunikacji i emocjach. Zachowanie takiego dziecka w miejscu publicznym jest zwykle piętnowane, wyśmiewane i traktowane jako złe wychowanie.

Podjęmując problematykę niepełnosprawności dzieci, należy poświęcić więcej uwagi zaburzeniom ze spektrum autyzmu, ponieważ w ostatnich la-

tach nastąpił wzrost natężenia zjawiska autyzmu w Polsce i na świecie. Ponieważ w Polsce nie ma dokładnych danych, obrazujących skalę zjawiska autyzmu, przyjmuje się dane z innych krajów europejskich oraz ze statystyk prowadzonych przez WHO. Najwięcej badań prowadzi się w Stanach Zjednoczonych (tabela 1). Dzięki nim można uzyskać ogólną wiedzę o rozmiarach i zasięgu problemu autyzmu.

Tabela 1. Dane statystyczne występowania autyzmu w Stanach Zjednoczonych w latach 1975–2014

Lp.	Rok	Stosunek jednej osoby z autyzmem do liczby dzieci w Stanach Zjednoczonych
1	1975	1:5000
2	1985	1:2500
3	1995	1:500
4	2001	1:250
5	2004	1:166
6	2009	1:150
7	2014	1:68

Źródło: Autism Speaks, *Autism Prevalance*, <https://www.autismspeaks.org/what-autism/prevalence> [31.05.2016].

RODZINA Z DZIECKIEM AUTYSTYCZNYM

Autyzm i jemu pokrewne (całościowe zaburzenia rozwoju, zespół Aspergera), jest zaburzeniem o podłożu neurobiologicznym o nieznaną etiologię. Dane statystyczne dotyczące spektrum autyzmu różnią się w zależności od kraju, przyjętych metod badawczych i są ciągle uaktualniane, dlatego należy je traktować orientacyjnie.

Statystyki amerykańskiego *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) wskazują, że w roku 2014 1 na 68 dzieci w Ameryce miało diagnozę spektrum autyzmu (<https://www.cdc.gov/>). Dane z ONZ mówią o 1 na 150 dzieci w Europie. W Wielkiej Brytanii dane *The National Autistic Society* wskazują na występowanie autyzmu u ok. 700 tys. osób w całej populacji Wielkiej Brytanii (<http://www.autism.org.uk/>). W Polsce uznaje się za reprezentatywne badania z innych krajów europejskich.

Dziecko z autyzmem przejawia odmienne i trudne zachowania. Autyzmu nie można zauważyć po wyglądzie zewnętrznym, odmiennosc przejawia się zwykle w zachowaniu, braku elastycznosci w myśleniu, braku lub nieprawidłowej komunikacji, problemie z kontaktem wzrokowym, zaburzonej mimice twarzy, stymulacyjnych ruchach np. rąk, oczu, głowy, krzyku.

– Autyzm jako problem społeczny(?)

Problem społeczny jest to zjawisko uznawane za niepożądane, które spotyka się z krytyczną oceną znacznej liczby ludzi, a ponadto wydaje im się ono możliwe do przezwyciężenia przez zbiorowe działanie (Sztumski 2010: 43). Ważne są co najmniej trzy aspekty, aby dane zjawisko uznać za problem społeczny:

- problem społeczny jest zjawiskiem niepożądanym;
- wywołuje krytykę znacznej liczby ludzi;
- można go przezwyciężyć przez zbiorowe działanie.

Nie ulega wątpliwości fakt, że wzrost przypadków zaburzeń autystycznych jest zjawiskiem niepożądanym, jednak otwarte pozostają pytania: Czy jest to problem możliwy do rozwiązania? Czy można zatrzymać postępujący wzrost zaburzeń autystycznych?

Od wielu lat zarówno w Polsce, jak i na świecie podejmowana jest kwestia autyzmu. Wprowadzane są różne rozwiązania rządowe i programy finansowane przez Unię Europejską. 12 lipca 2012 roku Sejm RP opublikował uchwałę – Kartę Osób z Autyzmem. Karta ta zawiera dziewiętnaście punktów, w której zawarte są prawa osób z autyzmem, wynikające z Konstytucji RP oraz Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Zawarto tam między innymi prawo do wczesnej, rzetelnej diagnozy, adekwatnej terapii, bezpłatnej edukacji, odpowiedniego kształcenia i przygotowania zawodowego, równego dostępu do usług publicznych. Realia życia jednak nie przystają do uchwalonych przez Sejm RP praw osób z autyzmem. W niektórych placówkach diagnozujących czeka się na wizytę ponad rok, tymczasem taki czas oczekiwania w życiu kilkuletniego dziecka to okres bezpowrotnie stracony. Powinien być wykorzystany na intensywną terapię. W praktyce oznacza zwykle czekanie na określenie jednostki chorobowej. Lekarze rodzinni, psychologowie, logopedzi nie mając odpowiedniej wiedzy na temat funkcjonowania małych dzieci nie czują się kompetentni do stawiania wczesnej diagnozy. Nawet, jeśli rodzic dostrzeże jakieś nieprawidłowości bardzo wcześnie u swojego dziecka, zostaje uspokojony przez specjalistę, który zwykle każe czekać i obserwować. Jednocześnie jest oczywiste, że tylko bardzo wczesna diagnoza (w pierwszym, najpóźniej przed drugim rokiem życia), a następnie dobrze zaplanowana terapia, dają bardzo duże możliwości zniwelowania autystycznych zaburzeń oraz szanse na samodzielne, zwykłe życie.

– Edukacja dziecka z zaburzonym rozwojem

W Polsce obowiązuje zasada bezpłatnej, powszechnej edukacji dla wszystkich dzieci. Jak pokazuje rzeczywistość, nie zawsze jest ona respektowana w odniesieniu do dzieci autystycznych lub z całościowymi zaburzeniami rozwoju. Rodzicom takich dzieci często odmawia się prawa do kształcenia w przed-

szkolu lub szkole powszechnej, sugerując szkołę specjalną lub placówkę przeznaczoną dla dzieci autystycznych. Tymczasem z odpowiednią pomocą rodziców i nauczycieli wiele dzieci autystycznych, będących w normie intelektualnej jest sobie w stanie poradzić w szkole integracyjnej lub powszechnej. Ukończenie takiej szkoły jest przepustką do dalszego kształcenia, nauki zawodu i w rezultacie przynajmniej częściowo samodzielnego życia. Najczęściej stosuje się cztery rodzaje nauczania dzieci niepełnosprawnych: nauczanie ogólnodostępne, nauczanie indywidualne, integracyjne oraz specjalne.

Jak już podkreślono, optymalnym rozwiązaniem dla dziecka z autyzmem jest szkoła ogólnodostępna lub integracyjna. To, na jaką ścieżkę edukacyjną trafi dziecko, zależy często od decyzji dyrektorów szkół, którzy z różnych względów nie chcą lub nie mogą przyjąć do szkoły dziecka z autyzmem lub zaburzeniem rozwoju. Jakkolwiek nie każde dziecko z autyzmem jest w stanie realizować obowiązek szkolny w tego typu placówkach, to jednak wiele z tych dzieci pozostaje w normie intelektualnej, a dobrze realizowana, intensywna terapia przygotowuje dziecko do szkoły. Ponadto odpowiednio napisane plany nauczania, uwzględniające dodatkowe zajęcia rewalidacyjne, powinny pomóc w realizacji obowiązku szkolnego dzieciom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Możliwe jest także zatrudnianie asystenta dziecka autystycznego. Decyzja o zatrudnieniu takiego specjalisty uzależniona jest zwykle od woli dyrektora placówki. Szkoła, która ma w swoich klasach dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju, powinna także zatrudniać odpowiednio przygotowanych nauczycieli oraz dodatkowych specjalistów: pedagogów, logopedów, psychologów. Wydaje się więc, że prawnie i formalnie proces kształcenia dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju jest dobrze zaplanowany i uregulowany. Dlaczego więc zapisanie dziecka z deficytami rozwoju do szkoły jest często dla rodziców sporym wyzwaniem? Najczęściej proponuje się szkołę specjalną, ewentualnie klasy dla dzieci z autyzmem. Rzeczywiście wiele szkół nie ma odpowiednich warunków, aby stworzyć oddziały integracyjne chociażby ze względu na warunki socjalne. Najczęściej jednak to niechęć i stereotypy powodują, że często rodzice sami muszą walczyć o to, by zapewnić dziecku optymalne warunki do nauki i rozwoju. Niechętna postawa urzędników, wymawianie się brakiem odpowiednich środków oraz specjalistów to najczęstsze argumenty osób, od których zależy droga edukacyjna dziecka z autyzmem. Dziecko zaburzone, autystyczne powinno uczyć się zachowań społecznych od dzieci zdrowych. Aby tak się stało, powinno znaleźć się w grupie rówieśniczej, wśród dzieci prawidłowo rozwijających się, od których może przyjmować właściwe wzorce zachowania. Umieszczanie dzieci z autyzmem w szkołach specjalnych nie zapewnia im rozwoju właściwych kompetencji społecznych. Co więcej, jeśli

w grupie dzieci znajduje się kilkoro dzieci autystycznych często dochodzi do nasilenia zachowań negatywnych (Korendo 2013).

Rzeczywistość pokazuje, że niska wiedza na temat funkcjonowania dzieci z autyzmem i zaburzonym rozwojem, stereotypy, brak wrażliwości wśród niektórych urzędników, dyrektorów i kierowników placówek to poważne przeciwności, z którymi musi zmierzyć się rodzic dziecka autystycznego i z całościowymi zaburzeniami rozwoju¹.

– Świadomość społeczna, a problem zaburzeń rozwoju u dzieci

Badania CBOS (*Komunikat z badań CBOS* [2015]), prowadzone w marcu 2015 r., na temat „Społecznego obrazu autyzmu” oraz własne obserwacje kliniczne autorki, prowadzone w latach 2009–2017, wskazują na bardzo niską świadomość społeczną w kwestii problematyki autyzmu. Rodziny wychowujące dzieci autystyczne są często pozbawione odpowiedniego wsparcia finansowego, zdrowotnego, terapeutycznego. Rodzice dzieci z omawianym zaburzeniem spotykają się nierzadko z problemem odrzucenia i napiętnowania społecznego. Powoduje to naturalne w tej sytuacji wycofywanie się z aktywności społecznej, ukrywanie problemu niepełnosprawności, co w rezultacie może prowadzić do pogłębienia zaburzenia i wykluczenia dziecka i jego rodziny z życia społecznego.

W sytuacji eskalacji zjawiska różnorodnych zaburzeń rozwoju u dzieci, problem podnoszenia świadomości społecznej w tym aspekcie, nabiera szczególnego znaczenia. Jak pokazują statystyki, liczba dzieci ze spektrum autyzmu rośnie w zatrważającym tempie. Im dłużej problem pozostaje nierozwiązany, tym bardziej narasta i przynosi negatywne skutki dla całego społeczeństwa. Brak radykalnych zmian w systemie edukacji, terapii i leczenia dzieci z zaburzeniami rozwoju stanowi poważną barierę w funkcjonowaniu dzieci i ich rodzin, ale także pośrednio dotyka każdego. Przekonującym argumentem powinien być przede wszystkim aspekt moralny i etyczny, ale także rachunek ekonomiczny i gospodarczy, bowiem wydatki na profilaktykę, edukację i usprawnianie dziecka do życia w społeczeństwie mogą stać się niewspółmierne do kosztów utrzymania i wypłacania zasiłków dla rzeszy niepełnoprawnych obywateli.

Ważną rolę w kształtowaniu świadomości społecznej, szerzenia wiedzy na temat rosnącej liczby zaburzeń rozwoju u dzieci powinny sprawować media, które w znacznej mierze profilują opinię publiczną. Brak rzetelnych informacji, rzadkie podejmowanie tematu, niewłaściwe, stereotypowe informacje, nie tylko nie budują świadomości społecznej, ale przyczyniają się do kształtowania niewłaściwego obrazu osób niepełnosprawnych.

¹ Autorka prowadzi terapię dzieci z autyzmem oraz własne badania (wywiady i obserwacje) od 2009 roku.

W zmianie wizerunku niepełnosprawności, odmienności zachowania, wynikającej z zaburzenia, znaczącą rolę może odegrać Kościół, którego zadaniem powinno być szerzenie świadomości społecznej wiernych, dotyczące przyczyn i objawów niepełnosprawności. W przypadku osób wierzących Kościół winien wzmacniać w ludziach szacunek do drugiego człowieka niezależnie od jego wyglądu i zachowania. W przełamywaniu barier oraz zmianie stereotypowych postaw wobec niepełnosprawności ważny i pozytywny wpływ ma również obecność wolontariuszy, którzy nie tylko niosą pomoc, ale także poszerzają świadomość społeczeństwa na temat niepełnosprawności i zaburzeń rozwoju.

Kreowaniu właściwych postaw społecznych, zmianom stereotypowych przekonań, powinno towarzyszyć nie tylko poznanie specyfiki objawów i zachowań dzieci z zaburzonym rozwojem, ale także poznanie warunków, w których żyją i uczą się, codziennych zmagani rodziców w opiece i wychowaniu dziecka niepełnosprawnego.

ZAKOŃCZENIE

We współczesnym świecie dominują wartości dążące do czerpania doznań i przyjemności, preferowane są wartości hedonistyczne na rzecz słabej internalizacji norm i wartości moralnych. Niepełnosprawność nie mieści się w kanonach piękna, bogactwa, przyjemności, nie budzi podziwu, zazdrości, sensacji, dlatego ciągle spychana jest na margines wśród tematów istotnych społecznie. Ważne resorty i instytucje, stworzone do niesienia pomocy i rozwiązywania problemów niepełnosprawności, zachowują postawę bierności i milczenia wobec rosnącej liczby zaburzeń rozwoju i innych odmian niepełnosprawności. Tworzone programy i ustawy koncentrują się głównie na wprowadzaniu doraźnych, a nie długofalowych rozwiązań. Większość strategii pomocy niepełnosprawnym pomija aspekt kampanii, podnoszących wiedzę i świadomość społeczną. Potrzeba zmiany stereotypów i postrzegania niepełnosprawności w XXI wieku powinna opierać się na założeniu, że osoby niepełnosprawne i pełnosprawne mają więcej cech wspólnych niż odrębnych i że nie można przygotować dziecka niepełnosprawnego do samodzielnego życia, w izolacji od społeczeństwa.

BIBLIOGRAFIA

- Aronson E. (1995), *Człowiek istota społeczna*, Warszawa.
Autism Speaks, *Autism Prevalance*, <https://www.autismspeaks.org/what-autism/prevalence> [31.05.2016].
Bauman Z. (2012), *Nowoczesność i zagłada*, Warszawa.
Benedyktowicz Z. (2000), *Portrety „obcego”: od stereotypu do symbolu*, Kraków.

- Cassierer E. (1998), *Esej o człowieku. Wstęp do filozofii kultury*, Warszawa.
- Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/> [31.05.2016].
- Childe V.G. (2003), *Narodziny i ekspansja cywilizacji* [w:] G. Godlewski (red.), *Antropologia słowa. Zagadnienia i wybór tekstów*, Warszawa.
- Cieszyńska J. (2012), *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych*, Kraków.
- Cieszyńska J. (2013), *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci*, Kraków.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2006), *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Kraków.
- Dziewięcka-Bokun L., Śledzińska-Simon A. (2010), *Spółeczeństwo wobec innego. Kategoria innego w naukach społecznych i życiu publicznym*, Toruń.
- Eliot A. (2011), *Współczesna teoria społeczna*, Warszawa.
- Frith U. (2008), *Autyzm, wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańsk.
- Fromm E. (2012), *Zdrowe społeczeństwo*, Warszawa.
- Hamer H. (1994), *Demon nietolerancji*, Warszawa.
- Grandin T., Panek R. (2016), *Mózg autystyczny*, Kraków.
- Komunikat z badań CBOS*, nr 47/2015.
- Korendo M. (2013), *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Kraków.
- Kowalik S. (1996), *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa.
- Kwak A. (2005), *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Warszawa.
- Pisula E. (2012), *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Gdańsk.
- Pisula E. (2012), *Rodzice dzieci z autyzmem*, Warszawa.
- Sokołowska M., Ostrowska A. (1976), *Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy*, Wrocław.
- Shore S. (2008), *Za ścianą. Osobiste doświadczenia z autyzmem i zespołem Aspergera*, Warszawa.
- Sztompka P., Boguniła-Bobrowska M., red. (2008), *Socjologia codzienności*, Warszawa.
- Sztumski J. (2010), *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice.
- The National Autistic Society, <http://www.autism.org.uk/> [31.05.2016].
- Tobiasz-Adamczyk B. (1995), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i medycyny*, Kraków.
- Twardowski A. (1991), *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, Warszawa.
- Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r. Studia i analizy statystyczne* (2011), Kraków, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_dzieci_mlodziwy_w_polsce_2009.pdf [31.05.2016].
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 lipca 2013 r. – Karta Praw Osób z Autyzmem (M.P. z 2013 r., poz. 682).

SOCIAL PROBLEMS OF FAMILIES OF CHILDREN WITH DISABILITIES AND WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS

Summary

In the article the author highlights a serious social problem of an increasing number of diseases and disorders in children. It points to the issue of inadequate aid organizations, treatment and therapy of children with disabilities. The family as a natural environment for a child is struggling not only with the hardships of everyday life in the education of a disabled child, but also is exposed to discrimination and stigmatization of differences in the child. Thus, there is an urgent need for change not only in the care and education of children with impaired development, but also to raise public awareness of disability issues.

Keywords: Disability, autism, Pervasive Development Disorder, a social problem, a family with a disabled child

MARGITA SCHMIDTOVÁ, GRÉTKA OSVALDOVÁ

DZIECI Z WADĄ SŁUCHU W RODZINACH WIELOKULTUROWYCH

ROZWÓJ DEMOGRAFICZNY

Obecny stan populacji na Słowacji związany jest ze znaczącymi zmianami w strukturze demograficznej ludności, zwłaszcza w latach 90., które w dużym stopniu odzwierciedlają długoterminowe trendy w rozwiniętych krajach Europy Zachodniej. W rozwoju ontogenetycznym dziecka rodzina, jako pierwsza przekazuje dziecku podstawowe wartości i ideały, kształcąc je od lat najmłodszych.

Sytuacja ta nie zmienia się, gdy mówimy o dzieciach z wadą słuchu, pochodzących z różnych kultur czy mniejszości narodowych. Na Słowacji, z powodu znacznego zróżnicowania demograficznego ludności pochodzenia romskiego, Centrum Badań Struktur Demograficznych wypracowało prognozy rozwoju na najbliższe lata. Prognozy te zakładają, że do roku 2025 wzrośnie liczba obywateli pochodzenia romskiego od 380 tysięcy do 520 tysięcy. Dużym problemem jest niewystarczająca stymulacja intelektualna, emocjonalna oraz moralna ze strony rodziny, co wpływa na niezależny rozwój umysłowy, emocjonalny i społeczny dziecka. Ma to swoje odzwierciedlenie w późniejszym, szkolnym zachowaniu dziecka, często objawiającym się złym zachowaniem i niepowodzeniami w nauce.

RODZINY Z DZIEĆMI Z WADĄ SŁUCHU

Wychowanie dziecka z wadą słuchu przynosi rodzinie wiele sytuacji stresowych, związanych z zapewnieniem mu odpowiedniej opieki, a także edukacji. Sytuacja ekonomiczna większości rodzin jest trudna, a momentami nawet kryzysowa, co prowadzi do zmian w ekonomice domu. W naszym społeczeństwie obowiązki związane z wychowaniem i pielęgnacją dziecka niepełnosprawnego w znacznej części spadają na żonę. Przeciężenie matki obowiązkami i narastającym stresem związanym z wychowaniem dziecka często prowadzi do rozluźnienia, a nawet rozpadu więzi uczuciowych między rodzicami. Poczucie odpowiedzialności za niepełnosprawne dziecko powoduje również przerwanie kariery zawodowej, które nie tylko oznacza rezygnację

z dodatkowych dochodów, ale także porzucenie swoich planów, ambicji zawodowych oraz odsunięcie się z życia towarzyskiego. W przeciwieństwie do matek, ojcowie mają dużo większe trudności w akceptacji swojego dziecka i nowej sytuacji, w której się znaleźli. Gdy minie pierwszy szok, wynikający z narodzenia się dziecka niepełnosprawnego kluczowe jest, aby rodzice jak najszybciej wybrali kanał komunikacyjny, za pomocą którego będą komunikować się ze swoim dzieckiem, w szczególności z dzieckiem z wadą słuchu. Niezależnie od tego, czy będzie to język migowy, czy komunikacja werbalna, rodzice obarczeni są wielką odpowiedzialnością za zdolności komunikacyjne swoich dzieci w latach późniejszych. Znaczący wpływ na rozwój komunikacji u dziecka z wadą słuchu ma poziom intelektualny oraz stopień wykształcenia rodziców.

Według nieoficjalnych statystyk problem ten dotyczy około sześćdziesięciu rodzin rocznie. W 90% oboje rodzice są niesłyszący, a w 10% jedno lub oboje rodzice mają wadę słuchu. Niestety, tylko nieliczni mają świadomość i doświadczenie, potrzebne do wychowywania dziecka niepełnosprawnego, a to właśnie oni są pierwszą grupą społeczną, od której uczy się dziecko. Zachowania niemowląt z wadą słuchu przez pierwszy rok niczym nie różnią się od zachowań zdrowych dzieci. Niektórzy rodzice dopiero pomiędzy 6. a 8. miesiącem życia niemowlęcia zaczynają zauważać nieadekwatność reakcji dziecka w odniesieniu do bodźców dźwiękowych, płynących z otoczenia. Wyraźne objawy wady słuchu widoczne są w każdym kolejnym miesiącu życia dziecka. Znacznie spowalnia się rozwój mowy, zatrzymany zostaje rozwój potencjału intelektualnego, który następnie oddziałuje na sferę emocjonalną oraz stosunki społeczne. W tym czasie podstawową rolą rodziców jest zapewnienie dziecku środowiska rodzinnego, bogatego w bodźce stymulujące rozwój funkcji poznawczych i komunikacyjnych (Schmidtová 2004).

AKCEPTACJA DZIECKA Z WADĄ SŁUCHU

Wraz z pojawieniem się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego naruszony zostaje cykl życia rodzinnego, a rodzinę czekają zmiany poziomu i stylu życia oraz zaburzenia występujące w obrębie spełnianych przez nią funkcji. Idealną adaptację rodziny definiujemy jako „zorganizowanie życia rodzinnego w taki sposób, aby nie uwzględniało one jedynie potrzeb dziecka niepełnosprawnego, ale także potrzeby pozostałych członków rodziny” (Sidorová, Jakubíková 2003). Tarciová, Hovorková (2002) zwracają uwagę, aby nie rozczulać się nad dzieckiem niepełnosprawnym. Można przyzwyczaić się do życia bez dźwięków, jednak nie można utwierdzać swojego dziecka, że jego niepełnosprawność jest czymś zupełnie normalnym. Wada słuchu jest bowiem wi-

doczną przeszkodą w życiu dorosłego człowieka, zaś u dzieci jest przyczyną wielu niepotrzebnych problemów. Należy pamiętać, że nauka dziecka niepełnosprawnego odpowiednich nawyków takich jak higiena osobista czy zachowanie się przy stole, niczym nie różni się od nauki dzieci zdrowych. Zaburzenia behawioralne u dziecka z wadą słuchu występują zwykle wtedy, gdy rodzina nie stawiała mu konkretnych wymagań, nie nauczyła go wyznaczania sobie celów i nie wskazała sposobów ich osiągnięcia. Jeśli dziecko nie zna procesu logicznego, to nie można od niego wymagać ślepego posłuszeństwa, ponieważ w ten sposób nigdy nie zrozumie, które zachowanie jest poprawne, a które nie. Nasze kary i pochwały powinny być jasne i zrozumiałe, tak aby dziecko nie było zdezorientowane i nie myliło następstw swoich działań. Rodzice nie powinni również odbierać dziecku niepełnosprawnemu możliwości bycia odpowiedzialnym i niezależnym, aby nie wychować go na człowieka nieumiejącego rozwiązywać życiowych problemów i trudności, czekających na niego w życiu dorosłym. Z drugiej strony rodzice muszą monitorować, czy dziecko nie wykorzystuje swojej niepełnosprawności w celu kontrolowania i manipulowania innymi ludźmi, aby za wszelką cenę osiągnąć swój cel.

SOCJALNY STATUS RODZINY Z DZIEĆMI Z WADĄ SŁUCHU

W odróżnieniu od niepełnosprawności fizycznej wada słuchu nie jest widoczna na pierwszy rzut oka. Powoduje to narastanie problemów w komunikacji dziecka z rówieśnikami, natomiast sam aparat słuchowy często staje się obiektem drwin i żartów ze strony kolegów. Dla rodziców irytujące jest nieustanne objaśnianie niepełnosprawności swojego dziecka, a także przyjmowanie słów współczucia i pocieszenia padających od obcych osób. Dziecko niepełnosprawne zmienia zatem oblicze rodziny, a rodzice zmieniają swoje oczekiwania wobec dziecka (Zíková 2011). Oczekiwania te muszą zostać podporządkowane ograniczeniom, które towarzyszą zarówno dziecku, jak i rodzinie. Dlatego tak ważne jest, by rodzina wychowywała swoje dziecko z wadą słuchu w sposób dostosowany do jego niepełnosprawności (Müllerová 2013).

Na terenie Słowacji żyje wiele innych narodowości czy społeczności, w których rodzą się dzieci niepełnosprawne. Zdecydowana większość to Węgrzy oraz Romowie. W tych wielokulturowych środowiskach językiem komunikacji jest węgierski lub rumuński, zaś słowacki zostaje odsunięty na drugi plan. W wychowaniu dziecka niepełnosprawnego brak znajomości języka słowackiego staje się dużym problemem, utrudniającym dziecku komunikację z osobami spoza swojej społeczności. Kolejną przeszkodą, widoczną szczególnie wśród rodzin romskich, jest niski poziom intelektualny rodziców oraz brak wyższego wykształcenia. Wszystkie te czynniki wpływa-

ją na problemy rozwojowe oraz wychowawcze dziecka, jednak chcąc uniknąć generalizacji, procesy te trzeba należycie wyjaśnić. Rodzina wielokulturowa, nawet z dzieckiem z wadą słuchu, również jest rodziną w pełni funkcjonującą. W większości przypadków to matka potrafi porozumiewać się w języku słowackim lub uczy się języka migowego, by w ten sposób umożliwić dziecku jego komunikację w życiu dorosłym.

Drugim typem jest rodzina z problemami, w której występuje wiele dysfunkcji opiekuńczo-bytowych, niezagrażających jednak systemowi rodzinemu i wychowaniu dziecka. Przeważnie są to rodziny narodowości węgierskiej, które mają w sobie chęć do zmiany i odczuwają dużą odpowiedzialność za swoje dzieci. Z tego powodu często decydują się na pomoc ze strony pracowników socjalnych. Największą liczbę stanowią rodziny romskie, w pełni dysfunkcyjne, w których występują zaburzone relacje czy zasady a wzajemna komunikacja nie zapewnia ich członkom możliwości pełnego funkcjonowania. W tym przypadku konieczna jest pomoc specjalistów, z której, niestety, rodziny te nie chcą korzystać. Charakterystycznymi trudnościami u dzieci niedosłyszających pochodzących z tych rodzin są:

- późne lub niekompletne wykształcenie;
- brak nawyków higienicznych i społecznych;
- brak bodźców środowiskowych;
- brak zabezpieczenia finansowego (rodzice analfabeci, bezrobotni);
- opuszczanie godzin lekcyjnych;
- częste i długie choroby;
- problemy wychowawcze.

Ostatnim typem jest rodzina patologiczna, odbiegająca od przyjętej definicji rodziny i niespełniająca swoich naturalnych funkcji. Dziecko często staje się elementem niechcianym, co w sposób szczególny rzutuje na jego przyszłość. Pozycja dziecka niepełnosprawnego zależy również od sytuacji bytowej rodziny. Niepełnosprawność dziecka zwykle pogarsza sytuację ekonomiczną rodziny. Wzrastają wydatki, ponieważ dziecko wymaga specjalnego leczenia, stałej opieki medycznej, pomocy rehabilitantów i terapeutów, czy stałych odwiedzin w centrach pomocy. Dodatkowym kosztem są specjalistyczne pomoce rehabilitacyjne, które tylko w małej części dofinansowane są z ubezpieczenia (Schmidtová 2010).

SYSTEM KOMUNIKACYJNY W RODZINIE

W każdej rodzinie, także patologicznej, normalna jest komunikacja werbalna rodzice – dziecko. Co prawda niemowlę nie rozumie sensu wypowiedzianych słów, ale sam głos uspokaja je, a już w wieku od 6 do 9 miesięcy

zaczyna ono odtwarzać zasłyszane dźwięki. Dziecko z wadą słuchu w pierwszych miesiącach swojego życia w niczym nie różni się od zdrowego dziecka, dopiero w okresie powtarzania dźwięków obserwujemy u niego brak reakcji na bodźce dźwiękowe oraz brak artykułowania dźwięków. W tym czasie niezwykle ważna jest ciągła komunikacja rodziców i dziecka, przejawiająca się w okazywaniu emocji i wspólnym doświadczaniu świata dookoła nich (Müllerová 2013). W przypadku, gdy dziecko rodzi się w rodzinie niesłyszącej, nie występują problemy komunikacyjne, a rozwój nie jest niczym zakłócony. Jedynym kanałem komunikacyjnym od pierwszych miesięcy życia jest język migowy, którym posługują się również rodzice.

Według Macurovej (2013) każdy z nas jest w stanie nauczyć się języka migowego, wystarczy, że odpowiednimi bodźcami będziemy stymulować nasz mózg. Dopiero brak ciągłej nauki spowoduje zaniknięcie zdolności poprawnego używania gramatyki i struktur językowych w obrębie danego języka. Zdaniem naukowców stymulacje mózgu dziecka z wadą słuchu należy rozpocząć jak najwcześniej, próbując pominąć okres, gdy dziecko nie inicjuje żadnych dźwięków. W ten sposób w pełni wykorzysta się plastyczność jego mózgu. Z tego też powodu niezwykle ważne jest, aby w razie jakichkolwiek wątpliwości, co do zachowania dziecka skonsultować się ze specjalistami i terapeutami, którzy po przedstawieniu diagnozy wspólnie z rodzicami, wybiorą najlepszą drogę komunikacji. To od determinacji rodziców w dużym stopniu zależy późniejszy rozwój komunikacyjny dziecka (Müllerová 2013).

SYSTEM OPIEKI NAD DZIEĆMI Z WADĄ SŁUCHU

Opieka nad dzieckiem z wadą słuchu zaczyna się od jego narodzenia. W roku 2006 wprowadzono na Słowacji obowiązkowe badania przesiewowe słuchu dla noworodków, mające na celu wykrycie choroby we wczesnym jej stadium, by jak najwcześniej zastosować odpowiednie leczenie. Niestety, badania te wciąż nie są prowadzone w sposób zadowalający. Szczególnie brakuje ogólnonarodowego programu współpracy pomiędzy lekarzami, psychologami, pedagogami specjalnymi i terapeutami, co powoduje opóźnienia w leczeniu i zmniejszenie jego efektywności. Równocześnie niewystarczająca jest komunikacja pomiędzy lekarzami pierwszego kontaktu a specjalistami oraz niski poziom świadomości rodziców o możliwości wczesnej interwencji w przypadku uszkodzeń aparatu słuchu. Nie istnieją również prawne regulacje, zapewniające dzieciom niepełnosprawnym prawo do opieki edukacyjnej czy przynajmniej jednego roku obowiązkowej edukacji przedszkolnej. Z tego powodu rozwój dzieci z wadą słuchu jest nieporównywalnie słabszy w porównaniu z roz-

wojem dzieci zdrowych, które miały możliwość edukacji i pomocy psychologicznej od lat najmłodszych (Kročánová 2010). Schmidtová (2003) uważa, że pomoc rodzinom z dzieckiem niepełnosprawnym powinna być zapewniona od pierwszych chwil życia dziecka. Rozwiązaniem byłby program pomocy rodzinom, ponieważ wraz z dorastaniem wzrastają wydatki, a rodzice pochłonięci opieką nad swoim dzieckiem, często zmuszeni są do rezygnacji z pracy przez jednego z nich, co wiąże się z utratą jednego ze źródeł dochodu. Co więcej, odpowiednio dobrany plan terapii dla noworodka ma wielki wpływ na jego późniejsze życie. Dobre nawyki, przekazane dziecku na początku jego życia pozostają, tak samo jak te złe, które trudno potem zmienić. Programy edukacyjno-wychowawcze bez wątpienia miałyby wpływ również na zachowanie rodziców oraz ich oczekiwania w stosunku do własnych dzieci. Pociuszające jest, że już teraz rodzice na własną rękę starają się szukać informacji, w jaki sposób powinni uczyć swoje dzieci podstawowych zachowań.

DZIECI Z WADĄ SŁUCHU W RODZINACH POCHODZENIA ROMSKIEGO

Plan wychowania dziecka z wadą słuchu należy rozpocząć od dokładnego zapoznania się z jego diagnozą. Wrodzone lub nabyte uszkodzenie słuchu może mieć różny typ, rodzaj i stopień. Według stopnia niepełnosprawności uczniowie podzieleni są na dwie grupy:

- niedosłyszających;
- głuchych.

Dzieci niepełnosprawne mogą się urodzić we wszystkich rodzinach, niezależnie od narodowości, jednak na terenie Słowacji najwięcej z nich rodzi się w rodzinach romskich. W tym wielokulturowym środowisku głównym problemem jest zaburzenie komunikacji, zwłaszcza brak znajomości języka słowackiego i posługiwanie się językiem romskim. Schmidtová (2004) zauważa, że w rodzinach romskich problemy w prawidłowym wychowaniu dzieci wynikają również z niskiego poziomu intelektualnego oraz braku wyższego wykształcenia rodziców. W tych rodzinach możemy zauważyć następujące trudności u dzieci z wadą słuchu:

- późne i niekompletne wykształcenie;
- brak zabezpieczenia finansowego (rodzice analfabeci, bezrobotni);
- problemy wychowawcze;
- brak bodźców środowiskowych;
- brak nawyków higienicznych i społecznych;
- częste i długie choroby;
- opuszczanie godzin lekcyjnych;
- problemy wychowawcze.

Największym problemem rodzin romskich wychowujących dziecko niepełnosprawne jest niski poziom intelektualny rodziców oraz ich niskie wykształcenie. Niewystarczająca liczba pozytywnych wzorców oraz brak odpowiedniej opieki społecznej negatywnie wpływają na dorastającego człowieka, który swoje wzorce czerpie z najbliższego otoczenia. Ponieważ większość rodzin romskich, to rodziny dysfunkcyjne bądź patologiczne, dzieci z wadą słuchu nie mogą liczyć na odpowiednią pomoc ze strony swoich rodziców. Spowodowane jest to złą sytuacją materialną, niską kulturą osobistą, pozycją dziecka w rodzinie, a także złymi kontaktami rodziców ze szkołą (Magdová 2012).

Wielokulturowe rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym na co dzień natrafiają na wiele barier. W rodzinach romskich przeszkodą jest niski poziom materialny rodziny, przez co dziecko nie otrzymuje wystarczającej opieki, a także dostatecznych bodźców, tak potrzebnych do jego prawidłowego rozwoju. Kolejnym, wcześniej wspomnianym problemem, jest znajomość języka. Kiedy rodzice nie wiedzą, w jaki sposób powinni się ze sobą komunikować, dziecko nie jest w stanie rozwinąć w sobie wystarczających kompetencji komunikacyjnych (Grosse 2004). Trudności komunikacyjne nabyte w dzieciństwie pozostają w dziecku nawet wtedy, gdy trafi ono do przedszkola czy szkoły podstawowej, w której dzieci rozmawiają tylko w języku romskim, ponieważ ich poziom języka słowackiego nie jest wystarczający. Następnym problemem jest brak inicjatywy ze strony rodziców. Nie są oni zainteresowani niepełnosprawnością swojego dziecka lub po prostu nie są jej świadomi.

Problematyka wychowania dzieci z wadą słuchu przez rodziny romskie wciąż nie została odpowiednio zbadana, dlatego też należy nadal interesować się tym zagadnieniem, by znaleźć rozwiązanie i polepszyć ich sytuację.

PODSUMOWANIE

Niski poziom kształcenia pochodzących z rodzin romskich uczniów niesłyszących i wynikające z tego zadania dla pedagogiki osób niesłyszących w zakresie wielokulturowości i międzykulturowości można scharakteryzować jako skutek oddziaływania różnojęzycznego środowiska, różnego systemu wartości i systemu kulturowego oraz innego środowiska społecznego. Rodziny tych dzieci w sposób niewystarczający wspierają ich rozwój intelektualny i językowy w wieku wczesnym i przedszkolnym. Konsekwencją jest pozostawanie w tyle tych dzieci w procesie kształcenia i socjalizacji. Aktualnie istnieje potrzeba rozwiązania problemu kształcenia dzieci i uczniów nie-

słyszących pochodzących ze środowiska różnego etnicznie i kulturowo i to takiego rozwiązania, które będzie uwzględniać specyfikę danej grupy, a równocześnie zapewni możliwie najwyższy stopień socjalizacji.

BIBLIOGRAFIA

- Grosse K. (2004), *Hörbehinderte Schülerinnen und Schüler unterschiedlicher nationaler Herkunft*, Universitätsverlag Winter GmbH, Heidelberg.
- Kročánová Ľ. (2010), *Niektore špecifické problémy rodín so sluchovo postihnutým dieťaťom*, "E-pedagogium" 2/2010, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, http://www.pdf.upol.cz/fileadmin/user_upload/PdF/epedagogium/epedagogium_2010/e-pedagogium_2-2010_mimoradne.pdf [30.11.2013].
- Macurová A. *Jazyk nejsou jen slova*, <http://ruce.cz/clanky/998-jazyknejsou-jen-slova> [30.11.2013].
- Magdová K. (2012), *Multikulturalizmus a interkulturalizmus roznych narodnosti a etniku sluchovo postihnutych v SR*, praca diplomowa, Univerzita Komenského, Bratislava.
- Müllerová L. (2013), *Postavení rodičů dítěte se sluchovým postižením v sociálním systému*, praca diplomowa, Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, Brno.
- Schmidtová M. (2010), *Rodina a dieťa so sluchovým postihnutím*, "E-pedagogium" 2/2010, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, http://www.pdf.upol.cz/fileadmin/user_upload/PdF/e-pedagogium/epedagogium_2010/e-pedagogium_2-2010_mimoradne.pdf [15.03.2014].
- Schmidtová M. (2004), *Spezifische Bildung hörbehinderter Kinder unterschiedlicher ethnischer und nationaler Herkunft in der Slowakischen Republik* [In:] *Hörbehinderte Schülerinnen und Schüler unterschiedlicher nationaler Herkunft: eine internationale Herausforderung an die Hörbehindertenpädagogik*, Universitätsverlag Winter GmbH, Heidelberg.
- Sidorová E., Jakubíková M. (2003), *Komunikácia v ošetrovateľstve*, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov.
- Tarcsiová D., Hovorková S. (2002), *Mame dieťa so sluchovým postihnutím, ...a čo ďalej?*, Effeta, Bratislava.
- Zíková T. et al. (2011), *Bedekr socialním znevýhodněním pro učitele základní školy*, Západočeská univerzita v Plzni, Plzeň.

OF HEARING IMPAIRED CHILDREN IN MULTICULTURAL FAMILIES

Summary

The multiculturalism has naturally taken and the reference field of special education in its conception provides educational and rehabilitation concept of health, sinnlichen- mentallen- or communication ellen differently structured minority. The multicultural society creates new minorities with spazifischen needs that potential sind. Die saturated with Special Needs practice Gehorlosen Roma family are the first promoters of the values during the Kinderontogenese is the first environment that formed the Grundatribut's dependence with his Education.

Keywords: multiculturalism, hearing loss, family, Roma

ELŻBIETA CYGNAR, MAREK MIERZYŃSKI, BEATA REJMAN
KRZYSZTOF REJMAN

FORMY POMOCY RODZINOM Z DZIEĆMI
UPOŚLEDZONYMI UMYSŁOWO
NA PRZYKŁADZIE DZIAŁALNOŚCI POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA NA RZECZ OSÓB UPOŚLEDZONYCH
UMYSŁOWO – KOŁO W JAROSŁAWIU

WPROWADZENIE

Na rozwój dziecka ogromny wpływ ma środowisko rodzinne, w którym dziecko się wychowuje. Środowisko to ma szczególne znaczenie w przypadku dzieci niepełnosprawnych. Współczesne koncepcje rehabilitacyjne postulują konieczność wychowywania dziecka niepełnosprawnego w jego naturalnym środowisku rodzinnym. Wskazują one na konieczność odejścia od koncepcji rehabilitacji w warunkach instytucjonalnych na rzecz wszechstronnego wspomagania rodzin posiadających niepełnosprawne dzieci (Twardowski 2002).

Niepełnosprawność dziecka powoduje zmiany w warunkach życia rodziny. Zmieniają się istniejące wzory jej funkcjonowania, może przyczynić się to do nasilania napięć i konfliktów pomiędzy członkami rodziny, które bez pomocy zewnętrznej mogą być trudne do rozwiązania. Dlatego tak ważna jest pomoc świadczona przez różnego rodzaju instytucje, zwłaszcza te, które zrzeszają rodziców i opiekunów osób z niepełnosprawnością. Ich znaczenie jest istotne w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, gdyż są to grupy szczególnie narażone na marginalizację społeczną. Do instytucji, które znacząco przyczyniły się do poprawy sytuacji rodzin z niepełnosprawnym intelektualnie dzieckiem, należy zaliczyć Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Upośledzonych Umysłowo – Koło w Jarosławiu.

Cała działalność Stowarzyszenia jest finansowana ze składek członkowskich, a także ze środków publicznych, ze źródeł samorządowych: Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego, Starostwa Powiatowego w Jarosławiu, Urzędu Miasta Jarosław, a także innych urzędów miast i gmin. Koło jarosławskie finansowane jest również z budżetu państwa, Narodowego Funduszu Zdrowia, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełno-

sprawnych. Wspierają je także sponsorzy i darczyńcy. Część środków otrzymuje dzięki wpłatom 1% podatku dochodowego. Wszystkie te środki przeznaczone są na przedstawioną działalność Koła na rzecz osób niepełnosprawnych intelektualnie. Działalność ta wymaga niemałych nakładów na podejmowane przedsięwzięcia, zwłaszcza na profesjonalną pomoc w placówkach Koła. Ich działalność i charakter przewija się przez różne aspekty omawianej problematyki. Warto zatem bliżej je zaprezentować.

DZIAŁANIA PSOUU – KOŁO W JAROSŁAWIU NA RZECZ RODZIN Z DZIEĆMI
NIEPEŁNOSPRAWNYMI INTELEKTUALNIE
– OŚRODEK REHABILITACYJNO-EDUKACYJNO-WYCHOWAWCZY

We współczesnym społeczeństwie, gdzie dominantą jest kult zdrowia, urody i konsumpcji, często zapomina się o tych, którzy mają takie same prawa do współistnienia w społeczeństwie. Prawa te i pragnienia realizują osoby wrażliwe na prawdziwe piękno i dobro każdego człowieka.

Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy (OREW) posiada dwa główne cele swej działalności:

- 1) W stosunku do wychowanków OREW stawia na rozwój psychoruchowy i społeczny. Podopieczni Ośrodka przystosowywani są do zainteresowania otaczającej ich rzeczywistości, poznania rzeczy, zjawisk, do stymulowania rozwoju procesu myślenia – podejmowania działań sprzyjających rozwojowi indywidualnych zainteresowań i zdolności, rozwijaniu więzi społecznych oraz form komunikowania się ze społeczeństwem i światem.
- 2) W stosunku do rodziny OREW zakłada zaspokajanie przez rodzinę potrzeb rozwojowych, psychicznych i społecznych; poprawa radzenia sobie w sytuacjach stresowych i trudnych sytuacjach życiowych. Stymulację wśród społeczności rodziców dzieci z niepełnosprawnością umysłową poczucia solidarności, wzajemnej pomocy i odpowiedzialności.

Zadaniem OREW w stosunku do wychowanków jest przede wszystkim realizacja procesu wychowania, nauki, rewalidacji poprzez organizację szeregu zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz edukacyjno-terapeutycznych. Są to formy wychowania przedszkolnego, rocznego przygotowania do nauki, obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki. Ośrodek podejmuje działania stymulujące rozwój psychoruchowy, intelektualny oraz społeczny poprzez pracę w zakresie rehabilitacji leczniczej, opieki zdrowotnej, terapii psychologicznej, terapii logopedycznej, socjoterapii – zdobywanie umiejętności w zakresie ekspresji twórczej, kontaktu z kulturą oraz udziału w rekreacji, nauka korzystania z najnowocześniejszych technologii, w tym informatycznych (Twardowski 2002).

Zadania OREW w stosunku do rodzin to: warsztaty i poradnictwo psychologiczne oraz rehabilitacyjne; wsparcie psychologiczne oraz poradnictwo prawne i socjalne. OREW wspiera rodziny osób niepełnosprawnych intelektualnie także poprzez realizację programów pilotażowych i innych form innowacyjnych realizowanych przez Ośrodek.

OREW zespala w swej działalności zadania oświatowe oraz intensywne postępowania w zakresie opieki zdrowotnej. Oferuje szeroką panoramę działań edukacyjnych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych oraz całościową opiekę lekarską i pielęgniarzką (Archiwum autorów, Film Promocyjny PSOUU Koło w Jarosławiu, OREW 2012). Oddziaływania edukacyjne i rewalidacyjne prowadzone w Ośrodku skierowane są na dzieci i młodzież z głębokim stopniem upośledzenia umysłowego, z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym lub umiarkowanym ze sprzężonymi niepełnosprawnościami w wieku od 3 do 25 lat. W Ośrodku dla każdego wychowanka przeprowadzane są diagnozy. W oparciu o ich wyniki przygotowuje się i realizuje wieloprofilowy, kompleksowy i skoordynowany program. Placówka umożliwia wychowankom realizację obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki. Uczniom oferuje się fachową opiekę, pielęgnację, wyżywienie i transport. Skoordynowane działania umożliwiają wychowankom możliwość stałego rozwoju na miarę swoich możliwości i potrzeb. Rodzinom świadczy się wsparcie psychiczne, możliwość kontaktu z innymi rodzicami, wszelkie informacje i poradnictwo. W placówce realizuje się takie zajęcia terapeutyczne jak:

1) Dogoterapia (kynoterapia) – polegająca na wspomaganiu rehabilitacji, w której najważniejszym motywatorem jest wyselekcjonowany pies prowadzony przez przewodnika, który jest terapeutą z wymaganymi kwalifikacjami. Terapię prowadzi się w trzech etapach:

- spotkania z psem polegające na tym, iż w czasie zabawy wychowankowie przyzwyczajają i oswiają się oraz przełamują lęk przed spotkaniem, dotykaniem psa;
- edukacja z psem, której celem jest motywowanie do nauki, zapamiętywania, gdzie „nauczycielem” wspomagającym jest pies;
- terapia z psem charakteryzuje się specjalnie dobranymi ćwiczeniami z udziałem rehabilitanta prowadzącego ukierunkowane na rozwój zmysłów wzroku, słuchu, dotyku i węchu. Terapia prowadzona jest grupowo lub indywidualnie.

2) Galeria Przedmiotu – pracownia plastyczno-ceramiczna. Znajduje się na jarosławskiej Starówce i działa jako filia miejscowa OREW. W Galerii odbywają się zajęcia terapeutyczne z zakresu ceramiki i malowania jedwabiu. Jest to forma zajęć integracyjnych pozwalających na skupianie wokół gliny i technik malowania na jedwabiu uczniów z przedszkoli, szkół powszech-

nych, uczestników i pracowników placówek PSOUU – Koło w Jarosławiu oraz sympatyków Stowarzyszenia. W czasie wakacji w Galerii Przedmiotu prowadzone są warsztaty zatytułowane „Lato na starówce”. W ramach tych zajęć przeprowadza się naukę toczenia na kole garncarskim, wyrób naczyń ceramicznych i malowanie na jedwabiu. W Galerii uruchomiona jest kawiarenka, która otwarta jest dla wszystkich odwiedzających Galerię;

3) Gromada Zuchowa „Słoneczna Gromada” – stanowi formę terapii, w której stosuje się elementy prac zuchowej i harcerskiej. W gromadzie działa kilkunastu zuchów w wieku od 7 do 17 lat. „Słoneczna Gromada” bierze czynny udział w różnorodnych wydarzeniach organizowanych przez PSOUU – Koło w Jarosławiu oraz licznych akcjach. Zuchy włączają się czynnie w akcje ochrony środowiska poprzez organizowane zbiórki zużytych baterii alkalicznych, zbiórki makulatury (Archiwum PSOUU – Koło w Jarosławiu. Raport z działalności OREW za rok 2012. Biuletyn wewnętrzny [niepublikowany]: 33). Dzieci pomagały również powodzianom poprzez organizowanie zbiórki żywności. Działania grupy zuchów nie polegają tylko na spotkaniach, zabawach, ale także obowiązuje ich prawo i przyrzeczenie zuchowe oraz stopnie sprawności: zucha dekoratora, przyjaciela wiosny, zucha kuchcika, zucha ekologa, zucha kochającego ojczyznę oraz zucha trapera. Ta forma terapii ma na celu budowania pewności siebie, poczucia własnej wartości, umiejętności aktywnego życia. Działalność w Gromadzie umożliwia dzieciom i młodzieży pełnienie różnych zadań i ról społecznych.

4) Grupa Teatralna KALADIUM. W Jarosławiu każdego roku organizowany jest przez OREW w Jarosławiu, przy współudziale Urzędu Miasta Jarosławia i Miejskiego Ośrodka Kultury Przegląd Twórczości Dziecięcej „Bajkowy Świat”. Od 2003 roku OREW reprezentowany jest na Przeglądzie przez grupę teatralną KALADIUM. Grupę tworzą wychowankowie, rodzice i pracownicy Ośrodka. Grupa występowała m.in. w przedstawieniach „Mały Książę”, „Prawdziwa historia Romea i Julii”, „Szewczyk Dratewka”, „Królewna Śnieżka”. Obok tej grupy w Ośrodku działa jasełkowa grupa Stella Domini, która prezentuje swoje przedstawienia na Spotkaniach Teatralnych organizowanych corocznie przez Miejski Ośrodek Kultury.

5) Doświadczanie Świata – jest to kompleksowo wyposażona Sala Doświadczania Świata, która istnieje obok wielu innych form nauki w placówce. Głównym celem terapii prowadzonej w Sali jest doświadczanie bodźców dla zmysłów: wzroku, słuchu, węchu oraz odprężenie, relaks i wyciszenie. Jest to terapia wykorzystująca światłowodów, tuby wodne itp. Jest tak przygotowana, by umożliwiać przyjemne, zachęcające uczniów dostrzeganie i poznawanie otoczenia. Jednym z podstawowych założeń jest pozostawianie uczniom wiele wolnej przestrzeni i czasu, by mogli samodzielnie wybrać lub wskazać, które

bodźce odczuwają jako przyjemne i na jakim obszarze pragną koncentrować się dłużej (Archiwum autorów. Wywiad z terapeutą, marzec 2013 r. Sala „Doświadczenie Świata” OREW w Jarosławiu). Podstawą zajęć jest utrzymanie naturalnego kontaktu między osobą niepełnosprawną i terapeutą.

6) Fizykoterapia – w Ośrodku realizowana jest kompleksowa rehabilitacja lecznicza. Na podstawie indywidualnego programu terapeutycznego odbywa się usprawnianie ruchowe. Program tworzony jest przy współpracy i udziale wszystkich specjalistów oraz z uwzględnieniem wskazań lekarzy. Prowadzone są zabiegi fizykoterapii i kinezyterapii w ramach realizowanego programu. Praca fizjoterapeutów prowadzona jest z uwzględnieniem aktualnego stanu wychowanków oraz ich możliwości. Celem oddziaływań terapeutycznych jest osiągnięcie jak najwyższego poziomu niezależności wychowanków w samodzielnym funkcjonowaniu.

Stosowane są różnego rodzaju metody neurofizjologiczne uznawane w Polsce i na świecie. Stosowane są zabiegi z takich zakresów jak: światłoterapia, laseroterapia, elektroterapia, magnoterapia, hydroterapia i krioterapia. Proces rehabilitacji dostosowany jest indywidualnie do każdego przypadku, do stanu, potrzeb i możliwości dziecka. Rehabilitanci prowadzą stałe konsultacje z rodzinami dzieci, by umożliwić przeniesienie założeń terapeutycznych i usprawniania do najbliższego otoczenia dziecka. Podstawą skutecznej rehabilitacji jest jej ciągłość i systematyczność, stąd zajęcia z najbliższymi opiekunami, by mogli w domu wspomagać skuteczność podejmowanej terapii. Organizowane są szkolenia i instruktaże dla rodziców i opiekunów dzieci przez prowadzących dziecko fizjoterapeutów. Placówka w trosce o pacjentów ciągle poszukuje i wdraża nowe formy terapii i najnowsze zaopatrzenia ortopedycznego (Archiwum autorów. Wywiad z terapeutą, marzec 2013 r. Sala „Doświadczenia Świata” OREW w Jarosławiu).

7) Grupa Wsparcia – Ośrodek prowadzi cykliczne spotkania dla rodziców, które prowadzone są przez psychologów. Jak sama nazwa zajęć wskazuje, działania mają na celu dzielenie się doświadczeniem w pokonywaniu barier życiowych i trudności wynikających z faktu opieki nad osobą niepełnosprawną. Specjaliści udzielają wsparcia rodzicom związanego z opieką, wychowaniem i edukacją dziecka z wieloraką niepełnosprawnością. Działania te mają na celu także wzmacniać poczucie własnej wartości u rodziców i przezwyciężać bariery psychiczne, fizyczne i społeczne.

Charakter spotkań jest zróżnicowany tematycznie i dostosowywany do aktualnych potrzeb poszczególnych rodziców. Prowadzone są takie bloki tematyczne jak:

- integracja grupy;
- radzenie sobie ze stresem;

- pozytywne myślenie;
- nauka asertywności;
- radzenie sobie z trudnymi zachowaniami dziecka.

Podczas spotkań rodzice mają okazję skorzystania również z:

- kursów komputerowych;
- porad kosmetycznych;
- porad prawnych;
- treningów relaksacyjnych;
- aerobiku;
- warsztatów z zakresu rękodzieła artystycznego (origami, bibułkarstwo).

8) Program „Wykorzystywanie mieszkania treningowego w pracy rewalidacyjno-edukacyjno-wychowawczej” – głównym założeniem realizowanego programu jest wyuczenie u wychowanków takich umiejętności i sprawności, dzięki którym będą mogli samodzielnie funkcjonować w najbliższym środowisku. Działania mają na celu wzmacniać wychowanków w tym, co już potrafią, aby w jak najbardziej możliwym do osiągnięcia stopniu stali się samodzielni. Poprzez podejmowane zadania, program wychodzi naprzeciw potencjalnym możliwościom niepełnosprawnych uczestników zajęć. W mieszkaniu treningowym wychowankowie wykonują prace porządkowe, przygotowują proste posiłki, uczą się obsługi urządzeń wykorzystywanych w pracach domowych (odkurzacz, pralka, lodówka, kuchenka gazowa, kuchenka elektryczna, kuchenka mikrofalowa itp.). Miejscem, w którym realizuje się program, jest mieszkanie treningowe, zlokalizowane na jednym z jarosławskich osiedli, posiadających dobrze rozwiniętą infrastrukturę usługową, handlową, rekreacyjną oraz komunikacyjną.

9) Program „Weekendowa opieka czasowa” – w OREW PSOUU – Koło w Jarosławiu realizowany jest program skierowany do rodziców dzieci i młodzieży z głęboką niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 3. do 25. roku życia. Program ma na celu wsparcie rodziców, zapewnienie im możliwości odpoczynku, odciążenie od obowiązku stałej opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem. Dzięki prowadzonym zajęciom, rodzice zyskują czas na załatwianie pilnych spraw urzędowych, na wyjazdy, odpoczynek i spotkania.

Program również daje szansę na zwiększanie samodzielności i aktywności społecznej dzieci i młodzieży biorącej udział w programie. Dzieci udoskonalają swe umiejętności z zakresu samoobsługi w życiu codziennym, poprawiają swe umiejętności funkcjonowania w grupie. W programie osobom niepełnosprawnym towarzyszą asystenci. Program realizowany jest w dobrze wyposażonym mieszkaniu znajdującym się na jednym z jarosławskich osiedli.

10) Projekt Edukacji Regionalnej „Jarosław – mała ojczyzna”. Celem programu jest edukacja (poznanie) przez wychowanków OREW swego najbliższego środowiska i specyfiki regionu, aktywny udział w życiu społecznym (rodzinnym, środowiskowym, lokalnym). W zakres realizowanych zadań w projekcie wchodzi bloki tematyczne:

- „Już jestem uczniem”;
- „Moja rodzina i mój dom”;
- „Piękno naszego miasta”;
- „Obiekty użyteczności publicznej”;
- „Przyroda w moim mieście”;
- „Obyczaje i tradycje regionu”;
- „Ciekawe miejsca naszego regionu”.

Charakter realizacji wymienionych bloków tematycznych jest otwarty, tzn. odbywa się poprzez organizowane zaplanowane wycieczki dydaktyczno-wychowawcze, których celem jest zdobywanie wiedzy o przyrodzie, działach kultury, życiu ludzi w bliższym i dalszym środowisku. Uczestnicy programu biorą udział w organizowanych konkursach plastycznych przez instytucje samorządowe i jarosławskie szkoły. W ramach realizowanego projektu uczniowie i rodzice przygotowali uroczystość nadania Ośrodkowi prawa do posiadania sztandaru i nadania imienia Krystyny Rataj.

11) Program „Aktywizacja społeczna i zawodowa osób z głębokim upośledzeniem umysłowym”

- program realizowany w OREW ma na celu włączanie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim w aktywność zawodową oraz odkrywanie ich indywidualnego potencjału oraz poprawa wizerunku i akceptacji społecznej. W zajęciach aktywizujących bierze udział dziesięcioro uczniów OREW w wieku 16–25 lat. Charakter i rodzaje podejmowanych zajęć dostosowane są do indywidualnych potrzeb uczniów z uwzględnieniem ich wieku, zainteresowań i predyspozycji.

W ramach zajęć realizowane są takie formy aktywności jak:

- dekoracja toreb ekologicznych metodą przecieranki woskowej;
- niszczenie dokumentów w niszczarce;
- udział w produkcji ekologicznych podpałek do grilla i kominków.

Zajęcia odbywają się w dwuosobowych grupach, w których pracują wraz z uczniami nauczyciele-terapeuci.

12) Uroczystości religijne. Wycieczki i pikniki – OREW umożliwia i wspiera praktyki religijne wychowanków. Są oni przygotowywani przez osoby duchowne i katechetów do przyjęcia sakramentów (Pierwszej Komunii Świętej, spowiedzi, sakramentu Bierzmowania), a także odbywa się katechizacja. Uroczystości odbywają się w Jarosławiu w Bazylice Matki Bolesnej. Dla

wychowanków i rodziców oraz pracowników są to ważne wydarzenia duchowe, które także stanowią dopełnienie procesu edukacji i formacji w placówce.

Ponadto od 10 lat na zakończenie roku szkolnego w Ośrodku realizowany jest Piknik Rodzinny dla uczniów, ich rodzin, członków Stowarzyszenia, uczestników pozostałych placówek Koła.

W pikniku udział biorą także dzieci z osiedla oraz przyjaciele Stowarzyszenia. Każdego roku w okresie wiosenno-letnim organizowane są wycieczki i pielgrzymki dla uczniów i rodziców. Udział biorą także zatrudnieni specjaliści wielu dziedzin: lekarze, terapeuci, psycholodzy, logopedzi, nauczyciele-terapeuci, pielęgniarki, pomoce wychowawcy, terapeuci zajęciowi, kynoterapeuta, pracownik socjalni, duszpasterze oraz pracownicy obsługowo-administracyjni.

INNE FORMY POMOCY RODZINOM Z DZIEĆMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI PROWADZONE W RAMACH PSOUU – KOŁO W JAROSŁAWIU

OWI – Ośrodek Wczesnej Interwencji – jest to działalność prowadzona przez PSOUU Koło w Jarosławiu w Niepublicznej Specjalistycznej Poradni Wczesnego Wspomagania Rozwoju posiadający swoją siedzibę na Osiedlu Kombatanów 17 w Jarosławiu. Działalność Ośrodka skierowana jest do małych dzieci przedwcześnie urodzonych, niepełnosprawnych lub zagrożonych niepełnosprawnością, które potrzebują niezbędnej, specjalistycznej stymulacji rozwoju i specjalistycznych terapii. Ośrodek wychodzi naprzeciw rodzicom dzieci, którzy potrzebują nadziei, wsparcia i wskazówek do właściwej opieki nad dzieckiem i odpowiedniego postępowania wobec niego. Stowarzyszenie obejmuje swą działalnością ponad 300 dzieci (Archiwum PSOUU – Koło w Jarosławiu. Materiały promocyjne i informacyjne: PSOUU).

Środowiskowy Dom Samopomocy – przebywanie w grupie młodych osób poważnie niepełnosprawnych intelektualnie, także ze sprzężonymi niepełnosprawnościami, pozwala na korzystanie przez nich z terapii pod warunkiem otrzymywania wsparcia dostosowanego do ich potrzeb. Są one uczestnikami zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy, który jest prowadzony w Jarosławiu dla 39 osób.

Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ) – uczestniczą w nich dorosłe osoby z niepełnosprawnością intelektualną, które potrzebują dłuższego przygotowania i szkolenia, by móc nabyć umiejętności przydatnych w bardziej samodzielnym życiu i pracy, zostają uczestnikami WTZ. W Jarosławiu Stowarzyszenie prowadzi Warsztat dla 45 uczestników.

Zakłady Aktywności Zawodowej (ZAZ) – PSOUU – Koło w Jarosławiu umożliwia zatrudnienie przy zapewnieniu odpowiednich warunków osób

z niepełnosprawnością intelektualną, które bardzo dobrze sprawdzają się w różnych pracach w wielu dziedzinach. Stowarzyszenie oferuje zatrudnienie w prowadzonych dwóch takich zakładach. Są to ZAZ w Jarosławiu i ZAZ w Oleszycach. Ogółem Stowarzyszenie zatrudnia w tych zakładach 56 osób, które wykonują usługi z zakresu gastronomii, pielęgnacji terenów zielonych, porządkowania grobów, poligrafii, profesjonalnego niszczenia dokumentów, produkcji ekologicznych toreb na zakupy, produkcji ekologicznych podpałek do grilla czy kominka. ZAZ w Jarosławiu prowadzi wspomnianą już kawiarenkę zlokalizowaną na jarosławskiej Starówce.

Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intelktualnie – osoby niepełnosprawne, które chcą się usamodzielniać, zarabiać na swe utrzymanie, otrzymują niezbędną pomoc w Centrum, zanim rozpoczną pracę. W ocenie pracodawców są to bardzo sumienni i dobrze wykonujący swoją pracę ludzie. Stowarzyszenie prowadzi Centra Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intelktualnie w Jarosławiu przy ulicy Jana Pawła II 17 i w Rzeszowie przy ulicy Rejtana 10.

Centrum Informacji Prawnej i Poradnictwa (CIPiP) – celem działalności CIPiP jest pomoc osobom niepełnosprawnym intelektualnie w podejmowaniu samodzielnych decyzji życiowych. Uruchomione przez Koło Centrum prowadzi różnego rodzaju warsztaty, które podnoszą poziom wiedzy niepełnosprawnych oraz ich umiejętności. Centrum świadczy nieodpłatnie usługi prawne dla osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich rodzin. Z poradnictwa i usług Centrum każdego roku korzysta około 100 osób. Ośrodek zlokalizowany jest na terenie Jarosławia przy ulicy Wilsona 6a.

Opieka czasowa – prezentowana już forma pomocy i działalności PSOUU – Koło w Jarosławiu skierowana jest do rodziców, którzy wychowują i opiekują się osobami z głęboko, wielorako niepełnosprawnymi. Bardzo często stają wobec poważnych obciążeń psychicznych i fizycznych. Koło organizuje okresową opiekę, by odciążyć rodziców od codziennych obowiązków i mogli w tym czasie zająć się innymi sprawami. Stowarzyszenie realizuje ową pomoc na terenie Jarosławia oraz Oleszyc w ramach programu „Opieka czasowa”, z którego korzysta 20 rodzin. Program realizowany jest na osiedlu Witosa 18.

Mieszkanie chronione – usytuowane na osiedlu Witosa 1/12, przystosowane jest do prowadzenia przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną maksymalnie niezależnego życia. Osoby te często nie posiadają doświadczeń i dostatecznych umiejętności związanych z codziennym funkcjonowaniem, by mogli podejmować różnego rodzaju aktywności związane z codziennym życiem, Koło przygotowało program treningu mieszkaniowego. Corocznie

regularnie korzysta z tego typu pomocy blisko 50 osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Grupy Dom Rodzinny – Stowarzyszenie prowadzi ośrodek (GDR), by osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogły mieszkać w małych formach mieszkaniowych w celu nabywania umiejętności, jak też realizowania potrzeb i pragnień na miarę swoich możliwości. Są to oddzielne domy, zespoły mieszkań, jak i pojedyncze mieszkania, w których niepełnosprawni przebywają w tzw. warunkach chronionych pod opieką. PSOUU – Koło w Jarosławiu prowadzi pierwszy w regionie Grupy Dom Rodzinny, który zamieszkuje 9 osób, przy ulicy Wilsona 6a.

PLANY NA PRZYSZŁOŚĆ

Plany na przyszłość PSOUU – Koło w Jarosławiu związane są przede wszystkim ze zwiększeniem możliwości w uczestnictwa osób niepełnosprawnych intelektualnie w życiu społecznym. W tym celu planuje się stworzenie większej liczby miejsc pracy, nowych mieszkań treningowych, zwiększenie udziału osób niepełnosprawnych intelektualnie w życiu kulturalnym, oraz stabilizacji finansowej. Planuje się wprowadzić programy mające na celu, by jak najwięcej osób niepełnosprawnych osiągnęło samodzielność ekonomiczną, w tym, aby osoby te nauczyły się korzystać z własnych środków za pomocą tych wszystkich instrumentów co ludzie zdrowi (np. karty płatnicze, możliwość podejmowania decyzji prawnych, kontakty z innymi ludźmi itp.). Zarząd Koła zdecydowany jest również prowadzić akcję edukacyjną dla całego społeczeństwa, by zmniejszyć, a w konsekwencji zlikwidować postawy bierności społecznej. Poprzez realizację programów integracyjnych, akcji społecznych, informacyjnych planuje się zwiększać zainteresowanie życiem społecznym, politycznym i kulturalnym zarówno niepełnosprawnych, ich rodzin, jak i pozostałej części społeczeństwa. Zapobieganie to zjawisku wykluczenia społecznego, które najwyraźniej uwidacznia się w braku akceptacji i niewłączaniu się w zwykłe przejawy życia społeczności lokalnej.

We współpracy z samorządem lokalnym, Zarząd Koła planuje prowadzenie działań mających na celu likwidację ciągle istniejących barier społecznych w powiecie jarosławskim i powiatach ościennych, do których zaliczyć można:

- niewłaściwy stosunek otoczenia do osób z niepełnosprawnością intelektualną,
- trudności w dostępie do systemu edukacji, rehabilitacji i pomocy dla osób z niepełnosprawnością, w tym z niepełnosprawnością intelektualną,

- czynniki te mogą ułatwiać (gdy są uwzględniane) lub ograniczać czy nawet uniemożliwiać funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w życiu osobistym, zawodowym i społecznym.

W chwili obecnej Zarząd Koła planuje dalsze działania związane z wykorzystaniem możliwości, jakie daje funkcjonowanie poszczególnych podmiotów w ramach ekonomii społecznej rozumianej jako sfera aktywności obywatelskiej, która poprzez działalność ekonomiczną i działalność pożytku publicznego służy: integracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych społeczną marginalizacją, do których z pewnością można zaliczyć osoby niepełnosprawne intelektualnie. Dzięki ekonomii społecznej możliwe jest tworzenie nowych miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych oraz zwiększenie zakresu usług społecznych, które w ramach poszczególnych sekcji PSOUU w Jarosławiu mogą być przez te osoby realizowane.

ZAKOŃCZENIE

Uczestnictwo rodziców i opiekunów w działalności stowarzyszenia jest istotnym elementem ich funkcjonowania z dzieckiem niepełnosprawnym. Stowarzyszenie pobudza rodziców do „brania spraw we własne ręce” przyczyniają się do pogłębiania wiedzy, doskonalenia swoich umiejętności niezbędnych do opieki i stymulowania rozwoju dziecka niepełnosprawnego. Stowarzyszenie dostarcza fachowej wiedzy i rzetelnych informacji związanych z praktycznymi rozwiązaniami oraz pomocy w sytuacji, kiedy to rodzice muszą sprostać wymaganiom jakie niesie ze sobą sytuacja, gdy w rodzinie pojawia się dziecko upośledzone umysłowo. Rodzice nie chcą ponosić wyłącznej odpowiedzialności za efekty rehabilitacji. To specjaliści pracujący w instytucjach takich jak PSOUU powinni czuć się zobowiązani do wykonywania pracy terapeutycznej i wspierać wysiłki rodziców w wypracowaniu właściwych relacji z niepełnosprawnym dzieckiem. Im dłuższy czas takiej współpracy z rodzicami, tym członkowie rodziny w większym stopniu stają się ekspertami w kwestiach niepełnosprawności. Rodzina oczekuje od instytucji, aby ta koordynowała proces pomocowy chociażby po to aby nie zgubić się w gąszczu informacji oraz metod terapeutycznych (Kielin 2002).

Bardzo silna jest również potrzeba kontaktu z innymi osobami, które również na co dzień zmagają się z podobnymi problemami funkcjonowania z dziećmi niepełnosprawnymi. Może to mieć miejsce poprzez uczestnictwo w grupach wsparcia oraz poprzez uczestnictwo w zajęciach grupowych. Dzięki działalności instytucji takich jak PSOUU możliwe jest również odciążenie w codziennych obowiązkach, rehabilitacji czy nawet spędzaniu wolne-

go czasu rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, co przeciwdziała negatywnemu zjawisku wypalenia rodzicielskiego, a niejednokrotnie także rozpadowi rodziny.

BIBLIOGRAFIA

- Film promocyjny PSOUU – Koło w Jarosławiu (2012), OREW.
Kielin J. (2002), *Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego*, Gdańsk.
Materiały promocyjne i informacyjne: Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.
Materiały ze spotkania promocyjnego OREW PSOUU – Koło w Jarosławiu, Jarosław 18 marca 2013.
Notatki z uroczystości nadania OREW PSOUU – Koło w Jarosławiu imienia Krystyny Rataj, Jarosław 5 listopada 2009 r.
Raport z działalności OREW za rok 2012, Biuletyn wewnętrzny (niepublikowany).
Twardowski A. (2002), *Kształcenie dialogowej kompetencji komunikacyjnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie*, Kalisz–Poznań.
Wywiad z terapeutą, marzec 2013 r., Sala „Doświadczenie Świata”, OREW w Jarosławiu.

THE MAIN FORMS OF ASSISTANCE TO FAMILIES WITH CHILDREN WITH MENTALLY DISABLED – THE EXAMPLES OF POLISH ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES – REGIONAL CIRCLE – JAROSŁAW

Summary

The article presents issues related to the functioning of non-governmental institution and their working to support the families with children with intellectual disabilities. Presented forms of aid, which can get a family with a child mentally handicapped in terms of necessary knowledge, rehabilitation and prevention of threats that apply to families with mentally disabled children. These issues were discussed on the main examples of Polish Association on Intellectual and Developmental Disabilities – Regional Circle – Jarosław.

Keywords: intellectual disability, family, non-governmental organizations

KINGA TUREK

DZIAŁALNOŚĆ KOŁA PSOUU W MYŚLENICACH, JAKO STOWARZYSZENIA OFERUJĄCEGO POMOC I WSPARCIE OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM INTELEKTUALNIE ORAZ ICH RODZINOM

WSTĘP

Helena Radlińska, twórczyni polskiej szkoły pedagogiki społecznej, zwracała uwagę na rolę i znaczenie zrzeszeń, instytucji i grup społecznych. Wprowadziła termin „sił społecznych”, które zdefiniowała jako: „zespół określonych czynników i wartości funkcjonujących w środowisku, w postaci jednostkowych lub zbiorowych, jawnych lub ukrytych uzdolnień wyrażających się w pozytywnym działaniu” (Radlińska 1961: 33). Siły jednostek mają duże możliwości i wartości indywidualnych osób. Poprzez zorganizowane działanie mogą przeobrazić się w siły aktywizujące środowisko. Istotna jest aktywizacja i rozwój społeczności lokalnej (Olubiński 2001). Wszelkie zmiany w społecznościach możliwe są tylko wówczas, gdy inicjowane są przede wszystkim przez samą społeczność zamieszkującą dany obszar. Istotnym elementem funkcjonowania środowiska lokalnego jest tzw. wsparcie społeczne. Są to wszelkie działania podejmowane w celu rozwiązania trudnej sytuacji drugiego człowieka. Wśród zasadniczych reguł aktywizacji sił społecznych należy wyróżnić między innymi: „1) Szacunek dla wartości każdej osoby oraz tworzenie warunków i możliwości dla realizacji jej rozwojowego potencjału. (...) 8) Przyjęcie zasady pełnej akceptacji, szacunku, godności oraz ważności dla osoby podopiecznego (...)” (Olubiński 2001: 177–184). Tak pojmowane założenia wzmacniania sił w pracy socjalnej dają duże możliwości działań organizacjom pozarządowym, jakim są stowarzyszenia.

STOWARZYSZENIE JAKO ORGANIZACJA POZARZĄDOWA

Prawo polskie mówi o dwóch głównych formach organizacji pozarządowych. Należą do nich stowarzyszenia oraz fundacje. Podstawowym rodzajem działalności organizacji trzeciego sektora (instytucji pozarządowych) jest

działalność statutowa, a więc wszelka zgodna z prawem aktywność, której celem nie jest zysk. Działalność statutowa prowadzona jest w oparciu o statut danej jednostki, w którym określone są cele działalności oraz sposoby ich realizacji. Organizacjami non-profit najczęściej są stowarzyszenia (Goś-Wójcicka 2014). Zgodnie z obowiązującym prawem stowarzyszenia, to „dobrowolne, samorządne, trwałe zrzeszenia ludzi, którzy zamierzają realizować wspólnym wysiłkiem cele o charakterze niezarobkowym. Mają one prawo wypowiadać się w sprawach publicznych i mogą prowadzić działalność gospodarczą na zasadach ogólnych, z tym jednak, że uzyskiwane dochody powinny być przeznaczane wyłącznie na finansowanie zadań statutowych, co automatycznie wyklucza podział zysku między członków stowarzyszenia” (Porowski 1995: 463).

Przepisy prawa odnośnie do stowarzyszeń – regulacje prawne dotyczące stowarzyszeń są zawarte w ustawie z 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej oraz w ustawie Prawo o stowarzyszeniach (odnosi się do wymagań formalnych, procedury zakładania i rejestracji stowarzyszeń oraz zasad nadzoru nad ich działalnością) (Wawrzyński 1997).

- **wewnętrzne organy** – organami obligatoryjnymi są: walne zgromadzenie członków, organ kontroli (Komisja Rewizyjna), zarząd. Do organów fakultatywnych należy powołanie i nazwa uzależniona od statutu stowarzyszenia (Wawrzyński 1997).
- **cechy stowarzyszeń** – stowarzyszenia charakteryzuje działalność ochotnicza. Służą pomnażaniu wartości niematerialnych i rozwojowi społecznie ukierunkowanej aktywności. Są organizacjami non-profit.
- **źródło finansowania** – stowarzyszenia działają na podstawie składek członkowskich i/lub darowizn, spadków, zapisów, dochodów z własnej działalności gospodarczej, dochodów z majątku stowarzyszenia, publicznej darowizny, zapisów, subwencji, dotacji. Dochód uzyskany z działalności gospodarczej nie może być przeznaczony do podziału pomiędzy członków stowarzyszenia (Wawrzyński 1997).

POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z UPOŚLEDZENIEM UMYŚLOWYM (PSOUU)

W roku 1963 państwo Ewa i Roman Garliccy z Warszawy wywołali debatę publiczną na temat dzieci niepełnosprawnych intelektualnie pozbawionych edukacji. Efektem ich działań było utworzenie w ramach Towarzystwa Przyjaciół Dzieci specjalistycznej struktury pod nazwą Komitet i Koła Pomocy Dzieciom Specjalnej Troski. W 1970 r. Komitet został członkiem Między-

narodowej Ligi Stowarzyszeń na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym (ILSMH). W 1991 roku Komitet i Koła oddzieliły się od TPD rejestrując w sądzie pozarządową, samopomocową, niedochodową organizację o nazwie Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym (<http://www.psouu.org.pl/historia>). Obecnie w Polsce na rzecz dzieci niepełnosprawnych działają różne organizacje pozarządowe. Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym jest największą organizacją na rzecz dzieci, a także dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Cechy PSOUU

Jest organizacją samopomocową, niedochodową. Skupia głównie rodziców, czyli osoby, które doświadczają w życiu podobnych trudności poprzez wymianę doświadczeń, wsparcie emocjonalne, wzajemną pomoc i wspólne działanie (Abramowska 2009).

Cel działalności PSOUU

Stowarzyszenie dba o wszechstronny rozwój osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz udziela pomocy ich rodzinom w trudnych chwilach życia. Pamięta o godności ludzkiej osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz wsparciu ich rodzin (Abramowska 2009).

Działalność PSOUU

Stowarzyszenie prowadzi: „Ośrodki Wczesnej Interwencji dla dzieci w wieku 0–7 lat i ich rodzin; Ośrodki Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawcze dla dzieci z głębokim upośledzeniem umysłowym oraz ze sprzężonymi niepełnosprawnościami i chorobami (wielorako niepełnosprawne), umożliwiające łączenie rehabilitacji ze spełnianiem obowiązku szkolnego; Środowiskowe Domy Samopomocy oraz inne formy organizacyjne rehabilitacji i wspierania rozwoju, zwłaszcza społecznego; Warsztaty Terapii Zajęciowej; chronione mieszkania grupowe; Centra Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intellektualnie; wspomaganie self-advokatów, rzeczników własnych praw; edukację ustawiczną; organizację spędzania wolnego czasu (między innymi: kluby, zespoły artystyczne, sportowe, turystyczne); indywidualne wspieranie w niezależnym życiu (świadczanie usług między innymi asysty osobistej dla dzieci i dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie w procesie włączania ich w tok form aktywności dostępnych wszystkim ludziom w danym wieku); wspieranie i pomoc rodzinom (grupy spotkaniowe, informacja, poradnictwo, podnoszenie kompetencji rodzicielskich, krótkotrwałe zastępowanie w opiece, transport do placówek itp.) oraz pomoc w przyjmowaniu aktywnej postawy we własnej sprawie

i w niesieniu pomocy innym, którzy znaleźli się w podobnej sytuacji; działalność wydawnicza, między innymi wydaje kwartalnik »Społeczeństwo dla Wszystkich« (Abramowska 2009: 40).

Współpraca PSOUU

Stowarzyszenie jest aktywne w tworzeniu nowego prawa. Umacnia organizacje pozarządowe, do których samo należy. Dąży do pozytywnego nastawienia ogółu społeczeństwa w stosunku do osób z niepełnosprawnością intelektualną, w zmienianiu wobec nich wizerunku oraz postaw społecznych. Włącza osoby niepełnosprawne intelektualnie w życie społeczne, w kształceniu kadr profesjonalnych. Bierze udział w popularyzowaniu wyników badań naukowych i doświadczeń innych krajów na temat niepełnosprawności intelektualnej (Abramowska 2009).

Profesjonalna pomoc

PSOUU działa ponad 50 lat, ma ponad 13 tys. członków w 130 kołach terenowych w całej Polsce. Prowadzi ponad 320 różnych placówek. W ośrodkach obowiązują wysokie standardy pracy: wykwalifikowana kadra pracująca z zastosowaniem nowoczesnych metod, specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny i edukacyjny. Stowarzyszenie jest otwarte dla wszystkich: rodziców dzieci niepełnosprawnych, dla rodzin dorosłych osób niepełnosprawnych oraz przyjaciół. Działa dla osób niepełnosprawnych, jak również z nimi. Bierze udział w lokalnym życiu kulturalnym, gospodarczym i społecznym. Organizuje imprezy integracyjne (Abramowska 2009).

PSOUU – KOŁO W MYŚLENICACH

W dniu 6 sierpnia 2006 r. odbyło się pierwsze spotkanie grupy inicjatywnej rodziców dzieci niepełnosprawnych, z poszczególnych gmin powiatu myślenickiego. Celem spotkania było założenie Koła Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym w Myślenicach i złożenie odpowiednich dokumentów do Zarządu Głównego PSOUU w Warszawie. Celem rodziców było zapewnienie swoim dzieciom możliwości nauki i rehabilitacji, które umożliwiałyby im osiągnięcie pewnej samodzielności w życiu.

W dniu 27 września 2003 r. Zarząd Główny w Warszawie dokonał rejestracji Koła Terenowego w Myślenicach. Prezydium Zarządu Głównego uchwałą nr 33 powołało Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koła w Myślenicach. Przewodniczącym Stowarzyszenia została Krystyna

Szenfeld, która tę funkcję sprawowała do 2010 r. Następnie stanowisko to objął Paweł Karniowski, który piastuje ten urząd do dziś.

Działalność rodziców Koła PSOUU w Myślenicach skupiła się na rehabilitacji i edukacji dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Z pomocą przyszłej dyrektor Teresy Chłosty, rodzice ci założyli OREW, a następnie WWR oraz OW.

OŚRODEK REHABILITACYJNO-EDUKACYJNO-WYCHOWAWCZY (OREW)

W dniu 14 listopada 2003 r. w starostwie powiatowym została dokonana rejestracja Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego, który wpisano do ewidencji szkół niepublicznych. 1 stycznia 2004 r. OREW rozpoczął działalność. 18 rodziców podpisało porozumienia o przekazaniu dziecka do Ośrodka, w którym kontynuowana jest jego edukacja zgodnie z możliwościami psychofizycznymi, wielopłaszczyznową terapią i rehabilitacją.

Dyrektorem OREW – o czym już wspomniano – została Teresa Chłosta, która pełni tę funkcję do chwili obecnej. W 2004 r. siedziba Ośrodka znajdowała się w wynajętym budynku na os. 1000-lecia 18A. 17 lutego 2007 r. Zarząd Główny wyraził zgodę na wystąpienie przez Zarząd Koła PSOUU w Myślenicach do Sądu Rejestrowego z wnioskiem o wpisanie Koła do rejestru Stowarzyszeń. 17 maja 2007 r. Koło PSOUU otrzymało osobowość prawną KRS 0000280606, a 29 listopada 2007 r. otrzymało status organizacji pożytku publicznego.

W dniu 14 grudnia 2007 r. został otworzony oddział Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego w Skomielnej Czarnej.

We wrześniu 2011 r. rozpoczęto na ul. Zdrojowej 119 w Myślenicach budowę większego i nowoczesnego budynku dla dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. 7 grudnia 2013 r. dokonano uroczystego otwarcia budynku, który służy dzieciom niepełnosprawnym i ich rodzicom po dziś dzień.

Akty prawne regulujące OREW

- 1) ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 1943) i wydane na jej podstawie akty wykonawcze;
- 2) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 882) i wydane na jej podstawie akty wykonawcze;
- 3) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793);
- 4) statut Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym oraz innych aktów wewnętrznych, który został zatwierdzony w 2010 r.

Warunki przyjęcia

Dzieci przyjmowane są do OREW-u na podstawie:

- 1) orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym ze sprzężonymi niepełnosprawnościami i chorobami;
- 2) orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych;
- 3) orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego wydanego dziecku w wieku przedszkolnym lub w wieku 6 lat;
- 4) opinii Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju;
- 5) skierowania od lekarza, które jest wymagane w przypadku korzystania ze świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej – skierowanie od lekarza specjalisty, np. neurologa lub lekarza pediatry.

Dzieci przyjmowane są na podstawie pisemnej woli rodziców. W przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki, konieczna jest zgoda dyrektora szkoły macierzystej, w rejonie której dziecko mieszka (o zgodę występują rodzice) (<http://psouumyslenice.pl>).

Zespół OREW

W 2004 r. podjęło pracę w Ośrodku siedmiu specjalistów, w tym: psycholog, logopeda, oligofrenopeda, rehabilitant oraz trzech terapeutów zajęciowych.

W roku 2016 w OREW pracowało 55 specjalistów, w tym:

1. 8 rehabilitantów;
2. 5 psychologów;
3. 5 logopedów, w tym 2 neurologopedów;
4. 29 nauczycieli posiadających specjalizacje w zakresie pedagogiki specjalnej: oligofrenopedagoga, w tym tyflopeda i surdopeda;
5. 8 terapeutów zajęciowych.

Pozostałe osoby to:

1. 1 pielęgniarka;
2. 1 lekarz rehabilitacji;
3. 26 pomocy nauczyciela/opiekunowie;
4. 15 innych pracowników (księgowość, kierowcy, pracownicy biurowi, sprzątaczką, kucharki).

Do zadań specjalistów pracujących w OREW należy opracowywanie IPET, czyli Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego dla każdego dziecka.

Wychowankowie OREW

W OREW-ie każde z dzieci objęte jest Indywidualnym Programem Edukacyjno-Terapeutycznym, wedle którego uczestniczy w zajęciach edukacyjnych oraz specjalistycznych z zakresu: rehabilitacji i fizjoterapii, psychologii, logopedii, kynoterapii, hipoterapii, terapii zajęciowej. Wszyscy podopieczni uczestniczą w terapii zajęciowej z zakresu: samoobsługi oraz arteterapii. Podopieczni korzystają z bezpłatnych konsultacji rehabilitacyjnych. Nad bezpieczeństwem dzieci czuwa wykwalifikowana, w zakresie pierwszej pomocy, pielęgniarka oraz zespół terapeutyczny (<http://psouumyslenice.pl>).

Z roku na rok wzrasta liczba wychowanków uczęszczających do OREW (tabela 1).

Tabela 1. Liczba wychowanków uczęszczających do OREW

Rok szkolny	Liczba wychowanków
2004/2005	18
2005/2006	33
2006/2007	41
2007/2008	50
2008/2009	62
2009/2010	85
2010/2011	79
2011/2012	83
2012/2013	88
2013/2014	81
2014/2015	92
2015/2016	93

Źródło: <http://psouumyslenice.pl>.

Podziału wychowanków można dokonać ze względu na stopień niepełnosprawności intelektualnej (tabela 2). W 2016 r. przedstawiał się on następująco:

Tabela 2. Podział wychowanków ze względu na stopień niepełnosprawności intelektualnej

Stopień niepełnosprawności intelektualnej	Liczba wychowanków (suma 93)
Umiarkowane ze sprzężeniami	27
Znaczne ze sprzężeniami	24
Głębokie ze sprzężeniami	42

Źródło: <http://psouumyslenice.pl>.

Obszary działań OREW

Misją Ośrodka jest dążenie do wszechstronnego rozwoju ucznia i podopiecznego niepełnosprawnego intelektualnie oraz przygotowanie go do życia w społeczeństwie. Podstawowym celem Ośrodka jest kompleksowa i wielodyscyplinarna pomoc: rehabilitacyjna, medyczna, edukacyjna, terapeutyczna, psychologiczna i logopedyczna. Umożliwia ona „poprawę rozwoju psychoruchowego i społecznego wychowanków; poprawę ogólnego stanu zdrowia i sprawności oraz umiejętności funkcjonowania w życiu codziennym lub zapobieganie pogarszania się stanu zdrowia; [...] rozwoju umiejętności współżycia w grupie; pomoc w stawaniu się członkiem społeczności lokalnej” (<http://psouumyslenice.pl>). Współpraca z rodziną dzieci i młodzieży będącej podopiecznymi ośrodka jest niezwykle ważna. Ma ona na celu zapewnienie rodzicom pomocy i wsparcia w rozwiązywaniu codziennych problemów, radzenia sobie w trudnych sytuacjach, uczestniczeniu w procesie terapeutycznym, poprawę rozumienia i zaspokajania przez rodziców potrzeb rozwojowych dziecka.

ODDZIAŁ WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU (WWR)

W dniu 7 marca 2006 r., na wniosek dyrektora OREW, utworzone zostały oddziały Wczesnego Wspomagania Rozwoju. Ośrodek miał możliwość realizacji wskazań zawartych w opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

Akty prawne regulujące WWR

Wczesne Wspomaganie Rozwoju działa na podstawie programu rządowego „Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie”, który został zarekomendowany przez MEN 21 listopada 2006 r. (<https://archiwum.men.gov.pl>). Aktem prawnym regulującym WWR jest wspomniane rozporządzenie MEN z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz.U. z 2013 r., poz. 1257). 14 grudnia 2007 r. został utworzony oddział Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Skomielnej Czarnej.

Warunki przyjęcia

Niezbędnym dokumentem kwalifikującym dziecko do zajęć WWR jest opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Dodatkowym dokumentem, wydawanym przez komisję lekarską, jest orzeczenie o niepełnosprawności dziecka. Oprócz po-

wyższych, skierowanie od lekarza specjalisty, np.: neurologa, lekarza rehabilitacji (<http://psouumyslenice.pl>).

Zespół Wczesnego Wspomagania Rozwoju

Zespół Wczesnego Wspomagania Rozwoju został powołany przez dyrektora ośrodka. W skład zespołu wchodziły osoby posiadające przygotowanie do pracy z małymi dziećmi o zaburzonym rozwoju psychoruchowym. W 2006 r. byli to: oligofrenopedagog, psycholog, logopeda, rehabilitant. Z czasem wzrosła liczba dzieci w Ośrodku, przez co zespół specjalistów również się poszerzył. Obecnie należą do niego: lekarz rehabilitacji, pielęgniarka, 2 psychologów, 2 neurologopedów, 4 pedagogów specjalnych, w tym: 2 oligofrenopedagogów, surdopedagog, tyflop pedagog, 2 fizjoterapeutów, dogoterapeuta, hipoterapeuta, 3 terapeutów Biofeedback, psychoterapeuta. Do zadań zespołu WWR należy opracowanie na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka kierunków i harmonogramu działań w stosunku do dziecka i jego rodziny w zakresie wczesnego wspomagania. Zapewnienie dziecku rehabilitacji, terapii lub innych form pomocy, stosownie do jego potrzeb. Opracowanie i realizowanie z dzieckiem i jego rodziną indywidualnego programu wczesnego wspomagania, z uwzględnieniem działań wspomagających rodzinę dziecka w zakresie realizacji programu, koordynowania działań specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem oraz oceniania postępów dziecka. Analizowanie skuteczności pomocy udzielanej dziecku i jego rodzinie, wprowadzanie zmian w indywidualnym programie wczesnego wspomagania, stosownie do potrzeb dziecka i jego rodziny. Planowanie kolejnych działań w zakresie wczesnego wspomagania (Waszkielewicz 2009).

Dzieci Wczesnego Wspomagania Rozwoju

Pierwsza grupa rozpoczynająca w 2006 r. zajęcia wczesnego wspomagania liczyła 8 podopiecznych. W roku 2016 było ich 90 i stale przybywało. Wśród dzieci, które uczęszczają na zajęcia WWR w Myślenicach, można wskazać na liczną grupę maluchów z zaburzeniami rozwojowymi. Należą do nich między innymi: wcześniaki, dzieci upośledzone umysłowo, niedosłyszające, niedowidzące, autystyczne, ze sprzężoną niepełnosprawnością, z brakiem lub opóźnionym rozwojem mowy, z niedokształceniem mowy o typie afazji, z różnorodnymi zaburzeniami w rozwoju motorycznym, z wadami rozwojowymi i nieprawidłowościami anatomicznymi (np.: rozszczep podniebienia), dysfunkcjami oddychania, ssania, połykania i żucia; z wadami genetycznymi (np.: Zespół Downa) (Turek 2015).

Liczba dzieci uczęszczających na WWR z roku na rok powiększa się, co obrazuje tabela 3:

Tabela 3. Liczba dzieci uczęszczających na WWR

Rok szkolny	Liczba wychowanków
2006/2007	8
2007/2008	13
2008/2009	37
2009/2010	31
2010/2011	70
2011/2012	62
2012/2013	75
2013/2014	72
2014/2015	80
2015/2016	90

Źródło: <http://psouumyslenice.pl>.

Obszary działań Wczesnego Wspomagania Rozwoju

Wczesne Wspomaganie Rozwoju obejmuje całą rodzinę dziecka oraz najbliższe środowisko. Praca z dzieckiem dotyczy: usprawniania, nauczania, wspierania, wychowania. Praca z rodzicami dotyczy: pozyskiwania informacji, wspierania, współpracy, informowania o postępach dziecka i metodach pracy w domu. Praca ze środowiskiem dotyczy: współpracy z pionem medycznym, współpracy z Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną, działalności informacyjnej.

ODDZIAŁ WSPARCIA DLA DOROSŁYCH (OW)

W dniu 1 września 2010 r. Zarząd Koła PSOUU w Myślenicach powołał Oddział Wsparcia, który przeznaczony jest dla podopiecznych, mających ukończone 25 lat. Oddział Wsparcia dla Dorosłych jest placówką wsparcia dziennego dla osób dorosłych z upośledzeniem umysłowym. Uczestnikami zajęć są osoby dorosłe, które ze względu na poziom niepełnosprawności nie mogą uczestniczyć w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej. Udział w zajęciach jest bezpłatny (<http://psouumyslenice.pl>).

Akty prawne regulujące OW

Regulamin Oddziału Wsparcia opiera się na:

- 1) ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 930);
- 2) ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 882) i wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych;

- 3) ustawie z dnia 22 września 2005 r. o specjalistycznych usługach opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r., nr 189, poz. 1598 ze zm.);
- 4) statucie Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym oraz innych aktów wewnętrznych, który został zatwierdzony w 2010 r.

Warunki przyjęcia

Osoby dorosłe przyjmowane są do Oddziału na podstawie pisemnego podania ich rodziców. Konieczne jest przedłożenie orzeczenia o niepełnosprawności oraz zaświadczenia lekarskiego.

Zespół OW

W 2010 r. pracę podjęło 6 specjalistów. Wśród nich byli: psycholog, logopeda, 2 terapeutów, rehabilitant i opiekun osoby niepełnosprawnej. Obecnie w oddziale zatrudnionych jest 8 osób. Zespół powiększył się o 2 terapeutów. Do zadań zespołu należy opracowanie i realizowanie Indywidualnego Planu Działania dla każdej osoby dorosłej, przebywającej w Oddziale.

Podopieczni OW

Liczba podopiecznych przyjętych w 2010 r. na Oddział wynosiła 12 osób. Obecnie liczba osób dorosłych przyjętych w ramach projektu PFRON wynosi 17. Wszyscy podopieczni mają orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym. Do schorzeń współistniejących z upośledzeniem umysłowym należą między innymi: mózgowie porażenie dziecięce, małogłowie, zespoły genetyczne, padaczka, niedowłady kończyn, skoliozy, wady wzroku (<http://psouumyslenice.pl>). Oprócz osób przebywających na co dzień w Oddziale, przebywają też tzw. klubowicze. Są to osoby, które korzystają okazjonalnie z zajęć w Oddziale, poza projektem PFRON-u.

Obszary działań OW

Głównym celem działań rehabilitacyjnych dla tego Oddziału jest rozwijanie i podtrzymanie posiadanych umiejętności uczestników zajęć, rozwijanie i podtrzymywanie samodzielności w miarę posiadanych możliwości podopiecznego, diagnozowanie potrzeb sfery ruchowej, zapobieganie pogłębianiu się dysfunkcji narządu ruchu, usprawnianie fizyczne, psychiczne oraz społeczne osób niepełnosprawnych. W Oddziale Wsparcia dorosłe osoby niepełnosprawne mogą uczestniczyć w terapii zajęciowej, zajęciach rehabilitacyjnych, wsparciu psychologicznym i logopedycznym. Ważnym aspektem pracy w Oddziale Wsparcia dla Dorosłych jest współpraca z rodzinami podopiecznych. Działania Oddziału dotyczą także współpracy ze środowiskiem lokalnym, poprzez: działania wolontariuszy, współpracę ze szkołami, instytucjami i urzędami (<http://psouumyslenice.pl>).

PODSUMOWANIE

Koło PSOUU w Myślenicach jest stowarzyszeniem prężnie rozwijającym się. Posiada nowoczesny budynek, dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych, odpowiednie zaplecze rehabilitacyjne i edukacyjne. Zatrudnia wykwalifikowaną kadrę, która stosuje nowoczesne metody. Udziela pomocy i wsparcia osobom niepełnosprawnym oraz ich rodzinom w zakresie wszechstronnego rozwoju ucznia i podopiecznego niepełnosprawnego intelektualnie oraz przygotowuje go do życia w społeczeństwie. Działania te możliwe są dzięki właściwej współpracy rodziców, przewodniczącego OREW oraz dyrektora OREW ze środowiskiem lokalnym oraz władzami samorządowymi. Dzięki temu ośrodek może realizować działania zgodnie z wytycznymi MEN oraz NFZ. W efekcie swoją działalność skupia na niesieniu pomocy i wsparcia osobom tego potrzebującym.

W XXI w. nikogo już nie dziwi fakt, iż w społeczeństwie, obok jednostek pełnosprawnych, jest wiele osób niepełnosprawnych. Są oni pełnoprawnymi uczestnikami życia społecznego. PSOUU na wielu płaszczyznach życia społecznego stara się wspierać rodziny, mające dzieci niepełnosprawne. Pomaga tym rodzinom w uporaniu się z trudnymi sytuacjami dnia codziennego, w odnalezieniu na nowo swojego miejsca i szczęścia na Ziemi. Dzięki możliwościom medialnym i technicznym dociera do wielu rodzin, które tej pomocy potrzebują, jednakże z tej pomocy nadal wiele rodzin nie korzysta.

Należy zadać sobie pytanie: Dlaczego? Czy wynika to z niewiedzy danej rodziny, czy z braku ufności do innych osób, specjalistów. A może po prostu tak po ludzku wstydzą się oni posiadania w swojej rodzinie osoby niepełnosprawnej. W efekcie izolują ją od reszty społeczeństwa nie dając jej szansy na zaistnienie, rozwój i na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym. Sądzę, że każdy z nas, bacznych obserwatorów własnego społeczeństwa lokalnego, mógłby wskazać taką rodzinę.

Jak podaje PSOUU, w Polsce działają 64 ośrodki zwane OREW, które funkcjonują dzięki kołom terenowym (<http://www.psouu.org.pl>). OREW-y docierają do wielu rodzin niosąc im pomoc i wsparcie. Każdy z tych ośrodków stara się w własnym zakresie propagować misję, cele i zadania ośrodka. Koło PSOUU w Myślenicach w swej działalności stara się dotrzeć do wielu rodzin poprzez media – posiadanie i aktualizowanie strony internetowej <http://psouumyslenice.pl/>, wydawanie gazetki „Kamyczek”, broszurek informacyjnych, także organizowanie w dniu 5 maja na rynku w Myślenicach corocznych obchodów Dnia Godności Osoby z Niepełnosprawnością Intelektualną. Codzienna praca Zarządu Ośrodka, jak i jego pracowników także

powinna być potwierdzeniem i dowodem na właściwe tworzenie warunków do nauki dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. Czas pokaże, czy to wystarczy. Jak wiele jeszcze rodzin osób niepełnosprawnych zgłosi się do ośrodka, aby aktywnie uczestniczyć w życiu społeczności lokalnej, korzystać z oferty Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego? Miejmy nadzieję, że pomoc ta dotrze na czas do każdej rodziny i ich członków, którzy jej naprawdę potrzebują.

BIBLIOGRAFIA

- Abramowska B.E., red. (2009), *Twoje dziecko jest inne. Informacje i porady praktyczne dla rodziców i dzieci zagrożonych niepełnosprawnością bądź dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 0–7 lat*, Warszawa.
- <https://archiwum.men.gov.pl> [30.01.2016].
- Goś-Wójcicka K., red. (2014), *Trzeci sektor w Polsce. Stowarzyszenia, fundacje, społeczne podmioty wyznaniowe, organizacje samorządu zawodowego, gospodarczego i pracodawców w 2012 r.*, Warszawa.
- Olubiński A. (2001), *Zasady aktywizacji sił społecznych w pracy socjalno-wychowawczej* [w:] S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*, Toruń.
- Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, <http://psouu.org.pl/historia> [15.04.2016].
- Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym. Koło w Myślenicach, <http://psouumyslenice.pl/> [01.03.2016].
- Porowski M. (1995), *Organizacje pozarządowe w instytucjonalnej strukturze państwa* [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna*, Warszawa.
- Radlińska H. (1961), *Pedagogika społeczna*. Wstęp A. Kamiński, Wrocław–Warszawa–Kraków.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz.U. z 2013 r., poz. 1257).
- Statut Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym oraz innych aktów wewnętrznych – zatwierdzony w 2010 r., [http://psouumyslenice.pl.](http://psouumyslenice.pl/), [30.01.2016].
- Turek K. (2015), *Teczka pracy logopedy. Wczesna interwencja i wczesne wspomaganie rozwoju w logopedii*, Poznań.
- Ustawa z dnia 22 września 2005 r. o specjalistycznych usługach opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r., nr 189, poz. 1598 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 930).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 882).
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 1943).
- Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej (Dz.U. z 1989 r., nr 41, poz. 324 ze zm.).
- Waszkielewicz A.M. (2009), *Wczesne wspomaganie. System edukacji*, Kraków.
- Wawrzyński M. (1997), *Fundacje w Polsce*, Warszawa.

ACTIVITY OF PSOUU (POLISH ASSOCIATION FOR PEOPLE WITH
MENTAL RETARDATION) IN MYŚLENICE AS AN ORGANIZATION
PROVIDING INTELLECTUALLY DISABLED PEOPLE
AND THEIR FAMILIES WITH HELP AND SUPPORT

Summary

The first part of the article consists of a short introduction into the subject of social power in social work and includes the following questions: 1. Association as a non-governmental organization; 2. Polish Association for People with Mental Retardation.

The second part of the article regards the activity of the Polish Association for People with Mental Retardation in Myślenice and involves the following questions: 1. The Rehabilitation and Educational Care Centre; 2. The department of Early Childhood Development Support; 3. The department of Adult Support.

Keywords: Polish Association for People with Mental Retardation, The Rehabilitation and Educational Care Centre, Early Childhood Development Support, The Department of Adult Support, mental disability

MÁRIA DÁVIDEKOVÁ

SOCIAL ASSISTANCE TO FAMILIES WITH MENTALLY DISABLED CHILDREN

INTRODUCTION

Our society provides social care and assistance to the handicapped members and allow them their physical and mental development through social services and compensations for their disabilities, and thus allow them quality life. The extent of care should be provided to such an extent that the disabled and his family are happy. The family with a mentally disabled child should not remain in isolation, and it should not feel lonely with its problems. Varied forms of provided social assistance, social services and social service facilities enable them to solve their everyday problems with the child.

1. CHILD WITH INTELLECTUAL DISABILITIES AND FAMILY

It is natural that all the parents want to have healthy, normal, almost “perfect” children. Many parents have a pre-conceived ideas about how their child should look like, what their child should become in the future, and this all often happens even before the child is born. Especially those parents, whose ambitions were somehow frustrated, consciously or unconsciously wish that at least their children meet their expectations. The important role belongs to the social environment, considering the fact that it has also some ideas of the “appropriate” child (Prevendárová 1998: 19).

The arrival of a disabled child to the world represents a harm for the family, which at the moment of joy turns to grief. Attitude of parents and family members usually overcome certain phases, which sometimes retains in sequence and sometimes overlaps each other.

In the first phase it is a shock or a reaction to the news about the child's disability. They do not understand or do not believe the news, so the behaviour and the aftermath of the phase depends on how and who announced that to the parents, and also it depends on psychological balance of parents and their previous experience.

The second phase is a reaction of disappointment, sadness, hopelessness, and despair.

In the third phase when the parents recover from discomfort and realize the seriousness of situation, defence mechanisms starts to work. Parents start to look for the cause and blame in themselves or the hospital staff. This phase lasts until the acceptance of objective explanation and reasons of the cause and the end of guesswork brings humility and relief.

The fourth phase brings overcoming of defence and mechanisms starts dealing with reality.

The more is a child different from the socially accepted standards, the larger is the family discredit not only in the terms of social surroundings, but often in the eyes of its members themselves. The disabled child brings the family physical, economic, social but mainly mental and emotional stress (Mišová 2006).

The ideal family adaptation means organizing the family life to meet not only the needs of disabled child, but also the needs of all other family members (Pikálek 1998).

Šustrová (2008: 35) reveals the most common deviations from such adaptations:

- **Hyper-projection**, meansexcessive concentration on the child with a disability, most often by mothers. The mother tries to give excessive care, well-being and stimulates the child, precisely because of guilt or shame. The other parent (or some of the children) may feel turneddown or eliminated, which results in disruption of marriage relationship or sibling relationship. Parents of the child with a disability often see him as more vulnerable one, so they often put on it at least minimum demands and requirements and thus impedeemotional, social or intellectual development of the child.
- **Rejection of the child** most often occurs where the child's admission was very painful because of the substantial and obvious handicap early after the birth. In such cases, the child ends up in a year's residential care or if it remains in the family and is threatened by a possible abuse and neglect.
- **Persistent anger to the other parent** can lead to family breakdown. Most often it is associated with looking for the guilt and a guilty.

The family with solid emotional relationship and background represents the most important value for a child with mental disability, which gives the child feelings of main assurance. It is not right when only the familyitself experiences difficulties with caring of mentally disabled child. It is neither prosper for the child nor for the parents. Such families need immediate help because they are “socially damaged” not only with economic disadvantages, but mainly with psychological and social ones.

Požár (2005) describes that any person with disability differs from the socially recognized idols because of its appearance, abilities and performance. The recent public can be characterized by acceptance of diversity and uniqueness, but the public feels these people more like stressful, alien like, threatening, or even dangerous, and less desirable and welcome.

1.1. CLASSIFICATION OF MENTAL DISABILITY

We would like to give the brief definition and classification of mental disability.

The World Health Organization (WHO) defines health as a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.

People with intellectual disabilities are included in the intact social groups based on the type and level of mental retardation.

It is difficult to diagnose mental retardation from technical, human, social and emotional perspective. It depends on the level of objectively ascertained intelligence quotient of the disabled person with regard to the total development, intellectual abilities, skills, motor function.

We believe that it is only determination of the current state, and not the final diagnosis, because the personality of the mentally handicapped individual constantly develops.

This development is strongly influenced by the environment in which he lives, whether it is a little challenging environment or an environment with amount of adequate stimuli.

Mišová (2006) mentions the classification of mental disabilities based on 10th International Classification of Diseases, which was worked out by the World Health Organization in 1995, and identifies six basic categories of mental retardation:

- Mild mental retardation (IQ 50-69)
- Moderate mental retardation (IQ 35-49)
- Severe mental retardation (IQ 20-34)
- Profound mental retardation (IQ less than 20)
- Other mental retardation – this category can be used in cases where is possible to determine intellectual disability by conventional means
- Unspecified mental retardation – if the citizen is diagnosed with mental retardation, but there is not enough information for including into one of the mentioned categories.

The following chart reports defined categories of mental disability by International Classification of Diseases (ICD-9-11) (Šustrová 1999).

Table 1. International classification of diseases

IQscale	New terminology	Non-permissible terminology
70–79	Borderline intellectual ability	
50–69	MR, Low normal MH	debility
35–49	MR, MH Mild/moderate	imbecility
40–49	MH Mild/moderate	
35–39	Moderate MH	
20–34	MR, MH severe	idiot
below 20	Profound MR, MH	

MR – mental retardation

MH – mental handicap

IQ – intelligence quotient

WHO currently does not recommend to use commonly used naming of MR from the past, since the terms such as debility, imbecility, idiot have a pejorative touch. Unfortunately, even today, many professionals use these types of old terminology Požár (2005) points out that in the past were often used the labels “*disabled person*”, respectively “*disabled child*” when the emphasis was laid on disability and not the individual. *Today is pointed out that this is all about a man and child and, secondly, the fact that the person or the child has a disability.* Further he recommends the terms in common practice such as “*person with disabilities*” respectively “*child with a disability*” as the name is being considered more concise and more humane.

2. RECENT SOCIAL HELP AND CARE FOR FAMILY WITH A MENTALLY DISABLED CHILD

Our society has passed and even currently is undergoing a number of transformational changes, transitional periods which are characterized by disappearing the old approaches of social assistance in the sphere of social assistance by the state and appear new ones, such as integration, solidarity, deinstitutionalization, participation. The state through its social policy tries to create optimum conditions and adequate social support for the citizens with MH.

It is not an easy and simple task to provide the family with a MH child the quality of life in our conditions. The society should provide complex medical, psychological, social services and educational care, focused not only on a child with disabilities, but also on the family.

For support and assistance to families with a disabled member are defined the instruments and measures in Act.447/2008 Coll. on financial

benefits and compensations for severe disability and the Act.448/2008 Coll. on social services and on amendments and supplements of the Act no. 455/1991 Coll. on trade licensing, as amended. These issues have been discussed in the text below.

Current legislation in the Slovak Republic pursuant to Act No. 448/2008 Coll. on social services and on amending and supplementing Act No. 455/1991 Coll. on trade licensing, as amended (hereinafter as Act) stipulates:

“Social service is a professional activity, service activities, and further activities or set of activities aimed at:

- a) prevention of unfavourable social situations, solving of unfavourable social situation or mitigating the adverse social situation of an individual, family or community,
- b) maintaining, restoring or development of the person's ability to lead an independent life and promote their integration into society,
- c) ensuring the inevitable conditions to meet basic living needs of an individual,
- d) solving critical social situation of the individual and the family,
- e) prevention of social exclusion of the individual and the family”.

For the needs of our topic we just mention the social services aimed at assistance and solving the social situation because of severe disability, unfavourable health. The most frequently used services include:

1. Facilities:

Social services home: here are provided social services to natural person who is dependent on the assistance of another individual, social counselling, social rehabilitation, nursing care, accommodation, catering, cleaning, laundry, maintenance of linen and clothing, personal equipment, handheld and in-kind gifts to a child with stated institutional care provided by year-round residential care. The facility provides occupational therapy, leisure time activities, create conditions for education and safekeeping.

Specialized facility: provides social services to natural person who is dependent on the assistance of another person and has a disability such as Parkinson's disease, Alzheimer's disease, pervasive developmental disorder, multiple sclerosis, schizophrenia, and deaf-blindness. The specialized facility provides assistance for people who are dependent on the help of another individual, social counselling, social rehabilitation, nursing activities, accommodation, catering, cleaning, laundry, personal equipment, pocket money and gifts. The facility provides occupational therapy, leisure time activities, create conditions for education and safekeeping.

Daily care centre: Provides social services to natural person who is dependent on the assistance of another person and social services in the facility only

for a limited time during the day. The facility provides social counselling, rehabilitation and provides work therapy and interest activities provided to a natural person who is dependent on the assistance of another individual and assistance with self-servicing

2. *Care services*: It consists of social services, acts of caring for the household and basic social activities. The scope of services is stated in hours by the municipality based on socially reviewed activities.

3. *Guide and reading services*: It is a social service provided by a natural person who is blind or virtually blind and to natural persons with intellectual disabilities. Guide services are provided by a guidance for basic social activities.

4. *Mediation of personal assistance*: These are social services provided by natural persons with severe disabilities, who are provided with the allowance for personal assistance or the assistance to the natural person with severe disability who is under a special regulation dependent on personal assistance for carrying out the administrative acts.

b) Support services:

1. *Relieve services*: Provided to the person who takes care of a natural person with severe disability for the purpose of necessary rest. Municipality is the founder of the social services and they can be provided maximum 30 days per calendar year.

2. *Integration Centre*: Constituted for persons who do not have basic living conditions for life. Higher territorial unit establishes the centre.

Act No. 448/2008 Coll. on Social Services defines following forms of social services:

Outpatient social services: Provides the person who is accompanied or transported to the place of social services provision. The place of outpatient social services can also be a facility.

Field form of social services: Provides a natural personal care in their natural social environment.

Residential form of social service in the facility: Provides it if a part of the social services is accommodation. Residential care is provided as a year-round social service or weekly social service.

2.1. COMPENSATION OF SOCIAL CONSEQUENCES FOR MENTAL DISABILITY

In this part of the text we would like to pay attention to the Act No. 447/2008 Coll. on financial allowances to compensate severe disability, which affects the economic situation of families with MH children. We define the individual allowances to which the parents of the MH child are enti-

tled by law. *Compensation is intended to overcome or mitigate the social consequences of severe disability.*

Social consequences of severe disability are according Act No. 447/2008 Coll. on allowances for seriously disabled compensated in the following areas:

Orientation and mobility: within this is compensated limited movement and orientation ability, limited ability for independent movement due to physical, sensory or mental functions.

Communication: here is compensated impaired ability to communicate due to damage or loss of physical, sensory or mental functions. Its purpose is to allow contact with social environment and make information available to a natural person with severe disability.

Increased expenditures: in this area are compensated increased expenditures on a special diet or expenditures related to hygiene, or maintenance and operation of a car, here also belong also elimination of the effects of regular increased expenses associated with a severe disability.

Self-servicing: here is compensated limited capacity or loss of self-servicing, means the state of the natural person with severe disability due to damage or loss of physical, sensory or mental functions, who cannot realize the operations alone, ensure self-servicing, care or basic social activities.

The financial contributions to compensate severe disability according to Act No. 447/2008 Coll. provided to a MH child include:

Financial contribution for personal assistance: It is provided to a natural person with a severe disability who is dependent on personal assistance carried out by the personal assistant. The number of hours of personal assistance is maximum 7300 hours per year. The purpose of personal assistance is to activate, promotion social inclusion of people with disabilities. The financial allowance can be granted at the earliest from the 6 year of age until reaching 65 years of age for an individual with severe disabilities.

Financial allowance for transport: It is provided to a natural person with a severe disability who is dependent on individual transport by car. Financial contribution for transportation can be provided to an individual with severe disabilities, who uses transportation for work, education, family, civic activities and is provided by a person who is licensed to perform transportation services.

Financial allowance for nursing: Nursing is understood as helping the individuals with severe disability in acts of self-servicing, carrying out social activities in order to remain at domestic environment. If a natural person with severe disability is older than 6 years, which is reliant on care, the caring individual who takes care of the disabled person, can be provided by the allowance for nursing (Kopřiva 2006).

The aim of providing such a severe disability compensations is to promote the social integration of an individual with severe disability in the society and actively participate in maintaining its dignity.

CONCLUSION

Social policy is one of the important living standards indicators of each country development, which has been realized by specific measures included in the social welfare system. The inseparable part of this system is the care of mentally disabled people. Therefore can be concluded that the standard of care for mentally disabled individuals belongs to the criteria of complex level of the society.

We should remember that every mentally impaired person has the right for their own ordinary human happiness within the limits of the disabilities. Mainly we should realize that people with mental disabilities are a natural part of our society and therefore they require respect, appreciation and understanding as all the citizens who represent the population majority. These people can live their life if they have a supportive environment respecting their specific needs.

During providing social assistance and social services it is necessary to adapt them to individual requirements of each individual with mental disability. Services for mentally disabled people should be available for all, who are dependent on them in their place of residence.

BIBLIOGRAPHY

- Kopřiva K. (2006), *Lidský vzťah jakou součástí profese*, Praha.
- Mišová I. (2006), *Niekoľko inovatívnych nástrojov na podporu zamestnanosti občanov s mentálnym postihnutím*, Bratislava.
- Pikálek Š. (1998), *Výchovná a pracovno-rehabilitačná činnosť u ťažko mentálne postihnutých*, Bratislava.
- Požár L. (2005), *Psychológia postihnutých*, Bratislava.
- Prevendárová J. (1998), *Rodina s postihnutým dieťaťom*, Nové Zámky.
- Šustrová M. (1999), *Mentálne postihnutie*, Trnava.
- Šustrová M. (2008), *Mentálna retardácia – Sociálna práca v prospech ľudí s mentálnym postihnutím*, Bratislava.
- Zákon Z. č. 447/2008z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon Z. NR SR č. 448/2008 z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Summary

A family, for a child with mental disability, has the most important position with its strong emotional relationship and background that gives him with the feeling of basic security. The family with a mentally disabled child should not remain in isolation, and it should not feel lonely with its problems. Varied forms of provided social assistance, social services and social service facilities enable them to solve their daily problems with the child. Within the system of social services provision important is to adapt to specific requirements of each individual with mental disability. These services should be available to everyone who is dependent on them as discussed in our paper.

Keywords: family, a child, mental disability, social assistance, services

AGNIESZKA KARPIŃSKA

OJCIEC W RODZINIE Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM

Powszechnie wiadomo, że rodzina jest podstawową jednostką społeczną, w której „człowiek rodzi się, wychowuje i umiera” (Owieczko, Łangowski 2003: 111; Duda 2008: 5). W literaturze występuje wiele definicji rodziny. Maria Ziemska nazywa rodzinę „małą naturalną grupą, w której centralnymi rolami są role matki i ojca, stanowiącą całość względnie trwałą podlegającą dynamicznym przekształceniom opartym na zastanych tradycjach społecznych oraz nowotworzonych własnych obyczajach” (Ziemska 1975: 36).

Według Lucyny Bakiery i Żanety Stelter wyjątkowe miejsce wśród zadań wynikających z przynależności do rodziny zajmuje rodzicielstwo. Poprzez bycie matką czy ojcem człowiek doświadcza wyjątkowych przeżyć, odczuwa satysfakcję i określa swój cel w życiu. Rodzicielstwo, zdaniem cytowanych autorek, mieści w sobie dwa niezwykle istotne zadania. Pierwsze odnosi się w sposób szczególny do wykonywania czynności opiekuńczych i wychowawczych wobec dziecka. Drugie natomiast związane jest z okresem dorosłości i wypełnianiem w tym czasie określonych obowiązków (Bakiera, Stelter 2010: 132). Szczególne znaczenie w życiu dziecka przypisuje się matce. Edward Ozorowski podkreśla, że udział ojca w życiu dziecka, rodziny jest również ważny, wręcz nieodzowny dla prawidłowego jej funkcjonowania. E. Ozorowski, zaznacza jednak, że rola mężczyzny jako ojca nie powinna ograniczać się tylko do jego fizycznej obecności. Istotny jest jego czynny udział w procesie wychowania, oraz emocjonalne przywiązanie (Ozorowski 1999: 316).

DZIECKO NIEPEŁNOSPRAWNE W RODZINIE

Oczekiwaniu na przyjście na świat dziecka towarzyszy szczęście, zadowolenie, satysfakcja, poczucie spełnienia. Rodzice przygotowują mieszkanie, szukają informacji jak prawidłowo wypełniać zadań opiekuńcze (Smykowska 2010: 181; Stereńczak, Weremiejewicz 2009: 127; Żyta 2011: 42). Sytuacja wygląda inaczej, gdy rodzi się dziecko niepełnosprawne. Uzyskanie infor-

macji o nieprawidłowościach w rozwoju dziecka jest zawsze dla rodziców ogromnym zaskoczeniem i rozczarowaniem (Zawisza-Smejliś 2008: 192). Małgorzata Karwowska zauważa, że „przyjęcie na siebie odpowiedzialności rodzicielskiej za dziecko niepełnosprawne bywa dla wielu rodziców zadaniem, któremu nie zawsze umieją stawić czoła” (Karwowska 2009: 360). Autorka ponadto dodaje, że otrzymując diagnozę o niepełnosprawności swojego dziecka, rodzice nie są gotowi, aby podołać tak dużej liczbie trudności i komplikacji, co bardzo często doprowadza w następstwie do załamania, a tym samym do zakłócenia prawidłowego życia rodziny (Karwowska 2009: 360).

Andrzej Twardowski wyszczególnia cztery etapy, przez które przechodzą rodzice uzyskując informację o niepełnosprawności dziecka. Są to: „szok, kryzys emocjonalny, pozorne przystosowanie się oraz konstruktywne przystosowanie się do sytuacji” (Twardowski 1999: 21). Małgorzata Kościelska dodatkowo wymienia, jak ewoluują uczucia rodziców po uzyskaniu diagnozy niepełnosprawności dziecka. Autorka zalicza do nich kolejno: „lęk, żalobę, wrogość, miłość” (Kościelska 2005: 32).

Pierwszy etap, przez który przechodzą rodzice dowiadując się o niepełnosprawności swojego dziecka, nazywany jest w literaturze „szokiem” lub też „okresem krytycznym”. Wiąże się on ściśle z momentem diagnozy o niepełnosprawności. Charakterystyczne w tej fazie są gwałtowne emocje. Marzenia, oczekiwania wobec dziecka zostają nieodwracalnie zatracone. W zachowaniu rodziców przeważają strach, przerażenie, bezsilność. Uczucia te negatywnie ustosunkowują rodziców wobec ich niepełnosprawnego dziecka. Rodzice na tym etapie nie mają świadomości, jak postępować z dzieckiem, jak wykonywać czynności pielęgnacyjne (Smykowska 2010: 183; Karwowska 2009: 360; Stelter 2013: 45; Kaniok 2007: 154).

Kolejną fazę określa się jako „rozpacz”, „kryzys emocjonalny”. Cechuje się ona tym, że rodzice zastanawiają się, dlaczego to właśnie ich dziecko jest niepełnosprawne. Następuje wzajemne obwinianie, szukanie przyczyn niepełnosprawności. Dominujące uczucia na tym etapie to strach o przyszłość dziecka, dezorganizacja wiążąca się z brakiem wiadomości na temat danej dysfunkcji czy braku wskazówek, jak postępować (Smykowska 2010: 183; Stelter 2013: 55; Zawisza-Smejliś 2008: 192).

Następne stadium to tzw. okres pozornego przystosowania. Autorzy zauważają, że w okresie tym występować mogą różne zachowania. Jednym z nich jest brak akceptacji dysfunkcji, która wystąpiła u dziecka. Rodzice traktują je jak zdrowe, usprawiedliwiając odmienne zachowanie cechami charakteru. Stawiają wobec niego bardzo wysokie wymagania, którym dziecko niepełnosprawne nie jest w stanie sprostać. Innym zachowaniem rodziców

na tym etapie jest poszukiwanie wszelkich możliwych metod leczenia ufając, że dzięki profesjonalnej pomocy niepełnosprawność można wyleczyć. W fazie tej, zdaniem autorów, można wyróżnić dodatkowo zachowania, w których rodzice niepełnosprawnego dziecka szukają odpowiedzialnych za zaistniałą sytuację. Błędu poszukują zarówno w personelu medycznym, jak i w samych sobie. Bardzo często zdarzają się rodzice, którzy chcąc usprawiedliwić i zrekomensować niepełnosprawność przesadnie i nadmiernie opiekują się dzieckiem ograniczając jego niezależność, a tym samym rozwój. Faza ta w przypadku większości rodziców może utrzymywać się przez bardzo długi czas. D. Smykowska zauważa, ponadto, że kiedy rodzice osłabieni poszukiwaniem wszelkich możliwości pomocy dziecku uświadamiają sobie, że nic nie jest w stanie całkowicie go wyleczyć, rezygnują ze specjalistycznego wsparcia dla dziecka sprawując tylko najważniejsze zabiegi pielęgnacyjne (Smykowska 2010: 184; Karwowska 2009: 361; Stelter 2013: 58).

Ostatnim etapem przystosowywania się rodziców do niepełnosprawności dziecka, określanym w literaturze jest „konstruktywne przystosowanie się do sytuacji i pogodzenie się z diagnozą”. Rodzice po ciężkim okresie wypierania i nieakceptowania niepełnosprawności zaczynają realistycznie oceniać sytuację, poszukują sposobów najlepszego wsparcia dla dziecka. Nawiązują współpracę ze specjalistami, by poprawić jakość życia dziecka. Starają się odbudować więzi, relacje rodzinne, które zostały zachwiane poprzez diagnozę, aczkolwiek, zdaniem J. Zawiszy-Smejliś, pełna akceptacja i dorastanie do roli rodzica dziecka niepełnosprawnego nie kończy się na tym etapie, może trwać nawet przez wiele następnych lat (Smykowska 2010: 184; Karwowska 2009: 361; Zawisza-Smejliś 2008: 193).

Andrzej Tarkowski pisze, że analizując zachowania ojców, którzy dowiadują się o niepełnosprawności swojego dziecka można dostrzec, że towarzyszą im silne i gwałtowne uczucia (Tarkowski 2009: 6). Małgorzata Karwowska dodaje, że bardzo często mężczyźni wstydzą się okazywać uczucia, gdyż postrzegane jest to jako bezradność, słabość (Karwowska 2009: 361). Tarkowski podkreśla, że w związku z tym akceptacja nowej sytuacji zajmuje im bardzo dużo czasu i zazwyczaj przepełniona jest bezsilnością, wyalienowaniem, niepokojem o dalsze losy potomka. Tarkowski zauważa jednak, że zachowania ojców na wieść o dysfunkcjach dziecka mogą być różne. Autor pisze, że „dla niektórych diagnoza jest wyzwaniem prowadzącym do osobistego rozwoju. Sprawia, że ujawniają się u nich lub kształtują cechy osobowości, które są bardzo przydatne w radzeniu sobie z nową sytuacją. Dla innych ojców diagnoza jest przede wszystkim źródłem cierpienia oraz powodem dezorganizacji życia osobistego i zawodowego” (Tarkowski 2009: 6).

OJCIEC DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO – ROLA I ZADANIA

Współcześnie bardzo często zwraca się uwagę na kwestię ojcostwa. Wiele miejsca poświęca się w literaturze zagadnieniom odnoszącym się do błędów, jakie popełniają ojcowie czy też do samotnego ojcostwa. Jednak wielu autorów podkreśla rolę i istotność obecności ojca w procesie wychowania dziecka, a nade wszystko dziecka niepełnosprawnego (Stereńczak, Weremiejewicz 2009: 127).

Przemysław Kaniok (2011) zwraca uwagę, że wraz z rozwojem społeczeństwa zmieniało się znaczenie pojęcia „ojciec”, a także postrzeganie pełnionych przez niego funkcji w rodzinie. Również Wojciech Kołodziej (2010) zauważa, że na przestrzeni dziejów rola, jaką pełnił ojciec w rodzinie ulegała ciągłym przekształceniom. Postrzeganie to ewaluowało, według Kołodzieja zmieniało się od założenia, że ojciec zajmuje podstawowe miejsce w rodzinie do koncepcji, że jeżeli matka potrafi samodzielnie zatroszczyć się i zapewnić wszelkie niezbędne środki do życia dziecku ojciec jest niepotrzebny (Kaniok 2011: 61; Kołodziej 2010: 36). Zdaniem P. Kanioka, analizując miejsce ojca w życiu dziecka warto dostrzec, że w związku z udziałem w poczęciu dziecka, zostaje on w pierwszej kolejności ojcem w znaczeniu „biologicznym”. Obecnie mówi się jednak, na co zwraca uwagę autor, o ojcostwie w „wymiarze psychologicznym, socjologicznym i pedagogicznym” (Kaniok 2011: 61).

Rozpatrując rolę ojca w znaczeniu „psychologicznym”, P. Kaniok przywołuje stanowisko Ericha Fromma, który to „postrzegał miłość ojcowską jako miłość uwarunkowaną, pozostającą w przeciwieństwie do wszechogarniającej i bezwarunkowej miłości matki. Według Fromma, ojciec kocha swoje dziecko nie ze względu na fakt, iż jest ono jego dzieckiem, ale dlatego, że spełnia określone warunki” (Kaniok 2011: 62).

Z perspektywy socjologów, zdaniem P. Kanioka, najważniejsze zadania, jakie stają przed ojcem to zagwarantowanie członkom rodziny właściwego i należytego sposobu egzystencji. Co więcej wraz z zapewnianiem tych warunków na co zwraca uwagę P. Kaniok w potomku formuje się utożsamianie ojca jako symbolu. To jakim znakiem będzie ojciec dla dziecka jest zdaniem autora wyznacznikiem jego uczuć wobec rodzica (Kaniok 2011: 62).

Zdaniem P. Kanioka, zarówno założeń odnoszących się do wymiaru „psychologicznego”, jak i „socjologicznego”, nie można odnieść do zadań, jakie przypisuje się ojcu w czasach współczesnych. Autor podkreśla, że analizując powyższe założenia uwidacznia się drugorzędna pozycja ojca. Znaczenie ojca w poglądach tych przypisuje się jemu dopiero, gdy dziecko osiąga 4–5 rok życia (Kaniok 2011: 63).

O tym, że ojciec zajmuje ważną rolę już od pierwszych chwil życia dziecka, przekonuje Wanda Półtawska, która podkreśla, że bycie ojcem zaczyna się od poczęcia dziecka i od tej pory ojciec ma wobec niego pewne zadania. Początkowo jego obowiązkiem jest dbałość o matkę dziecka, zapewnienie jej bezpieczeństwa i wsparcia (Półtawska 2009: 248). Kołodziej dodaje, że mężczyzna w czasie oczekiwania na dziecko powinien także zagwarantować kobiecie stabilizację finansową (Kołodziej 2010: 36).

Aleksandra Stereńczak i Joanna Weremiejewicz wskazują, że udział ojca w życiu rodziny jest niezwykle istotny na wielu płaszczyznach jej działania. Tak jak znaczące są pierwsze momenty jego obecności, tak również nie mniej ważne jest jego późniejsze uczestnictwo w życiu swego potomka. Ojciec, zdaniem autorek, wpływa między innymi na kształtowanie się w dziecku zasad postępowania moralnego, a także uczy prawidłowego funkcjonowania w świecie (Stereńczak, Weremiejewicz 2009: 128). M. Karwowska podkreśla jednak, że „mężczyzna musi swoje ojcostwo wykreować często wolą i rozumem i aby faktycznie poczuł się ojcem potrzebuje wsparcia i pokierowania w budzeniu i rozwoju swojego ojcostwa” (Karwowska 2009: 361).

Ojcostwo, według Stereńczak i Weremiejewicz, wciąż jeszcze wiele osób utożsamia ze stereotypowym wzorcem mężczyzny, który to głównie ma zapewnić rodzinie wsparcie i opiekę poprzez środki pieniężne. Współcześnie jednak coraz częściej można spotkać rodziny, w których mężczyzna, dynamicznie uczestniczy w procesie wychowania dziecka, współuczestniczy we wszystkich czynnościach pielęgnacyjnych i opiekuńczych (Stereńczak, Weremiejewicz 2009: 128).

Obecność ojca w rodzinie jest szczególna, gdy rodzi się dziecko niepełnosprawne. A. Twardowski narodziny dziecka niepełnosprawnego nazywa wręcz próbą współodpowiedzialności i dorosłości dla mężczyzny, gdyż sytuacja ta może skutkować zachwianiem ustabilizowanego życia rodzinnego. Twardowski dodaje, że w wielu przypadkach konsekwencją pojawienia się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego jest poświęcenie znacznie większej ilości czasu na obowiązki zawodowe, czasem nawet bezwzględna rezygnacja z życia rodzinnego i pozostawienie kobiety samej z dzieckiem (Twardowski 1999: 565). J. Zawisza-Smejliś pisze, że „prawdopodobną przyczyną opuszczania dzieci niepełnosprawnych przez ojców jest związana z trudnościami, jakie związane są z pełnieniem tej specyficznej roli ojca, a także z niespełnieniem ich oczekiwań. Właściwe dostosowanie się do pełnienia roli ojca, a w szczególności ojca dziecka niepełnosprawnego, wymaga osiągnięcia przez mężczyznę dużej dojrzałości społecznej. Rola ojca wymaga

nawiązywania głębokich kontaktów emocjonalnych z dzieckiem” (Zawisza-Smejlis 2008: 196).

Inne znaczenie roli ojca dziecka niepełnosprawnego przypisuje Renata Stefańska-Klar, która uważa, że „ojcostwo w kontekście niepełnosprawności dziecka ma najczęściej charakter ukryty. To zazwyczaj matka jest całkowicie zaangażowana w opiekę nad swoim niepełnosprawnym dzieckiem” (Stefańska-Klar 1999: 8), natomiast Ewa Pisula dostrzega, że w momencie przyjścia na świat dziecka niepełnosprawnego ojcowie nade wszystko koncentrują się na przyszłości, czy podołają trudnościom i zapewnieniu odpowiedniej ilości pieniędzy na dodatkowe nieprzewidziane wydatki wynikające z potrzeb dziecka niepełnosprawnego (Pisula 1998: 73).

Według Tarkowskiego ze względu na aktywność w wypełnianiu roli ojca dziecka niepełnosprawnego można wymienić następujące postawy. Pierwsza to sytuacja, w której „ojciec stara się spędzać z dzieckiem jak najwięcej czasu. Pomaga żonie w pielęgowaniu dziecka i chętnie spędza z nim czas” (Tarkowski 2009: 12). Kolejno autor wymienia ojców, którzy izolują się od rodziny, stronią od relacji z dzieckiem, angażują się bardziej w obowiązki zawodowe, czy nawet sięgają po różnego rodzaju używki. Następną wymienianą przez Tarkowskiego postawą ojców to całkowity brak akceptacji i zaangażowania w życie dziecka, przejawiający się opuszczeniem rodziny (Tarkowski 2009: 12).

Joanna Zawisza-Smejlis dodatkowo wymienia ojców, którzy po uzyskaniu diagnozy niepełnosprawności dziecka porzucają rodzinę, jednak wraz z upływem czasu i próbą zrozumienia sytuacji powracają, angażując się w wychowanie i pielęgnację niepełnosprawnego dziecka (Zawisza-Smejlis 2008: 197). Zdaniem Tarkowskiego, wypełnianie roli ojca dziecka niepełnosprawnego zależy od „statusu społeczno-ekonomicznego, płci dziecka, stopnia jego niepełnosprawności oraz kolejności, w jakim dziecko się urodziło” (Tarkowski 2009: 12).

Agnieszka Żyta analizując rolę i zadania, jakie pełni mężczyzna w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym wyróżniła następujące modele ojca: „pan mama” – czyli sytuacja, w której ojciec przejmuje obowiązki domowe oraz opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym. „Ojciec wspierający”, to według autorki typ mężczyzny zaangażowanego w opiekę i wychowanie dziecka. Kolejno A. Żyta wskazuje typ ojca, który ze względu na obowiązki zawodowe tylko okazjonalnie w wolnych chwilach jest przy żonie i dziecku. Nazywa ten model „ojcem niedzielny”. A. Żyta ostatni model postawy ojca wobec dziecka z niepełnosprawnością nazywa „ojciec obok”, czyli taką postawę, w której mężczyzna jest obecny w życiu rodziny, ale nie wykazuje zaangażowania w opiekę, zabiegi pielęgnacyjne czy rehabilitacyjne (Żyta 2011: 158).

OJCIEC W ŻYCIU DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO
– PRZEGLĄD WYBRANYCH BADAŃ

Dokonując analizy literatury specjalistycznej można dostrzec, że problematyka dotycząca zagadnień wychowania dziecka niepełnosprawnego w rodzinie w głównej mierze koncentruje się na roli, zadaniach oraz trudnościach, jakie doświadcza matka. Obszar relacji ojca z dzieckiem niepełnosprawnym nie jest w literaturze polskiej eksplorowany dogłębnie (Kaniok 2007: 154; Kaniok 2011: 63; Cebernik 2004: 54).

W Polsce ciekawe badania odnoszące się do relacji ojciec – dziecko niepełnosprawne, przeprowadziły Barbara Skałbania i Emilia Marszałek w 2010 roku. W badaniu uczestniczyło „30 ojców dzieci niepełnosprawnych z placówek oświatowych w Radomiu (szkoła podstawowa, szkoła specjalna, warsztaty terapii zajęciowej, szkoła ponadgimnazjalna)” (Skałbania, Marszałek 2010: 144). Wiek informatorów mieścił się w przedziale 25–55 lat. Najwięcej ojców biorących udział w badaniu stanowili ojcowie ze średnim wykształceniem. Dzieci respondentów, to w głównej mierze osoby niepełnosprawne ruchowo i przewlekłe chore. W badaniu uczestniczyli także ojcowie dzieci z niepełnosprawnością sensoryczną oraz niepełnosprawnością intelektualną (Skałbania, Marszałek 2010: 144).

„Główny problem badawczy autorek brzmiał: Jakie postawy rodzicielskie prezentują ojcowie wobec ich niepełnosprawnych dzieci? Natomiast problemy szczegółowe to: Czy wiek ojca ma wpływ na jego postawę wobec dziecka? Czy postawy ojców uwarunkowane są rodzajem niepełnosprawności dziecka?” (Skałbania, Marszałek 2010: 143). Chcąc uzyskać odpowiedź na powyższe pytania autorki posłużyły się „Skalą Postaw Rodzicielskich M. Plopy. Kwestionariusz oparty jest na założeniach teoretycznych wyodrębniających następujące typy oddziaływań rodzicielskich: akceptacja – odrzucenie; autonomia; nadmierne wymagania; nadmierne ochranianie i niekonsekwencja” (Skałbania, Marszałek 2010: 144).

Z przeprowadzonych przez Barbarę Skałbanię i Emilię Marszałek badań wynika, że stosunek ojców wobec ich niepełnosprawnych dzieci nie był jednolity. Głównym czynnikiem różnicującym podejście do dziecka był wiek ojca, a także rodzaj dysfunkcji, jaką dziecko posiadało. Autorki dzięki analizie uzyskanych danych spostrzegły, iż „ojcowie dzieci niepełnosprawnych rozumieją ich potrzeby, wypracowali sobie sposób postępowania odpowiadający potrzebom dziecka, nie stosują nadmiernych wymagań, ani też nie roztańczają nad nimi ochronnego parasola, dając szansę na pewną samodzielność w działaniu. Jednak wyniki pokazują, że nie wszyscy ojcowie zaakceptowali fakt niepełnosprawności dziecka” (Skałbania, Marszałek 2010: 152).

W badaniach przeprowadzonych przez Skałbanię i Marszałek dostrzec można, że wiek ojców odegrał istotne znaczenie w okazywaniu właściwych zachowań wobec dziecka niepełnosprawnego. Autorki wskazują, że w trakcie badań ojcowie do 45. roku życia okazywali akceptację, zainteresowanie dzieckiem niepełnosprawnym. Natomiast, jak podają autorki, ojcowie powyżej 45. roku życia mieli więcej trudności w zaakceptowaniu swoich dzieci. Kolejnym ważnym elementem, na który zwróciły uwagę Skałbania, Marszałek, była postawa wobec dziecka ze względu na rodzaj dysfunkcji, jaką posiadało. Autorki zauważyły, że ojcowie najlepszy stosunek do dziecka okazywali w przypadku niepełnosprawności ruchowej. Tymczasem niepełnosprawność sensoryczna i niepełnosprawność intelektualna była przyczyną największej liczby negatywnych postaw ojców (Skałbania, Marszałek 2010: 152).

Warto także zwrócić uwagę na badania prowadzone w południowo-zachodniej Szwecji przez P.K. Boström i M. Broberg. W badaniach jakościowych prowadzonych w latach 2005–2010 uczestniczyło 7 ojców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i/lub zaburzeniami rozwojowymi. Autorzy chcieli poznać, jak zmieniają się uczucia oraz relacja ojca z dzieckiem z niepełnosprawnością od momentu uzyskania diagnozy do 5 lat po jej usłyszeniu. W tym celu przeprowadzili trzy wywiady w określonych odstępach czasowych: pierwsze spotkanie odbyło się do 6 miesięcy od momentu, kiedy ojcowie dowiedzieli się o niepełnosprawności dziecka. Następny wywiad przeprowadzony był po roku od pierwszego spotkania. Natomiast ostatni po upływie 5 lat od pierwszego wywiadu. Wiek ojców biorących udział w badaniu kształtował się w przedziale 25–43 lat. Wywiady trwały od 40 do 90 minut. W badaniu dokonano celowego doboru informatorów. Respondenci to zarówno mieszkańcy miast, jak i wsi (Boström, Broberg, 2014: 4).

Z przeprowadzonych przez P.K. Boström i M. Broberg badań wynika, że wszyscy informatorzy biorący udział w badaniu przed uzyskaniem diagnozy o niepełnosprawności swojego dziecka mieli wobec niego określone plany, marzenia. Uważali, że nic nie może tych wyobrażeń zmienić. Informacja o nieprawidłowościach w rozwoju dziecka spowodowała wśród wszystkich badanych lęk, smutek, zakłopotanie. Mimo tych negatywnych uczuć informatorzy podkreślali, że w momencie diagnozy czuli, że będą dobrze wypełniać obowiązki wynikające z roli ojca i podołają trudnej sytuacji, w jakiej się znaleźli. Warto jednak podkreślić, że ich pewność siebie zmniejszała się tylko w sytuacjach, gdy samodzielnie sprawowali opiekę nad dzieckiem oraz wykonywali obowiązki domowe (Boström, Broberg, 2014: 8).

Wraz z upływem czasu uczucia informatorów zmieniały się. Mimo iż od momentu diagnozy pozytywnie oceniali się w roli ojca, to jak sami podkreślali: uczucia ich ewoluowały od unikania niepełnosprawności do otwartości

na nią. Kolejne spotkania z ojcami pozwoliły dostrzec większe ich zaangażowanie w opiekę nad dzieckiem, poszukiwanie informacji na temat dysfunkcji dziecka, ustabilizowanie relacji z dzieckiem, spojrzenie na niepełnosprawność z innej perspektywy: nie jako problem. Bardzo ważne dla informatorów było wypracowanie indywidualnego sposobu radzenia sobie z sytuacją, w której się znaleźli (Boström, Broberg 2014: 10).

Zdaniem P.K. Boström M. Broberg niezwykle istotne jest okazywanie wsparcia i pomocy mężczyźnie, który zostaje ojcem dziecka niepełnosprawnego. Szczegółne ważne jest indywidualne podejście do każdego ojca, jego uczuć, emocji, a nie koncentracja na problemie. Autorzy sugerują, by zwracać uwagę nie tylko na rozwój dziecka, ale nade wszystko na rolę i zaangażowanie, jakie powinien zajmować w nim ojciec (Boström, Broberg 2014: 12).

ZAKOŃCZENIE

Przyjście na świat dziecka niepełnosprawnego to bez wątpienia jedno z najtrudniejszych doświadczeń w życiu mężczyzny. To wyzwanie dla jego odpowiedzialności i dorosłości (Stareńczyk, Weremiejewicz 2009: 127). Reasumując powyższe rozważania zarówno te dotyczące aspektu teoretycznego, jak i badawczego, nie ulega wątpliwości, że zaangażowanie ojca w życie rodziny, w której rodzi się dziecko niepełnosprawne jest niezwykle ważne, gdyż przyczynia się do poprawy funkcjonowania rodziny. Pozwala niwelować negatywne uczucia powstałe na skutek diagnozy przekazywanej często w niewłaściwy sposób. Pomaga zmienić wcześniejsze, często wygórowane i nierealne marzenia wobec przyszłości potomka (Twardowski 2012: 35). Dlatego tak ważne jest, by od pierwszych chwil życia dziecka ojciec uczestniczył w opiece, wychowaniu i rehabilitacji swego potomka. Udział w tych działaniach przyczyni się do poprawy relacji ojciec – dziecko niepełnosprawne (Kaniok 2007: 155). Warto pamiętać również, by udzielając specjalistycznej pomocy mężczyźnie, który jest ojcem dziecka niepełnosprawnego, koncentrować się nade wszystko na jego indywidualnych potrzebach i uświadamiać znaczenie obecności w życiu dziecka i wkładu w jego rozwój (Boström, Broberg, 2014: 12).

BIBLIOGRAFIA

- Bakiera L., Stelter Ź. (2010), *Rodzicielstwo z perspektywy rodziców dziecka pełnosprawnego i niepełnosprawnego intelektualnie*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 20.
- Boström P.K., Broberg K. (2014), *Openness and avoidance – a longitudinal study of fathers of children with intellectual disability*, „Journal of Intellectual Disability Research”, 58-9/2014

- Cebernik R. (2004), *Oblicza ojców niepełnosprawnych dzieci* [w:] J. Bąbka (red.), *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, Warszawa.
- Duda M., red. (2008), *Rodzina wobec zagrożeń*, Kraków.
- Kaniok P. (2007), *Rola ojca w procesie rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego* [w:] Cz. Kosakowski, A. Krause, A. Żyta (red.), *Osoba z niepełnosprawnością w systemie rehabilitacji, edukacji i wsparcia społecznego*, Olsztyn.
- Kaniok P. (2011), *Poczucie powodzenia małżeństwa a udział ojców w opiece nad dzieckiem niepełnosprawnym i w jego wychowaniu*, Opole.
- Karwowska M. (2009), *Ojcostwo w samoocenie mężczyzn wychowujących dziecko niepełnosprawne* [w:] M. Bielska-Łach (red.), *Pedagogika specjalna. Różne poszukiwania – wspólna misja. Pamięci Profesora Jana Pańczyka*, Warszawa.
- Kołodziej W. (2010), *Rola ojca w życiu rodziny i dziecka* [w:] I. Janicka (red.), *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych*, Kraków.
- Kościńska M. (2005), *Oblicza upośledzenia*, Warszawa.
- Owiczko K., Łangowski I. (2003), *Rodzice partnerami w procesie rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego* [w:] Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków.
- Ozorowski E. (1999), *Słownik Małżeństwa i Rodziny*, Warszawa.
- Pisula E. (1998), *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa.
- Półtawska W. (2009), *Ojcostwo* [w:] F. Adamski (red.), *Miłość, małżeństwo, rodzina*, Kraków.
- Skałbania B., Marszałek E. (2010), *Postawy ojców wobec ich niepełnosprawnych dzieci w świetle badań własnych* [w:] Z. Palak, A. Bujnowska, A. Pawlak (red.), *Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych w biegu życia*, Lublin.
- Smykowska D. (2010), *Rodzina wychowująca dziecko z niepełnosprawnością* [w:] I. Janicka (red.), *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych*, Kraków.
- Stefańska-Klar R. (1999), *Psychologiczne aspekty ojcostwa w rodzinie dotkniętej niepełnosprawnością dziecka*, „Światło i Cienie” 1.
- Stelter Ż. (2013), *Pełnienie ról rodzicielskich wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, Warszawa.
- Stereńczak A., Weremiejewicz J. (2009), *Być ojcem niepełnosprawnego dziecka – największe życiowe wyzwanie?* [w:] W. Brejnak, K. Zabłocki (red.), *Wczesna diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z dysfunkcjami*, Warszawa.
- Tarkowski A. (2009), *Psychologiczne problemy ojców dzieci z niepełnosprawnościami*, „Szkoła Specjalna”, 1.
- Twardowski A. (1999), *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych* [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa.
- Twardowski A. (2012), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością w środowisku rodzinnym*, Poznań.
- Więclawska A. (2009), *Problemy współczesnego ojcostwa* [w:] M. Plopa (red.), *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania*, Elbląg.
- Zawisza-Smejliś (2008), *Rola ojca w procesie wychowania dziecka niepełnosprawnego* [w:] M. Duda (red.), *Rodzina wobec zagrożeń*, Kraków.
- Ziemska M. (1975), *Rodzina a osobowość*, Warszawa.
- Żyta A. (2011), *Życie z Zespołem Downa. Narracje biograficzne rodziców, rodzeństwa i dorosłych z zespołem Downa*, Kraków.

FATHER WITHIN FAMILY WITH DISABLED CHILD

Summary

The child's birth is one of the most significant moments for parents. Pregnancy is a time of remarkable happiness, full of joy and hope. But the feelings suddenly change when parents are told their child is disabled. Receiving such a message can produce emotions of fear, anxiety and disbelief. Most available literature data pertain to mother of the child with disability. Very little information links to a father's role. However, a father's presence to a child's development is as crucial as a mother's one. The purpose of this text is the attempt to present the importance of father in family with a disabled child. It provides not only a theoretical background to the previously mentioned issue but also emphasizes a research aspect. The work consists of three parts. The first part shows the parents' feelings when they realise that their child has a disability. Then the role of a father in the life of his child is discussed. The last part of the article summarizes the results of research concerning the role that fathers play in the lives of disabled children.

Keywords: family, child with disability, father

ANNA CHMIELEWSKA

CZY MŁODZIEŻ MA PRAWO CZUĆ SIĘ SAMOTNA
WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE?
WIELOZNACZNOŚĆ POCZUCIA OSAMOTNIENIA
WSPÓŁCZESNEJ MŁODZIEŻY I WŁAŚCIWA DIAGNOZA
TEGO PROBLEMU JAKO PUNKT WYJŚCIA
W JEGO ROZWIĄZANIU

WSTĘP

Uczucia samotności oraz poczucia osamotnienia doświadczane przez współczesnego człowieka bywają przedmiotem licznych rozważań zarówno ze strony badaczy i autorów podejmujących tę problematykę, jak i w szeroko rozumianym dyskursie publicznym, w licznych dyskusjach podejmowanych w społeczeństwie. Problem samotności pojawia się przeważnie w kontekście innych trudności doświadczanych przez społeczeństwa. Mówi się o tym, że samotność wpływa na kondycję fizyczną, a nawet na długość życia człowieka, zaś poczucie osamotnienia przyczynia się do występowania wielu schorzeń o charakterze somatycznym i psychicznym. Nie ulega wątpliwości, że doświadczenie samotności, rozumianej i interpretowanej bardzo różnie, jest zjawiskiem charakterystycznym dla współczesnych czasów. Czy jest ono charakterystyczne dla współczesnej młodzieży? Czy młodzież ma prawo czuć się samotna we współczesnym świecie?

Rzeczywistość pełna kontrastów, doświadczenia niepokoju wynikające z niestabilizowanej często sytuacji życiowej, ale też liczne komunikaty napływające każdego dnia są obrazami charakteryzującymi egzystencję współczesnego człowieka. Margaret Mead zwraca uwagę, że „po raz pierwszy w historii człowiek zdobył informacje o tym, co dzieje się z innymi ludźmi na świecie i uzyskał możliwość zareagowania na to, co się z nimi dzieje. Staliśmy się społecznością połączoną wspólną wiedzą i wspólnym zagrożeniem” (Mead 2000: 100). Trudno dzisiaj mówić o poczuciu bezpieczeństwa w sytuacji, w której – jak zauważa Baumann – mamy do czynienia z ‘dryfowaniem’ pomiędzy kolejnymi zagrożeniami, co „stanowi wystarczająco wyniszczające doświadczenie, które rodzi wiele nieukończonych i nieuśmierzo-nych lęków i obaw, wymagających nieustannej czujności” (Baumann 2008:

66). W tak funkcjonującym świecie „każdy jest potencjalnie bezrobotny i każdego łatwo zastąpić, co jest równoznaczne ze stwierdzeniem, że każdy jest bezbronny, pozycja społeczna zaś, bez względu na to, jak wysoka i znacząca wydaje się dzisiaj, na dłuższą metę okaże się niepewna; nawet przywileje są nietrwałe i zagrożone” (Bauman 2008: 67). Można zatem mówić o niepewności dzisiejszych czasów, a zarazem o presji wynikającej z konieczności sprostania wymaganiom stawianym przed współczesnym człowiekiem. Młodzież jest natomiast częścią populacji z jednej strony szczególnie podatną na wpływy, a z drugiej mającą wyjątkowy potencjał związany z chęcią rozwoju, ciekawością świata i życia oraz z faktem, że w pewnym sensie dopiero zaczyna zdobywać różnego rodzaju umiejętności, pierwsze sukcesy, porażki i wszystko to, co składa się na tak zwane doświadczenie życiowe.

Postawione w tytule niniejszego artykułu pytanie: *Czy młodzież ma prawo czuć się samotna we współczesnym świecie* jest próbą diagnozy rzeczywistości, w której ta młodzież funkcjonuje poprzez sformułowanie i analizę najistotniejszych problemów, z którymi się zmagają, a wcześniej jeszcze przez zdefiniowanie etapu rozwoju, w jakim się znajduje.

PRZESTRZENIE, W KTÓRYCH PORUSZA SIĘ WSPÓŁCZESNA MŁODZIEŻ

Jednym z kryteriów warunkujących przynależność do młodzieży jest wiek. W naukach społecznych przyjmuje się, że okres definiowany jako młodzieńczy, to czas „od zakończenia dzieciństwa do uzyskania dojrzałości społecznej” (*Encyklopedia socjologii*, t. II, 1999: 253) i ma on jednocześnie charakter przejściowy. Precyzyjne określenie początku okresu młodzieńczego wyznacza dojrzewanie płciowe, natomiast za jego zakończenie przyjmuje się moment założenia własnej rodziny lub podjęcia pracy zawodowej, co oznacza, że w przypadku różnych osób ich przynależność do młodzieży jako grupy może trwać dłużej lub krócej (*Encyklopedia socjologii*, t. II, 1999: 253). Podobne ujęcie definicyjne młodzieży odnaleźć można w naukach pedagogicznych, na gruncie których młodzież jest definiowana „jako kategoria wiekowa jednostek będących w stadium przejściowym (fazie młodości) między dzieciństwem a dorosłością, zmierzających w toku socjalizacji i rozwoju do osiągnięcia pełnej dojrzałości” (*Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. III, 2004: 327). Wśród kryteriów pozwalających na wyodrębnienie młodzieży jako oddzielnej kategorii społeczno-demograficznej wymienić należy: kryteria biologiczne związane z dojrzewaniem płciowym i osiągnięciem dojrzałości płciowej, kryteria psychologiczne wyznaczone przez dojrzałość emocjonalną i intelektualną oraz umiejętność myślenia logicznego i abstrakcyjnego,

a także tworzenia obrazu samego siebie w świecie, kryteria pedagogiczne znajdujące odzwierciedlenie w procesie kształcenia oraz wychowania, w szkole i w rodzinie i wreszcie kryteria społeczne mające wyraz w podejmowanych określonych rolach społecznych (2004: 327–328).

Zimbardo (1999: 196–197) definiuje okres dorastania jako „stadium życia, które zaczyna się wraz z początkiem pokwitania (*puberty*), kiedy jednostka osiąga dojrzałość płciową (...). Trudność ustalenia czasu trwania okresu dorastania przypisuje się w dużej mierze różnicom między kulturami (...)” (Zimbardo 1999: 196). Jest to czas, w którym kształtuje się indywidualna tożsamość człowieka. G. Stanley Hall był, obok przedstawicieli teorii psychoanalitycznej, jednym z wielu psychologów, którzy określali ten okres w życiu jako czas burzy i naporu, okres pełen niepokoju, zmienności nastroju i nieprzewidywalnych zachowań (Zimbardo 1999). Takie spojrzenie na okres dorastania nie odnosi się do wszystkich kultur i cywilizacji, ale odzwierciedla prawidłowości kultury zachodniej, w orbicie której pozostaje także współczesna polska młodzież.

W mojej ocenie wyróżnić należy trzy główne przestrzenie – obszary, w których porusza się współczesna młodzież:

- „przestrzeń domu” rozumianego jako system relacji młodego człowieka z jego środowiskiem rodzinnym;
- „przestrzeń edukacyjna” rozumiana jako cały system szkolny, w którym funkcjonuje młodzież, ale także jako innego rodzaju zajęcia edukacyjne, w których młody człowiek uczestniczy;
- „przestrzeń życia codziennego”, w której umieścić należy relacje interpersonalne zawierane przez młodzież oraz przestrzeń wirtualną będącą ‘miejscem’ zawierania znajomości z jednej strony, zaś z drugiej źródłem informacji o świecie i wszystkich sferach życia człowieka.

Pojęcie samotności współczesnej młodzieży należy więc analizować w odniesieniu do każdej z tych trzech przestrzeni – obszarów życia uwzględniając oczywiście fakt, że przenikają się one wzajemnie, a samo poczucie osamotnienia uwarunkowane jest wieloma czynnikami.

MOŻLIWOŚCI I ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z FUNKCJONOWANIEM MŁODZIEŻY WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE

Warunki rozwoju współczesnej młodzieży stwarzają możliwości, jakich do tej pory w dziejach ludzkości nie było. Postęp technologiczny umożliwiający szybkie komunikowanie się w obrębie całego globu, rozwój medycyny i coraz to nowsze procedury medyczne przyczyniające się do skutecznej walki z licznymi chorobami, łatwy dostęp do informacji, zasobów wiedzy ze

wszystkich właściwie dziedzin nauk to niewątpliwie korzyści, z których czerpiemy na co dzień. Korzysta z nich także aktywnie współczesna młodzież, mająca bardzo dobre rozeznanie w oferowanych możliwościach technologicznych i wszelkich nowoczesnych rozwiązaniach w tym zakresie. Możliwości rozwoju młodego człowieka generuje szeroko pojęty postęp określany przez Jana Pawła II jako perspektywa, którą „stwarzają jednocześnie warunki i ja sam. I czasem ja muszę być nawet silniejszy od warunków. Ja nie wiem, czy to właśnie nie jest dzisiaj problemem naczelnym młodzieży w ogóle” (Jan Paweł II 2003: 57). Badania nad młodzieżą prowadzone na przełomie XX i XXI wieku¹ pozwalają na naszkicowanie portretu młodego pokolenia i jego charakterystycznych cech wskazujących między innymi na poczucie zagubienia w zmieniającej się rzeczywistości, uczucie niepewności i niepokoju wobec przyszłości, brak poczucia bezpieczeństwa, lęk przed bezrobociem, poczucie kryzysu norm i wartości, orientacja indywidualna i jednocześnie wycofanie z szerszej aktywności społecznej, nastawienie na konsumpcję, na przyjemności, czy kryzys tożsamości i związane z nim poczucie zerwania ciągłości kulturowej (*Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku* 2004: 335–336).

Na myśl przychodzi pytanie, jak być silnym i czy w związku z tym jest w ogóle możliwa sytuacja, w której pomimo stymulacji tak wielu bodźców i informacji przekazywanych codziennie na wszystkich płaszczyznach interakcji społecznych, młodzi ludzie czują się samotni?

Poczucie samotności wydaje się raczej sprzeczne z pewnym ogólnym przekazem kierowanym do współczesnego młodego człowieka. Przekaz ten zawiera co najmniej kilka imperatywów na temat tego, jak należy żyć. Zgodnie z nimi młody człowiek powinien być szczęśliwy, a stan ten ma być manifestowany poprzez określony styl życia przez niego wiedziony. Preferowany i pożądanym wizerunek współczesnej młodzieży jest więc obrazem ludzi uśmiechniętych, mogących swobodnie realizować własne pasje i plany, mających dostęp do edukacji i licznych dóbr kultury kształtujących ich światopogląd. Młodzież posiada też swoje marzenia, które stara się spełniać, jest otoczona gronem licznych przyjaciół, wolna od trosk, skoncentrowana na przyjemnościach i szeroko pojętym czerpaniu z życia. Te i inne cechy będące jednocześnie wyznacznikami szczęścia to *de facto* ściśle określone wymagania, jakie świat stawia wobec współczesnej młodzieży. Istnieje jednak pewna rozbieżność pomiędzy wyobrażeniem i myśleniem mającym charakter życzeniowy a możliwościami realizacji stawianych przed młodzieżą wymagań oraz presją wynikającą z faktu, że niejednokrotnie trudno im sprostać. Poza tym

¹ Badania opisane w *Encyklopedii pedagogicznej XXI wieku* prowadzili m.in. Mariański, Świda-Zięba, Fatyga, Adamski, Kawula, Kośła, Anasz, Kaleta i inni.

już sam fakt, że tak wiele czynników decyduje o tym, kto jest obecnie postrzegany jako człowiek szczęśliwy i kto jest w stanie sprostać stawianym przed nim wymaganiom ze strony społeczeństwa, jest niezwykle stresogenny.

Analizując rzeczywistość, w której funkcjonuje współczesna młodzież należy zastanowić się nad tym, co faktycznie ją charakteryzuje. Jakie jest obecnie położenie młodzieży, jakie zjawiska społeczne mogłyby ją charakteryzować, a wreszcie, jakich problemów i trudności doświadcza współczesna młodzież? W mojej ocenie istnieją pewne wyobrażenia na temat młodzieży i jej funkcjonowania, lecz niejednokrotnie odbiegają one od jej codziennych często trudnych doświadczeń. Jednym z nich jest, w moim przekonaniu, właśnie doświadczenie samotności.

WIELOZNACZNOŚĆ POJĘCIA SAMOTNOŚCI I OSAMOTNIENIA

Pojęcie samotności, definiowane w różny sposób, w zależności od autorów akcentujących różne jego aspekty, zawiera pewne wspólne cechy. Samotność za każdym razem oznacza jakiś brak lub deficyt w kontakcie z drugim człowiekiem bądź też z innymi ludźmi. Taki stan wywołuje określone skutki i przeważnie wpływa na różne sfery życia osoby samotnej. Amerykańscy badacze: Cacioppo i Patrick opisują negatywne skutki samotności, stanu, który „do narastającego wycofania, pesymizmu, wzmagającej się izolacji i, w konsekwencji, do przedwczesnej śmierci”². Poczucie osamotnienia w wielu przypadkach można zdefiniować jako stan, w którym człowiek paradoksalnie, pomimo tego, że przebywa wśród innych ludzi, to faktycznie nie ma nikogo bliskiego, nikogo, kto byłby dla niego powiernikiem czy też przyjacielem, z kim mógłby dzielić zarówno swoje sukcesy, jak i porażki, nikogo, kto by go wysłuchał, doradził, w końcu nikogo, do kogo mógłby się zwrócić w chwili zwątpienia i kto udzieliłby mu wówczas wsparcia. Dubas (2006: 332, 337–338) wskazuje na dwie sytuacje stanowiące punkt wyjścia dla występowania zjawiska samotności: samotność fizyczną rozumianą jako brak innych osób i sytuację egzystowania pośród innych ludzi.

Autorka podkreśla, że samotności nie można postrzegać w kategoriach dobrej lub złej, ponieważ to człowiek „czyni ją albo swym dobrem, albo swym złem. Człowiek może przekraczać dwoistość samotności. Człowiek może odnajdować w samotności jej twórcze wymiary” (Dubas 2006: 338). Łopatkowa z kolei ujmuje termin „człowieka samotnego” następująco: jako tego, który jest pozbawiony kontaktu z innymi ludźmi oraz jako tego, który

² Rozważania o samotności pochodzą z artykułu dostępnego na stronie: C. Paddock, *O samotności*, cz. 1, <http://www.psychologia.edu.pl/obserwatorium-psychologiczne/1139-o-samotnosci-cz-1.html> [18.03.2017].

nie ma w swoim otoczeniu osoby bliskiej mu uczuciowo (Łopatkowa 1989: 3). Jeszcze inną perspektywę postrzegania zjawiska samotności przyjmuje Gajda (2006: 180–181), który mówi o samotności fizycznej inaczej społecznej, czyli sytuacji „charakteryzującej się osłabieniem lub brakiem więzi naturalnej z innym człowiekiem, życie niejako w bardzo luźnym związku ze społeczeństwem lub nawet poza nim” (Gajda 2006: 180). Szczepański (1984: 21) rozróżnia z kolei stan samotności i stan osamotnienia zauważając, że samotność jest stanem, w którym człowiek obcuje tylko z samym sobą i jest skoncentrowany na tym, co dotyczy jego wewnętrznego świata, zaś osamotnienie to stan, który charakteryzuje brak kontaktu zarówno z samym sobą, jak i z innymi ludźmi.

Samotność wynikająca chociażby z doświadczenia sieroctwa naturalnego rozumianego, za Olearczyk (2007: 102), jako brak biologicznych rodziców spowodowany ich śmiercią, sieroctwa migracyjnego charakterystycznego dla rodzin czasowo niepełnych oraz innych okoliczności związanych z odizolowaniem dziecka od rodziców lub zjawiskiem przemocy w rodzinie, obrazuje pewne problemy społeczne. Jednym z nich jest fakt, że dzieci osierocone, które nie mają możliwości naturalnych kontaktów ze swoimi rodzicami bądź też kontakty te nie są oparte na głębokiej więzi emocjonalnej, nie zawsze mogą znaleźć właściwy punkt odniesienia, co z kolei skutkuje powstaniem zniekształconego obrazu własnego „Ja”, a finalnie może powodować zaburzenia emocjonalne i gorsze samopoczucie (Rongińska 1999: 59).

Sami młodzi ludzie w różny sposób rozumieją pojęcie samotności. Potwierdzają to między innymi wyniki badań przeprowadzonych przez Wasilewską-Ostrowską w 2006 i w 2013 roku dotyczących postaw młodzieży wobec samotności (Wasilewska-Ostrowska 2016: 133). Świadczą one o tym, że młodzież niejednokrotnie utożsamia samotność „ze stanem niezaspokojenia potrzeby bliskości z drugim człowiekiem” (Wasilewska-Ostrowska 2016: 134), co pokazuje, że, jak zauważa autorka, „dla młodych osób ciągle najważniejsza jest potrzeba bliskości, potem dopiero relacje społeczne z drugim człowiekiem i wartości duchowe” (Wasilewska-Ostrowska 2016: 134).

W badaniach przeprowadzonych w 2006 roku 53,5% respondentów odpowiedziało twierdząco na pytanie: „Czy według ciebie często zdarza się samotność w relacjach z rodzicami?”. Odpowiedzi przeczącej na to pytanie udzieliło wówczas 39,5% respondentów. W badaniach na ten temat powtórzonych przez Wasilewską-Ostrowską w 2013 roku na to samo pytanie 49% respondentów odpowiedziało twierdząco, a 43% udzieliło odpowiedzi przeczącej. Widoczna jest więc pewna zmiana, którą można określić jako pozytywną, chociaż należy z pewnością wziąć pod uwagę różne uwarunkowania tej odpowiedzi, dotyczące chociażby deklaracji młodzieży wobec zjawiska samotności także w innych, poza rodziną, grupach społecznych.

POCZUCIE OSAMOTNIENIA MŁODZIEŻY W RODZINIE

Poczucie osamotnienia w rodzinie może mieć różne przyczyny. Olearczyk wymienia między innymi niewłaściwe postawy rodzicielskie, zawiedzione ambicje, trudności życiowe czy cechy osobowości (Olearczyk 2007: 97). Poczucie osamotnienia może też pojawić się w wyniku różnych traumatycznych wydarzeń doświadczanych przez dzieci, braku przyjaźni, niechęci ze strony kolegów lub nauczycieli, odseparowania, czy wreszcie, poniżenia (Olearczyk 2007: 101). Wszystkie powyższe okoliczności pozostawiają trwałe ślady na psychice dziecka. Łopatkowa (1989) podkreśla, że o ile w przypadku dzieci małych poczucie osamotnienia jest stanem powodowanym przeważnie fizyczną nieobecnością rodziców, to w przypadku dzieci starszych, wchodzących w okres dojrzewania, jest to stan „spowodowany psychicznym oddaleniem się od rodziców” (Łopatkowa 1989: 23).

Zastanawiające jest, czy podłoża występowania poczucia osamotnienia młodzieży w rodzinie można szukać w przemianach, jakim ulega ona właściwie permanentnie od wielu lat? Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci rodzina uległa licznym, widocznym przemianom, zmienił się sposób jej funkcjonowania i jej znaczenie w życiu jednostki. Z raportu CBOS „Sytuacja rodzinna i materialna młodych Polaków i ich postawy konsumpcyjne” (BS/165/2013) wynika, że współcześnie młodzi ludzie później zakładają własne rodziny, a dłużej żyją wspólnie ze swoimi rodzicami. 81% respondentów w przedziale wiekowym pomiędzy 18. a 24. rokiem życia zadeklarowało, że nie założyło jeszcze swojej rodziny i żyje z rodzicami. W przypadku osób z przedziału wiekowego: 25–29 lat odsetek ten wprawdzie się zmniejsza, jednak nadal wynosi 36% (BS/165/2013: 4).

Czy mieszkając, także jako młodzi dorośli, wspólnie z rodzicami, młodzież faktycznie ma z nimi bliskie relacje? Czy dobrze się wzajemnie znają, a środowisko rodziny pochodzenia pozostaje przestrzenią, w której czują się w pełni akceptowani i gdzie obce jest im doświadczenie poczucia osamotnienia? Można się w tym miejscu odnieść do jednej z najistotniejszych funkcji przypisanych rodzinie, mianowicie do jej socjalizacyjnej funkcji wymienianej przez wielu autorów na przestrzeni dziesięcioleci. Sposób wypełniania przez rodzinę funkcji socjalizacyjnej ukierunkowuje rozwój osobowości człowieka. Nowak (2012) analizując celowość tej funkcji rodziny podkreśla, że „kultywowanie i przekazywanie systemu wartości, norm oraz wzorów postępowania akceptowanych społecznie jest dokonywane w toku realizacji funkcji socjalizacyjnej rodziny, która przygotowuje młode pokolenie do odgrywania ról społecznych oraz przestrzegania norm społecznych” (Nowak 2012: 19). W jaki sposób dokonuje się to przekazywanie wzorów oraz warto-

ści we współczesnej rodzinie lub, odwracając nieco to pytanie, jakie wartości są dzisiaj przekazywane w rodzinie? Odnosząc się do tego zagadnienia należy zaakcentować zmiany, które można zaobserwować w relacjach wewnątrzrodzinnych, chociażby te w zakresie celebrowania ważnych w życiu rodziny wydarzeń, zanik różnych wartości i tradycji rodzinnych, czy brak czasu na podtrzymywanie więzi rodzinnych i wymianę informacji, dzięki której członkowie rodziny wiedzą o tym, co dzieje się w ich życiu, znają swoje potrzeby i mogą sobie nawzajem udzielać wsparcia.

Diagnoza kondycji i położenia współczesnej rodziny potwierdzona także różnorodnymi danymi dotyczącymi jej częstego rozpadu uzasadnia stawianą często obecnie przez badaczy tezę o kryzysie, a nawet upadku współczesnej rodziny. Szlendak (2012: 366–367) zaznacza wpływ rewolucji industrialnej i postindustrialnej na zmieniający się kształt współczesnej rodziny podkreślając, że „rodzina powinna być (...) schronieniem w bezdusznym świecie i miałyby szansę nim pozostać, gdyby nie to, że ów nieczuły świat na to po prostu nie pozwolił”. Niski współczynnik dzietności (TFR³) charakterystyczny zarówno dla Polski, jak i wielu innych krajów europejskich, coraz większa liczba rozwodów stanowiących obecnie główną przyczynę rozpadu zawieranych małżeństw, ale także zmiany w zakresie ról przypisanych wcześniej poszczególnym członkom rodziny, zmiana pozycji kobiet w rodzinie i w społeczeństwie oraz inne przemiany związane z wypełnianiem przez rodzinę przypisanych jej funkcji pozwalają na sformułowanie tezy na temat kryzysu współczesnej rodziny.

MIEJSCE RODZINY I KWESTIA POCZUCIA OSAMOTNIENIA W DEKLARACJACH MŁODZIEŻY

Z raportu CBOS „Młodzież 2013” wynika jednak, że obraz rodziny deklarowany przez młodzież, mimo wszelkich przemian dokonujących się we współczesnej rodzinie, nie zmienił się znacząco w ciągu ostatnich dwudziestu lat (2014: 96). 60% badanych uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych zadeklarowało, że osobą najważniejszą w ich życiu jest matka, która, w przypadku 47% badanych, stanowi dla nich jednocześnie autorytet, na uznaniu którego zależy im najbardziej. Ojca, jako autorytet i osobę, na uznaniu której im zależy, wskazało 33% badanych uczniów. Jednocześnie 28% badanych podało, że to ojciec jest osobą, na wsparcie której mogą liczyć. Zaprezentowane w raporcie deklaracje młodzieży potwierdzają istotną rolę środowiska rodzinnego i jego wpływ na osobowość młodych ludzi, a w kon-

³ TFR (z ang. *Total fertility rate*).

sekwencji na podejmowane przez nich wybory, poczucie własnej wartości oraz ich losy (*Młodzież 2013, 2014*).

Niestety, postawy rodzicielskie przyjmowane przez wielu rodziców nie są właściwe. Ci, którzy nie okazują swojemu dziecku miłości, zainteresowania, ani zadowolenia z niego i nie dają mu poczucia, że są gotowi udzielić mu pomocy, narażają je na poczucie sieroctwa duchowego (Weszka-Sendyk 1999: 73). Co istotne, odrzucenie emocjonalne nie musi oznaczać zaniedbywania „materialnych potrzeb dziecka i może wystąpić w normalnych, tzw. dobrych rodzinach, wcale nie tych z marginesu społecznego” (Weszka-Sendyk 1999: 73). Poczucie osamotnienia w rodzinie odczuwane przez młodzież również odzwierciedla obraz współczesnej rodziny. Można tu użyć pojęcia wyobcowania w rodzinie, w której wszyscy egzystują wspólnie pod jednym dachem, ale tak naprawdę niewiele o sobie wiedzą, nie potrafią się wzajemnie komunikować, brakuje im dla siebie czasu. W przypadku młodzieży takie zaburzone relacje w rodzinie mogą wywoływać negatywne skutki. Środowisko rodzinne oraz postawy znaczących dla młodzieży osób determinują jej zachowania i wpływają na kształtującą się osobowość. Poczucie osamotnienia właśnie wśród najbliższych, w czasie, w którym kształtuje się osobowość człowieka wyznacza oraz determinuje jego całe późniejsze życie.

Wyniki badań przeprowadzonych w 1997 i 1998 roku wśród młodzieży z losowo wybranych zielonogórskich szkół podstawowych ukazały, że bezpośrednich przyczyn poczucia osierocenia należy upatrywać we wzajemnych stosunkach panujących pomiędzy członkami rodziny, choć również poza rodziną w czynnikach stresowych charakteryzujących społeczeństwo końca lat 90. XX wieku. Wyniki badań pokazały także, że dzieci, których potrzeby emocjonalne nie były zaspokajane przez rodziców, próbowały kompensować ten brak wśród dalszych krewnych lub poza rodziną i wówczas kompensacja ta często przybierała postać negatywną (Weszka-Sendyk 1999: 77). Choć od prowadzenia przytoczonych badań minęła już ponad dekada, sformułowane na ich podstawie wnioski są nadal aktualne. Brak miłości i dowartościowania ze strony osób znaczących, skłania młodych, szczególnie wrażliwych ludzi do szukania akceptacji gdzie indziej, z gotowością do wykazywania zachowań negatywnych, często aspołecznych, byle tylko otrzymać informację zwrotną, że jest się dla kogoś ważnym, że komuś na nich zależy.

Poczucie osamotnienia w rodzinie jest zjawiskiem szczególnie negatywnym. Świadomość faktu, że młody człowiek w swoim najbliższym środowisku społecznym, a więc miejscu, w którym niejako z założenia, powinien czuć się kochany i akceptowany, czuje się samotny, może odcisnąć negatywne piętno na jego późniejszym życiu. Jest to trudne doświadczenie również ze

względu na fakt, że dziecko, właśnie w okresie dorastania – czasu, w którym kieruje się zwiększoną emocjonalnością i wrażliwością, szczególnie potrzebuje uznania i akceptacji ze strony rodziców (Sendyk 2003).

CZYNNIKI WARTOŚCIUJĄCE ŻYCIE I FUNKCJONOWANIE WSPÓŁCZESNEJ RODZINY

Podłoża poczucia osamotnienia wśród młodzieży należy upatrywać także poza rodziną, w innych przestrzeniach życia, w środowisku szkolnym, rówieśniczym, w przestrzeni wirtualnej, ale, co ważne, przeważnie w okolicznościach podyktowanych zmianami niesionymi przez rzeczywistość drugiej dekady XXI wieku.

W badaniach nad zachowaniami problemowymi/ryzykownymi warszawskich gimnazjalistów, których wyniki zostały zawarte w raporcie Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie⁴ dokonano oceny czynników ryzyka tych zachowań. Badaniami objęto 3000 uczniów z 90 warszawskich gimnazjów i dodatkowo około 100 wychowanków z wybranych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych na terenie Warszawy.

Badania zostały przeprowadzone w trzech etapach ścieżki edukacyjnej badanych: w pierwszym roku ich edukacji w gimnazjum, w drugim roku i, kolejny etap badań, po dwóch latach od chwili rozpoczęcia nauki w gimnazjum. Wyniki trzeciego etapu badań ujęte w niniejszym raporcie określają czynniki chroniące oraz czynniki ryzyka i pozwalają na sformułowanie kilku istotnych wniosków. Czynnikiem chroniącym badaną młodzież przed podejmowaniem zachowań ryzykownych były „własne normy gimnazjalisty przeciwne picie alkoholu oraz monitorowanie przez rodziców czasu spędzanego przez dziecko wieczorem poza domem” (*Czynniki* 2011: 12). Czynniki te świadczą o aktywności rodziców polegającej na monitorowaniu czasu spędzanego poza domem lub o podejmowaniu określonych zabiegów wychowawczych z ich strony i przyjęciu określonych postaw rodzicielskich odgrywających rolę w kształtowaniu się norm u dorastającego dziecka (*Czynniki* 2011: 12). Inne czynniki chroniące ukazane w raporcie wynikały między innymi z postaw kolegów i koleżanek, z ich negatywnego stosunku do narkotyków, miały związek z udziałem w praktykach religijnych oraz z uczestnictwem w dodatkowych zajęciach, kształtowaniem konstruktywnych zainte-

⁴ Raport pod tytułem: „Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I–III”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Warszawa 2011.

resowań i przyjęciem pozytywnego stosunku wobec nauczycieli. Widać tu pewną korelację pomiędzy postawami i zachowaniem nastolatków a ich relacjami rówieśniczymi, stosunkiem do nauczycieli i rolą oraz znaczeniem wspólnoty religijnej w ich życiu. Badania pokazały, że gimnazjaliści, którzy w okresie nauki w gimnazjum przyznali się do doświadczeń związanych ze stosowaniem używek, w swoich wyborach kierowali się między innymi chęcią jakichś nowych, ekscytujących doznań, ulegali negatywnym wpływom środowiskowym, czy spędzali dużo czasu poza swoimi domami. Można także zaobserwować korelację pomiędzy ryzykownymi zachowaniami badanej młodzieży i przyjęcia przez nią postawy akceptacji wobec zjawiska przemocy a negatywną atmosferą domu rodzinnego, występującymi w nim konfliktami i problemem związanym z nadużywaniem alkoholu przez znaczących dorosłych (*Czynniki* 2011: 13). Wyniki przytoczonych badań stanowią potwierdzenie faktu, że środowisko rodzinne jest swoistym fundamentem, na kanwie którego kształtuje się osobowość młodego człowieka, a kierunek jego postępowania wynika w dużej mierze z atmosfery i klimatu panujących w domu rodzinnym.

Szkoła jest miejscem, w którym młodzież spędza na co dzień dużo czasu uczestnicząc w zajęciach edukacyjnych, ale także w całej sieci interakcji, w które wchodzi będąc członkiem systemu szkolnego. Każdy młody człowiek przekraczając próg szkoły wnosi w jej mury swoje doświadczenia, własny sposób postrzegania świata i ludzi, plany, ambicje, pomysły na rozwiązywanie potencjalnych konfliktów, ale też sposób na to, jak odnaleźć się w społeczności szkolnej i jakie miejsce zająć jej strukturze. Sytuacja ta jawi się jako wyzwanie, które dla wielu uczniów bywa trudne, a w każdym razie może być źródłem zarówno pozytywnych jak i negatywnych uczuć.

W przywołanym badaniu respondenci wypowiadali się o uczuciach, jakie wywołuje w nich szkoła. 41% badanych uczniów wiązało szkołę ze stresem, zaś dla 22% szkoła kojarzyła się z poczuciem satysfakcji z osiągnięć. Uczucie stresu miało zatem ścisły związek z poczuciem docenienia w szkole i z oceną „własnej efektywności szkolnej” (*Młodzież* 2013, 2014: 42). Badania wskazały, że „poziom poczucia satysfakcji i bycia docenianym wzrasta wraz z samooceną umiejętności szkolnych, niemniej jednak – co ciekawe – najczęściej na tle pozostałych deklarują je uczniowie określający się jako piątkowi, a nie szóstkowi” (*Młodzież* 2013, 2014: 42). Uwaga ta przywołuje na myśl pewną refleksję, a w dalszej kolejności pytanie. Otóż, młody człowiek potrzebuje usłyszeć komunikat, który byłby tożsamy z przekazem, że posiada on określony potencjał, który byłby czynnikiem budującym poczucie jego własnej wartości. Ważne jest, by takie komunikaty były przekazywane młodym ludziom w przestrzeni domu rodzinnego, ale równie istotne jest to, by trafiały do nich

także w środowisku szkolnym i rówieśniczym. Pytanie o to, czy tak jest, pozostawiam otwarte, choć trudno tu postawić jednoznaczną odpowiedź twierdzącą.

Poczucie osamotnienia w szkole może być wynikiem poczucia niskiej samooceny i braku wiary we własne możliwości. Stres, którego doświadcza wielu uczniów jest poniekąd odpowiedzią na liczne wymagania nie tylko w obszarze *sensu stricto* edukacyjnym, ale, może nawet przede wszystkim, w zakresie odnalezienia się w różnego rodzaju interakcjach, w których młodzież uczestniczy na terenie szkoły, czy wreszcie w budowaniu swojej pozycji w środowisku szkolnym. Może zdarzyć się tak, że młody człowiek, który nie zawsze potrafi właściwie odczytać i zareagować na różne sytuacje i zdarzenia mające miejsce na terenie szkoły, wypada poza nawias społeczności szkolnej.

Innym, charakterystycznym dla współczesnych czasów zjawiskiem społecznym jest kultura konsumpcji i dominacja konsumpcjonizmu w życiu człowieka, ale też Internet, gdzie w dużym stopniu kształtują się określone trendy i mody. Nie można oczywiście jednoznacznie stwierdzić, że przestrzeń wirtualna generuje poczucie osamotnienia wśród młodzieży, ale ma znaczący wpływ na jej życie, zachowania i na podejmowane decyzje.

Frank zauważa, że według różnych badań, wzrost dochodów nie wpływa w istotnym stopniu na poziom dobrego samopoczucia (Frank 2008: 319). Podkreśla, że człowiek szybko przystosowuje się zarówno do strat, jak i do zysków. Podaje tu jako przykład postawę osób, które wygrywają na loterii i w pierwszym okresie po wygranej odczuwają euforię spowodowaną wygraną. Po kilku latach, jak pokazują badania, nie tylko nie są oni szczęśliwsi, ale zdarza się, że są mniej szczęśliwi niż wcześniej (Frank 2008: 321). Związany z kulturą konsumpcji zakupoholizm zaliczany do uzależnień behawioralnych również nie jest obecnie odosobnionym zjawiskiem. Wpływ kultury posiadania decydującej często o pozycji i poczuciu wartości jednostki w grupie oraz określającej jej status społeczny jest obserwowany także wśród współczesnej młodzieży.

PODSUMOWANIE

Dążenie młodych ludzi do doskonałości, ale także poczucie niezrozumienia ich sytuacji ze strony środowiska to przyczyny poczucia osamotnienia i jego rozlicznych, przeważnie negatywnych skutków. Młodzież ma prawo czuć się samotna we współczesnym świecie, który choć pełen wielkich możliwości, jest jednocześnie światem pełnym powierzchownych relacji i pułapek moralnych. Trudności w odnalezieniu się w codzienności współczesnej rzeczywistości wynikają między innymi z konieczności dokonywania wielu wyborów i decyzji każdego dnia. W momencie ich podejmowania młodzież

często nie ma się kogo poradzić, często nie ma też autorytetów, na które mogłaby się powołać. Współczesny świat stawia przed młodymi trudne zadania podając w wątpliwość słuszność kierowania się wartościami i zasadami moralnymi, kultywując w zamian wartości materialne jako te jakoby najważniejsze w życiu.

Młody człowiek przygotowuje się do dorosłego życia już od najmłodszych lat. Gromadzi w tym czasie różne doświadczenia, przeżywa różne emocje. Nieocenioną rolę w procesie socjalizacji młodzieży odgrywają środowisko rodzinne i szkolne, w których młodzi ludzie spędzają najwięcej czasu. Mogą być one zarówno źródłem wsparcia, jak i przyczyną cierpienia i smutku. Podobnie jest w przypadku relacji rówieśniczych, w których można spotkać się z poczuciem akceptacji lub odrzucenia. Urban (2000: 147, 148) podaje, że odrzucenie i przyjaźń w młodzieńczych związkach interpersonalnych to zmienne wpływające na społeczny rozwój jednostki, mające też istotne znaczenie dla jej dojrzałego przystosowania lub nieprzystosowania społecznego.

Młodzież, przez to, że znajduje się w szczególnym okresie rozwoju i percepcji siebie i świata, jest wyjątkową grupą społeczną. Obecnie stoi w obliczu wielu wyzwań, dylematów i wątpliwości, które pojawiają się także przed pozostałą częścią społeczeństwa i wynikają w dużej mierze z mających szeroki zasięg przemian społecznych i kulturowych odciskających swoje wyraźne piętno na życiu jednostki. Rodzina powinna być więc swoistym fundamentem, na którym budowane są zasady i stawiane drogowskazy ukierunkowujące wybory młodzieży. To ważne, tym bardziej że obecnie zaobserwować można wiele niepokojących okoliczności, które wymagają ustosunkowania się do nich, podjęcia określonych decyzji, nie ulegania wpływom, bycia odpornym na krytykę, na różnego rodzaju pokusy i łatwe, acz nie zawsze pozytywne rozwiązania, które proponuje współczesny świat. Celem przekazywania młodzieży zasad i wartości jest więc ułatwienie jej tego trudnego zadania i przyjęcie postawy asertywnej wobec podobnych okoliczności. Nie można jednak stwierdzić, że funkcjonowanie środowiska rodzinnego młodzieży jest jedynym czynnikiem determinującym jej zachowania i generującym poczucie osamotnienia. Nie ulega natomiast wątpliwości, że młodzież, która znalazła się w sytuacji trudnej potrzebuje wsparcia dorosłych, zarówno bliskich, znaczących dla niej osób wywodzących się z najbliższego otoczenia, jak i innych, których z racji przynależności do różnych grup społecznych spotyka na swojej drodze.

Rolą dorosłych jest wspieranie, i to na różnych poziomach, młodych ludzi. W wielu sytuacjach młodzież nie może liczyć na pomoc i zrozumienie, poszukuje zatem samodzielnie wyjść z sytuacji kryzysowych, dowodów na to, że faktycznie coś znaczy i jest coś warta, odwołuje się do rozwiązań nieakceptowanych społecznie, wykazuje negatywne zachowania lub przyjmuje

postawę rezygnacji i popełnia czyny, których konsekwencje mogą okazać się w skutkach wręcz tragiczne.

Jednym z najistotniejszych problemów jest trudność w rozpoznaniu i właściwym zdiagnozowaniu stanu osamotnienia, tym bardziej że młodzież manifestuje go w różny sposób. Reuttowa (1981: 215) analizując problem osamotnienia wśród uczniów w różnym wieku oraz podłoże tego zjawiska odwołuje się między innymi do trudnego położenia uczniów zaniedbanych, nieśmiałych, którzy nie potrafią współpracować z innymi i odsuwają się od nich, opisuje także dzieci nieufne, przepełnione lękiem, które „odsuwają się od rówieśników, ponieważ wyniosły z poprzednich kontaktów wiele przykrych doświadczeń” (Reuttowa 1981: 215). Dzieci osamotnione to jednak także te, które są odbierane jako „dokuczliwe, ciągle skarżące się, stale niezadowolone z roli, która im przypada w zabawie, z miejsca, które im wyznaczono, pragną rządzić innymi, ale nie posiadają w tym kierunku żadnych umiejętności” (Reuttowa 1981: 215). Powyższe egemplifikacje uświadamiają, jak trudna jest ta diagnoza, ponieważ prezentowane przez młodzież zachowania mogą, pozornie, świadczyć o zupełnie innych problemach.

Nie należy zatem powierzchownie oceniać sygnałów wysyłanych przez młodych ludzi, czy też kierować się stereotypami i utartym przekazem społecznym uzasadniającym przyczyny negatywnych zachowań młodzieży. Jej postawy i przekonania są wynikiem oddziaływań związanych z funkcjonowaniem w co najmniej kilku przestrzeniach. Nie można więc umniejszać znaczenia żadnej z nich w tym procesie. Pomaganie młodzieży w niwelowaniu poczucia osamotnienia wymaga przede wszystkim poświęcenia jej czasu, wzmacniania pozytywnych zachowań i wskazywania właściwych kierunków w codziennym postępowaniu. Piętnowanie i podkreślanie negatywnych postaw powinno mieć, moim zdaniem, charakter marginalny. W takich okolicznościach dotychczasowe przejawy stanu osamotnienia coraz częściej mogą być zastępowane pozytywną relacją z drugim człowiekiem i poczuciem, że podejmowane działania mają faktycznie sens.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman Z. (2008), *Zindywidualizowane społeczeństwo*, Gdańsk.
- Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I–III, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Warszawa 2011.
- Domański H., Kojder A., Kosela K., Kowalewicz K., Kubiak H., Kwaśniewicz W., Mucha J., Ofierska M. Piotrowski A., Szacki J., Ziółkowski M., red. (1999), *Encyklopedia socjologii K–N*, Warszawa

- Dubas E. (2006), *Samotność – uniwersalny „temat” życia ludzkiego i wychowania* [w:] P. Dome-racki, W. Tyburski (red.), *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne*, Toruń.
- Frank R.H. (2008), *Jak nie kupować szczęścia* [w:] P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska (red.), *Socjologia codzienności*, Kraków.
- Gajda J. (2006), *Trzy aspekty samotności jako determinanta stylu życia i uczestnictwa w kulturze* [w:] P. Dome-racki, W. Tyburski (red.), *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne*, Toruń.
- <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/58-maestwo-i-rodzina/665-osamotnienie-dziecka-w-rodzinie-przeglad-badan.html> [11.06.2016].
- <https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/2635/m/%c5%82odzie%c5%bc%20wobec%20samotno%c5%9bci.pdf?sequence=2> [11.06.2016].
- Jan Paweł II (2003), *Elementarz dla wierzącego, wątpiącego i szukającego*, Kraków.
- Łopatkowa M. (1989), *Samotność dziecka*, Warszawa.
- Mead M. (2000), *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*, Warszawa.
- Młodzież 2013 (2014), CBOS, Warszawa.
- Nowak B.M. (2012), *Rodzina w kryzysie. Studium resocjalizacyjne*, Warszawa.
- Olearczyk T.E. (2007), *Sieroctwo i osamotnienie. Pedagogiczne problemy kryzysu współczesnej rodziny*, Kraków.
- Paddoc C., *O samotności*, <http://www.psychologia.edu.pl/obserwatorium-psychologiczne/1139-o-samotnosci-cz-1.html> [19.03.2017].
- Pilch T., red. nauk. (2004), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. III, Warszawa.
- Reuttowa N. (1981), *Dziecko w szkole. Aspekty poznawcze i wychowawcze*, Warszawa.
- Rongińska T. (1999), *Obraz własnego Ja dzieci osieroconych* [w:] M. Heine, G. Gajewska (red.), *Sieroctwo społeczne i jego kompensacja*, Zielona Góra.
- Sendyk M. (2003), *Osamotnienie dziecka w rodzinie. Przegląd badań, Sytuacja rodzinna i materialna młodych Polaków i ich postawy konsumpcyjne* (2013), BS/165/2013, CBOS, Warszawa.
- Szczepański J. (1984), *Sprawy ludzkie*, Warszawa.
- Szlendak T. (2012), *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, różnicowanie*, Warszawa.
- Urban B. (2000), *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*, Kraków.
- Wasilewska-Ostrowska K. (2016), *Młodzież wobec samotności w świetle badań porównawczych*, Weszka-Sendyk M. (1999), *Stan poczucia sieroctwa duchowego dorastających dziewcząt i chłopców oraz wybrane sposoby jego kompensacji* [w:] M. Heine, G. Gajewska (red.), *Sieroctwo społeczne i jego kompensacja*, Zielona Góra.
- Zimbardo P.G. (1999), *Psychologia i życie*, Warszawa.

CAN YOUNG PEOPLE FEEL LONELY IN MODERN WORLD? COMPLEX SENSE
OF LONELINESS IN YOUNG PEOPLE AND CORRECT DIAGNOSIS
OF THE PROBLEM AS REFERENCE POINT FOR FINDING SOLUTION

Summary

Sense of loneliness is common in modern man. Young people also share this experience and the problem has various manifestations. Young people are under pressure to face the challenges of modern reality. They often do not feel understood and accepted in their families and rejected by their peers at school. Frequently, young people do not feel assured as to the decisions they have to make. All these factors contribute to the sense of loneliness. This difficult situation calls for a correct diagnosis as to the source of the problem, requires bolstering young person's self-esteem and reinforcement of their positive behaviour.

Keywords: young people, loneliness, sense of loneliness, family, school, peers, support

ADAM RACZKOWSKI

ZJAWISKO DEPRESJI DZIECKA I NASTOLATKA W RODZINIE

WPROWADZENIE

Zjawisko depresji we współczesnym świecie permanentnie narasta. Już kilka lat temu twierdzono, iż sześć osób na sto przechodzi w swoim życiu mniejszy lub większy kryzys depresyjny (Spielmans, Berman, Linardatos, Rosenlicht, Perry, Tsai 2013). Według danych WHO obecnie na świecie około 350 mln osób cierpi z powodu depresji, a z tego 1,5 mln w Polsce. Statystyki dotyczące procentowej liczby zachorowań na depresję wśród dzieci i młodzieży są, niestety, niepełne. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest spora część niezdiagnozowanych przypadków. Wynika to z braku odpowiedniej liczby specjalistów oraz z niewystarczającej wiedzy na temat możliwości wystąpienia depresji u dziecka lub nastolatka. Według danych opublikowanych w oficjalnej broszurze Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia: *Dziecko z depresją w szkole i w przedszkolu*, na kliniczną depresję w Polsce cierpi: 1% dzieci przedszkolnych (2–5 lat), 2% dzieci w wieku 6–12 lat, 4–8%, a według niektórych badań nawet 20% nastolatków (Turno 2010).

Chociaż nikt już dzisiaj nie kwestionuje coraz szerszego rozprzestrzeniania się depresji wśród dzieci, to jednak nadal jest ona zjawiskiem nowym w tym sensie, iż bardzo mało się o niej mówi, a jeszcze mniejsza jest na jej temat wiedza; ponadto wśród samych specjalistów istnieją liczne kontrowersje dotyczące obrazu klinicznego takiej depresji. Wśród klinicystów istnieje bardzo często spora rozbieżność, co do symptomatycznej charakterystyki depresji u dzieci. Część z nich twierdzi, iż objawy depresji u dzieci są prawie identyczne jak u osób dorosłych.

Autor niniejszego opracowania nie zgadza się z takim stwierdzeniem. O ile pomiędzy symptomatyką depresji u osób dorosłych i u młodzieży można by było zasadniczo – poza paroma zastrzeżeniami, o których będzie dalej mowa – postawić znak równości, o tyle w przypadku dzieci sytuacja nie jest taka oczywista, gdyż u dzieci bardzo często występują różnego rodzaju objawy maskujące. Jarosław Rola zwraca uwagę na to, że depresja u dzieci jest zaburzeniem o charakterze syndromatycznym, co oznacza, że w jej obrazie

klinicznym można spotkać także inne dodatkowe, a czasem jednostkowe symptomy, do których zalicza się: różnego rodzaju trudności w szkole, zaburzenia w zachowaniu oraz objawy somatyczne (Rola 2001: 7). Wszystko to powoduje, że obserwując różne problemy, jakie pojawiają się na poszczególnych etapach rozwojowych dziecka, bardzo rzadko zakłada się, że cierpi ono na depresję. Biorąc pod uwagę powyższe autor będzie się starał w dalszej części ukazać aktualny stan wiedzy – wraz z pewną panoramą historyczną – dotyczący fenomenu depresji dzieci i młodzieży.

PANORAMA HISTORYCZNA

Analizując zagadnienie depresji dzieci i adolescentów należy zauważyć, iż w psychiatrii w ostatnim 50-leciu dokonał się znaczący postęp dotyczący świadomości jej istnienia. Do lat 60. XX stulecia toczyła się wśród specjalistów dyskusja na temat tego, czy depresja w ogóle występuje przed okresem dorosłości. Większość psychiatrów stała na stanowisku, że z powodu braku odpowiedniego stopnia dojrzałości emocjonalnej, depresja nie może występować u dzieci i młodzieży. W kolejnych latach zaczęto dostrzegać, że wśród młodzieży występują pewne symptomy depresyjne, ale nie traktowano ich jako objawów depresji klinicznej, a podchodzono do nich bardziej jako do stanów emocjonalnych towarzyszących okresowi adolescencji. Wielu psychologów i psychiatrów jeszcze w latach 80. uważało, że nie powinno się poświęcać czasu na badanie zjawiska depresji u nastolatków, gdyż jest ona normalnym etapem rozwojowym związanym z przemianami hormonalnymi w organizmie młodego człowieka, na co miałyby wskazywać statystycznie bardzo częste występowanie wahań nastroju, drażliwości i buntowniczności wśród młodego pokolenia. Przełomem był Kongres Psychiatrów Dziecięcych w Sztokholmie w 1971 roku, gdzie podjęto poważną dyskusję na ten temat. Dopiero jednak schyłek lat 90. minionego wieku przyniósł poważne badania wskazujące na depresję młodzieńczą jako na odrębną jednostkę chorobową (zob. szerzej: Greszta 2006: 18–21). Podobnie długą drogę musiało przebyć zagadnienie występowania *depresji* wśród dzieci. W 1946 roku René Árpád Spitz, amerykański psychiatra, wprowadził do słownika pojęcie „depresji analiktycznej” (*anaclitic depressive disorder*) określając tym terminem depresję u niemowląt (Bilikiewicz, Pużyński, Wciórka, Rybakowski 2003: 416).

Spitz opracował swoją teorię na podstawie badań, które przeprowadził obserwując grupę 123 dzieci przebywających w przywieszennych żłobkach. Z tej liczby aż 23 dzieci w wieku 6–12 miesięcy (19% badanej grupy) zapadło na ciężką depresję, której bezpośrednią przyczyną było pozbawienie opieki ze strony matek umieszczonych na skutek konfliktu z prawem w za-

kładach penitencjarnych. Przez długi okres czasu trwała zagorzała dyskusja na temat twierdzeń Spitz'a. Wielu psychiatrów je odrzucało, ale ostatecznie – pomimo pojawiających się wątpliwości i pytań – jest raczej przyjmowana i uznawana w zakresie zaburzeń będących następstwem deprywacji opieki macierzyńskiej. Podsumowując w sposób skrótowy bogatą dyskusję dotyczącą omawianego zagadnienia można stwierdzić, że dzisiaj raczej nikt nie kwestionuje już samego fenomenu depresji dziecięcej, choć nadal trwają pomiędzy specjalistami dywagacje dotyczące samej symptomatologii omawianych zaburzeń. Dlatego też w kolejnej części opracowania autor podejmie próbę pewnej syntezy dotyczącej symptomatologii zaburzeń depresyjnych na poszczególnych etapach rozwojowych.

SYMPTOMATOLOGIA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

Reasumując bogatą dyskusję oraz cały czas trwające badania naukowe dotyczące omawianego zagadnienia warto spróbować nakreślić – ukazując konkretne symptomy – sylwetkę dziecka i adolescenta z depresją, nie wchodząc przy tym w zawile spory specjalistów, co do niektórych kwestii. Owe symptomy zostaną ukazane na tle poszczególnych etapów rozwojowych, na podstawie których wyróżnia się:

- 1) **depresję niemowlęcą.** U dzieci cierpiących na depresję analitikyczną zauważa się następujące objawy: początkowo występuje duża płaczliwość i drażliwość, która z czasem ustępuje, ogólne pogorszenie się stanu fizycznego, zaburzenia snu i łaknienia prowadzące do utraty wagi ciała, apatia przechodząca w stupor¹, widoczne zaburzenia rozwoju dziecka. Bardzo często pojawiają się objawy psychosomatyczne w postaci infekcji górnych dróg oddechowych oraz zaburzeń jelitowych (głównie biegunka);
- 2) **depresję dziecięcą.** Pojedyncze objawy depresji u dzieci są zasadniczo związane z okresem rozwoju psychofizycznego, ale próbując podejść do zagadnienia w ogólności, wydaje się, iż najsensowniejszą symptomatologię w tym zakresie zaprezentował W.A. Weiberg wraz ze współpracownikami. W literaturze przedmiotu określa się je jako kryteria Weiberga, według których są trzy warunki niezbędne do zdiagnozowania depresji u dziecka: wystąpienie symptomów głównych oraz przynajmniej dwóch spośród symptomów towarzyszących, stan taki utrzymuje się przynajmniej przez miesiąc czasu oraz fakt, że nigdy wcześniej nie obserwowano u dziecka wymienionych objawów. Wyróżnione zostały tutaj:

¹ Stupor – inaczej osłupienie – jest zaburzeniem poznawczym charakteryzującym się opóźnionymi reakcjami – również ruchowymi – przeradzającym się w stan apatii i braku reakcji na bodźce przy jednoczesnym zachowaniu przytomności.

a) symptomy główne:

- znaczne obniżenie nastroju określane mianem nastroju dysforycznego (depresyjnego), na co składa się często poczucie smutku i osamotnienia, zmienność nastrojów, płaczliwość;
- niska samoocena połączona z samoobwinianiem się, które przejawia się poczuciem bezwartościowości, przekonaniem o byciu nieatrakcyjnym, pragnieniem ucieczki lub śmierci, aż po myśli autodestrukcyjne i czyny samobójcze;

b) symptomy towarzyszące:

- zachowania agresywne (napady wściekłości, kłótniowość wrogość);
- zaburzenia snu;
- zmiana postawy wobec obowiązku szkolnego (nieobecności na lekcjach);
- zaburzenia w funkcjonowaniu szkolnym (pojawiające się nagle problemy z nauką, a w tym zaburzenia pamięci i problemy z koncentracją, utrata zainteresowania nauką, ale także aktywnością pozaszkolną);
- redukcja kontaktów ze środowiskiem (znaczne osłabienie dotychczasowych kontaktów rówieśniczych, zerwanie przyjaźni, postawa wycofania);
- zmniejszenie energii (męczliwość);
- dolegliwości somatyczne (ból głowy, brzucha, mięśni itd.);
- zaburzenia łaknienia lub zmiana masy ciała (Weinberg, Rutman, Sullivan, Penich, Dietz 1973: 1065–1072).

3) **depresję nastolatka.** W najnowszych opracowaniach dotyczących depresji adolescentów przeważa przekonanie, że obraz kliniczny depresji tego okresu rozwojowego jest tożsamy z obrazem klinicznym depresji u osoby dorosłej. Część specjalistów podkreśla jednak, iż ekspresja niektórych symptomów różni się, jeśli chodzi o adolescentów. Zauważa się, że u nastolatków można zaobserwować bardziej zmienny przebieg depresji, a do objawów, które są znacznie intensywniejsze niż u dorosłych zalicza się: zaburzenia snu i łaknienia, trudności w relacjach interpersonalnych oraz większa skłonność do podejmowania prób samobójczych. W najbardziej rozbudowany sposób przedstawił to Aaron Beck (twórca skali depresji: *Beck Depression Inventory*) wymieniając pięć grup objawowych depresji okresu dorastania:

- *symptomy emocjonalne* – adolescent wyraża nastrój depresyjny przez agresję, rozdrażnienie, złość i wybuchy gniewu, a smutek, który u dorosłych jest podstawowym symptomem schodzi na drugi plan. Często zaobserwować można u adolescentów także tzw. huśtawkę nastrojów i pewną nadwrażliwość, które prowadzą do poczucia odrzucenia bycia

nieakceptowanym. Ponadto u nastolatków w bardziej intensywny sposób przejawia się lęk i niepokój z towarzyszącym im poczuciem beznadziejności i głębokiej rozpacz;

- *deficyty poznawcze* – do podstawowych zniekształceń w myśleniu u adolescentów należą: niska samoocena, postrzeganie przyszłości w czarnych barwach, przekonanie o własnej beznadziejności, a także negatywne wyobrażenia dotyczące własnego ciała (szczególnie u dziewcząt). Ponadto można dostrzec katastrofizowanie konsekwencji negatywnych zdarzeń oraz selektywność polegającą na dostrzeganiu tylko tego, co jest negatywne;
- *deficyty motywacyjne* – utrata zainteresowań oraz odczuwania przyjemności (anhedonia) prowadząca, aż do całkowitej utraty radości życia rozpoczyna się u adolescentów od jakiegoś jednego obszaru (najczęściej szkoły) i rozprzestrzenia się na wszystkie dziedziny życia. Brak radości z życia towarzyskiego prowadzi do powolnego wycofywania się z kontaktów interpersonalnych, aż do całkowitej izolacji dotyczącej także środowiska rodzinnego;
- *objawy somatyczne* – u adolescentów pojawiają się one znacznie częściej niż u dorosłych. Do najczęstszych objawów zalicza się: utratę apetytu i różnego rodzaju zaburzenia snu. Te objawy prowadzą w konsekwencji do utraty wagi oraz stanu ciągłego zmęczenia i osłabienia. Ponadto pojawić mogą się także uporczywe bóle głowy, brzucha oraz mięśni;
- *symptomy behawioralne* – pojawiające się napady złości prowadzą do kłótniowości oraz werbalnej agresji. Pojawiają się także bardzo często różne zachowania destrukcyjne, które mają zniwelować wewnętrzny ból oraz są rodzajem ucieczki od bolesnego uczucia przygnębienia i beznadziejności. Młodzi sięgają wtedy po alkohol oraz różnego rodzaju substancje psychoaktywne. U adolescentów zauważono także większą częstotliwość zachowań ryzykownych (Greszta 2006: 42–45).

Zaprezentowane powyżej grupy symptomów charakterystycznych dla depresji poszczególnych okresów rozwoju stanowią tylko pobieżną analizę najbardziej rozpowszechnionych poglądów i ze względu na ograniczenia edytorskie nie stanowią kompletu dostępnej na ten temat wiedzy.

RODZICE WOBEC DEPRESJI DZIECKA

Postawa najbliższego otoczenia jest fundamentalną formą wsparcia osoby cierpiącej z powodu depresji. Zasadnicze czynniki, które w znaczący sposób mogą utrudnić pomoc osobie z depresją to:

- brak dostatecznej wiedzy na temat depresji;
- brak zauważenia problemu i tym samym brak pomocy;
- lęk rodziców przed stygmatyzacją ich samych i dziecka, który w niektórych sytuacjach może stać się powodem całkowitego wyparcia i niedopuszczania do siebie informacji na temat choroby dziecka.

Pierwszorzędną kwestią w pomaganiu dziecku choremu na depresję jest posiadanie przez rodziców podstawowej wiedzy na temat samego zjawiska depresji oraz nabycie umiejętności pomocy. Warto byłoby – wobec nasilającej się liczby zachorowań – poszerzać świadomość społeczną, szczególnie wśród rodziców i wychowawców na temat możliwości pojawienia się depresji oraz podstawowych jej symptomów. Służy temu niewątpliwie Ogólnopolska Kampania Społeczna z racji Światowego Dnia Zdrowia, która w 2017 r. została poświęcona właśnie depresji dzieci i młodzieży.

Innym problemem jest zgłaszany coraz częściej przez rodziców brak jakiegokolwiek wsparcia najbliższego otoczenia dziecka chorego, podczas gdy taka pomoc udzielona najbliższym jest gwarantem ich skutecznej pomocy dziecku. Niestety, należy zauważyć, że – podobnie jak w przypadku depresji u osób dorosłych – najbliższe otoczenie popełnia wiele błędów, które nie sprzyjają, a czasem wręcz utrudniają interwencję terapeutyczną. Istnieje już dzisiaj – także w zasobach internetowych – coraz więcej praktycznych porad dla rodzin dotkniętych depresją najbliższych. Oczywiście pozostaje problem fachowości wiedzy z tego zakresu, zdarza się bowiem, że część informacji – przy ich nieuzasadnionym zdogmatyzowaniu – przeszkadza, a nie pomaga w udzielaniu profesjonalnej pomocy.

Warto podkreślić także niedobór specjalistów zajmujących się fachową pomocą dzieciom z depresją, co powoduje, że jest do nich utrudniony dostęp. Ponadto zauważalny jest brak profesjonalnego wsparcia skierowanego do najbliższych osoby z depresją. Bliscy dziecka – nawet, jeśli mają już świadomość problemu – borykają się z bezradnością wypływającą z tego, że nie wiedzą, gdzie i do kogo mogą się udać z prośbą o informacje i podstawową pomoc. Podobnie jak u osób dorosłych z depresją ich najbliżsi, tak również rodzice depresyjnych dzieci i nastolatków skarżą się, że nawet w przypadku skierowania ich dziecka do poradni zdrowia psychicznego oni, jako opiekunowie chorego, są traktowani jako zewnętrzne źródło wywiadu lekarskiego, a nikt nie podchodzi do nich jako do osób, które znalazły się w trudnej sytuacji i którym przydałoby się wsparcie i jakaś forma poradnictwa psychologicznego.

Znaczącym problemem jest stygmatyzacja samych dzieci i nastolatków z depresją, jak również ich rodziców. To powoduje często, że rodzice nie dopuszczają do siebie wiadomości na temat choroby swojego dziecka. Zaprzeczanie związane jest z tym, że nie rozumieją oni, czym jest depresja

i potrafią sobie tworzyć obraz choroby niezgodny z rzeczywistością, co skutkuje przedstawianiem depresji w barwach katastroficznych lub bagatelizowaniem problemu. Niezrozumienie problemu przez otoczenie rodzinne i środowisko szkolne intensyfikuje takie postawy. Najbliższa rodzina chorego staje także przed pytaniem: czy i jak bardzo oni sami są winni tego, że ich dziecko zapadło na depresję. Tego typu dylematy – często skrywane – powodują wzajemne obwinianie się najbliższych chorego, co wpływać może na znaczne pogorszenie ich relacji i tym samym utrudniać proces terapeutyczny (zob. na ten temat: Bischkopf 2006). Ze stygmatyzacją wiąże się także kwestia udania się do psychiatry i skorzystania z jego pomocy. W polskim społeczeństwie panuje jeszcze spory wstyd przed korzystaniem z pomocy psychiatry, co powoduje, że dziecko, czy nastolatek może trafić do specjalisty zbyt późno.

Innym zagadnieniem jest pomoc terapeutyczna dziecku lub nastolatкови, która jest skuteczna – w niektórych sytuacjach – tylko wtedy, kiedy terapii podda się całe najbliższe środowisko. Podejście systemowe do rodziny, a tym samym systemowa terapia rodzinna wskazuje na to, że niektóre zaburzenia – w tym zaburzenia depresyjne – występujące u dzieci lub adolescentów są bezpośrednim następstwem zachwianych relacji w rodzinie. Zaburzenia pomiędzy poczuciem „ja” a przynależnością do rodziny, czy też symbiotyczne związki pomiędzy jednym z rodziców a dzieckiem mogą – ze względu na ukształtowanie się niewłaściwego stylu/wzorca przywiązania – leżeć u podłoża problemów depresyjnych. Poza tym trwałe zaniedbywanie relacji rodzinnych (najczęściej brak czasu dla siebie nawzajem), a także rozstania związane z rozводом rodziców mogą wywołać reakcję w postaci depresji. W tego typu sytuacjach uznanie błędu, pewnego rodzaju winy oraz zgoda na ingerencję terapeutyczną w środowisko rodzinne, a także wprowadzenie niezbędnych zmian bywa przeszkodą w skutecznej pomocy choremu.

IMPLIKACJE PRAKTYCZNE

Rodzice borykający się z różnego rodzaju trudnościami wychowawczymi – w tym także dotknięte depresją dziecka – pytają często o to, jak mogą pomóc, a także jak się ustrzec przed takimi problemami. Przyczyny problemów, jakimi dotknięte są ich dzieci, są tak różne, że trudno udzielić prostej odpowiedzi. Można jednak wyróżnić pewną triadę zasad, które są istotne zarówno w procesie wychowawczym jak i w pomocy dziecku w pojawiających się trudnościach czy chorobach:

- *Miej czas dla swojego dziecka* – to zdecydowanie podstawowa zasada. Rodzice, którzy mają w ciągu dnia i tygodnia odpowiednią ilość czasu na osobisty kontakt ze swoim dzieckiem zauważą niepokojące symptomy po-

jawiające się w jego zachowaniu. Poza tym ilość czasu spędzonego z dzieckiem w okresie dzieciństwa wpływa bardzo mocno na ukształtowanie się w nim właściwego poczucia własnej wartości, a niska samoocena – zdaniem wielu specjalistów – jest czynnikiem predysponującym do powstawania zaburzeń depresyjnych;

- *Współpracuj ze środowiskiem wychowawczym.* W przypadku pojawienia się jakichkolwiek trudności z dzieckiem, czy adolescentem rodzice mają często niechęć do środowiska pedagogicznego. Wypływa to z trudności przyznania się do problemu z wychowaniem własnego dziecka, a czasem jest próbą przerzucenia odpowiedzialności za zaistniałe problemy na szkołę i nauczycieli lub wiąże się z lekceważeniem problemu i zarzucaniem wychowawcy, czy też nauczycielom, że chcą „zrobić z dziecka wariata”. Tymczasem to szkoła bywa często pierwszym miejscem, w którym pojawiają się i są rozpoznane symptomy depresji, dlatego tak ważna jest współpraca z wychowawcą klasy, który zwraca uwagę na problemy, które pojawiają się w szkole. Wspomniana współpraca ważna jest także w procesie terapeutycznym. Nie należy ukrywać przed wychowawcą faktu depresji – a idąc krok dalej – należałoby wraz z nim wypracować odpowiedni scenariusz wspólnej pomocy. Niewłaściwe jest także wyłączenie dziecka z aktywności szkolnej, co niektórzy rodzice uważają za najlepsze rozwiązanie. Współpraca z wychowawcą i pedagogiem/psychologiem szkolnym jest gwarantem skutecznej pomocy;
- *Pamiętaj, że trudności, które dotyczą dorosłych członków rodziny dotyczą także dziecka.* Niektóre sytuacje trudne – m.in. utrata kogoś najbliższego (śmierć babci, dziadka, rodzica), trudności w małżeństwie i rozwód rodziców – nie dotyczą tylko i wyłącznie dorosłych członków rodziny, ale w równym stopniu oddziałują na dzieci stąd należy pamiętać o udzieleniu wsparcia także im. Można czasem spotkać stwierdzenie, którego autorami są rodzice: „nasze dziecko jest jeszcze małe i niczego nie rozumie”. Takie zdanie pada czasem nawet wtedy, gdy dziecko ma już 7, czy 10 lat. Dziecko może w pewnym wieku nie pojmować wszystkiego, ale rozumie to na swój sposób, a poza tym na pewno na swój sposób to przeżywa. Nie można w trudnych sytuacjach lekceważyć uczuć dziecka, a także owego swoistego rozumienia sprawy. Dziecku – właśnie z tego powodu, że nie wszystko właściwie pojmuje – należy udzielić szczególnego wsparcia, co jest niezwykle istotne w sytuacjach konfliktowych pomiędzy rodzicami, które niejednokrotnie prowadzą do rozstania. W przypadku utraty kogoś znaczącego dla dziecka należy bezwzględnie pomóc dziecku „przetrawić” stratę takiej osoby, a nie – jak to czasem bywa – unikać tematu stwarzając wrażenie jakby „nic się nie stało”, a zmarła osoba „nigdy nie istniała”.

BIBLIOGRAFIA

- Bilikiewicz A., Pużyński S., Wciórka J., Rybakowski J. (2003), *Psychiatria*, t. 2. Wrocław.
- Bischkopf J. (2006), *Jak żyć z osobami cierpiącymi na depresję*, Kraków.
- Greszta E. (2006), *Depresja wieku dorastania. Zachowania rodziców jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci*, Warszawa.
- Rola J. (2001), *Depresja u dzieci*, Kraków.
- Spielmanns G.I., Berman M.I., Linardatos E., Rosenlicht N.Z., Perry A., Tsai A.C. (2013), *Adjunctive Atypical Antipsychotic Treatment for Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Depression, Quality of Life, and Safety Outcomes*, „PLOS Medicine” 12, <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001403> [02.05.2016].
- Turno M. (2010), *Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Warszawa.
- Weinberg W.A., Rutman J., Sullivan L., Penich E.C., Dietz S.G. (1973), *Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment*, „Journal of Pediatrics”, 83.

PHENOMENON OF DEPRESSION CHILD AND TEEN IN THE FAMILY

Summary

Depression, according to the World Health Organization, is a more and more frequent illness of the contemporary man. According to some predictions, at the current increasing rate of falling ill with depression, by 2020 it might become the second cause of deaths amongst adults. The growing scale of the problem does not refer to adults only, but is increasingly affecting children and teenagers. The lack of precise and explicit research into statistics about depression amongst children and teenagers causes considerable divergence. The purpose of this article is to depict the character of depressive disorders amongst children and teenagers, giving general features of depression concentrating particularly on the ones typical of children and teenagers. It will allow us to create the profile of a young man stricken with such disorders. Moreover, the author will try to portray basic mistakes, especially those of home environment, in identifying and in approach to people suffering from depression.

Keywords: depression, child depression, teen depression, family facing their closest family members' depression

MARYANA MYKOLAYCHUK

DEPRESJA A STOSUNKI RODZINNE: WZAJEMNE ODDZIAŁYWANIE I METODY TERAPII

AKTUALNOŚĆ ZAGADNIENIA

Zaburzenia depresyjne zawsze występują w kontekście społecznym: wpływają na otoczenie człowieka – na jego rodzinę. Sposób, w jaki najbliżsi reagują na depresję członka rodziny, rzutuje na przebieg depresyjnego epizodu osoby chorej. Podczas, gdy jedne rodziny radzą sobie z depresją kogoś z członków rodziny, inne przeżywają znaczny dystres oraz nieumyślnie zastrzają przebieg depresji, zmniejszając prawdopodobieństwo wyzdrowienia oraz zwiększając prawdopodobieństwo nawracania się choroby.

Celem artykułu jest przeprowadzenie szczegółowej analizy badań, które uwydatniają szczególne cechy przebiegu zaburzeń depresyjnych w kontekście relacji rodzinnych oraz rodzinnej psychoterapii jako zasadniczej i pomocnej interwencji w terapii zaburzenia depresyjnego.

RODZINA JAKO CZYNNIK ZABURZENIA DEPRESYJNEGO

Środowisko społeczne ma znaczny wpływ na stan emocjonalny oraz zachowanie osoby, dlatego też w dużej mierze może stać się przyczyną nabycia skłonności do depresji lub pogłębiania się jej w czasie. W licznych badaniach zarejestrowano zależność między brakiem wsparcia emocjonalnego, wrogością w stosunkach małżeńskich, rozwodem a zaburzeniem depresyjnym jednego z partnerów (Bruce, Kim 1992: 914–917; Gotlib, Hammen 1992). Badania pokazują również, że oprócz biologicznego czynnika szczególne cechy relacji rodzinnych są czynnikiem ryzyka rozwoju depresji u dzieci, których rodzice mają zaburzenia depresyjne (Asarnow, Carlson, Guthrie 1987: 361–366; Chen, Rubin 1995: 938–947). Relacje depresyjnych rodziców ze swoimi dziećmi tworzą błędne koło, w którym brak uwagi oraz wsparcia ze strony rodziców jest czynnikiem dystresu oraz dystansu dzieci, co z kolei może doprowadzić do wzmocnienia objawów depresyjnych u rodziców.

„Moje dzieci często mnie denerwują. Są dni, kiedy chcę o coś zapytać córkę albo, żeby syn pobawił się ze mną, a oni oddalają się wtedy ode

mnie, boją się mnie. Bardzo mnie to boli, z przykrością uświadamiam sobie, iż przez depresję nie mogę być normalnym ojcem” [z własnej praktyki, M – lat 31].

W obecnym czasie szeroko rozpowszechniona jest koncepcja ekspresji emocjonalnej w rodzinie jako czynnika manifestacji chorób psychicznych. Termin „ekspresji emocjonalnej” (EE) został użyty po raz pierwszy przez grupę naukowców z Wielkiej Brytanii w celu opisanego zachowania pacjentów chorych na schizofrenię, których członkowie rodziny negatywnie reagowali na zachowanie osoby chorej. Najprawdopodobniej było to przyczyną częstszych hospitalizacji chorych (Brown, Monck, Carstairs, Wing 1962: 55–68). Do nagminnych zachowań krewnych należą: krytyka, wrogość, wyrażanie negatywnych emocji w stosunku do chorego, nadmierne zaangażowanie się emocjonalne.

Stwierdza się, że u pacjenta, który zamieszkuje z członkiem rodziny o wysokiej EE, spędza z nim więcej niż 35 godzin tygodniowo, kilka razy zwiększa się prawdopodobieństwo nawrotu choroby psychicznej (Bebbington, Kuipers 1994: 707–717; Kavanagh 1992: 601–620).

W ten sposób środowisko rodzinne oraz cechy szczególne relacji rodzinnych mogą być czynnikami pojawienia się lub pogłębienia zaburzeń depresyjnych.

WPŁYW DEPRESJI NA RODZINĘ

Zaburzenia depresyjne mają wpływ nie tylko na osobę dotkniętą tą chorobą, lecz na całą rodzinę, która doświadcza wpływu stygmatyzacji przez obniżenie się pozycji finansowej, dotyczącej utraty pracy przez członka rodziny, trudności wynikających z zaniedbywania lub całkowitego porzucenia obowiązków związanych z pełnioną rolą w rodzinie, a także zwiększenie się agresji. Najczęściej jednak ktoś z rodziny staje się opiekunem cierpiącego na depresję.

Terapia pacjenta depresyjnego zazwyczaj jest skupiona wyłącznie na nim i jego zachowaniach. Krewni często są pozbawieni wsparcia i wskazówek, w jaki sposób zaopiekować się chorym, jak reagować na apatię, przygnębienie, bierność, myśli oraz zamiary samobójcze członka rodziny.

W ciągu ostatnich 10 lat wyniki licznych badań potwierdzają wysoki poziom stresu i obciążenia emocjonalnego członków rodziny – opiekunów, w ostrej fazie oraz w okresie remisji. Objawy związane z największym dys-tresem emocjonalnym u członków rodziny – to przemoc i próby samobójcze, trwonienie pieniędzy tak jak przy dwubiegunowej depresji oraz drażli-

wość (Reinares, Bonnín, Hidalgo-Mazzei D., Sánchez-Moreno, Colom, Vieta 2016: 47–57).

Większy stres członkowie rodziny przeżywają wtedy, gdy są przekonani, że pacjent jest w stanie być samodzielny.

On może kierować swoją depresją. Czasami wydaje mi się, że to lenistwo, a nie depresja. On z powodzeniem tym manipuluje, żeby nie mieć żadnych obowiązków [z własnej praktyki, żona pacjenta M – lat 31].

Uczucie dystresu wzrasta również wtedy, gdy bliscy uciekają od problemów związanych z zachowaniami chorego, żyjąc w przekonaniu, że nie są oni w stanie w żaden sposób wpłynąć na zachowanie pacjenta. Dlatego też strategie psychospołeczne skierowane na zmniejszenie biernego zachowania członków rodziny osoby chorej przyczyniają się do redukcji depresji u opiekunów (Perlick, Miklowitz, Lopez, Chou, Kalvin, Adzhishvili 2010: 627–637).

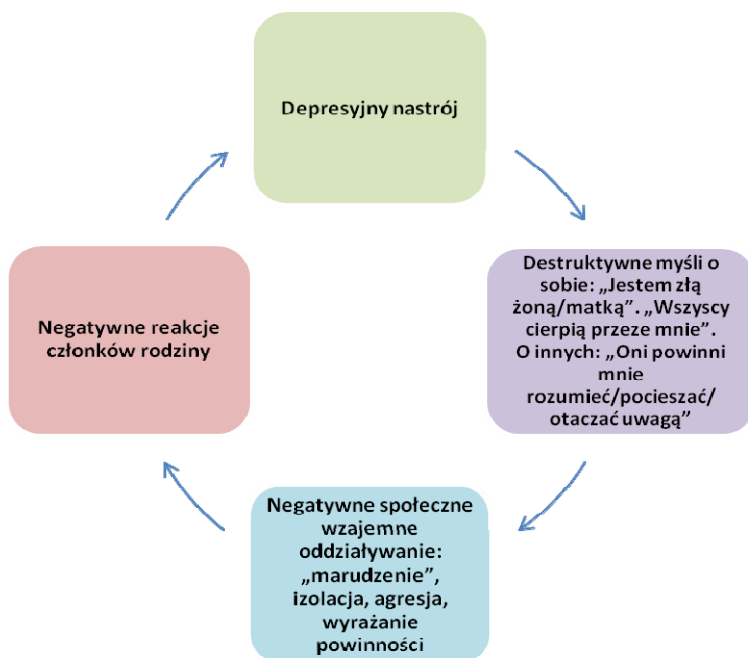
CECHY SZCZEGÓLNE FUNKCJONOWANIA RODZINY Z DEPRESYJNYM CZŁONKIEM

W strategii porównań podłużnych prowadzonej na przestrzeni dziesięciu lat, której kryterium było obserwowanie relacji małżeńskich w rodzinach z depresyjnym członkiem oraz w tych, gdzie nie było osoby cierpiącej na depresję, stwierdzono, iż relacje małżeńskie były znacznie gorsze w grupach z depresyjnym członkiem, niż bez niego (Kronmüller, Backenstrass, Victor 2011). Przenikający się w relacji osób – dystres i depresja – tworzą błędne koło (wykres 1). Czynniki te mają tendencję do utrwalenia się choroby. Za przykład może posłużyć sytuacja, w której depresyjny pacjent zachowuje się w sposób drażniący lub odpychający członków rodziny, powodując tym samym brak akceptacji chorego przez bliskich. W odpowiedzi pacjent selektywnie koncentruje się wyłącznie na negatywnych reakcjach zwrotnych, co pogłębia u niego negatywne spojrzenie na siebie, należące do jednego z czynników wpływających na depresję.

Myślę, że moja córka znieważa mnie, gdy widzi, że przez pół dnia nie mogę wstać z łóżka, by przygotować coś do jedzenia, że jestem powolna i niedbała. Ona mi nie mówi tego, gdy przyjeżdża do mnie w odwiedziny, ale widzę, że jest jej ciężko ze mną. Dlatego proszę ją, by przyjeżdżała rzadziej [z własnej praktyki, K – lat 56].

Dystres małżeński pogłębia depresję przez utratę intymności w związku partnerskim oraz relacji emocjonalnej w konfrontacji z interpersonalnym napięciem i wrogością. Stwierdzono, że wsparcie członka rodziny powoduje zmniejszanie się częstotliwości stanów depresyjnych w sytuacjach stresowych oraz przyspiesza powrót do zdrowia (Goering, Lancee, Freeman 1992).

Remisja choroby występuje u niewielkiej liczby pacjentów, którzy mają zaburzone relacje z współmałżonkiem, niż u tych, gdzie są one zadowalające (34% vs 61%) (Denton, Carmody, Rush 2010).



Wykres 1. Cykl wsparcia – „Depresja – interakcje rodzinne”

Źródło: opracowanie własne.

RODZINNA PSYCHOTERAPIA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

Do ogólnych zasad rodzinnej terapii należą: poprawa interakcji między członkami rodziny albo jej podsystemami oraz indywidualne funkcjonowanie pacjenta w stosunku małżeńskim. Rodzinna terapia wskazana jest rodzinom, które nie radzą sobie z objawami depresji u chorego, jak również tym, u których problemy rodzinne poprzedzały pojawienie się depresji (Denton, Golden, Walsh 2003).

Nie ma przeciwwskazań co do stosowania rodzinnej terapii, jednakże pacjenci powinni tolerować wzajemnie zachowania takie jak złość, strach, gniew, czy żal, które mogą przejawiać się podczas terapii. Przebieg interwencji rodzinnych może stać się problematyczny, jeżeli terapeuta sugeruje, że członkowie rodziny i relacje z nimi są czynnikiem zaburzenia depresyjnego.

Obecna psychologia proponuje wiele metod terapii rodzinnej. Do najbardziej rozpowszechnionych należą: systemowa, strukturalna, strategiczna, komunikacyjna, bazująca na doświadczeniu, psychoanalityczna, poznawczo-behawioralna. Udowodniono, że metody te są tak samo skuteczne, jak te, które są stosowane w terapii rodziny z depresyjnym członkiem rodziny, jak również w połączeniu z farmakoterapią oraz indywidualną terapią chorego (Fabbri, Fava, Rafanelli, Tomba 2007: 14).

Problemy pojawiające się w rodzinach żyjących z osobą chorą na depresję mogą być punktem odniesienia w psychoterapii. Należą do nich: zubożona komunikacja, brak wsparcia wśród członków rodziny, niewykonywanie obowiązków rodzicielskich, niezrozumienie przyczyn depresji, ograniczeń pacjenta oraz możliwości, które daje terapia, poczucie winy lub nadmiernej odpowiedzialności za pojawienie się zaburzeń depresyjnych, oskarżenia, krytycyzm oraz okrutne traktowanie chorego, a także nadmierna ekspresja emocjonalna wobec niego, negatywizm, bierność, brak umiejętności lub chęci rozwiązywania problemów.

Wyzwaniem w psychoterapii jest zachęcenie klienta do znalezienia równowagi pomiędzy wzięciem na siebie części odpowiedzialności za swoje zachowanie a akceptacją zachowań wynikających z depresji. Dlatego też głównym zadaniem terapeuty jest udzielenie pacjentowi oraz członkom jego rodziny pomocy w celu ustalenia realnych możliwości samodzielnego wypełniania obowiązków przez chorego, w których członkowie rodziny będą mogli go wspierać.

Dodatkowymi celami dla depresyjnego pacjenta w interwencjach rodzinnych mogą być: nabycie umiejętności budowania bezpośredniej i przejrzystej komunikacji, angażowanie się do wypełniania obowiązków rodzinnych oraz aktywność w szerszym otoczeniu społecznym.

Rozpowszechnioną metodą w rodzinnej terapii dotkniętych depresją jednego z członków jest poznawczo-behawioralna metoda terapeutyczna. Jest to krótkotrwały, strukturalny proces, w którym akcentuje się zmianę postaw, zachowań oraz emocji, na zasadzie zmiany sposobu oceniania rzeczywistości z subiektywnej na obiektywną, w celu polepszenia komunikacji interpersonalnej oraz szybszego rozwiązywania rodzących się problemów.

Podczas naszych praktyk zgodnie z zasadami metody poznawczo-behawioralnej oraz sposobu leczenia zaburzeń depresyjnych w formie grupowej stosujemy następujące formy (Bieling, McCabe & Antony 2009; Gollib, Hammen 1992):

- 1) Edukacja. Rodzinie, w obecności pacjenta lub bez niego (np. podczas przebywania pacjenta na leczeniu stacjonarnym lub uczestniczenia w terapii indywidualnej), uświadamia się czym jest depresja, jakie są jej przyczyny,

rozwój, przebieg, okres wsparcia oraz proces jej leczenia. W sposób klarowny akcentuje się zależność pomiędzy stresem u pacjenta oraz nasilania się depresji. Podkreśla się także znaczenie poczucia spełnienia i satysfakcji w redukcji depresyjnego nastroju oraz przyjemnych zachowań behawioralnych. Wspólnie z rodziną układa się plan zachęcenia pacjenta do aktywności, tj. wspólne planowanie porządku dnia oraz pozytywne nastawienie do otoczenia i wykonywanych prac. Przeprowadza się także psychoedukację stosownie do zniekształceń poznawczych zaistniałych podczas depresji oraz sposobów ich identyfikacji i modyfikacji (np. przy wyrażaniu myśli o własnej bezwartościowości lub beznadziejności członkowie rodziny przypominają pacjentowi, że teraz „włączył się u niego głos depresji” oraz pytają, jakie miałyby myśli, gdyby nie był chory na depresję).

2) Trening komunikacji. Wspólna behawioralna aktywacja, czy też obserwowanie depresyjnych myśli wymaga nadzwyczajnego zaufania interpersonalnego, „roboczego sojuszu”, do którego osiągnięcia przyczyniają się pozytywne nawyki w rodzinie, polepszające komunikację między jej członkami. Otóż na tym etapie terapii rodzina uczy się wyrażania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uczuć na zasadzie – „Ja – informacja mnie dotycząca” (w sposób nieponiżający pacjenta), uważnego słuchania się nawzajem, wyrażania prośb w sposób pozytywny, łagodny.

3) Trening rozwiązywania problemów. W kolejnym etapie terapii członkowie rodziny poznają sposoby komunikacji interpersonalnej, uczą się uporządkowanego podejścia do rozwiązywania problemów, omówienia ich sedna, wspólnego stworzenia listy z alternatywnymi rozwiązaniami problemu – bez wzajemnego oceniania podanych propozycji, omówienia wszystkich „za” i „przeciw” każdej z nich, wyboru lepszego rozwiązania lub kombinacji rozwiązań, ułożenia szczegółowego planu do wspólnie podjętej decyzji, dalszej oceny sukcesu oraz wyrażenia wdzięczności członkom rodziny, których starania doprowadziły do realizacji postawionych celów.

W literaturze naukowej występują niezaprzeczone dowody skuteczności terapii rodzinnej w leczeniu depresji. W szczególności należy do nich metaanaliza kilku randomizowanych badań, która wskazuje na skuteczność terapii rodzinnej z depresyjnym członkiem w wieku średnim, dotyczącą depresji umiarkowanej lub średniego stopnia. Dane dotyczące skali depresji, obniżały się u pacjentów, którzy korzystali z terapii rodzinnej w porównaniu z tymi, którzy nie otrzymali żadnej pomocy specjalistycznej (lista oczekujących), a efekt kliniczny był dłuższy. W leczeniu objawów depresji terapia małżeńska była równie skuteczna jak indywidualna (poznawczo-behawioralna lub interpersonalna) (Barbato, D'Avanzo 2006).

W innym badaniu, w którym wzięło udział ponad stu pacjentów z depresją średniego oraz ciężkiego stopnia, porównano skuteczność farmakoterapii, farmakoterapii w połączeniu z terapią rodzinną, farmakoterapii w połączeniu z terapią indywidualną poznawczą, farmakoterapii z terapią rodzinną i indywidualną poznawczą. Zaobserwowano zmniejszenie objawów depresji u pacjentów, którzy otrzymali element terapii rodzinnej w porównaniu z tymi, u których nie przeprowadzono takiej interwencji (45% vs 10%). Także u pacjentów, którzy korzystali z terapii rodzinnej, zmniejszał się poziom samobójstwa (Miller, Keitner, Ryan 2005).

W badaniu G. Lemmens (2009) udział wzięło 83 pacjentów z depresją. Do pierwszej grupy trafili ci, którym zaproponowano zwykłą terapię, do drugiej ci, którzy korzystali ze zwykłej terapii oraz indywidualnej terapii rodzinnej, natomiast pacjentom z trzeciej grupy zaproponowano zwykłą terapię w połączeniu z wielorodzinną terapią grupową. Większość pacjentów, którzy otrzymali wielorodzinno-grupową oraz indywidualno-grupową terapię miała znacznie lepsze wyniki w porównaniu z tymi, którzy otrzymali zwykłą terapię (49% vs 24% vs 9%) (Lemmens, Eisler, Buysse 2009).

Badaniu, w którym dokonano porównania rodzinnej psychoedukacji połączonej ze zwykłą terapią depresji i zwykłej terapii, wykazało, że 54 pacjentów zostało całkowicie lub częściowo wyleczonych z depresji. Powtarzający się epizod depresji w okresie 9-miesięcznej obserwacji zdarzał się rzadziej u pacjentów, których członkowie rodziny uczestniczyli w programie psychoedukacyjnym, w porównaniu z grupą kontrolną (8% vs 50%) (Shimazu, Shimodera, Mino 2011).

W innym badaniu, 35 losowo wybranych depresyjnych pacjentów oraz ich małżonków przypisano do rodzinnej terapii poznawczo-behawioralnej (5 sesji po 2 godziny); w tym samym czasie grupa kontrolna nie otrzymała psychoterapeutycznych interwencji (lista oczekujących). Małżeństwa z mocno naruszonymi relacjami zostały wyłączone z eksperymentu. Po trzech miesiącach interwencji zmniejszenie się objawów depresji było bardziej widoczne w grupie, która otrzymała psychoterapię (47% vs 8%) (Cohen, O'Leary, Foran 2010).

Udowodniono, że terapia rodzinna jest skuteczna także u pacjentów negatywnie nastawionych do terapii stosujących formy leczenia zaburzeń depresyjnych. Potwierdzeniem tego są wyniki badań, w których wzięło udział 19 pacjentów wraz z członkami ich rodzin. Zaproponowano im program uwzględniający depresję w celu nauczania coachingu z objawami depresji, pomimo jej stabilności. Program składał się z 9 sesji (5 indywidualnych i 4 rodzinnych) trwających po 50 minut i skupiał się na poprawie poczucia wartości życia oraz psychospołecznego i rodzinnego funkcjonowania w większej mierze niż na zmniejszenie depresyjnych objawów. Wynikiem programu była poprawa funkcjonowania u 14 pacjentów (Ryan, Keitner, Bishop 2009).

ZAKOŃCZENIE

Zaburzenia depresyjne w dużej mierze wpływają na fizyczne, psychiczne oraz społeczne funkcjonowanie człowieka i powodują zwiększenie ryzyka przedwczesnej śmierci.

Członkowie rodzin osób z zaburzeniami depresyjnymi mają niższe poczucie wartości życia, ponieważ są dotknięci naruszeniem relacji międzyludzkich, naciskiem problemów ekonomicznych, stygmatyzacji oraz zmniejszenia pewnych możliwości społecznych poprzez utratę zasobów niezbędnych do opieki oraz leczenia bliskich im osób dotkniętych depresją.

Pomocą w uporaniu się z problemami wynikającymi z depresji jednego z członków rodziny jest włączenie chorego oraz jego bliskich w rodzinną psychoterapię, która w sposób szczególny skierowana jest do rodzin nierzadzących sobie z trudnościami rodzącymi się w kontakcie z osobą cierpiącą na depresję oraz gdy trudności rodzinne poprzedzają depresję.

Zastosowanie kilku rodzajów terapii rodzinnych jest skuteczne w drodze do wyleczenia się z depresji. Wspólnymi zastosowaniami dla wszystkich rodzajów terapii jest: psychoedukacja, rozwój wspierającego wymiaru relacji, wznowienie wspólnych rodzajów aktywności dających radość, poprawa komunikacji oraz umiejętności rozwiązywania problemów.

Interwencje rodzinne wywierają znaczny wpływ na obniżenie poziomu dystresu opiekunów chorego członka rodziny i na przebieg choroby. Poprawiają się emocjonalne relacje w rodzinie, zmniejsza się lęk przed chorobą czy jej nawrotem, wzrasta opieka.

Perspektywą dalszych naukowych badań w tej dziedzinie może być ustalenie czy skuteczne leczenie depresji sprzyja polepszeniu bliskości relacji małżeńskiej, a także, w jaki sposób na funkcjonowanie rodziny wpływa zmniejszenie depresyjnych objawów u członków rodziny i jakie strategie rodzinne są najbardziej skuteczne w profilaktyce nawrotu depresji.

BIBLIOGRAFIA

- Asarnow J.R., Carlson G.A., Guthrie D. (1987), *Coping strategies, selfperception, hopelessness, and perceived family environment in depressed and suicidal children*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 55.
- Barbato A, D'Avanzo B. (2006), *Marital therapy for depression*, Cochrane Database Syst Rev: CD004188.
- Bebbington P., Kuipers L. (1994), *The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis*, “Psychological Medicine” 24.
- Bieling P.J., McCabe R.E. & Antony M.M. (2009), *Cognitive-behavioral therapy in group*, New York.

- Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M., Wing J.K. (1962), *Influence of family life on the course of schizophrenic illness*, "Brit. J. Prev. Soc. Med." 16.
- Bruce M.L., Kim K.M. (1992), *Differences in the effects of divorce on major depression in men and women*, „Am. J. Psychiatry” 149(7).
- Chen X., Rubin K.H., Li B. (1995), *Depressed moods in Chinese children: Relations with school performance and family environment*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology" 63.
- Cohen S., O'Leary K.D., Foran H. (2010), *A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression*, "Behav Ther." 41.
- Denton W.H., Golden R.N., Walsh S.R. (2003), *Depression, marital discord, and couple therapy*, „Curr Opin Psychiatry” 16.
- Denton W.H., Carmody T.J., Rush A.J. et al. (2010), *Dyadic discord at baseline is associated with lack of remission in the acute treatment of chronic depression*, „Psychol Med.” 40.
- Fabbri S., Fava G.A., Rafanelli C., Tomba E. (2007), *Family intervention approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study*, „J. Clin. Psychiatry” 68.
- Goering P.N., Lancee W.J., Freeman S.J. (1992), *Marital support and recovery from depression*, „Br J Psychiatry” 160.
- Gotlib I.H., Hammen C.L. (1992), *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*, New York.
- Hughes S., Cohen D. (2009), *A systematic review of long-term studies of drug treated and non-drug treated depression*, „J. Affect Disord.” 118.
- Kavanagh D.J. (1992), *Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia*, “Br. J. Psychiatry” 160.
- Kronmüller K.T., Backenstrass M., Victor D. et al. (2011), *Quality of marital relationship and depression: results of a 10-year prospective follow-up study*, „J. Affect Disord” 128.
- Lemmens G.M., Eisler I., Buysse A., et al. (2009), *The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression*, „Psychother Psychosom” 78.
- Miller I.W., Keitner G.I., Ryan C.E. et al. (2005), *Treatment matching in the posthospital care of depressed patients*, „Am J Psychiatry” 162.
- Perlick D.A., Miklowitz D.J., Lopez N., Chou J., Kalvin C. Adzhiasvili V. et al. (2010), *Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder*, „Bipolar Disorders” 12.
- Reinares M., Bonnín C.M., Hidalgo-Mazzei D., Sánchez-Moreno J., Colom F., Vieta E. (2016), *The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review*, „Clinical Psychology Review” 43.
- Ryan C.E., Keitner G.I., Bishop S. (2009), *An adjunctive Management of Depression Program for difficult-to-treat depressed patients and their families*, „Depress Anxiety” 27.
- Shimazu K., Shimodera S., Mino Y. et al. (2011), *Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial*, „Br J Psychiatry” 198.

DEPRESSION AND FAMILY RELATIONSHIPS: MUTUAL INFLUENCE AND FAMILY THERAPY

Summary

The mutual influence on depressive disorder (DD) and the family relationships highlights the importance of family intervention. However, its implementation in clinical practice is not widespread. To update the knowledge in this field and identify areas of uncertainty this article

present a comprehensive overview of the bidirectional relationship between DD and family variables, and a systematic review of the evidence-based studies on the efficacy of family intervention in depressive disorder. Findings show that not only specific family's attitudes/interactions affect the course of DD but that equally the illness itself has a strong impact on family functioning, caregivers' burden and health. Most evidence-based studies support the efficacy of adjunctive family treatment in the illness outcomes, both in youth and adult population, as well as benefits for caregivers. The results emphasize the need to involve caregivers in the therapeutic management of DD through interventions based on patients' characteristics and family needs.

Keywords: depressive disorder, family relationships, family therapy

DOMINIKA CYZIO

DZIECKO, LĘK PRZED ŚMIERCIĄ I DOBROSTAN OSOBY UMIERAJĄCEJ – ASPEKTY ETYCZNE I PSYCHOLOGICZNE

WPROWADZENIE

Być człowiekiem oznacza być śmiertelnym. W ludzką naturę nierozłącznie wpisane jest ograniczone czasowo życie. Nasza śmiertelność ma wpływ na wszystkie sfery życia, na potrzeby, oczekiwania, marzenia, motywacje czy zachowania, w stopniu o wiele większym niż można by się spodziewać. Mimo że każdy człowiek żyje w ograniczonej czasoprzestrzeni, a jego życie pewnego dnia dobiegnie końca, mało kto decyduje się o tym dobrowolnie myśleć. Najczęściej w ludzkim umyśle dominują wyobrażenia i myśli o życiu, codziennych sprawach, najbliższych planach czy różnorodnych wspomnieniach. Jednak w ludzki los wpisane jest doświadczanie śmierci, zarówno swojej własnej, jak i śmierci innych, często bliskich osób. W sytuacji odchodzenia kogoś bliskiego zazwyczaj pojawia się większa świadomość śmierci. Nowe przeżycia związane z końcem życia i zbliżającą się śmiercią oddziałują zarówno na dobrostan życiowy osoby zmierzającej do kresu egzystencji, jak też na dobrostan otaczających ją ludzi. Wśród nich są również dzieci, które śmierć i odchodzenie pojmują na swój własny sposób. Zarówno przemijanie, lęk przed śmiercią, jak też kwestia włączania dzieci w odchodzenie kogoś bliskiego oraz w okres żałoby dotyczą nas wszystkich.

POWSZECHNOŚĆ LĘKU PRZED ŚMIERCIĄ

Ludzka śmiertelność właściwie od zawsze stanowiła trudny do zaakceptowania dla człowieka problem. Uzyskanie nieśmiertelności jawiło się często jako największy dar, spełnienie marzeń i ocalenie od unicestwienia. Wieki prób uzyskania nieśmiertelności nie przyniosły pożądanego rezultatu, jednak wskazały na coś bardzo istotnego w ludzkiej psychice: na niemożność ostatecznego pogodzenia się z przemijaniem (Kübler-Ross 2007: 20–23). Lęk przed śmiercią towarzyszył tak człowiekowi, jak i zwierzętom od samego początku i spełnia kluczową ewolucyjną funkcję, ponieważ jest sygnałem dla

zachowania własnego życia. Dzięki temu w niebezpiecznej sytuacji jednostka decyduje się na walkę lub ucieczkę, co pozwala zwiększyć szanse przeżycia (Kępiński 2012: 54). Lęk przed śmiercią może mieć jednak zgubny wpływ na przekonania, emocje i działania. Zbyt niski poziom tego lęku grozi utratą zdrowia lub życia poprzez mniejszą ostrożność i wykazywanie zachowań ryzykownych. Zbyt wysoki lęk przed śmiercią może sparaliżować działania osoby lub ukierunkować jej energię przede wszystkim na podtrzymywanie mechanizmów obronnych mających zapobiec rozrostowi lęku (Kępiński 2012: 54–56, 60–61, 229–231, 234–235).

Lęk przed śmiercią pozostaje lękiem powszechnym, doświadczanym na różne sposoby przez każdego człowieka. Polski psychiatra Antoni Kępiński sugerował nawet, że lęk – pomimo bogactwa form, w jakich występuje – jest tak naprawdę zawsze lękiem przed śmiercią. Każdy inny rodzaj lęku stanowi z tej perspektywy jedynie pewną postać głównego lęku, jakim jest obawa przed zakończeniem ludzkiej egzystencji (Kępiński 2012: 227). Poruszanie tematyki ludzkiej śmiertelności wydaje się jednak zagrażające – każde mówienie o śmierci stanowi bowiem przypomnienie nierzadko przerażającego faktu, że i my umrzemy. Antropolog kultury Ernest Becker był zdania, że istnienie śmierci jest zbyt obciążające psychologicznie, dlatego społeczeństwo powszechnie zaprzecza śmierci. Dzięki temu można zmniejszyć niepokój i stres związane ze śmiercią, jednak zaprzeczenie własnej śmiertelności stanowi niejako rezygnację z życia w pełni, świadomego, na o wiele głębszym poziomie (De Walden-Gałuszko 1992: 54, 56; Kübler-Ross 2007: 25, 27, 32–33; Kübler-Ross 2008: 33–34). Zwiększone – na przykład przez odchodzenie kogoś bliskiego – odczuwanie lęku przed śmiercią, czyli swoiste doświadczenie przebudzenia, może paradoksalnie pozwolić osobie spojrzeć na własne życie z dystansu i przewartościować swoje priorytety (Yalom 2008: 35–36, 40).

LEK PRZED ŚMIERCIĄ – PERSPEKTYWA EGZYSTENCJALNA

Należy podkreślić, że tego rodzaju lęk jest naturalną reakcją na zagrożenie potrzeby bezpieczeństwa życia, a co za tym idzie nie można go – ani nie trzeba – sztucznie likwidować. Tym, co można zrobić, jest zmodyfikowanie własnego podejścia do zjawiska śmierci. Powinno to pomóc w złagodzeniu psychologicznych następstw faktu ludzkiej śmiertelności (De Walden-Gałuszko 1992: 56). Kwestia lęku przed śmiercią stanowiła kluczowy przedmiot zainteresowań bardzo wielu filozofów, takich jak: Epikur, Arthur Schopenhauer, Søren Kierkegaard, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Albert Camus, Karl Jaspers czy Viktor Frankl. Do tej tematyki odnosili się

również liczni psycholodzy jak: Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Erich Fromm czy Kazimierz Dąbrowski. Tomasz Baran, psycholog z Uniwersytetu Warszawskiego, podkreśla, że historię ludzkiej myśli można określić jako dzieje radzenia sobie z lękiem przed śmiercią (De Walden-Gałuszko 1992: 56; Tumiłowicz 2014). Cyceron miał nawet powiedzieć, że „całe życie filozofa nie jest niczym innym jak medytacją nad śmiercią” (Yalom 2008: 36).

Obecnie zagadnieniem tym zajmuje się również psychiatra i psychoterapeuta egzystencjalny Irvin Yalom, który twierdzi, że na kondycję człowieka w ogromnym stopniu wpływają „kwestie ostateczne”, takie jak śmierć, wolność, samotność i brak poczucia sensu życia. Egzystencja człowieka jest związana z zarządzaniem rozpaczą, której powodem jest między innymi ludzka śmiertelność. Yalom zwraca szczególną uwagę na tak zwaną ranę śmiertelności, wedle której samoświadomość człowieka oznacza również świadomość końca własnego istnienia, a ta wiedza stanowi dla osoby obciążenie przez całe życie (Yalom 1980: 8–10, 41–42, 45; Yalom 2008: 11–12). Ponadto, sytuacja odchodzenia bliskiej osoby staje się sytuacją graniczną w świetle koncepcji niemieckiego psychiatry i filozofa Karla Jaspersa. Sytuację graniczną można opisać, odwołując się do tego, iż jednostka nie może zapobiec jej pojawieniu się, niemożliwe jest także uniknięcie zetknięcia się z nią. Sytuację graniczną można przyrównać do pewnego kryzysowego wydarzenia. Sam Jaspers był zdania, że przeżywanie tego rodzaju sytuacji stanowi nierozłączną część ludzkiego życia (Szalek 2006: 90–91, 95–100).

UMIERANIE A POSTRZEGANIE ŚMIERCI PRZEZ DZIECI

Szczególnie trudnej sytuacji musi więc doświadczać osoba zmagająca się z końcem egzystencji. Osoba umierająca jest tutaj rozumiana jako osoba zmierzająca do kresu swojego życia, może być na przykład terminalnie chora. W tej sytuacji zdecydowanie należy się jej dalsze godne traktowanie, o czym mówią Powszechna Deklaracja Praw Człowieka czy karty praw człowieka umierającego. Umierający nadal żyje, posiada pewien dobrostan życiowy i wszystkie prawa, które mają ludzie niebędący w stanie terminalnym (Bołoz 2008: 79, 81; ONZ 1948: 1–5; Wroński 2007: 725). Podkreślić należy, że termin „dobrostan” odnosi się więc nie tylko do osób cechujących się dobrym zdrowiem, mających przed sobą jeszcze wiele lat życia. W odniesieniu do sytuacji człowieka umierającego pojęcie dobrostanu można rozumieć raczej nie tyle jako pewien stan szczęścia czy błogości, a bardziej jako akceptowalny przez jednostkę stopień zaspokojenia podstawowych potrzeb (fizjologicznych, bezpieczeństwa), niski poziom cierpienia i niepokoju oraz satysfakcję z otrzymywanej na bieżąco opieki. Z tak rozumianym dobrostanem

łączy się również jakość życia przechodząca stopniowo w jakość umierania – wpływają na to czynniki takie jak zapewnienie możliwie wysokiego komfortu psychofizycznego czy też wsparcie ze strony bliskich (Pam 2017a; Pam 2017b; Stewart, Teno, Patrick, Lynn 1999: 94–97, 99). Z tego wynika, że, aby zadbać o dobrostan człowieka na ostatnim etapie jego życia, należy mu zapewnić wsparcie psychologiczne oraz zaspokajanie potrzeb. Jedną z takich potrzeb może być pożegnanie się z najmłodszymi bliskimi, czyli dziećmi.

Dzieci w różnym wieku postrzegają śmierć i proces umierania w odmienny sposób. We wczesnych etapach życia są one powszechnie zaabsorbowane śmiercią i jednym z zadań rozwojowych jest poradzenie sobie z lękami obejmującymi śmiertelność. Już dzieci w bardzo młodym wieku bywają zafascynowane martwymi roślinami, owadami czy zwierzętami, a także nagłym zniknięciem dziadka czy cioci (Yalom 1980: 27; Yalom 2008: 13). Jakie są przeżycia dzieci względem śmierci? Pierwszej straty dziecko doświadcza w pierwszych miesiącach życia, kiedy opuszcza ciało matki i zostaje od niej na pewien czas odłączane. We wczesnym dzieciństwie dominuje myślenie konkretno-obrazowe, to wtedy 2–3-letnie dzieci oglądają martwe rośliny czy zwierzęta, widząc głównie brak ruchu, niezdolność jedzenia i picia czy brak czucia. Wtedy dzieci nie boją się śmierci, ale czują duży lęk, kiedy na chwilę odchodzi ich matka czy inny opiekun. Dziecko nie wykształciło jeszcze perspektyw czasowych, nie wie więc, że matka wróci i reaguje tak, jakby odeszła na zawsze. Do 5. roku życia dzieci mają problem z uznaniem trzech aspektów śmierci: braku funkcjonowania ciała, nieodwracalności śmierci i uświadomienia sobie śmiertelności każdego człowieka (De Walden-Gałuszko 1992: 54; Walaszek 2009: 10–11).

Dzieci od 4 do 7 lat dostrzegają już nieodwracalność śmierci, ale nie rozumieją jej istoty i nadal wierzą w możliwość jej uniknięcia. Między 5. a 8. rokiem życia dzieci zazwyczaj personifikują śmierć, wyobrażając ją sobie jako osobę, która nieraz przychodzi po człowieka. Uważają, że przed śmiercią można się jakoś magicznie zabezpieczyć, na przykład wykonując określone czynności. Dzieci 7–8-letnie potrafią przypisywać cechy życia martwym przedmiotom, ale sama śmierć zaczyna już w nich budzić lęk. Przełom następuje w wieku 8–9 lat, kiedy dziecko widzi wszystkie zewnętrzne objawy śmierci oraz dostrzega kluczową sprawę: powszechność śmierci. Pojawia się lęk przed śmiercią rodziców oraz lęk przed własną śmiercią. Zazwyczaj w wieku 9 lat dziecko potrafi zrozumieć zjawisko śmierci, która jest pojęciem abstrakcyjnym, ale jego reakcje emocjonalne są nadal niedojrzałe. Należy podkreślić, że te niedojrzałe reakcje są jak najbardziej zdrowe i naturalne dla dziecka w takim wieku. Od 8 do 12 lat dzieci zaczynają myśleć abstrakcyjnie, dostrzegają przyczyny i objawy umierania. Najczęstszą reakcją emocjonalną pozostaje bezsilność, z którą dzieci radzą sobie przez bunt, nadmierną troskę i martwienie się o

innych czy przez manifestowanie swojej siły i zdrowia. W wieku nastoletnim wyobrażenie śmierci jest ukształtowane, ale wywołuje lęk i bezsilność. Osoba taka skupia się raczej na pewnych szczegółach związanych ze śmiercią, na przykład jak będzie wyglądać w trumnie, czy jak będzie wyglądał jej pogrzeb, nie tak często zaś na samej nieodwracalności śmierci czy innych następstwach. Na postrzeganie śmierci i umierania wpływa wzmożona emocjonalność, mogą pojawiać się myśli na temat samobójstwa (De Walden-Gałuszko 1992: 54–55; Mojs, Gajewska, Głowacka, Samborski 2008: 38–39; Walaszek 2009: 11–15; Yalom 2008: 13).

PODEJŚCIE DO ŚMIERCI – KIEDYŚ I DZIŚ

W świetle przytoczonych informacji warto odnieść się do kwestii obecności dziecka w życiu odchodzącego człowieka. Kiedyś, gdy śmierć postrzegano jako część naturalnej drogi ludzkiego życia, pożegnanie z bliskimi uznawano za oczywistą część ostatniego okresu życia osoby, w której uczestniczyły również dzieci (Kübler-Ross 2007: 23–25). Sprzyjało to umierającemu, który miał okazję wyrazić swoje prawdziwe myśli i odczucia dotyczące więzi łączącej go z innymi. Dawało to ulgę, zwiększało wewnętrzny spokój i ułatwiało umieranie. Równocześnie pożegnanie z umierającym bliskim pozwalało na odpowiednie przygotowanie do procesu żałoby, bez doświadczenia którego nie można pogodzić się z czyjąś śmiercią. Dzieci uczestniczyły w procesie odchodzenia osoby, były obecne podczas rozmów i dyskusji, obserwowały przeżywanie smutku, żalu, a w końcu także straty przez dorosłych. Było to ogromnie ważne, ponieważ dzięki temu mogły czuć, że nie są osamotnione w swoich przeżyciach i razem z dorosłymi dzielą żalobę. Mogły też obserwować i uczyć się jak radzić sobie w tej trudnej i nieuniknionej w życiu sytuacji. Dzieci były częścią społeczności przeżywającej smutek i w jej ramach mogły odnaleźć poczucie bezpieczeństwa, przeżywać trudne odczucia i mierzyć się z istnieniem śmierci. Najczęściej nie chroniono ich przed pogrzebem czy patrzeniem na ciało. W ten sposób dzieci przygotowywano do tego, aby śmierć traktowały jako nieodłączną część życia, co pomagało im zrozumieć proces umierania oraz mogło sprawiać, że szybciej dojrzewały (Kübler-Ross 2007: 24; Kübler-Ross 2008: 34; Walaszek 2009: 17–18).

Obecne w dzisiejszym świecie unikanie problematyki śmierci paradoksalnie spowodowało, że śmierć stała się bardziej przerażająca i tajemnicza. Rodzice i opiekunowie – często ze względu na własny nieopanowany lęk przed śmiercią – zaczęli izolować dzieci od styczności ze śmiercią. Często przez własny lęk dorośli są pewni, że dziecko nie będzie mogło znieść straty. Przez

wieki za opiekę nad osobami chorymi i umierającymi odpowiadały zazwyczaj rodzina i społeczeństwo, wszyscy pozostawali świadkami umierania osoby i uczestniczyli w pożegnaniu oraz żałobie. To pozwalało stopniowo przygotowywać się do kolejnych strat, a wreszcie – do własnej śmierci. Jednak sytuacja uległa radykalnej zmianie w ciągu ostatnich dziesięcioleci, kiedy śmierć została zinstytucjonalizowana, odsunięta od społeczeństwa, a umieranie przestało być traktowane jako część życia. Niemożliwe przez to stało się wspólne i powszechne dotąd przeżywanie straty; sama śmierć stanowi tabu, a rodzice coraz bardziej odsuwają dzieci od jakichkolwiek przejawów ludzkiej śmiertelności. Dzieci, nie znając zagadnienia śmierci i umierania, wykazują naturalną ciekawość, starając się poznać i zrozumieć tę kwestię. Obecnie coraz częściej zdarza się, że kiedy dziecko otwarcie wykaże lęk, opiekunowie sami zaczynają czuć się niekomfortowo i próbują pocieszać, odsuwać problem śmierci w daleką przyszłość, czy zaprzeczać jej istnieniu poprzez różnorodne opowieści o wiecznym życiu. Ponadto, dorośli coraz częściej usuwają dzieci z ostatnich etapów życia umierającego, z pogrzebu i wspólnej żałoby (Kübler-Ross 2007: 24–25; Kübler-Ross 2008: 34; Walaszek 2009: 18–19; Yalom 2008: 13).

KONSEKWENCJE UNIKANIA TEMATU ŚMIERCI

W ten sposób wielu osobom odebrano bezcenną możliwość ostatniego pożegnania, wyrażenia autentycznych uczuć w stosunku do drugiej osoby, które byłyby podsumowaniem istniejącej więzi emocjonalnej. Byłoby to korzystne zarówno dla odchodzącego człowieka, jak też dla dziecka mogącego raz jeszcze spotkać się z kimś dla siebie ważnym – nawet, jeśli z powodu amnezji wczesnodziecięcej dziecko nie pamiętałoby tego zdarzenia. Odmowa ostatnich spotkań z będącą u kresu życia osobą jest bardzo krzywdząca zarówno dla dobrostanu umierającego, jak też dla rozwoju samego dziecka. Odchodzący człowiek umiera w większej samotności, z poczuciem, że nie zdołał pożegnać się z tymi, których kochał. Pozbawiając dzieci tego doświadczenia, traktując śmierć jako tematu tabu bądź mówiąc, że „ciocia czy bliski kolega wyjechali na długie wakacje”, buduje się w dzieciach niepotrzebny lęk (Kübler-Ross 2007: 24–25; Kübler-Ross 2008: 34). Dzieci wyczuwają bowiem stany emocjonalne dorosłych, wiedząc kiedy ci nie mówią prawdy.

ODCHODZENIE BLISKICH A PRZEŻYCIA DZIECKA

Dla doświadczania żałoby po zmarłym kluczowe jest prawidłowe pożegnanie. Bez niego nie ma bowiem prawidłowej żałoby. Żeby przepracować stratę trzeba przeżyć cierpienie związane z końcem więzi emocjonalnej z drugą

osobą. Ochrona dziecka przed wiadomością o czyjejś śmierci może dać tymczasową ulgę (również opiekunom), gdyż dziecko nie będzie płakało czy tęskniło. Jednak długotrwałe skutki takiego postępowania bywają tragiczne, ponieważ nieprzepracowanie strat blokuje przeżywanie kolejnych, niemożliwych do uniknięcia strat, co prowadzi do „zamrożenia” emocjonalnego osoby, zatrzymując jej rozwój (Gapińska 2009; Janusz, Drożdżowicz 2013: 45–46, Walaszek 2009: 14). Nigdy też nie da się przywrócić do życia zmarłej osoby i pożegnać się z nią tak, jakby się tego chciało; nigdy nie powtórzy się momentu pogrzebu.

Rozmawianie o umieraniu i śmierci może stanowić duże wyzwanie dla opiekunów, którzy najpewniej sami głęboko przeżywają odejście kogoś bliskiego. Jednak mówienie o uczuciach w sposób zrozumiały dla dziecka jest bardzo ważne, gdyż ułatwia późniejsze radzenie sobie i rozwija dziecko. Dla samego dziecka lepsze jest pozwolenie mu na uczestniczenie w żegnaniu umierającego oraz w żałobie, ponieważ właśnie dzieląc żal i smutek po stracie z bliskimi dziecko odczuwać będzie mniejszy lęk niż pozostawione samo sobie wśród niedomówień. Dziecko, jak każdy, ma prawo do płaczu, krzyku, do odczuwania cierpienia, czyli do indywidualnego przeżywania straty (Walaszek 2009: 19–20).

PODSUMOWANIE

Odchodzenie bliskiej osoby to niezwykle obciążające przeżycie, zarówno dla dorosłych, jak też dla dzieci. Dla dobrostanu umierającego człowieka najlepsze jest umożliwienie mu pożegnania się ze wszystkimi ważnymi dla niego ludźmi, w tym z dziećmi. Dla dziecka śmierć i umieranie także stanowią trudny temat, jednak powszechność śmierci sprawia, że dziecko i tak się z nią zetknie. Nie powinno się odbierać mu możliwości pożegnania z ukochaną osobą, ponieważ nigdy już nie będzie mogło nadrobić ostatnich chwil z odchodzącym bliskim, a skutki nieprzepracowanej żałoby są o wiele poważniejsze niż odczucia związane z jej przeżywaniem.

BIBLIOGRAFIA

- Bołoz W. (2008), *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 2(3).
- De Walden-Gałuszko K. (1992), *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii: psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*, Gdańsk.
- Gapińska M. (2009), *Jak rozmawiać z dzieckiem o śmierci i umieraniu...?*, http://www.pracownia.org/rubrique.php3?id_rubrique=4 [20.05.2016].

- Janusz B., Drożdżowicz L. (2013), *Śmierć i żałoba w rodzinie. Oddziaływania terapeutyczne*, „Psychoterapia”, 2(165).
- Kępiński A. (2012), *Lęk*, Kraków.
- Kübler-Ross E. (2007), *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań.
- Kübler-Ross E. (2008), *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*, Warszawa.
- Mojs E., Gajewska E., Głowacka M.D., Samborski W. (2008), *Rozumienie pojęcia śmierci u dzieci i młodzieży 5 i 15-letnich* [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak (red.), *W drodze do brzegu życia*, t. V, Białystok.
- ONZ (1948), *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf, data dostępu [10.06.2016].
- Pam M.S. (2017a), *What is Quality of life?*, <http://psychologydictionary.org/quality-of-life/> [20.02.2017].
- Pam M.S. (2017b), *What is Well-being?*, <http://psychologydictionary.org/well-being/> [20.02.2017].
- Stewart A.L., Teno J., Patrick D.L., Lynn J. (1999), *The Concept of Quality of Life of Dying Persons in the Context of Health Care*, “Journal of Pain and Symptom Management”, 17(2).
- Szałek P.K. (2006), *Karla Jaspersa koncepcja śmierci jako sytuacji granicznej*, „Analiza i Egzystencja” 3.
- Tumiłowicz B. (2014), *Lęk przed śmiercią – apetyt na życie. Rozmowa z dr. Tomaszem Baranem*, <http://www.tygodnikprzeglad.pl/lek-przed-smiercia-apetyt-na-zycie-rozmowa-dr-tomaszem-baranem/> [10.06.2016].
- Walaszek A. (2009), *Spostrzeganie śmierci przez dzieci* [w:] J. Rajang, E. Kasprzak (red.), *Złożoność świata – lęki i nadzieje człowieka*, Bydgoszcz.
- Wroński K. (2007), *Prawo chorego do umierania w spokoju i godności*, „Nowotwory. Journal of Oncology”, 57(6).
- Yalom I.D. (1980), *Existential psychotherapy*, New York.
- Yalom I.D. (2008), *Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć groźbę śmierci*, Warszawa.

A CHILD, FEAR OF DEATH AND WELL-BEING OF A DYING PERSON – ETHICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Summary

Circumstances related to the process of dying of a loved one are an extremely difficult situation not only for adults, but also for children. The keynote includes child experiences considered in the context of contact with the fear of death and in the context of the welfare of a dying person. The issues concerning child's presence in the last stage of life of a passing away man, child's experiences and views related to death, as well as ethical aspects of child's saying goodbye to a dying person will be discussed. Should a child have contact with the dying person, experience emotions associated with this event, should he or she be able to say goodbye and to participate in the funeral? Should a child get acquainted with the issue of death, and why so often is this issue a taboo for adults? What consequences do these experiences bring for the child, his or hers environment and for the passing away person? In the article the psychological and ethical approach to the subject is presented.

Keywords: child development, fear of death, well-being, the process of dying

SABINA LUCYNA ZALEWSKA

CZY ROZMAWIAĆ Z DZIECKIEM O ŚMIERCI? ŚMIERĆ JAKO ELEMENT LUDZKIEGO ŻYCIA W ASPEKTACH WYCHOWAWCZYCH

WSTĘP

Powszechnie przyjmuje się, że w kulturze życia codziennego XX oraz początku XXI w. nastąpił okres milczenia, wyciszenia wobec doświadczenia umierania i śmierci. Zdawać by się mogło, że słowo „śmierć” oraz jej obrazy – wyjąwszy katastrofy i nagłe, nieoczekiwane wypadki – znikają z codziennego języka i medialnych wypowiedzi oraz że obyczajowość związana z *ars moriendi* (łac. sztuka umierania), odchodzi w zapomnienie. Współczesna masowa kultura skazuje na coraz większą marginalizację zjawiska umierania. Związana z nim kulturowa norma zmieniała swój charakter: to milczenie stało się fundamentalnym, głębokim nakazem, którego przerwanie wywołuje konsternację, a nawet zgorszenie. Z drugiej jednak strony daje się zaobserwować pojawienie się pewnej nowej „kultury śmierci”, przejawiającej się w formie żądania prawa do eutanazji, a nawet faktycznego jej stosowania w kilku krajach Europy Zachodniej (Kaczmarek 2009: 168). W konsekwencji rodzi się wiele pytań o stosunek do umierania, śmierci oraz obyczajów i rytuałów z tym związanych. Czy faktycznie fenomen śmierci został usunięty ze współczesnej kultury? Jak wyparcie jej wpływa na postawy wychowawcze? Czy rodzice potrafią rozmawiać z dziećmi o śmierci, skoro sami ją wypierają?

Można zauważyć, że obok refleksji antropologiczno-historycznej, pojawiły się nowe praktyki i nowe dyskursy. Na przełomie XX i XXI w. odchodzi się od sakralnego wymiaru śmierci na rzecz jej zmechanizowania, uczynienia umierania wolnym od cierpienia. Dawna *ars moriendi* została zastąpiona dyskretnym, osamotnionym konaniem w szpitalnych salach, a transcendencja została przysłonięta racjonalnością i pragmatyką życia. We współczesnej postawie wobec śmierci – wynikającej zarówno z przemian społecznych, etnicznych, jak i kulturowych – nastąpiła swoista hierarchizacja – od stojących najwyżej narracji religijnych, przez narracje prowadzone na gruncie sztuki, aż po gesty i codzienne zachowania. Jednak niezależnie od sposobu recepcji śmierci i poszukiwania antidotum, pozostaje ona nie-

zmiennie nieuchronnością. Można przyjąć, że współczesny stosunek do śmierci ma przynajmniej trzy oblicza: pierwsze – przyjmowanie postawy indyferentnej, traktującej śmierć jako unicestwienie i negatywność, drugie – zakorzenienie jej w horyzoncie teologicznym, skalającym umieranie z perspektywą wieczności, o której myśl ma ukierunkować doczesne ludzkie życie, trzecie – działania „oswajające śmierć” – ruchy hospicyjne, które nie zawsze są związane z określonym dyskursem religijnym, jednak przywracają śmierci jej społeczną akceptację i odrzucają kategorię nieprzyzwoitości cierpienia i choroby. Pytanie o śmierć, refleksja i dyskusja nad nią prowadzone we współczesnej humanistyce i naukach społecznych niosą ze sobą niebezpieczeństwo wywołania zgorszenia, skandalu, dyskomfortu. Umieranie, proces odchodzenia, doświadczanie śmierci coraz częściej ma miejsce poza społecznymi ramami: w odgrodzonych izolatkach, wypełnionych białym, zimnym szpitalnym światłem, wśród aparatury powodującej, że osoba staje się kimś drugorzędnym, a nawet niezauważalnym wobec diagnostycznych parametrów.

Przestrzeń umierania jest poza społecznym obiegiem, coraz bardziej obwarowana ścisłą klauzulą milczenia dotyczącego tak lekarzy, rodziny i przyjaciół. Barokowy spektakl żegnania się ze światem i towarzysząca mu teatralizacja zostały wyparte. *Meditatio mortis* zastąpiono kultem młodości, piękna, a nade wszystko życia niezakłócanego kwestiami budzącymi lęk, wątpliwościami, metafizycznymi zagadkami. Refleksja została wyparta przez ostentacyjną kulturę karnawału, proponującą niewiarę w śmierć jako zakłócającą dynamikę i optymizm życia. Przychylności ani akceptacji nie budzą pytania o niewygodne zagadnienia egzystencjalne, przemijalność, o duchowe ćwiczenia wzmacniające uczucia temporalności i godzenia się z nimi (Karłowicz 2002: 166–169).

1. WYCHOWANIE, NARRACJA, PERSPEKTYWA BADAWCZA

1.1. DEFINICJA WYCHOWANIA

Jest mi bliska klasyczna definicja wychowania, która ujmuje je w dwóch wymiarach: szerszym i węższym. Wychowanie w węższym zakresie to działania świadome, planowe, celowe, podejmowane przez wychowawców i rodziców, aby uzyskać założony rezultat. W szerszym natomiast, to wpływy niezamierzone i niecelowe, oddziaływanie wszelkich bodźców np. społecznych, masowych środków przekazu (Kwieciński, Śliwowski 2011: 58). W kontekście rozmów o śmierci, takie ujęcie wychowania wydaje się bardzo zasadne. Ponieważ rodzice, którzy sami mają problem z refleksją na temat śmierci, nie

potrafią takiej refleksyjności wzbudzić u dzieci. Z kolei otaczający świat, społeczeństwo także nie przyczynia się do takiej refleksyjności. Wręcz odwrotnie – przedstawia śmierć w sposób odrealniony, często pastiszowy.

1.2. NARRACJA I AUTOBIOGRAFIA

Okazję do współprzeżywania czyjegoś życia, doświadczeń, sposobów stanowienia sensu, nadawania znaczeń codziennym wydarzeniom dają historie życia, opowiadania o życiu, opowieści biograficzne. Jednostkowe historie, w których ujawnia się „mądrość powieści” i niepowtarzalność jednostkowego losu mogą być punktem wyjścia do postawienia pytania o podmiot i podmiotowość. Pytania subiektywnego zarówno w perspektywie badacza, jak i opowiadającego historie życia narratora, a dotyczącego tego kiedy, w jaki sposób i dzięki jakim zdarzeniom psychospołecznym ludzie czują się podmiotami własnych działań, sprawcami własnego losu. Te jednostkowe, subiektywne historie stają się więc punktem wyjścia do postawienia pytania nie o to, czym podmiot jest (w systemach filozoficznych, koncepcjach teoretycznych) i jak ontologiczny sens tego pojęcia jest odczytywany przez pedagogikę i pedagogów, lecz o to, w jaki sposób ludzie odczuwają, jak rozumieją i jak opisują własną podmiotowość. W ten sposób historie życia, autobiografie i autonarracje stają się początkiem, inspiracją dla namysłu, opisu oraz próby zrozumienia tego, jak podmiot istnieje, a nie są punktem dojścia, rozstrzygnięciem problemu. Wypowiedzi biograficzne i autobiograficzne oparte na autonarracjach są rzeczywistym źródłem cudzych i własnych doświadczeń egzystencjalnych, są takim właśnie punktem wyjścia do stawiania pytania o podmiot i podmiotowość (Nowak-Dziemianowicz 2008: 182).

Biograficzne autonarracje, pozwalając na odtworzenie reguł kierujących działaniem człowieka, dają również dostęp do obu tych typów refleksji: refleksji diachronicznej i synchronicznej (Prawda 1989: 85–89).

Nie do przecenienia jest wartość biograficznych autonarracji dla pedagogów. Wychowanie jest widoczne w zachowaniu wychowywanego w takim stopniu, w jakim „współgra” z wymaganiami jego wychowawcy. Ale to, które z pojawiających się w danym czasie następstw pedagogicznych oddziaływań ma znaczenie w biegu życia, zależy od tego, co wychowywany robi z wychowaniem. A tego możemy się dowiedzieć tylko z jego autobiograficznych opowiadań, nawet, jeśli uwzględnilibyśmy sądy świadków. Dlatego wychowywany jest właściwym podmiotem „wychowania zarówno w odniesieniu do tego, czego doznał, jak i tego, co może z tym zrobić. Dlatego autobiografia we wszystkich swoich formach i ze wszystkimi swoimi problemami jest dla nauk o wychowaniu źródłem poznania najwyższej wagi” (Loch 1999: 76).

Opowiadając historię o „ja” próbujemy zrozumieć siebie, świat oraz nasze relacje z innymi. Opowiadane historie opisują nasze życie oraz życie innych ludzi. Refleksja diachroniczna występuje więc nie tylko w jednostkowych historiach. Jest ona obecna także w historiach zbiorowych, odnoszących się do grup, wspólnot, dużych zbiorowości i pozwala człowiekowi usytuować się w tych strukturach społecznych i historycznej całości (Nowak-Dziemianowicz 2005: 72).

1.3. BADANIA

Badania przeprowadzono w 2015 roku. Były to badania jakościowe. Posłużono się analizą narracji biograficznej. Grupa zebranych narracji pochodziła od ludzi przychodzących do Poradni Dewajtis¹, dzieci ze Szkoły Podstawowej nr 60 im. Powstania Listopadowego w Warszawie oraz dzieci z Przedszkola Niepublicznego Sióstr Elżbietanek nr 2 w Otwocku. Grupa ta brała udział w warsztatach: „Ja i moje życie”.

Zebrano 85 narracji, w tym:

- 50 od osób dorosłych (34 kobiety i 16 mężczyzn);
- 25 dzieci w wieku szkolnym (15 dziewczynek i 10 chłopców);
- 10 dzieci w wieku przedszkolnym (6 dziewczynek i 4 chłopców).

Analiza zebranego materiału posłużyła do dokonania refleksji na temat śmierci i jej „doświadczenia” w życiu człowieka. Pozwoliła się zastanowić także nad aspektami tych rozważań. Materiał pogrupowano w takie zagadnienia jak:

- magiczne myślenie o śmierci,
- afirmacja piękna, młodość i zdrowia,
- wizja pustki, samotności, lęku i niebytu,
- współczesne bajki i gry,
- trauma,
- początek i koniec życia w domu.

Dzięki temu, że badani zgodzili się wpuścić badacza w świat swoich indywidualnych przeżyć i doświadczeń, można było dokonać opisu ich refleksji związanych ze śmiercią i doświadczeń, z którymi się zmagają. Trudno jest jednak stwierdzić, że refleksje te stanowią pewną prawdę obiektywną. Są jedynie opisem pewnej subiektywnej rzeczywistości, nad którą dokonali namysłu.

¹ Katolicki Ośrodek Pomocy Psychologiczno-Pastoralnej Poradnia Dewajtis powstał jako odpowiedź na potrzeby osób zmagających się z problemami natury duchowej, psychologicznej i pedagogicznej. W jego zespole pomoc świadczą księża, psycholodzy, pedagodzy oraz inni specjaliści. W Poradni udzielana jest pomoc doraźna przez wsłuchanie się w problemy osób i wspólne poszukiwanie sposobów rozwiązania istniejących kłopotów, http://www.poradnia.dewajtis.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=24 [10.01.2011].

2. MYŚLENIE MAGICZNE

W kontekście mówienia dzieciom o śmierci, często rodzice decydują się na myślenie magiczne. Jeśli się o czymś nie mówi, to tego nie ma. Trywializują problem i pomniejszają go. Używają specyficznego języka: „babcia jest u aniołków”, „rybka zasnęła”. Pomaga im to nie dotknąć problemu bezpośrednio. Chroni to bardziej ich niż dziecko, gdyż nie czują się wystarczająco kompetentni, aby rozmawiać z dzieckiem na takie tematy.

Piotr, lat 42

Nie umiałem jej tego wytłumaczyć. Chciałem także, aby nie cierpiała. Jak powiedzieć młodej dziewczynce, że jej babcia nie żyje. Babcia, którą kochała. Dla której była ważna. Chciałem oszczędzić jej smutku... Nie to nieprawda. Sobie chciałem tego oszczędzić. Do cholery, sam tego nie rozumiem. Sam się z tym kłóczę. Jak miałem jej powiedzieć. Nie umiałem! Pomyślałem, że jak nie będziemy o tym mówić, to nie będziemy cierpieć. Teraz wiem, że to głupie. Tylko się we mnie kumulowało.

Ania, lat 4

Tatus powiedział, że rybka Andzia zasnęła. To myślałam, że się obudzi. Nie chciałam tego przegapić. Siedziałam przy niej cały dzień. Pilnowałam jej i patrzyłam. Nie obudziła się. Później mama powiedziała, że musimy z nią zrobić porządek. Wylała ją do ubikacji. Krzyczałam i płakałam. Jak tam się obudzi, to będzie jej strasznie... Teraz boję się zasnąć. Jak zasnę, to już się nie obudzę, wie Pani. Nie chcę powiedzieć, co stało się z moją rybką! Ze mną też może się tak stać.

Jaś, lat 10

Nie zabrali mnie na pogrzeb. Powiedzieli, że to nie dla dzieci. A ja tak kochałem dziadka. Co z tego, że chorował. Przecież rozmawiałem z nim w szpitalu. Jeszcze niedawno. Wie Pani, ja myślę, że on nie umarł. Przecież go nie widziałem, jak umarł. Oni może nie chcą, bym go zobaczył, jak choruje bardziej. Kłamią mi, że go już nie ma. Ja im już nie wierzę [rodzicom]. Przecież nie jestem już mały. Teraz dziadek mi się śni. Woła mnie. Bardzo się męczę w tym śnie. Budzę się i jestem na nich zły [mówi ze złością].”

Nie da się uchronić dzieci od doświadczenia straty. Pomocą w jej przeżyciu jest pokazywanie sposobu, w jaki mogą radzić sobie z tym doświadczeniem oraz udzielanie wsparcia w okresie żałoby. Rozmowy z dzieckiem o śmierci czy o tęsknocie za zmarłym są bardzo trudne dla rodziców. Głównie dlatego, że sami ją przeżywają. Dzieje się tak także dlatego, że w naszej kulturze jest to często temat tabu. Zazwyczaj nie rozmawia się o śmierci, a w głowach roi się od różnych stereotypów na ten temat. Czasem rodzicom się wydaje, że skoro dziecko jeszcze nie chodzi do szkoły, nie potrafi wiele zrozumieć. Uważają, że jeśli odsuną od dziecka przykre myśli, to już do nich nie wrócą. Sądzą, że skoro dziecko nie mówi o trudnym dla siebie doświadczeniu, to oznacza, że radzi sobie z żałobą. To nie jest prawda. Dziecko nie czuje wsparcia ze strony rodziców i nie chce często przysparzać im dodatkowych zmartwień (Zych, 2006, s. 19).

Maria, lat 51

Nie umiem z nikim o tym porozmawiać. Jest mi tak źle. To przez moich rodziców. Oni także ze mną o tym nie rozmawiali. Co to znaczy odejść? Na zawsze? Jeśli się odchodzi, to można wrócić, prawda? Tak do mnie mówili: babcia odeszła? Teraz ja nie umiem inaczej. A sama w to nie wierzę. Nie wierzę, że to ostateczność. Ośmieszam w sobie ten fakt, że Józef [mąż] odszedł. Mówię, że za chwilę się spotkamy [ma łzy w oczach]. Ale wiem, że ta chwilka to jeszcze wieczność. Przeraża mnie to. Nie umiem rozmawiać o tym z dziećmi.

Niezależnie od wieku dziecka, należy poinformować o śmierci bliskiej osoby i porozmawiać szczerze o tym, co się stało. Rodzice powinni mówić prawdę „babcia umarła”, a nie „wyjechała”, ale nie powinni wchodzić w zbędne szczegóły, które niepotrzebnie obciążałyby lub przerażały dziecko. Rodzice nie powinni się bać używać słów definitywnych „nie żyje”, „jej serce przestało bić”, „już nie wróci”. Do młodszych dzieci przemawiają porównania i określenia, które potrafią zrozumieć, czyli np. ciało/serce źle działało, lekarze próbowali je naprawić, ale nie udało się i przestało działać. Szukajmy słów, które oddają istotę śmierci i jej nieodwołalności, a jednocześnie będą zrozumiałe dla kilkulatek. Psychologowie i terapeuci podkreślają, że należy wystrzegać się eufemizmów i uważać na sformułowania, które mogą wywołać u dziecka lęk, np. „babcia zasnęła i już się nie obudzi”, „tata wyjechał i nie wróci”, „mama była chora i umarła” – słysząc takie komunikaty małe dziecko może bać się zasypiać, przeżywać silny lęk, gdy ktoś z bliskich będzie wyjeżdżał albo, gdy samo lub ktoś bliski zachoruje. Komunikat powinien być prosty i jasny, a język dostosowany do możliwości rozwojowych dziecka. Takie rozmowy są dla dziecka bardzo trudne, dlatego tak ważne, aby je przeprowadzali ludzie bliscy. Tacy, co rozładują napięcie przytuleniem czy nawet wspólnymi łzami. To zadanie wychowawcze dla rodziców (Rattan 2009: 34–41).

3. AFIRMACJA PIĘKNA, MŁODOŚCI I ZDROWIA

Współczesność afirmuje piękno, młodość i zdrowie. Trudno się przyznać do przemijalności. Kolejny krem na zmarszczki, kolejna operacja, stwierdzenia „nie wyglądasz na swoje lata”. Jest w ludziach silny strach przed przemianami. Nie potrafią się z nim pogodzić i starają się temu zaprzeczyć. W takim duchu społecznej pogoni za „młodością” wychowują dzieci. Starość jest źle postrzegana przez społeczeństwo. Nie lubi jej, boi się jej. Kojarzy ona się z samotnością, końcem wszystkiego, śmiercią. Wiele badań pokazuje, że akceptujemy tylko starych „swoich”. Oni są dobrzy i mądrzy, kochani. Inni, „obcy” starzy, są uciążliwi, natarczywi, zbyt wścibscy (Uhlenberg 2010: 25–32). Przez takie myślenie oddalamy od siebie refleksję na temat śmierci. Unikamy jej. Nie osławiamy.

Stefania, lat 58

Niech Pani przyzna, nie wyglądam na swoje lata. A mam [mówi z satysfakcją]. Dbam o siebie i tyle. Inni nie dbają i staruszki zgrzybiałe chodzą. Nawet moim wnukom zabroniłam do siebie mówić babciu. Mówią Stefa. Im wolno [uśmiewa się]. Jak mi mówią komplementy, że nie wyglądam i tego typu, to czuję, że mam życie przed sobą. A nie jak inni myślę tylko o śmierci i o tym, że mrę. Wcale nie myślę, że umrę. Nie ja, inni tak [mówi ze złością]!... Potępia mnie Pani [pytanie retoryczne]? Zobaczysz Pani jak to jest być w moim wieku. Najlepsza obrona przed śmiercią, to dbać o siebie i wyglądać młodo! Wtedy nie jest się samotnym i ma się wielu znajomych.

Franek, lat 5

Boję się tej starej pani z dołu. Wygląda tak strasznie. Tatusz kiedyś powiedział, że tak jakby miała zaraz umrzeć [mówi przestraszony]. Ona nie jest taka fajna jak moja babcia. Moja babcia nie umrze, prawda proszę pani [patrzy na mnie niepewnie]? Często słyszę, jak ta pani kaszle głośno i bardzo głośno mówi. Jakby na mnie krzyczała. Wtedy chowam się za mamę. Moi rodzice także jej nie lubią. Oni mówią o niej starucha. Wtedy jeszcze bardziej się jej boję.

Katarzyna, lat 22

Pewnie będzie się Pani śmiała, ale boję się starości. Boję się czasu, kiedy będę taka pomarszczona i bezradna. Widzę tych wszystkich staruszków wkoło mnie, takich brzydkich i takich, co za chwilę umrą. Ja nie dam się. Nie będę stara i nie umrę. Wiem, że to niemożliwe, ale zrobię wszystko. Starość kojarzy mi się z końcem wszystkiego. Całego życia. Bo to przecież tuż przed śmiercią. A przed śmiercią jesteśmy zupełnie sami. Nie mamy już chyba nikogo do kochania?

Strach przed starością to plaga współczesnych czasów. Firmy kosmetyczne prześcigają się w tworzeniu preparatów zatrzymujących młodość, a farmaceutyczne leków wydłużających życie, kwitnie chirurgia plastyczna. Ludzie boją się nie tylko śmierci i bólu; obawiają się odrzucenia przez bliskich i społeczeństwo, utraty zdrowia, samodzielności, atrakcyjności, samotności, niedostatku, bycia ciężarem dla innych. Seniorzy nie są mile widziani na rynku pracy, a w rodzinach odchodzi się od „kultu starszeństwa”, bo coraz mniej stawia się na więzi międzypokoleniowe i szukanie autorytetów wśród ludzi starszych. Kanony piękna lansowane przez media określają dziś wartość człowieka. Ze środków masowego przekazu można wywnioskować, że jedynie ludzie młodzi potrafią cieszyć się życiem. Ten mit został stworzony dla potrzeb społeczeństw konsumpcyjnych i dziś obraca się przeciwko nim. Depresje, nerwice, uzależnienia, izolacja, utrata poczucia własnej wartości to nienaturalne skutki starzenia się we współczesnym świecie, z którymi warto walczyć. Najlepiej jest rozbić to przez wychowanie. Wychowanie dzieci do szacunku dla osób starszych. Szacunku dla przemijalności życia (Stępień 2006: 67).

Jesteśmy śmiertelni. Ta świadomość może przerażać, dlatego szukamy sposobów na poradzenie sobie z nią. Pisarz i filozof Stephen Cave wskazuje,

że ludzkość zawsze szukała jakiegoś eliksiru życia, jakiegoś mitu czy opowiadania, które pozwalałyby poradzić sobie ze świadomością własnej śmiertelności. Dodaje, że obecnie nadal to robimy, ale używamy innego niż dawniej języka. Współcześnie dostarcza nam go nomenklatura naukowa. Kiedy w zeszłym stuleciu odkryto hormony, mieliśmy nadzieję, że rozwiążą one problemy związane ze starzeniem się i chorobami. Dziś z kolei pokładamy nadzieję w komórkach macierzystych, inżynierii genetycznej i nanotechnologii. Motywy naszego postępowania pozostają jednak te same: tak jak dawniej, również współcześnie towarzyszy nam lęk przed śmiercią i – nieodmiennie – także dzisiaj staramy się w ten czy inny sposób poradzić sobie z faktem, że nie będziemy żyć wiecznie (Jenkinson 2013: 29–34).

4. WIZJA PUSTKI, SAMOTNOŚCI, LĘKU I NIEBYTU

Spółczeństwo i kultura umacnia nas w strachu przed śmiercią. Religia i głęboka wiara w Boga powinna nam pomóc. Pomaga, lecz nie wszystkim. Myśl o śmierci, jako rozpoczęcie nowej drogi, nowego życia nie towarzyszy wszystkim w tych rozważaniach. Niektórzy starają się tę myśl w sobie niejako zagłuszyć. Przyspieszają tempo życia. Skupiają na zadaniach, nie relacjach. Pędzą przed siebie.

Przerażająca jest wizja pustki, samotności, lęku i niebytu. Zmarnowania niejako tego, co było: doświadczenia, ciężko wypracowanej pozycji społecznej, nauki, zgromadzonych środków materialnych. Przedmioty zaczynają zastępować relacje. I ta ciągła racjonalizacja, że robi się wszystko z myślą o innych. Większy samochód, by wszystkim było wygodnie. Większy telewizor, by wszyscy lepiej widzieli. Lepszy komputer, bo więcej pamięci pomieści. Wpadamy w konsumpcjonizm zapominając o pielęgnowaniu tego, co najistotniejsze: RELACJI.

Karol, lat 42

To co w życiu ważne, to dobrze się ustawić. To znaczy zapracować na dobre i wygodne życie. Tak jak ja teraz pracuję. To prawda, kosztuje mnie to sporo czasu. W zadzie tylko pracuję i śpię. Za to żyję wygodnie. Mam dobry samochód. Piękne mieszkanie. Żonę i dzieci zdążyć jeszcze mieć, prawda [uśmiecha się do mnie]. Niedawno zmarł mój tato. Wylew. To było trudne. Ale staram się o tym nie myśleć. Nie mam czasu na takie rzeczy. Po co się martwić zawczasu.

Elżbieta, lat 54

Nie mam dzieci, nie mam męża. Tak chciałam. Praca jest całym moim życiem. To co robię, to robię dobrze i jestem z tego zadowolona. Inni także są ze mnie zadowoleni. W zasadzie to mój sukces, że po nikim nie sprzątam brudnych garów i ciuchów. Sama jestem sobie sterem i okrętem. Mam wygodne życie. Stać mnie na podróże. Nie myślę o starości i śmierci. Po

co? W zasadzie boję się o tym myśleć. Nie wiem jak to będzie. Ale teraz jestem w pełni sił. Więc po co na zapas myśleć o samotności? Powiem Pani, że śmierci się boję. Nie rozmawiam z nikim o tym. Wolę się zająć czymś konkretnym, takim jak praca!

Wojciech, lat 37

Dbam o rodzinę. Stać nas na wiele. Myślę, że moja rodzina ma dobry standard materialny. Zawsze mamy najnowszy sprzęt w domu. Jeździmy dobrymi i bezpiecznymi samochodami. Wszystko robię dla nich. Rodzina jest najważniejsza. To prawda, że mało jest mnie w domu. Żona wszystko ogranicza. Ale takie jest życie, coś za coś. Może trochę za mało rozmawiam z dziećmi. Ale nie mam kiedy. Pani uwierzy, jak wracam późno to albo one są w łóżkach, albo ja jestem padnięty... Gdyby mnie zabrakło, gdyby mi coś się stało... to nie wiem... Nie zastanawiam się nad tym. Lepiej nie. Budzą się we mnie wtedy takie lęki. Moi rodzice nie rozmawiali ze mną o śmierci, to trochę się jej boję. Wszyscy się boją. To normalne. To byłby koniec. Koniec wszystkiego [mówi ze smutkiem].

Francuski socjolog i filozof Jean Baudrillard (2006: 13) twierdzi: „Znajdujemy się w punkcie, w którym ‘konsumpcja’ opanowuje i pochłania całe życie, wszelkie działania łączą się ze sobą w trybie kombinatorycznym, kolejność satysfakcji ustalona jest już z góry, godzina po godzinie, ‘środowisko’ i ‘atmosfera’ mają charakter ‘totalny’, są całkowicie klimatyzowane, w pełni zorganizowane i skulturalizowane”. W ramach tak opisanej fenomenologii konsumpcji owo zjawisko ‘klimatyzowania życia’ dotyczy wszystkich relacji, dóbr, przedmiotów i usług, a poprzez to ma wielki wpływ na uwarunkowania wszelkich działań i wykorzystania czasu. W takim kontekście odbywa się współczesne wychowanie „do”. Pojawia się pytanie, czy jest ono tylko nakręcaniem życia konsumpcyjnego, czy także zagłuszaniem pytań egzystencjalnych rodzących się w każdym człowieku?

W kontekście konsumpcjonizmu, w kulturze masowej życie człowieka jest ograniczone do zakresu doczesności. Nie ma w nim nic wzniosłego, jest banalne i puste. Jako towar ma ono sens tak długo, aż się nie przeterminuje. Terminem przydatności do spożycia nie jest już nawet śmierć, lecz przyjemność. Jeśli więc życie człowieka nie dostarcza przyjemności, niezależnie od wieku, nie ma sensu. Stąd już krok w kierunku aborcji czy eutanazji. W kulturze tej prawda, dobro, piękno czy świętość nie mają znaczenia. Życie człowieka nakierowane jest na komfort i przyjemność, a nie na trud i wyrzeczenie (dlatego idea konsumpcjonizmu jest tak intratna dla ludzi młodych, którzy chcą zbierać od razu, zanim cokolwiek zasiali). Człowieka konsumpcji charakteryzuje więc wyrzeczenie się etyki zamiast klasycznej etyki „wyrzeczenia”. Wolność, jaką kreuje rynek, jest wąska i jednowymiarowa. Sprowadza się w zasadzie do bezrozumnego wyboru produktu określonej marki. Rządzi nią przekonanie, że „człowiek jest tym, co konsumuje”, które jest odmianą marksistowskiej zasady stwierdzającej, że „byt określa (czytaj: determinuje) świadomość”. W rezultacie forsowanej przez rynek postawy konsumpcji

dokonyuje się animalizacji człowieka, prymitywizując jego potrzeby i banalizując jego życie, które miałyby się sprowadzać wyłącznie do przejadania świata i spalania w tym procesie całego swojego człowieczeństwa (Mazur 2014: 11). Celnie ten aspekt życia ludzkiego ujmuje Jan Paweł II: „Jedynym celem, który się bierze pod uwagę, jest własny dobrobyt materialny. Tak zwana »jakość życia« jest interpretowana najczęściej lub wyłącznie w kategoriach wydajności ekonomicznej, nieuporządkowanego konsumpcjonizmu, atrakcji i przyjemności czerpanych z życia fizycznego, natomiast zapomina się o głębszych – relacyjnych, duchowych i religijnych – wymiarach egzystencji” (Jan Paweł II 2007: 23).

5. WSPÓŁCZESNE BAJKI I GRY

Współczesne bajki i gry nie pomagają dziecku w zrozumieniu śmierci. Wręcz oddalają tę myśl. W bajkach bohaterowie giną i cudownie ożywają, przejeżdża je samochód, spłaszczają się, by po chwili powstać płaskim jak naleśnik. Wychodzą z okna wysokiego budynku, upadają na ziemię, spłaszczają się i wstają. Wywołuje to salwy śmiechu. Dziecko nie odróżnia realności od fikcji. Z badań wynika, że jeśli nawet jest to charakterystyczne dla pewnego wieku, to brak tego rozeznania przesuwają na dalsze etapy rozwojowe i, co przerażające, utrwała się (Samborska 2004; Tisseron 2006). Podobnie oddziałują gry komputerowe. Jeśli bohater, w którego wciela się dziecko (i jak wiemy z badań bardzo się z nim utożsamia) ma możliwość żyć wielokrotnie, to w dziecku utrwała przeświadczenie, że pewne czynności życiowe można powtórzyć, np. krzywdę wyrządzoną drugiej osobie, chorobę, budowę domu, kształtowanie charakteru itd. Ma się wręcz moc stwórczą, podobną do Boga (Kozak 2005; Laniado, Pietra 2006; Białokoz-Kalinowska, Piotrowska-Jastrzębska 2005: 22–34).

Jarosław, lat 33

Jak gram to myślę, że jestem nieśmiertelny. Mam uczucie, że wszystko mogę. Gram tylko nocami. Mam wtedy czas i nikt mi nie przeszkadza. Gry są fascynujące. Mam wrażenie sprawczości. Wie Pani, jak Bóg. Daję życie i zabieram je. Mogę tę samą sytuację przeżyć wielokrotnie. Kto tak może [pytanie retoryczne]? Gry fascynują mnie już od 10 lat. W zasadzie nie wyobrażam sobie życia bez nich. Nie potrzebuję ludzi i oni mnie nie potrzebują. W grze nikt mnie nie zdradzi i nie zrani. To ja mogę. Mogę wszystko [wykrzykuje to z uśmiechem]!

Jakub, lat 16

Gry to moja pasja. Gry to moje życie. Mama mówi, że za dużo gram, za dużo przesiaduję sam w swoim pokoju. A ja to kocham proszę Pani. Czy Pani rozumie, co znaczy coś kochać (pytanie retoryczne)? Mój kolega grał ze mną w sieci. Teraz nie gra. Mówią, że jest

chory, czy coś. Ja nie zachoruję. Nie mógłbym. Nie mógłbym grać wtedy. Żal mi go, że nie może siedzieć przy komputerze. Ja bym tego nie przeżył. Mój świat to gry! Ból, cierpienie, samotność to nie dla mnie. Ja żyję, gdy gram. Ja oddycham, by grać.

Julia, lat 5

Mama mówi, że ten świat kucyków nie istnieje. Ale jej nie wierzę. Przecież ta bajka jest prawdziwa. Każdy, kto tego bardzo chce może latać, proszę Pani. I w tej krainie nikt nie choruje i nie umiera. To bardzo fajna kraina. Ja także chcę tam żyć. I jak bardzo będę chciała to mogę. Mój starszy brat Igor, raz wszedł na wysokie drzewo i powiedział, że może polecieć tak jak one. I rozłożył ręce, ale później mu się odechciało. I zszedł. Jak będziemy na wakacjach u babci, to także tam wejdę i spróbuję. Nie odechce mi się, tak jak jemu.

„Naukowa” wizja współczesnego człowieka, przedstawiająca go jako biologiczną maszynę, jest zdecydowanie zbyt ponura. Stąd chęć ucieczki w świat, w którym wszystko jest możliwe. Współczesny zachodni świat został całkowicie odczarowany, zeświecczony i stechniczowany. Odarty z tajemnicy (Mikołajko 2009: 43). Ucieczka w wyobraźnię świadczy, że dziecko z czymś sobie nie radzi. Potrzebuje pomocy i wsparcia. Wyniki badań potwierdzają, że dzieci bawiące się w gry agresywne są narażone na uzależnienie od nich. Pojawia się, zatem pytanie, dlaczego gry mają tak silny wpływ na użytkowników? Badacze, np. Maria Braun-Gałkowska, ks. Marek Dziewiecki i Iwona Izdebska, alarmują, iż oddziaływanie gier jest o wiele silniejsze niż oddziaływanie przemocy oglądane w telewizji.

Jest to spowodowane tym, że podczas zabawy użytkownik podlega równoczesnemu oddziaływaniu silnych mechanizmów, które nie występują podczas oglądania telewizji (Ulfik-Jaworska 2001: 15). Szczególnie silny wpływ ma aktywne uczestnictwo w grze komputerowej, gdyż gracz jest równocześnie sprawcą danych sytuacji, a nie tylko biernym odbiorcą. Ponadto długotrwałe oglądanie scen przemocy powoduje **desensytyzację**, czyli obniżenie wrażliwości i obojętność. Kolejnym silnym mechanizmem utrwalanym podczas korzystania z gier komputerowych jest kojarzenie agresywnych zachowań z nagrodą. Przemoc w grach pozwala osiągnąć sukces i daje poczucie mocy i zwycięstwa, co wiąże się z tym, że gry tego typu wciągają graczy i dają im odczucie przyjemności. Podczas zaangażowania się w takie gry dziecko dowiaduje się, że agresja i przemoc wcale nie jest złem, lecz „dobrem”, bo jest skuteczne. W tych sytuacjach granica między dobrem i złem powoli ulega rozmyciu (Kozak 2011: 36).

6. TRAUMA

Dzisiaj wszyscy uciekają od myśli o śmierci. Wręcz panicznie się jej boją. Nie mówi się o niej, nie zabiera dzieci na pogrzeby, do szpitala. Nie oswaja się z tą myślą siebie i nie potrafi oswoić z nią swoich dzieci. Rodzice bro-

nią się, używając argumentu: „nie chcemy w nich wywoływać traumy”. A ze śmiercią bliskich zetknemy się prędzej czy później. Jeśli później, trudniej będzie nam poradzić sobie ze stratą. W poradni spotykam wiele dorosłych osób, które nie radzą sobie z etapami żałoby. Zawieszają się na którymś z jej etapów i nie mogą pójść dalej. Jest to stan coraz częściej spotykany. Jeśli nie radzimy sobie z tym jako rodzice, to nie potrafimy tym bardziej pomóc w radzeniu sobie z tym naszemu dziecku. Grozi to tym, że gdy dziecko dorosnie, także nie będzie umiało sobie poradzić ze stratą.

Anna, lat 44

Jestem psychologiem. Powinnam sobie poradzić. A nie potrafię. Gdy mama umarła, gdy ją odłączyli od aparatury, nie było we mnie zgody na to. Odcięłam jej pukiel włosów i oprawiłam w ramkę. Wisi u mnie nad naszym łóżkiem małżeńskim. Ona całkiem nie odeszła. Jest ze mną. Jeżdżę każdego dnia na cmentarz. Rozmawiam z nią. Pani mnie zrozumie. Wiem, że to nierealne, ale nie potrafię pozwolić jej odejść. Minęły już 2 lata, a ja tkwię ciągle w tym samym miejscu. Nie oddałam jej ubrań. Przytulam się do nich czasem, gdy nikt nie widzi. Wącham. Chce odnaleźć jej zapach. Kiedy nie pozwalam jej w sercu odejść, to tak jakby nadal żyła.

Zuzanna, lat 25

Zmarła moja ukochana babcia. Mówią, że zmarła. Może jednak nie? Za nim przyjechałam, skremowali ją. Nie pożegnałam się. Nie widziałam jej ostatni raz. To dla mnie trudne. Może gdybym ją zobaczyła. Może gdybym jej dotknęła ostatni raz, łatwiej byłoby mi to przyjąć. Zmarła, to takie ostateczne. Wolę odeszła. W tym słowie jest możliwość. Możliwość powrotu... Łudzę się, wiem. To tak bardzo boli. Ona jest pierwszą osobą, którą kochałam i odeszła. Jak sobie poradzę z innymi. Boję się tego panicznie. Ciągle dzwonię do mamy i sprawdzam, czy z nią jest wszystko w porządku. Mam się złości. To chore z mojej strony.

Dariusz, lat 28

Ona cierpi [żona]. Ale ja także cierpię. Nasza córeczka była taka mała. Bezbronna. Nie miała szans. Dlaczego nam ją zabrano [mówi ze łzami w oczach]. Już minęły 3 lata. A ja cierpię jak w dniu, kiedy nam powiedzieli, że nie żyje. To takie niesprawiedliwe. Rozumie Pani, niesprawiedliwe. Innych dzieci nie umierają. Dlaczego nasze [podnosi głos]! Staram się być silny dla żony. Ale nie jestem. Nie radzę sobie z tym. Najgorzej jak przychodzi wieczór i jest tak cicho. Wtedy wyobrażam sobie, że ona spokojnie śpi w swoim łóżeczku. Łóżeczko nadal stoi. Nie pozwoliłem go zabrać. Tylko ono mi zostało.

Każdy w indywidualny sposób przechodzi przez okres „godzenia się” z wieczną rozłąką z ukochaną osobą. Ból po stracie zawsze towarzyszy śmierci człowieka bliskiego. Wszechogarniający smutek jest czasem nie do zniesienia. Nie pomagają rozmowy z rodziną, samotność, łzy, codzienne wizyty na cmentarzu. Bez względu na okoliczności śmierci (wypadek, choroba, starość), chęć zaprzeczenia przemijania jest bardzo kusząca.

Oprócz doświadczenia smutku, żalu, lęku, gniewu i samotności, często pojawia się poczucie winy, depresja, a nawet myśli samobójcze. Po co dalej żyć, skoro zostałem sam? Żałobnik intensywnie poszukuje sensu śmierci

zmarłego. Pogrzeb, jako to fizyczne pożegnanie się z nieboszczykiem na „ziemskim padole”, ale również proces żałoby, to sytuacje skrajnie stresogenne, podczas których człowiek uruchamia szereg mechanizmów obronnych. Najczęściej osoby cierpiące po stracie kogoś bliskiego zaprzeczają śmierci, oddalają jej realność, uciekają od kontaktów z ludźmi, izolują się, wycofują się do własnego wnętrza, by w samotności przeżywać swoje „piekło”. Niektórzy identyfikują się ze zmarłym, np. poprzez przyjęcie jego sposobów ubierania się, zachowania, mówienia czy gestykulacji. Idealizują zmarłego, wracają do miejsc, w których przeżyli z nim wspólne chwile. Inni przeciwnie – pragną odseparować się od wszystkiego (przyjaciół, mieszkania, pamiątek), co jest źródłem wspomnień i unaocznia za każdym razem wielkość straty (Kolek 2009: 12–18). Aby przeżyć stratę, każdy musi przejść określone etapy żałoby. Nie można tego ominąć. Warto jest już wcześniej dzieci z tym zapoznać i o tym z nimi rozmawiać. Powinno to się stać elementem procesu wychowawczego, przygotowującego je do życia i przeżycia straty w latach ich dorosłości.

7. POCZĄTEK I KONIEC ŻYCIA W DOMU

Kiedys człowiek rodził się i umierał w domu, wśród bliskich i sąsiadów. Zabierano dzieci na modlitwy przy zmarłym, na pogrzeby. Dzieci uczyły się oswajając „śmierć” i emocje z nią związane. Rodzice pomagali im w tym, tłumacząc ich doświadczenia, przytulając. Były to przeżycia trudne, ale oswojalne. Dziecko uczyło się swojej przemijalności. Racjonalizowało sobie uczestnictwo w tym wielkim kręgu: od narodzin do śmierci.

Aleksandra, lat 35

Pamiętam, jaki miałam dylemat czy wziąć córkę na pogrzeb. Wiedziałam, że w kaplicy trumna będzie otwarta. Zuzia miała tylko 3 latka. Rozmawialiśmy z mężem. Uznaliśmy, że to za duża trauma. Teraz, z perspektywy czasu myślę/wiem, że to był błąd. Wtedy bardziej bałam się tego, że nie będę umiała jej tego wytłumaczyć. Bałam się, że nie mam kompetencji i umiejętności, by to zrobić. Chyba bardziej bałam się o siebie, niż o nią. Gdy zmarł jej dziadek, męża ojciec. To był dla niej szok. Miała już 8 lat. Niby więcej rozumiała. Ale to było dla niej niezrozumiałe. Gdybyśmy wcześniej o tym z nią rozmawiali, gdybyśmy zabierali ją na pogrzeby ludzi, z którymi nie była tak związana, nie byłaby teraz potrzebna jej pomoc psychologa. Myślę, że trzeba dzieci wprowadzać w ten świat. Wychowywać, oswajając z tą myślą, że życie jest skończone. Nas tak wychowywano, to skąd u nas strach przed tym, by o tym rozmawiać z dziećmi [pytanie retoryczne]?

Zbigniew, lat 57

Pamiętam jak pierwszy raz zobaczyłem trupa. Babcia zabrała mnie na różaniec przy zmarłej sąsiadce. Bałem się i byłem podekscytowany. Babcia mocno mnie tuliła. Jej obecność dodawała mi odwagi. Wiedziałem, że mnie obroni. Nie znałem tej pani. Niektó-

rzy płakali. Atmosfera była podniosła. Zrozumiałem wtedy, choć byłem mały, że to coś ważnego i godnego. Zostało mi to na całe życie. Dzięki temu mam ogromny szacunek do życia. Tego także starałem się uczyć moje dzieci. Żona miała wątpliwości, czy je zabierać na pogrzeby. Ja byłem twardy. Zabierałem, rozmawiałem z nimi o tym. Dziś są silnymi ludźmi z szacunkiem do życia. Nie rozumiem, wie Pani, tego, co inni z tym wyrabiają. Dzisiaj w wychowaniu nie mówi się o tym. W ogóle ośmiesza się śmierć. Tak jakby człowiek miał być nieśmiertelny. To takie dziecinne zachowanie.

Barbara, lat 42

Wie Pani, to dla mnie szokująca różnica. Jak umierał dziadek, to był w domu. Odwiedzaliśmy go. Babcia się nim opiekowała. Odszedł z uśmiechem na ustach. Dosłownie! Miał taki radosny wyraz twarzy. Były różańce i świeca. Do kaplicy przyszła cała wieś. Trumna była otwarta. Mój syn podszedł do niego i do trumny włożył mały samolot. Powiedział, że lubił się nim z pradziadkiem bawić. To było takie ludzkie, takie normalne i piękne. Gdy umierała babcia, to już mieszkała z moimi rodzicami. Umarła w szpitalu. Nie było nas przy niej. W ogóle jej nie widzieliśmy. Mama zdecydowała się na kremację. Chciała, by była z dziadkiem, a przewozić trumny na wieś nie chciała. Nie pożegnałam się z nią. Nie widziałam jej. To takie smutnie. Mam z tym problem. Mam problem ze strachem przed taką śmiercią. Nie chcę tak jak ona! Nie pozwolę [podnosi głos]!

Świadomość śmierci, na co zwracają uwagę zwłaszcza psychologowie, jest „pierwotnym źródłem lęku, przed którym bronimy się za pomocą licznych mechanizmów psychicznych”. Ludzie na różny sposób „uciekają” przed myśleniem o śmierci. Zmarły w Krakowie 3 lutego 2012 r. lekarz, prof. Andrzej Szczeklik mówił, że „nasza generacja wyparła śmierć ze świadomości. O śmierci się nie mówi. Nie ma dla niej miejsca w świecie, który zachorował na wieczną młodość”. Ludzie zdają się żyć według zasady: *gdy będę zbyt dużo myślał o śmierci, nie będę miał czasu na to, aby naprawdę żyć* (Szary 2012: 54).

Problemem wymagającym rozważenia jest obecność dzieci w domu umierającego. Wydaje się, że nadmierne chronienie dzieci przed zetknięciem ze śmiercią jest niepotrzebne, a nawet szkodliwe. Wbrew naszym oczekiwaniom dzieci niekiedy w naturalny sposób przyjmują fakt umierania i odejścia bliskich. Oczywiście należy każdą sytuację rozważyć bardzo indywidualnie dostosowując ją do wieku, wrażliwości dziecka i tego, kim jest dla niego osoba umierająca. Towarzystwo dziecka przy umieraniu bliskiej osoby może być dla niego także pomocą w przyszłym dorosłym życiu. Sztuczne separowanie dzieci od śmierci jest tylko odsuwaniem problemu, który w miarę lat narasta (paradoksalnie niekiedy trudniej jest zmierzyć się z problemem śmierci nastolatkom niż dzieciom w wieku przed- i wczesnoszkolnym). Wymaga to jednak od rodziców szczególnej postawy i umiejętności stworzenia atmosfery spokoju i akceptacji faktu śmierci jako naturalnego, ostatniego etapu życia ludzkiego (Stachomiąlek 2001: 21–27).

Umieranie jest częścią życia. Ten etap, choć najdramatyczniejszy ze wszystkich i nieunikniony, powinien być przyjmowany z taką troską i sza-

cunkiem jak narodziny. Poprzez wychowanie, włączanie i rozmawianie o tym z dziećmi, jesteśmy w stanie przywrócić jego godność i wymiar szacunku. Bo życie zaczyna się w domu i tam powinno się kończyć, wśród bliskich. Potrzebne jest to obu stronom. Temu, który umiera i temu, który uczy się, że życie nie jest dane na zawsze.

ZAKOŃCZENIE

Bogdan Suchodolski (1956: 26) napisał: „Rzeczą najważniejszą w wychowaniu współczesnym jest kształtować ludzi tak, aby umieli oni żyć w warunkach współczesnej cywilizacji, aby potrafili podołać zadaniom, które im stawia, aby korzystali z możliwości kulturalnego rozwoju, którego im dostarcza, aby wiedzieli, ku czemu i jak dążyć, z jakich źródeł czerpać radość życia.” Wychowanie jest przygotowaniem człowieka do zadań, jakie powstają w wyniku rozwoju współczesnej cywilizacji. Jest ono zarazem przysposobieniem jednostki do życia. Ważne jest, aby wychowanie było przygotowaniem do dorosłego życia, w którym niejednokrotnie człowiek musi radzić sobie sam. Dziecko uczy się rozwiązywania problemów, radzenia sobie w trudnych sytuacjach, a tym samym samodzielności. Sądzę, że jest to potrzebne, szczególnie w dzisiejszych czasach, w których dzieci są bardziej uzależnione/wyręczane przez swoich rodziców. Są mało samodzielne i przejmują ich sposób postrzegania świata.

Bardzo ważne jest, aby z dziećmi rozmawiać o śmierci. Wystarczy przeczytać bajkę o „Dziewczynce z zapalkami” lub „Śpiącej Królewnie”. Być przy emocjach dziecka i starać się odpowiadać na wszystkie jego pytania. To przygotowuje do zmierzenia się z tym problemem, który i tak kiedyś się pojawi. Nie jesteśmy nieśmiertelni. Każdy z nas kiedyś zetknie się ze śmiercią osoby bliskiej. Czy będzie umiał z tym sobie poradzić, zależy od tego, czy się tego nauczy.

BIBLIOGRAFIA

- Baudrillard J. (2006), *Spółczesność konsumpcyjna. Jego mity i struktury*, Warszawa.
- Białokoz-Kalinowska J., Piotrowska-Jastrzębska J. (2005), *Zagrożenia zdrowotne wynikające z nieracjonalnego korzystania z komputera przez dzieci i młodzież* [w:] J. Izdebska, T. Sosnowski (red.), *Dziecko i media elektroniczne – nowy wymiar dzieciństwa. Komputer i Internet w życiu dziecka i obraz jego dzieciństwa*, Białystok.
- Jan Paweł II (2007), *Evangelium Vitae*, Warszawa.
- Jenkinson, S. (2013), *Jak mogłoby być. Podręcznik dla umierających i tych, którzy ich kochają*, Kraków.

- Kaczmarek A. (2009), *Śmierć. Poszukiwanie znaczenia w kontekstach kulturowych, społecznych i politycznych*, „Teka Komisji Politologii i Stosunków Międzynarodowych – OL PAN” nr 4.
- Karłowicz D. (2002), *Śmierć zwierzęcia, śmierć człowieka, śmierć boga*, „Frona”.
- Kolek B. (2009), *Sens życia i umierania*, Kraków.
- Kozak E. (2005), *Ekspresyjne sceny przemocy*, „Edukacja i Dialog” nr 4.
- Kozak S. (2011), *Patologie komunikowania w Internecie*, Warszawa.
- Kwieciński Z., Śliwerski B. (2011), *Pedagogika. Podręcznik akademicki*, Warszawa.
- Laniado L., Pietra G. (2006), *Gry komputerowe, Internet i telewizja*, Kraków.
- Loch C.H. (1999), *Lebenslauf als antropologischer Grunbergriff einer bigraphischen Erziehungstheorie* [w:] H.H. Krüger, W. Marotzki (red.), *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*, Wiesbaden.
- Mazur P.S. (2010), *Klasyczna koncepcja wychowania w epoce konsumpcji*, <http://realitas.pl/Archiwum/PSM20100805.html>
- Mikołajko Z. (2009), *W świecie wszechmogącym o przemocy, śmierci i Bogu*, Warszawa.
- Nowak-Dziemianowicz M. (2005), *Doświadczenia rodzinne w narracjach. Interpretacja sensów i znaczeń*, Wrocław.
- Nowak-Dziemianowicz M. (2008), *Podmiot w narracjach. Narracja, autobiografia, tożsamość*, „Forum Oświatowe”, nr specjalny.
- Prawda M. (1989), *Biograficzne odtwarzanie rzeczywistości (o koncepcji badań biograficznych Fritza Schütze)*, „Studia Socjologiczne” nr 4.
- Rattan S. (2009), *Dokąd odchodzisz?*, Gdańsk.
- Samborska I. (2004), *Dziecko i telewizja: reklamy i bajki telewizyjne, a zachowania językowe współczesnego przedszkolaka*, Bielsko-Biała.
- Stachomialek J. (2001), *Przemijanie i śmierć w refleksji andrologicznej*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” nr 1.
- Stępień Cz. (2006), *Przemiany umieralności i przeciętnego trwania życia osób w starszym wieku w Polsce* [w:] J. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Łódź.
- Suchodolski B. (1959), *Wychowanie dla przyszłości*, Warszawa.
- Szary S. (2012), *Filozofia spotkania z człowiekiem umierającym – w poszukiwaniu sensu życia, cierpienia i śmierci*, <http://www.psychologia.net.pl/artikul.php?level=609>
- Tisseron S. (2006), *Dziecko w świecie obrazów*, Warszawa.
- Uhlenberh P. (2010), *Znaczenie osób starszych dla dzieci w starzejących się społeczeństwach* [w:] B. Bugajska (red.), *Młodość i starość. Integracja pokoleń*, Szczecin.
- Ulfik-Jaworska I. (2001), *Czy gry komputerowe mogą być niebezpieczne?*, „Wychowawca” nr 12.
- Zych A. (2006), *Rozpaczać, aby żyć – żałoba w życiu człowieka* [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Kraków.

DEATH AS A PART OF HUMAN LIFE IN EDUCATIONAL ASPECTS. TO TALK OR NOT TO TALK WITH YOUR CHILD ABOUT DEATH?

Summary

Contemporary mass culture condemns the increasing marginalisation of the phenomenon of dying. The associated cultural norm has changed its nature: this silence has become fundamental, deep order, which interrupt calls the consternation and even mischief. On the other

hand, can be seen the emergence of a new "culture of death", manifested in the form of the right to request euthanasia, and even the fact of its use in several Western European countries. It can be assumed that the modern attitude to death has at least three faces first-taking attitudes indyferentnej, dealing with death as annihilation and negativity, the second – rooting its theological horizon, scalającym dying with the prospect of eternity, that thought has a direct temporal human life, third-act "neutralising" – hospicyjne movements, which are not always associated with a specific religious discourse, however, grant the death of her social acceptance and reject the category obscenity of suffering and disease. Asked about the death, reflection and discussion on it in contemporary arts and social sciences carry with them the responsibility of bringing this issue in education.

Keywords: death, education, narrative, autobiography

IRYNA DROZD

POMOC I WSPARCIE DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W POLSCE W LATACH 2010–2014

Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi nie jest gruntownie zbadana. Zdiagnozowano co prawda najważniejsze jednostki chorobowe, tworzy się coraz skuteczniejsze leki i formy terapii, istnieje sieć specjalistycznych placówek zdrowotnych i opiekuńczych, ale wciąż nie do końca poznany pozostaje obszar funkcjonowania osób chorych oraz ich relacji z otoczeniem. Instytucjami wspierającymi osoby chorujące psychicznie są szpitale psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego, organizacje pomocy społecznej oraz inne organizacje i stowarzyszenia pozarządowe. Niniejsze opracowanie przedstawia sytuację tych osób w oparciu o dane z polskich urzędów statystycznych.

Podstawowym aktem prawnym regulującym w prawie polskim kwestie związane ze zdrowiem psychicznym, jego ochroną oraz leczeniem osób chorych jest ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Reguluje ona problemy związane z leczeniem tych osób oraz zasady organizacji i funkcjonowania szpitali psychiatrycznych. Z medycznego punktu widzenia choroby psychiczne istniały od zarania dziejów człowieczeństwa i przyjmowały różne formy, postacie, występując pod różnymi nazwami. Stosunek otoczenia do chorych był uzależniony od tła historycznego, kształtował się poprzez równie zróżnicowane jak same społeczeństwa systemy światopoglądowe, które interpretowały i wyjaśniały rzeczywistość fizyczną, społeczną w formie wierzeń, wiedzy potocznej i naukowej, przekonań i wyobrażeń (Brodniak 2000: 9).

Psychiatria jako odrębna dziedzina medycyny powstała i rozwinęła się dopiero na przełomie XVIII i XIX wieku. Sama nazwa „psychiatrii” i określenie lekarza zajmującego się leczeniem osób chorych psychicznie jako „psychiatry” weszły do użycia w Europie w połowie XIX wieku. Do tego czasu lekarzy pracujących w przytułkach i szpitalach dla umysłowo chorych nazywano alienistami (z j. łacińskiego *alienus* – obcy, cudzy, należący do kogoś innego). Największy rozwój wielkich systemów i szkół w psychiatrii, obejmujący różne klasyfikacje zaburzeń psychicznych (nozologia), opisy ich objawów, etiopatogenezę i metody leczenia nastąpił w drugiej połowie XIX

i w pierwszej połowie XX wieku (Brodniak 2000: 9). Zakres refleksji społecznych nad chorobą psychiczną i osobą chorą był w psychiatrii uzależniony od pewnych warunków i nurtów występujących w tej dziedzinie medycyny przez ostatnie dwieście lat. Jeżeli w nauce panowało organiczne, somatyczne podejście do choroby psychicznej, wtedy jej kontekst społeczny i psychologiczny były traktowane marginalnie lub w ogóle nie były brane pod uwagę (szczególnie w ujęciu neuropsychicznym – koncentracja jedynie na badaniach mózgu). Z kolei w okresie przewagi w psychiatrii nurtów witalistów i psychików w pierwszej połowie XIX wieku, a później od początku XX wieku rosnącego znaczenia kierunków psychodynamicznych czy od połowy XX wieku rozwoju psychiatrii społecznej i kulturowej, nastąpiła zmiana perspektywy poznawczej, a wraz z tym wzrost roli czynników psychologicznych, społecznych i kulturowych w wyjaśnianiu uwarunkowań, diagnozy, przebiegu i metod leczenia chorób psychicznych. Tak w przeszłości, jak i w teraźniejszości występują trzy typy rozumienia choroby psychicznej: *dualistyczna koncepcja* niezależnej sfery psychicznej człowieka – psyche, duszy i niezależnej sfery fizycznej, biologicznej – organizmu, ciała, której konsekwencją jest albo psychiczny, albo somatyczny model choroby psychicznej; *monistyczna koncepcja* współzależności sfery psychicznej i fizycznej, tworząca psychosomatyczny model choroby psychicznej oraz *holistyczna koncepcja* – tzw. całościowa, systemowa koncepcja współzależności czynników psychicznych, biologicznych i społecznych w formie modelu biopsychosocjalnego (socjopsychosomatycznego). W najnowszych badaniach i koncepcjach choroby i zdrowia do omówionych wyżej modeli dołączono czwarty wymiar – *ekologiczny*. To koncepcja ukształtowana pod wpływem wcześniejszych modeli oraz pod wpływem międzynarodowych działań promocyjnych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) związanych z jej znaną definicją zdrowia z 1948 roku i rozwojem socjologii medycyny, za początki której uważane jest dzieło *The Social System* Talcotta Parsona z 1951 roku. Punktem odniesienia dla definiowania i diagnozowania choroby psychicznej jest w niej przede wszystkim pojęcie zdrowia psychicznego. Naukowcy przez chorobę rozumieją zaburzenia patologiczne i dewiacyjne, zakłócenie stanu zdrowia, odchylenie od określonej medycznie, psychologicznie lub społecznie normy zdrowia. W takim rozumieniu choroba psychiczna i zdrowie psychiczne mają charakter interdyscyplinarny i są przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, w szczególności psychiatrii, psychologii, socjologii. Przedstawiciele tych dyscyplin naukowych są twórcami definicji, koncepcji i teorii, jak również są autorami licznych badań, poświęconych tematyce chorób psychicznych, zdrowia psychicznego, osób chorych psychicznie i instytucji psychiatrycznych (Brodniak 2000: 9). Jak w każdej dziedzinie

medycyny, tak i w psychiatrii bardzo ważną funkcję spełnia klasyfikacja zaburzeń psychicznych. Powszechnie stosowane są dwie klasyfikacje: amerykańska DSM-IV-TR i klasyfikacja WHO – ICD-10. Opis zaburzeń zespołowych i chorób dokonuje się poprzez przypisanie do nich najbardziej charakterystycznych objawów. W Polsce od 1992 roku obowiązuje międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization*). Do głównych kategorii zaburzeń psychicznych zgodnie z klasyfikacją ICD-10 należą:

- „Organiczne zaburzenia psychiczne wraz z zespołami objawowymi [F00-F09];
- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych [F10-F19];
- Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe [F20-F29];
- Zaburzenia nastroju (afektywne) [F30-F39];
- Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (sوماتomorficzne) [F40-F49];
- Zespoły behawioralne, związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi [F50-F59];
- Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych [F60-F69];
- Upośledzenie umysłowe [F70-F79];
- Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego) [F80-F89];
- Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym [F90-F98];
- Nieokreślone zaburzenia psychiczne [F99]” (Heitzman 2007: 55-56).

Problemami osób psychicznie chorujących zajmuje się również praca socjalna. Praca socjalna (z ang. *social work*) wiąże się z pojęciem celowej i zorganizowanej pomocy współczesnych społeczeństw swoim niewydolnym ekonomicznie, społecznie lub fizycznie członkom (Lalak, Pilch 1999: 202). Praca socjalna obejmuje działanie profesjonalne, którego głównym celem jest poprawa warunków życia jednostki i społeczeństwa, a także złagodzenie ludzkiego cierpienia i rozwiązywanie problemów społecznych (Dubois, Miley 1996: 25).

Do szczegółowych celów pracy socjalnej należy zaliczyć: 1) zapewnienie podstawowych warunków życia tym, którzy są ich pozbawieni – cel ratowniczy (np. bezdomni); 2) zaspokajanie potrzeb, których człowiek nie jest w stanie sobie zapewnić – cel kompensacyjny; 3) minimalizowanie negatywnego wpływu tych czynników, których jednostka nie jest w stanie zmienić lub usunąć – cel protekcyjny; 4) osiągnięcie bardziej satysfakcjonującego

poziomu i jakości życia poprzez wspomaganie w rozwiązywaniu problemów – cel promocyjny; 5) wzmacnianie zdolności grup i społeczności lokalnych celem samodzielnego rozwoju i rozwiązywania własnych problemów; 6) efektywne organizowanie zróżnicowanych form pomocy i zarządzanie nimi (Gierszewska 1995: 82).

Ośrodki pomocy społecznej w realizacji swoich celów i zadań wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oferują takie rodzaje pomocy jak: specjalistyczne usługi opiekuńcze na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. ustala rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych dostosowanych do szczególnych potrzeb osób wymagających takiego rodzaju pomocy, wynikających z rodzaju ich schorzenia lub niepełnosprawności oraz kwalifikacje osób świadczących te usługi (Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej, 2005). Domy pomocy społecznej, świadczące całodobowo usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w formach i zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb również osobom niepełnosprawnym intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnym intelektualnie, przewlekle chorym psychicznie, wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności (Ustawa o pomocy społecznej 2004: art. 54, ust. 1 i 2). Ośrodki wsparcia przeznaczone są również dla osób z zaburzeniami psychicznymi – wymagającymi częściowej opieki i wsparcia w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Ośrodkami wsparcia mogą być: środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy pomocy, kluby samopomocy (Ustawa o pomocy społecznej 2004: art. 51). Ważnym aspektem w niesieniu pomocy osobom psychicznie chorym jest dobrze prowadzona terapia społeczna. W terapii tej świat wartości stanowi niezbywalną postawę, a pracownicy socjalni odwołują się do klasycznego ujęcia wartości obejmującego:

- indywidualizację;
- celowe wyrażanie uczuć;
- akceptację klienta;
- nieosądzanie klienta;
- akceptację dla determinacji, z którą klient próbuje poprawić własną sytuację życiową;
- budowanie relacji wzajemnego zaufania (Biestek 2013: 43).

Zasady etyczne pracy socjalnej z klientem chorującym psychicznie wpisują się w założenia terapii skoncentrowanej na osobie, którą stworzył Carl Rogers. Głównym przesłaniem tej terapii jest troska o kształtowanie potencjału leczniczego w relacji z klientem oraz otwartość w postawie terapeuty, która przejawia się w umiejętności i gotowości do zachowania zgodnego ze

swoimi prawdziwymi przekonaniem, jak również do bezwarunkowej akceptacji człowieka i ujmowania świata w taki sposób, jak rozumie go osoba poszukująca pomocy. Praca z takim klientem opiera się na całkowitej dobrowoli jego udziału w terapii, gdyż wyrażenie zgody na terapię jest zasadniczym warunkiem jej skuteczności. Przymus stosowany jest jedynie wtedy, gdy występuje poważne zagrożenie życia i zdrowia klienta i osób od niego uzależnionych (Mearns, Thorne 2013: 46). Hubert Kaszyński opracował podstawowe formy czynności w terapii z osobami chorującymi psychicznie.

Tabela 1. Podstawowe formy terapii osób chorujących psychicznie

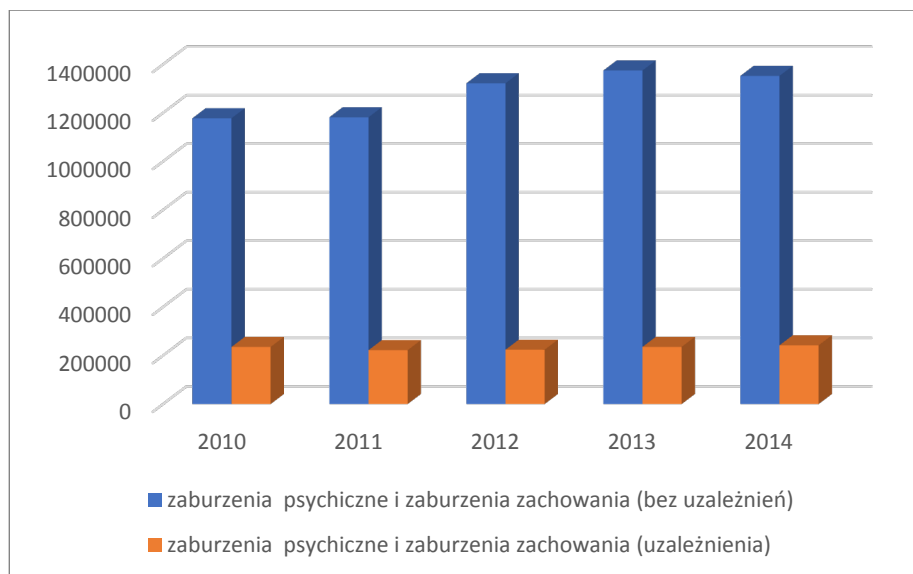
Zakres	Formy
Leczenie	Oddziały stacjonarne (specjalistyczne lub przy szpitalach ogólnych), oddziały dzienne, ambulatoryjne (niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej), poradnie zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego
Uczestnictwo	Warsztaty terapii zajęciowej, turnusy rehabilitacyjne
Wsparcie	Specjalistyczne usługi opiekuńcze, środowiskowe domy samopomocy, gminne lub powiatowe ośrodki wsparcia, organizacje obywatelskie osób chorujących, ich rodzin, opiekunów i przyjaciół
Praca	Zakłady aktywności zawodowej, przedsiębiorstwa społeczne, kluby integracji społecznej, centra integracji społecznej i zatrudnienia socjalne, spółdzielnie socjalne, zatrudnienia wspierane oraz asystentura
Mieszkanie	Mieszkania chronione

Źródło: (Kaszyński 2013: 125)

ANALIZA PRZEPROWADZONYCH BADAŃ

W niniejszym opracowaniu wykorzystano analizę danych zastanych, polegającą na przetwarzaniu danych celem uzyskania na ich podstawie potrzebnych informacji i wniosków. Dane statystyczne zaczerpnięto z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego Polski (GUS). Zamieszczone wykresy i tabele przedstawiają dane liczbowe dotyczące liczby osób chorujących psychicznie, liczby placówek świadczących pomoc osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne. Wykres 1 przedstawia liczbę zarejestrowanych osób chorujących psychicznie, u których również występują zaburzenia zachowania w latach 2010–2014.

Z analizy wykresu 1 wynika, że liczba osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania nieznacznie zmalała.



Wykres 1. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (bez nałogów i z nałogami [uzależnienie]) w latach 2010–2014

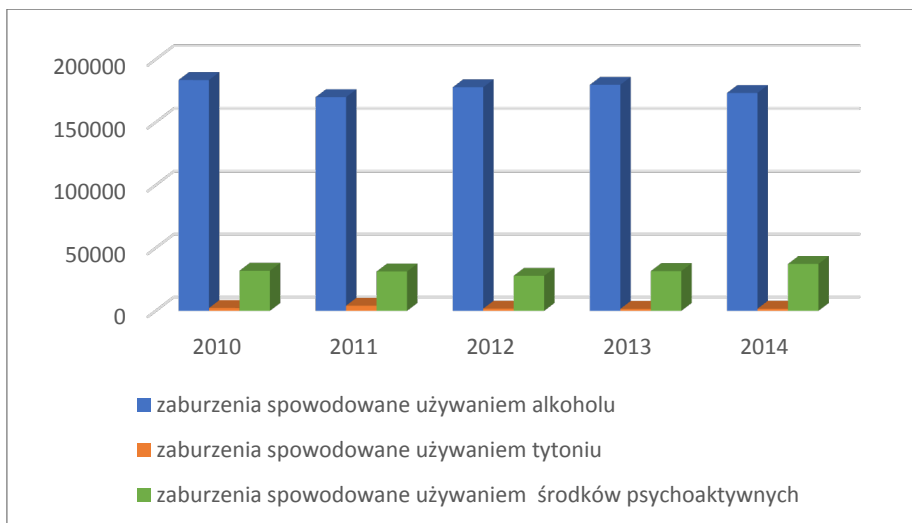
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

Tabela 2. Liczba osób chorujących psychicznie z nałogami w latach 2010–2014

Zaburzenia psychiczne spowodowane środkami uzależniającymi	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	183 602	170 011	177 869	179 820	173 332
zaburzenia spowodowane używaniem tytoniu	2225	4113	1750	1562	1695
zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	31 884	31 277	27 899	31 619	37 303

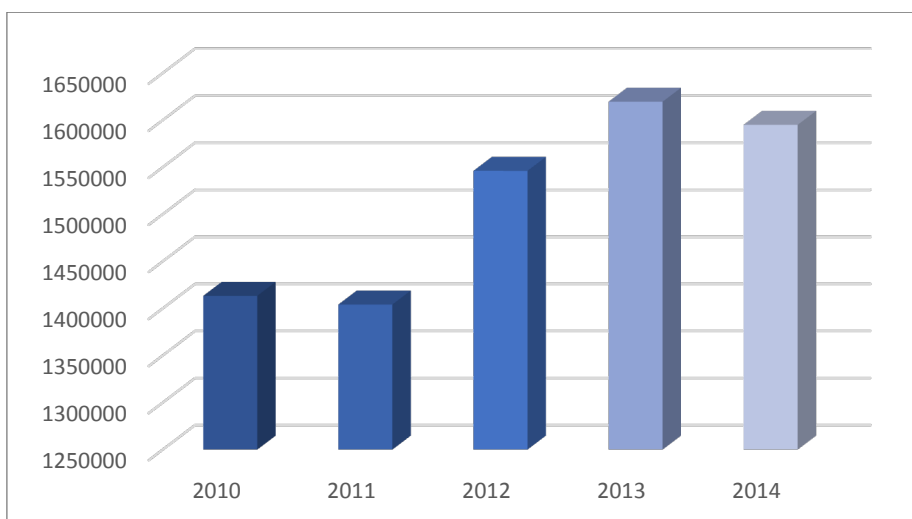
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

Z analizy tabeli 2 i wykresu 2 wynika, że osób mających zaburzenia psychiczne spowodowane uzależnieniem od alkoholu jest 6 razy więcej niż osób chorych psychicznie z powodu uzależnienia od środków psychoaktywnych. Zaobserwowano również fakt, iż liczba chorych uzależnionych od alkoholu od 2013 r. spada, natomiast osób z zaburzeniami psychicznymi uzależnionych od środków psychoaktywnych wzrasta. Od 2011 r. liczba osób psychicznie chorych uzależnionych od tytoniu pozostaje na podobnym poziomie (ok. 1700 osób).



Wykres 2. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi uzależnieniami w latach 2010–2014

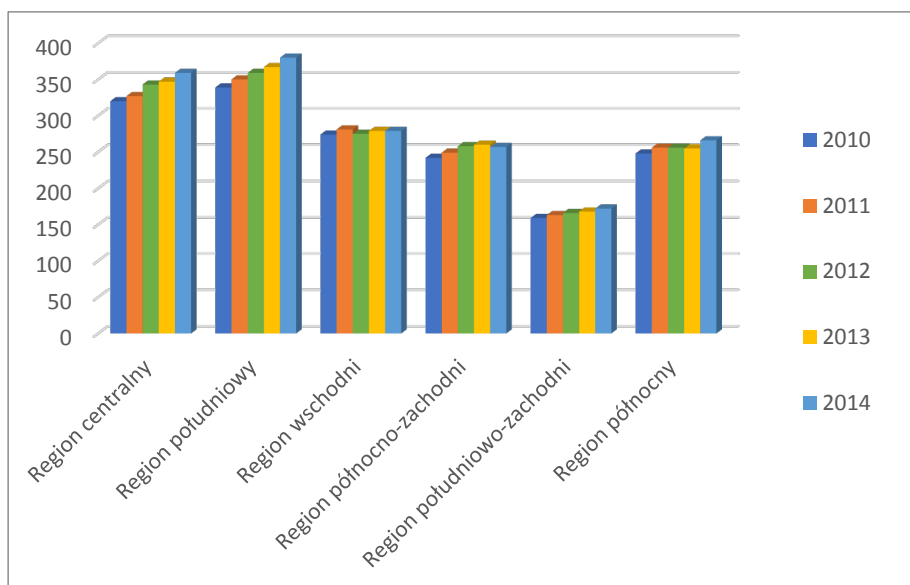
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].



Wykres 3. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2010–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

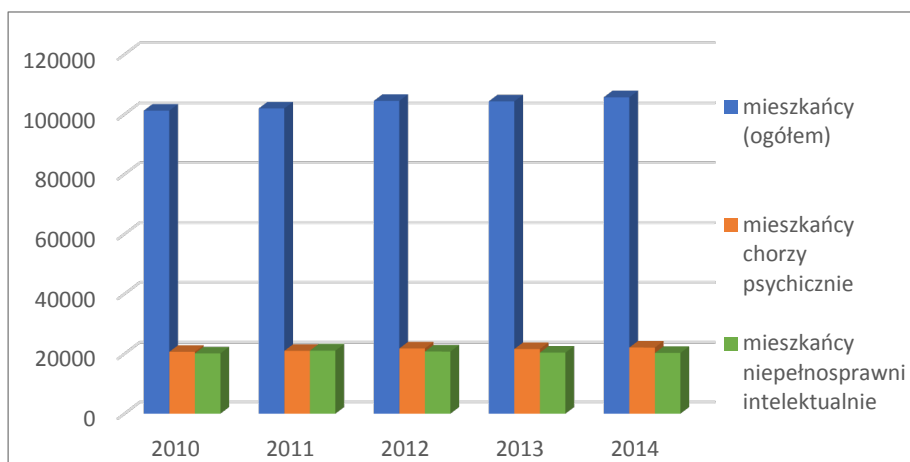
Wykres 3 przedstawia liczbę osób zarejestrowanych jako chorujące psychicznie. Od 2011 r. liczba osób wzrosła o ok. 20 tys. Z kolei w 2014 r. odnotowano spadek liczby osób chorujących psychicznie.



Wykres 4. Liczba placówek psychiatrycznych stacjonarnych w latach 2010–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

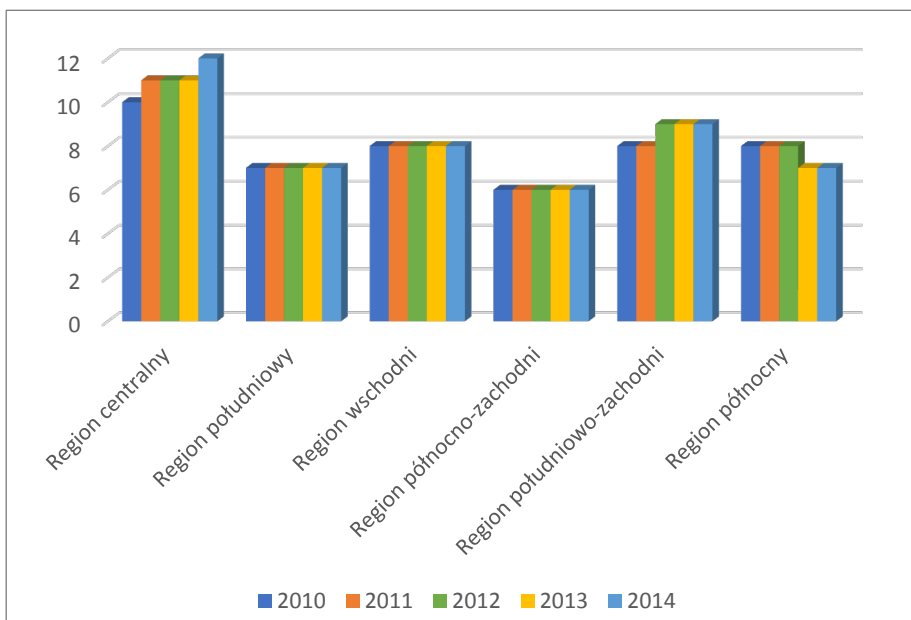
Z analizy wykresu 4 wynika, iż najmniej stacjonarnych placówek psychiatrycznych znajduje się w regionie południowo-zachodnim, np. w 2014 r. – 172, a najwięcej w regionie południowym – 359. Liczba ośrodków dla osób z zaburzeniami psychicznymi systematycznie wzrasta.



Wykres 5. Mieszkańcy DPS-ów w latach 2010–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

Z wykresu 5 wynika, iż osób z zaburzeniami psychicznymi w DPS jest 5 razy mniej niż osób z innymi schorzeniami.



Wykres 6. Liczba szpitali psychiatrycznych w latach 2010–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

Wykres 6 przedstawia liczbę szpitali psychiatrycznych. Najwięcej takiego typu placówek jest w regionie centralnym, z kolei w regionie północno-zachodnim jest takich szpitali 2 razy mniej w stosunku do ww. regionu.

Tabela 3. Liczba pacjentów szpitali psychiatrycznych

Region Polski/Lata	2010	2011	2012	2013	2014
Region centralny	48 457	48 933	47 712	48 850	51 926
Region południowy	31 525	33 271	30 744	30 163	30 441
Region wschodni	37 795	37 473	35 265	35 662	36 478
Region północno-zachodni	30 322	30 304	29 885	29 715	30 505
Region południowo-zachodni	24 880	25 510	27 668	27 616	27 877
Region północny	25 042	25 716	25 825	23 527	24 325

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

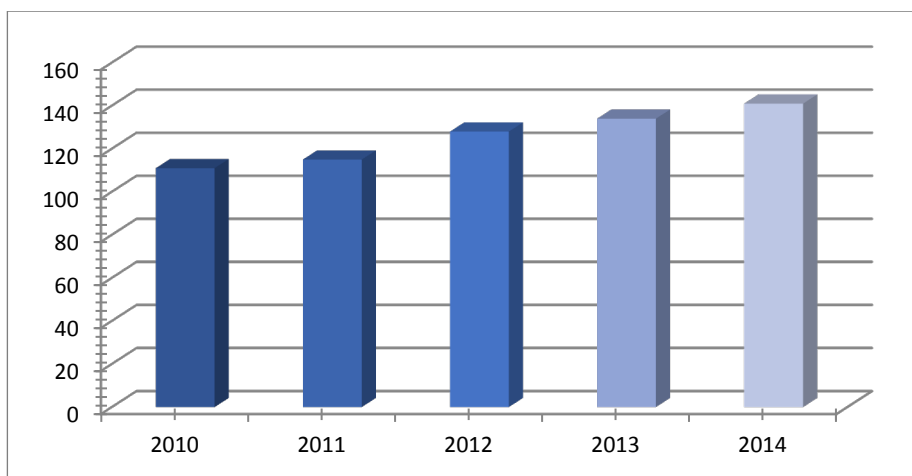
Z tabeli 3 wynika, iż najwięcej pacjentów szpitali psychiatrycznych znajduje się w regionie centralnym, a najmniej w regionie północnym.

Tabela 4. Liczba oddziałów szpitalnych w tym oddziały psychiatryczne w latach 2010–2014

Regiony/Lata	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Oddziały szpitalne	oddziały (ogółem)					oddziały psychiatryczne				
Region centralny	1287	1315	1402	1487	1518	23	23	24	23	22
Region południowy	1263	1302	1390	1478	1521	23	23	26	28	29
Region wschodni	1117	1126	1184	1211	1253	27	27	28	27	28
Region północno-zachodni	950	959	1032	995	1011	19	19	21	18	23
Region południowo-zachodni	629	625	691	692	718	7	7	10	14	14
Region północny	936	935	1017	1029	1042	12	16	19	24	25

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

Tabela 4 przedstawia liczbę oddziałów w szpitalach, w tym oddziałów psychiatrycznych. Najwięcej oddziałów dla osób z zaburzeniami psychicznymi znajduje się w regionie południowym.

**Wykres 7. Liczba oddziałów psychiatrycznych na przestrzeni 2010–2014**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

Jak wynika z wykresu 7, liczba oddziałów psychiatrycznych w Polsce wzrasta – od 111 w 2010 r. do 141 w 2014 roku.

Tabela 5. liczba osób leczonych w szpitalach, w tym na oddziałach psychiatrycznych w latach 2010–2014

Liczba pacjentów oddziałów szpitalnych/Lata	2010	2011	2012	2013	2014
leczeni na oddziałach psychiatrycznych	57 920	58 320	62 438	67 646	68 306
leczeni na pozostałych oddziałach	7 853 643	7 830 675	8 274 578	8 404 040	8 390 792

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [11.07.2016].

Z analizy tabeli 5 wynika, że w latach 2010–2014 liczba pacjentów szpitali zwiększyła się, a liczba pacjentów chorujących psychicznie od 2010 r. wzrosła o ok 10 tys.

PODSUMOWANIE

Jak wynika z analizy badań, liczba osób psychicznie chorujących systematycznie wzrasta. Realia współczesnego świata nie sprzyjają dobremu samopoczuciu ludności. Zaburzone poczucie stabilności i bezpieczeństwa powoduje powstawanie nerwic, które nieraz mogą powodować rozwój choroby psychicznej. Najczęściej osoby z zaburzeniami psychicznymi pozostają na marginesie życia społecznego. Wykluczenie społeczne jest związane z:

- niedostateczną liczbą miejsc pracy dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób chorujących psychicznie;
- zjawiskiem stygmatyzacji i dyskryminacji;
- długotrwałą zależnością od pasywnych form pomocy społecznej;
- zależnością od własnych rodziców.

Na rynku pracy osoby chorujące psychicznie traktowane są jako pracownicy nieproduktywni i niewiarygodni, wymagający specjalnej kontroli oraz stałego nadzoru. Społeczeństwo podtrzymuje stereotypowe widzenie szczególnie chorych na schizofrenię jako osób niebezpiecznych, agresywnych i niezdolnych do efektywnej pracy (*Aktywizacja zawodowa osób chorujących psychicznie*, 13.07.2016). Wykonywanie wyuczonego zawodu przez osoby chorujące psychicznie jest zjawiskiem bardzo pożądanym i wskazanym, ale istnieje wiele barier, które uniemożliwiają podjęcie pracy przez takie osoby. Tabela 6 przedstawia trudności w zatrudnianiu, z którymi spotykają się osoby chorujące psychicznie.

Tabela 6. Bariery w zatrudnianiu osób z zaburzeniami psychicznymi

Ograniczenia dotyczące środowiska osób chorujących psychicznie	Ograniczenia dotyczące osób chorujących psychicznie
Piętno: – lęk przed osobami chorującymi psychicznie; – brak wiary pracodawców w możliwości efektywnej pracy osób chorujących psychicznie; – brak wiary w rodzinach w możliwość pracy osób z zaburzeniami psychicznymi.	Piętno uwewnętrznione: – lęk przed ujawnianiem własnej choroby psychicznej; – lęk u osób chorujących psychicznie przed możliwością nawrotu choroby w związku z podjęciem pracy; – brak motywacji u osób z zaburzeniami psychicznymi do zmiany własnej sytuacji życiowej.
Organizacja opieki psychiatrycznej: – trudności w dostępie do leczenia psychiatrycznego; – małe możliwości kształcenia się dla osób chorujących psychicznie; – zbyt niski poziom wykształcenia służb rehabilitacji i zatrudnienia; – brak miejsc praktyki zawodowej i stażu dla osób chorujących psychicznie.	Zależność od systemu świadczeń społecznych: – obawa chorujących psychicznie przed utratą statusu osoby uprawnionej do świadczeń w związku z podjęciem pracy.
Sytuacja na rynku pracy: – wysoki poziom bezrobocia na lokalnych rynkach pracy; – brak wiedzy wśród pracodawców na temat korzyści finansowych związanych z zatrudnianiem osób chorujących psychicznie.	Kompetencje: – obniżona samoocena osób chorujących psychicznie; – negatywne skutki uboczne zażywania leków; – niski poziom wykształcenia osób chorujących psychicznie; – ubóstwo relacji społecznych osób chorujących psychicznie; – nieznajomość swoich uprawnień w grupie osób chorujących psychicznie.

Źródło: (Kaszyński 2013: 135).

Każdy pracodawca powinien wiedzieć, jakie korzyści wynikają z zatrudnienia osoby z zaburzeniami psychicznymi:

- 1) Dofinansowanie wynagrodzeń. Kwota miesięcznego dofinansowania uzależniona jest od wymiaru czasu pracy pracownika chorego psychicznie oraz:
 - stopnia niepełnosprawności zatrudnionego;
 - szczególnych schorzeń zatrudnionego;
 - typu pracodawcy, który zatrudnia niepełnosprawnego;
 - wysokości minimalnego wynagrodzenia w danym roku.

Miesięczne dofinansowanie nie przysługuje pracodawcy zatrudniającemu co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu

pracy i nie osiągnięciem wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%.

- 2) Dofinansowanie składek na ubezpieczenie emerytalne.
- 3) Zwrot kosztów szkolenia osób chorujących – nawet do 80%.
- 4) Zmniejszenie wpłat na PFRON. Przewlekłe choroby psychiczne znajdują się na liście szczególnych schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych.
- 5) Wizerunek firmy wrażliwej społecznie, która swoją polityką zatrudnienia przyczynia się do rozwiązywania ważnych problemów społecznych.
- 6) Zyskanie zaangażowanego i lojalnego pracownika, który będzie bardzo cenił pracę (Chudowłosa 13.07.2016).

Jak wyżej wspomniano, rynek pracy we współczesnym świecie jest bardzo wymagający. Pracodawcy wymagają od pracowników coraz większych kompetencji i umiejętności radzenia sobie z:

- negatywnymi skutkami zarządzania;
- ograniczonym wsparciem społecznym;
- zaburzeniami w komunikacji zespołowej;
- ograniczeniami w dostępie do informacji;
- przeciążeniem pracą;
- działaniem pod presją czasu;
- monotonią powtarzających się zadań;
- konfliktami interpersonalnymi;
- niepewnością zatrudnienia oraz brakiem możliwości kontroli nad pracą i zmianami organizacyjnymi (Kaszyński 2013: 176).

Osoby, które nie radzą sobie z wymienionymi wyzwaniami, są narażone na ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych, depresyjnych i wypalenia zawodowego oraz wystąpienia poważnych zaburzeń psychotycznych (Kaszyński 2013: 176).

Oprócz różnych wymagań dotyczących osób psychicznie chorujących, nie trzeba zapominać o prawach tych osób. Osoba z zaburzeniami psychicznymi ma prawo do:

- bezpłatnej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- wyrażenia zgody na badanie lekarskie, przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i zabiegi diagnostyczno-lecznicze;
- ochrony swoich dóbr osobistych (w tym tajemnicy);
- otrzymywania informacji o celu przyjęcia jej, stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania;

- porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli;
- złożenia, w dowolnej formie, wniosku o nakazanie wypisania jej ze szpitala;
- uczestniczenia w postępowaniu w sprawach dotyczących przyjęcia tej osoby do szpitala psychiatrycznego oraz wypisania jej z takiego szpitala. Postępowanie przed sądem opiekuńczym jest wolne od opłat sądowych;
- prawo do kuratora (wyznaczonego przez sąd), jeśli potrzebuje pomocy do prowadzenia swoich spraw albo spraw określonego rodzaju (*Prawa i uprawnienia osób z zaburzeniami psychicznymi*, 14.07.2016).

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mają dużo praw, ale nie wszystkie zostają zrealizowane. Hubert Kaszyński opracował dekalog dla osoby chorującej psychicznie, który również może zostać mottem:

- 1) „Aby wyzdrowieć trzeba zaufać lekarzowi i odpowiedzieć o swoich problemach.
- 2) Trzeba zrozumieć, że jest się chorym psychicznie i że można wyzdrowieć.
- 3) Trzeba systematycznie przyjmować przepisane lekarstwa, nie odstawiać ich bez porozumienia z lekarzem.
- 4) Bardzo pomocna jest psychoterapia grupowa.
- 5) Pomocne jest wsparcie ze strony rodziny lub innych przyjaznych osób, psychoterapia rodzinna, gdyż, jeśli choruje pacjent, to choruje cała rodzina.
- 6) Trzeba mieć ustalony harmonogram dnia i przestrzegać go z żelazną konsekwencją.
- 7) Trzeba cierpliwie wiele razy powtarzać określone zadania życiowe, które sprawiają trudności, ćwiczyć je.
- 8) Pomocna w wychodzeniu z choroby jest praca lub nauka, która interesuje daną osobę, a w miarę zdrowienia należy zwiększać trudność zadań
- 9) Trzeba w chwili załamania pamiętać, że choroba mija.
- 10) Trzeba kochać, mieć osoby bardzo bliskie lub ideę, dla której warto żyć i walczyć chorobą” (Kaszyński 2013: 78).

Tak jak w każdej chorobie ważne jest, aby jak najwcześniej zdiagnozować jednostkę chorobową i rozpocząć leczenie. W tej sytuacji cierpi nie tylko pacjent, lecz również cała rodzina i osoby otaczające. W niektórych sytuacjach wskazana jest terapia rodzinna, gdyż bliscy nie są w stanie poradzić sobie ze świadomością choroby psychicznej osoby bliskiej. Ciągłe zadreczanie się, stałe poszukiwanie winnego do niczego nie prowadzi, a pacjent cierpi bardzo, jeżeli widzi rozczarowanie i bezradność bliskich.

W społeczeństwie osoby chorujące psychicznie muszą walczyć nie tylko z chorobą, ale też z niezrozumieniem i lękiem otoczenia, które bardzo często boi się nawiązywać z takimi ludźmi kontakt i relacje koleżeńskie.

W placówkach NFZ i pomocy społecznej osoby z zaburzeniami psychicznymi mają zapewnioną pomoc i wsparcie. Pracownicy ww. ośrodków muszą jednak pamiętać, że emocje wynikające ze specyfiki chorób psychicznych nie mogą kierować postępowaniem personelu. Wyrozumiałość i empatia, ale również dyscyplina są koniecznymi warunkami do zapewnienia właściwej opieki.

Dane statystyczne przytoczone w niniejszym opracowaniu pokazują liczbę zarejestrowanych osób psychicznie chorujących, natomiast nikt nie wie, jak wygląda „szara strefa”. Pracownicy socjalni powinni reagować na każde niepokojące zgłoszenie, gdyż we wcześniejszych fazach rozwoju choroby psychicznej jest szansa na zminimalizowanie skutków zachorowania. Lepiej też zapobiegać nieszczęściom, niż naprawiać szkody np. po wybuchu gazu, czy zalaniu mieszkania, nie mówiąc już o ratowaniu samobójców. Niezbędna jest ścisła współpraca pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej, gdyż tylko we współpracy można osiągnąć sukces i ratować życie i zdrowie osób chorujących

BIBLIOGRAFIA

- Aktywizacja zawodowa osób chorujących psychicznie, <http://www.praca-pomimo.pl/projekt> [13.07.2016].
- Biestek F.P. (2013), *The Casework Relationship* [w:] H. Kaszyński (red.), *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie*, Kraków.
- Brodniak W.A. (2000), *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Warszawa.
- Chudowłosa U. (red.), *Chorzy psychicznie mogą pracować*, Fundacja Wspierania Rozwoju społecznego „Leonardo”, http://www.centrumcsr.pl/pliki/chorzy_psychicznie_insert.pdf [13.07.2016].
- Dubois B., Miley K.K. (1996), *Praca socjalna. Zawód, który dodaje sił*, t. I, Warszawa.
- Gierszewska R. (1995), *Nowe koncepcje kształcenia pracowników socjalnych* [w:] D.A. Rybczyńska, B. Olszak-Krzyżanowska (red.), *Aksjologia pracy socjalnej – wybrane zagadnienia*, Warszawa.
- GUS, <http://rzeszow.stat.gov.pl/> [11.07.2016].
- Heitzman J., red. (2007), *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, Warszawa.
- Kaszyński H. (2013), *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, Kraków.
- Lalak D., Pilch T., red. (1999), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa.
- Mearns D., Thorne B. (2013), *Terapia skoncentrowana na sobie* [w:] H. Kaszyński (red.), *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, Kraków.
- Prawa i uprawnienia osób z zaburzeniami psychicznymi, http://www.sapra.powiatprudnicki.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=218:prawa-i-uprawnienia-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi&catid=54&Itemid=1449 [dostęp: 14.07.2016].
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r., nr 189, poz. 1598).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 882).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 930).

HELP AND SUPPORT FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS IN POLAND IN THE YEARS 2010-2014

Summary

The situation of people with mental disorders is still not thoroughly investigated. In fact, the most important diseases have been diagnosed. More and more effective medications and therapies are used, and also networks of specialized health centers are available. However, it is still not fully understood how these people function, what are their relationships with other people and how they find themselves in the contemporary world.

People suffering from mental diseases can find support in many organizations like: psychiatric hospitals, mental health clinics, social aid centers and non-governmental associations. This study presents the situation of these people based on data gathered from Central Office of Statistics in Poland.

Keywords: mental disorders, mentally ill people, psychiatric hospitals, therapy, nursing homes

NOTY O AUTORACH

Anna Chmielewska – dr, Sąd Rejonowy w Otwocku, Pedagogium Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie

Elżbieta Cygnar – dr inż., Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

Dominika Cyzio – mgr, Uniwersytet Szczeciński

Mária Dávideková – doc. dr, Uniwersytet Świętych Cyryla i Metodego w Trnawie

Iryna Drozd – mgr, Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii

Paulina Dubiel-Zielińska – mgr, Uniwersytet Rzeszowski, Zakład Pedagogiki Opiekuńczej; IV Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika w Rzeszowie

Agnieszka Karpińska – mgr, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Izabela Kiełtyk-Zaborowska – dr, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

Adam Kulczycki – dr, Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii, Zakład Socjologii Problemów Społecznych

Marek Mierzyński – dr, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

Maryana Mykolaychuk – doc. dr, Ukraiński Uniwersytet Katolicki we Lwowie

Grétká Osvaldová – dr, Uniwersytet J.A. Komeńskiego w Bratysławie

Adam Raczkowski – ks. dr, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Beata Rejman – mgr, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu

Krzysztof Rejman – dr hab. prof. PWSZ, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu, Instytut Ochrony Zdrowia, Zakład Pracy Socjalnej

Victoria Ruehl – doc. dr, Użhorodzki Uniwersytet Narodowy, Katedra Socjologii i Pracy Socjalnej

Margita Schmidtová – doc. dr, Uniwersytet J.A. Komeńskiego w Bratysławie

Barbara Skawina – mgr, Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii

Monika Struck-Peregończyk – dr, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Beata Szluz – dr hab. prof. UR, Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii, Zakład Socjologii Problemów Społecznych

Katarzyna Tarka-Rymarz – dr, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Instytut Pedagogiki, Zakład Pracy Socjalnej

Kinga Turek – mgr, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Natalia Varga – doc. dr, Użhorodzki Uniwersytet Narodowy, Katedra Socjologii i Pracy Socjalnej

Joanna Wróblewska-Skrzek – dr, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Instytut Socjologii

Sabina Lucyna Zalewska – dr, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Instytut Psychologii