

**WSZECHNICA POLSKA**

SZKOŁA WYŻSZA  
TOWARZYSTWA WIEDZY Powszechnej w Warszawie

ZESZYTY NAUKOWE **3/2010**

P E D A G O G I K A

# **Potrzeby i prawa dziecka**

## **Aspekty prawne i społeczne**

pod redakcją

Anny Fidelus i Janusza Szymborskiego

Warszawa 2010

Recenzent  
dr Mirosława Gawęcka

Redakcja tekstu  
Bogumił Paszkiewicz

Projekt graficzny i typograficzny  
Krystyna Bukowczyk, Agencja KUBA

Skład i łamanie  
Agencja KUBA

Copyright © Wszechnica Polska Szkoła Wyższa TWP w Warszawie, 2010

**ISSN 1898-1577**  
**ISBN 978-83-89077-12-7**

**WSZECHNICA POLSKA**

SZKOŁA WYŻSZA  
TOWARZYSTWA WIEDZY Powszechnej w Warszawie

Pałac Kultury i Nauki  
00-901 Warszawa, pl. Defilad 1  
Infolinia: 0 801 033 101  
rekrutacja@wszechnicapolska.edu.pl

**[www.wszechnicapolska.edu.pl](http://www.wszechnicapolska.edu.pl)**

## Spis treści

Anna Fidelus i Janusz Szymborski, <b>Wprowadzenie</b>	5
Janusz Szymborski, <b>Uwagi o stanie przestrzegania praw dziecka w Polsce</b>	7
Józef Andrzej Stuchliński, <b>Ochrona dziecka w wymiarze moralno-etycznym</b>	27
Anna Fidelus, <b>Zjawisko dzieci ulicy w Polsce w aspekcie dwudziestolecia Konwencji Praw Dziecka</b>	37
Anna Dzielska i Joanna Mazur, <b>Zespół zachowań ryzykownych wśród młodzieży szkolnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Badania nad zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi</b>	53
Beata Ciupińska, <b>Uczeń niepełnosprawny. Przegląd form pomocy i wsparcia w systemie oświaty</b>	69
Czesław Witkowski, <b>Wymiar bezpieczeństwa i zagrożenia młodzieży z pedagogicznego punktu widzenia na podstawie obserwacji w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii nr 2 „Kąt” w Warszawie</b>	87
Genowefa Pańtak, <b>Kształcenie studentów niepełnosprawnych w szkołach wyższych</b>	93
<b>Informacje dla autorów</b>	98
Magdalena Kołakowska, <b>Sprawozdanie z konferencji metodyczno-naukowej w XX rocznicę uchwalenia Konwencji o Prawach Dziecka</b>	99

**WSZECHNICA POLSKA**  
**THE HIGHER SCHOOL**  
 OF THE UNIVERSAL EDUCATION SOCIETY IN WARSAW

**Needs and rights of the child. Legal and social aspects**  
**ZESZYTY NAUKOWE 2010, No. 3**

<b>Introduction</b>	
by Anna Fidelus and Janusz Szymborski	5
<b>Comments on observance of children's rights in Poland</b>	
by Janusz Szymborski	7
<b>Moral and ethical aspects in protection of the child</b>	
by Józef Andrzej Stuchliński	27
<b>Phenomenon of "street children" in Poland in the light of the twenty-year period of the Convention on the Rights of the Child</b>	
by Anna Fidelus	37
<b>Hazardous behaviour syndrome among school children and teenagers in Poland and other EU countries. Research on health and health-oriented behaviour</b>	
by Anna Dzielska and Joanna Mazur	53
<b>Disability in school children. Survey of assistance and support forms within the framework of an educational system</b>	
by Beata Ciupińska	69
<b>Scale of safety and threat among teenage pupils from a pedagogical point of view based on field study at the "KAŹ" Youth Sociotherapy Centre No. 2 in Warsaw</b>	
by Czesław Witkowski	87
<b>Educating disabled students in schools of higher learning</b>	
by Genowefa Pańtak	93
<b>Report on a methodological and scientific conference on the occasion of the twentieth anniversary of the adoption of the Convention on the Rights of the Child</b>	
by Magdalena Kołakowska	99

## Wprowadzenie

Minęło dwadzieścia lat od podpisania Konwencji Praw Dziecka. 20 listopada 1989 roku z radością przyjęto wiadomość, że Polska wraz ze 192 krajami ratyfikowała zbiór praw wyznaczających politykę społeczną, mającą na celu chronienie dziecka. Konwencja Praw Dziecka traktuje dzieci jako jednostki posiadające prawa, podobnie jak osoby dorosłe. Bez względu na to, na jakim kontynencie żyje, każde dziecko ma prawo do dzieciństwa i szczęścia. Konwencja uznaje, iż dziecko jest samoistnym podmiotem praw i obowiązków. Prawidłowy rozwój dziecka wymaga poszanowania jego tożsamości, godności i prywatności, wychowania w należycie funkcjonującej rodzinie, opieki i pomocy państwa oraz społeczeństwa. Konwencja jest aktem wiążącym, co oznacza, że albo staje się częścią systemu prawa krajowego, albo wymaga dostosowania go do treści Konwencji. Jest wyrazem konsensusu międzynarodowego, ustanawia podstawowe standardy statusu dziecka i wytycza kierunki przemian ustawodawstwa i praktyki. Artykuł 4. Konwencji zobowiązuje państwa-strony do podejmowania wszelkich działań ustawodawczo-administracyjnych i innych w celu realizacji praw uznanych w Konwencji.

Dwadzieścia lat od podpisania Konwencji Praw Dziecka to dobry okres do oceny przestrzegania przyjętych ustaleń, których celem była poprawa życia dzieci na całym świecie. Niniejszy numer *Zeszytów Naukowych* w całości poświęcony jest różnorodnym problemom współczesnych dzieci żyjących w Polsce. Mimo dwudziestu lat od momentu sformalizowania praw dziecka, ciągle dostrzegamy braki w ich realizacji. Artykuły prezentowane w tej publikacji ukazują tylko wybrane obszary z obszernej tematyki, związanej z funkcjonowaniem dzieci w Polsce.

I tak, Janusz Szymborski podjął próbę syntetycznej oceny stanu przestrzegania praw dziecka do życia i zdrowia, edukacji, prawa do życia w rodzinie i do godnych warunków socjalnych, a także prawa do szeroko pojętego bezpieczeństwa, w tym ochrony przed przemocą, demoralizacją i przestępczością. Józef Andrzej Stuchliński poruszył temat ochrony dziecka w wymiarze moralno-etycznym. W artykule Anny Dzielskiej i Joanny Mazur znajdujemy aktualne wyniki badań poświęconych zdrowiu młodzieży. Autorki przeanalizowały skalę i rodzaj występujących zachowań problemowych, które bezpośrednio lub potencjalnie mogą zagrażać zdrowiu psychicznemu dzieci i młodzieży. W publikacji poruszono także problem dzieci z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Beata Ciupińska i Genowefa Pańtak w swoich opracowaniach zwróciły uwagę na niewydolność systemu edukacyjnego i opiekuńczo-wychowawczego, który nie stwarza równych szans edukacyjnych wszystkim dzieciom i dorosłym uczącym się. Sytuację dzieci w środowisku ulicy przedstawiła Anna Fidelus. Przeanalizowała przyczyny ucieczek dzieci na ulicę, a także przybliżyła charakterystykę młodych ludzi wybierających ulicę zamiast

domu rodzinnego. Tekst Czesława Witkowskiego ukazuje sytuację dzieci z perspektywy pedagogicznej. Numer kończy sprawozdanie z kolejnej konferencji zorganizowanej przez Wszechnicę Polską Szkołę Wyższą TWP w Warszawie.

Poruszone w artykułach problemy współczesnych polskich dzieci nie wyczerpują ogromu zagadnień, które wymagają szybkich i skutecznych rozwiązań. Autorzy tekstów i redaktorzy ufają jednak, że poruszone kwestie i dyskusja na łamach prezentowanego Zeszytu zainicjują dalszą dysputę nad tak ważnym tematem, jakim niewątpliwie jest sytuacja dzieci w Polsce i zagadnienie respektowania ich praw.

**Anna Fidelus i Janusz Szymborski**

Janusz Szymborski

## Uwagi o stanie przestrzegania praw dziecka w Polsce

Ochronę praw dziecka Konstytucja RP zalicza do najważniejszych wartości przez nią chronionych, o czym wprost stanowi art. 72. pkt 1.: „Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony praw dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją”. Z mocy art. 91. Konstytucji RP również traktaty międzynarodowe włączone są do krajowego porządku prawnego. Dotyczy to m.in. przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r. i ratyfikowanej przez Polskę 30 kwietnia 1991 r. Konwencji o prawach dziecka (zwanej dalej Konwencją)<sup>1</sup>. W art. 3. ust.1. Konwencji znalazł się fundamentalny przepis stanowiący, iż „We wszystkich działaniach dotyczących dzieci, podejmowanych przez publiczne lub prywatne instytucje opieki społecznej, sądy, władze administracyjne lub ciała ustawodawcze, sprawą nadrzędną będzie najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka”.

Jubileusz XX-lecia Konwencji stanowi dobrą okazję do podjęcia próby oceny stanu realizacji jej przepisów w Polsce.

Prawa dziecka są prawami człowieka, których realizacja stanowi podstawę naszego funkcjonowania dzisiaj, ale także jest zobowiązaniem wobec przyszłych pokoleń. Troska o los przyszłych generacji sprawia, że nie możemy przechodzić obojętnie nad informacjami o niekorzystnym rozwoju procesów demograficznych w naszym kraju. W świetle najnowszych prognoz GUS, liczba ludności Polski w stosunku do roku 2007 zmniejszy się w 2035 roku o 2 122 572 i wyniesie łącznie 35 993 069 mieszkańców. W tym samym okresie liczba dzieci w wieku 0-17 lat zmniejszy się o 1 855 820, a liczba kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) zmaleje o 2 487 711. Jednocześnie liczba osób w wieku powyżej 65 roku życia wzrośnie o 3 226 151 i osiągnie wielkość łącznie 8 357 527. Wprawdzie spadek przyrostu naturalnego jest problemem ogólnoeuropejskim, to wysoce niepokojący jest fakt, że Polska należy do krajów o najniższym współczynniku dzietności. Zgodnie z długookresowymi przewidywaniami GUS prognoza dzietności do roku 2035 w wariantcie uśrednionym (który jest wersją pośrednią między wariantem optymistycznym a pesymistycznym) waha się między 1,37 a 1,4 na jedną kobietę w wieku rozrodczym, co dalekie jest od wskaźników potrzebnych dla zachowania reprodukcji prostej.

W niniejszym opracowaniu podjęto próbę syntetycznej oceny stanu przestrzegania praw dziecka do życia i zdrowia, edukacji, prawa do życia w rodzinie

<sup>1</sup> Konwencja o prawach dziecka (Dziennik Ustaw z dnia 23 grudnia 1991 r., nr 120, poz. 526).

i do godnych warunków socjalnych, a także prawa do szeroko pojętego bezpieczeństwa, w tym ochrony przed przemocą, demoralizacją i przestępczością. Głównym materiałem źródłowym niniejszego opracowania są dane i artykuły zawarte w następujących publikacjach: Informacje z działalności Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) z lat 2006-2008, opublikowany wspólnie z Głównym Urzędem Statystycznym (GUS) Biuletyn RPO Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce (2008), Biuletyn RPO. Materiały. Zeszyty Naukowe Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski (2010) zawierający Raport o korespondencji Rzecznika Praw Obywatelskich z organami państwa w sprawach dzieci w okresie od 14 lutego 2006 do 31 sierpnia 2009 – Biała księga.

## **I. Prawo do życia i ochrony zdrowia**

Art. 6. ustęp 1. Konwencji stanowi, że „każde dziecko ma niezbywalne prawo do życia”. Problematyki zdrowia bezpośrednio dotyczą art. 24 oraz art. 25.

Chociaż dzieci w Polsce cieszą się dzisiaj na ogół lepszym stanem odżywienia, zdrowia i rozwoju niż kiedykolwiek w przeszłości, to badając stan przestrzegania praw dzieci w Polsce w kontekście ochrony zdrowia, napotykamy wiele problemów dotyczących między innymi: funkcjonowania opieki podstawowej nad matką i dzieckiem; opieki zdrowotnej nad dziećmi obciążonymi niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi; działalności szpitalnych oddziałów położniczych, noworodkowych i pediatrycznych; opieki medycznej nad uczniami; działalności hospicjów dziecięcych; zakażeń i chorób zakaźnych.

### **I.1. Umieralność niemowląt oraz dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat**

W okresie 1990-2006 spadła liczba zgonów niemowląt o prawie 80%. W 2006 roku w Polsce wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wynosił 6,0. Wg opublikowanego w listopadzie 2008 r. Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia – PZH, spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r. a poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE, przy czym głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej. Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat z roku na rok zmniejszała się i proces ten dotyczył wszystkich grup wieku.

Należy jednak podkreślić, że ocena sytuacji zdrowotnej dokonywana na podstawie współczynników umieralności nie jest oceną najpełniejszą i ma, szczególnie w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego, bardzo ograniczoną wartość. Takie mierniki nie nadają się do oceny skuteczności działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Przede wszystkim jednak z definicji ukierunkowane są na problem zdrowotny a nie na osobę, a podejście uznające dziecko za podmiot oceny stanowi klucz do racjonalnego inwestowania w rozwój i zdrowie dzieci i ludzi młodych.



## **1.2. Opieka zdrowotna nad matką i małym dzieckiem**

Opieka przedporodowa, podobnie jak opieka w czasie porodu i w pierwszych latach życia dziecka, ma kluczowe znaczenie dla optymalnego rozwoju dziecka w kolejnych etapach życia i wywiera wpływ na późniejsze dorosłe życie. Tymczasem w ostatnich latach w wielu rejonach kraju narastają nierówności w dostępie kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do odpowiedniej opieki profilaktyczno – leczniczej. Zaniechano stosowania zasad trójstopniowej opieki okołoporodowej. Ujawnił się z całą ostrością problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych – w szczególności brakuje miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i dla noworodków wymagających intensywnej terapii.

Oddziały położniczo-noworodkowe nie są wolne od zagrożeń epidemicznych do czego przyczynia się także niedocenianie rangi problemu. Powszechnie formułowanym postulatem jest potrzeba opracowania i upowszechnienia nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej, które zapewniłyby szczególny status kobiety rodzącej w systemie opieki zdrowotnej.

## **1.3. Opieka profilaktyczno – lecznicza nad uczniami**

Zdrowie młodzieży należy w Polsce do najbardziej zaniedbywanych, marginalizowanych i ignorowanych obszarów medycyny i polityki zdrowotnej, pomimo iż ten okres życia decyduje o kapitale zdrowotnym, z jakim młodzi ludzie wchodzi w dorosłość. Przywrócenie w Polsce medycyny szkolnej jest stałym postulatem środowiska pediatrycznego bowiem 6 milionów uczniów powinno mieć zapewnioną adekwatną do potrzeb, powszechną i skoordynowaną opiekę medyczną: system monitorowania i nadzoru, profilaktykę zagrożeń i chorób, kompleksowe leczenie i rehabilitację, a także orzecznictwo lekarskie. W miejsce rozwiązań systemowych i kompleksowych została wprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia tzw. profilaktyczna opieka zdrowotna, która w istocie sprowadza się do ograniczonego zakresu czynności pielęgniarstwa, których realizacja okazuje się często iluzoryczna z przyczyn finansowych.

## **1.4. Lecznictwo pediatryczne**

Problemy lecznictwa pediatrycznego związane są nie tylko z wieloletnim niedofinansowaniem, ale także z brakiem spójnej polityki zdrowotnej na rzecz dzieci. Obowiązek posiadania skierowania do specjalistów medycyny wieku rozwojowego, ogranicza dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych dla dzieci oraz może przyczyniać się do wzmożonego napływu do szpitalnych izb przyjęć, pacjentów wymagających udzielenia specjalistycznej porady pediatrycznej.

Systemowych niedostatkach w zakresie prewencji chorób zakaźnych i nadzoru epidemiologicznego w Polsce świadczą znaczne różnice w zapadalności na poszczególne choroby w różnych regionach kraju, niepełna zgłaszalność zachorowań, niski odsetek zachorowań z potwierdzonym rozpoznaniem, bagatelizowanie opinii ekspertów wskazujących na pilną potrzebę weryfikacji polityki zdrowotnej w tym zakresie.

Lecznictwo psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w Polsce boryka się z rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia i zmniejszającą się liczbą specjalistów w tej dziedzinie medycyny.

Polskę dzieli znaczący dystans do większości krajów Unii Europejskiej w zakresie stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży. Na próchnicę cierpi ponad 80 proc. sześciolatków, u przeciętnego 12-latka zaatakowała trzy zęby, co dziesiąty 15-latek jest z tej przyczyny pozbawiony stałego zęba.

## **2. Prawo do edukacji**

Problematyki edukacji bezpośrednio dotyczą art. 28 oraz art. 29 Konwencji. Oceniając stan realizacji tych przepisów można wyrazić pewne wątpliwości co do poziomu polskiej edukacji i wychowania młodego pokolenia. W tym zakresie, jednym z ważniejszych problemów jest nierówny dostęp do edukacji, do czego przyczynia się między innymi brak stabilności systemu oświaty. Zakrojone na szeroką skalę działania reformujące system polskiego szkolnictwa charakteryzują się często niespójnością. Z aksologicznego punktu widzenia wydaje się zasadne stwierdzenie, że wiele zmian w polskim systemie oświaty wprowadzanych jest bez odpowiedniej analizy i uprzedniego przygotowania. Dostrzegając słuszność tej reformy, nie można pominąć milczeniem braków w działaniach odpowiednich organów w zakresie przygotowania i sposobu realizacji tej reformy.

### **2.1. Dylematy kształcenia integracyjnego**

Kształcenie integracyjne jest dzisiaj uznawane za uprzywilejowaną formę organizacji kształcenia. Placówki prowadzące oddziały integracyjne borykają się jednak z wieloma problemami, często o podłożu finansowym, np.: z niedostatkiem pomocy dydaktycznych, sprzętu rehabilitacyjnego; brakiem funduszy na zajęcia terapeutyczne i rehabilitację; niewystarczającą obsadą specjalistów, którzy często są zatrudniani w niepełnym wymiarze godzin; brakiem dofinansowania na szkolenia specjalistyczne dla nauczycieli; brakiem funduszy na poprawę warunków lokalowych, w tym na zniesienie barier architektonicznych.

Na podstawie najnowszych danych GUS pochodzących z Systemu Informacji Oświatowej Ministerstwa Edukacji Narodowej przeprowadzono własną analizę sytuacji dzieci niepełnosprawnych w przedszkolach oraz uczniów niepełnosprawnych w szkołach i w pozostałych placówkach oświatowo-wychowawczych. Z analizy tej wynika, że w roku szkolnym 2008/09 w przedszkolach, w szkołach i w pozostałych placówkach oświatowo – wychowawczych było 186 494 dzieci i młodzieży, u których stwierdzono różnego rodzaju niepełnosprawności. W placówkach przedszkolnych takich podopiecznych było 6 050, w szkołach podstawowych 63 657 uczniów, w gimnazjach 56 178, w szkołach zawodowych i liceach profilowanych oraz w specjalnych szkołach przysposabiających do pracy 31 468, w liceach ogólnokształcących 5 191, w pozostałych placówkach oświatowo – wychowawczych 33 940 wychowanków.

O ile jednak uczniowie z orzeczoną niepełnosprawnością objęci są opieką systemową, to uczniowie przewlekle chorzy bez orzeczenia o niepełnosprawności znajdują się w gorszej sytuacji w odniesieniu do stopnia zaspokojenia ich potrzeb wykraczających poza potrzeby uczniów zdrowych. Wprawdzie dzieci te otrzymują z publicznych i niepublicznych poradni opinie wspierające z zaleceniem objęcia dzieci w szkołach pomocą psychologiczno-pedagogiczną ale opinie te nie są obligatoryjne dla szkół i organów prowadzących.

Na podstawie danych GUS oszacowano, iż co piąty uczeń wymaga opieki z powodu chorób przewlekłych. Są to najczęściej alergie – 577,8 tys. dzieci, astma – 279,3 tys., choroby kręgosłupa – 149,1 tys., przewlekłe stany lękowe, depresja lub zaburzenia zachowania – 114,2 tys., choroby serca i układu krążenia – 109,5 tys., choroby nerek i układu moczowego – 85,2 tys., padaczka – 40,9 tys., cukrzyca – 8,1 tys.

Niedostatki opieki medycznej w szkole sprawiają, że dzieci przewlekle chore nie mogą otrzymać właściwej pomocy w szkole. Nauczyciel nie ma bowiem prawa do udzielania świadczeń medycznych. Niezależnie od rodzaju i ciężkości zaburzeń u uczniów przewlekle chorych mogą istnieć inne czynniki ujemnie wpływające na funkcjonowanie dziecka w szkole, w tym utrudniona dostępność i niska jakość specjalistycznej opieki medycznej nad dzieckiem przewlekle chorym oraz niska jakość lub brak opieki pielęgniarki szkolnej, nieprzygotowanie nauczycieli do pracy z uczniem przewlekle chorym – nieznanostwo specyfiki jego zaburzeń, stanu psychofizycznego, potrzeb, zasad udzielania pomocy przedmedycznej w przypadku wystąpienia objawów wymagających pomocy.

## **2.2. Problemy w dostępie do edukacji przedszkolnej**

W zgodnej opinii pedagogów i pediatrów edukacja przedszkolna jest nieodzownym elementem harmonijnego rozwoju każdego dziecka, tworzącym kapitał na całe życie. Edukacja przedszkolna to także najlepszy sposób wyrównywania szans edukacyjnych – potrzebna jest zwłaszcza dzieciom z rodzin ubogich, bezradnych życiowo, izolowanych i dotkniętych patologiami. Tymczasem odsetek dzieci w wieku 3-5 lat zapisanych do przedszkoli w Polsce jest najniższy wśród krajów UE, wynosi tylko ok. 40,0.

Prowadzenie przedszkoli jest zadaniem własnym samorządów – oznacza to, że utrzymanie placówek oraz wynagrodzenia nauczycieli tam pracujących finansowane są ze środków własnych samorządów. Ograniczenia finansowe gmin doprowadziły w dekadzie lat dziewięćdziesiątych do zamknięcia ponad 30% przedszkoli, a procesy likwidacyjne dotyczyły zwłaszcza małych miejscowości i wsi. Dzisiaj ponad 80% dzieci ze wsi nie chodzi do przedszkola.

## **2.3. Trudności w realizacji zadań z zakresu prowadzenia oświaty przez jednostki samorządu terytorialnego w dobie kryzysu**

Nie można wykluczyć, że zła sytuacja ekonomiczna w dobie kryzysu może przełożyć się na pojawienie się negatywnych zjawisk w obszarze oświaty poprzez

ograniczenie wydatków na cele edukacyjne. Należy pamiętać, że już w grudniu 2008 roku zostały zgłoszone przez Radę Ministrów autopoprawki do budżetu państwa na rok następny, przewidujące zmniejszenie wydatków budżetowych o 1710 mln zł. Między innymi cięcia dotknęły szeroko pojętej sfery edukacji, w tym zmały wydatki na wyprawki szkolne o 15 mln zł, środki na rozwój społeczeństwa informacyjnego o 10 mln zł, wydatki na realizację programu „Komputer dla ucznia” o 20 mln zł. Powstało realne ryzyko radykalnego zmniejszenia środków na realizację projektu obniżania obowiązkowego wieku szkolnego.

Możliwe konsekwencje kryzysu ekonomicznego dla systemu oświaty obejmują m.in.: zmniejszenie środków na dotacje oświatowe; ograniczenie inwestycji w szkołach i przedszkolach; utrzymywanie liczby miejsc w przedszkolach na dotychczasowym poziomie lub ich redukcja; opóźnienia w dostosowaniu klas dla 6-latków rozpoczynających edukację w I klasach; tworzenie (łączenie) klas z uczniów z różnych roczników; nadmierne zagęszczenie w klasach; problemy z realizacją podwyżek dla nauczycieli.

### **3. Prawo dziecka do podmiotowości, tożsamości i życia w rodzinie**

Polska zgłosiła zastrzeżenia do Konwencji, m.in. zastrzeżenie wpływające na kształt praw dziecka, umniejszające podmiotowość dziecka poprzez silne powiązanie tych praw z władzą rodzicielską oraz „polskimi zwyczajami i tradycjami dotyczącymi miejsca dziecka w rodzinie i poza rodziną”. Komitet Praw Dziecka w Genewie po rozpatrzeniu sprawozdań Polski jak dotąd bezskutecznie apelował o wycofanie się z tych zastrzeżeń. Wydaje się jednak, że pośrednio nowelizacja Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (KRO), dokonana ustawą z 6 listopada 2008 r. częściowo odeszła od ścisłego definiowania „polskich zwyczajów i tradycji”, i przyznała dziecku większą podmiotowość.

#### **3.1. Realizacja postanowień Konwencji o prawach dziecka w świetle nowelizacji Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego z 6 listopada 2008 r.<sup>2</sup>**

##### **– wybrane zagadnienia**

3.1.1. Nowe przepisy pośrednio sprzyjające realizacji art. 8. Konwencji, dotyczącego poszanowania prawa dziecka do zachowania jego tożsamości, w tym stosunków rodzinnych.

Istotną zmianą jest wprowadzenie regulacji macierzyństwa, w tym nie tylko rozwiewającej spory definicji matki w art. 61.: Matką dziecka jest kobieta, która je urodziła, ale także możliwości ustalenia i zaprzeczenia macierzyństwa. Regulacja ta ma istotne znaczenie w świetle problemów etycznych i prawnych związanych z macierzyństwem zastępczym.

<sup>2</sup> Michał Kubalski, *Realizacja postanowień konwencji o prawach dziecka w świetle nowelizacji kodeksu rodzinnego i opiekuńczego z 6 listopada 2008 r.*, Biuletyn RPO. Materiały. Zeszyty Naukowe „Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski”, BRPO Warszawa, 2010.

Zagadnienie zapłodnienia pozaustrojowego budzi liczne kontrowersje, m.in. w sferze światopoglądowej. Pojawia się zarzut odhumanizowania procesu posiadania potomstwa. Nie są w pełni poznane zagrożenia dla psychiki zarówno przyszłych rodziców, jak i surogatki. Dalszych badań wymaga ocena następstw dla zdrowia poczętych tą drogą dzieci. Istnieje zagadnienie dostępności surrogacji dla osób samotnych i pozostających w związkach tej samej płci, jak również zakresu informacji na temat okoliczności narodzin, który ma być w późniejszym czasie udostępniony dziecku czy też kwestia adekwatnej opieki psychologicznej oraz poradnictwa medycznego dla stron kontraktu. Z zagadnieniami etycznymi łączą się kwestie prawne.

Znowelizowany KRO odnosi się do kwestii prawnych nie tylko w omówionym powyżej art. 61.. Kolejne przepisy ograniczające możliwość zawierania kontraktów dotyczących surrogacji zawarte są w art. 62. i w art. 119. KRO. Prawomocne ustalenie przez sąd macierzyństwa określonej kobiety pociąga za sobą ten skutek, że określony mężczyzna pozostający z nią w związku małżeńskim uzyskuje automatycznie status prawny ojca dziecka i w tym przypadku zamierzonemu ojcu dziecka, pomimo pokrewieństwa biologicznego, nie przysługują środki umożliwiające bezpośrednie dochodzenie jego praw związanych z rodzicielstwem. Wprowadzona w KRO zasada, zgodnie z którą zgoda rodziców na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie sześciu tygodni od urodzenia się dziecka, także ma na celu ochronę dziecka przed nieprzemyślanymi decyzjami rodziców, zwłaszcza matki.

Podkreślić jednak należy, że nie został jeszcze przez nasz kraj ratyfikowany jeden z najważniejszych aktów odnoszących się do zastosowań biologii i medycyny, jakim jest Konwencja o ochronie praw człowieka i godności jednostki ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny zwana również Europejską Konwencją Bioetyczną przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 4 kwietnia 1997 r., podpisana przez Polskę w 1999 r.. Konwencja nie odnosi się wprost do macierzyństwa zastępczego, jednak zawarty w niej zakaz komercjalizacji ludzkiego ciała pozwala na zapobieganie sytuacjom, w których kobiety, ze względu na swoją sytuację materialną, byłyby zmuszane do rodzenia dzieci za pieniądze.

**3.1.2. Podmiotowość dziecka i prawo do wyrażania swego zdania (art. 9. i 12. Konwencji).** Zmiany w art. 87. oraz 95. KRO, uwzględniają w większym niż dotychczas stopniu podmiotowość dziecka. Na mocy art. 87 KRO: „Rodzice i dzieci są obowiązani do wzajemnego szacunku i wspierania się”, zaś uzupełniony art. 95. KRO stwierdza, iż: „Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw oraz w sprawach, w których może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra”

**3.1.3. Prawo dziecka do wysłuchania (art. 9. ust. 2. i art. 12. Konwencji).** W nowym § 4. art. 95. KRO, wprowadzone zostały regulacje dotyczące

wysłuchania dziecka przez rodziców: „Rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby lub majątku dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia”. Stosowne zmiany zostały wprowadzone do Kodeksu postępowania cywilnego. W wielu sądach, a także na wielu komendach policji i w niektórych placówkach organizacji obywatelskich, istnieją już przyjazne dziecku pokoje przesłuchań, dzięki temu wprowadzenie w życie tego przepisu nie powinno stanowić większej trudności. Praktyka pokaże, czy sądy będą z tej możliwości korzystały, a także, czy sędziowie są do tego przygotowani.

**3.1.4. Prawo do regularnych kontaktów dziecka z obydwojgiem rodziców (art. 9. ust. 3. i art. 10 ust. 2. Konwencji).** Prawo to zyskało na mocy nowelizacji KRO umocowanie w przepisach nowego Oddziału 3. – „Kontakty z dzieckiem”. Nowe przepisy określają m.in., że sposób utrzymywania kontaktów z dziećmi rodzice ustalają wspólnie, zaś sąd może ograniczyć lub zakazać kontaktów, jeżeli wymaga tego dobro dziecka. Na podstawie art. 113. „Jeżeli dziecko przebywa stale u jednego z rodziców, sposób utrzymywania kontaktów z dzieckiem przez drugiego z nich rodzice określają wspólnie, kierując się dobrem dziecka i biorąc pod uwagę jego rozsądne życzenia; w braku porozumienia rozstrzyga sąd opiekuńczy”, zaś na mocy art. 113. KRO „Sąd opiekuńczy, orzekając w sprawie kontaktów z dzieckiem, może zobowiązać rodziców do określonego postępowania, w szczególności skierować ich do placówek lub specjalistów zajmujących się terapią rodzinną, poradnictwem lub świadczących rodzinie inną stosowną pomoc z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonania wydanych zarządzeń”. Zatem nowe przepisy o kontaktach stanowią także realizację art. 18. Konwencji, w tym zwłaszcza ust. 2., przewidującego „odpowiednią pomoc rodzicom oraz opiekunom prawnym w wykonywaniu przez nich obowiązków związanych z wychowywaniem dzieci”. Przepisy tego nowego Oddziału uzupełnione zostały w wyniku nowelizacji o nową treść art. 58. § 1 i § 1a, na mocy których w wyroku orzekającym rozwód sąd obligatoryjnie rozstrzyga o kontaktach rodziców z dzieckiem, analogicznie do art. 107. § 2. i art. 113. § 1. KRO, tj. biorąc pod uwagę przede wszystkim wspólne ustalenia rodziców. Przepisy o kontaktach zostały uzupełnione o art. 582. i art. 598. Kodeksu postępowania cywilnego. W Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego, działającej przy Ministrze Sprawiedliwości RP, został wypracowany projekt wzmocnienia egzekucji kontaktów poprzez zastosowanie kar pieniężnych na rzecz poszkodowanego.

**3.1.5. Władza rodzicielska.** Nowelizacja KRO (art. 93. § 2. , art. 106. i 112.) wprowadziła zmiany w zakresie orzekania o władzy rodzicielskiej. Doprecyzowane zostało uprawnienie sądu do decydowania o zakresie władzy rodzicielskiej w postępowaniu ustalającym pochodzenie dziecka oraz w postępowaniach o rozwód, separację bądź unieważnienie małżeństwa. Nowe przepisy KRO (art. 58. § 1. i § 1a oraz 107. § 2. ) nałożyły na rodziców zasadniczy ciężar rozstrzygnięcia



o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej. Powyższe zmiany w KRO są zgodne z przepisami Konwencji, zawartymi w art. 5. i art. 18.. Jeśli rodzice nie są w stanie osiągnąć takiego porozumienia: „Sąd może powierzyć wykonywanie władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców, ograniczając władzę rodzicielską drugiego do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do osoby dziecka”. Dodatkowo nowelizacja przesądza, iż: „Rodzeństwo powinno wychowywać się wspólnie, chyba że dobro dziecka wymaga innego rozstrzygnięcia”, co jeszcze bardziej wzmacnia prawo do dziecka do zachowania stosunków rodzinnych (art. 8. Konwencji). Sam proces dochodzenia do porozumienia nie został jednak określony, co w praktyce, w wielu przypadkach niezwykle zaognionych konfliktów rodzinnych, będzie wymagało zaangażowania pracowników rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych, łączących wsparcie z mediacją i terapią rodzinną. Nowelizacja umożliwi także rodzicom nieposiadającym pełnej zdolności do czynności prawnych udział w sprawowaniu bieżącej pieczy nad dzieckiem i w jego wychowaniu (chyba że zdaniem sądu byłoby sprzeczne z dobrem dziecka) – nowy § 2. art. 96. KRO. Przepis ten realizuje art. 18. Konwencji, postulujący pełne uznanie zasady odpowiedzialności rodziców za wychowanie i rozwój dziecka, a także art. 20., dotyczący prawa do środowiska rodzinnego, i art. 9. ust. 1. i ust. 3., minimalizujący skutki oddzielenia dziecka od rodziców. Rodzice tacy mają być także – na mocy nowej treści art. 158. KRO – informowani przez opiekuna dziecka o ważniejszych sprawach dotyczących dziecka lub jego majątku.

### **3.2. Dobro dziecka w sprawach dotyczących ograniczenia władzy rodzicielskiej – aspekty praktyczne<sup>3</sup>**

Konwencja o prawach dziecka już w preambule uznaje, iż „dziecko dla pełnego i harmonijnego rozwoju swojej osobowości powinno wychowywać się w środowisku rodzinnym, w atmosferze szczęścia, miłości i zrozumienia”. Art. 9. ust. 1. Konwencji stanowi, iż „Państwa-Strony zapewnią, aby dziecko nie zostało oddzielone od swoich rodziców wbrew ich woli, z wyłączeniem przypadków, gdy kompetentne władze, podlegające nadzorowi sądowemu, zdecydują zgodnie z obowiązującym prawem oraz stosowanym postępowaniem, że takie oddzielenie jest konieczne ze względu na najlepiej pojęte interesy dziecka”.

Przywołane w dotychczasowych rozważaniach przepisy Konwencji i prawa krajowego, w tym znowelizowanego KRO, powinny stanowić dla sądu rodzinnego zasady kierunkowe w rozstrzyganiu konkretnych spraw. Przede wszystkim, dziecko ma prawo do wychowania w swojej rodzinie naturalnej, a w sytuacji niewypełniania przez rodzinę jej funkcji wychowawczych w sposób prawidłowy, obowiązkiem państwa jest udzielenie tej rodzinie stosownej pomocy. Gdy, pomimo udzielonej pomocy, rodzina ta nadal nie spełnia funkcji wychowawczych, należy umieścić

<sup>3</sup> Barbara Błońska, Małgorzata Chmielewska, *Ograniczenie władzy rodzicielskiej a dobro dziecka – obserwacje z praktyki Biura RPO*, Biuletyn RPO. Materiały. Zeszyty Naukowe „Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski”, BRPO Warszawa, 2010.

dziecko poza rodziną, przy czym środowisko, w jakim umieszczone jest dziecko, ma w jak największym stopniu przypominać rodzinę naturalną. Najkorzystniejszą formą opieki jest rodzina zastępcza (art. 20. ust. 3. Konwencji), która, w odróżnieniu od np. rodziny adopcyjnej, nie powinna naruszać więzi z rodziną naturalną. Organy państwowe powinny pomóc rodzinie naturalnej w taki sposób, by stworzyła ona sytuację umożliwiającą ponowne przyjęcie do niej dziecka. W praktyce nie zawsze ten postulat jest skutecznie realizowany. Problemy dotyczą zarówno kwestii proceduralnych, jak i merytorycznych.

**3.2.1. Przewlekłość postępowań opiekuńczych.** Długotrwałość postępowań uwarunkowana m.in. wielomiesięcznym oczekiwaniem na opinię rodzinnego ośrodka diagnostyczno – konsultacyjnego, należy do najbardziej istotnych przyczyn naruszających stabilizację sytuacji życiowej oraz wpływających na stan zdrowia dziecka. Wskutek długotrwałości postępowań opiekuńczych sąd jest zmuszony do rozstrzygania o losach dziecka już we wstępnej fazie tego postępowania, nadając tym postanowieniom cechę tymczasowości. Niejawność postępowania powoduje, że przed wydaniem orzeczenia sąd często nie zapoznaje się ze stanowiskiem rodziców dziecka, opinią biegłych, nie wysłuchuje także np. kuratora, który zainicjował postępowanie. Może to wywrzeć negatywny wpływ na dalsze losy dziecka, tym bardziej, że tymczasowe rozstrzygnięcie o formie ograniczenia opieki rodzicielskiej często determinuje treść ostatecznego orzeczenia – następuje bowiem wówczas utrwalenie sytuacji życiowej dziecka wywołanej zabezpieczeniem.

Kolejnym problemem jest niewykonywanie orzeczeń sądu rodzinnego, zwłaszcza tych, których celem jest „nakierowanie wykonywania władzy rodzicielskiej na właściwe tory”, bez jednoczesnej separacji rodziców i dziecka. Niedomoga systemu opieki nad dzieckiem (np. brak bieżącej kontroli zachowań rodziców, nieadekwatna do potrzeb częstość odwiedzin kuratora rodzinnego i niedostateczne wsparcie w przezwyciężeniu trudności wychowawczych) sprawia, że w praktyce jedynym instrumentem dyscyplinującym niedbałych rodziców pozostaje zagrożenie odebraniem dziecka.

**3.2.2. Merytoryczna adekwatność zastosowanych przez sąd środków.** W nie-których wypadkach można mieć również wątpliwości co do merytorycznej adekwatności zastosowanych przez sąd środków. Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy wskazuje się m.in. na następujące kwestie:

- **ogólność** zawartej w art. 109. KRO przesłanki „dobra dziecka”, co rodzi trudności w jej przełożeniu na pojęcie „zagrożenie dobra dziecka” w odniesieniu konkretnych, życiowych sytuacji;
- **nieprecyzyjność** kryteriów w stosowaniu poszczególnych środków z art. 109. KRO w konkretnych sytuacjach; sąd sam powinien ocenić, nie tylko to, czy w danej sytuacji dobro dziecka rzeczywiście jest zagrożone, ale także zdecydować, czy w przypadku problemów konkretnej rodziny najlepszym



środkiem będzie np. dozór kuratora, czy wystarczy jedynie rodzicom wskazać, jak mają postępować (np. nakazać im rehabilitację dziecka);

- **poziom wyszkolenia sędziów**, na których, wobec braków kryteriów i nieprecyzyjności przepisów, spoczywa największy ciężar i największa odpowiedzialność, i którzy poza doświadczeniem życiowym i przygotowaniem prawniczym, powinni dysponować odpowiednią wiedzą dziedzin pozaprawnych, ułatwiających orzekanie, np. z zakresu psychologii, czy pedagogiki; tego rodzaju wiedza mogłaby pomóc sędziom zarówno w lepszym wyznaczeniu kierunku prowadzenia danego postępowania, jak i we własnej ocenie opinii sporządzanych przez biegłych; wraz z rozwojem psychologii pojawiają się w niej różne nurty, a formułowane tezy są czasem bardzo dyskusyjne, żeby nie powiedzieć szkodliwe, jak np. w odniesieniu do tzw. zespołu Gardnera;
- **nadmierne stosowanie izolacji** i niekiedy nieuzasadnione orzekanie o umieszczeniu dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej oraz niewykorzystywanie środków mniej dla dziecka dolegliwych; w niektórych z tych spraw wystarczyłoby wydanie przez sąd odpowiednich zarządzeń lub prawidłowo wykonywany nadzór kuratora.

### 3.3. Uwagi praktyczne dotyczące cywilnych aspektów uprowadzenia dziecka za granicę<sup>4</sup>

Cywilne aspekty uprowadzenia dziecka za granicę reguluje tzw. Konwencja haska z dnia 25 października 1980 roku. Naczelnym postulatem Konwencji haskiej, zgodnym z treścią art. 3. Konwencji o prawach dziecka, jest realizacja interesu dziecka, poprzez jak najszybsze nakazanie powrotu dziecka do kraju, z którego je uprowadzono. Niestety, od czasu wejścia w życie Konwencji haskiej w 1995 r., orzecznictwo polskich sądów dowodzi, że praktyczna realizacja jej postanowień i zabezpieczenie interesu dziecka napotyka na wiele przeszkód. Zastrzeżenia dotyczą w szczególności wymienionych poniżej kwestii:

- **trafności ocen indywidualnego interesu dziecka**; przepisy Konwencji haskiej mają chronić przede wszystkim interes dziecka, i nie jest ich celem ani przeciwdziałanie samowoli osób zainteresowanych sprawowaniem nad dzieckiem pieczy;
- **czasokresu postępowania**; jak wynika z danych Ministerstwa Sprawiedliwości, w latach 2007-2008 Ministerstwo pośredniczyło w przekazaniu do sądów polskich 108 wniosków o nakazanie powrotu dziecka do innego państwa i w zdecydowanej większości z nich pomiędzy wpłynięciem wniosku a wydaniem nieprawomocnego orzeczenia przez sąd I instancji upłynął okres dłuższy niż sześć tygodni; jest oczywiste, że im dłużej trwa postępowanie, tym boleśniej dziecko odczuje powrót do miejsca dotychczasowego pobytu;

<sup>4</sup> Justyna Dąbrowska, *Konwencja dotycząca cywilnych aspektów uprowadzenia dziecka za granicę – uwagi praktyczne*, Biuletyn RPO. Materiały. Zeszyty Naukowe „Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski”, BRPO Warszawa, 2010.

- **właściwej oceny pojęcia „bezprawności uprowadzenia lub zatrzymania dziecka”**; przy podejmowaniu decyzji w kwestii wydania dziecka i rozważaniu zagrożeń dla jego dobra, zgodnie z duchem Konwencji haskiej, nie można abstrahować od okoliczności konkretnej sprawy; sąd polski, jako sąd państwa, w którym znajduje się uprowadzone lub zatrzymane dziecko, ma możliwość rozważenia wszystkich przesłanek uzasadniających odstąpienie od obowiązku wydania dziecka bezprawnie uprowadzonego lub zatrzymanego, które zwiększają zasięg ochrony dziecka, przy uwzględnieniu generalnej dyrektywy dobra dziecka;
- **właściwej wykładni przesłanek hamujących wydanie dziecka na podstawie „faktycznego niewykonywania prawa do opieki” oraz „istnienia poważnego ryzyka, że powrót dziecka naraziłby je na szkodę fizyczną lub psychiczną albo w jakikolwiek inny sposób postawiłby je w sytuacji nie do zniesienia”**; Konwencja haska daje możliwość uchylenia obowiązku zarządzenia wydania bezprawnie uprowadzonego dziecka, jeżeli istnieje poważne ryzyko, że powrót dziecka naraziłby je na szkodę fizyczną lub psychiczną albo w jakikolwiek inny sposób postawiłby je w sytuacji nie do zniesienia – z tego tytułu sądy polskie oddaliły wnioski jedynie w 22 sprawach (spośród 108) o wydanie dziecka w trybie Konwencji haskiej; trudność orzecznicza tkwi w pogodzeniu nakazu uwzględnienia interesu dziecka z jednoczesnym bardzo restrykcyjnym brzmieniem przepisów Konwencji określających przesłanki odmowy wydania dziecka;
- **sprawności wykonania orzeczenia nakazującego wydanie dziecka**; z przekazywanych przez sędziów wydziałów rodzinnych oraz kuratorów sądowych informacji wynika, że kuratorzy, mający zapewnić kontakt z rodzicem, często wstrzymują się z wykonywaniem odbioru dziecka, czego powodem jest wzgląd na dobro małoletniego i obawa, że w wielu przypadkach konsekwencje przeprowadzenia przymusowego odbioru będą dla psychiki dziecka o wiele bardziej dotkliwe, niż skutki braku spotkania z rodzicem; następstwem nieefektywnego postępowania egzekucyjnego jest, wraz z upływem czasu, coraz bardziej uwidaczniająca się sprzeczność z duchem Konwencji haskiej.

#### **4. Prawo do godziwych warunków socjalnych**

Prawa do godziwych warunków socjalnych dotyczy art. 26. Konwencji. Ponadto art. 23. Konwencji zapewnia prawo do życia w godnych warunkach dla dzieci niepełnosprawnych.

##### **4.1. Warunki życia i rozwoju dzieci w Polsce. Juwenilizacja polskiej biedy.**

W Polsce, podobnie jak w innych krajach UE notuje się nadreprezentację dzieci wśród osób biednych, co rzutuje ujemnie na stan zdrowia i zmniejsza szanse edukacyjne i rozwojowe, zwłaszcza w przypadku najmłodszych dzieci.

Wg danych GUS dzieci i młodzież w wieku do 19 roku życia stanowiły 40% populacji osób żyjących w gospodarstwach domowych o wydatkach niższych od minimum egzystencji. Wśród osób w wieku 15-19 lat wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym wynosił około 18,5%, a dla dzieci do lat 14. - około 19%. Najbardziej zagrożonymi ubóstwem były osoby żyjące w rodzinach wielodzietnych, a najgorzej przedstawiała się sytuacja w rodzinach małżeństw z 4. dziećmi i więcej na utrzymaniu. W tych rodzinach 43,5% osób żyło poniżej minimum egzystencji, 54,5% osób znalazło się poniżej relatywnej granicy ubóstwa, a poniżej ustawowej granicy ubóstwa - 63,1%. W 2005 roku odsetek samotnych matek i ojców żyjących poniżej minimum egzystencji wynosił 14,5%, znajdujących się poniżej relatywnej granicy ubóstwa – 20,5%, a znajdujących się poniżej ustawowej granicy ubóstwa – 20,7%. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem w rodzinach z niepełnosprawnymi dziećmi był wyraźnie wyższy od przeciętnego-w 2005 roku 17,8% osób w gospodarstwach domowych z przynajmniej 1 dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności znajdowało się poniżej minimum egzystencji.

#### **4.2. Praktyczne aspekty stosowania ustawy o świadczeniach rodzinnych i ustawy o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej**

System wsparcia socjalnego rodziny obejmuje zasiłek rodzinny wraz z dodatkami, zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne oraz świadczenie dla rodzin, które nie mogą wyegzekwować należności alimentacyjnych. Wskazuje się na liczne niedoskonałości unormowań prawnych w zakresie pomocy socjalnej państwa. Dotyczy to: **nieprecyzyjności** przepisów, co wyraża się m.in. w sposobie obliczania dochodu dla potrzeb ustawy o świadczeniach rodzinnych i przy ubieganiu się o zaliczkę alimentacyjną oraz w niejasnej definicji „bezskuteczności egzekucji” w ustawie o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej; **wykluczenia niektórych grup**, na przykład brak uprawnienia do świadczenia pielęgnacyjnego dla osób opiekujących się niepełnosprawnym dorosłym członkiem rodziny, czy brak uprawnienia do otrzymania zaliczki alimentacyjnej przez osobę uczącą się, która uzyskała wyrok sądu orzekający alimenty po osiągnięciu pełnoletniości; **nadmiernej restrykcyjności** rozwiązań prawnych np. braku możliwości uzyskania świadczeń rodzinnych w sytuacji, gdy jedno z rodziców nie złoży rocznego zeznania w urzędzie skarbowym; **niespójności systemowej** rozwiązań prawnych polega, np. wyłączenie rodziców zastępczych z grona uprawnionych do świadczenia pielęgnacyjnego;

Niedoskonałości regulacji ustawowych, w tym opóźnienia reformy systemu opieki nad dzieckiem oraz niepodwyższenie kryteriów dochodowych uprawniających do świadczeń rodzinnych, ujawniły się ze szczególną ostrością w dobie obecnego kryzysu gospodarczego.

## 5. Prawo do bezpiecznego rozwoju

### 5.1. Urazy niezamierzone

W Polsce notuje się wysoki udział urazów i zatruc w umieralności i chorobowości dzieci i młodzieży, a porównania międzynarodowe są niekorzystne dla naszego kraju. Jeśli współczynnik zgonów z powodu urazów w Polsce zostałby, przez wdrożenie znanych procedur prewencyjnych, zredukowany do poziomu współczynnika w Szwecji, to można byłoby uratować życie ok. 800 polskich dzieci.

Wiele szkół w Polsce nie zapewnia bezpiecznych warunków nauki. Wg danych Centralnego Instytutu Ochrony Pracy w roku szkolnym 2003/2004 w szkołach i placówkach oświatowych zarejestrowano 149 494 wypadki – zginęło 88 uczniów a 1248 doznało bardzo ciężkich urazów. Wg opublikowanej przez Najwyższą Izbę Kontroli informacji „O wynikach kontroli utrzymania obiektów oraz przestrzegania bezpieczeństwa i higieny w publicznych szkołach i placówkach oświatowych” (Nr ewidencyjny 149/2007/P/07/144/LLU), spośród 66 skontrolowanych szkół i placówek oświatowych tylko jedna szkoła uzyskała ocenę pozytywną w zakresie zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu i nauki uczniów oraz wychowanków.

### 5.2. Przemoc wobec dzieci

Konwencja o prawach dziecka wyznaczyła standardy ochrony dzieci przed krzywdzeniem zapisane w art. 19. oraz w art. 37. Polska ratyfikowała również dwa protokoły dodatkowe do Konwencji przyjęte w Nowym Jorku dnia 25 maja 2000 r.: w sprawie handlu dziećmi, dziecięcej prostytucji i pornografii oraz w sprawie angażowania dzieci w konflikty zbrojne.

Na przestrzeni lat uchwalono w Polsce wiele nowych przepisów wychodzących naprzeciw zobowiązaniom Konwencji, jednak istnieją obszary prawa, w tym prawa karnego, które należy dostosować do standardów przyjętych przed dwudziestoma laty<sup>5</sup>.

**5.2.1. Implementacja i praktyczna realizacja przepisów Konwencji w zakresie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec dzieci.** Częstość przypadków maltretowania dzieci w Polsce wydaje się stale wzrastać. Niestety wykrywalność zjawiska jest dalece niewystarczająca i dotyczy zazwyczaj przypadków niezwykle drastycznych, szokujących opinię publiczną, już po fakcie wyrządzenia dziecku krzywdy. W 2008 r. w powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury zarejestrowano łącznie 53 592 sprawy o przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie. Według danych z tzw. Niebieskiej karty, w 2008 r. ujawniono 47.098 dzieci – ofiar przemocy (w 2007 r. było ich 45.964) . Tymczasem

<sup>5</sup> Dorota Krzysztoń, *Realizacja Konwencji o prawach dziecka przez Rzeczpospolitą Polską – implementacja i praktyczna realizacja przepisów w zakresie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec dzieci oraz handlu dziećmi*, Biuletyn RPO. Materiały. Zeszyty Naukowe „Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski”, BRPO Warszawa, 2010.

do bicia dzieci przynajmniej 22% Polaków, a urazy w domu są jedną z głównych przyczyn zgonów małych dzieci z przyczyn zewnętrznych. Przemoc wobec dzieci należy uznać za istotny problem zdrowia publicznego i bezpieczeństwa publicznego wymagający rozwiązań systemowych.

Poza zapisami Konstytucji RP, w tym przepisem art. 72., realizację zapisów Konwencji stanowią takie regulacje ustawowe, jak Kodeks rodzinny i opiekuńczy, przewidujący możliwość ograniczenia i pozbawienia władzy rodzicielskiej, czy też kontaktów z dzieckiem w przypadku, gdy rodzice naruszają lub zagrażają naruszeniem dobra dziecka. Przepisy dotyczące karalnych form przemocy wobec dzieci zawiera Kodeks karny. Z kolei unormowania zawarte w Kodeksie wykroczeń, pozwalają na ochronę dzieci zarówno przed krzywdzeniem polegającym na zaniedbaniu zdrowotnym i wychowawczym dziecka, jak i wykorzystywaniem dziecka np. do żebrania, co z perspektywy wykorzystywania dzieci przez grupy handlujące ludźmi jest zapisem niezmiernie ważnym, bo wymuszającym reakcję organów ścigania. Istnieją również inne akty prawne, takie jak np. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie ( Dz.U. nr 180 poz. 1493 ), lecz akt ten podkreśla jedynie konieczność prowadzenia działań określonych już w innych aktach prawnych i dokumentach rządowych. Analiza uregulowań prawnych prowadzi do wniosku, że w zakresie przemocy rozumianej jako znęcanie się nad dzieckiem w rodzinie, zachodzą pozytywne zmiany mające na celu ukształtowanie systemu zapobiegania i reagowania na przemoc w rodzinie oraz pomocy pokrzywdzonym dzieciom.

Problemem budzącym wątpliwości co do faktycznej implementacji przepisów Konwencji jest sposób traktowania dzieci w toku postępowania karnego, wynikający również z przepisów naszego prawa wewnętrznego. Mimo postępu w tym zakresie, zbyt mało jest jeszcze procedur chroniących dziecko przed ponowną wiktymizacją w trakcie prowadzenia śledztwa i postępowania przed sądem. Istnieją także zasadnicze problemy w zakresie terapii sprawców, gwarantującej ochronę dzieci przed skrzywdzeniem w przyszłości oraz rzeczywiste naprawienie przez niego wyrządzonej szkody.

### **5.2.2. Implementacja i praktyczna realizacja przepisów Konwencji w zakresie zapobiegania i zwalczania krzywdzenia seksualnego dzieci.**

Wykorzystywanie seksualne dzieci przez osoby dorosłe jest poważnym problemem społecznym, wobec którego nie można pozostać obojętnym. Szacuje się, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, zjawisko to dotyczy 10 – 20% dzieci. Dramat seksualnego wykorzystywania i molestowania dzieci pogłębiany jest nie tylko w wyniku przedostających się do opinii publicznej informacji o rozległości i brutalności urazów (śmierć dziecka, kazirodztwo, prostytutka, handel żywym towarem, pornografia), lecz także przez fakt, iż sprawcami są na ogół osoby dorosłe z bliskiego otoczenia dziecka – z rodziny, spośród znajomych, opiekunów, a także spośród osób, które wykonują swój zawód w kontakcie z dziećmi. Wspólną cechą krzywdzenia seksualnego w takich

okolicznościach jest wielokrotność i długotrwałość doznawanego przez dziecko urazu.

Na mocy art. 34 Konwencji Państwa-Strony zobowiązują się do ochrony dzieci „przed wszelkimi formami wyzysku i nadużyć seksualnych”, w szczególności „przed nakłanianiem i zmuszaniem dzieci do jakichkolwiek nielegalnych działań seksualnych, wykorzystywaniu ich do prostytucji lub innych nielegalnych praktyk seksualnych oraz do produkcji przedstawień i materiałów pornograficznych”. Kwestie te uściśla Protokół fakultatywny w sprawie handlu dziećmi, dziecięcej prostytucji i pornografii. Dokument ten uwzględnia rosnącą dostępność pornografii dziecięcej w internecie, a strony, które go ratyfikowały, zobowiązane są do penalizacji produkcji, dystrybucji, obrotu i posiadania pornografii dziecięcej. Protokół nakłada na Państwa-Strony obowiązek wprowadzenia zakazu handlu dziećmi, seksualnego wykorzystywania dzieci, angażowania ich do pracy przymusowej oraz transferu ich organów dla zysku.

W prawie wewnętrznym szczególną ochronę dzieci przed nadużyciami seksualnymi zapewnić mają odpowiednie przepisy Kodeksu karnego, jednak procedury i algorytmy działania organów postępowania karnego nie uwzględniają specyfiki pracy z dziećmi. Jedynie w obszarze przyjaznego przesłuchania dziecka – ofiary wykorzystania seksualnego, nastąpiły pewne zmiany legislacyjne, aczkolwiek ograniczone, bo nie dotyczące ofiar handlu dziećmi, które nie będą wykorzystane seksualnie.

Należy odnotować, że pełniejszej realizacji przepisów art. 19. i 34. Konwencji, mających na celu ochronę dziecka przed wszelkimi formami przemocy, złego traktowania i wyzysku, w tym wyzysku seksualnego i nadużyć seksualnych służy nowy § 1a art. 148. KRO, precyzujący, że „Opiekunem małoletniego nie może być ustanowiona także osoba, która została pozbawiona władzy rodzicielskiej albo skazana za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej lub obyczajności albo za umyślne przestępstwo z użyciem przemocy wobec osoby lub przestępstwo popełnione na szkodę małoletniego lub we współdziałaniu z nim, albo osoba, wobec której orzeczono zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowywaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub opieką nad nimi, lub obowiązek powstrzymywania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, zakaz kontaktowania się z określonymi osobami lub zakaz opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu”.

**5.2.3. Implementacja i praktyczna realizacja przepisów Konwencji w zakresie zapobiegania i zwalczania handlu ludźmi.** Art. 35 Konwencji stanowi, że „Państwa-Strony będą podejmowały wszelkie kroki o zasięgu krajowym, dwustronnym oraz wielostronnym dla przeciwdziałania uprowadzeniom, sprzedaży bądź handlowi dziećmi, dokonywanym dla jakichkolwiek celów i w akiejkolwiek formie”. Dokumentem uzupełniającym jest wspomniany powyżej protokół fakultatywny w sprawie handlu dziećmi, dziecięcej prostytucji i dziecięcej pornografii.



Niektóre z obowiązujących przepisów naszego prawa wewnętrznego wychodzą naprzeciw jednostronnym zobowiązaniom Konwencji. Kodeks karny i kodeks wykroczeń chronią zarówno przed handlem ludźmi, jak i przed przestępstwami towarzyszącymi handlowi ludźmi, do których należy krzywdzenie seksualne czy wykorzystanie dziecka do żebrania. Polska boryka się z niską wykrywalnością handlu ludźmi, w tym praktycznym brakiem wykrywalności handlu dziećmi i narządami/tkankami ludzkimi. Szczególnie niepokojąca jest niska wykrywalność przestępstw związanych ze statusem Polski jako kraju tranzytowego i docelowego. Najmniejsza wykrywalność odnosi się do dzieci. Z doniesień organizacji pozarządowych (m.in. Fundacji Dzieci Niczyje i Fundacji Przeciwko Handlowi Ludźmi i Niewolnictwu „La Strada”) wynika, iż służby mają problem z właściwą identyfikacją dzieci – ofiar handlu ludźmi.

### **5.3. Zwalczanie demoralizacji i przestępczości nieletnich**

Czyny zabronione dzieci do 13. roku życia nie są uwzględniane w policyjnym zestawieniu przestępczości ogółem, jednak wg danych statystycznych Komendy Głównej Policji w 2008 r. odnotowano ich 2271, tj. o 16,9% mniej niż w 1999 roku. Przestępstwami najczęściej popełnianymi przez dzieci poniżej 13. roku życia są kradzieże cudzej rzeczy – 20,7% , kradzieże z włamaniem – 18,0% oraz przestępstw rozbójniczych – 7,9%, przy czym dwie ostatnie kategorie wykazują od 1999 roku znaczący trend spadkowy.

W 2008 r. Policja odnotowała 74 219 czynów karalnych nieletnich w wieku 13-17 lat, co stanowiło 6,9 % ogółu przestępstw, przy czym na przestrzeni lat obserwuje się spadek tego wskaźnika a także zmianę struktury czynów karalnych popełnianych przez nieletnich- maleje odsetek kradzieży z włamaniem, wzrasta odsetek robojów, czynów powodujących uszczerbek na zdrowiu, udziału w bójce lub pobiciu. Znacznym problemem staje się wzrost udziału nieletnich w popełnianiu przestępstw narkotykowych związanych z posiadaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych, udzielaniem innej osobie środków odurzających lub substancji psychotropowych, ułatwianiem, nakłanianiem albo umożliwieniem ich użycia, udzielaniem innej osobie środków odurzających lub substancji psychotropowych, ułatwianiem, nakłanianiem albo umożliwieniem ich użycia w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej. W 2008 r. Policja ujawniła 24 099 nietrzeźwych małoletnich. Do izb wytrzeźwień dowieziono 2396 małoletnich, co oznaczało 30% wzrostu w porównaniu do stosunku do 2006 roku.

Sądowe dane statystyczne publikowane przez Ministerstwo Sprawiedliwości są oparte przede wszystkim na prawomocnych orzeczeniach sądowych w sprawach nieletnich, w związku z czynami karalnymi i demoralizacją. W 2006 r. liczba nieletnich zdemoralizowanych wynosiła 16 978. Współczynnik nieletnich w związku demoralizacją wzrastał od 1997 r., osiągając najwyższy poziom w 2006 r. Liczba nieletnich, wobec których wydano prawomocne orzeczenia sądowe, w związku

z czynami karalnymi, wynosiła wówczas 27419. Od 1995 r. liczba nieletnich, których sprawy wpływają do sądu do postępowania wyjaśniającego w związku z popełnieniem czynu karalnego, utrzymuje się na podobnym poziomie. Średnio do sądów wpływa rocznie 86258 spraw, z czego na posiedzenie lub rozprawę kierowanych jest średnio 41,9% ogółu spraw. Chłopcy stanowią średnio ok. 90% nieletnich dopuszczających się czynów karalnych. Od 2000 r., średnio o 1% rocznie, wzrasta również liczba nieletnich dziewcząt dokonujących czynów karalnych. W 2006 r. odsetek dziewcząt wynosił 14%.

Systematycznie rośnie liczba nieletnich zdemoralizowanych, których sprawy wpływają do sądu do postępowania wyjaśniającego – w 2006 r. wpłynęło takich spraw prawie trzy razy więcej niż w 1994 r. Na posiedzenie lub rozprawę kierowanych jest średnio 48,6% spraw, które wpływają do wyjaśnienia. W 2006 r. liczba nieletnich, wobec których wydano prawomocne orzeczenia sądowe była ponad pięciokrotnie większa niż w 1994 r. Odsetek dziewcząt, wobec których wydano orzeczenia w związku z demoralizacją (25%.) jest wyższy od odsetka dziewcząt, które dopuściły się czynu karalnego (14%). W 2006 r. liczba zdemoralizowanych dziewcząt wynosiła 4540, tj. 36,5% ogółu zdemoralizowanych nieletnich.

W praktyce sądowej najczęstszym środkiem wychowawczym orzeczoną w 2006 r. wobec nieletnich w związku z demoralizacją jest: nadzór kuratora – 35,9%, upomnienie – 24,8%, zobowiązanie do określonego zachowania – 20,2% oraz nadzór odpowiedzialny rodziców – 10,1%. Zdecydowanie rzadziej orzekanym środkiem jest umieszczenie w placówce opiekuńczo-wychowawczej (0,5%), w młodzieżowym ośrodku socjoterapii (1%) oraz skierowanie do ośrodka kuratorskiego (1,6%).

**5.3.1. Praktyka przestrzegania praw nieletnich w kontekście wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji.** Problematyki nieletnich pozbawionych wolności dotyczy art. 37. Konwencji, który odnosi się do standardów, jakie obowiązują w zakresie traktowania dzieci pozbawionych wolności, zasad które powinny przyświecać pozbawieniu wolności dziecka oraz praw jakie mu w związku z tym przysługują. Z kolei art. 40. Konwencji porusza kwestie sposobu traktowania dzieci podejrzanych, oskarżonych bądź uznanych winnymi pogwałcenia prawa karnego oraz gwarancji związanych z taką sytuacją prawną dziecka. W związku z wykonywaniem zadań Krajowego Mechanizmu Prewencji systematycznie badana jest sytuacja wychowanków w placówkach. W zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich stwierdzono niewłaściwe stosowanie izby przejściowej. W zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich oraz w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i socjoterapii istotnym problemem jest ograniczanie dostępu nieletnich do zajęć na świeżym powietrzu. W niektórych zakładach poprawczych, schroniskach dla nieletnich młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i socjoterapii utrudniane są kontakty z rodzicami, co jest sprzeczne z art. 9. pkt 2. Konwencji o prawach dziecka, w świetle którego „Państwa-Strony



będą szanowały prawo dziecka odseparowanego od jednego lub obojga rodziców do utrzymywania regularnych stosunków osobistych i bezpośrednich kontaktów z obojgiem rodziców, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to sprzeczne z najlepiej pojętym interesem dziecka”. We wszystkich typach wizytowanych placówkach zwracano zastrzeżenia budziła słaba wśród wychowanków znajomość ich praw i obowiązków, znikoma wiedza nieletnich o instytucjach, do których mogą się zwrócić o pomoc w przypadku łamania ich praw oraz mała dostępność informacji na temat instytucji, do których nieletni mogą się zwrócić w razie potrzeby. W policyjnych izbach dziecka zwrócono uwagę na zjawisko przedłużania pobytu nieletnich i niejednokrotnie wątpliwą podstawę do ich umieszczenia w tego typu placówkach. Sposób traktowania nieletnich przez pracowników policyjnych izb dziecka, nie budził zastrzeżeń, natomiast w pozostałych typach placówek zdarzały się przypadki przekazywania przez wychowanków informacji o biciu i zastraszaniu przez wychowawców, spotkano się z praktyką stosowania nieregulaminowych kar dyscyplinarnych oraz odpowiedzialności zbiorowej. Warunki bytowe zapewniane nieletnim są znacznie zróżnicowane w skali kraju, a niedostatek środków finansowych powoduje odkładanie niezbędnych remontów i inwestycji.

#### **5.4. Małoletni cudzoziemcy w procedurze deportacyjnej i uchodźczej<sup>6</sup>**

Gwarantem ochrony praw migrantów, także małoletnich, jest w pierwszej kolejności prawo międzynarodowe, kształtujące system ochrony praw człowieka zarówno o zasięgu uniwersalnym, jak i regionalnym, inicjowanym przez Radę Europy, a także składającym się na prawo wewnętrzne Unii Europejskiej. Gwarancję stanowią także prawa, które adresowane są wyłącznie do cudzoziemców.

Małoletni cudzoziemcy przebywający w placówkach opiekuńczo-wychowawczych traktowani są zgodnie ze standardem usług świadczonych w tego typu instytucjach. Warunki w ośrodkach są zróżnicowane, co zależy od zaangażowania właścicieli obiektów oraz posiadanych przez nich środków finansowych. W miarę istniejących możliwości, rodziny umieszczane są razem. Mieszkańcom ośrodków zapewnia się całodzielne wyżywienie, odpowiadające wymogom ich kultury i religii. Ogólnie rzecz biorąc regulacje prawne chroniące prawa małoletnich cudzoziemców w postępowaniu deportacyjnym i uchodźczym są pozytywnie oceniane przez pracowników BRPO.

Przedstawiony w niniejszym opracowaniu wybór uwag na temat przestrzegania praw dzieci może uzasadniać pilną potrzebę podjęcia szerokiej debaty społecznej nad budową nowoczesnego systemu opieki nad dzieckiem w Polsce. Debata publiczna powinna między innymi dotyczyć opracowania strategii, ustalenia priorytetów, planów i systemów monitorowania tej opieki. Niewątpliwie należy określić miejsce i rolę międzysektorowego ośrodka koordynującego sprawy dzieci, złożonego z przedstawicieli kluczowych ministerstw, agencji, organizacji

<sup>6</sup> Marcin Sośniak, *Małoletni cudzoziemcy w procedurze deportacyjnej i uchodźczej*, Biuletyn RPO. Materiały. Zeszyty Naukowe „Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski”, BRPO Warszawa, 2010..

pozarządowych i środowisk zawodowych. Nadal bowiem aktualne są zalecenia przedstawione na 31. Sesji Komitetu Praw Dziecka ONZ po rozpatrzeniu sprawozdania okresowego Polski z realizacji Konwencji o prawach dziecka, przedłożonego 2 października 2002 roku w Genewie, wytykające m.in.: brak koordynacji polityki na rzecz dziecka i rodziny realizowanej przez różne ministerstwa oraz instytucje publiczne na różnych szczeblach; brak mechanizmów konsultacyjnych i koordynacyjnych pomiędzy ministerstwami oraz pomiędzy wszystkimi szczeblami rządowymi prowadzącymi prace na rzecz dzieci; brak konsultacji i koordynacji przy opracowywaniu i wprowadzaniu) ustaw związanych z realizacją praw dziecka, a także ośrodka współpracującego z organizacjami pozarządowymi oraz mediami podejmującymi tę problematykę; brak spójnego systemu gromadzenia danych i wskaźników.

Należy wyrazić przekonanie, że wszyscy – obywatele, organy władzy publicznej, instytucje publiczne, organizacje pozarządowe, rodziny, media, sektor prywatny – potrafimy nawiązać efektywną współpracę na rzecz zaspokajania potrzeb dzieci i wypełniania przynależnych dzieciom praw, zapisanych w ich Konwencji.

Janusz Szymborski

Józef Andrzej Stuchliński

## Ochrona dziecka w wymiarze moralno-etycznym

### I. Wyjaśnienie pojęć

#### Człowiek

Mawiało się od wieków, a i mawia się jeszcze często nadal, że człowiek, to po prostu dusza i ciało.

Współcześnie obraz natury ludzkiej nieco się jednak skomplikował. Tradycyjnie pojmowana dusza ludzka okazała się bowiem czymś o wiele bardziej złożonym, nie do końca jednorodnym.

Paradoksalnie, bardziej trafnym ujęciem ogólnym natury ludzkiej – w stosunku do owego ujęcia dychotomicznego – była koncepcja wysunięta już u zarania naszej kultury i cywilizacji przez Arystotelesa ze Stagiry (IV w. p.n.e.). Nic w tym, zatem dziwnego, że św. Tomasz z Akwinu (XIII w.) oparł się na pewnych ujęciach filozoficznych Arystotelesa, ugruntowując chrześcijańską teologię.

Dla celów pomocniczych, pojęciowo-wyjaśniających, krótko tylko o myśli głównej Arystotelesowego pojmowania duszy ludzkiej.

Otóż Arystoteles odróżniał trojaki funkcje istot żywych i, odpowiednio do tego, trzy rodzaje duszy.

Dusza roślinna miała posiadać jedynie funkcję najniższą, powodując odżywianie się i rośnięcie istoty żywej. Nie posiadając zaś odpowiedniego narządu, nie była też zdolna do postrzegania.

Zdolność tę posiada dusza wyższego szczebla, tj. dusza zwierzęca. Ponieważ zaś z postrzeganiem łączy się przyjemność i przykrość, a z nimi pożądanie przyjemności i popęd do unikania przykrości, więc dusza zwierzęca, – ale dopiero ona – posiada uczucia i popędy. Zatem, dopiero na drugim szczeblu złożoności duszy zaczynają się właściwe funkcje psychiczne.

Istnieje jednakże szczebel jeszcze wyższy, tj. dusza myśląca, właściwa jedynie człowiekowi. Jej zdolność podstawowa i swoista – rozum – jest najwyższą zdolnością duszy. Rozum poznaje zarówno byt jak i dobro. Znając zaś dobro, kieruje wolą, powoduje, że wola staje się rozumna.

Ponieważ wyższe zdolności zawierają niższe, dusza ludzka łączy więc wszystkie zdolności duszy.

Jest rzeczą oczywistą, że w omawianiu zagadnień współczesnego pojmowania duszy ludzkiej nie będziemy się odwoływać do bardzo ogólnikowych i nieprecyzyjnych dociekań Arystotelesa. Rozważania te stanowią tylko pewne cenne sugestie heurystyczne, co się tyczy adekwatnego widzenia natury ludzkiej także w dobie współczesnej.

W myśl tych sugestii, człowieka powinniśmy postrzegać w sposób, co najmniej trójdzielny, a więc jako istotę **cielesną** w znaczeniu **organicznym**; jako istotę obdarzoną **psychiką**, na równi zresztą z wyższymi zwierzętami; a także jako istotę **duchową, nieredukowalną** w swej istotnej specyfice do obu pozostałych wymiarów osobowości człowieka, w tym także do jego psychiki, jako czegoś mocno osadzonego w wymiarze cielesnym tej osobowości.

Można podać pewne racje istotne, przemawiające na rzecz takiego, co najmniej trójdzielnego, ustrukturyowania obrazu natury ludzkiej. W tym celu wystarczy posłużyć się szeroko rozumianymi pojęciami „zdrowia” i „choroby”.

Można mianowicie być „zdrowym” lub „chorym” w wieloaspektowym sensie cielesno-organicznym – należy to do różnych działów higieny lekarskiej i medycyny.

Można także być „zdrowym” lub „chorym” w wieloaspektowym sensie psychicznym – to także należy to do określonych różnych działów higieny lekarskiej i medycyny.

Ale można także być „zdrowym” lub „chorym” w wieloaspektowym sensie duchowym – a to już na pewno nie należy to do żadnych działów higieny lekarskiej i medycyny. Jest jednak czymś równie realnym i ważnym w życiu człowieka, jak jego zdrowie cielesno-organiczne i psychiczne. Uznanie istnienia wymiaru duchowego osobowości ludzkiej wcale też nie musi się wiązać z przynależnością do jakiegokolwiek grupy wyznaniowej w sensie religijnym.

Taka analogia higieniczno-medyczna w dziedzinie moralności i opisującej ją lub normującej etyki jest jak najbardziej uprawniona. Zwróciła na to uwagę wybitna uczona i pedagog, Maria Ossowska (1896-1974), wskazując, że w dziejach kultury i cywilizacji zachodniej wśród wielorakich sposobów pojmowania moralności pojawiły się także takie, które w sposób adekwatny należy określić mianem np. „**higieny** życia duchowego” lub „**higieny** współżycia” (*Podstawy nauki o moralności*, Rozdział X).

Duchowość, jako jeden z istotnych wymiarów osobowości ludzkiej, daje się bowiem **identyfikować** w sposób **obiektywny** poprzez **rzeczywistość** funkcjonowania wymiaru **normatywnego** w życiu ludzkim, jako zasadniczo **nieredukowalnego** do potrzeb i wymogów cielesno-organicznych i psychicznych.

Takie powszechnie ważne rozróżnienia pojęciowo-normatywne, jak: **prawda** – **falsz w logice**, **dobro moralne** – **zło moralne w etyce**, **piękno** – **brzydota w estetyce**, i wiele związanych z nimi ocen i unormowań w zakresie kultury **duchowej** człowieka, często, i nie bez powodu, nazywanej kulturą **wyższą**, stanowi **rzeczywisty** i **autonomiczny** wymiar istnienia człowieka, zarówno w aspekcie osobowym, jak też społecznym.

Odpowiednio do wskazanych rozróżnień, można zatem mówić o duchowym „zdrowiu” lub „chorobie” w znaczeniu **intelektualnym, moralnym** czy **artystycznym**.

Troska o dziecko musi zatem być pojmowana w szerokim tego słowa znaczeniu, obejmującym wszystkie wymiary istotne ludzkiej osobowości – w świetle prezentowanego tu stanowiska, musi to być ujęcie trójdzienne.

Wymiarem cielesno-organicznym i psychicznym troski o dziecko zajmują się lekarze wszelkich specjalności, jak też psychologowie. Jako filozofa, interesują mnie zagadnienia troski o dziecko w wymiarze duchowym.

Spośród wskazanych wyżej przykładowo aspektów duchowości życia ludzkiego, na plan pierwszy w dobie współczesnej wysuwa się – z racji grożących w tym zakresie poważnych zagrożeń deformacyjnych – troska o wymiar **moralny** osobowości człowieka-dziecka.

### Dziecko

Kim zatem jest dziecko, jako człowiek w najwcześniejszej fazie swego rozwoju?

Nie aspirując do kompletności ujęcia, można powiedzieć, że dziecko, to – kolejno – istota ludzka: a) w łonie matki, b) w chwili narodzin, c) jako noworodek, d) jako niemowlak, e) jako przedszkolak, f) a wreszcie jako uczeń-wychowanek w szkole podstawowej czy średniej.

Każda ze wskazanych właśnie – z racji wymogów zwięzłości, tylko przez proste nazwanie – faz **istnienia** – **poprzez** – **rozwój** człowieka w najwcześniejszym okresie jego istnienia, niesie ze sobą swoiste i charakterystyczne wymagania, zarówno w zakresie potrzeb, jak też co do sposobów **podlegania opiece**, we wszystkich trzech wyżej wymienionych aspektach głównych ludzkiej osobowości.

Zajmiemy się tutaj jedynie zagadnieniami etycznymi opiekuńczości nad dzieckiem, traktowanym w kolejnych fazach jego istnienia – przez – rozwój, a więc zagadnieniami dotyczącymi wyłącznie kwestii **moralnych**.

### Moralność

Pod pojęciem **moralności** pojmuje się na ogół **całokształt rzeczywistych związków międzyludzkich**, występujących w zakresie **wartościowania**, opartego w szczególności pojęciach **dobra i zła**, odnoszącego się pierwotnie do **godności osoby ludzkiej**, przestrzegania **szlachetności** w postępowaniu i **unikania** wszelkich postaci hańby, przestrzegania związanych z tym **powinności**, czy też pełnienia w tym zakresie określonych **obowiązków**.

Wspomniana już powyżej Maria Ossowska uwydatniła w szczególności trojaki sposoby pojmowania moralności, zarysowane w dziejach kultury i cywilizacji zachodniej.

I. W jednym z najdawniejszych znaczeń, moralność to higiena życia duchowego. Należą tu zagadnienia koncentrujące się dokoła sprawy osobistego szczęścia i cierpienia. Chodzi nie tylko o kwestię, co zapewnia człowiekowi szczęśliwość, ale w jeszcze większym stopniu: co robić, żeby unikać cierpienia, bądź też jak można przewycięzać cierpienia nie dające się już uniknąć.

Etyk występuje w tym przypadku jako **lekarz**, troszczący się o zdrowie duchowe swego pacjenta, niezależnie od warunków społecznych, w których wypadło mu żyć i w których ulepszanie już nie wgląda.

Idzie tu zatem przede wszystkim o te **choroby ducha**, przez które każdy przejść musi. Należą do nich w szczególności: **przykra antycypacja własnej śmierci**, czy też **ból po stracie drogich ludzi i miłych sercu rzeczy**.

Na gruncie omawianego pojmowania moralności, **cierpienie** nazywano wręcz „**chorobą duszy**”. Etyk miał być **higienistą i lekarzem** ducha ludzkiego. W tym też właśnie znaczeniu, **troska o zdrowie duszy** należała do **mędrca**, a to, co nazywano mądrością życiową, było właśnie pewnym znawstwem w zakresie szczęśliwości i cierpienia.

2. W drugim z ważnych dziejowo znaczeń, moralność to tyle co doskonałość osobista. Przejawia się w tym troska o własny **wysoki poziom**, chodzi więc o aspiracje **perfekcjonistyczne**.

Oczywiście, nie każda dążność do doskonałości może być uznawana za przejaw aspiracji moralnych, i nie każde rozważania, dotyczące jakiegoś stawianego sobie wzoru nie można uznać za rozważania moralnych zagadnień. Zagadnienia i dążności do doskonałości tylko czasem można zaliczać należy do sfery spraw moralnych.

Ludzie zawsze mieli pewne **szczytne wzory**, którym pragnęli dorównać. Zawsze byli między nimi tacy, którzy narzucali sobie pewne **wygórowane wymagania**.

Wperfekcjonistycznym rozumieniu pojęć moralności nie chodzi w szczególności o to, jak m.in. żyć bezboleśnie, lecz raczej jak, w przypadku nieuchronności cierpienia, cierpieć **mężnie**, jak, ewentualnie, umierać z **godnością**. Godność osoby ludzkiej, oto wyznacznik główny tego nurtu działań i dociekań moralnych.

W życiu potocznym zadowalały się zwykle mętym wyczuciem wzorów, także moralnych, którymi się w naszym postępowaniu kierujemy. Takie mętne wyczucia moralne refleksja etyczna usiłuje zwerbalizować, precyzując, czego należy wymagać od człowieka **moralnie doskonałego**.

Nurt główny perfekcjonistycznego nastawienia moralnego scharakteryzuję poniżej.

3. W trzecim wreszcie ważnym znaczeniu, moralność to higiena współżycia ludzi w ramach społeczności. W tym ujęciu problematyki moralnej, chodzi o **uregulowanie** ludzkiego współżycia, i tego oczekuje się od etyki. Chodziło o pouczenia, jak ułożyć współżycie ludzkie, by było **harmonijne**, czego żądać od indywidualium, by się do tej **zbiorowej harmonii** mogło przyczynić. Pytanie główne brzmi: **jak postępować, aby innym było z nami dobrze**. To pytanie nie jest osobiste w tym sensie, że angażuje nie tylko poszczególne osoby brane oddzielnie i ich dobra, ale także i innych ludzi, z uwzględnieniem ich dóbr.

## Etyka

Pod pojęciem etyki rozumie się pewną dziedzinę dociekań filozoficznych nad obyczajami ludzkimi (gr. *ethos* to tyle co „obyczaj”), w szczególności związanymi z pojmowaniem i realizowaniem dobra i zła w relacjach międzyludzkich. Etyka jest więc badaniem obyczajów **moralnych** człowieka.

Wyodrębniono w toku dziejów naszej kultury dwa sposoby pojmowania określenia „etyka”:

1. jeden z tych sposobów oznaczał badania nad **rzeczywistymi** obyczajami moralnymi osób lub zbiorowisk ludzkich, a więc dokonywanie **opisów** tego, jak ludzie faktycznie postępują we wzajemnych relacjach moralnych. Tę dziedzinę szeroko pojętej etyki zwykło się nazywać **nauką o moralności**.

2. drugi sposób pojmowania omawianego określenia oznacza **normowanie** obyczajów moralnych człowieka, a więc wpływanie na ich ulepszenie, chociażby przez wyraźne definiowanie pojęć dobra i zła moralnego, precyzowanie pojęć dotyczących zalet i wad moralnych, wyraźne opracowywanie norm moralnych, jak też nakazów i zakazów dotyczących sposobów realizowania dobra moralnego i unikania zła moralnego. Ten dział szeroko pojętej etyki określa się często mianem etyki normatywnej.

W rozważaniach niniejszych przyjmujemy taką umowę terminologiczną, że etykę normatywną będziemy określali po prostu mianem **etyki**.

## Moralno-etyczna obrona dziecka

Dziecko wymaga opieki wielorakiej. Na pewno wymaga opieki cielesnej, a więc fizycznej, ale wymaga także opieki psychicznej, szczególnie uczuciowej.

Dziecko wymaga jednak również opieki w dziedzinie duchowej, a więc m.in.:

1. opieki **moralnej**, czyli w zakresie rzeczywistych działań moralnych świata ludzi dorosłych,

2. jak też w – warunkującej istotnie owe działania moralne – opieki **etycznej**, a więc w zakresie **normowania** owego postępowania moralnego.

Na czym ma polegać opieka nad dzieckiem w zakresie cielesnym czy psychicznym, o tym mówi medycyna czy psychologia.

Na czym natomiast miałyby polegać opieka nad dzieckiem w zakresie moralno-etycznym?

Odpowiedź na to pytanie jest, jak sędzę, oczywista.

W wymiarze duchowym, w pierwszym rzędzie powinniśmy bronić **podmiotowości osobowej** dziecka, czyli wzrostu i rozwoju jego **samodzielności** jako kształtującej się osoby ludzkiej.

W ramach tego obowiązku, na swój właściwy sposób, konieczne jest także rozwijanie i bronienie podmiotowej samodzielności fizycznej i psychicznej dziecka.



## Osoba jako podmiot

A kimże jest **osoba** ludzka jako **podmiot**?

Myszę, że możemy przyjąć następujące rozumienie pojęcia „podmiotu” w zastosowaniu do człowieka jako istoty świadomej i rozumnej: jest to **samodzielny ośrodek**: myśli, wartościowań, określania celów, wyborów, realizowania działań itd.

Czy, kiedy i w jakich warunkach dziecko jest takim podmiotem duchowym – lub może być uznawane za taki podmiot?

Pamiętać przy tym musimy, że podmiotowość duchowa dziecka – jak też człowieka w ogóle – zostaje **osadzona**, w końcowych fazach rozwoju dziecka, w sposób istotny na podłożu jego swoistego upodmiotowienia cielesno-fizycznego i psychicznego. Jednakże, samo owo upodmiotowienie cielesno-fizyczne i psychiczne dziecka, szczególnie w najwcześniejszych fazach jego istnienia i rozwoju, może w ogóle **zaistnieć** pod jednym jedynym warunkiem: że ludzie dorośli, przede wszystkim rodzice, a także lekarze a następnie nauczyciele-wychowawcy, a wreszcie środowisko społeczne, będą **traktować** dziecko jako podmiot moralno-etyczny!

W kontekście tego ostatniego zastrzeżenia, rozważmy pokrótce zagadnienie podmiotowości duchowej dziecka, w odniesieniu do poczynionych powyżej różniczeń jego faz rozwojowych.

Jak się okazuje, stanem moralnie i etycznie „newralgicznym” istnienia dziecka jest stan najwcześniejszy – a więc gdy znajduje się ono jeszcze **w łonie matki**.

Stawianie moralnie i etycznie drastycznego „pytania”: „od kiedy zarodek czy płód w łonie matki jest człowiekiem?” wydobywa na jaw cały dramatyzm najwcześniejszej sytuacji w powstającym i kształtującym się życiu dziecka. Bowiem owo głośno dyskutowane: „rozstrzygnięcie, że od tylu to a tylu tygodni lub miesięcy istnienia w łonie przyszłej matki zarodek czy płód ludzki jest człowiekiem, a wcześniej nie jest człowiekiem”, miewa na ogół dla niego konsekwencje wręcz tragiczne. Przed takim „terminem”, zarodek czy płód ludzki nie jest traktowany nie tylko jako podmiot etyczno-moralny, ale nie uznaje się z reguły także jego ciągle wzrastającego upodmiotowienia fizycznego czy psychicznego – dokonuje się zatem jego aborcji!

Ów dramatyczny „dylemat” moralno-etyczny trwa i wszystko wskazuje na to, że – niestety – trwać będzie nadal. Jest to zatem jedno z zagadnień podstawowych, wręcz decydujących, naczelnego pytania o podmiotowość dziecka. A co najgorsze, ów „dylemat” jest co najmniej podtrzymywany w całym swym dramatyzmie, a nawet tragicznie ujednoznaczniany.

Znacznie lepiej przedstawia się zagadnienie wieloaspektowej podmiotowości dziecka w dalszych fazach jego istnienia i rozwoju.

W chwili **narodzin**, dziecko – jeżeli jest zdolne do życia i rozwoju w znaczeniu medycznym – ma jedynie elementarne właściwości współ-podmiotu, tj. na gruncie podmiotowości rodziców lub opiekunów, i to wyłącznie w wymiarze **organicznym**



i proto-**psychicznym**. Podmiotowości moralno-etycznej muszą mu „udzielać” rodzice lub opiekunowie.

Dalsze fazy rozwoju dziecka: noworodek, niemowlak, przedszkolak, czy uczeń-wychowanek, to, kolejno: początki pełnego rozwoju fizycznego i wyraźne załączki psychiki; coraz bardziej wyraźny rozwój fizyczny i psychiczny; następnie zaawansowany rozwój fizyczny i psychiczny, już z wyraźnymi początkami rozwoju duchowego; a wreszcie – stopniowo dopełniający się rozwój fizyczny i psychiczny do postaci dojrzałej, wraz z podstawowym ukształtowaniem duchowym, aż do progu samodzielności w tym zakresie.

## II. Zasady naczelné w zakresie moralno-etycznej ochrony dziecka

W świetle tego, co zostało ustalone dotychczas, możemy powiedzieć, że zadania, jakie stoją przed nami w zakresie moralno-etycznej ochrony dziecka, dają się ująć w sposób lapidarny w dwóch hasłach ogólnych:

1. Dziecko, od samej chwili swego poczęcia, powinno być uznane za podmiot moralny – ale we wcześniejszych fazach swego rozwoju nie może jeszcze być podmiotem etycznym. Pełnienie obowiązków podmiotowości moralnej dziecka muszą od początku przejąć na siebie rodzice lub opiekunowie dziecka.

2. Podtrzymując i rozwijając podmiotowość moralną dziecka, konieczne jest kształcenie i coraz pełniejsze rozwijanie w dziecku podmiotu etycznego.

## III. Czynniki główne kształtowania moralności

Środków ochrony dziecka w wymiarze moralno-etycznym szukać powinniśmy w tych kręgach środowiskowych, w których w ogóle kształtują się zręby moralnej osobowości człowieka.

Trzy są takie środowiska szczególnie ważne pod tym względem dla człowieka, od których zależy w sposób istotny jego przyszłe *morale*:

**Rodzina** – bliższa i dalsza, szczególnie wielopokoleniowa i wieloczlönowa;

**Spóleczeństwo** – zarówno pojmwane jako całokształt więzi międzyludzkich, ale szczególnie jako naród, a także związana z nim ojczyzna, religia którą wyznajemy, język w którym wyrażamy siebie i rozumiemy innych, kształtująca się na jego gruncie kultura, a także nasze ukochane „małe ojczyzny”;

**Państwo** – a więc prawo jako system norm, organizacja administracyjna oraz instytucje państwowe.

## IV. Naczelné zalety moralne osobowości dziecka, wymagające obrony

Wskazane trzy społeczne kręgi główne, kształtujące osobowość moralną człowieka, poczynając od najwcześniejszej jego postaci, tj. właśnie jako dziecka, mają w swej gestii trzy fundamentalne wymiary owej osobowości. Są nimi:

**Człowieczeństwo** – jako przeciwieństwo bestialstwa („bestii ludzkiej”); ten wymiar osobowości moralnej dziecka kształtuje się, i powinien być chroniony w rodzinie, przede wszystkim poprzez opiekę uczuciową nad dzieckiem, przez zapewnienie mu poczucia szczęścia. Dlatego tak ważnym czynnikiem moralno-twórczym jest rodzina normalna, nie-patologiczna w sensie moralnym. Ale też, z drugiej strony, największym chyba zagrożeniem dla integralności moralnej dziecka bywa właśnie rodzina patologiczna, wykoślawiająca osobowość uczuciową dziecka, w ostateczności – prowadząca czasami nawet do wykształcenia przysłowiowej „bestii ludzkiej”, a więc zwyrodniałego okrutnika.

**Patriotyzm** – czyli, ogólnie rzecz ujmując, przywiązanie do osób i miejsc bliskich; kształtuje się ów wymiar moralnej osobowości człowieka, i chronić trzeba tego złożonego wymiaru moralnego, poczynając od dziecka, a dokonuje się to w ramach naturalnych i zdrowych więzi międzyludzkich właściwych dla: narodu, ojczyzny, religii, języka, kultury, małych ojczyzn. Wszelkie patologie moralne w tym zakresie owocują postawami zbrodniczymi o charakterze nacjonalistycznym, szowinistycznym, rasistowskim, fanatycznym, nietolerancyjnym.

**Obywatelskość** – czyli zdolność i potrzeba wewnętrzna przestrzegania prawa, troski o państwo jako dobro wspólne; kształtuje się ten wymiar osobowości moralnej dziecka wchodzącego w dorosłość przez wykształcenie postawy solidarności międzyludzkiej, na gruncie uczucia sympatii do ludzi, i w tej też płaszczyźnie należy ów wymiar chronić, wręcz pielęgnować. Patologie moralne w tym zakresie grożą – z jednej strony – tyranią przechodzącą w totalitaryzm – a z drugiej strony – wręcz anarchią społeczną w wymiarze najgłębszym, bo duchowym, a więc też i moralnym.

A jakie jest w dobie współczesnej zagrożenie główne dla dziecka w wymiarze moralnym? Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jest nim:

## K O N S U M E R Y Z M

czyli: kształtowanie postawy psychicznej, zakładającej jako cel główny życia człowieka: istnienie dla zachłanności czysto materialnej, słowem, wpajanie w umysł człowieka, poczynając od jego dzieciństwa, postawy streszczającej się w hasło:

**esse = consumere**  
(być = konsumować)

Cóż zatem począć w takiej sytuacji?

Jakie mamy do dyspozycji środki szczególnie przydatne, i przez to ważne, dla ochrony skutecznej dziecka w wymiarze moralno-etycznym?

## V. Kształtowanie ozdobnych cech moralnych jako obrona przeciw upodleniu moralnemu

Porady szczególnie cenne w tym zakresie sformułował Tadeusz Kotarbiński w swym programie **etyki niezależnej**, a więc dającej się powszechnie zaakceptować – czyli niezależnie od przekonań religijnych, światopoglądowych, metafizycznych czy politycznych – zarysowując na gruncie tej etyki ideał **opiekuna spolegliwego**: kogoś, na kim możemy polegać zawsze i w każdej sytuacji (*Medytacje o życiu godziwym*).

Sedno stanowiska etycznego, prezentowanego przez Tadeusza Kotarbińskiego można by streścić lapidarnie w hasło:

***imponderabilia*** ponad lub przeciw ***ponderabiliom***

czyli, w swobodnym ujęciu:

**to, co nie daje się zważyć ni zmierzyć,  
ponad lub przeciw dominacji tego, co wyłącznie uchwytnie**

Środkami szczególnie przydatnymi w chronieniu dziecka – ale także i osoby dorosłej – w wymiarze moralno-etycznym, jest zaszczepianie w nim **ozdobnych, bo doskonałych zalet moralnych**, przeciw haniebnym i wręcz upodlającym wadom moralnym. Układa się to w pięć głównych opozycji moralnych:

- męstwo, odwaga cywilna – przeciw tchórzostwu, służalczości,
- ofiarność, uczynność („dobroć”) – przeciw egoizmowi, złośliwości,
- prawość, prawdomówność dotrzymywanie słowa – przeciw nierzetelności, niesumienności,
- panowanie nad sobą, kierowanie swymi czynami – przeciw brakowi woli, uleganiu nałogom,
- szlachetność, sublimacja motywów – przeciw motywacji prymitywnej, interesownej i opartej na wyrachowaniu, wyrastającej z nieokiełzanych popędów cielesnych.

Wskazane pięciorako na pierwszym miejscu zalety moralne wytwarzają w człowieku hart ducha, zdolność do wytrwania moralnego, do istnienia jako osoba integralna, w każdej sytuacji życiowej, nade wszystko zaś – zdolność do przeciwstawienia się postępkom haniebnym, którymi są, w szczególności, wskazane pięciorako na drugim miejscu w podanym zestawie wady moralne, będące przeciwieństwem ozdobnych zalet moralnych.

Konsumeryzm jako typ postawy moralnej jest wręcz ukonstytuowany z owych pięciorako kardynalnych wad moralnych!

## **VI. Chroniona wartość moralna dziecka: godność jako osoby**

Warto na koniec zdać sobie sprawę z tego, czego w istocie bronimy, chroniąc dziecko pod rozważanym tu względem moralno-etycznym?

Odpowiedź na to pytanie jest prosta: w pierwszym rzędzie, zaszczepiając dziecku ozdobne cechy moralne, bronimy jego **godności jako osoby**. A więc tego, że jest ono wartością samo w sobie, autonomiczną, niesprowadzalną do żadnej sumy rzeczy czy zdarzeń.

Józef Andrzej Stuchliński

Dr hab. Józef Andrzej Stuchliński – profesor we Wszechnicy Polskiej Szkole Wyższej TWP w Warszawie, wykładowca filozofii, logiki i etyki. Przez lata związany z Uniwersytetem Warszawskim, gdzie przeszedł wszystkie szczeble kariery naukowej, od słuchacza i absolwenta studiów filozoficznych, asystenta, adiunkta i docenta po profesora. Specjalizuje się w logice formalnej, jest autorem prac z tej dziedziny. Skarbnik Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Filozoficznego, współorganizator Olimpiady Filozoficznej.

Anna Fidelus

## Zjawisko dzieci ulicy w Polsce w aspekcie dwudziestolecia Konwencji Praw Dziecka

### Wprowadzenie

Konwencja Praw Dziecka traktuje dzieci jako jednostki posiadające prawa, podobnie jak osoby dorosłe. Każde dziecko ma prawo do dzieciństwa, do szczęścia, bez względu na to na jakim kontynencie żyje. Zanim doszło do uchwalenia Konwencji w 1924 roku, Zgromadzenie Ogólne Ligi Narodów przyjęło Deklarację Praw Dziecka, zwaną Deklaracją Genewską. Zawiera ona zasady, których naczelną myślą jest, że „ludzkość powinna dać dziecku wszystko, co posiada najlepszego”, bez względu na rasę, narodowość czy wyznanie. Chroniąc dziecko, Deklaracja odchodzi od wcześniejszego nacisku na dobroczynność, stawiając nacisk na obowiązki państwa i powinności dorosłych wobec dzieci.

W związku z tym dziecko powinno mieć zagwarantowane warunki do normalnego rozwoju fizycznego i duchowego.

Już w 1946 roku z inicjatywy Narodów Zjednoczonych powołano do życia UNICEF, który miał udzielać pomocy dzieciom w krajach rozwijających się (a od 1961 roku pomocy w sprawach wychowania, szkolenia zawodowego, planowania rodziny we wszystkich krajach świata). Ważnym wydarzeniem, wspierającym krzewienie pokoju na świecie, zwalczanie dyskryminacji, a także prowadzenie aktywności wychowawczej, było powołanie do życia w 1946 roku UNESCO.

W 1978 roku Polska zgłosiła projekt Konwencji Praw Dziecka, który został przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych. Konwencja uznaje, iż dziecko (istota poczęta lub urodzona do ukończenia 18 lat) jest samoistnym podmiotem praw i obowiązków. Prawidłowy rozwój dziecka wymaga poszanowania jego tożsamości, godności i prywatności, wychowania w należycie funkcjonującej rodzinie, opieki i pomocy państwa oraz społeczeństwa. (...) Konwencja jest aktem wiążącym. Oznacza to, że albo staje się częścią systemu prawa krajowego, albo wymaga dostosowania go do treści konwencji. Jest ona wyrazem konsensusu międzynarodowego, ustanawia podstawowe standardy statusu dziecka, dla wielu państw wytycza kierunki przemian ustawodawstwa i praktyki.

Prawa cywilne, socjalne, kulturalne, polityczne składają się na katalog praw przyznawanych dziecku, takich jak: prawo do życia i rozwoju, prawo do ochrony zdrowia, do odpowiedniego standardu życia, prawo do nauki, korzystania z dóbr kultury, prawo do wolności od przemocy fizycznej czy psychicznej, wyzysku, nadużyć seksualnych i okrucieństwa itp.

Uznanie podmiotowości dziecka, prawna ochrona przed zaniedbaniem czy złym traktowaniem, daje najmłodszym gwarancję podstawowych praw człowieka. Konwencja jest największym osiągnięciem międzynarodowym w zakresie ochrony praw dziecka, stanowi aksjologiczną i normatywną podstawę działań na rzecz dzieci na szczeblu globalnym i regionalnym. Artykuł 4 Konwencji zobowiązuje państwa – strony do podejmowania wszelkich działań ustawodawczo-administracyjnych i innych w celu realizacji praw uznanych w Konwencji. W 1990 roku w Nowym Jorku odbył się Światowy Szczyt w Sprawach Dzieci. Dokumenty końcowe zawierają program, wokół którego powinny się koncentrować działania na szczeblu krajowym i międzynarodowym. W programie zwrócono uwagę na upowszechnienie i wdrażanie Konwencji Praw Dziecka, na zdrowie dzieci, ich wyżywienie, rolę kobiet, kształcenie, na dzieci żyjące w ciężkich warunkach, ochronę dzieci w czasie konfliktów zbrojnych, na walkę z biedą. Dokumenty te zobowiązały rządy państw – stron Konwencji do opracowania i wprowadzania w życie narodowych planów działania na rzecz dzieci.

W 1995 roku Rada Europy opublikowała dokument pod nazwą Europejska Strategia na rzecz Dzieci, określający zakres ochrony prawnej dziecka, który powinien obowiązywać państwa członkowskie. W dokumencie tym wzywa się do przyjęcia, że dziecko jako istota ludzka posiada własne prawa i własną odpowiedzialność, chce i jest w stanie uczestniczyć w życiu rodziny i życiu społecznym.

Warto podkreślić, że Konwencja Praw Dziecka adresowana jest do wszystkich państw świata, zarówno do bogatych, jak i biednych. Dotyczy dzieci żyjących w pokojowych warunkach, w swoich rodzinach, jak również tych szczególnie pokrzywdzonych przez los, np. dzieci żyjących na ulicy.

Konwencja Praw Dziecka stanowi fundament pod wypracowanie i wdrożenie w życie polityki socjalnej ukierunkowanej na skuteczną pomoc dzieciom ulicy. Ratyfikowana przez 192 państwa dała podstawę wspólnej polityki socjalnej. Może pomóc rozwiązywać poszczególne problemy dzieci ulicy, zapewniając im prawo do ubezpieczenia, do nauki i zdobywania wykształcenia, a także do odpowiedniego standardu życia, chroniąc przed wyzyskiem. W wielu krajach, również w Polsce, brakuje rozwiązań systemowych na rzecz dzieci ulicy. Dla tej grupy nie stanowi wyjścia z sytuacji żadna forma instytucjonalnej opieki stacjonarnej, która rozwiązuje problemy bytowe, ale nie rozwiązuje jakże ważnych problemów emocjonalnych tych dzieci.

## **I. Ewolucja pojęcia dzieci ulicy**

Dzieci ulicy to pojęcie, które pojawiło się w polskim piśmiennictwie w pierwszych latach XX wieku w kontekście działalności filantropijnej, charytatywnej oraz pedagogicznej. Było ogólnym określeniem „dzieci żyjących na ulicy: żebrzących, włączających się, sierot powojennych, uciekinierów od rodzinnej nędzy, przemocy,

tragedii, poszukujących zarobku, rzadziej przygody”<sup>1</sup>. Sposób ujmowania tego zjawiska ulegał wraz z upływem czasu pewnym przeobrażeniom. Działo się tak na skutek zarówno przemian gospodarczych, jak i politycznych w naszym kraju.

Źródłem współczesnych inspiracji definicyjnych jest, pochodzący z XVII wieku, przywilej Władysława IV zapewniający środki ulżenia nędzy sierot i bezdomnych w Mokotowie. Blisko sto lat później biskup Antoni Szembek pisał: „Wiele sierot, chłopiąt półnagich tuła się i włóczy po Warszawie bez żadnej przystojnej a pożytecznej zabawy, tylko się mizerną żebranią bawią i próżniactwem, stąd do większego hultajstwa bywa okazja”<sup>2</sup>.

Przedstawiony opis problemu znajduje także swoje rozwinięte odzwierciedlenie w powieści Janusza Korczaka z 1901 roku. Były to dzieci niczyje, można je było wykorzystać, pobić lub sprzedać. „Dzieci ulicy czytać nie umieją, książek nie znają. A dzieci złodziejów też są złodziejami”<sup>3</sup>.

Na przestrzeni kilkudziesięciu następnych lat wielu pedagogów skupiło swoją uwagę nad problemami stale zwiększających swoją liczbę dzieci ulicy. Znalazł się wśród nich także Kazimierz Lisiecki, założyciel Towarzystwa Przyjaciół Dzieci Ulicy (1928 r.). Wspólnie z członkami owego stowarzyszenia zakładał, że „Dzieci ulicy są zjawiskiem społecznym o ponad stuletnim rodowodzie, powstałym w związku z rozwojem przemysłu, jego koncentracją oraz powstaniem wielkich aglomeracji miejskich. (...) Udział dzieci w kształtowaniu charakteru ulicy był bardzo znaczny i widoczny. (...) Bieda w licznych rodzinach robotniczych powodowała, że dzieci w wieku 10-14 lat podejmowały pracę zarobkową. (...) warsztatem pracy stała się ulica. (...) Handlowały kwiatami, słodyczami, a przy końcu ubiegłego wieku (...) pojawili się gazeciarze (...) zrastając się na stałe z pejzażem miasta”<sup>4</sup>.

Kontynuatorem idei TPD był Krajowy Komitet Wychowania Resocjalizującego (KKWR), który myśląc o dzieciach ulicy i niedostatkach ówczesnego oferowanego systemu przyjął, że „Dzieci ulicy to te, które na skutek nie spełniania przez rodzinę jej podstawowych funkcji dużo czasu spędzają poza domem – na ulicy, podwórku i innych miejscach niekontrolowanej aktywności. Ulica stała się dla nich źródłem wiedzy o życiu. Tu realizują swą naturalną aktywność poznawczą i społeczną. Są to więc dzieci wychowujące się na ulicy i tam wychowywane”<sup>5</sup>.

W trakcie aktywnej działalności KKWR na rzecz dzieci ulicy i ich rodzin definicja ta uległa – wraz z pogłębieniem i skryształowaniem wiedzy – znacznemu rozszerzeniu. Aktualnie KKWR proponuje następującą definicję pojęcia dzieci ulicy:

- „Wśród dzieci zagrożonych sieroctwem i nieprzystosowaniem społecznym, szczególną grupę stanowią dzieci ulicy, które ze względu na niewydolną

<sup>1</sup> *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, (red.) J.M. Śnieciński, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.

<sup>2</sup> M. Walczakiewicz, *Dzieje Instytutu Moralnej Poprawy w Mokotowie*, Warszawa 1998.

<sup>3</sup> J. Korczak, *Dzieci ulicy. Dziecko salonu*, Warszawa 1992.

<sup>4</sup> Z. Kuziński, *Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Ulicy*, Warszawa 1998.

<sup>5</sup> W. Kołak, *Głos w dyskusji na krajowym Forum Przyjaciół Dzieci Ulicy*, „Nasz Animator” nr 4, KKWR 1997.

wychowawczo, a często patologiczną rodzinę, dużo czasu spędzają poza domem – na ulicy, na klatkach schodowych, skwerach, podwórkach. Odrzucone przez kolegów szkolnych, na ulicy szukają podobnych sobie rówieśników, z którymi spędzają dużo wolnego czasu. Z czasem ulica zapewnia im rozrywkę, dostarcza doświadczeń życiowych, wypełnia funkcje socjalizacyjne, chroni przed brutalnością rodziny.

- Brak możliwości zaspokojenia w domu podstawowych potrzeb: pożywienia, ubrania, bezpieczeństwa, a z drugiej strony dużo niekontrolowanego, wolnego czasu sprzyjają powstawaniu nieakceptowanych postaw i zachowań dzieci ulicy, które bez udzielenia im specjalnej pomocy utrwalają się w postaci charakterystycznej dla przejawów nieprzystosowania społecznego. Tworzy to niekorzystny wizerunek dzieci ponoszących konsekwencje wynikające z pozbawienia ich prawidłowych warunków rozwoju i wychowania, choć dzieci te jak wszystkie inne (np. niepełnosprawne, osierocone itp.), mają prawo do korzystania z wszechstronnej, stosownej do potrzeb pomocy osób, organizacji i instytucji dysponujących wyspecjalizowaną kadrą oraz środkami organizacyjnymi i finansowymi.
- Dzieci ulicy to także te, które nie znajdując należytego zainteresowania i opieki w domu rodzinnym, pozostając w nim, korzystają z pomocy instytucji i placówek rekompensujących braki i łagodzących niedostatki. Najlepszą formą instytucjonalnej pomocy dzieciom ulicy jest placówka o charakterze środowiskowym, np. środowiskowe ognisko wychowawcze, które spełnia rolę zastępczą w stosunku do ulicy, a jednocześnie nie zastępując domu, wzbudza i podtrzymuje nadwątlone więzi między dzieckiem a rodziną, chroni je przed pogłębianiem się sieroctwa społecznego, przed ostateczną rozłąką (...).
- Dzieckiem ulicy jest się tym bardziej, im więcej funkcji przypisanych rodzinie przejęła ulica”<sup>6</sup>.

Dla uzupełnienia powyższych definicji należy przytoczyć jeszcze jedną, sformułowaną przez Radę Europy: „dzieci ulicy (ang. *Sreet children*, fr. *Les enfants de la rue*, niem. *Strassenjugend*, *Strassenkinder*) występują we wszystkich aglomeracjach świata, zarówno krajów rozwijających się (Rio de Janeiro, Warszawa, Moskwa), jak i w krajach bogatego Zachodu (Nowy Jork, Amsterdam, Londyn). Szczególną kategorią dzieci ulicy są grupy dzieci i młodzieży biednych krajów Afryki i Azji”<sup>7</sup>.

W definicji zaproponowanej przez Radę Europy, jednoznacznie stwierdzono, że „Dzieci ulicy” to dzieci poniżej 18 roku życia, które przez krótszy lub dłuższy czas żyją w środowisku ulicznym. Dzieci te żyją przenosząc się z miejsca na miejsce, nawiązują kontakty z grupą rówieśniczą lub innymi na ulicy. Oficjalnym adresem tych dzieci jest adres rodziców lub jakiejś instytucji socjalnej, pomocy wychowawczej, poradni psychiatrycznej dla młodzieży lub innych placówek. Wysoce znamienny

<sup>6</sup> W. Kołak, *Jak pomóc dzieciom ulicy?*, „Przyjaciel dziecka” nr 10-12, 1997.

<sup>7</sup> W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 2003.



jest przy tym fakt, że zarówno z rodzicami, jak i przedstawicielami szkół, instytucji pomagających młodzieży oraz służb socjalnych, które ponoszą za nie odpowiedzialność – dzieci te mają słaby albo żaden kontakt.

Pozytywną cechą tej definicji jest fakt, że:

- znosi się w niej problematyczny podział na dzieci i młodzież. Tego rodzaju prawniczo definiowalne rozstrzygnięcie nie pokrywałoby się z rzeczywistą sytuacją życiową dzieci ulicy. W przypadku adekwatnej pomocy, która potwierdziłaby się w aktywnej pracy z młodzieżą, tego rodzaju podział jest mało sensowny, a niekiedy nawet przeszkadza. Z socjopedagogicznego punktu widzenia definicja ta wspiera się na końcowej strukturyzacji fazy młodości;
- definicja zawiera wyraźne jednoznaczne wzmianki o tym, że istnieją osoby odpowiedzialne za bytowanie młodych ludzi na ulicy, które jednak swoich zadań w stosunku do dzieci ulicy nie spełniają w pełni lub nie chcą w ogóle spełniać. Wynika stąd bezpośrednio, że praca socjalna w niestrzeżonej przestrzeni ulicy domaga się gwałtownie nowych form pracy, a także nowych form finansowania.

UNICEF poszerza tę definicję, określając mianem dzieci ulicy, dzieci, których więzi z rodziną biologiczną i instytucjami są rozluźnione na korzyść więzi łączących je z ulicą.

Pracownicy socjalni i pedagodzy ulicy w Polsce (w ramach Grupy Pedagogiki i Animacji Społecznej) opracowali następującą definicję dzieci ulicy:

„Dzieci w wieku 3-18 lat, uważające ulicę za środowisko najbardziej im sprzyjające. Pozostają poza istniejącym systemem opieki i wychowania. Na ulicy zaspokajają swoje potrzeby, łamią norm i zasady społeczne, często wchodzą w konflikt z prawem. Narażone są na niebezpieczeństwa. Mają słabe więzi z rodziną, środowiskiem i szkołą, które nie spełniają potrzeb dziecka. Utrzymują się z prostytucji, kradzieży, zbierania złomu, mycia szyb. Używają substancji psychoaktywnych”. Jak więc widać, bez względu na stopień szczegółowości i płynącą z różnych źródeł ewoluującą terminologię, problem dzieci ulicy dotyczy zarówno małych, jak i dużych miast na wszystkich kontynentach (zjawisko globalne), jako efekt zaburzonej rodziny, wzajemnego odrzucenia, negatywnych relacji, niedostatku, czasem buntu. Ulica, na której dzieci spędzają dużo czasu, staje się dla nich azylem, źródłem wiedzy o życiu, miejscem zdobywania środków na utrzymanie, nabywania umiejętności i zachowań społecznych.

Żadna definicja nie jest w stanie określić wyczerpująco omawianego zjawiska, ponieważ każde dziecko na ulicy to odmienny, osobny przypadek. Również w Polsce, mimo w miarę wydawałoby się jednolitych uwarunkowań społecznych i kulturowych, spotykamy różne przypadki dzieci przebywających w środowisku ulicy. Biorąc pod uwagę kryterium wieku, można wyodrębnić charakterystyczne grupy dzieci przebywające na ulicy.

## 2. Typologia dzieci ulicy w Polsce

Opierając się na własnych obserwacjach i opisie znanego polskiego pedagoga ulicy Tomasza Szczepańskiego, można wyodrębnić następujące grupy dzieci ulicy:

1. **Dzieci w wieku 3-6 lat** – zebrzą, popełniają drobne kradzieże, kłamią, szukają kontaktu z dorosłymi. Jest to pierwszy moment, w którym dzieci poznają ulicę i prawa na niej rządzące. Same organizują lub wchodzą już w istniejące grupy rówieśnicze.

2. **Dzieci w wieku 7-10 lat** – popełniają przestępstwa typu: kradzieże, wymuszanie, używają przemocy, uciekają z domu, odurzają się klejem, rozpuszczalnikami, palą papierosy, sięgają po alkohol. Występują u nich zachowania agresywne, zarówno werbalnej agresji, jak i fizycznej. Dla większości to początek nierealizowania obowiązku szkolnego, co objawia się nasilającymi wagarami. Organizują paczki, grupy, bandy, kluby – namiastki zorganizowanych grup przestępczych. Ich terytorium to głównie pomieszczenia starych fabryk, opuszczonych budynków, piwnic, strychów, czyli tych miejsc, do których rzadko zagląдают dorośli. Tam ustalają zasady funkcjonowania swojej grupy. Tam też dochodzi do pierwszych inicjacji seksualnych, często po alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, takich jak np. klej, rozpuszczalniki, czy narkotyków, np. marihuany. Aby zdobyć pieniądze na te środki oraz papierosy, jedzenie i artykuły, zebrzą w barach, restauracjach, pod supermarketami, rzadziej na ulicach zaczepiając ludzi. Uciekają się również do zorganizowanych form zarobku, takich jak sprzedaż kwiatów, wcześniej skradzionych na cmentarzach, czy mycia szyb na skrzyżowaniach ulic. Zdarza się, że dzieci te są wykorzystywane przez dorosłych, dla zdobycia środków na alkohol lub papierosy. Często właśnie to na zlecenie dorosłych prostytuują się lub kradną.

3. **Dzieci i młodzież w wieku 11-15 lat** – popełniają przestępstwa, takie jak: kradzieże, bójki, pobicia, rozboje, wymuszenia rozbójnicze, spożywają alkohol, używają narkotyków, wchodzą w zorganizowane grupy przestępcze, gangi uliczne. Tworzą hermetyczne grupy, charakteryzujące się poszukiwaniem własnego terenu działań, znacznie szerszego niż klub, czy piwnica. Na tym terenie spędzają czas, zarabiają, kradną, tworzą grupy subkulturowe, jak np. hip-hopowcy. To stosunkowo nowa kategoria młodzieży z osiedli i skupisk wielkich bloków. Tam słuchają muzyki, odurzają się narkotykami, spędzają czas. Inne dzieci szukają miejsc parkingowych i „pilnują” samochodów. Dzieci skupiają się wokół wielkich centrów handlowych, hipermarketów. Można tam zarobić pieniądze: odprowadzając wózki sklepowe klientom lub kradnąc z nich drobne monety, nosząc torby z zakupami poza sklepem. Można także „przeżyć” trudne warunki, ogrzać się, skorzystać z gier komputerowych lub z darmowych promocji żywności i napojów na terenie marketów lub po prostu ukraść jedzenie (spożywając je na miejscu) lub ubranie. Dzięki coraz powszechniejszej dostępności i niskiej cenie Internetu, staje się on również sposobem na wykorzystanie czasu. Do kafejki internetowej dzieci

przychodzą na cały dzień. Mogą tu „schronić” się np. przed szkołą. Znamionnym zjawiskiem, charakterystycznym szczególnie dla regionu południowej Polski – zwłaszcza Śląska, są kradzieże węgla i złomu z transportów i nasypów kolejowych. Dzieci sprzedają je, a za zarobione pieniądze wspierają rodziny lub kupują jedzenie, klej, rozpuszczalnik, papierosy i inne używki.

Pojawia się prostytutka, zarówno dziewcząt, jak i chłopców. Dziewczęta uprawiają seks ze „sponsorem”, często za przyzwoleniem rodziców, a zdarza się, że nawet na wyraźne ich żądanie. Te, które prostytuują się w tajemnicy przed rodziną, swoich „sponsorów” znajdują często na prywatkach, wśród starszych kolegów z dzielnicy, na dyskotekach, klubach. Chłopcy z kolei utrzymują w ścisłej tajemnicy swój proceder. Spotykają się ze swoimi sponsorami w parkach, samochodach, miejskich toaletach, na dworcach. W razie wyjścia tego faktu na jaw zostają odrzuceni przez grupę, będą piętnowani i szykanowani w całej dzielnicy. W ciągu ostatnich kilku lat modne stały się wyjazdy młodych ludzi za granicę, szczególnie do Niemiec gdzie między innymi wberlińskim ZOOgarten uprawiają seks i mogą zarobić kilkadziesiąt euro dziennie.

**4. Młodzież w wieku 16-18 lat** – funkcjonowanie w zaawansowanych grupach przestępczych, gangach, nadużywanie alkoholu i narkotyków, często już jest to etap uzależnienia, zachowania antagonistyczno-destruktywne. Młodzi ludzie spędzają czas na podwórkach lub przed domami. Zdarza się, że zamieszkują u kolegów. Większość podlega nadzorowi kuratorów sądowych za czyny, jakich się dopuścili. By zarobić większe pieniądze zajmują się kradzieżami samochodów. Modne stało się „dilowanie”, czyli sprzedaż narkotyków. Odbiorców znajdują łatwo, wśród kolegów, w środowisku, w szkole, do której sporadycznie uczęszczają. Zdarza im się stosować przemoc seksualną oraz niekonwencjonalne zachowania seksualne, zmuszają do stosunków homoseksualnych, dopuszczają się gwałtów<sup>8</sup>.

Ta szczegółowa typologia zawierająca społeczną charakterystykę dziecka na ulicy, bardzo dokładnie oddaje dominujący dziś w Polsce jego społeczny obraz.

Spółeczeństwo przypisuje dziecku na ulicy różne statusy. Dziecko na ulicy może występować kolejno, jako:

- ofiara społeczeństwa, które nie zapewnia mu środków do innego życia,
- chory cierpiący na zaburzenia fizyczne i zaburzenia zachowania,
- przestępca, który – realizując społecznie potępiane zachowania – działa na szkodę społeczeństwa,
- jednostka bezwzględnie podporządkowana środowisku,
- „dziecko – królewicz”, które robi, co chce i kiedy chce.

Tak więc sytuacja dziecka na ulicy jest paradoksalna. Z jednej strony ofiara – z drugiej sprawca.

<sup>8</sup> Por. T. Szczepański, praca magisterska, *Dzieci ulicy z warszawskiej dzielnicy Praga Północ jako skutek dezintegracji rodziny i współczesnych warunków społeczno-ekonomicznych*, 2004.

Kierunki rozwoju działań pedagogicznych w Polsce skierowanych do dzieci na ulicy:

- praca pedagoga/pedagogów do pracy w środowisku otwartym,
- przygotowanie pracownika socjalnego do pracy w środowisku dziecka na ulicy,
- zmiana podejścia w rozumieniu dzieci na ulicy (przyjęcie podejścia rozumiejącego),
- włączenie rodziny do pracy z dzieckiem na ulicy.

Z pewnością omawiane zjawisko różni się w zależności od kraju, w którym żyją dzieci ulicy, choć różnic należy upatrywać w przyczynach i manifestacji, gdyż konsekwencje są takie same; najkrócej możemy je określić jako dziecko krzywdzone.

### 3. Przyczyny zjawiska dzieci ulicy

Analizując przyczyny zjawiska dzieci ulicy, można podzielić je na zorientowane: personalnie, socjalizacyjnie, społeczno-strukturalnie, multoczynnikowe, próbę przypisania etykiety, oraz systemowy model wyjaśnienia<sup>9</sup>.

Do wyjaśnienia zorientowanego personalnie zaliczane są koncepcje medyczno-psychiatryczne i pedagogiczno-psychiatryczne.

Koncepcja medyczno-psychiatryczna za przyczynę ucieczki z domu uznaje (dotyczy to przede wszystkim dzieci i młodzieży płci męskiej) pęd do wędrowki lub chorobliwe procesy, które wg Rennerta są uwarunkowane np. genetycznie. Ponieważ te uzależnione od skłonności, negatywne czynniki, które są przyczyną ucieczki nie odpowiadają normom społecznym, osoby których to dotyczy określane są jako nienormalne lub chore i tak też są traktowane. Oznacza to izolację chorego, umieszczenie go w zdrowym otoczeniu z zastosowaniem terapii w celu pokonania choroby.

Analizując przyczyny w zakresie uwarunkowań personalnych zasadnym wydaje się odwołanie do psychologii hormistycznej, zwolennicy której znaczącą rolę w życiu każdego człowieka przypisywali charakterystycznym, w różnym kierunku kanalizującym się instynktom. Jeżeli dziecko ma źle skanalizowane, ukierunkowane instynkty włóczęgostwa, wychodzi na ulicę.

W przypadku kompetencji pedagogiczno-psychologicznej zasadniczym pojęciem jest demoralizacja, która wg Riedla jest „procesem rozwoju sprzecznym z celem rozwoju (...) i oznacza upadek psychicznego, moralnego i fizycznego stanu dziecka poniżej przeciętnej, która u osoby niepełnoletniej w takich samych warunkach jest osiągnięta jako wynik należytego wychowania. Ten charakterystyczny punkt widzenia zakłada, że czynniki socjalizacyjne są harmonijne i że cechy osobowe lub cechy zachowania zdemoralizowanego, młodego człowieka, a więc uciekanie, opuszczanie szkoły, odmowa posłuszeństwa i inne – trzeba przypisywać indywidualnym skłonnościom, do których należy odpowiednio podejść. Uchodzący

<sup>9</sup> Tadeusz Pilch, *Dzieci ulic – dzieci bez szans*, (red.) B. Głowacka, Tadeusz Pilch, *Dzieci gorszych szans*, Warszawa 2001, s.88.

za zdemoralizowanych młodzi ludzie są „wyrwani z ich kontekstu społecznego (izolacja) umieszczani w specjalnych, po części zamkniętych ośrodkach – a ponieważ nie istnieje żadna specjalna terapia dla zdemoralizowanych, podaje im się środki psychofarmakologiczne o szerokim działaniu. Mimo, że oba rodzaje wyjaśnień zostały w obecnej praktyce socjalnej odrzucone, jako przestarzałe z powodu jednostronnego badania przyczyn i z powodu swego rodzaju dyskryminacji, wydaje się jednak, że nadal funkcjonują w społecznej świadomości. Nawet nowsze społeczno-psychiatryczne koncepcje zwracają się wprawdzie przeciw zindywidualizowanemu pojęciu choroby, w którym jako czynniki sprawcze brane są w rodzinie pod uwagę np. deficyty socjalizacyjne, ale w dalszej mierze decydującym pozostaje wyobrażenie, jakby nie było chorobliwego procesu indywidualnych przeżyć życiowych.

Koncepcja wyjaśnienia zorientowana socjalizacyjnie zajmuje się przede wszystkim ucieczką lub wyrzuceniem z rodziny. W centrum badania nie znajdują się już cechy osobowe czy wzory zachowań zdemoralizowanych osób, lecz środowisko społeczne uciekinierów. Podstawowym pojęciem badań staje się rodzina problemowa, w której odróżnia się rodziny z deficytami i rodziny z konfliktami.

Biorąc pod uwagę przeciętne rodziny, rodziny z deficytami – które najczęściej wywodzą się z niższych warstw społecznych – cierpią z powodu braków materialnych i niematerialnych. Nie występuje tu kompensacja trudnej sytuacji materialnej przez pozytywną relację rodzice – dziecko. Postawę rodziców charakteryzuje nieobliczalność i stosowanie przemocy. Rodzice są restrykcyjni, skorzy do bicia – to ich sposób na wychowanie. W takich przypadkach, jeżeli państwo reaguje, to jest to daleko sięgająca interwencja, tzn. oddzielenie dziecka od rodziny i skierowanie go do domu dziecka lub umieszczenie w rodzinie zastępczej.

Rodziny z konfliktami charakteryzują się szczególnie stresującą, ambiwalentną czy sprzeczną relacją dziecko – rodzic, oscylującą między obojętnością i zaniebdaniem, a nadopiekuńczością. Na zewnątrz próbuje się, i to w rodzinach średnio zamożnych, zachować pozory normalności. Do tego wciągane są głównie dzieci i młodzież, którą ogranicza się w możliwościach rozwoju.

W wyjaśnianiu społeczno-strukturalnym ucieczka na ulicę widziana jest jako reakcja na ogólnospołeczne uwarunkowania. Należy tu również podkreślić, że prawdopodobieństwo ucieczki zwiększa dwustronnie warunkujący się spłot zmiennych oddziaływań między obciążającymi i niezadowolającymi sytuacjami rodzinnymi, a społecznymi uwarunkowaniami. Społeczno-strukturalna koncepcja wskazuje i wyjaśnia pewne ogólne, społeczne uwarunkowania problemu dzieci ulicy. Obwinia się m.in. środki masowego przekazu, lansujące filozofię konsumpcyjnego stylu życia, dążenie do posiadania. U dzieci, które nie mają szansy realizacji przedstawianego wzoru życia, przekazy te wywołują agresję i frustrację. Krytycznie ocenia się także społeczne przyzwolenie dla wyprzedzania, sprawdzania

się poprzez ciągłe weryfikacje. Taka presja często jest nie do wytrzymania u młodych ludzi, wywołuje stres, zniechęcenie. Zasadnym wydaje się odwołanie w tej grupie przyczyn do socjologicznej perspektywy w zakresie zaburzeń rozwojowych. W podejściu strukturalnym do zjawiska dzieci ulicy szczególne miejsce zajmuje teoria anomii Roberta K. Mertona, określona jako „teoria środków – celów” lub „teoria anomia”; źródła dewiacji upatruje w strukturze społecznej i w ten sposób neguje wcześniejsze teorie kontroli o psychoanalitycznym rodowodzie. W genetycznie pierwszej definicji Merton kładł nacisk na załamanie się struktury kulturowej, co oznaczało brak adekwatności między kulturowymi celami i środkami ich realizacji. Anomia jest więc „skutkiem braku równowagi w akcentowaniu wartości oraz norm instytucjonalnych służących realizowaniu tych wartości” (A. Siemaszko 1993, s.60). Dewiacja nie jest czymś „patologicznym”, lecz stanowi oczekiwany rezultat konfliktów i napięć w strukturze społeczno-kulturowej (cyt. za B. Urban, *Zachowania dewiacyjne młodzieży*). Ucieczka na ulicę jest konsekwencją przystosowania się jednostki do sytuacji dysharmonii między elementami struktury społecznej. Jednostka ma możliwość wyboru jednego z pięciu typów przystosowania (konformizm, innowacja, rytualizm, wycofanie, bunt).

Na uwagę zasługuje również teoria neutralizacji, u podstaw której tkwi założenie, że w społeczeństwie jako całości istnieją dwa, a nie jeden systemy wartości: oficjalny, konformistyczny oraz system wartości nieoficjalnych, „podskórnych”. Wartości pierwszego rodzaju wiązane są z pracą, nauką, działalnością polityczną i społeczną, natomiast podskórne – z czasem wolnym od pacy. Młodzież dewiacyjna wartości podskórne ujawnia bez względu na miejsce i czas. Z tej perspektywy młodzież jest nie tyle dewiacyjna, ile konformistyczna wobec tolerowanych wartości podskórnych, funkcjonujących w społeczeństwie. Młodzież dewiacyjna nazbyt akcentuje wartości podskórne społeczeństwa dorosłych. Wśród dzieci ulicy spotykamy przypadki, które możemy interpretować w oparciu o teorię neutralizacji.

Nie sposób pominąć teorii kontroli społecznej, choćby ogólnych założeń, iż „jednostka może dokonywać czynów przestępczych, ponieważ jej więzi z porządkiem konformistycznym zostały w jakiś sposób zerwane” (cyt. za A. Siemaszko, 1993, s. 236). Nie wszystkie dzieci ulicy są przestępcami, choć niestety takie konsekwencje pobytu na ulicy są najczęściej spotykane. Ale z pewnością obserwując dzieci ulicy dostrzegamy zaburzenia w zakresie odczuwania więzi ze społeczeństwem i to w zakresie wszystkich czterech, wyodrębnionych przez Hirschiego komponentów więzi jednostki ze społeczeństwem. Pierwszym ze wspomnianych elementów jest przywiązanie. Są to emocjonalne związki jednostki z jej otoczeniem (rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami, kolegami). Przywiązanie gwarantuje liczenie się z opinią „istotnych innych”, dzięki czemu jednostka czuje się „moralnie zobligowana” do przestrzegania norm, które otoczenie uznaje. Antycypacja konsekwencji zachowania sprzecznego z normami wyzwała



„wewnętrzny sygnał alarmowy”, powstrzymujący realizację tego zachowania. Tak się dzieje, gdy więź emocjonalna jest silna, gdy słabnie prawdopodobieństwo naruszania norm wzrasta. Zaangażowanie jest drugim elementem więzi ze społeczeństwem i odpowiednikiem „ego”. Jest to chłodna kalkulacja, w wyniku której jednostka orientuje się, czy opłaca się zachowywać w określony sposób. Opłaca się konformizm, dewiacja przynosi straty. W przypadku dzieci ulicy osłabienie tego elementu niejednokrotnie powoduje wyjście na ulicę – „nic mnie tu nie trzyma”, „jest bez różnicy, czy będę przebywał w domu, czy poza nim” – nie ma żadnych racjonalnych przesłanek za tym, aby nie wychodzić na ulicę.

Zaabsorbowanie działalnością zgodną z normami – trzeci element więzi jednostki ze społeczeństwem. Zajęcie się czymś pożytecznym może też samoistnie przeciwdziałać zachowaniom dewiacyjnym – „człowiekowi zapracowanemu nie przychodzi do głowy głupie pomysły”. Wśród dzieci ulicy znajdujemy i takie, które początkowo trafiają tam z nudów, nie mając zajęcia, właśnie nie angażując się w żadną pozytywną aktywność. Kolejny element to przekonanie. „Im jednostka mniej przekonana o konieczności przestrzegania norm, tym bardziej jest prawdopodobne, że będzie je naruszała” (cyt. za: A. Siemaszko, op.cit., s. 243-244). Przytoczone cztery komponenty więzi jednostki ze społeczeństwem pozwalają na interpretację niektórych przypadków wśród dzieci ulicy – głównie zaś tych pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych.

Przy wyjaśnianiu multyczynnikowym bierze się pod uwagę cały szereg przyczyn, które często wzajemnie się wzmacniają i uzupełniają. Należą do nich wszystkie wcześniej wymienione czynniki, a więc: osobiste deficyty rozwojowe, dysfunkcjonalność rodziny oraz systemowe traktowanie źródeł zjawiska dzieci ulicy. W wyjaśnianiu multyczynnikowym należy zwrócić uwagę na jedną grupę czynników, do których zaliczymy sytuację rodzinną, gdzie panuje przemoc fizyczna i psychiczna, różne formy pluralizacji rodzinnych form życia, jak rodziny z jednym rodzicem, rodziny zrekonstruowane, dzieci żyjące w związkach kohabitacyjnych. Również praca zarobkowa obojga rodziców może prowadzić do wyobcowania dziecka, a w konsekwencji do poszukiwania na ulicy osób, z którymi mogłoby porozmawiać. Tendencja do tworzenia rodzin jednodzielnich ogranicza potencjalny plot sieci pomocy krewnych. Rodzice, często zagubieni, nie potrafią wybrać odpowiedniej drogi wychowawczej, doprowadzając do sytuacji kryzysowych, rozwiązaniem których jest jedynie ucieczka dziecka na ulicę.

Koncepcja wyjaśniania w celu zaetykietowania zadaje pytanie, czy to nie poprzez przypięcie etykiетки włóczęgi, zachowanie młodzieży jest definiowane jako patologiczne w stosunku do społecznie ustalonych i obowiązujących norm.

Kolejną próbą wyjaśnienia omawianego zjawiska jest model systemowy. Stanowi alternatywę do wcześniej wymienionych koncepcji. Przyczyny nie rozpoznaje się już tylko w dziecku, młodocianym czy rodzicu, lecz w konstelacji relacji. W związku z powyższym ucieczka na ulicę może być redukcją napięcia, będącego konsekwencją



różnorodnych sytuacji stresujących, sygnałem dla rodziców i wychowawców (np. przez większy kontakt), wyrazem alternatywnego zorientowania (poszukiwanie innych stylów życia np. w młodzieżowych subkulturach) lub ostatecznie wyrazem procesu odrzucenia (np. przy grożących sankcjach).

Przedstawione sześć grup koncepcji wyjaśnienia zjawiska dzieci ulicy udowadnia jednoznacznie, że jest to zjawisko bardzo złożone. Dzieci ulicy nie należy traktować jednorodnie, jak homogeniczną grupę, w stosunku do której można zastosować jednoznaczną interpretację i, co więcej, z góry ustalony model oddziaływania. W danym środowisku spotykamy grupy dzieci, których pobyt na ulicy jest wynikiem nakładania, przenikania i uzupełniania różnorodnych czynników. Czynniki te nie reprezentują konkretnie jednej, wyżej wymienionej koncepcji, (które z pewnością też nie są wyczerpujące) lecz mogą być reprezentatywne nawet dla kilku z nich<sup>10</sup>.

#### 4. Cechy konstytutywne dzieci ulicy

Bardzo ogólnie rzecz ujmując, dzieci ulicy charakteryzują się tym, że „natrafiają one na obojętność i wykorzystywanie bez skrępowań, z przemocą, uwiedzeniem i izolowaniem i aby przeżyć, szukają rozpaczliwie wyjścia poprzez ucieczkę, kradzież, prostytutkę, przemoc, a także orientacje ekstremalne (sekty) czy handel narkotykami. (...) W klikach i bandach ulicznych znajdują namiastkę rodzin, fizyczne i psychiczne miejsce ucieczki, system przeżycia obiecujący, a czasami nawet zapewniający bezpieczeństwo. Stwarzają sobie namiastkę dla swoich potrzeb, której brak odczuwali nieraz gorzko w swoim dotychczasowym życiu. (...) Brak im przychylności, bezpieczeństwa, wychowania i wykształcenia, a przede wszystkim miłości”<sup>11</sup>.

Niezależnie od miejsca zamieszkania systemu politycznego bądź też sytuacji gospodarczej krajów, dzieci ulicy charakteryzują się według mnie pewnymi wspólnymi cechami. Nie zawsze muszą one jednak występować łącznie. Bywa, że tylko jedna z nich lub ich zespół określa dziecko ulicy. Cechy:

- Są mniej sprawne intelektualnie od swych rówieśników, posługują się uboższym słownikiem, mają trudności w czytaniu i pisaniu, a wiele spośród nich jest nawet analfabetami;
- Bywają agresywne wobec osób i rzeczy, przejawiają cechy autoagresji i autodestrukcji;
- Deficyty emocjonalne powodują, że są chwiejne, oziębłe, przejawiają wysoki poziom lęku;
- Wykazują brak samodzielności, nieumiejętność podejmowania decyzji, zależność, brak dystansu do poleceń;

<sup>10</sup> Por. A. Fidelus, *Dzieci ulicy – podobieństwa i różnice w zależności od czynników środowiskowych i kulturowych*, w: (red.) W. Kubik, B. Urban, *Uwarunkowania i wzory marginalizacji społecznej współczesnej młodzieży*, s.174-178.

<sup>11</sup> D. Brandes, W. Specht, *Praca z dziećmi ulicy w European Network on Children Work in International Society for Mobil Youth Work*, (w:) *Dzieci ulicy. Problemy – profilaktyka – resocjalizacja*. (red.) G. Olszewska-Baka, Wyd. eRBe, Białystok 2000.

- Wykazują zaburzenia socjalizacji i kontaktów interpersonalnych;
- System wartości mają ukształtowany na podstawie wzorów wyniesionych z domu, które jednak najczęściej nie stanowią dostatecznej podstawy do odróżniania dobra od zła.

Wielu autorów podkreśla fakt, że podstawową wartość stanowi dla tych dzieci doświadczenie zdobywane na ulicy i z ulicy, gdzie odbywa się ich naturalny rozwój, wzrastanie i kształtowanie poglądu na świat, stosunek do innych ludzi i sposób na życie. Zwracają oni szczególną uwagę na zasadnicze typy sytuacji, w których podstawowym środowiskiem wychowawczym dziecka staje się ulica. Są to przede wszystkim:

1. „dzieci pochodzące z rodziny dysfunkcyjnej, nie zapewniającej poczucia bezpieczeństwa, miłości i więzi emocjonalnej, wychowujące się wśród pijaństwa i awantur, osamotnione, często głodne, doświadczające przemocy i agresji ze strony osób najbliższych. Nic więc dziwnego, że na ulicy czują się bezpieczniej niż w domu;

2. dzieci odrzucone przez rodzinę, ponieważ nie spełniają jej oczekiwań, ustalonych wzorców i projektów. Rodzice nie mają (lub nie chcą mieć) dla nich czasu. Szukają więc możliwości samorealizacji poza domem, najczęściej na ulicy. W grupie tej można także wyróżnić dzieci z rodzin o wysokim standardzie materialnym, jeżdżące na tyżworolkach, mające walkmany, komputery, rowery górskie, ale którym brakuje więzi emocjonalnej z rodzicami;

3. dzieci doznające niepowodzeń szkolnych, mniej sprawne intelektualnie<sup>12</sup> od swoich rówieśników, często zachowujące się agresywnie, pozostają „dziećmi ulicy” za sprawą negatywnej eliminacji ze środowiska szkolnego i kręgów rówieśniczych, w których są stygmatyzowane i czują się źle. Ich charakterystyczną cechą jest nieumiejętność korzystania z innej możliwości zorganizowania czasu;

4. „dzieci doświadczające biedy i ubóstwa, dla których ulica jest nie tyle terenem zabaw i spotkań z rówieśnikami, co miejscem pracy, zdobywania pożywienia i schronienia”<sup>13</sup>;

5. „dzieci lubiące przestrzeń i niezależność, niepoddające się rygorom wychowawczym, mające skłonności do włóczęgostwa. Wolny czas najchętniej spędzają poza domem i poza szkołą, na ulicy. Dzieci te poszukują wolnej przestrzeni swojego życia i podmiotowego działania niezdominowanego przez świat dorosłych i stworzone przez dorosłych instytucje”<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> M. Gałaś, *Problemy egzystencjalne „dzieci ulicy” wyzwaniem dla pedagogiki społecznej*, „Wychowanie na co dzień”, nr 7-8, 2001.

<sup>13</sup> B. Głowacka, *Dzieci ulicy – jak je zrozumieć*, „Nasz Animator”, nr 4, 1997.

<sup>14</sup> B. Smolińska-Theiss, *Dzieciństwo w małym mieście*, Warszawa 1993, s. 18.

Wskazane sytuacje wskazują niewątpliwie, że przyczyny pozostawiania dzieci na ulicy mają różne podłoże i nie zawsze tkwią w głęboko patologicznej rodzinie. Jednakże wolny wybór, chęć, a czasami konieczność przebywania dzieci poza domem zawsze jest wyrazem zaburzonej relacji, a często także zaburzonej więzi pomiędzy członkami rodziny.

Często zastanawiamy się skąd biorą się noworodki na śmietnikach, skatowani malcy w szpitalach, dziesięciolatki żebrzące lub kradnące na ulicach? Skąd biorą się, jak mówią niektórzy, dzieci-śmieci? Odpowiedź na te pytania jest niezwykle prosta – oczywiście z domów rodzinnych. Część z nich stanowi kolejne ogniwo w pokoleniowym łańcuchu dziedziczenia patologii. Alkoholizm, brak wykształcenia, agresja jako jedyny wzór rozwiązywania konfliktów, niezaradność życiowa, niechęć do pracy, uzależnienie od pomocy socjalnej państwa – to syndrom choroby społecznej, dawno już opisanej przez socjologów. Ukryć też nie można, że takie rodziny istniały zawsze.

Wśród dzieci ulicy można wyróżnić kilka stosowanych w terminologii międzynarodowej kategorii. Są to przede wszystkim:

- *Street working children* – dzieci pracujące na ulicy, ale utrzymujące kontakt z rodziną i najczęściej mieszkające w domu rodzinnym;
- *Street living children* – mieszkają i pracują na ulicy, prawie nie utrzymują kontaktu z rodziną;
- *Children at risk* – dzieci w więzieniach lub instytucjach poprawczych, dzieci utrzymywane przez starsze dzieci, dzieci pracujące, których warunki życia nie odpowiadają Konwencji Praw Dziecka;

Biorąc pod uwagę realia polskie oraz innych krajów postkomunistycznych, definicję dzieci ulicy trzeba poszerzyć o te, które większość swojego życia spędzają na ulicy i dla których ulica jest głównym środowiskiem życia. Takie dzieci często nie wykraczają poza tzw. normę określaną przez placówki oświatowe, śpią w domach swoich rodziców czy opiekunów, ale nie znajdują tam żadnego wsparcia emocjonalnego. Przebywają więc na ulicy nie tylko z poczucia nudy i braku alternatywnych zajęć, ale z powodu życiowej konieczności.

## Zakończenie

Zdecydowana większość z nas, a więc tych, którzy codziennie w pośpiechu pędzą do szkoły bądź pracy, a wieczorem wracają do domu, nie zauważa dzieci ulicy. W oczy rzucają się nam jedynie dzieci rumuńskie, od których wszyscy próbują się dystansować. Zapominamy, że dzieciństwo jest kruche i bezbronne, że wymaga szczególnej troski i pomocy ze strony najbliższych członków rodziny, jak całego społeczeństwa. Sposób, w jaki społeczeństwo chroni i troszczy się o rozwój dzieci, jest miarą jego cywilizacji i kultury, sprawdzianem jego człowieczeństwa. Przestrzeganie Konwencji Praw Dziecka jest obowiązkiem państwa polskiego. Od tego, jak aktualnie traktujemy dzieci zależy przecież przyszłość naszego społeczeństwa.

Wielu wybitnych pedagogów podobnych Korczakowi upomina się o dziecko i miejsce dla niego we współczesnym świecie. Skoro jednak zaciera się nam w pamięci fakt, iż „dziecko jest najwyższym darem, który Bóg zsyła rodzicom, darem danym i zadaniem”<sup>15</sup> musimy niewątpliwie zadać sobie pytanie o jego przyszłość, o jego miejsce i rolę w zmieniającej się rzeczywistości. Z tym pytaniem pozostawiam czytelników, licząc na głęboką refleksję i nieustanne, konstruktywne poszukiwanie odpowiedzi.

<sup>15</sup> Katechizm Kościoła Katolickiego

## Bibliografia:

1. Brandes D., Specht W., *Praca z dziećmi ulicy w European Network on Children Work in International Society for Mobil Youth Work*, (w:) *Dzieci ulicy. Problemy – profilaktyka – resocjalizacja*. (red.) Olszewska-Baka G., Wyd. eRBe, Białystok 2000.
2. *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, tom I, (red.) Śnieciński J.M., Wyd. Akad. „Żak”, Warszawa 2003.
3. Fidelus A., *Dzieci ulicy – podobieństwa i różnice w zależności od czynników środowiskowych i kulturowych*, (w:) (red.) Kubik Wł., Urban B., *Uwarunkowania i wzory marginalizacji społecznej młodzieży*, UJ, Kraków 2005.
4. Gałaś M., *Problemy egzystencjalne „dzieci ulicy” wyzwaniem dla pedagogiki społecznej*, „Wychowanie na co dzień”, nr 7-8, 2001.
5. Głowacka B., *Dzieci ulicy – jak je zrozumieć*, „Nasz Animator”, nr 4, 1997.
6. Hensch W. i in., *Armut in Deutschland. Der Armutsbericht der DGB und des Oeritaetischen Wohlfahrtverbandes*, Reinbeck, 1994.
7. Kubik Wł., Urban B., *Uwarunkowania i wzory marginalizacji społecznej współczesnej młodzieży*, Wyd. WAM, Kraków 2005.
8. Smolińska-Theiss B., *Dzieciństwo w małym mieście*, Warszawa 1993.

Anna Fidelus

Dr Anna Fidelus – pedagog, zajmuje się problemami resocjalizacji i readaptacji w środowisku otwartym; wykładowca we Wszechnicy Polskiej Szkole Wyższej TWP w Warszawie od pierwszych lat jej funkcjonowania; autorka publikacji pt. *Przestępczość nieletnich w ujęciu prawnym i społecznym*, autorka i redaktorka książek i artykułów dotyczących zaburzeń w zachowaniu dzieci i młodzieży.



## **WSZECHNICA POLSKA**

SZKOŁA WYŻSZA  
TOWARZYSTWA WIEDZY POWSZECHNEJ W WARSZAWIE

W 2010 r. decyzją Komisji Europejskiej Wszechnica Polska Szkoła Wyższa Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie otrzymała Kartę Uczelni ERASMUSA (*Erasmus University Charter*), co umożliwia Uczelni uczestniczenie w programie ERASMUS i ubieganie się o fundusze na przewidziane w nim działania.

W roku akademickim 2010/2011 Wszechnica Polska obok sektorowego programu COMENIUS – praktyki dla studentów ze specjalnością nauczycielską, realizuje program ERASMUS w zakresie SMP (*Student Mobility-Placements*), a w następnej kolejności SMS (*Student Mobility-Studies*) – wymiana studentów z uczelniami partnerskimi dla odbycia części studiów.

Kolejnymi etapami wdrażania programu ERASMUS będzie STA (*Staff Teaching Assignments*) – wymiana nauczycieli w celu prowadzenia zajęć w uczelni partnerskiej.

Te i inne ważne informacje na naszej stronie internetowej:

**[www.wszehnicapolska.edu.pl](http://www.wszehnicapolska.edu.pl)**

Anna Dzielska i Joanna Mazur

## **Zespół zachowań ryzykownych wśród młodzieży szkolnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Badania nad zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi**

### **Wstęp**

W wyniku gromadzenia wiedzy o czynnikach wpływających na zachowania ryzykowne stworzono teorie opisujące zależności między tymi czynnikami oraz efekty pośredniczące w procesie ich powstawania [10]. Teorie te miały znaczący wpływ na powstanie omawianego dalej Zespołu Zachowań Ryzykownych (ZZR). Mowa tu o *Teorii zachowań problemowych* R. i S.L. Jessorów [9], *Faz lub substancji torujących drogę* (*Gateway Theory*) D.B. Kandela [11], *Teorii odporności* (*Resilience*) M. Ruttera [23].

Pierwsza z nich zakłada, że zachowania ryzykowne (problemowe) powstają w wyniku wzajemnych relacji cech osobniczych i środowiskowych. Mogą być sposobem radzenia sobie z trudnościami okresu dojrzewania, metodą osiągania kolejnych celów rozwojowych (autonomii, niezależności itp.).

Teoria D.B. Kandela dotyczy przyjmowania substancji psychoaktywnych i zakłada fazowość używania kolejnych substancji przez młodzież. Etapy przechodzenia do używania kolejnych substancji uwarunkowane są efektami ich działania (od słabszych do silniejszych) lub stopniem akceptacji społecznej dla jej używania (od najbardziej akceptowanych, jak tytoń i alkohol do zakazanych, jak heroina). Angażowanie się w takie zachowania zazwyczaj rozpoczyna się od eksperymentowania. Ponieważ bardziej atrakcyjne są eksperymenty niosące za sobą element ryzyka, te zachowania, które zostały już oswojone zostają zastępowane przez kolejne.

Podstawą teorii odporności (*Resilience*) jest przekonanie, że istnieją czynniki, które ograniczają ryzyko pojawienia się zachowań problemowych pomimo wystąpienia w ciągu życia potencjalnych zagrożeń (np. wzrastania w środowisku, gdzie występowały negatywne zjawiska, przeżywania stresujących i traumatycznych doświadczeń). Mówi się tu o czynnikach ochronnych, które zmniejszają ryzyko pojawienia się niekorzystnych zachowań i o czynnikach ryzyka, które zwiększają możliwość ich wystąpienia. Wspomniane czynniki są szeroko opisane w literaturze przedmiotu. Zarówno te niekorzystne, jak i korzystne, odnoszą się do zasobów indywidualnych jednostki, środowiska domowego, szkolnego, rówieśniczego, lokalnego oraz cech okolicy miejsca zamieszkania [1, 5, 6, 7, 8, 12, 15, 20, 23, 28].

Przedmiotem badań nad zdrowiem młodzieży jest również analiza występowania zachowań problemowych, które bezpośrednio lub potencjalnie mogą zagrażać zdrowiu psychicznemu. Autorzy tych badań, mierząc zaburzenia zdrowia psychicznego wprowadzili podział na dwie kategorie – określane jako wskaźniki eksternalizacyjne (zachowania problemowe – zachowania związane z agresją, przemocą, wyraźnym łamaniem norm życia społecznego, zachowania przestępcze, używanie substancji psychoaktywnych) i internalizacyjne (problemy emocjonalne – zaburzenia depresyjne i lękowe, nadmierny stres i inne).

Obszar zachowań ryzykownych jest bardzo szeroki. Zalicza się do nich: palenie tytoniu, picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych, stosowanie diet odchudzających, przedwczesne kontakty seksualne bez zabezpieczenia, wagary, autoagresję i agresję wobec otoczenia, konflikty z prawem, wyraźne łamanie norm życia społecznego [1, 2, 9]. W odniesieniu do powyższych teorii, szczególną uwagę należy zwrócić na osoby, które angażują się w wiele zachowań problemowych. Badania wskazują na częstsze występowanie negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych, na przykład większą skłonność do rozwoju uzależnień i urazów, częstsze występowanie dolegliwości u tych osób [2, 20, 22, 25].

Istnieje wiele dowodów, że zachowania ryzykowne wykazują tendencję do współwystępowania i tworzenia syndromów. Zespół zachowań ryzykownych określany jest przez różnych autorów jako: „syndrom zachowań ryzykownych”, „mnogie zachowania ryzykowne”, „zagrożający zdrowiu styl życia”, „profile ryzyka” [13, 16, 27].

Zespół zachowań ryzykownych (ZZR), bazujący na pytaniach z kwestionariusza HBSC, został już wykorzystany we wcześniejszych opracowaniach. W badaniach krajowych skalę ZZR stosowano w wersji nie uwzględniającej zachowań agresywnych oraz rozbudowanej o zachowania seksualne. Również na podstawie badań HBSC (pytania z 1998 roku), W. Pickett i współpracownicy, zdefiniowali zespół dziewięciu zachowań problemowych, który można było wykorzystać w grupie 11, 13 i 15-latków. Skala nie zawierała pytania o zażywanie marihuany, które zadawane jest tylko w najstarszej grupie wieku.

## **Cel pracy**

Celem pracy było:

- przedstawienie występowania ZZR w Polsce i krajach UE wśród młodzieży 15-letniej,
- wykazanie związku ZZR ze zdrowiem młodzieży oraz identyfikacja czynników wpływających na ZZR.

Praca stanowi podsumowanie wyników badań własnych opublikowanych w raportach wydanych w Instytucie Matki i Dziecka oraz innych wcześniejszych publikacjach [14, 17, 18].



## Badane osoby

Próbkę badaną stanowiła młodzież w wieku 15 lat, która uczestniczyła w badaniach HBSC (Health Behaviour in School-age Children). Badania HBSC przeprowadzane są cyklicznie, co cztery lata, wśród młodzieży w wieku 11, 13 i 15 lat. W Polsce są to uczniowie V klasy szkoły podstawowej oraz I i III klasy gimnazjum.

Przedmiotem analizy są dane dotyczące najstarszej grupy wieku - 15-latków, czyli młodzieży, u której nasila się częstość podejmowania zachowań ryzykownych. Dwie młodsze grupy wieku nie odpowiadały na pytanie dotyczące używania marihuany, stanowiące składową zespołu zachowań ryzykownych.

Przedmiotem analizy są dane dotyczące 2287 uczniów ze III klas III gimnazjum. Średnia wieku wynosiła 15,72 lat ( $SD=0,30$ ). Wskaźnik realizacji próby wynosił w tej grupie wieku 81,8%, a w jednej klasie średnio ankietowano 20 uczniów (dokładnie 20,4). Chłopcy stanowili 47,7% ankietowanych, a dziewczęta 52,3%. Liczba 15-latków w innych krajach UE wahała się od 354 osób na Malcie do 4999 osób w Wielkiej Brytanii.

Zakodowane dane zebrane w Polsce przekazano w sierpniu 2006 r. do Międzynarodowego Banku Danych w Uniwersytecie w Bergen (Norwegia), gdzie przeprowadzono standardową procedurę czyszczenia zbioru danych, a następnie włączono do zbioru międzynarodowego. Wszelkie krajowe opracowania bazują na zbiorze międzynarodowym z banku danych w Bergen.

## Metody badawcze i wskaźniki

We wszystkich opisywanych krajach HBSC zastosowano identyczny, zgodny z protokołem międzynarodowym, schemat prowadzenia badań.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który, w każdym z krajów, zawierał pytania obowiązkowe, pytanie dodatkowe rekomendowane w protokole HBSC oraz ewentualnie dodatkowe pytania krajowe.

W każdym z krajów dokonano adaptacji kwestionariusza HBSC przez translację i retranslację pytań oraz sprawdzenie ich poprawności w badaniach pilotażowych. Ankiety zebrano metodą audytoryjną w szkołach, w zależności od kraju, w okresie od listopada 2005 do czerwca 2006 r.. W Polsce badanie wykonano w okresie od lutego do kwietnia 2006.

Analizie poddano Skalę Zespołu Zachowań Ryzykownych zbudowaną na podstawie 5 pytań obowiązkowych z kwestionariusza HBSC:

1. Jak często obecnie palisz papierosy?
2. Czy wypijeś kiedyś tak dużo alkoholu, że czujeś się naprawdę pijany?
3. Czy w ostatnich 12 miesiącach używałeś marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu?
4. Jak często uczestniczyłeś w dręczeniu innego ucznia lub uczniów w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?
5. Ile razy w ostatnich 12 miesiącach uczestniczyłeś w bójce?

Poszczególnym kategoriom odpowiedzi przypisano punktację od 0 - brak występowania zachowania ryzykownego, do 3 punktów skali - największe nasilenie zachowania. Skala sumaryczna przyjmuje zakres od 0 do 15 punktów. Definicję ZZR zamieszczono w tabeli I.

**Tabela I. Definicja zespołu zachowań ryzykownych (ZZR)**

Składowa	0 punktów	1 punkt	2 punkty	3 punkty
Papierosy	Obecnie wcale nie pali	Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	Co najmniej 1 raz w tygodniu ale nie codziennie	Pali codziennie
Alkohol	Nigdy w życiu się nie upił(a)	1 raz	2-3 razy	4 lub więcej razy
Marihuana	Nigdy	1 lub 2 razy	3-9 razy	10 i więcej razy
Przemoc w szkole	Wcale nie dręczył(a) innych uczniów	Tylko 1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	Częściej
Bójki	Nie bił(a) się w ostatnich 12 miesiącach	1 raz	2 razy	3 lub więcej razy

Dokonano umownego podziału ZZR na 3 kategorie:

- mały stopień nasilenia zachowań ryzykownych (0 pkt.);
- przeciętny stopień nasilenia (1-5 pkt.);
- duży stopień nasilenia zachowań ryzykownych (6-15 pkt.).

Porównano wyniki ZZR w trzech kategoriach w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej.

W celu określenia własności psychometrycznych skali ZZR przeprowadzono analizę czynnikową z rotacją Varimax (trafność skali) oraz obliczono wartość współczynnika alfa-Cronbacha (rzetelność skali). Współczynnik alfa-Cronbacha dla ZZR w Polsce wynosił 0,716, co wskazuje na wynik zadowalający. Rzetelność powyżej zalecanego poziomu (0,7) zanotowano też w Irlandii 0,727, Włoszech 0,713, Luksemburgu 0,722, Malcie 0,715, Holandii 0,710. Wyniki analizy czynnikowej pozwalają sądzić, że w polskiej skali ZZR istnieje jeden czynnik wyjaśniający 48,1% całkowitej zmienności.

## Rozpowszechnienie ZZR w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej (UE)

Odsetek 15-latków, którzy szczególnie często sięgali po substancje psychoaktywne lub często wykazywali zachowania agresywne wahał się w Polsce od 2,4% (używali marihuany więcej niż 10 razy) do 16,2% (upili się więcej niż 3 razy w życiu).

Młodzież o niskim nasileniu ZZR nie podjęła żadnego z zachowań ryzykownych będących składowymi ZZR, natomiast 15-latki o wysokim nasileniu ZZR musiały podjąć co najmniej jedno zachowanie na poziomie 2 punktów W trzech wyróżnionych grupach znalazło się odpowiednio: 46,0%; 34,4% i 19,6% ankietowanych.

Średni wynik skali ZZR dla polskiej młodzieży wyniósł 2,89 punktów. Średni indeks ZZR jest większy u chłopców niż u dziewcząt, a różnica między płcią jest istotna statystycznie (3,86 vs 2,02,  $p < 0,001$ ).

Ponad 30% badanych nastolatków nie podjęło żadnego z zachowań ryzykownych, które stanowią składowe skali ZZR. Odsetek 15-latków, którzy uzyskali zero punktów w skali ZZR był większy u dziewcząt (41,1%) niż u chłopców (18,3%). Jednocześnie u chłopców zaobserwowano większe nasilenie zachowań problemowych niż u dziewcząt, do grupy podwyższonego ryzyka zakwalifikowano odpowiednio 28,6% chłopców i 11,5% dziewcząt – tab.2.

**Tabela 2. Punktacja skali ZZR w Polsce wg płci (% badanych)**

Liczba punktów skali ZZR	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
0	30,3	18,3	41,1
1	15,7	13,8	17,4
2	12,0	13,5	10,7
3	9,3	9,4	9,3
4	6,8	8,2	5,5
5	6,2	8,1	4,5
6	5,9	7,8	4,2
7	3,3	5,1	1,6
8	2,6	3,1	2,1
Średnia	2,89	3,86	2,02
SD	3,22	3,51	2,66

Na rycinach 1 i 2 przedstawiono nasilenie zachowań ryzykownych według trzech kategorii ZZR w 24 krajach HBSC, które są członkami Unii Europejskiej, w podziale na płeć badanych. Pozostałe kraje HBSC, należące jednocześnie do UE, tj. Słowacja, Hiszpania, Szwecja, zostały wykluczone z analizy ze względu na brak w kwestionariuszu niektórych pytań wykorzystanych do budowy skali ZZR. W badaniach nie uwzględniono również Cypru, ponieważ jako jedyny z krajów

UE nie należy do sieci badawczej HBSC. Kraje zostały przedstawione w kolejności malejących odsetków młodzieży, która zakwalifikowała się do grupy znacznego nasilenia zachowań ryzykownych.

**Tabela. 3. Stopień nasilenia zachowań ryzykownych wśród chłopców (%)**

kraj	wysoki	przeciętny	niski
Łotwa	48,7	34,9	16,4
Estonia	39,1	38,9	22,0
Litwa	36,2	46,4	17,4
Austria	34,2	36,8	29,0
Rumunia	32,2	43,9	23,8
Bułgaria	30,4	40,9	28,8
Polska	28,6	39,2	32,1
Dania	27,9	45,5	26,6
Węgry	26,5	38,4	35,1
Czechy	26,1	39,6	34,4
Słowenia	25,2	38,9	35,9
Luksemburg	25,1	36,4	38,5
Wielka Brytania	24,5	39,3	36,2
Irlandia	24,3	35,7	40,0
Francja	24,2	37,7	38,1
Belgia	23,9	38,3	37,9
Grecja	23,8	50,0	26,2
Niemcy	22,2	37,0	40,9
Włochy	22,0	37,7	45,3
Holandia	21,8	38,7	39,5
Finlandia	21,5	36,7	41,7
Malta	18,8	35,9	45,3
Portugalia	11,4	41,8	46,8

Największe nasilenie zachowań problemowych ZZR (kategoria 3) obserwuje się u młodzieży z Łotwy (38,8%), Austrii (28,8%), Litwy (28,7%), Rumunii (32%), Bułgarii (26,5%). W Polsce odsetek ten wynosi 19,6% co daje miejsce w pierwszej dziesiątce krajów o najwyższym stopniu nasilenia zachowań ryzykownych. Wysoki stopień ZZR prezentuje 28,6% polskich chłopców, co stawia ich na 7 miejscu wśród krajów UE. Kraje, w których najmniej chłopców podejmuje wiele zachowań ryzykownych to, między innymi, Portugalia (11,4%), Malta (18,8%) i Holandia

(21,8%) (ryc. 1.). Znacznie korzystniejsza dla Polskiej młodzieży sytuacja przedstawia się w grupie dziewcząt. Zaledwie 11,5 % polskich dziewcząt angażuje się w zachowania problemowe o wysokim stopniu nasilenia (ryc. 2.), natomiast na Litwie i Łotwie wyniki podobne są do rezultatów chłopców.

**Tabela. 4. Stopień nasilenia zachowań ryzykownych wśród dziewcząt (%)**

kraj	wysoki	przeciętny	niski
Łotwa	27,0	38,1	34,9
Austria	24,0	31,2	44,8
Bułgaria	23,1	39,6	37,3
Wielka Brytania	22,4	37,7	39,9
Litwa	21,5	45,8	32,7
Czechy	18,3	29,4	52,2
Luksemburg	18,2	28,3	53,5
Estonia	17,4	38,4	44,3
Francja	16,8	29,1	54,1
Holandia	16,5	26,4	57,1
Malta	16,2	30,6	53,1
Niemcy	15,8	30,1	54,1
Dania	15,8	47,4	36,8
Węgry	15,1	31,6	53,3
Ukraina	14,9	40,1	45,0
Finlandia	14,8	34,3	50,9
Belgia	14,4	31,5	54,1
Irlandia	14,2	29,7	56,1
Włochy	13,8	26,1	60,1
Rumunia	11,9	38,6	49,5
Polska	11,5	30,0	58,5
Grecja	11,5	33,9	54,6
Słowenia	10,0	32,8	57,2
Portugalia	8,7	26,1	65,2

Średnia punktacja dla połączonej grupy międzynarodowej wynosi 3,12 punktów, w tym chłopcy 3,74, a dziewczęta 2,55. Dla poszczególnych krajów średnie wahają się od 1,98 w Portugalii do 4,69 na Łotwie.

**Tabela. 5. Średnia punktacja skali ZZR u młodzieży 15-letniej w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej według płci**

Kraje	Ogółem		Dziewczęta		Chłopcy	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
Łotwa	4,69	3,65	3,64	3,22	5,73	3,76
Litwa	4,07	3,21	3,37	2,85	4,82	3,39
Estonia	3,79	3,39	2,82	2,91	4,74	3,56
Austria	3,63	3,43	3,10	3,21	4,27	3,58
Ukraina	3,58	3,26	2,63	2,69	4,80	3,51
Bułgaria	3,53	3,12	3,21	2,99	3,90	3,22
Dania	3,35	3,01	2,85	2,74	3,90	3,18
Wielka Brytania	3,33	3,29	3,17	3,21	3,50	3,36
Luksemburg	3,08	3,44	2,59	3,23	3,57	3,57
Rumunia	3,02	2,91	2,33	2,47	4,23	3,21
Czechy	2,98	3,08	2,51	2,95	3,45	3,13
Francja	2,97	3,28	2,45	2,96	3,48	3,48
Irlandia	2,95	3,43	2,34	3,08	3,49	3,63
Belgia	2,91	3,23	2,33	2,85	3,47	3,46
Węgry	2,91	3,10	2,40	2,81	3,53	3,33
Grecja	2,87	2,85	2,16	2,51	3,73	3,00
Holandia	2,87	3,26	2,42	2,10	3,33	3,37
Polska	2,89	3,22	2,02	2,66	3,86	3,51
Niemcy	2,82	3,17	2,41	2,94	3,26	3,35
Słowenia	2,77	3,08	2,03	2,58	3,53	3,36
Finlandia	2,68	3,00	2,36	2,79	3,05	3,19
Malta	2,66	3,12	2,37	3,06	2,94	3,15
Włochy	2,57	3,18	2,09	2,87	3,04	3,41
Portugalia	1,98	2,61	1,69	2,55	2,37	2,63

Analizując średnią punktację ZZR uzyskaną dla Polski, stwierdzamy wynik zdecydowanie mniej korzystny dla chłopców (3,86 i 9 pozycja) niż dla dziewcząt (2,02 i 23 pozycja).

## Zastosowanie skali ZZR w badaniach nad zdrowiem młodzieży (HBSC)

Prace z wykorzystaniem ZZR publikowane były na podstawie wyników, omówionych wcześniej badań HBSC z 2006 r., jak i wcześniejszych badań z 2002 roku. Można wskazać dwa kierunki wykorzystania ZZR w badaniach nad zdrowiem młodzieży:

1. ZZR jako przyczyna → badania nad uwarunkowaniami zdrowia subiektywnego oraz skłonności do ulegania urazom
2. ZZR jako skutek → badania czynników wpływających na nasilenie zachowań ryzykownych mierzonych tą skalą.

### I. ZZR a zdrowie młodzieży

W raporcie prezentującym wyniki badań HBSC z 2006 roku, badając wpływ ZZR na zdrowie wyodrębniono wskaźniki dotyczące zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego:

- samoocenę zdrowia (SHR), zadowolenie z życia,
- stan zdrowia psychicznego (SDQ),
- odczuwanie dolegliwości (ból głowy, ból brzuch, ból pleców, przygnębienie, rozdrażnienie, zdenerwowanie, trudności w zasypianiu, zawroty głowy);
- występowanie chorób przewlekłych;
- występowanie urazów.

Zaobserwowano silny związek między kategoriami ZZR, a występowaniem każdego ze wskaźników zdrowia psychicznego, zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców. Biorąc pod uwagę grupę wskaźników dotyczących zdrowia fizycznego, dla wszystkich 15-latków, istotny statystycznie związek pojawił się w przypadku samooceny zdrowia oraz urazów. W podziale na płeć, ZZR istotnie korelował z samooceną zdrowia i występowaniem chorób przewlekłych tylko w grupie dziewcząt ( $p < 0,001$ ,  $p = 0,041$ ), a z występowaniem urazów u obu płci ( $p < 0,001$ ). W odniesieniu do wszystkich wskaźników, z wyjątkiem występowania chorób przewlekłych, stwierdzono związek między silnym obciążeniem zachowaniami ryzykownymi a wskaźnikami zdrowia psychicznego i fizycznego – niezależnie od płci. Znaczne nasilenie ZZR wiązało się z większym ryzykiem urazów; problemów ze zdrowiem psychicznym, zwiększało ryzyko niezadowolenia z życia. Biorąc pod uwagę płeć badanych, ani u chłopców ani u dziewcząt nie stwierdzono istotnego związku ZZR z występowaniem chorób przewlekłych oraz u chłopców z samooceną zdrowia. W pozostałych przypadkach związek był istotny u obu płci. Ryzyko wystąpienia urazu, jak i odbiegającego od normy wyniku w skali SDQ było większe u dziewcząt. Ogółem u młodzieży 15-letniej zaobserwowano istotny związek ZZR z występowaniem większości dolegliwości psychicznych (rozdrażnienia  $p = 0,002$ , zdenerwowania  $p = 0,001$ , trudności z zasypianiem  $p = 0,001$ ). U dziewcząt istotny związek dotyczył wszystkich dolegliwości



psychicznych, u chłopców bez przygnębiaenia. Dodatkowo u dziewcząt wykazano istotny związek w przypadku dwóch dolegliwości somatycznych – zawrotów głowy i bólów brzucha. Wyniki przytoczonych badań wskazują na istotnie zwiększone ryzyko wystąpienia subiektywnych dolegliwości u 15-latków z rozwiniętym zespołem zachowań ryzykownych w porównaniu z ich rówieśnikami, którzy nie podejmują tych zachowań.

Dokładniejszą analizę wpływu zespołu zachowań ryzykownych na samoocenę zdrowia (SRH), zadowolenie z życia i nasilenie mnogich dolegliwości subiektywnych przedstawiono w pracy dotyczącej 15-latków, bazującej na wynikach badań HBSC z 2002 roku. Zespół zachowań ryzykownych okazał się bardzo ważnym predykatorem gorszej oceny zdrowia subiektywnego, nawet po skorygowaniu na wpływ takich zmiennych, jak: płeć, miejsce zamieszkania, zamożność rodziny i osiągnięcia w nauce (14). Wykazano, że niski status ekonomiczny rodziny oraz słabe osiągnięcia w nauce sprzyjają występowaniu zespołu zachowań ryzykownych, a z drugiej strony obie te zmienne oddziałują na gorszą ocenę zdrowia i zadowolenia z życia, niezależnie od wpływu ZZR.

Natomiast pogłębioną analizę wpływu ZZR na nasilenie urazów przedstawiono w raporcie wydanym w Instytucie Matki i Dziecka w 2005 roku, stanowiącym podsumowanie projektu badawczego na temat środowiskowych, społecznych i behawioralnych uwarunkowań urazów i przemocy wśród młodzieży szkolnej. Podstawą analizy były dane HBSC pochodzące z wcześniejszej edycji badań – z 2002 roku. Zdefiniowano podobny zespół zachowań ryzykownych, który ponadto, jako dodatkową składową zawierał ryzykowne zachowania seksualne. Przy wzroście punktacji na skali ZZR, tak zdefiniowanego zespołu, prawdopodobieństwo doznania co najmniej jednego urazu wymagającego pomocy medycznej w roku poprzedzającym badanie ankietowe wzrastało od 0,23 do 0,56. Oznacza to, że średnio 23% nastolatków wolnych od zachowań problemowych ulegało urazom, a w grupie z pełnym rozwiniętym zespołem ZZR odsetek ten zwiększał się do 56%. Bardzo ciekawym wynikiem było spostrzeżeniem, że przy rozwiniętym zespole ZZR, dziewczęta częściej ulegają urazom niż chłopcy [17].

## **2. Czynniki wpływające na ZZR**

Pełny opis wyników badań nad uwarunkowaniami ZZR zawiera odrębna publikacja, powstała na bazie badań HBSC 2006 [14]. Poniżej przedstawiono najważniejsze z uzyskanych wyników badań.

Bazując na Koncepcji Zachowań Problemowych Jessora, stworzono model, który obrazował powiązania między ZZR a czynnikami, które na niego wpływają. Były to: czynniki biologiczne, warunki życia, rodzina, środowisko rówieśnicze, szkoła i posiadane przez młodzież kompetencje. Łącznie poddano analizie 29 czynników należących do tych obszarów. Starano się odpowiedzieć na pytanie, które czynniki najsilniej chronią młodzież przed zachowaniami ryzykownymi, a które stanowią czynnik ryzyka dla ZZR.

Wykazano, że największy wpływ na poziom ZZR ma środowisko rówieśnicze, w następnej kolejności szkoła (w tym stosunek do nauki) i posiadane kompetencje. Również istotny okazał się wpływ rodziny i warunków życia. Największy wpływ na zmienność ZZR miały (oprócz płci): opinie o rozpowszechnieniu zachowań ryzykownych wśród kolegów i koleżanek, liczba wieczorów spędzanych z nimi poza domem, osiągnięcia w nauce, postrzegana własna popularność wśród rówieśników, stosunek do posłuszeństwa oraz jakość relacji w rodzinie.

Czynniki ryzyka i ochronne zostały wyodrębnione ad hoc, tzn. bez wstępnych założeń, co do kierunku ich oddziaływania. Głównymi czynnikami ryzyka okazały się: opinie o dużym rozpowszechnieniu ZZR wśród kolegów, częste spędzanie wieczorów poza domem z kolegami, negacja posłuszeństwa jako wartości, bycie bardzo popularnym wśród kolegów i słabe osiągnięcia w nauce. Głównymi czynnikami ochronnymi okazały się: opinie o małym rozpowszechnieniu ZZR wśród kolegów, bardzo dobre wyniki w nauce i bardzo dobre relacje w rodzinie.

Niektóre czynniki ujawniły się jako zarówno czynniki ochronne, jak i czynniki ryzyka. Wyłącznie czynnikami ryzyka okazały się: subiektywna ocena zamożności okolicy zamieszkania (niekorzystny okazał się zarówno skrajnie wysoki, jak i niski jej poziom), posiadanie 3 lub więcej bliskich przyjaciół wśród chłopców, zły klimat szkoły, brak zadowolenia ze szkoły, zaangażowanie w klubach sportowych, wcześniejsze dojrzewanie płciowe oraz negatywny stosunek do tolerancji i do posłuszeństwa. Natomiast wyłącznie działanie ochronne wykazywały: małe odczuwanie stresu szkolnego oraz przynależność do kół zainteresowań i organizacji religijnych.

Wyniki omawiany badań ujawniły silniejszy związek ZZR z grupą rówieśniczą u chłopców, natomiast u dziewcząt ze środowiskiem szkolnym, rodziną i posiadanymi kompetencjami.

#### Omówienie wyników i wnioski

Wyniki dotyczące rozpowszechnienia ZZR w Polsce wskazują na dużą różnicę między chłopcami a dziewczętami w zakresie nasilenia zachowań ryzykownych. Różnica ta wynosi ponad 17% na korzyść dziewcząt. Biorąc pod uwagę pojedyncze zachowania, od lat obserwuje się zanikanie zależnych od płci różnic w częstości podejmowania niektórych zachowań. Jak podają autorzy badań ESPAD, w 2007 roku odsetki palących chłopców w gimnazjach były o 16% większe niż analogiczne odsetki dziewcząt, podczas gdy w 2003 r. były ponad dwukrotnie większe (35%). Podobnie w kwestii picia alkoholu, różnica pomiędzy chłopcami a dziewczętami zmniejszyła się z nieco ponad 11% w 2003 roku do 6% w 2007 roku [24]. Tak duża różnica między płcią, którą zaobserwowaliśmy w naszych badaniach może wynikać ze skumulowania aż 5-ciu ryzykownych zachowań w jeden wskaźnik (ZZR), co spowodowało pogłębienie się negatywnego zjawiska u chłopców. Z drugiej strony, podobne zjawisko nie występuje u młodzieży w innych krajach. Można stwierdzić, że postępująca unifikacja płci, w Polsce zachodzi dużo wolniej niż w innych krajach europejskich.

Zachowania ryzykowne są podejmowane przez ludzi bez względu na wiek. Należy jednak podkreślić, że negatywne konsekwencje tych zachowań u młodzieży są z pewnością poważniejsze i tym groźniejsze, im wcześniej zainicjowane. Jest to związane z nieukończonym jeszcze rozwojem biologicznym, emocjonalnym, społecznym i psychicznym. Zaobserwowano, że u młodzieży reprezentującej wiele zachowań ryzykownych występuje szereg problemów zdrowia fizycznego i psychicznego. W badaniach Bobrowskiego i wsp., występowanie zachowań problemowych było w istotny sposób związane ze wskaźnikami zdrowia psychicznego, tj. z nasileniem stresu psychologicznego i objawów depresyjnych, złym samopoczuciem psychicznym [3]. Na silny związek między podejmowaniem zachowań ryzykownych i występowaniem dolegliwości psychicznych wskazują również badania kanadyjskie Simpson i wsp., w których stwierdzono, że młodzież angażująca się w wiele zachowań problemowych do czterech razy częściej sygnalizowała powtarzające się dolegliwości [25]. Podobnych wyników dostarczają opisywane wcześniej badania nad wpływem ZZR na zdrowie młodzieży. Pomimo, iż u dziewcząt rzadziej obserwujemy rozwinięty zespół zachowań ryzykownych, wykazano, że jego wpływ na dziewczęta jest silniejszy niż na chłopców. Na przykład, w badaniach W. Picketta i wsp. dziewczęta, które podejmowały więcej zachowań ryzykownych częściej narażone były na wystąpienie urazów [22].

Rzeczywiście badania nad zachowaniami sprzyjającymi i zagrażającymi zdrowiu przyczyniły się do wyodrębnienia wielu teorii opisujących mechanizmy podejmowania przez młodzież ryzykownych zachowań. Udowodniono, że człowiek, w cyklu życia, gromadzi czynniki zarówno ochronne, jak i czynniki ryzyka, które mają wpływ na jego zdrowie obecne i przyszłe. Nie każdy jednak, będzie podejmował zachowania, które mogą zagrażać jego zdrowiu i bezpieczeństwu. Istnieją okoliczności, które wydają się powstrzymywać niektórych nastolatków przed takim ryzykiem [26]. Czynniki te są dobrze udokumentowane w wielu badaniach nad młodzieżą. Badacze wskazują na istnienie czynników predestynujących do podejmowania ryzykownych zachowań (czynniki ryzyka), i takich, które zapobiegają. W badaniach nad uwarunkowaniami ZZR prowadzonych przez polski zespół HBSC w 2006 roku, ujawniono zarówno czynniki ochronne, jak i czynniki ryzyka tego typu zachowań u młodzieży szkolnej. Wśród tych pierwszych znalazły się przede wszystkim dobre relacje w rodzinie i pozytywny wpływ środowiska rówieśniczego i szkolnego, w tym uczestniczenie w organizacjach młodzieżowych. Czynniki ryzyka były między innymi zagrożenia wynikające z negatywnego wpływu grupy rówieśniczej, jak rozpowszechnienie zachowań problemowych wśród rówieśników czy częste spędzanie czasu poza domem. Podobne wyniki uzyskali K. Ostaszewski i wsp. badając uczniów warszawskich gimnazjów. Wśród czynników chroniących wymienianych przez autorów tych badań również znalazło się zaangażowanie w konstruktywną działalność pozaszkolną i dobre, wspierające relacje w rodzinie i szkole. W grupie czynników ryzyka, podobnie jak w badaniach HBSC, znalazły się negatywne wpływy rówieśnicze, a także, nie badana przez nas,

skłonność do narażania swojego bezpieczeństwa w celu uzyskania ekscytujących wrażeń [21]. M. Dekovic, w badaniach nad predyktorami zachowań problemowych w okresie adolescencji pokazuje, że wraz z wiekiem (od późnego dzieciństwa do adolescencji) zmniejsza się silny wpływ rodziny, jako czynnika ochronnego. Większego znaczenia, jako czynnik ochronny i czynnik ryzyka, zaczyna nabierać grupa rówieśnicza [6]. Powyższe wyniki potwierdzają także badania Clevelanda i wsp., który doszedł do wniosku, że zmiana znaczenia rodziny na korzyść grupy rówieśniczej jest zależna od wieku i w obydwu przypadkach może działać jako pozytywny lub negatywny predyktor zachowań ryzykownych [5].

Stosowanie wielu substancji psychoaktywnych jest często związane z podejmowaniem innych problemowych zachowań, uzasadnione jest więc zwrócenie uwagi na współwystępowanie tych praktyk. Większość badań dostarcza informacji przydatnych wyłącznie dla oceny występowania najczęstszych i izolowanych zachowań ryzykownych zastosowań w populacji. Zaletą wykorzystania skali Zespołu Zachowań Ryzykownych w badaniach młodzieży jest, przede wszystkim, prosta budowa skali. Pozwala to na używanie skali w badaniach opartych na obszernych kwestionariuszach. Charakter skali stwarza również możliwość dokonywania porównań z innymi czynnikami w oparciu o jedną zmienną (ZZR) zamiast analizowania szeregu zachowań ryzykownych (np. picia alkoholu, bojek, palenia tytoniu itd.) osobno.

Nawiązując do celów postawionych w pracy można wysnuć następujące wnioski:

1. Istnieją duże różnice między chłopcami a dziewczętami w zakresie nasilenia ZZR. Chłopcy osiągnęli jeden z najwyższych wyników ZZR w porównaniu z innymi krajami, natomiast polskie dziewczęta podejmują zachowania ryzykowne rzadziej niż dziewczęta z większości krajów UE.
2. Pomimo większego zagrożenia mnogimi zachowaniami ryzykownymi wśród chłopców, szkody zdrowotne związane z wystąpieniem rozwiniętego zespołu zachowań ryzykownych są większe u dziewcząt.
3. Obciążenie młodzieży ZZR powoduje negatywne konsekwencje dla zdrowia fizycznego i psychicznego (np. większe ryzyko urazu, odczuwania dolegliwości, nieprawidłowości w zakresie zdrowia psychicznego, częstsze odczuwanie dolegliwości).
4. Stwierdzono występowanie czynników ochronnych dla ZZR (np. bardzo dobre wyniki w nauce) oraz czynników zwiększających ryzyko ZZR (np. duże rozpowszechnienie zachowań problemowych wśród kolegów).

## Bibliografia:

1. Barnes G.M., Welte J.W., Hoffman J.H., Dintheff B.A., *Shared predictors of youthful gambling, substance use and delinquency*, "Psychology of Addictive Behaviours" 2005, Vol. 19, No 2, 165-174.
2. Bobrowski K., *Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania problemowe młodzieży gimnazjalnej. Zmiany pomiędzy 14 a 16 rokiem życia*, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, Tom 18, nr 1-2, 27-38.
3. Bobrowski K., Czabała J., Brykczyńska C., *Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, 14(4), 284-292.
4. Chun H., Mobley M., *Gender and grade-level comparisons in the structure of problem behaviors among adolescents*, "Journal of Adolescence", w druku.
5. Cleveland M.J., Feinberg M.E., Bontempo D.E., Greenberg M.T., *The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use across Adolescence*, "Journal of Adolescent Health", 2008 August; 43(2): 157-164.
6. Dekovic M., *Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior During Adolescence*, "Journal of Youth and Adolescence", Vol. 28, No. 6, 1999.
7. Ellickson P.L., Tucker J.S., Klein D.J., *Reducing Early Smokers' Risk for Future Smoking and Other Problem Behavior: Insights from a Five-Year Longitudinal Study*, "Journal of Adolescent Health", Vol. 43, Issue 4, October 2008, 394-400.
8. Jessor R., Van Den Bos J., Vanderryn J., Costa F.M., Turbin M.S., *Protective Factors in adolescent problem behavior: Moderator Effects and Developmental Change*, "Developmental Psychology", 1995, Vol. 31, No 6, 923-933.
9. Jessor R., Jessor S.L.: *Problem behaviour and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. Academic. New York, 1977.
10. Jędrzejko M. (red.), *Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztora, Pułtusk-Warszawa 2009, s. 140-146.
11. Kandel D.B., Logan J.A., *Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: I. Periods of Risk for Initiation, Continued Use, and Discontinuation*, "American Journal of Public Health", 74, 660-666.
12. Looper K., Grizenko N., *Risk and protective factors scale: Reliability and Validity in Preadolescents*, "Canadian Journal of Psychiatry", Vol 55, March 1999, 138-143.
13. Mazur J., Dzielska A., Małkowska-Szkutnik A., *Związek palenia tytoniu z zespołem zachowań ryzykownych u młodzieży 15-letniej w Polsce i innych krajach europejskich*, „Przegląd Lekarski”, 2009/66/10, 768-772.
14. Mazur J., Tabak I., Małkowska-Szkutnik A., Ostaszewski K., Kołoto H., Dzielska A., Kowalewska A., *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*, IMiD, Warszawa 2008 r.

15. Mazur J., Tabak I., Małkowska-Szcutnik A., Dzielska A., Kołoto H., Kowalewska A., *Risk and protective factors among determinants of risk behaviour syndromme (RBS) In 15-year-old Polish adolescents. Results from HBSC 2006 Survey*, (w:) *Determinants of health and health behaviours in Polish adolescents*, Warsaw 2009, s. 9-28.
16. Mazur J., Wojnarowska B., *Współwystępowanie palenia tytoniu i picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych u młodzieży szkolnej. Tendencje zmian w latach 1990-2002*, „Alkoholizm i Narkomania”, 2004, Tom 17, nr 1-2, 29-43.
17. Mazur J., Biernacka B., Woynarowska B.: *Urazy i przemoc w zespole zachowań ryzykownych młodzieży szkolnej*, (w:) Mazur J. (red.): *Środowiskowe, społeczne i behawioralne uwarunkowania urazów i przemocy wśród młodzieży szkolnej w Polsce i wybranych krajach*. Warszawa 2005, s. 45.
18. Mazur J., Woynarowska B.. *Zespół zachowań ryzykownych a zdrowie subiektywne i zadowolenie z życia młodzieży 15-letniej*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, VIII, 3 cz. I, 567-583.
19. Molcho M., Harel Y., Pickett W., Scheidt P.C., Mazur J., Overpeck M.D. and on behalf of the HBSC Violence and Injury Writing Group, *The epidemiology of non-fatal injuries among 11-, 13- and 15-year old youth in 11 countries: findings from the 1998 WHO-HBSC cross national survey*, “International Journal of Injury Control and Safety Promotion”, Vol. 13, No. 4, December 2006, 205-211.
20. Nelson J.R., Stage S., Duppong-Hurley K., Synhorst L., Epstein M.H., *Risk Factors Predictive Problem Behavior of Children at Risk for Emotional and Behavioral Disorders*, “Council for Exeptional Children”, Vol. 73, No 3, pp. 362-379.
21. Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, s. 23-36.
22. Pickett W., Schmid H., Boyce W.F., Simpson K., Scheidt P.C., Mazur J., Molcho M., King M.A., Godeau E., Overpeck M., Aszmann A., Szabo M., Harel Y., *Multiple risk behavior and injury: an international analysis of young people*, “Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine”, 2002 Aug; 156(8): 786-93.
23. Rutter M., *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*. [w:] Kent M. & Rolf J. (red.), *Primary prevention of psychopathology*, Vol. III: *Social competence in children*; University Press of New England, Hanover, 1979, 49-74.
24. Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 r.*, Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.
25. Simpson K., Janssen I., Boyce W.F., Pickett W., *Risk taking and recurrent health symptoms in Canadian adolescents*, “Preventive Medicine”, 2006, 43, 46-51.

26. Willoughby T., Chalmers H., Busseri M.A., Bosacki S., Dupont D., Marini Z., Rose-Krasnor L., Sadava S., Ward A., Woloshyn V., *Adolescent Non-Involvement in Multiple Risk Behaviors: An Indicator of Successful Development?*, "Applied Development Science", 2007, Vol. 11, No. 2, 89–103.
27. Willoughby T., Chalmers H., Busseri M.A., *Where Is the Syndrome? Examining Co-occurrence Among Multiple Problem Behaviors in Adolescence*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", Vol 72(6), Dec 2004, 1022-1037.
28. Woolley M., & Grogan-Kaylor A., *Protective family factors in the context of neighborhood: promoting positive school outcomes*, "Family Relations", 2006, 55, 93-104.

Anna Dzielska i Joanna Mazur

Mgr Anna Dzielska – pedagog, asystent naukowy w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, członek międzynarodowej sieci badawczej HBSC; zajmuje się uwarunkowaniami zachowań ryzykownych nastolatków.

Dr n. med. Joanna Mazur – adiunkt w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, od 2004 roku koordynuje na poziomie krajowym międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC; zajmuje się miernikami zdrowia, jakością życia związaną ze zdrowiem oraz nierównościami w zdrowiu dzieci i młodzieży; autorka około 200 publikacji krajowych i zagranicznych.



Beata Ciupińska

## **Uczeń niepełnosprawny. Przegląd form pomocy i wsparcia w systemie oświaty**

### **I. Niepełnosprawność dziecka i psychospołeczne problemy jego rodziny**

Rodzina jest pierwszym środowiskiem społecznym człowieka i to w niej w sposób naturalny rozpoczyna się wychowanie dziecka. To właśnie w rodzinie zaczyna kształtować się osobowość, system wartości, postrzeganie siebie i otaczającego świata. Otoczenie domowe wywiera szczególny wpływ na charakter i losy każdego człowieka.

Wielu autorów pisało na temat rozmaitych aspektów życia rodziny wychowującej dziecko niepełnosprawne. T. Gałkowski (1995) uważa, że im rodzina jest zdrowsza pod względem harmonijnego funkcjonowania i wzajemnego wypełniania ról przypadających poszczególnym jej członkom, im łatwiej przystosowuje się do podejmowanych zadań, tym lepiej sobie będzie radzić z wychowaniem dziecka przejawiającego trwałą niepełnosprawność. Istotną rolę odgrywa także to, czy są już w rodzinie inne, zdrowe dzieci, spełniające związane z nimi oczekiwania.

Pojęcie niepełnosprawności jest trudne do zdefiniowania, gdyż prawdą jest, że istnieją ludzie, którzy nie są całkowicie sprawni, ale prawdą nie jest to, że istnieją inni, w pełni sprawni. Bowierni ludzie różnią się zakresem i stopniem sprawności. Czasami trudno określić, co jest normą a co wykracza poza jej granice. Dopasowywanie jednostek do statystycznych norm powoduje przypinanie im etykietek i segregację. To formy życia społecznego, wytwory kultury, instytucje należy dopasować do człowieka, do jego poziomu, indywidualnych możliwości i sprawności a nie odwrotnie.

„Dzieci niepełnosprawne są to dzieci, których rozwój jest utrudniony w takim stopniu, że ani jednostka za pomocą własnych mechanizmów psychicznej regulacji, ani rutynowe metody postępowania pedagogicznego, nie są w stanie utrudnień tych wyeliminować” (I. Obuchowska 1995, s. 10). W związku z tym z ogólnej populacji dzieci, dzieci niesprawne wyróżniają się obniżoną sprawnością psychofizyczną różnego rodzaju i stopnia oraz potrzebują specjalnej pomocy. W wielu przypadkach konieczna jest troskliwa opieka medyczna oraz długotrwała kompleksowa rehabilitacja.

Zgodnie z interpretacją prawa oświatowego uczniem niepełnosprawnym jest uczeń, który posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-

pedagogicznej<sup>1</sup>. Uregulowania obowiązujące w systemie oświaty nie definiują pojęcia niepełnosprawności uczniów lecz określają dla jakich dzieci i młodzieży organizowane są szkoły specjalne<sup>2</sup>.

Ze względu na rodzaj niepełnosprawności wyróżnia się więc następujące grupy dzieci z obniżoną sprawnością:

- sensoryczną spowodowaną brakiem, uszkodzeniem lub zaburzeniem funkcji analizatorów zmysłowych (dzieci z uszkodzoną percepcją słuchową lub wzrokową);
- intelektualną;
- komunikowania się (dzieci autystyczne lub z zaburzeniami mowy);
- funkcjonowania społecznego;
- ruchową;
- psychofizyczną z powodu chorób somatycznych oraz na tle anomalii wzrostu i wagi;
- psychofizyczną z powodu zaniedbań opiekuńczo-wychowawczych (deprywacji kulturowej).

Powyższy podział jest umowny, ponieważ najczęściej dziecko niepełnosprawne ma naruszoną sprawność różnego rodzaju i wymaga wielostronnej pomocy specjalnej. Jak przebiegnie jego życie, w jakim stopniu zrealizuje swoje możliwości o tym w znacznej mierze decyduje środowisko. Spośród różnorodnych oddziaływań społecznych szczególnie miejsce przypada rodzinie. To w niej rodzi się dziecko niepełnosprawne, to w rodzinie dziecko przechodzi proces rozumienia ograniczeń i uczy się żyć i walczyć z nimi.

Rodzice, po uzyskaniu informacji, że ich dziecko jest niepełnosprawne, przeżywają bardzo silne, przykre emocje. Pojawia się lęk związany z troską o życie dziecka, lęk przed wrogością otoczenia społecznego. Rodzice dowiedziawszy się o odmienności dziecka czują się bezradni w jego wychowaniu. Pojawia się tzw. obawa przed zaprzepaszczeniem szans – rodzice szukają specjalistów: lekarzy, psychologów, terapeutów, którzy byliby w stanie pomóc.

Inną grupę przykrych emocji tworzy: wrogość, agresja, poczucie wstydu i upokorzenia. Dla wielu rodziców konfrontacja z własnymi uczuciami negatywnymi

<sup>1</sup> Kwestię powoływania i działania zespołów orzekających reguluje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. nr 173, poz. 1072) Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (Dz. U. nr 19, poz. 166) przedszkola specjalne, oddziały specjalne w przedszkolach ogólnodostępnych, szkoły specjalne oraz oddziały specjalne w szkołach ogólnodostępnych organizuje się dla dzieci i młodzieży: niesłyszących, słabo słyszących, niewidomych, słabo widzących, z niepełnosprawnością ruchową, z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem, ze sprzężonymi niepełnosprawnościami, z chorobami przewlekłymi, z zaburzeniami psychicznymi, niedostosowanych społecznie, zagrożonych niedostosowaniem społecznym, zagrożonych uzależnieniem, z zaburzeniami zachowania.

jest wysoce lękotwórcza i rodzi w nich poczucie winy, głębokie konflikty moralne a nawet nienawiść do siebie. Pojawia się często pytanie: „dlaczego właśnie nas i nasze dziecko dotknęło to nieszczęście?” Rodzice w okresie wstrząsu emocjonalnego (zwanego również szokiem, okresem krytycznym) dowiadują się, że ich dziecko nie będzie rozwijać się prawidłowo, przeżywają pasmo bezgranicznego bólu i cierpienia<sup>3</sup>.

Z czasem siła tych trudnych uczuć słabnie, nie są one już tak burzliwe, rodzice wchodzą w okres kryzysu emocjonalnego (okres rozpaczki lub depresji), wciąż nie potrafią pogodzić się z myślą, że mają niepełnosprawne dziecko. Spostrzegają swą sytuację jako beznadziejną, są przygnębieni, zrozpaczeni i bezradni. Mają poczucie zawodu i niespełnionych nadziei. Zazwyczaj bardzo pesymistycznie oceniają przyszłość dziecka.

Wobec tak poważnego problemu, którym dla rodziny jest dziecko z trwałą niepełnosprawnością, może pomiędzy poszczególnymi jej członkami dochodzić do konfliktów dotyczących ważnych życiowo decyzji.

Kolejnym okresem w przeżyciach rodziców jest okres pozornego przystosowania się do sytuacji. Trwa on tak długo, aż rodzice wyczerpią wszystkie środki i możliwości dochodząc do przekonania, że dla dziecka nic już nie można zrobić. Następuje to wówczas, gdy wyczerpie się zapas mechanizmów obronnych deformujących realną rzeczywistość (nieuznanie faktu niepełnosprawności dziecka, nieuzasadniona wiara w możliwości wyleczenia dziecka, poszukiwanie winnych itp.).

Na tych trzech etapach rodzice nie są zdolni do sensownego i skutecznego działania, dopiero, gdy przeżyją „żałobę po wymarzonej dziecku”, gdy je zaakceptują takim, jakie ono jest, wkroczą w ostatni okres – konstruktywnego przystosowania się do sytuacji. Pojawia się wówczas pytanie „co i jak możemy zrobić, aby pomóc naszemu dziecku?” Kontakty z dzieckiem przynoszą satysfakcję, a postępy przyczyniają się do ogromnej radości rodziców.

Bardzo istotny wpływ na wyżej opisane przeżycia emocjonalne rodziców i bliskich dziecka z trwałą niepełnosprawnością mają następujące czynniki:

- na jakim etapie rozwoju dziecka pojawi się niepełnosprawność;
- sposób, w jaki rodzice dowiadują się o niepełnosprawności dziecka;
- rodzaj i stopień niepełnosprawności dziecka;
- sposób przekazania informacji o dziecku przez lekarzy;
- zachowanie dziecka (szczególnie frustrujące dla rodziców są zachowania dzieci autystycznych, nadpobudliwych psychoruchowo, agresywnych).

Dziecko niepełnosprawne wprowadza zmiany w dotychczasowym życiu rodzinnym. Zmieniają się również warunki rozwoju jego pełnosprawnego

<sup>3</sup> A. Fidelus, *Problem integracji dziecka niepełnosprawnego pochodzącego z rodziny mieszkającej na wsi*, w: (red.), Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowolska, *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2003, s.37.

rodzeństwa, ulega modyfikacji dotychczasowe życie zawodowe i towarzyskie rodziców. Niepełnosprawność dziecka pogarsza sytuację ekonomiczną rodziny: wzrastają wydatki na leczenie, opiekę, najczęściej matka rezygnuje z pracy itp. Zachodzą istotne interakcje między członkami rodziny oraz w relacjach rodzina – środowisko społeczne. Istotny wpływ na integrację rodziny z otoczeniem ma postawa najbliższych dziecka niepełnosprawnego (postawa izolacji – niekorzystna, lub postawa integracji – korzystna) oraz pogląd na temat osób niesprawnych i ich miejsca w życiu społecznym. Niezmiernie ważne w procesie integracji społecznej rodziny są różnego typu bariery: architektoniczne, komunikacyjne, instytucjonalne i psychologiczne.

Miłość do dziecka niepełnosprawnego jest trudna i często bolesna, bo przeżywana w samotności i w poczuciu opozycji do nastawień społecznych. Rodziny dzieci mających problemy rozwojowe przeżywają różnego rodzaju trudności i mają problemy o różnym charakterze. M. Kościelska (1995, s. 78) wymienia następującą listę potrzeb, których zaspokojenie w znacznym stopniu poprawiłoby sytuację tych rodzin:

- akceptacja społeczna;
- dobre miejsce dla dzieci w systemie społecznym;
- specjalistyczna pomoc;
- pełna, prawdziwa i wyczerpująca informacja o stanie dziecka;
- grupa dająca poczucie więzi i oparcia;
- ułatwiające życie usprawnienia techniczne.

Problemy, na jakie natrafia i jakie musi pokonać rodzina dziecka niepełnosprawnego są bardzo złożone. Aby ułatwić funkcjonowanie zarówno dziecka jak i jego najbliższych w społeczeństwie należy uszanować ich uczucia. Chcąc im pomóc trzeba przede wszystkim uwzględnić ich potrzeby, przywiązanie czy wahanie. Nie można ich pozostawić samym sobie, nie można proponować sztywnego programu rehabilitacji, wyrokować, narzucać własne zdanie. Rodzicom trzeba dać czas na zaakceptowanie niepełnosprawności dziecka. Należy im towarzyszyć, podążać za nimi, obserwować, służyć pomocą, doświadczeniem, radą, należy ich wspierać.

Obecnie istnieje duży wachlarz możliwości pomocy rodzinie ze strony powołanych do jej udzielania instytucji i organizacji działających w naszym kraju. Uważam, iż warto „zainwestować” jak najwcześniej we wszelkiego rodzaju działania pomocowe dla rodziny, gdyż to zadecyduje na ile dziecko pokona swoją niepełnosprawność a w przyszłości, kiedy dorośnie, w jakim stopniu stanie się osobą samodzielną, niezależną, w godny sposób zarabiającą na swoje utrzymanie.

Spróbujmy ustalić jaką pomoc i wsparcie, w zależności od rodzaju potrzeb dziecka niepełnosprawnego, mogą uzyskać jego rodzice w instytucjach i placówkach działających w systemie oświaty.

## 2. Potrzeby uczniów z różnymi rodzajami niepełnosprawności

Potrzeby odgrywają bardzo ważną rolę w kształtowaniu osobowości człowieka. Ich liczba i rodzaj są miernikami przystosowania się jednostki do otoczenia oraz jej umiejętności współżycia z innymi. To potrzeby oraz ich styl decydują o życiu zewnętrznym i wewnętrznym człowieka, o jego uczuciach, postawach, o jego radościach i smutkach.

O potrzebach mówimy wtedy, gdy człowiek czegoś potrzebuje, coś jest dla niego niezbędne, aby istniał jako organizm i rozwijał się jako osoba. Zaspokojona potrzeba jest nieczynna i nie wpływa na zachowanie się człowieka. Własnością potrzeb jest to, iż warunkują one egzystencję jednostki i jej osobowości, bez ich zaspokojenia nie mogłaby ona istnieć i prawidłowo funkcjonować. Można stwierdzić, że potrzeby są podstawą dążeń, wspólnym mianownikiem zachowań, które w przeciwnym wypadku uczyniłyby życie człowieka bezładnym, chaotycznym.

Chcąc zrozumieć człowieka, musimy poznać jego dominujące potrzeby bez tego nie odkryjemy, czego szuka w pracy i w czasie wolnym od zajęć, nie poznamy, czym się kieruje w swoich decyzjach, co dla niego jest ważne i najważniejsze. Potrzeby psychiczne są własnością człowieka. Ich liczba i rodzaj są miernikami osobowości jednostki, możliwości jej przystosowania się do otoczenia, umiejętności współżycia z innymi. Sposoby zaspokajania potrzeb psychicznych są sprawą indywidualną. Ludzie uczą się różnych technik służących zaspokajaniu potrzeb działających w różnych warunkach i przy określonych, własnych umiejętnościach. Proces indywidualizacji w zaspokajaniu potrzeb zależy od konkretyzacji i świadomości treści potrzeby oraz podporządkowania jej określonym ramom kulturowym.

Problematykę potrzeb podejmowali uczeni z różnych powodów. Na plan pierwszy wysuwają się dwa: chęć zrozumienia zjawisk społeczno - kulturowych oraz chęć stworzenia pojęć przydatnych do opisu ludzkich zachowań i diagnozy. Stworzone przez nich listy potrzeb zawierały różną ich ilość od kilku do około sześciu tysięcy.

Do najbardziej znanych należy koncepcja potrzeb Abrahama Masłowa, podstawą, której jest natura człowieka ujęta jako integralna całość. A. Maslow (1986) przyjmuje, iż każda jednostka posiada potencjał twórczy, będący wynikiem właściwego ukierunkowania rozwoju. Dokonuje się on w drodze poszukiwania i realizowania celów, które utrwalają oraz wzbogacają życie człowieka i nadają mu sens. A. Maslow zaznacza, że każdy człowiek ma nie tylko potrzeby fizjologiczne, ale także psychologiczne. Na potrzeby te można patrzeć jako na braki, które dla uniknięcia np. choroby czy złego samopoczucia muszą być zaspokojone przez otoczenie. są to potrzeby biologiczne. Człowiek pozbawiony podstawowych potrzeb domaga się ich zaspokojenia, gdyż brak powoduje chorobę i wyniszczenie. Zaspokojenie potrzeb działa terapeutycznie. Potrzeby są ze sobą powiązane w sposób hierarchiczny i rozwojowy zgodnie ze stopniem ich nasilenia i pierwszeństwa. Potrzeba bezpieczeństwa jest przeważająca biologicznie, a więc silniejsza, bardziej gwałtowna niż np. potrzeba miłości, zaś potrzeba

pokarmu jest zazwyczaj silniejsza od nich obu. Wszystkie podstawowe potrzeby są krokami na drodze do samorealizacji będącej podsumowaniem wszystkich podstawowych potrzeb. Tak, więc według A. Masłowa, potrzeby człowieka tworzą hierarchię ważności: jeżeli zaspokojone są potrzeby z niższego poziomu (potrzeby fizjologiczne np. głód, pragnienie) wówczas pojawiają się i zaczynają dominować potrzeby z poziomów wyższych (potrzeba bezpieczeństwa, miłości, przynależności, szacunku itd.). Zwieńczeniem zaś wszystkich potrzeb jest potrzeba samorealizacji.

### **2.1. Uczniowie z uszkodzeniami zmysłów oraz niesprawni ruchowo**

Zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka ma zasadnicze znaczenie dla jego pełnego i harmonijnego rozwoju. Są jednak dzieci, które mają specjalne potrzeby wynikające z ich stanu zdrowia oraz sytuacji życiowej – są to dzieci niepełnosprawne. Ich nadrzędną potrzebą jest potrzeba przynależności do rodziny, grupy, szkoły, społeczeństwa. Specyficzne potrzeby są, więc wyzwaniem do poszanowania niepowtarzalności każdej jednostki oraz jej prawa do bycia członkiem rodziny i społeczeństwa.

Najdotkliwszą konsekwencją uszkodzenia słuchu i braku mowy dźwiękowej jest izolacja społeczna. Trudności w obcowaniu z ludźmi słyszącymi powodują osamotnienie. Dziecko głuche często nie znajduje uznania w grupie rówieśników a nawet jest wyśmiewane czy odrzucane. Dlatego też unika ono kontaktów, chociaż ma potrzebę współzycia, syntonii myśli i uczuć. Brak możliwości komunikowania potrzebę tę blokuje.

Doświadczanie wyśmiewania przez grubiańskich ludzi, poczucie, iż jest się wyrzutkiem społeczeństwa i nie jest się członkiem żadnej grupy społecznej – powodują u osób z defektem słuchu dużą ostrożność w kontaktach, unikanie życia towarzyskiego oraz niechęć do rozmów. Niekorzystną postawę otoczenia osoby głuche często przenoszą na siebie. Są bardzo nieufne i wrażliwe, szczególnie na lekceważenie ze strony innych. Przeżywają wiele przykrości związanych z własną niepełnosprawnością. Mają poczucie ograniczonych możliwości i nierównych szans, dlatego niechętnie współzawodniczą lub podejmują współpracę. Wszystko to wpływa na zaniżoną ocenę siebie, na poczucie niższej wartości i na nieadekwatne widzenie własnych perspektyw.

Dzieci z uszkodzonym wzrokiem mają takie same potrzeby jak ich widzący rówieśnicy. Niestety defekt jest stresorem traumatyzującym i ograniczającym zaspokojenie potrzeb. Powoduje wiele utrudnień w procesie adaptacyjnym i poznawczym dziecka. Ogranicza jego samodzielność, niezależność, możliwość uczestniczenia w życiu społecznym. Wszystko to wpływa na nie frustrująco, powoduje, iż dotkliwie odczuwa swoją inność.

Dzieci z uszkodzoną percepcją wzrokową mają trudności przystosowawcze, są niedostatecznie akceptowane społecznie, co jest przyczyną zaniżonej samooceny. W związku z tym u wielu z nich ujawniają się zaburzenia emocjonalne.

Brak akceptacji ze strony innych, kontaktu psychicznego, poczucie odrzucenia i niższej wartości, izolacja społeczna są przyczynami zablokowania wielu potrzeb psychicznych.

U dzieci z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego sferą najbardziej zaburzoną jest motoryka. Dysfunkcja narządu ruchu utrudnia im zaspokojenie wielu potrzeb istotnych w ich rozwoju psychofizycznym. Odmienność fizyczna, wielu dzieci z mpdz., ich ograniczone możliwości lokomocyjne i manipulacyjne są przyczyną trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami i opóźnień w rozwoju uspołecznienia. Zdrowe dzieci bardzo często eliminują swoich niepełnosprawnych rówieśników z różnych zabaw czy zajęć, unikają kontaktu z nimi, okazują im negatywne uczucia poprzez drwiny, przezywanie, odrzucenie. Sytuacja taka powoduje, iż naruszeniu ulega jego poczucie własnej wartości.

Ponadto, dzieci z zespołem m.p.dz. narażone są na przykre przeżycia związane z dolegliwościami bólowymi, zabiegami leczniczymi, pobytami w szpitalu czy rehabilitacją. Długotrwałe sytuacje stresowe, frustracje spowodowane ograniczeniem możliwości sprawnego poruszania się bardzo często powodują u dzieci zachwianie równowagi emocjonalnej: np. są lękliwe, rozdrażnione, zniechęcone, zamknięte w sobie.

To, jak dziecko reaguje na sytuacje trudne i w jakim stopniu radzi sobie z tymi sytuacjami w dużej mierze zależy od dyspozycji osobowościowych. Umiejętność przystosowania społecznego w dużym stopniu uzależniona jest od rodziny, będącej pierwszym i podstawowym środowiskiem wychowawczym.

W uczeniu niepełnosprawnym należy widzieć dziecko takie samo jak inne, a w jego odmienności umieć dostrzec mocne strony. Dzieci z uszkodzeniami zmysłów czy dzieci niesprawne ruchowo podobnie jak ich zdrowi rówieśnicy, mają swój świat potrzeb i oczekiwań. Na pewno potrzeby te mają nieco inny charakter, są inaczej ukierunkowane bądź ograniczone, gdyż ściśle wiążą się ze stanem zdrowia dziecka i jego sytuacją życiową. Jednak niewątpliwie są one bardzo ważnym czynnikiem rozwoju dziecka. Potrzeby są kluczem do jego prawidłowej rehabilitacji i rewalidacji. Są filarem, na którym powinien opierać się indywidualny program wieloprofilowego usprawniania. Dlatego też rodzice i terapeuci powinni o tym pamiętać a także wiedzieć, iż dziecko najczęściej nie wyraża własnych potrzeb, wprost, lecz manifestuje je swoim zachowaniem.

Przebywając z dzieckiem niesłyszącym musimy dać mu szansę wyrażenia swoich myśli i uczuć. Musimy mieć zawsze pewność, że dziecko z uszkodzonym słuchem rozumie nasze polecenia. Dlatego też, powinniśmy zwracać się do dziecka tak, aby miało możliwość usłyszenia i zrozumienia naszych słów ( tzn. mówić głośno, wyraźnie i tylko wówczas, gdy stoimy przed nim tak, aby widziało naszą twarz i mogło czytać z naszych warg).

Obcując z dzieckiem z uszkodzonym wzrokiem należy pamiętać, aby: nie dotykać go bez uprzedzenia słownego, znieacka; nie używać nieprecyzyjnych



określić bez punktu odniesienia; mówić zawsze wyraźnie i bez wyjaśnień słownych nie posługiwać się gestykulacją.

Dzieci z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego bardzo dotkliwie odczuwają swoją odmienność fizyczną i ograniczenia lokomocji. Przykre doświadczenia bólowe, obciążenie rehabilitacją, pobyty w szpitalu powodują, iż są nadpobudliwe, nadwrażliwe, wybuchowe, bojaźliwe, często popadają w tzw. reakcję katastroficzną. Dlatego podczas procesu usprawniania najważniejsze jest to, aby miały one zaufanie do terapeuty, aby czuły się bezpieczne i były w stanie pokonać lęk.

## **2.2 Uczniowie z upośledzeniem umysłowym**

Nieco inaczej przedstawia się sytuacja ucznia z niepełnosprawnością intelektualną. Istota upośledzenia umysłowego zawiera się w kilku aspektach. Upośledzenie dotyczy nie tylko funkcjonowania intelektualnego osoby nim dotkniętej, lecz również wszystkich innych sfer rozwoju i emocji, sprawności manualnej. Upośledzenie umysłowe jest stanem, który można dzięki różnym zabiegom poprawić, lecz nie można go wyeliminować, co oznacza, że osoby z upośledzeniem umysłowym oraz ich opiekunowie muszą nauczyć się z nim żyć. Upośledzenie umysłowe to istotne, czyli wyraźne względem przyjętych norm obniżenie ogólnego poziomu sprawności intelektualnej i możliwości zachowania przystosowawczego (I. Obuchowska, 1995, s. 10-15.).

Upośledzenie umysłowe określa się na podstawie badania psychologicznego, poziomu inteligencji wyrażonej w ilorazie inteligencji mierzonej za pomocą specjalnych testów. Za cechy bardzo wyraźnie różnicujące linie rozwoju dzieci upośledzonych umysłowo i w normie intelektualnej przyjmuje się odmienny zakres zmian ilościowych w obrębie poszczególnych funkcji oraz wolne tempo następowania tych zmian.

Upośledzenie w stopniu umiarkowanym i znacznym ogranicza rozwój dziecka i zakres jego kształcenia, ale ich nie wyklucza. Poznawanie rzeczywistości ma charakter wrażeniowo-spostrzeżeniowy. O poprawności odzwierciedlenia świata decyduje sprawność aparatu odbierającego bodźce, czyli narządów zmysłów, dróg nerwowych przewodzących impulsy nerwowe oraz części odśrodkowej, mózgowej, odbierającej i utrwalającej bodźce. Znaczne uszkodzenie centralnego układu nerwowego oraz liczne schorzenia współwystępujące, w tym również narządów zmysłów, sprawiają, że poznawanie świata przez jednostkę głębiej upośledzoną umysłowo jest niepełne, nieadekwatne, ograniczone (Z. Sękowska, 1981).

W literaturze psychologiczno-pedagogicznej podejmowane są próby charakterystyki osób z głębokim upośledzeniem umysłowym, określenia specyficznych cech funkcjonowania. Wiadomo, że głębiej upośledzeni umysłowo mają określone trudności w procesie adaptacji do otoczenia i wymagają odpowiednich działań terapeutycznych. Dziecko głęboko upośledzone to dziecko z największymi deficytami rozwojowymi. Zaburzone są wszystkie sfery funkcjonowania.

Wrażenie jest to poznanie przedmiotu czy zjawiska dzięki działaniom bodźców na narządy zmysłów. Dziecko głębiej upośledzone umysłowo odbiera wrażenia zależnie od stopnia rozległości uszkodzenia korowego, dróg przewodzących, czy samego narządu zmysłów. Zakłócone mogą być:

- wrażenia informujące o zmianach położenia ciała i jego części, tzw. wrażenia równowagi, ruchu i bólu;
- wrażenia informujące o zmianach na powierzchni ciała tzw. wrażenia termiczne, smakowe i bólowe;
- wrażenia informujące o zmianach zaistniałych w pewnych odległościach od ciała tzw. wrażenia węchowe, słuchowe, wzrokowe.

Pomimo zaburzeń anatomiczno-funkcjonalnych dzieci głębiej upośledzone umysłowo mają silną potrzebę doznawania wrażeń zmysłowych. Wrażenia dotykowe i kinestetyczne są u nich pierwotną formą poznania rzeczywistości, na ich podstawie rozwija się orientacja ruchowa, obrazowa i wyobrażeniowa.

Pod wpływem spostrzeżeń wielozmysłowych i aktywności motorycznej rozwija się u dzieci głębiej upośledzonych myślenie sensoryczno-motoryczne. Rozszerzający się zakres spostrzeganych przedmiotów, zjawisk i sytuacji rozwija myślenie konkretno obrazowe, w którym bezpośredni kontakt z przedmiotem lub jego obrazem jest podstawą. Przystwojenie i utrwalenie słowa oznaczającego konkretne przedmioty i sytuacje doprowadza do powstania wyobrażeń i myślenia konkretno-wyobrażeniowego. Myślenie dziecka charakteryzuje się więc konkretnością i przebiega od poziomu sensoryczno-motorycznego do konkretno-wyobrażeniowego. Niezmiernie ważnym etapem jest tworzenie wyobrażeń w oparciu o konkretne działanie i udział w różnych sytuacjach życiowych.

Biorąc pod uwagę procesy emocjonalno-motywacyjne i dojrzałość społeczną osoby upośledzone w stopniu głębokim zdolne są do wyrażania prostych emocji np. zadowolenia i niezadowolenia za pomocą gestu czy uśmiechu. „Emocje u tych osób są mało zróżnicowane, często występuje nieumotywowany upór i negatywizm, które potęgują się w okresie dojrzewania” (I. Obuchowska, 1995, s. 248).

Ważnym aspektem dotyczącym charakterystyki dziecka głębiej upośledzonego umysłowo są dodatkowe schorzenia (np. niesprawności w zakresie funkcjonowania narządu ruchu, padaczka, zaburzenia wzroku, słuchu, mowy) oraz zaburzenia zachowania sprzężone z głębokim upośledzeniem umysłowym.

Typowym zaburzeniem u głębiej upośledzonych umysłowo są stereotypie ruchowe głównie o charakterze nawykowego kiwania się. Olechnowicz wskazuje następujące funkcje stereotypii ruchowej:

- kiwanie się stanowi źródło podstawowej przyjemności czynnościowej, powoduje bowiem zmniejszenie napięcia wywołanego niezaspokojoną potrzebą popędową;
- kiwanie się stanowi bezpośrednie wyładowanie potrzeb ruchowych;

- kiwanie się jako aktywność zastępcza (namiastka dążenia do ucieczki lub płaczu) w sytuacjach lękotwórczych i frustrujących;
- kiwanie się jako redukcja napięcia, środek uspokajający zwłaszcza w sytuacjach niepokoju przedsennego;
- kiwanie się stanowi przyjemność, jest źródłem uspokojenia wolnym od niepowodzeń (kiwanie się jako czynność monotonna jest w pełni przewidywalne, dostarcza poczucia bezpieczeństwa);
- kiwanie się zabezpiecza utrzymanie prawidłowego rozwoju psychoruchowego – oddziałuje korzystnie na zmysł równowagi (H. Olechnowicz, 1995, s. 93-99).

Pojawienie się stereotypii ruchowych u głębiej upośledzonych należy traktować jako reakcję obronną przed niekorzystnymi wpływami.

Nie każdy przychodzi na świat z możliwością korzystnego i pełnego rozwoju, pod względem biologicznym, społecznym i psychologicznym. Im sytuacja jest trudniejsza tym bardziej to dziecko potrzebuje pomocy. Dzięki reformie, która objęła edukację osób głębiej upośledzonych takie dziecko „otrzymało” osobę-nauczyciela, która z troską pozna jego sytuację, oceni jego możliwości, określi cele i zadania, poszuka ich rozwiązań i w ten sposób pomoże zdobyć nowe umiejętności i doświadczenia. Nadrzędnym celem wszystkich oddziaływań edukacyjnych powinien być zawsze wzrost zachowań adaptacyjnych dziecka oraz osiągnięcie przez niego optymalnego poziomu rozwoju, pozwalającego na możliwie największą samodzielność i komfort psychiczny dla niego i otoczenia.

Defekt, który spowodował głębsze upośledzenie umysłowe jest różny u różnych dzieci, dlatego też rozpatruje się rozmaite warianty upośledzenia umysłowego. Obecny sposób ujmowania upośledzenia umysłowego jest dynamiczny i korzystny pedagogicznie. Zakłada on, iż poziom ogólnej sprawności psychofizycznej osób głębiej upośledzonych umysłowo nie jest stały, lecz przy zastosowaniu właściwych metod rehabilitacji podwyższa się. Dlatego też dużą odpowiedzialnością za postępy w rozwoju dzieci głębiej upośledzonych umysłowo obarcza się organizację i metody rehabilitacyjne, zakłada się nawet, że jeżeli brak postępów to przede wszystkim, dlatego, że metody są nietrafne. Szczególnie ważny jest to problem u niektórych dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, niemogących porozumiewać się z otoczeniem. Z uwagi na brak kontaktu (spowodowany silnym porażeniem narządów artykulacyjnych i sfery ruchowej) dzieci te są diagnozowane jako głębiej upośledzone umysłowo. W praktyce znane są przypadki, gdy wskutek specjalistycznej pomocy (np. z wykorzystaniem komputerów) osiągnięto kontakt z dzieckiem, co umożliwiło lepsze usprawnianie.

### **3. Pomoc i wsparcie w świetle prawa oświatowego**

#### **3.1. Wczesne wspomaganie**

Przyjście na świat niepełnosprawnego dziecka bardzo często znaczny sposób zakłóca dotychczasowe funkcjonowanie rodziny. Przysparza jej wielu problemów

natury wychowawczej, emocjonalnej i społecznej. W wielu rodzinach rozluźniają się a nawet rozpadają więzi rodzinne, rodzice (najczęściej matki) przytłoczeni są codziennymi obowiązkami związanymi z wychowaniem i rehabilitacją dziecka, nasilają się konflikty małżeńskie, następuje ograniczenie lub zerwanie kontaktów z otoczeniem społecznym. Dezorganizacja życia rodzinnego prowadzi do zaburzenia relacji rodzinnych, do zakłóceń w emocjonalnych ustosunkowaniach rodziców wobec dziecka i w związku z tym do stosowania nieprawidłowych metod wychowawczych. Zazwyczaj rodzina samodzielnie nie jest w stanie sobie poradzić z rozwiązaniem trapiących ją problemów i potrzebuje skutecznej pomocy oraz wsparcia z zewnątrz.

System oświaty przewiduje organizowanie specjalistycznej pomocy dziecku niepełnosprawnemu już od momentu wykrycia niepełnosprawności. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz.U. z dnia 12 lutego 2009 r.) pomoc tego rodzaju organizować mogą przedszkola i w szkoły podstawowej, w tym w specjalne, specjalne ośrodki, oraz w publiczne i niepubliczne poradnie psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradnie specjalistyczne. Jedynym warunkiem jest odpowiednie zaplecze dające możliwość realizacji wskazań zawartych w opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, w szczególności dostępność środków dydaktycznych i sprzętu, niezbędnych do prowadzenia wczesnego wspomaganie.

Wczesne wspomaganie prowadzi zespół, w skład którego wchodzi następujący specjaliści: pedagog posiadający kwalifikacje odpowiednie do rodzaju niepełnosprawności dziecka, w szczególności: oligofrenopedagog, tyflopedagog lub surdopedagog, logopeda, psycholog – najlepiej posiadający specjalność psychologia kliniczna oraz inni specjaliści – w zależności od potrzeb dziecka i jego rodziny.

Do priorytetów zespołu należy przede wszystkim:

- ustalenie, na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, kierunków i harmonogramu działań w zakresie wczesnego wspomaganie i wsparcia rodziny dziecka;
- nawiązanie współpracy z zakładem opieki zdrowotnej lub ośrodkiem pomocy społecznej w celu zapewnienia dziecku rehabilitacji, terapii lub innych form pomocy, stosownie do jego potrzeb;
- opracowanie i realizowanie z dzieckiem i jego rodziną indywidualnego programu wczesnego wspomaganie, 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 wspomaganie, stosownie do potrzeb dziecka i jego rodziny, oraz planowanie dalszych działań w zakresie wczesnego wspomaganie.

Bardzo istotne jest to, że działania profesjonalistów w obszarze wczesnego wspomaganie kierowane są zarówno do dziecka jak i jego rodziny. Zgodnie z § 6, wymienionego wyżej rozporządzenia, zespół współpracuje z rodziną dziecka w szczególności przez:

- udzielanie pomocy w zakresie kształtowania postaw i zachowań pożądanых w kontaktach z dzieckiem: wzmacnianie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dzieckiem, rozpoznawanie zachowań dziecka i utrwalanie właściwych reakcji na te zachowania;
- udzielanie instruktażu i porad oraz prowadzenie konsultacji w zakresie pracy z dzieckiem;
- pomoc w przystosowaniu warunków w środowisku domowym do potrzeb dziecka oraz w pozyskaniu i wykorzystaniu w pracy z dzieckiem odpowiednich środków dydaktycznych i niezbędnego sprzętu.

Do działań wspierających rodzinę w pierwszej kolejności należy zapewnienie właściwej opieki dziecku, wczesna diagnoza i terapia. Powinno się również odciążyć rodziców od nieprzerwanej opieki nad dzieckiem (np. różnego rodzaju ośrodki, placówki zapewniające dziecku kilkugodzinny pobyt połączony z rehabilitacją i innymi formami terapii) zapewniając im możliwość regeneracji sił. Organizowanie grup wsparcia stwarzających możliwość kontaktu z ludźmi będącymi w podobnej sytuacji.

### **3.2. Poradnia psychologiczno-pedagogiczna jako placówka wspomagająca dziecko niepełnosprawne i jego rodzinę**

Do zadań oświatowych należą nie tylko szeroko nie pojęte działania edukacyjne, ale również:

- poradnictwo,
- diagnoza,
- terapia
- profilaktyka.

Ważną rolę wśród placówek niosących pomoc dzieciom są poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Zadaniem ich jest diagnozowanie, terapia oraz kwalifikowanie do różnych form kształcenia (np. nauczanie indywidualne, kształcenie specjalne, kształcenie integracyjne).

Zasady działania poradni psychologiczno-pedagogicznych reguluje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z dnia 17 stycznia 2003 r), są one powołane do udzielania dzieciom (w wieku od urodzenia) i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym pomocy logopedycznej, pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu, a także udzielają

rodzicom i nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży.

Pomoc udzielana jest dobrowolnie i bezpłatnie na wniosek uczniów, rodziców i nauczycieli szkół i placówek mających siedzibę na terenie działania poradni. Uwzględnione jest zatem kryterium szerokiej dostępności do wsparcia świadczonego przez profesjonalistów, tym bardziej, że placówki tego typu pracują również w okresie wakacji i ferii zimowych.

Działania na rzecz uczniów niepełnosprawnych obejmują między innymi opiniowanie<sup>4</sup> w sprawach dotyczących zwolnienia ucznia z wadą słuchu lub z głęboką dysleksją rozwojową z nauki drugiego języka obcego oraz przyjęcia do klasy pierwszej szkoły ponadgimnazjalnej: zasadniczej szkoły zawodowej, liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego i technikum, a także klasy pierwszej szkoły średniej na podbudowie programowej szkoły zasadniczej, szkoły policealnej i szkoły pomaturalnej, kandydata z problemami zdrowotnymi, ograniczającymi możliwości wyboru kierunku kształcenia ze względu na stan zdrowia.

W poradniach działają również zespoły orzekające wydające orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego<sup>5</sup>. Zgodnie z rozporządzeniem rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych (Dz.U. Nr 173, poz. 1072) zespoły orzekające wydają:

- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz niedostosowanej społecznie, wymagającej stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy,
- orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, zwanego dalej „indywidualnym przygotowaniem przedszkolnym”, dla dzieci, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub oddziału przedszkolnego zorganizowanego w szkole podstawowej, zwanego dalej „przedszkolem”,
- orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły
- orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim, zwane dalej „orzeczeniami”,
- opinie o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole, zwane dalej „opiniami”<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Poradnie psychologiczno-pedagogiczne wydają opinie i orzeczenia jedynie na wniosek rodzica lub opiekuna prawnego, który kopie dokumentów przekazuje do przedszkola/szkoły, do której uczęszcza dziecko.

<sup>5</sup> Zespół działający w poradni psychologiczno-pedagogicznej wydaje orzeczenia odnoszące się do kwestii związanych z edukacją dziecka, które nie jest tożsame z orzeczeniami wydawanymi przez Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie.

<sup>6</sup> Kwestia indywidualnego przygotowania przedszkolnego i nauczania indywidualnego oraz zajęć rewalidacyjno-wychowawczych będzie omówiona w dalszej części publikacji.

Rodzice lub prawni opiekunowie dziecka/ucznia są jedynymi uprawnionymi do złożenia wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub/i indywidualnego nauczania. Są powiadomieni o terminie posiedzenia zespołu orzekającego i mają prawo do udziału w jego posiedzeniu. Jest to przywilej, z którego warto skorzystać, gdyż daje okazję do podkreślenia potrzeb dziecka oraz wskazania możliwości wspierania go w środowisku rodzinnym. Zalecenia zawarte w orzeczeniu wskazują najkorzystniejszą dla dziecka, według specjalistów, formę kształcenia. Jednak to rodzice decydują, która z tych form będzie realizowana. Dlatego warto w trakcie posiedzenia zespołu, podjąć dialog specjaliści – rodzice, aby rozpoznać fakty i przekonania dotyczące realizacji obowiązku szkolnego/ obowiązku nauki przez ucznia niepełnosprawnego.

### 3.3. Organizowanie kształcenia uczniom niepełnosprawnym

Kształcenie specjalne organizowane może być w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz ośrodkach<sup>7</sup> lub w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych<sup>8</sup>. Kształcenie dzieci i młodzieży posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego organizowane jest nie dłużej niż ukończenia przez ucznia:

- 18 roku życia - w przypadku szkoły podstawowej;
- 21 roku życia - w przypadku gimnazjum;
- 24 roku życia - w przypadku szkoły ponadgimnazjalnej.

W toku realizacji procesu edukacyjnego uwzględniane są zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. Na ich podstawie konstruowane są indywidualne programy pracy z uczniem – w przypadku kształcenia w szkołach specjalnych lub są dostosowane wymagania do potrzeb i możliwości ucznia z konkretną niepełnosprawnością – w szkołach ogólnodostępnych i integracyjnych. Ważnym ogniwem realizacji zadań dydaktycznych i wychowawczych są indywidualne zajęcia rewalidacyjne prowadzone przez specjalistów posiadających przygotowanie odpowiadające rodzajowi niepełnosprawności dziecka.

Dzieci i młodzież z głębokim upośledzeniem umysłowym realizują obowiązek szkolny w formie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych, których celem jest wspomaganie rozwoju dzieci i młodzieży, rozwijanie zainteresowania otoczeniem oraz uzyskiwanie niezależności od innych osób w funkcjonowaniu w codziennym życiu.

<sup>7</sup> Uregulowania zawarte są w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (Dz.U. z 2005 r. nr 19, poz. 166). Uregulowania zawarte są w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (Dz.U. z 2005 r. nr 19, poz. 166).

<sup>8</sup> Uregulowania zawarte są w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (Dz.U. z 2005 r. nr 19, poz. 167).



Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 stycznia 1997 r. w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim (Dz.U. z 1997 r. Nr 14, poz. 76) zespołowe lub indywidualne zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze dla tej grupy uczniów organizuje się we współpracy z rodzicami już od 3 roku życia dziecka do ukończenia przez nie 25 roku życia.

Zajęcia realizowane zgodnie z indywidualnym programem ukierunkowane są przede wszystkim na:

- naukę nawiązywania kontaktów w sposób odpowiedni do potrzeb i możliwości uczestnika,
- kształtowanie sposobu komunikowania się z otoczeniem na poziomie odpowiadającym indywidualnym możliwościom uczestnika,
- usprawnianie ruchowe i psychoruchowe w zakresie dużej i małej motoryki, wyrabianie orientacji w schemacie własnego ciała i orientacji przestrzennej,
- wdrażanie do osiągnięcia optymalnego poziomu samodzielności w podstawowych sferach życia,
- rozwijanie zainteresowań otoczeniem, wielozmysłowe poznawanie tego otoczenia, naukę rozumienia zachodzących w nim zjawisk, kształtowanie umiejętności funkcjonowania w otoczeniu,
- kształtowanie umiejętności współżycia w grupie,
- naukę celowego działania dostosowanego do wieku, możliwości i zainteresowań uczestnika oraz jego udziału w ekspresyjnej aktywności.

#### **3.4. Uczniowie przewlekle chorzy**

Odrębną grupę dzieci i młodzieży w zakresie realizacji obowiązku szkolnego i obowiązku nauki stanowią uczniowie przewlekle chorzy, to znaczy dzieci i młodzież, których stan zdrowia uniemożliwia bądź utrudnia udział w obowiązkowych zajęciach szkolnych. Na podstawie zaświadczenia lekarskiego<sup>9</sup> ich edukacja odbywa się w miejscu ich przebywania – najczęściej w domu rodzinnym. W obecnym stanie prawnym<sup>10</sup> istnieje możliwość realizacji nauczania indywidualnego w odrębnym pomieszczeniu na terenie szkoły, a nawet – w przypadku indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego – z grupą wychowawczą.

Zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania dzieci

<sup>9</sup> Zespoły orzekające działające w poradniach psychologicznych na wniosek rodziców/prawnych opiekunów na podstawie zaświadczenia lekarza oraz dokumentacji medycznej wydają orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub indywidualnego przygotowania przedszkolnego.

<sup>10</sup> § 6 ust. 4 pkt 3 i 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. nr 173, poz. 1072).

młodzieży (Dz.U. Nr 175, poz. 1086) dzieciom i młodzieży objętym indywidualnym przygotowaniem przedszkolnym lub indywidualnym nauczaniem, których stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły, w celu ich integracji ze środowiskiem i zapewnienia im pełnego osobowego rozwoju, dyrektor, w miarę posiadanych możliwości, uwzględniając zalecenia zawarte w orzeczeniu oraz aktualny stan zdrowia, organizuje różne formy uczestniczenia w życiu przedszkola lub szkoły, w szczególności umożliwia udział w zajęciach pozalekcyjnych, uroczystościach i imprezach szkolnych.

Warto jednak podkreślić, że zdecydowana większość dzieci i młodzieży przewlekle chorych może uczęszczać do przedszkola czy szkoły. Kontakt z rówieśnikami oraz integracja ze środowiskiem szkolnym, grupą wychowawczą są bardzo istotne dla prawidłowego rozwoju społecznego i emocjonalnego. Uczniowie przewlekle chorzy mają takie same potrzeby fizyczne i psychiczne jak ich zdrowi koledzy i koleżanki. Mają prawo dostępu do nauki i kontaktów rówieśniczych – sytuacja zdrowotna nie może generować jakichkolwiek przejawów dyskryminowania.

Ze względu na indywidualne potrzeby dziecka/ucznia dyrektor szkoły/placówki do której uczęszczają ma obowiązek zapewnić im dostęp do pomocy psychologiczno-pedagogicznej zgodnie z uregulowaniami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. Nr 11, poz. 114). Pomoc tego rodzaju powinna być organizowana między innymi w formie:

- zajęć dydaktyczno-wyrównawczych;
- zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym;
- zajęć psychoedukacyjnych dla uczniów;
- porad dla uczniów;
- porad, konsultacji i warsztatów dla rodziców i nauczycieli.

Zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka ma decydujący wpływ na jego prawidłowy rozwój. Uczniowie cierpiący na choroby przewlekłe lub z uwagi na stan zdrowia utrudniający uczęszczanie do szkoły, realizują obowiązek szkolny lub obowiązek nauki zgodnie z indywidualnymi możliwościami. Jeżeli nie ma przeciwwskazań lekarskich powinni uczestniczyć w wybranych formach życia klasy i szkoły, gdyż kontakt z rówieśnikami ma wpływ na ich rozwój osobowy i społeczny.

**Bibliografia:**

1. Chodkowska M. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja*, Lublin 1995.
2. Czarnecka S. (red.), *Dziecko w lokalnym systemie pomocy społecznej*, Częstochowa 2003.
3. Czochońska J., *Objawy mózgowego porażenia dziecięcego*, (w:) Łosiowski Z. (red.), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe*, Warszawa 1997.
4. Fidelus A., *Problem integracji dziecka niepełnosprawnego pochodzącego z rodziny mieszkającej na wsi*, (w:) (red.), Kazanowski Z., Osik-Chudowolska D., *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2003, s. 37.
5. Gałkowski T., Kaiser-Grodecka I., Smoleńska J., *Psychologia dziecka głuche*, Warszawa 1988.
6. Gałkowski T., *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa 1995.
7. Góralówna M., Hołyńska B., *Rehabilitacja małych dzieci z wadą słuchu*, Warszawa 1993.
8. Kuczyńska-Kwapisz J., *Orientacja przestrzenna a przystosowanie społeczne młodzieży niewidomej i słabowidzącej*, (w:) Kuczyńska-Kwapisz J. (red.), *Rehabilitacja niewidomych i słabowidzących*, Warszawa 1996.
9. Kościelska M., *Oblicza upośledzenia*, Warszawa 1995.
10. Łosiowski Z., *Definicja i postacie*, (w:) Z. Łosiowski (red.), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo I.*, Warszawa 1997.
11. Maciarz A., *Uczniowie niepełnosprawni w szkole powszechnej*, Warszawa 1992.
12. Masłow A.M., *W stronę psychologii istnienia*, Warszawa 1986.
13. Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1995.
14. Olechnowicz H., *Dziecko własnym terapeutą*, Warszawa, 1995.
15. Osik D., *Więzi uczuciowe w rodzinach dzieci niedowidzących*, (w:) M. Chodkowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja*, Lublin 1995.
16. Sękowska Z., *Pedagogika specjalna*, Warszawa 1981.
17. Twardowski A., *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, (w:) Witkowski T., *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1993.

## Przepisy prawa oświatowego

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 stycznia 1997 r. w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim (Dz.U. z 1997 r. Nr 14, poz. 76).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych (Dz.U. Nr 173, poz. 1072).

Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz.U. z dnia 12 lutego 2009 r.)

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z dnia 17 stycznia 2003 r.)

Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. Nr 11, poz. 114).

Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (Dz.U. Nr 19, poz. 166).

Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (Dz.U. z 2005 r. Nr 19, poz. 167).

Beata Ciupińska

Czesław Witkowski

## **Wymiar bezpieczeństwa i zagrożenia młodzieży z pedagogicznego punktu widzenia na podstawie obserwacji w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii nr 2 „Kąt” w Warszawie**

*Dzieci i młodzież mają prawo do wzrastania w bezpiecznym środowisku wolnym od przemocy (z „Polskiej Deklaracji w Sprawie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie”)<sup>1</sup>*

Problemom bezpieczeństwa dzieci i młodzieży, oraz wszelkim zagrożeniom, które mogą je spotkać, poświęca się wiele uwagi. Szczególnie często mass media epatują opinię publiczną kolejnymi przykładami zdarzeń, w których ofiarami i/lub sprawcami są młodociani. W dyskusjach dotyczących stanu polskiej szkoły kwestia bezpieczeństwa i niwelowania zagrożeń zajmuje ważne miejsce. Jednak nagłaśnianie w mediach drastycznych zachowań młodzieży w niewielkim stopniu przyczynia się do wprowadzania odpowiednich programów profilaktycznych. Nierzadko taki „szum medialny” szkodzi spokojnej i systematycznej realizacji programów już istniejących. Wszelkie rozwiązania wprowadzane pod presją „czwartej władzy” i świata polityki mają doraźny, by nie rzec marketingowy charakter – epatowanie skutkami tragicznych zdarzeń, bez wnikania w istotę problemu. Warto, aby decydenci (rządowi i samorządowi) przed podejmowaniem kolejnych radykalnych rozwiązań systemowych próbowali wykorzystać doświadczenie placówek opiekuńczo-wychowawczych, które na tym polu mają spore osiągnięcia i wypracowane zasady postępowania. Do takich placówek z pewnością zalicza się, istniejący od 1992 r., Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii nr 2 „Kąt” w warszawskim Aninie.

„Kąt” utworzono na fali zmian społeczno-politycznych w Polsce po 1989 r. Narodziny demokracji, i związane z nią pluralizmu społeczno-politycznego, wymusiły zmiany w sferze edukacji narodowej. Szkoła w okresie PRL-u, postrzegana jako narzędzie reżimu komunistycznego, uległa silnemu scentralizowaniu i zbiurokratyzowaniu. Jedną z jej największą wad była nadmierna masowość, w wyniku której zagubione zostało indywidualne podejście do ucznia i jego problemów. Dopiero rozpoczęte reformy systemowe, następstwo obrad Okrągłego Stołu, umożliwiły tworzenie alternatywnych placówek edukacyjnych. Na początku lat 90. XX wieku – głównie

<sup>1</sup> Program przeciwdziałania przemocy w rodzinach z problemami alkoholowymi, „Bezpieczeństwo w rodzinie”, (materiały Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), brak paginacji.

w dużych aglomeracjach miejskich – powstawać zaczęły szkoły odrzucające skostniałe procedury, skupiające się na kompleksowym podejściu do spraw edukacji dziecka, zwracające szczególną uwagę na sferę emocjonalną. Nowe placówki miały być przyjaźnie nastawione do uczniów, np. poprzez stworzenie im odpowiednich warunków wpływających na wzrost poczucia bezpieczeństwa. Z tej tradycji narodził się warszawski Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii nr 2 „Kąt”.

Ośrodek ten przeznaczony jest dla młodzieży sprawnej intelektualnie, rokującej nadzieję na ukończenie gimnazjum i liceum ogólnokształcącego oraz ewentualne podjęcie nauki na studiach. Jego oferta pedagogiczna adresowana jest do uczniów niemieszczących się, ze względów emocjonalnych, w standardowych masowych placówkach edukacyjnych. Znaczny odsetek wychowanków stanowią młodzi ludzie wyróżniający się, nietolerowaną we wspomnianych placówkach, nadmierną pobudliwością lub „buntowniczą” postawą. Sporą część podopiecznych stanowią uczniowie emocjonalnie wycofani, u których zdiagnozowano fobię szkolną. Osobną grupą to osoby o zaburzonej tożsamości płciowej, odrzucone w swoich pierwotnych środowiskach rówieśniczych, nierzadko również przez rodzinę. Na pomoc Ośrodka „Kąt” mogą liczyć nastoletnie uczennice-matki, a także dziewczęta doświadczone przemocą na tle seksualnym. Wymienione kategorie nie wyczerpują wszystkich przypadków, lecz wskazują na ogólną tendencję występujących problemów, dotyczących dzieci i młodzieży zagrożonych przemocą. Wspólną cechą podopiecznych są ich związki z określonymi subkulturami młodzieżowymi<sup>2</sup>.

Paradoksalnie ten swoisty tygiel osobowości nie staje się w codziennej pracy placówki zarzewiem konfliktów, które mogłyby w znaczącym stopniu obniżyć poziom bezpieczeństwa wychowanków. Wpływ na tę korzystną sytuację ma wiele czynników. Należy do nich holistyczne spojrzenie przez kadrę Ośrodka na problemy bezpieczeństwa i zagrożeń, nie zawężające się wyłącznie do przemocy fizycznej. W codziennej pracy nauczycieli i wychowawców uwzględniane są różne aspekty bezpieczeństwa, do których zaliczyć należy:

- bezpieczeństwo emocjonalne;
- bezpieczeństwo socjalne;
- bezpieczeństwo zdrowotne;
- bezpieczeństwo od przemocy;
- bezpieczeństwo od uzależnień.

Warto przyrzeć się tym aspektom, wskazując na praktyczne rozwiązania i podejmowane oddziaływania wychowawcze, w wyniku których poziom bezpieczeństwa wychowanków jest na odpowiednim poziomie, gwarantującym właściwą pracę socjoterapeutyczną oraz realizację procesu dydaktycznego. Bezpieczeństwo emocjonalne uwzględnione zostało jako pierwsze, gdyż to właśnie ono daje szansę na realne skutki oddziaływań wychowawczych. Stworzenie swobodnego klimatu zaufania między podopiecznym a nauczycielem, wychowawcą

<sup>2</sup> Statut Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii nr 2 „Kąt”.

lub psychologiem jest punktem wyjścia do postawienia diagnozy i opracowania zasad pracy. Wypracowywanie reguł postępowania z dzieckiem dokonuje się zazwyczaj na spotkaniach klinicznych, w których uczestniczą nauczyciele, psycholodzy a także wychowawca-lider opiekujący się daną klasą (grupą socjoterapeutyczną). W trudnych sytuacjach niezbędna jest pomoc zaprzyjaźnionych psychiatrów czy terapeutów, zatrudnionych w innych specjalistycznych placówkach.

Kolejnym zadaniem kadry Ośrodka jest zapewnienie wychowankom odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa socjalnego. Dla części z nich przygotowane zostały miejsca noclegowe w hostelu (bursa przeznaczona dla uczniów, którzy z różnych względów nie powinni przebywać w środowisku rodzinnym). Co więcej, podopiecznym, których rodzice lub opiekunowie prawni nie są w stanie zapewnić pomocy finansowej, udzielane jest, ze środków pomocy społecznej, wsparcie w postaci obiadów. W celu poprawy sytuacji bytowej podopiecznych kadra pedagogiczna podejmuje szereg działań, m.in. nawiązuje współpracę z różnymi organizacjami pozarządowymi (np. z Bankiem Żywności). Wychowankowie w najtrudniejszej sytuacji materialnej regularnie uzyskują paczki żywnościowe oraz odzież i obuwie, wyposażani są w podręczniki i przybory szkolne.

Stan zdrowotny „Kątowej” młodzieży jest zróżnicowany i w dużym stopniu związany ze schorzeniami poszczególnych osób. Poważnym mankamentem placówki, roztaczającej na stałe opiekę nad blisko 200 uczniami, jest brak stałej opieki medycznej (sprawuje ją dochodząca do placówki pielęgniarka zatrudniona w niepełnym wymiarze godzin). Problem ten dotyka jednak wszystkich polskich szkół. Regularne badania, diagnostyka, poradnictwo zdrowotne – to niewątpliwie istotne wyzwania, zwłaszcza dla szczególnego typu placówek. Jak bowiem wiadomo część problemów natury psychicznej ma swoje somatyczne uwarunkowania. Kadra pedagogiczna, na którą spada cały ciężar, nie zawsze jest w stanie właściwie rozpoznać problemy zdrowotne swoich podopiecznych. Pomimo tych obiektywnych trudności kadry Ośrodka często udaje się jednak właściwie zdiagnozować stan choroby oraz zapewnić konsultacje medyczne.

Przemoc i agresję wśród młodzieży uznaje się za najważniejszy problem występujący w szkole. Warto dodać, że tego typu zachowania miały miejsce zawsze, i co więcej, zjawisk tych nie da się do końca wyeliminować. Pewne formy przemocy mają zwyczajnie charakter rozwojowy (np. bójkki między chłopcami). Cały problem polega na minimalizowaniu takich zjawisk, szczególnie tych, które mogą negatywnie przełożyć się na poczucie bezpieczeństwa całej społeczności uczniowskiej Ośrodka. Dlatego też podczas zajęć socjoterapeutycznych podopieczni zapoznawani są zasadami tzw. dobrej komunikacji i przechodzą treningi zastępowania agresji. Co więcej, sami dbają o to, aby w ich otoczeniu piętnować zachowania kwalifikowane jako przemoc. W wyjątkowych sytuacjach zwoływany jest „sejmik”, będący forum wymiany opinii między wychowankami a kadrami pedagogicznymi, na którym dochodzi do swego rodzaju rozpraw, dotyczących przypadków złamania norm, obowiązujących na terenie placówki.



Problem uzależnień w dużym stopniu dotyka również młodzież funkcjonującej w ramach Młodzieżowego Ośrodka socjoterapii „Kąt”. Naczelną regułą jest „czystość” od narkotyków. Dlatego też każdy rodzic lub pełnoletni uczeń przed przyjęciem do Ośrodka podpisuje deklarację, w której wyraża zgodę na poddawanie się wyrwykowym badaniom na obecność środków psychoaktywnych. Wielu podopiecznych placówki miało (lub ma) kontakt z narkotykami. W przypadku stwierdzenia faktu zażywania jakichkolwiek tego typu środków podejmowane są zdecydowane działania. W ramach ośrodkowych procedur osoba, co do której istnieją poważne podejrzenia (i dowody w postaci wyników badań), zachęcana jest do podejmowania terapii uzależnień. Zazwyczaj kierowana jest do wyspecjalizowanych placówek, gdzie może liczyć na fachową pomoc doświadczonych terapeutów. Podjęcie terapii jest warunkiem sine qua non utrzymania się w Ośrodku. W przeciwnym wypadku taka osoba musi opuścić placówkę. Nie jest ona pozostawiana sama sobie, ma zapewniony kontakt z wychowawcą-liderem, który pomaga rozwiązywać problem wyjścia z uzależnienia.

Z pedagogicznego punktu widzenia wymiar bezpieczeństwa i zagrożenia młodzieży ma kluczowe znaczenie. Wszelkie oddziaływania o charakterze wychowawczym i dydaktycznym wymagają stworzenia odpowiedniej przestrzeni, w której nie powinno być miejsca na zachowania agresywne. Istotną rolę odgrywają nauczyciele oraz wychowawcy-liderzy, których jednym z zadań jest rozpoznawanie niepokojących symptomów, świadczących o stosowaniu w danej grupie (klasie) przemocy fizycznej lub psychicznej. Wśród najczęściej występujących zjawisk można wymienić m.in. pobicia, wymuszanie pieniędzy, zastraszanie młodszych uczniów, kradzieże, molestowanie seksualne, handel narkotykami, wyśmiewanie innych osób, agresja słowna pod adresem kadry, a także dewastacje toalet, niszczenie sprzętu szkolnego, pisanie po ścianach.

Obniżanie poziomu agresji i przemocy oraz eliminowanie zagrożeń nie może nastąpić bez odpowiednich założeń opisanych w planie działań szkoły (ośrodka), określanego mianem planu wychowawczego. Wypracowanie takich reguł i zasad jest zadaniem całego zespołu wychowawczego, który musi je konsekwentnie wdrażać i pilnować przestrzegania norm. W Ośrodku „Kąt” zadania w planie wychowawczym rozbite zostały na trzy grupy:

- zadania wychowawczo-dydaktycznym (m.in. rozwijanie postaw prospołecznych, dokonywane w trakcie zajęć socjoterapeutycznych; rozwijanie zainteresowań poprzez organizowanie szerokiej oferty zajęć pozalekcyjnych; podnoszenie efektywności nauczania poprzez stosowanie odpowiednich metod nauczania),
- zadania opiekuńcze, (m.in. sprawowanie opieki przez nauczycieli prowadzących zajęcia edukacyjne; prowadzenie zajęć w godzinach pozalekcyjnych przez wychowawców-liderów; organizowanie przez kadrę wspólnych imprez szkolnych np. wycieczek),

- zadania terapeutyczne (m.in. uczenie konstruktywnego podejścia do problemów w ramach zajęć socjoterapeutycznych; uczenie radzenia sobie ze stresem i w konfliktach z rodziną; zapoznanie z zagrożeniami wynikającymi z uzależnień)<sup>3</sup>.

Warto nadmienić, że cała kadra ośrodka aktywnie uczestniczy w szkoleniach Wewnętrzzszkolnego Systemu Doskonalenia (WDN). Znaczna część nauczycieli, wychowawców, psychologów, reedukatorów bierze udział w kursach prowadzonych przez wyspecjalizowane placówki. Nauczyciele i wychowawcy cyklicznie uczestniczą w superwizjach, podczas których m.in. omawiają swoje problemy w pracy z młodzieżą, szukają odpowiednich rozwiązań w sytuacjach kryzysowych. Warto dodać, że kilka lat temu, w wyniku zmian przepisów o wymaganych kwalifikacjach pedagogicznych, większość nauczycieli ukończyła podyplomowe studia z zakresu pedagogiki resocjalizacyjnej. Znaczna część wychowawców wyspecjalizowała się w wąskich dziedzinach (m.in. profilaktyka HIV/AIDS). Nie ulega wątpliwości, że tak wyszkolony zespół w znacznym stopniu wpływa na wyeliminowanie wielu zagrożeń i budowanie atmosfery zaufania.

Na zakończenie, w nawiązaniu do uwag poczynionych we wstępie, warto wspomnieć o problemach, wynikających z braku dialogu (rozumienia) między pedagogów i psychologów, zatrudnionych w specjalnych placówkach szkolno-wychowawczych. Oto jeden z takich problemów, związany z zapewnieniem bezpieczeństwa młodzieży. Dotyczy on decyzji o charakterze administracyjno-prawnym, wynikających z ustawy o opiece społecznej, z której zapisów wynika, że do młodzieżowych ośrodków socjoterapii kierowani będą młodociani, po wyrokach. Takie rozwiązanie może w znacznym stopniu zaburzyć proces wychowawczy młodzieży, która w Ośrodku przebywa na zasadach dobrowolności. Skonfrontowanie jej z silnie zdemoralizowanymi „szkaźnikami” może oznaczać początek końca żmudnego i wymagającego spokoju procesu socjalizacji młodych ludzi, którzy mogą utracić szansę na odnalezienie się w życiu społecznym.

Reasumując, należy stwierdzić, że wymiar bezpieczeństwa, zależny od wielu zmiennych, jest niewrażliwym „parametrem” oceny placówek opiekuńczo-wychowawczych. Tylko tam, gdzie młodzież czuje się bezpiecznie jest szansa na właściwe efekty pracy dydaktycznej i wychowawczej.

<sup>3</sup> Plan pracy dydaktyczno-wychowawczej na rok szkolny 2008/2009 w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii nr 2 „Kąt” nr 2 w Warszawie, *passim*.

## Czesław Witkowski

Czesław Witkowski – absolwent Uniwersytetu Łódzkiego, nauczyciel dyplomowany, pracownik Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii nr 2 „Kąt” i LXXII Liceum Ogólnokształcącego w Warszawie; autor trzech publikacji książkowych, specjalizuje się w wydawnictwach leksykograficznych i edukacyjnych.

# **WSZECHNICA POLSKA**

SZKOŁA WYŻSZA  
TOWARZYSTWA WIEDZY POWSZECHNEJ W WARSZAWIE

Proponujemy  
bogatą ofertę programową:

**studia licencjackie, stacjonarne i zaoczne  
na 17 specjalnościach w ramach 6 kierunków**

**BEZ  
EGZAMINÓW WSTĘPNYCH**

**BEZ  
LIMITU PUNKTÓW**

**BEZ  
KONKURSU ŚWIADECTW**

Zapraszamy  
do Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie  
oraz na naszą stronę internetową

**[www.wszehnicapolska.edu.pl](http://www.wszehnicapolska.edu.pl)**

Genowefa Pańtak

## Kształcenie studentów niepełnosprawnych w szkołach wyższych

Zamierzeniem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na problemy związane z edukacją studentów niepełnosprawnych w uczelniach wyższych naszego kraju; podkreślenie, jakie akty prawne są podstawą podejmowanych przez uczelnie rozwiązań, jakiej pomocy mogą oczekiwać studenci i jakie kwestie wymagają rozwiązania.

Niniejsze opracowanie jest refleksją opartą o prasę akademicką oraz mój udział w konferencji organizowanej przez Fundację Instytutu Rozwoju Regionalnego (FIRR) w Krakowie, poświęconej tematyce kształcenia studentów niepełnosprawnych.

### I. Wymiar społeczny niepełnosprawności

Niepełnosprawność rozumiana jest jako ograniczenie lub brak zdolności wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Rozwinięcie tej definicji pozwala wskazać, na co najmniej trzy aspekty odmiennego funkcjonowania jednostki na skutek niepełnosprawności. Jest to sfera:

- biologiczna (ograniczenie funkcji organizmu w zależności od stopnia uszkodzenia organów),
- psychiczna (ograniczenie aktywności i działania),
- społeczna (ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym).

Istotą niepełnosprawności jest zatem obniżony w stosunku do norm i standardów poziom funkcjonowania człowieka we wszystkich lub niektórych wyżej wymienionych sferach działania<sup>1</sup>. Dane Światowej Organizacji Zdrowia szacują, że na świecie jest około 500 mln osób w różnym stopniu dotkniętych niepełnosprawnością. W Polsce ten wskaźnik określa się na poziomie ponad 4 mln osób w różnym wieku, wymagających wsparcia ze strony służb zdrowia, instytucji oświatowych i organizacji społecznych<sup>2</sup>. Oznacza to, że problemy niepełnosprawnych stanowią istotną sferę życia społecznego, która wymaga rozwiązań systemowych w zakresie opieki zdrowotnej, edukacji, także zatrudnienia i pracy zawodowej osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Jakkolwiek w postrzeganiu społecznym nadal obserwuje się swego rodzaju dystans wobec osób niepełnosprawnych, występuje też wiele działań prowadzących do zmiany tego stereotypu, by niepełnosprawność jednej funkcji (np. ruchowej)

<sup>1</sup> G. Dryżałowska, *Niepełnosprawność*, (w:) *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku* (red. T. Piłch) t. III, Warszawa 2004.

<sup>2</sup> Tamże.

nie świadczyła o gorszym funkcjonowaniu jednostki w sferze intelektualnej lub społecznej. A co więcej, wiele z tych działań ma na celu zapewnienie niepełnosprawnym praw, które przynależą wszystkim członkom społeczeństwa wraz z dostosowaniem warunków umożliwiających realizację tych praw.

Przykładem takich działań są rozwiązania ustawowe w zakresie kształcenia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej<sup>3</sup>, określanych mianem uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Kształcenie uczniów o takich potrzebach może odbywać się w ogólnodostępnych szkołach podstawowych, gimnazjach, szkołach ponadgimnazjalnych, w tym także na studiach wyższych. Wybór określonej formy kształcenia należy do rodziców ucznia niepełnosprawnego lub samego ucznia. Na podkreślenie zasługuje sformułowanie, iż uczniom i studentom niepełnosprawnym należy zapewnić odpowiednią pomoc i warunki kształcenia, adekwatne do rodzaju niepełnosprawności. Dotyczy to zarówno programów nauczania, odpowiedniego wyposażenia technicznego, zniesienia barier architektonicznych, jak i odpowiedniego przygotowania nauczycieli.

## **2. Podstawy prawne kształcenia studentów niepełnosprawnych**

Kształcenie osób niepełnosprawnych na poziomie szkolnictwa wyższego reguluje bezpośrednio ustawa z dnia 27 lipca 2005 roku – prawo o szkolnictwie wyższym<sup>4</sup>. Należy jednak zauważyć, że prawo do nauki gwarantuje Konstytucja RP i akta prawa przede wszystkim międzynarodowego, takie jak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Konwencja w sprawie zwalczania dyskryminacji w dziedzinie oświaty, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych oraz Protokół nr I Europejskiej Konwencji o ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

Międzynarodowe zobowiązania Polski oraz Konstytucja RP w dziedzinie prawa do nauki nakładają na państwo obowiązek praktycznej realizacji prawa jednostki do edukacji, przestrzeganie zasady równości dostępu do studiów wyższych oraz obowiązek stopniowego wprowadzania bezpłatnych studiów wyższych i ustanowienia odpowiedniego systemu stypendiów państwowych.

Prawny obowiązek zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do studiów wyższych ciąży przede wszystkim na uczelniach publicznych. Dane liczbowe wskazują, że w ostatnich latach nastąpił wyraźny wzrost liczby studentów niepełnosprawnych. W roku 2002 studiowało na uczelniach w kraju 4 tysiące osób niepełnosprawnych, zaś w roku 2006 – 20 tysięcy. Jakkolwiek wzrost ten jest znaczny, to jednak w ogólnej populacji osób niepełnosprawnych tylko 5,5% ma wykształcenie wyższe, podczas gdy w grupie obywateli pełnosprawnych trzy razy tyle posiada wykształcenie wyższe.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Tekst jedn. Dz.U. nr 67, 1996 r. Ustawa z dnia 8 stycznia 1999 r. przepisy wprowadzające reformę ustroju szkolnego, Dz.U. nr 12, poz. 96.

<sup>4</sup> Dz.U. nr 1164, poz.1365.

Pomocą w kształceniu studentów niepełnosprawnych powinna być wprowadzona w 2007 roku dla uczelni publicznych dotacja z budżetu państwa<sup>5</sup>. Wymieniona dotacja przeznaczona jest „...na zadania związane z kształceniem i rehabilitacją studentów niepełnosprawnych”, brak jednak przepisów wykonawczych, które jednoznacznie określałyby, na co pieniądze można wydatkować. Np. w jakim stopniu możliwe jest wykorzystanie funduszy na zakup środków trwałych, na inwestycje w sensie adaptacji architektonicznych, czy też jedynie na rehabilitację osób niepełnosprawnych, co z kolei trudno uznać za zadanie uczelni. Ponadto powstaje pytanie, dlaczego dotacja dotyczy tylko uczelni publicznych, kiedy uczelnie niepubliczne także kształcą osoby niepełnosprawne.

Duże nadzieje na poprawę warunków kształcenia studentów niepełnosprawnych niesie ze sobą Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta w dniu 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne ONZ, a ratyfikowana przez Polskę 21 marca 2009 roku. Konwencja szczegółowo prezentuje prawa osób niepełnosprawnych w dziedzinie praw obywatelskich, dostępności do zabezpieczenia zdrowia, edukacji, zatrudnienia i pomocy społecznej. Nakłada na Państwa – Strony obowiązek unikania wszelkiej dyskryminacji wobec osób niepełnosprawnych, a w dziedzinie edukacji na poziomie wyższym zapewnia dostęp do powszechnego szkolnictwa wyższego, szkolenia zawodowego, kształcenia dorosłych i kształcenia ustawicznego. W tym celu Państwa – Strony powinny zapewnić racjonalne usprawnienia dla osób niepełnosprawnych (Art. 24, pkt.5).

### **3. Formy wsparcia dla studentów niepełnosprawnych**

W wielu uczelniach powoływani są pełnomocnicy rektora ds. osób niepełnosprawnych, a w dużych uczelniach biura rektora ds. osób niepełnosprawnych. Większe ośrodki akademickie podpisują wzajemne porozumienia w sprawie zintensyfikowania pomocy studentom niepełnosprawnym, tak w sprawie organizacji procesu kształcenia, jak i zatrudnienia po ukończeniu studiów.

Praca pełnomocników i biur ds. osób niepełnosprawnych skupia się wokół takich zagadnień jak: wsparcie psychologiczne, dobór odpowiednich kierunków studiów, zapewnienie elastyczności terminów zaliczeń i egzaminów, udział w dostosowaniu rozwiązań architektonicznych dla potrzeb studentów niepełnosprawnych.

W Krakowie zorganizowano Jagiellońskie Centrum Językowe, które może przyjmować studentów ze wszystkich uczelni Krakowa na lektoraty języków obcych. Głównie jest to pomoc dla studentów niewidomych i słabowidzących. Tworzone są 3-4 osobowe grupy, dla których przygotowuje się nagrane kasyety, komputery i laptopy brajlowskie, dodatkowe oświetlenie, zapewnia się możliwość nagrywania zajęć i odsłuchiwania ich w domu. Stosowne oprzyrządowanie wykorzystuje się również podczas egzaminów i sprawdzianów. W projekcie uczelni jest zwiększenie liczby godzin przeznaczonych na naukę języków obcych.

<sup>5</sup> Rozporządzenie MNiSW z dnia 2 kwietnia 2007 r. (Dz.U. nr 79, poz.534).

W Uniwersytecie Warszawskim, gdzie kształci się 800 osób niepełnosprawnych (z dysfunkcją ruchu, niewidomych, słabowidzących, z chorobami psychicznymi) stworzono Centrum Kulturowe, w którym znajduje się Biblioteka Książki Mówionej, notatniki brajlowskie, wypożyczalnia komputerów i innych pomocy dydaktycznych. W niektórych akademikach dostosowano pokoje i windy dla osób na wózkach inwalidzkich. Powołano tzw. „doradców przejścia”, czyli doradcę zawodowego, wspomagającego osobę niepełnosprawną w przechodzeniu z jednego do drugiego poziomu kształcenia oraz w wyborze kierunku kształcenia dostosowanego do rodzaju niepełnosprawności. Uniwersyteckie Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych pracuje nad określeniem standardów egzaminów i sprawdzianów dla studentów niepełnosprawnych, co powinno wiązać się z odpowiednim dostosowaniem komputerów (powiększony druk, pismo brajlowskie) dłuższym czasem pracy, albo też zapewnieniem mniejszych pomieszczeń dla osób ze schorzeniami psychicznymi.

Podobne rozwiązania są stosowane przez UMK w Toruniu, gdzie studenci z dysfunkcją wzroku i słuchu mogą korzystać z komputerów wyposażonych w oprogramowanie udźwiękowiające tekst. Student korzystający z Biblioteki Uniwersyteckiej może także samodzielnie przetwarzać tekst w wersję elektroniczną. Możliwa jest również pomoc specjalnego asystenta, zatrudnionego przez UMK, który pomaga studentowi w notowaniu wykładów i przygotowaniu innych materiałów do nauki. Wśród lektorów są osoby specjalnie przygotowane i przeszkolone do nauczania języka obcego studentów z uszkodzeniami wzroku lub słuchu. Uczelnia zatrudnia także tłumacza języka migowego.

Dla potrzeb studentów niepełnosprawnych powołano na tej uczelni samodzielną Sekcję ds. Studentów Niepełnosprawnych, która stanowi istotne oparcie dla blisko 500 studentów z różnego typu dysfunkcjami.

Do wymienionych form pomocy należy jeszcze dodać rozwiązania o charakterze architektonicznym, m.in. windy, podjazdy, przystosowanie drzwi oraz łazienek, a także bezpłatne przejazdy na zajęcia dydaktyczne.

Przytoczone działania podejmowane przez niektóre uczelnie są przykładem dla innych, w jaki sposób można tworzyć warunki materialne i dydaktyczne dla prawidłowego przebiegu studiów osób niepełnosprawnych. Zastosowanie wszelkich udogodnień dla tych studentów zmierza w rezultacie do tego, by stosować wobec nich takie same wymagania dydaktyczne, jak wobec studentów pełnosprawnych, bowiem wszyscy otrzymują takie same dyplomy, gwarantem których jest uczelnia.

Obok indywidualnych rozwiązań stosowanych przez uczelnie, istnieją również określone działania ogólnokrajowe zmierzające do tworzenia spójnego systemu pomocy osobom niepełnosprawnym.

Przykładem mogą być działania Państwowego Funduszu Rozwoju Osób Niepełnosprawnych (PFRON) wykorzystywane na kształcenie osób niepełnosprawnych, w tym także na kształcenie na poziomie wyższym.



Od kilku lat wszystkie uczelnie, publiczne i niepubliczne, otrzymują środki z budżetu państwa na stypendia dla studentów niepełnosprawnych. System ich przyznawania został zdecydowanie uproszczony, bowiem wystarczy orzeczenie określające stopień niepełnosprawności lub legitymacja inwalidzka, by na tej podstawie student otrzymał na uczelni stypendium. Wysokość stypendium jest zwykle związana ze stopniem niepełnosprawności i określana przez uczelniany regulamin stypendialny.

Obecne przepisy już nie obligują studenta do dokumentowania wydatków ponoszonych z tytułu niepełnosprawności, a prawo do tego stypendium nie jest zależne od sytuacji materialnej rodziny.

## Wnioski

W oparciu o powyższe rozważania można sformułować kilka postulatów wymagających rozwiązania, tak ze strony uczelni, jak i innych podmiotów działających na rzecz studentów niepełnosprawnych:

- konieczność powoływania na uczelniach jednostek i biur ds. osób niepełnosprawnych,
- ustalenie długofalowego programu dostosowania warunków kształcenia w zależności od stopnia niepełnosprawności,
- zwiększenie liczby godzin w systemie e-learningu,
- dostosowanie warunków do prowadzenia zajęć z informatyki, języków obcych oraz wychowania fizycznego,
- przygotowanie programu pomocy dla niepełnosprawnych doktorantów,
- integrowanie społeczności akademickiej wokół problemu zmiany postaw wobec osób niepełnosprawnych.

## Bibliografia:

1. Dryżałowska G., *Niepełnosprawność*, (w:) *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku* (red. T. Pilch), t. III, Warszawa 2004 r.
2. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Tekst jedn. Dz.U. nr 67, 1996 r. Ustawa z dnia 8 stycznia 1999 r. przepisy wprowadzające reformę ustroju szkolnego, Dz.U. nr 12, poz. 96.
3. Dz.U. nr 1164, poz. 1365.
4. Rozporządzenie MNiSW z dnia 2 kwietnia 2007 r. (Dz.U. nr 79, poz. 534).

## Genowefa Pańtak

Dr Genowefa Pańtak – pedagog społeczny, wykładowca w szkołach wyższych oraz na studiach podyplomowych dla nauczycieli; we Wszechnicy Polskiej Szkole Wyższej TWP w Warszawie od 2005 roku pełni funkcję prodziekana Wydziału Nauk Społecznych i Filologii; autorka badań i publikacji z zakresu pedagogiki społecznej i opiekuńczej; w działalności praktycznej od wielu lat związana z instytucjami poradnictwa rodzinnego i psychologiczno-pedagogicznego.

## Informacje dla autorów

- Przyjmowane są do publikacji wyłącznie teksty oryginalne, nigdzie uprzednio niepublikowane.
- Objętość nadsyłanych tekstów nie powinna przekraczać:
  - artykuły: 42 000 znaków łącznie ze spacjami (w tym przypisy);
  - recenzje: 11 000 znaków (jw.);
  - sprawozdania: 7 500 znaków (jw.).
- Teksty proszę przysyłać w postaci zapisu elektronicznego w programie Word (na płycie CD i/lub jako załącznik w poczcie elektronicznej).
- Do przesłanych tekstów należy dołączyć dane o autorze (w szczególności: stopień lub tytuł naukowy, numer telefonu kontaktowego, adres poczty elektronicznej, adres domowy). Pracowników naukowych prosimy o podanie uczelni macierzystej.
- Tytuł opracowania winien być ujęty w formie możliwie zwartej.
- Tabele i wykresy umieszczamy na końcu tekstu.
- W tekście stosujemy przypisy dolne. W przypadku recenzji i sprawozdań liczba przypisów powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.
- Nie stosujemy podkreśleń ani pogrubień. Wyjątkowo, wyróżnienie fragmentu tekstu jest możliwe przez zwiększenie odstępu między znakami (tekst rozstrzelony). W zwrotach obcojęzycznych (np. *mutatis mutandis*, *prima facie*) stosujemy kursywę, cytaty natomiast zapisujemy w cudzysłowie, bez kursywy. Cytat w cytacie powinien być zaznaczony cudzysłowem ostrokątnym («...»).
- W nadsyłanych tekstach powinna być uwzględniona specyfika zapisu bibliograficznego stosowanego w „Zeszytach Naukowych” Wszechnicy Polskiej Szkoły Wyższej TWP w Warszawie.
- Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów.
- Wszystkie teksty podlegają ocenie recenzentów.
- Teksty przyjęte do druku poddawane są niezbędnemu opracowaniu redakcyjnemu.

Magdalena Kołakowska

## **Sprawozdanie z konferencji metodyczno-naukowej w XX rocznicę uchwalenia Konwencji o Prawach Dziecka**

26 listopada 2009 roku w gmachu Senatu RP odbyła się konferencja metodyczno-naukowa w XX. rocznicę uchwalenia Konwencji o Prawach Dziecka. Jej organizatorzy to Mazowiecki Kurator Oświaty, Kancelaria Senatu RP oraz Wszechnica Polska Szkoła Wyższa TWP w Warszawie.

W konferencji uczestniczyli wizytatorzy Kuratorium Oświaty w Warszawie, dyrektorzy szkół, nauczyciele, uczniowie, studenci pedagogiki Wszechnicy Polskiej SW TWP w Warszawie. Wśród zaproszonych gości byli Mazowiecki Kurator Oświaty Karol Semik, I Mazowiecki Wicekurator Oświaty Mariusz Dobijański, przedstawiciele Rzecznika Praw Dziecka, Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz profesorowie Wszechnicy Polskiej SW TWP w Warszawie – prof. dr hab. Janusz Szymborski i prof. dr hab. Józef Stuchliński.

Celem konferencji było przedstawienie zagadnień związanych z ochroną dziecka w Polsce w wymiarze edukacyjnym, społecznym i moralnym w odniesieniu do tradycji, współczesności i perspektyw.

Obrady otworzył i powitał obecnych Mirosław Żukowski, Kanclerz Wszechnicy Polskiej Szkoły Wyższej TWP w Warszawie.

Jako pierwszy głos zabrał Mazowiecki Kurator Oświaty Karol Semik, który podkreślił, jak wielkie zmiany jakościowe zachodzą w polskiej oświacie w wymiarze przestrzegania praw dziecka. Podkreślił niewątpliwy wpływ przełomów politycznych z lat 1956, 1968, 1970, 1980 na tworzenie demokratycznego państwa i możliwość korzystania ze swobód obywatelskich.

Przewodniczenie w obradach przejął prof. dr hab. Józef Stuchliński. Wygłosił on referat pt. „Ochrona dziecka w wymiarze etyczno-moralnym”, w którym silnie zaakcentował okoliczność, że najbliższym otoczeniem dziecka, które kształtuje jego zasady etyczno- moralne jest rodzina.

Następnie zabrał głos prof. dr hab. Janusz Szymborski, który przedstawił uwagi o stanie przestrzegania Konwencji o Prawach Dziecka w Polsce, nawiązując do myśli przewodniej konferencji „Tradycja – Współczesność – Perspektywy”.

Po tym wystąpieniu zebrani wysłuchali raportu z badań przeprowadzonych przez Kuratorium Oświaty w Warszawie, zatytułowanego „Skuteczność nauczania i wychowania w kontekście praw człowieka”, prezentowanego przez I Mazowieckiego Wicekuratora Oświaty dr Mariusza Dobijańskiego. Podkreślił on fakt, że uczniowie w szkole mają wiele możliwości poznania praw człowieka,

dziecka i ucznia. Dobrą sposobnością ku temu są lekcje wiedzy o społeczeństwie, historii, języka polskiego. Tematyka ta omawiana jest również na godzinach wychowawczych. Mimo to część uczniów wciąż nie zna swoich praw i dlatego istnieje potrzeba nie tylko popularyzowania zapisów konwencji o prawach dziecka, ale również kształtowania umiejętności korzystania przez uczniów z przysługujących im praw.

W czasie konferencji dział edukacji obywatelskiej Kancelarii Senatu zaprosił uczniów i nauczycieli na warsztaty edukacyjne oraz zwiedzanie gmachu Senatu RP. W tym samym czasie w sali obrad rozpoczęła się dyskusja spowodowana i moderowana przez prof. dr hab. Józefa Stuchlińskiego, dotycząca m.in. roli w życiu młodego człowieka rodziny, mediów oraz autorytetu nauczyciela.

Pani Krystyna Mucha, dyrektor wydziału kształcenia podstawowego i gimnazjalnego Kuratorium Oświaty przypominała wyniki badań dotyczących praw dziecka przeprowadzonych na terenie województwa mazowieckiego w 2006 r. Zwróciła uwagę, jak istotne dla uczniów są warunki socjalne nauki. Chcą przebywać w czystych salach lekcyjnych, korzystać z odpowiednich toalet, spożywać ciepły posiłek w godnych warunkach. Przemoc rówieśnicza jest oceniana przez uczniów jako zjawisko negatywne, uniemożliwiające właściwe uczestniczenie w procesie dydaktyczno-wychowawczym.

Wiele emocji wśród dyskutantów wywołała sprawa współpracy rodziny i szkoły w wychowywaniu dzieci i młodzieży. Nauczyciele podkreślali, iż zabiegani rodzice nie mają czasu dla własnego dziecka i ciężar wychowania przerzucają na szkołę, a szkoła oczywiście nie ma takich możliwości, aby rozwiązać wszystkie problemy każdego dziecka z osobna. A oprócz sfery wychowawczej istnieje sfera dydaktyczna, z której to nauczyciele są przecież rozliczani. Przejmująco zabrzmiał głos w dyskusji pani dyrektor jednego z warszawskich gimnazjów; miała ona ciągle problemy wychowawcze z jednym z uczniów, a jak się okazało powodem konfliktów był fakt, iż ów uczeń chodził do szkoły głodny.

Dużą winę za negatywne postawy uczniów przedstawiciele oświaty przypisują mediom, kreującym zafałszowany i bardzo brutalny obraz rzeczywistości, zdecydowanie nieodpowiadający temu, co młody człowiek widzi w realnym życiu i czego się od niego wymaga.

Problemem okazała się także sama postawa nauczycieli, którzy często pracują w szkole z przypadku. Dyskutanci z województwa mazowieckiego zwracali uwagę na brak selekcji do zawodu, mówili np. iż nie spotkali się z niekorzystną dla studenta opinią z praktyk nauczycielskich lub sytuacją odmowy wyższego stopnia awansu zawodowego nauczycielowi, który na taki awans nie zasługiwał.

W dyskusji zwracano także uwagę na moralny aspekt zawodu. W XXI wieku młodzież nie żąda od nauczyciela gotowej regułki, bo dociekliwy uczeń znajdzie ją w innym źródle (Internet, biblioteka), jednak nauczyciel musi pokazywać swoim uczniom właściwe wzory i postawy człowieka i obywatela, co oznacza konieczność bycia autorytetem. Podkreślano, iż dzisiejszy uczeń to jest klient, który żąda od

nauczyciela nie tylko wiedzy, ale też wzorca i poczucia, że poprzez przebywanie z nauczycielem-mistrzem wzmacnia się na własnej drodze do samorealizacji.

Dyskusję zakończyła optymistyczna konstatacja, iż nie ma złej młodzieży, a zatem każdego można odpowiednio ukształtować.

Następnie głos zabrały przedstawicielki działu edukacji obywatelskiej Kancelarii Senatu RP. Przedstawiły działalność edukacyjną, przybliżającą młodzieży historię i specyfikę pracy wyższej izby parlamentu oraz procesu stanowienia prawa w Polsce. I tak, organizowane są konkursy wiedzy o parlamencie i ludziach tworzących jego dzieje; projekty edukacyjne np. młodzi senatorowie, edukacja dla demokracji, warsztaty: np. senat staropolski, symulacja obrad senatu współczesnego oraz wycieczki do parlamentu.

Następnie głos zabrał Mirosław Żukowski, Kanclerz Wszechnicy Polskiej SW TWP w Warszawie. Tematem wystąpienia były „Prawa dziecka a prawo lokalne w perspektywie pedagogicznej”. Prelegent zwrócił uwagę, że w środowisku lokalnym, najbliższym dziecku, jego prawa są często tylko martwym zapisem, a władze samorządowe nie zawsze nawet tworzą warunki do realizacji przysługującym dzieciom uprawnień, np. do wypoczynku czy spędzania czasu wolnego.

Dr Anna Fidelus przedstawiła referat pt. „Zjawisko dzieci ulicy w Polsce w aspekcie dwudziestolecia Konwencji o prawach dziecka”, w którym poruszyła bardzo istotny i często pomijany problem dzieci przebywających zarówno poza środowiskiem rodzinnym, jak i instytucjami opiekuńczo-wychowawczymi. Zwróciła uwagę na konieczność podjęcia skutecznych działań w celu realnej pomocy dzieciom ulicy. W kontekście omawianego zjawiska zauważyła, że niestety w dwadzieścia lat po uchwaleniu Konwencji prawa dziecka są wciąż łamane.

W podsumowaniu konferencji prof. dr hab. Józef Stuchliński podkreślił, że wygłoszone referat oraz tocząca się dyskusja były ważnym elementem w tworzeniu możliwości prawidłowego korzystania przez dzieci i młodzież z przysługujących im praw. Temat ten okazał się bardzo rozległy i wieloaspektowy, stąd propozycja, żeby następne konferencje również odniosły się do problematyki praw dziecka/ucznia.

Temat kolejnej konferencji, jak zapowiedział Mirosław Żukowski, kanclerz Wszechnicy Polskiej SW TWP, to „Praca z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Przykłady dobrej praktyki w pracy z uczniem w szkole i w domu”. Zaproponowany motyw będzie rozpatrywany w odniesieniu do praw ucznia w zakresie nauczania i uczenia się zgodnie z jego możliwościami i umiejętnościami.

Magdalena Kołakowska



## **WSZECHNICA POLSKA**

— SZKOŁA WYŻSZA —  
TOWARZYSTWA WIEDZY POWSZECHNEJ W WARSZAWIE

### **Dział Rekrutacji**

Pałac Kultury i Nauki

X piętro, pokój 1044 A

tel.: 22 656 62 56

fax: 22 827 76 71

infolinia: 801 033 101

[rekrutacja@wszechnicapolska.edu.pl](mailto:rekrutacja@wszechnicapolska.edu.pl)

[www.wszechnicapolska.edu.pl](http://www.wszechnicapolska.edu.pl)