
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Rozprawy Społeczne

Tom 12 / Numer 3 / Rok 2018

Biała Podlaska 2018

Rozprawy Społeczne

Rozprawy Społeczne są czasopismem naukowym Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej wydawanym od roku 2007.

Rada Redakcyjna

Redaktor Naczelny: Marian Nowak
Zastępca Redaktora: Józef Bergier
Sekretarz Redakcji: Paulina Rynkiewicz
Redaktor tematyczny: Beata Wołosiuk
Redaktor statystyczny: Joanna Kisielińska
Redaktor językowy: Izabela Dąbrowska

Rada Naukowa

Mieczysław Adamowicz, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Polska
Barbara Bergier, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Polska
Michele De Beni, Papieski Uniwersytet Salezjański, Włochy
François-Xavier Hubert, Katolicki Uniwersytet Paryski, Francja
Ján Junger, Uniwersytet Pavla Jozefa Šafárika w Koszycach, Republika Słowacka
Janusz Kirenko, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Polska
Larysa Lukianova, National Academy of Educational Sciences, Kijów, Ukraina
Marisa Musaio, Katolicki Uniwersytet Najświętszego Serca w Mediolanie, Włochy
Sławomir Partycki, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Polska
Joachim Raczek, Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach, Polska
Inta Māra Rubana, Akademia Sportu w Rydze, Łotwa
Fatih Şahin, Uniwersytet w Ankarze, Turcja
Andrzej Sękowski, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Polska
David Smallbone, Uniwersytet w Kingston, Wielka Brytania
Anatolij Tsos, Wschodnioeuropejski Uniwersytet Narodowy im. Łesi Ukrainki w Łucku, Ukraina

Recenzenci w roku 2018

Lista recenzentów zostanie opublikowana pod koniec 2018 r.

Wydawca

Państwowa Szkoła Wyższa
im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
ul. Sidorska 95/97, 21-500 Biała Podlaska
e-mail: wydawnictwo@dydaktyka.pswbp.pl
Osoba do kontaktu: Paulina Rynkiewicz
Tel. 83 344 99 00 wew. 271
e-mail: p.rynkiewicz@pswbp.pl

Skład, projekt okładki i druk

Agencja Reklamowa TOP

Tłumaczenie

tytuł, streszczenie, słowa kluczowe w artykułach 6, 8, 9, 10
oraz tytuł w artykule 4 - Centrum Języków Europejskich „Euro-Alphabet” Krystyna Wawrzosek

Korekta językowa: tytuł, streszczenie, słowa kluczowe
w artykułach 1, 2, 3, 4, 7 - Izabela Dąbrowska

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna.

Pełna wersja elektroniczna dostępna pod adresem: <http://www.pswbp.pl/index.php/pl/rozprawy-spoleczne>

Czasopismo indeksowane w: MNiSW (lista B, 8 pkt), Index Copernicus (ICV: 76.45), BazEkon

©Copyright by PSW im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
ISSN 2081-6081

Nakład: 100 egz.

Cena: 20 PLN, - VAT 5%

Od Redakcji

Trzeci zeszyt „Rozpraw Społecznych” ukazuje się w okresie, który jest związany z czasem urlopów i wakacji. Taki czas wydaje się nabierać szczególnego znaczenia współcześnie, gdy zanurzeni w codzienną rzeczywistość i wykonując swoją pracę zawodową, tracimy z pola widzenia spojrzenie na całość. Na podobieństwo ujęć kadrowych rzeczywistości, z jakimi mamy do czynienia w mediach czy w filmie, dostrzegamy określone tylko obszary i wycinki rzeczywistości. Poszerzone perspektywy naszego spojrzenia, nowe horyzonty i inicjatywy rodzą się w takich momentach, w których możemy zyskać pewien dystans do naszej codzienności. Takie momenty wiążą się w krótszym wymiarze z rolą niedzieli wśród innych dni tygodnia, a szczególną rolę posiada okres urlopu i wakacji. Im większe tempo życia, im wyższe wymagania kompetencyjne i większa odpowiedzialność, tym większe znaczenie przypisuje się okresowi wakacji, czy dniom spędzonym w ramach urlopu. Nie brakuje inicjatyw wychowywania ludzi do właściwego spędzania czasu wolnego.

Można ten okres postrzegać jako dogodny moment nie tylko dla nabierania dystansu do codziennych prac i ich efektów, ale także przejawiania inwencji i podejmowania nowych inspiracji. Przez analogię można ten okres porównywać do tego dystansu, jaki zwykle w czasie prac nad dziełem, bierze artysta do swojego obrazu lub rzeźby, aby z trochę dalszej perspektywy kontemplować własne dzieło, a następnie z nową energią podejmować tę pracę na nowo.

Każdy artykuł odsłania nam pewną perspektywę patrzenia autora, przez co sprawia, że nasze spojrzenie staje się ubogacone i poszerzone, dlatego wielką rolę przypisuje się także kształceniu w czasie wolnym. Z takimi właśnie intencjami związanymi z kształceniem i poszerzaniem perspektywy patrzenia, chcemy się wpisać także w obecny wakacyjny okres przeżywany przez naszych Czytelników.

Trzeci zeszyt naszego czasopisma w 2018 r., przedstawia efekt w postaci obecnego zeszytu w jego strukturze złożonego z dwóch części: *Części I: Rozprawy i artykuły* – złożonej z trzech artykułów oraz *Części II: Praktyka, badania, wdrożenia i problemy zdrowia społecznego*, którą tworzy siedem artykułów. Obie części otwierane są przez artykuły swoją problematyką bardzo dobrze towarzyszące rozpoczęciu roku szkolnego, a to może stanowić zarazem dodatkową okoliczność aktualizującą dla problematyki tego zeszytu. Zeszyt ten podejmuje problemy rodzinne, problemy tożsamościowe (psychopedagogiczne), zagrożenia biologicznych i epidemii – jako groźnych narzędzi o charakterze militarnym, ale także niesienia pomocy osobom będących w specyficznych sytuacjach przez poradnictwo, wsparcia społecznego, doświadczenia depresji. Nie zabrakło w obecnym zeszycie, zwłaszcza w jego drugiej części, dążeń do ukazania sposobów i dróg zaradzenia tym zagrożeniom w postaci m.in. dogoterapii, czy też wskazywania na potrzebę wiedzy, nawet w postaci wiedzy o zdrowym stylu życia.

Zagadnienia te w obecnym zeszycie uporządkowano następująco – w części pierwszej, którą rozpoczyna artykuł Renaty Kopyś na temat: *Rozwijanie empatii jako forma przeciwdziałania przemocy rówieśniczej w środowisku szkolnym*, otrzymujemy ważny głos w kwestii zjawiska przemocy w szkole, w którym opierając się na rozumieniu empatii przez dzieci wchodzące w relacje rówieśnicze w środowisku szkolnym, wskazuje się na sposoby jej rozwijania w szkole przez metodę dramy i *Porozumienia bez Przemocy* M.B. Rosenberga.

Z kolei Marta Popławska, w angielskiej wersji artykułu: *The female self as presented by Clarissa Pinkola Estés in Women Who Run With the Wolves. The stories of female initiation, intuition and instincts (Kobiece „ja” w ujęciu Clarissy Pinkoli Estés w Biegającej z wilkami. Opowieści o kobiecej inicjacji, intuicji i instynkcie)*, bierze za przedmiot swojej analizy książkę Clarissy Pinkoli Estés, poszukując w niej rzekomego archetypu dzikiej kobiety, jaki jest zawarty w mitach, baśniach i legendach o różnym pochodzeniu kulturowym i etnicznym. Artykuł, powołując się na Estés, opisuje uniwersalne kobiece „ja” tworzone przez: inicjację, intuicję i instynkty oraz interpretuje jej wizję kobiety, nie tylko z punktu widzenia psychologii, ale także kulturoznawstwa i literaturoznawstwa.

Marcin Weiner i Karolina Tarasiuk w artykule: *Społeczne i historyczne uwarunkowania wojen biologicznych i epidemii*, wskazują na przykłady użycia broni biologicznej w okresie od starożytności do początków XXI wieku oraz znaczenie epidemii dla rozwoju i upadku poszczególnych cywilizacji i państw. Autorzy wskazują w swoim opracowaniu, że użycie broni biologicznej, może przyczynić się do odniesienia zwycięstwa bardziej, niż użycie broni o charakterze konwencjonalnym.

Część druga poświęcona praktyce, badaniom, wdrożeniom i problemom zdrowia społecznego, rozpoczyna się również od „szkolnej problematyki” zawartej w tekście Moniki Jakubowskiej na temat: *Tutoring rodziny jako element kultury szkoły*. Ufamy, że również ten tekst może wspierać nasze refleksje towarzyszące nam w związku z rozpoczęciem nowego roku szkolnego i zainspiruje do poszukiwania możliwości współpracy rodziny i szkoły. Autorka analizuje w nim efekty trwających ponad dwa lata badań kultury żeńskiej szkoły podstawowej, realizującej model edukacji spersonalizowanej, związanej z prowadzeniem tutoringu

rodzinnego, który zajmuje istotne miejsce w badanej placówce, a wyniki badań pokazują uwarunkowania jego efektywności, zwłaszcza od jednostkowego zaangażowania i świadomości, w mniejszym zaś stopniu od zastosowanych procedur.

Kolejne artykuły wpisują się w poszukiwanie dróg zaradzenia sytuacjom trudnym, lub wspomagania osób w sytuacjach wymagających pomocy. Grupę tych artykułów rozpoczyna artykuł Moniki Wojtkowiak, zatytułowany: *Poradnictwo – różnorodne drogi poszukiwania rozwiązań w sytuacjach trudnych*, w którym Autorka wskazuje na niektóre nowe formy działań pomocowych mieszczących się w obszarze poradnictwa, szczególną uwagę poświęcając poradnictwu dialogowemu we wspieraniu jednostki w sytuacjach trudnych (wzmocnienia jednostki, rozwiązywania konfliktów, czy poszukiwania własnych zasobów).

Anna Ławnik, Ludmiła Marcinowicz i Adam Szepeluk, w artykule zatytułowanym: *Wsparcie społeczne a zachowania agresywne młodzieży ponadgimnazjalnej z uwzględnieniem płci oraz wieku badanej grupy*, w oparciu o wyniki przeprowadzonych badań własnych skoncentrowanych na zachowaniach agresywnych mężczyzn i kobiet, wskazują na rolę i znaczenie społecznego wsparcia w związku z budzeniem poczucia własnej wartości oraz okazywaniem ogólnego wsparcia społecznego w zależności od płci badanych.

Artykuł Ewy Humeniuk, Olgi Dąbskiej i Aleksandry Krupy, podejmując problem: *Nasilenia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów onkologicznych*, zwraca uwagę na pacjentów doświadczających depresji z powodu choroby nowotworowej. Badania przeprowadzone na grupie 63 pacjentów onkologicznych, pozwalają Autorkom wypracować wniosek o potrzebie holistycznej opieki, uwzględniającej sytuację emocjonalną chorych w ramach okazywanego społecznego wsparcia dla nich.

Artykuł Sławomira Chrosta ukierunkowuje naszą uwagę na *dogoterapię, jako metodę wspomagania procesu rehabilitacji dzieci*. W oparciu o wyniki własnych badań empirycznych przeprowadzonych na terenie województwa świętokrzyskiego, artykuł ukazuje korzyści dogoterapii w sferze społecznej (kontaktów interpersonalnych), w sferze samooceny (rozwinięta śmiałość i odwaga), czy także w sferze senso-motorycznej (mówieniu, czytaniu, poruszaniu się, kontrolowaniu emocji) i sferze motywacji do działania czy rozwinięcia poczucia odpowiedzialności.

W zagadnienia związane z pracą zawodową, a w niej m.in. z ryzykiem zawodowym, wprowadzają nas: Sebastian Nieścioruk, Elżbieta Rutkowska, przez artykuł: *Ryzyko zawodowe w pracy fizjoterapeuty w ocenie studentów*. Artykuł poddaje analizie kwestię świadomości ryzyka studentów fizjoterapii w oparciu o analizę pojedynczych projektów studenckich i wskazuje na wysoki poziom świadomości ryzyka zawodowego. Poziomy te są związane zwłaszcza z takimi obszarami pracy zawodowej jak: niektóre czynniki fizyczne w pracowni fizykoterapii, zagrożenie epidemiologiczne w bezpośrednim kontakcie z pacjentem oraz relacje międzyludzkie w zespołach terapeutycznych.

Małgorzata Krystyna Siedlecka wraz z Panią Profesor Wioletta Żukiewicz-Sobczak, w artykule: *Wiedza pacjentów Przychodni Rejonowej POZ w Białej Podlaskiej na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego a ich zachowania zdrowotne*, w oparciu o badania własne, prezentują stan wiedzy pacjentów rejonowej przychodni POZ na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz metod zapobiegania tym schorzeniom. Wyniki badań eksponują kwestię stresu, postrzeganego jako wiodący czynnik ryzyka, jak też wykazują wysoką świadomość zasad zdrowego stylu życia oraz prawidłowego odżywiania.

Oddając niniejszy zeszyt z taką właśnie jego zawartością, wyrażamy nadzieję, że jego lektura wpisze się nie tylko w czas wakacji i urlopu, ale będzie służyła ubogaceniu i poszerzeniu perspektyw patrzenia na sprawy społeczne, a być może otrzyma szansę zainspirowania Państwa do dalszych badań, refleksji i dyskusji. Szczególne słowa wdzięczności i życzeń wakacyjnych oraz powakacyjnych składamy naszym Czytelnikom i Autorom, w nadziei na żywą współpracę na łamach kolejnych zeszytów „Rozpraw Społecznych”.

From the Editorial Board

The third issue of "Rozprawy Społeczne" ("Social Dissertations") comes out during a period which is connected with the time of holiday and vacation. Such time seems to acquire a special meaning nowadays when immersed in everyday reality and pursuing our professional work, we lose sight of the whole picture. In a way similar to shot frames of the reality with which we deal in the media or in the cinema, we only discern certain areas and sections of the reality. Extended perspectives of our outlook, new horizons and initiatives are born in moments when we can gain a certain distance from our everyday life. To a smaller extent such moments are connected with the role of Sunday among other days of the week and the period of holiday and vacation plays a special role. The greater the pace of life, the higher the qualification requirements and the greater the responsibility, the more importance is assigned to the period of vacation or days spent on holiday. There is no shortage of initiatives to educate people on how to spend their free time properly.

That period can be perceived as a convenient moment not only to achieve distance from everyday duties and their effects, but also to show invention and embrace new inspirations. Analogously, that period can be compared to the distance, which an artist usually takes from his or her painting or a sculpture while creating a work of art in order to contemplate the work from a little further perspective and then to undertake the act of creation again with new energy.

Every article reveals a certain perspective of its author's vision, which enriches and extends our insight, which is why considerable weight is also assigned to education in one's free time. With such intentions related to education and broadening the perspective of one's viewpoint, we wish to fit into the current holiday period experienced by our Readers.

The third issue of our magazine in 2018 presents the effect in the form of the present volume with the composition structured into two parts: *Part I: Dissertations and articles* - consisting of three articles and *Part II: Practice, research, implementation and problems of social health*, which contains seven articles. Both parts are opened by articles whose subjects are related to the beginning of a new school year, which may also be an additional circumstance updating the issues presented in this volume. This volume deals with the problems of family, identity (psycho-pedagogy), biological threats and epidemics - as dangerous tools of military character, and also with the issues of helping people who are in atypical situations through counselling, social support, and experiencing depression. The present volume, especially in its second part, does not lack attempts to show ways of dealing with these threats in the form of, among others, dog therapy or highlighting the need of knowledge, even in the form of knowledge about a healthy lifestyle.

These issues were ordered in the present volume as follows - *in the first part*, which begins with an article by Renata Kopyś entitled: *The development of empathy as a form of counteracting peer violence in the school environment* we receive an important contribution on the phenomenon of violence at school. The article points to ways of developing empathy at school through the drama method and *Non-violent Communication* by M.B. Rosenberg based on the understanding of empathy by children entering into peer relationships in the school environment.

Marta Popławska, in turn, in the English version of the article: *The female self as presented by Clarissa Pinkola Estés in Women Who Run With the Wolves. The stories of female initiation, intuition and instincts* takes the book by Clarissa Pinkola Estés as the subject of her analysis, looking for alleged archetype of a wild woman, which is contained in myths, tales and legends of different cultural and ethnic origin. The article, citing Estés, describes the universal female "me" created by: initiation, intuition and instincts, and interprets her vision of the woman, not only from the point of view of psychology, but also of cultural studies and literature studies.

Marcin Weiner and Karolina Tarasiuk in the article: *Social and historical determinants of biological wars and epidemics*, point to the examples of applying biological weapons from antiquity to the early 21st century and the importance of epidemics for the development and decline of specific civilizations and states. In their study, the authors demonstrate that the use of biological weapons can contribute to victory more than the use of conventional weapons.

Part two is dedicated to *practice, research, implementation and problems of social health*. It also starts with the "school issues" included in the text by Monika Jakubowska on the subject of: *Family tutoring as an element of school culture*. We believe that this text can also support our reflections in connection with the beginning of the new school year and will inspire you to look for cooperation opportunities between family and school. The author analyses here the effects of more than two-year-long research on the culture of the female primary school, which implements a personalized education model related to family tutoring, which occupies an important place in the studied facility, and the results of the research show the conditions contributing to its efficacy, especially ones dependent on individual commitment and awareness, and to a lesser degree on the procedures applied.

The next articles belong to the thread of searching for ways of dealing with difficult situations or supporting people in situations where assistance is required. This group of articles begins with an article by Monika Wojtkowiak, entitled: *Counseling – various ways of finding solutions in difficult situations*, in which the Author points to some new forms of assistance activities in the field of counseling, paying special attention to dialogue counseling in supporting an individual in difficult situations (strengthening an individual, resolving conflicts or seeking one's own resources).

Anna Ławnik, Ludmiła Marcinowicz and Adam Szepeluk, in an article entitled: *Social support and aggressive behaviours of secondary-school youth, with considerations for gender and age of the examined group*, based on the results of their own research focused on aggressive behaviour of men and women, point to the role and importance of social support in connection with empowering individuals to experience self-esteem and showing general social support depending on the sex of the respondents.

An article by Ewa Humeniuk, Olga Dąbska and Aleksandra Krupa, undertakes the problem of *Depression intensification in oncological patients*, and draws attention to patients experiencing depression due to cancer. The research conducted on a group of 63 oncology patients allows the authors to conclude that there is a need for holistic care, including emotional situation of patients as part of the support which is socially exhibited towards them.

An article by Sławomir Chrost directs our attention to *Dog therapy as a method of supporting children's rehabilitation process*. Based on the results of his own empirical research carried out in Świętokrzyskie Province, the article shows the benefits of dog therapy in the social sphere (interpersonal contacts), in the sphere of self-esteem (developed boldness and courage) and in the sensory-motor sphere (speaking, reading, moving, controlling emotions) and in the sphere of motivation to act or to develop a sense of responsibility.

We are introduced to the issues related to professional work, including professional risk connected therewith, by Sebastian Nieścioruk and Elżbieta Rutkowska in the article: *Occupational hazard in the profession of physiotherapists in the assessment of students*. The article analyses the issue of risk awareness among physiotherapy students based on the analysis of individual students' projects and points out a high level of professional risk awareness. These levels are particularly linked to such areas of professional work as: certain physical factors in a physiotherapy room, epidemiological threat in direct contact with the patient as well as interpersonal relationships in therapeutic teams.

Małgorzata Krystyna Siedlecka together with Wioletta Żukiewicz-Sobczak, in the article: *The knowledge of patients in the district clinic in Biała Podlaska with regard to the risk factors for cardiovascular diseases and their health behaviours*, based on their own research, present the state of knowledge of the patients of the primary care district clinic on the subject of risk factors of cardiovascular system diseases, as well as risk factors of circulatory system diseases and methods of preventing these diseases. The results of the research highlight the issue of stress, perceived as a leading risk factor, as well as show high awareness of the principles of a healthy lifestyle and proper nutrition.

By publishing the present volume with exactly such a content we hope that reading it will fit not only into the time of vacation and holiday, but also that it will serve to enrich and broaden the perspectives of viewing social issues, and perhaps will have a chance to inspire you to pursue further research, reflection and discussion. We express our gratitude and send holiday as well as post-holiday greetings to our Readers and Authors, hoping for active cooperation in the subsequent volumes of "Social Dissertations".

CZĘŚĆ I: ROZPRAWY I ARTYKUŁY

ROZWIJANIE EMPATII JAKO FORMA PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY
RÓWIEŚNICZEJ W ŚRODOWISKU SZKOLNYMTHE DEVELOPMENT OF EMPATHY AS A FORM OF COUNTERACTING PEER
VIOLENCE IN THE SCHOOL ENVIRONMENTRenata Kopyś^{1(A,B,C,D,E,F,G)}¹Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiczny i Artystyczny

Kopyś, R. (2018). Rozwijanie empatii jako forma przeciwdziałania przemocy rówieśniczej w środowisku szkolnym. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 7-13. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.24>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Celem artykułu jest wskazanie sposobów rozumienia i rozwijania empatii w kontekście relacji rówieśniczych wśród dzieci i przeciwdziałania zjawisku przemocy w szkole. Postawa empatyczna jest składnikiem komunikacji interpersonalnej i warunkiem prawidłowego funkcjonowania dziecka w grupie rówieśniczej. Trening aktywnego słuchania i uważności przyczynia się do poprawy więzi między członkami społeczności szkolnej, a w dalszej perspektywie ogranicza zachowania ryzykowne u dzieci. Empatia łączy się z innymi składnikami kompetencji społecznych, takimi jak: asertywność, współdziałanie, komunikatywność i wywieranie wpływu. Zdolność rozumienia emocji i zachowania innych osób, współodczuwanie oraz umiejętność patrzenia na rzeczywistość z innej perspektywy są niezbędne w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych. Wzucie się w pełni w niepowtarzalny świat przeżyć, myśli, uczuć i pragnień drugiego człowieka jest możliwe wyłącznie w relacji osobowej, która stwarza szanse nawiązania i utrzymania pozytywnych więzi społecznych. Artykuł przedstawia sposoby rozwijania empatii w szkole, takie jak: metoda dramy i „Porozumienia bez Przemocy” M.B. Rosenberga.

Słowa kluczowe: empatia, aktywne słuchanie, metoda dramy, „Porozumienie bez Przemocy” M.B. Rosenberga, przemoc rówieśnicza

Summary

The aim of this article is to present ways of understanding and developing empathy in the context of peer relationships in children. It seems essential to define the correlation between empathy and the reduction of school violence and aggression. Empathy is a component of interpersonal communication and a condition for the proper functioning of a child in a peer group. Active listening and mindfulness training improve the bond between members of the school community and, in the long run, limit risky behaviour in children. Empathy connects with other components of social competence, such as assertiveness, collaboration, communicativeness and influence. The ability to understand others' emotions and behaviours, feeling compassion and an ability to look at reality from a different perspective are very crucial in resolving conflict situations. Experiencing the unique world of events, thoughts, feelings and desires of another human being is possible only in a personal relationship that creates opportunities for establishing and maintaining positive social relationships. The article describes ways to develop empathy at school, such as drama and Rosenberg's "The Non-Violence Arrangements".

Keywords: empathy, active listening, drama, Rosenberg's "The Non-Violence Arrangements", peer violence

Tabele: 0

Ryciny: 0

Literatura: 33

Otrzymano: listopad 2017

Zaakceptowano: maj 2018

Adres korespondencyjny: Renata Kopyś, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiczny i Artystyczny, ul. Krakowska 11, 25-029, Kielce, kopys_renata@onet.eu; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8566-4468>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Renata Kopyś

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wstęp

Życie społeczne nie może istnieć bez komunikacji interpersonalnej, której podstawowym składnikiem jest empatia. Badania dowodzą, że pewnych elementów składowych empatii można się nauczyć w wyniku ćwiczeń w rozpoznawaniu i wyrażaniu emocji, odczuwaniu stanów psychicznych, rozumieniu różnych sposobów myślenia czy oglądu rzeczywistości z innej perspektywy (Davis, 1999; Hoffman, 2006). Empatia pełni szczególnie istotną rolę w rozwoju emocjonalnym i społecznym dziecka. Umożliwia nawiązywanie i utrzymywanie pozytywnych relacji osobowych, jest niezbędnym składnikiem konstruktywnej komunikacji i działań mediacyjnych. Kształtują ją indywidualne doświadczenia z okresu wczesnego dzieciństwa oraz wzorce osobowe i stymulacje sytuacyjne z życia rodzinnego.

W literaturze przedmiotu znajdują się przykłady korelacji wysokiego poziomu empatii z postawami prospołecznymi. Empatia jest składnikiem umiejętności społecznych. Jej deficyty przejawiają się u dzieci zaburzeniami zachowania lub zaburzeniami osobowości (np. Davis, 1999; Hoffman, 2006; Swearer S. M., Espelage D. L., Napolitano S. A., 2010). W podziale na płeć dziewczęta uzyskują wyższe wyniki pomiaru empatii niż chłopcy (Olweus, 1998). Psychologowie zajmujący się terapią i poradnictwem wskazują, że istnieją różne metody zwiększania poziomu empatii. Dotychczas jednak brakuje jednoznacznych dowodów na to, jakie metody są najbardziej skuteczne w pracy z osobami lokującymi się w różnych punktach rozkładu poziomu empatii oraz jej wpływu na eskalację przemocy (Baron-Cohen, 2015). Można wskazać szerokie spektrum przyczyn zachowań nacechowanych agresją i przemocą. Jedną z teorii wskazuje, że układ agresji uruchamia się wtedy, gdy zagrożone są główne cele i motywacje ludzkiego działania, przede wszystkim sprawiedliwość i uzyskanie akceptacji społecznej (Bauer, 2015). Inni badacze podkreślają fakt, że agresja ujawnia się jako indywidualny sposób pokonywania przeszkód w procesie zaspokajania potrzeb i dążeniu do realizacji określonych celów ważnych dla jednostki (Brzezińska, Hornowska, 2007; Rumpf, 2004).

Obecnie panuje przekonanie, że poziom empatii w społeczeństwach wykazuje tendencję spadkową, a w Polsce jest szczególnie niski. Jak donoszą media z relacji badań poziomu empatii przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych nasz kraj zajął sześćdziesiąte miejsce (na 63 kraje badane). Choć metoda badań budzi kontrowersje, jej wynik można potraktować jako punkt wyjścia do dyskusji w jakim stopniu rozwijać empatię i na ile jest ona nam niezbędna do dobrego funkcjonowania w życiu społecznym (<http://biqdata.wyborcza.pl/ranking-najbardziej-empatycznych-krajow-swiata>).

Poziom empatii u ludzi jest różny: od poziomu niskiego, prawie zerowego do poziomu wysokiego

(Baron-Cohen, 2015). Rozwijanie poszczególnych aspektów kompetencji społecznych: poznawczych, w tym empatii poznawczej, motywacyjnych, behawioralnych pozwala osiągnąć sukces w życiu osobistym i zawodowym, podnosi samoocenę i zwiększa skuteczność działania (Smółka, 2008). Z pewnością przyczynia się do zmniejszenia zjawiska krzywdzenia innych.

Empatia a przemoc rówieśnicza

W literaturze można znaleźć wiele definicji terminu empatia. Nauka akcentuje czynnik emocjonalny, poznawczy lub łączy w jedną definicję oba te aspekty. Stąd empatia jest rozumiana jako „zespół konstrukcji teoretycznych, które dotyczą reakcji pojedynczego człowieka na doświadczenia innych. Wśród tych konstrukcji znalazły się przede wszystkim procesy zachodzące u obserwatora oraz afektywne i nieafektywne skutki, które pojawiają się w wyniku tych procesów” (Davis, 1999, s. 23). Jednym ze składników kompetencji społecznych jest empatia rozumiana jako umiejętność odczytywania i rozumienia emocji innych osób oraz doskonalenia ich poprzez wyczuwanie potrzeb rozwojowych i zdolności (Goleman, 1999). Empatyczne słuchanie jest warunkiem wczucia się w świat rozmówcy z uwzględnieniem jego indywidualności. Empatia w takim znaczeniu zakłada zrozumienie i odczucie myśli, przeżyć, emocji drugiego człowieka. Jest to wsłuchanie się w zachowanie, odczytanie gestów i słów, zrozumienie motywów i skłonności. Empatia to „zdolność precyzyjnego wczuwania się w niepowtarzalny świat współrozmówcy” (Dziewiecki, 2000, s. 32). Inni badacze wskazują, że nie należy utożsamiać empatii z intelektualnym zrozumieniem czy współczuciem. Jest to uwaga poświęcona komuś, wczucie się w jego uczucia i potrzeby oraz bycie obecnym tu i teraz w przeżywaniu problemu przez współrozmówcę. Empatia ma szczególną moc pozwalającą nawiązać głęboki kontakt z sobą samym, a przez to zrozumienie włączyć się w uczucia i potrzeby innych (Rosenberg, 2008).

Analizując teorie dotyczące pochodzenia zdolności empatycznych badacze podkreślają dwa aspekty: wrodzone skłonności oraz doświadczenia społeczne z okresu dzieciństwa. Dodatkowo pojawia się komponent sytuacyjny, w którym działa jednostka wyposażona w określone cechy osobowe (Davis, 1999). Aby można było mówić o empatii muszą wystąpić dwa czynniki: rozpoznanie i reakcja, w tym sensie „empatia to zdolność rozpoznawania myśli lub uczuć innej osoby oraz reagowania na jej myśli i uczucia odpowiednią emocją” (Baron-Cohen, 2015, s. 32).

Zdolność ta zależy od mózgowego obwodu empatii, który został zbadany przy użyciu nowoczesnych technologii diagnostycznych. Wyróżniono co najmniej dziesięć wzajemnie połączonych okolic mózgowych odpowiadających za poziom empatii oraz wskazano, że aktywność obwodu empatii jest

osłabiona u ludzi, którzy dopuszczają się przemocy wobec innych. Naukowcy twierdzą, że obecnie żyjemy w czasach zmniejszania się poziomu empatii, a skrajna teza zakłada, że u ludzi czyniących zło następuje „erozja empatii” (Baron-Cohen, 2015). Należy wskazać, że empatię definiuje się również jako reakcję afektywną, która bardziej odpowiada sytuacji innej osoby niż naszej własnej. Osoba będąca świadkiem cierpienia sama zaczyna cierpieć, a w konsekwencji pojawia się u niej współczujące cierpienie, empatyczny gniew, empatyczne poczucie niesprawiedliwości oraz poczucie winy (Hoffman, 2006).

Akceptacja społeczna i wsparcie ze strony innych to czynniki pobudzające ośrodki motywacyjne w naszym mózgu. Wydzielane w nich neurotransmitery wywołują energię i chęć do życia, pomagają utrzymać zdrowie w lepszej kondycji fizycznej i psychicznej. Jeśli więzi społeczne są niewystarczające, gdy człowiek jest nieakceptowany albo nie dość uznawany przez otoczenie doznaje upokorzeń i odrzucenia, wtedy cierpi, a gdy cierpienie przekracza granicę wytrzymałości, następuje aktywacja ośrodków strachu, bólu i agresji. Dzieci komunikują się z otoczeniem przez zachowania spontaniczne, mowę ciała nacechowaną pobudzeniem i nadmierną aktywnością lub odwrotnie lęklivością i nieufnością (Bauer, 2015). Bliskie relacje z dzieckiem oparte na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa stanowią źródło siły w przeciwstawieniu się przemocy ze strony innych. To zaporę chroniącą przed uaktywnieniem się własnego cierpienia i bólu, które pobudzają agresję i przemoc wobec siebie i otoczenia.

Inni badacze dowodzą, że układ neuronów lustrzanych jako podstawowe biologiczne wyposażenie człowieka jest początkowo niedojrzały i niezróżnicowany. Empatia nie jest wrodzona, chociaż natura dała człowiekowi zestaw neuronów startowych. Rozwój neurobiologicznego wyposażenia człowieka dokonuje się wyłącznie w toku życia społecznego w kontakcie z innymi ludźmi. Relacje międzyludzkie są aktami odzwierciedlania. Dziecko przegląda się w procesie odzwierciedlania jak w lustrze i to umożliwia mu pełny rozwój osobowy. Dzięki niemu rozwija się u dziecka wysoka samoocena, wzrasta poziom wiedzy i kompetencji społecznych. Jednocześnie w sytuacji nadmiaru bodźców i ich wysokiej częstotliwości może nastąpić upośledzenie lustrzanego systemu nerwowego, co skutkuje deficytami w postrzeganiu siebie i trudnościami w tworzeniu pozytywnych relacji z innymi ludźmi (Bauer, 2008).

W poszukiwaniu przyczyn agresji i przemocy rówieśniczej dochodzimy do stwierdzenia, że istnieje zależność między doświadczaniem przemocy we wczesnym dzieciństwie a zwiększoną agresywnością i ograniczeniem kompetencji społecznych w wieku późniejszym (Pospiszyl, 2008). Ciężkie stresory biograficzne powodują najczęściej u chłopców wystąpienie reakcji agresywnych, a wśród dziewcząt lęk i zaburzenia depresyjne (Bauer, 2015). Natomiast

skutki przyjęcia roli ofiary przemocy pozostawiają blizny na całe życie, są odczuwalne przez dorosłych i objawiają się chorobami w sensie fizycznym, jak i psychicznym (Dambach, 2003).

Podobne wnioski można znaleźć w raporcie z badań „Młdzież i przemoc”: „ludzie, którzy często doznają krzywd stają się ludźmi bardzo podobnymi do tych, od których ich doznają”. Jest to życie w nieprzerwanym ciągu „koła agresji”. A źródłem agresywnych postaw i przemocy jest mechanizm reprodukcji brutalnych wzorców stosunków międzyludzkich (Borkowski, Kulińska, Paterek, 1999).

Dzieci często spotykają się z przejawami agresji rówieśników, przy czym według Instytutu Badań Edukacyjnych skala wiktymizacji w polskich szkołach wynosi ok. 10%. W podziale na płeć: częściej ofiarami prześladowań rówieśniczych są chłopcy niż dziewczęta. Wzrasta przemoc werbalna i relacyjna oraz wymuszenia niematerialne. Obserwuje się spadek agresji fizycznej, natomiast zwiększył się odsetek uczniów, którzy doświadczają dręczenia ze strony rówieśników z użyciem mediów elektronicznych, tzw. cyberbullying. Szczególnie narażone są dzieci z rodzin ubogich, bez wsparcia rodziców. Agresywne zachowania mają miejsce głównie w klasach IV–VI szkoły podstawowej. Problemy są mniejsze w klasach, w których uczniowie oceniają nauczycieli jako życzliwszych i bardziej skłonnych do pomocy, a także tam, gdzie uczniowie lepiej znają prawa i zakazy szkolne oraz je akceptują, a nauczyciele i dyrekcja omawiają je jasno i szczegółowo (Komendant-Brodowska, 2014).

Relacja między pojęciami: agresja, przemoc oraz bullying ma charakter hierarchiczny (Pyżalski, 2012). Agresja to pojęcie najbardziej ogólne, określające świadome podejmowanie wrogich działań mających na celu „wyrządzenie komuś szkody lub przykrości” (Aronson, 1997, s. 303). Przemoc to termin nieco węższy, a definiowany jako mobbing zachodzi wtedy, gdy agresor wykorzystuje swoją przewagę nad ofiarą, która jest przez dłuższy czas „wielokrotnie narażona na negatywne działania ze strony innej osoby lub osób”. Cechą przemocy rówieśniczej jest nierównowaga sił, osoba „atakująca” ma silniejszą pozycję niż ofiara. Przewaga może być ona liczebna, fizyczna, psychiczna lub o charakterze formalnym. Rozróżnia się prześladowanie bezpośrednie, które charakteryzują otwarte ataki i pośrednie przejawiające się izolowaniem ofiary (Olweus, 1998, s. 16-17; Komendant-Brodowska, 2014).

Dręczenie szkolne ma charakter proaktywny, a szkolnym prześladowcom zależy nie tyle na samym cierpieniu ofiary, ale na uzyskaniu uprzywilejowanej pozycji w grupie rówieśniczej. Dręczyciele działają w obecności świadków i świadomie wybierają ofiary starając się minimalizować ryzyko porażki. Sprawcy obawiają się skutecznej samoobrony ofiary ataku, szybkiej interwencji obrońców ofiary, w tym innych uczniów, rodziców lub nauczycieli. Ponadto badacze zwracają uwagę na fakt, że na typowe cechy ofiar przemocy rówieśniczej mają

wpływ czynniki o charakterze relacyjnym, a wyzwalanie agresji może być skutkiem socjalizacji (Bandura, Walters, 1968; Rumpf, 2003). Uczniowie prześladowani przez innych wyróżniają się odrzuceniem przez rówieśników, małą liczbą przyjaciół oraz niskim stopniem akceptacji rówieśniczej. Stąd konieczność rozwijania kompetencji społecznych nie tylko sprawców, ale także ofiar i świadków przemocy, którzy niejednokrotnie stają w obliczu trudnych wyborów moralnych.

Jak rozwijać empatię w szkole?

Empatia jest prospołeczna. Posiada moc ograniczania działania motywów egoistycznych. Nie jest wolna od błędów, które pokonuje regułą wzajemności i osadzenia w zasadach moralnych. Połączenie empatii i rozwoju moralnego wydaje się być właściwym kierunkiem dydaktycznym dla rozwijania empatii: „najpierw uwagę obserwatora przyciągają zasady, które następnie powodują pojawienie się obrazów ofiary, a te z kolei wywołują empatyczne cierpienie i poczucie winy” (Hoffman, 2006, s. 222).

Istnieje związek między empatią a społecznym zrozumieniem oraz sądami moralnymi i poczuciem winy. Stąd propozycja wykorzystania czynnika empatycznego w wychowaniu prospołecznym dzieci. Technika grania ról oraz maksymalizacja podobieństwa między obserwatorem a osobą stymulującą zwiększa szansę na rozwijanie empatycznego rozumienia. Zakłada się, że poprzez przyjęcie perspektywy obserwowanego następuje wytworzenie się empatycznej troski, w dalszej perspektywie zachowania pomocowe i altruistyczne (Davis, 1999).

Jedną z propozycji rozwijania empatii wykorzystującą naturalną skłonność dzieci do wchodzenia w role jest metoda dramy, która polega na „aktywnej identyfikacji uczniów z fikcyjnymi rolami i sytuacjami” (Witerska, 2011, s. 13). Drama stanowi inspirację do twórczego zaangażowania w różne wymiary rzeczywistości. Daje szansę przeżycia doświadczenia innych ludzi, zrozumienia motywów ich postępowania, emocji i przeżyć bez ponoszenia realnych konsekwencji tych działań. Poprzez poszukiwanie strategii rozwiązania danego problemu, wczucia się w sytuację innej osoby, rozwija się aktywność i ekspresja dziecka, która dobrze ukierunkowana będzie wyrażała się uznaniem wartości i norm akceptowanych społecznie. Zajęcia warsztatowe z dziećmi wykorzystujące dramę na różnych poziomach kształcenia ułatwiają naukę aktywnego słuchania i koncentracji uwagi. Pozwalają zrozumieć i nazwać własne stany emocjonalne oraz nauczyć się je uzewnętrzniać w sposób zgodny z przyjętymi w danym środowisku normami moralnymi. Osobą pobudzającą do twórczego, spontanicznego działania i wzorcem modelującym zachowania może być empatyczny wychowawca lub nauczyciel (Witerska, 2010). Zatem drama daje szansę rozwoju wszystkich aspektów inteligencji emocjonalnej, zrozumienia własnych emocji, rozpoznawania emo-

cji innych ludzi, motywowania się oraz nawiązywania i podtrzymywania związków interpersonalnych

W praktyce pedagogicznej niedocenianą formą komunikacji interpersonalnej jest rozmowa wymagająca nawiązania bliskiego kontaktu osobowego. Z przeglądu literatury przedmiotu dotyczącej komunikacji wynika, że rozmowa to „specyficzny rodzaj interakcji z drugim człowiekiem lub grupą ludzi” (Bochno, 2004, s. 31). Rozmowa empatyczna daje poczucie wspólnoty i bezpieczeństwa, zachęca do zwierzeń na temat osobistych przeżyć i uczuć. Duże znaczenie przypisuje się koncentracji uwagi i aktywnemu słuchaniu, nazywanemu słuchaniem empatycznym. Ten rodzaj słuchania jest procesem czynnym, zakłada pełną koncentrację na drugim człowieku, wczucie się w jego potrzeby i oczekiwania. Słuchanie aktywne to proces empatycznego dostrojenia się do uczuć i myśli współrozmówcy. Na poziomie neurobiologicznym uaktywniają się specyficzne struktury mózgowe zwane neuronami lustrzanymi. Ujęcie psychologiczne wskazuje na konieczność otwarcia się na przekaz werbalny i niewerbalny, a także emocje płynące od drugiej osoby w sposób skoncentrowany, skupiony na drugim człowieku. Z kolei poziom duchowy to decyzja na osobowe spotkanie Ja-Ty (Szczepan-Jakubowska, Jakubowski, 2016). W czasie empatycznej rozmowy z uczniem warto modelować zachowanie ucznia poprzez popularyzację wśród dzieci i młodzieży utworów biblioterapeutycznych dotyczących przemocy rówieśniczej w szkole dostosowanych do możliwości i potrzeb dziecka (Zubrzycka, 2008; Jodko-Kula, 2009).

W sytuacji przemocy rówieśniczej do głosu dochodzą różne emocje zarówno u sprawców, jak również ofiar i świadków. Wysłuchanie się w potrzeby i emocje strony konfliktu wśród dzieci jest procesem skomplikowanym, uwarunkowanym różnymi czynnikami, ale zwiększona umiejętność przyjmowania ról nabywana z wiekiem jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi empatii (Hofman, 2006). Badania naukowe wskazują, że istnieje negatywna korelacja między empatią a agresją. Sprawcy byllingu i cyberbullingu wykazują się niższym poziomem empatii niż osoby zaliczane do ofiar i świadków przemocy (Steffgen, König, Pfetsch, Melzer, 2009). Empatia poznawcza przyczynia się do lepszego zrozumienia sytuacji konfliktu, spojrzenia z innej perspektywy na rzeczywistość, a składnik emocjonalny hamuje własną agresję (Rembowski, 1989). Nie jesteśmy skazani na życie w kręgu agresji i przemocy. Istotne wydaje się odkrycie przyczyny zachowań agresywnych ważnych z punktu widzenia jednostki, którymi mogą być: lęk, ból, gniew czy nuda. Czynnikiem determinującym zachowania aspołeczne uczniów są niezaspokojone potrzeby, w tym brak poczucia przynależności i wspólnoty. Stąd wynika konieczność indywidualnego podejścia do dziecka, trafne odczytywanie motywów jego działania. Jeśli dziecko jest długotrwale agresywne i przejawia zaburzenia zachowania o podłożu emocjonalnym, być może oznacza to wołanie o pomoc. Najczęściej prosi o poświe-

cenie mu uwagi, zainteresowanie jego problemami i spędzanie z nim czasu wolnego. Szczególnie dla dzieci ważne są więzi i relacje z najbliższymi. Adekwatne odpowiedzi na potrzeby dzieci tworzą przywiązanie, dzięki czemu stają się one bardziej empatyczne. W praktyce szkolnej diagnoza pedagogiczna winna uwzględniać indywidualne potrzeby dziecka oraz stopień jego integracji z grupą oraz określać jakość relacji rówieśniczych i rodzinnych. W rozpoznaniu sytuacji dziecka i jego problemów konieczna jest współpraca ze środowiskiem rodzinnym.

Na podstawie własnych doświadczeń zawodowych związanych z przeciwdziałaniem agresji i przemocy rówieśniczej stwierdzam, że najczęściej pojawia się u dzieci uczucie złości, które ma źródło w niezaspokojonych potrzebach, braku poczucia bezpieczeństwa i zaufania do bliskich. Jest to lęk wyrażający się niepokojem i napięciem, skrepowaniem i poczuciem zagrożenia. Uznając, że „korzenie empatii tkwią w samoświadomości uczuć” (Hamer, 1999, s. 23) można wnioskować, że rozwijanie empatii to nabywanie sprawności w poznaniu własnych uczuć oraz nauczenie się sposobów ich wyrażania. W tym rozumieniu ważne jest właściwe odczytanie sygnałów mowy ciała: gestów, wyrazu twarzy, tonu i barwy głosu współrozmówcy oraz aktywne słuchanie, czyli utrzymywanie stałego kontaktu z rozmówcą wraz adekwatnym reagowaniem na jego potrzeby poprzez przekaz werbalny i niewerbalny. Kontakt interpersonalny ułatwia opis konkretnych zachowań i ich skutków, nawiązanie dialogu, otwartość, współdziałanie i poczucie współodpowiedzialności przy pełnej samoświadomości uczuć. Naukowcy twierdzą, że można nauczyć się dostrajając neurony lustrzane, a proces ten należy rozpocząć jak najwcześniej. Trening empatii powinien być tak przeprowadzony, aby nauczyć dzieci słuchania i odbierania wszystkich komunikatów, które docierają do rozmówcy.

Naukę komunikacji interpersonalnej i umiejętności rozwiązywania konfliktów można realizować posługując się metodą „Porozumienia bez Przemocy” (NVC) wg M. B. Rosenberga. (<http://www.cnvc.org/>). Autor oparł swoją koncepcję przeciwdziałania przemocy na doświadczeniu, które zdobył jako trener i mediator w sytuacjach konfliktowych o różnym charakterze w wielu krajach świata. Żyjemy w kulturze, która uczy nas od dziecka posługiwać się językiem oceniania, moralizowania, krytykowania czy też udzielania rad. Taki styl komunikacji oparty na dominacji nie służy porozumiewaniu się i ustalaniu wspólnych celów. Rosenberg proponuje zastąpić „język szakala” innym systemem komunikowania się służącym ludziom do życia w harmonii ze sobą i ze światem. Mechanizm języka pokoju, nazywanego „językiem żyrafy”, zakłada wyrażanie komunikatów wzbogacających życie opartych na obserwacji bez oceniania, łączeniu uczuć z potrzebami, umiejętnym wypowiedaniu próśb, a także na empatycznym kontakcie z innymi poprzez słuchanie, parafrazowanie i włączenie się w ich potrzeby

i uczucia (Rosenberg, 2006).

Jednak w warunkach życia szkolnego jest wiele czynników utrudniających skuteczną pracę nad rozwojem empatii u dzieci. Hałas i pośpiech będący cechą środowiska szkolnego utrudnia utrzymanie koncentracji uwagi. Dzieci zwykle skupione są na sobie i swoich emocjach nie dopuszczają do siebie emocji i przeżyć rówieśników. Osiągnięcie pewnego poziomu wrażliwości społecznej, który daje szansę na nawiązanie pozytywnych relacji jest możliwe w sytuacji, gdy dziecko pozna własne uczucia i będzie wiedziało jak je wyrazić. Samoświadomość przejawiająca się wglądem w swoje emocje i zachowanie oraz adekwatne reakcje na świat przeżyć rówieśników jest niezwykle trudna do osiągnięcia. Wydaje się, że wyzwaniem dla współczesnej edukacji i wychowania jest budowanie klimatu przyjaznej szkoły, w której konflikty nie są rozumiane jako „tragiczny wyraz niezaspokojonych potrzeb” (Rosenberg, 2008, s. 53). Atmosfera w szkole i jakość relacji między rówieśnikami zależy od wielu różnorodnych czynników niezwiązanych wyłącznie z zaspokajaniem oczekiwań uczniów i rodziców. Treści i metody pracy z dziećmi zawarte w programie wychowawczo-profilaktycznym szkoły mają na celu angażowanie środowiska szkolnego w szeroki wachlarz działań o charakterze prospołecznym i zadaniowym. Dzieci aktywizowane są do pełnienia różnych ról w życiu szkolnym, pracy w wolontariacie i kołach zainteresowań. Uczestniczą w warsztatach komunikacji interpersonalnej, asertywności, rozpoznawania i wyrażania emocji. Spotkania odbywają podczas lekcji wychowawczych i innych przedmiotów nauczania oraz zajęć pozalekcyjnych. W edukacji pojawiają się nowe rozwiązania, które uznają empatię za jedną z kluczowych umiejętności społecznych (<http://www.szkolyzmoca.edu.pl/o-programie/>). Ideałem byłaby szkoła, w której uczenie polegałoby „na zarażeniu uczniów chęcią i ciekawością podróży” (Rosenberg, 2008, s. 153), a nauka była dla dzieci inspirującą przygodą i pasją rozwijającą potencjalne zdolności i zainteresowania.

Wnioski

Jak dowodzą badania człowiek nie mógłby przetrwać bez zdolności współodczuwania i współdziałania w relacji z innymi ludźmi. Empatia sprawia, że zostaje zaspokojona potrzeba przynależności, akceptacji społecznej, dążenie do współpracy i pragnienie sprawiedliwości. Empatia jest jednym z elementów komunikacji społecznej. Jej wysoki poziom sprzyja akceptacji ze strony innych, zmniejsza skłonność do wywoływania konfliktów. Rozwijanie postawy empatycznej jest szczególnie istotne u dzieci o niskich kompetencjach społecznych, które najczęściej są ofiarami przemocy rówieśniczej. Empatia sprzyja otwartemu wyrażaniu uczuć, dzięki temu przyczynia się do zapobiegania sytuacjom trudnym. Dzieci lepiej rozumiejące siebie są bardziej skuteczne w działaniu i mają poczucie sprawstwa, co powoduje wzrost ich samooceny.

ny oraz zaufania do osób z najbliższego otoczenia. Dziecko żyjące w pozytywnych relacjach z innymi, docenione i zrozumiane ma szansę na pełny rozwój osobowy. Stąd wynika potrzeba dbałości o atmosferę rodzinną, w której dziecko, wzrastając w relacji szacunku i bliskości, nabiera wiary w siebie, uczy się respektowania potrzeb innych oraz umiejętności radzenia sobie z problemami codzienności.

Szkoła jest miejscem rozwoju zachowań empatycznych dziecka poprzez pozostawanie w osobistych relacjach z wychowawcą oraz rówieśnikami. Sprzyja temu respektowanie systemu wartości i zasad obowiązujących w danym środowisku. Proces ten jest uwarunkowany stopniem samoświadomości wychowawcy, którego powinna cechować umiejętność posługiwania się dojrzałą empatią, w której najważniejsze jest aktywne słuchanie i uważność. Z zastrzeżeniem, że „wychowanek nie potrzebuje lustra, aby się przejrzeć, lecz spotkania z silniejszym i dojrzałym od siebie przyjacielem” (Dziewiecki, 2000, s. 71). Ideałem byłoby gdyby empatyczny wychowawca był przykładem do naśladowania, potra-

fił rozpoznawać nadzieje, radości i troski ucznia, uczył pozytywnego myślenia i rozwiązywania konfliktów poprzez dialog i szukanie porozumienia między członkami społeczności szkolnej.

Empatyczne rozumienie i działanie w szkolnej rzeczywistości można rozwijać na wiele sposobów, takich jak: metoda dramy i „Porozumienia bez Przemocy” M. B. Rosenberga. Są to działania rozwijające empatię, a przez to ograniczające zjawisko przemocy rówieśniczej wśród dzieci. Wydaje się, że w szkole niedocenianą formą przeciwdziałania postawom aspołecznym jest empatyczna rozmowa między dzieckiem a dorosłym, traktowana jako wejście w autentyczną relację osobową opartą o szczerą komunikację z empatycznym słuchaniem i poświęceniem uwagi dla współrozmówcy. Obecnie przed nauką stoi jeszcze wiele pytań w kwestii skuteczności i efektywności treningów zachowania empatycznego, a także rzeczywistego wpływu obecności lub braku empatii na zjawisko przemocy rówieśniczej.

Literatura:

1. Aronson, E. (1997). *Człowiek istota społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. Bandura, A., Walters, R. (1968). *Agresja w okresie dorastania*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
3. Baron-Cohen, S. (2015). *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*. Sopot: Smak Słowa.
4. Bauer, J. (2008). *Empatia. Co potrafią lustrzane neurony*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
5. Bauer, J. (2015). *Granica bólu. O źródłach przemocy*. Słupsk: Wydawnictwo Dobra Literatura.
6. Bochno, E. (2004). *Rozmowa jako metoda oddziaływania wychowawczego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
7. Borkowski, R., Kulińska, L., Paterek, W. (1999). *Młodość i przemoc. Raport z badań*. Pobrane z: http://www.instesw.ebox.lublin.pl/ed/przemoc/raport_mlodziestwo.html
8. Brzezińska, A. (2007). Jak rodzi się agresja? W: Brzezińska A, Hornowska E. (red.), *Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy*. (s.107-123). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
9. Dambach, K.E. (2003). *Mobbing w szkole. Jak zapobiegać przemocy grupowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
10. Davis, M.H. (1999). *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
11. Dziewiecki, M. (2000). *Psychologia porozumiewania się*. Kielce: Wydawnictwo „Jedność”.
12. Goleman, D. (1999). *Inteligencja emocjonalna w praktyce*. Poznań: Media Rodzina.
13. Hamer, H. (1999). *Rozwój umiejętności społecznych. Jak skuteczniej dyskutować i współpracować*. Warszawa: Wydawnictwo Veda.
14. Hoffman, M. L. (2006). *Empatia i rozwój moralny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
15. <http://www.cnvc.org/>
16. Jodko-Kula, E. (2009). *Karina*. Kraków: Księgarnia Wydawnictwo Skrzat Stanisław Porębski.
17. Komendant-Brodowska, A. (2014). *Agresja i przemoc szkolna. Raport o stanie badań*. Pobrane z: <http://eduentuzjasci.pl/publikacje-ee-lista/analizy/1075-agresja-i-przemoc-szkolna-raport-o-stanie-badan.html>
18. Olweus, D. (1998). *Mobbing. Fala przemocy w szkole. Jak ją powstrzymać?* Warszawa: Jacek Santorski&Co.
19. Pawłowska, D., Deryło, A. (2016). *Empatia nie jest silną stroną Polaków*. Pobrane z: <http://biqdata.wyborcza.pl/ranking-najbardziej-empatycznych-krajow-swiata>
20. Pospiszyl, I. (2008). *Patologie społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
21. Pyżalski, J. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
22. Rembowski, J. (1989). *Empatia. Studium psychologiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
23. Rosenberg, M. B. (2006). *Edukacja wzbogacająca życie*. Warszawa: Jacek Santorski&Co Agencja Wydawnicza.

24. Rosenberg, M. B. (2008). *Rozwiązywanie konfliktów poprzez porozumienie bez przemocy*. Warszawa: Jacek Santorski&Co Agencja Wydawnicza.
25. Rumpf, J. (2004). *Krzyczeć, bić, niszczyć*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
26. Smółka P. (2008). *Kompetencje społeczne. Metody pomiaru i doskonalenia umiejętności interpersonalnych*. Kraków: Wolters Kluwer Polska.
27. Steffgen, G., König, A., Pfetsch, J., Melzer, A. (2009). Znaczenie empatii w wyjaśnianiu zjawiska cyberbulingu wśród młodzieży. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 4(214), 183-195.
28. Swearer, S. M., Espelage, D. L., Napolitano, S. A. (2010). *Przemoc rówieśnicza. Zapobieganie i interwencje. Skuteczne strategie dla szkół*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
29. Szczepan-Jakubowska, D., Jakubowski, J. (2016). *Jak ćwiczyć i rozwijać empatię?* Pobrane z: <http://www.akcja-empatia.pl/2016/05/01/jak-cwiczyc-i-rozwijac-empatie/>
30. *Szkoły z mocą*. Pobrane z: <http://www.szkolyzmoca.edu.pl/o-programie/>
31. Witerska, K. (2010). *Drama na różnych poziomach kształcenia*. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
32. Witerska, K. (2011). *Drama. Techniki, strategie, scenariusze*. Warszawa: Difin.
33. Zubrzycka, E. (2008). *Dręczyciel w klasie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

THE FEMALE SELF AS PRESENTED BY CLARISSA PINKOLA ESTÉS IN *WOMEN WHO RUN WITH THE WOLVES*. THE STORIES OF FEMALE INITIATION, INTUITION AND INSTINCTS

KOBIECE „JA” W UJĘCIU CLARISSY PINKOLI ESTÉS W *BIEGNAĄCEJ Z WILKAMI*. OPOWIEŚCI O KOBIECEJ INICJACJI, INTUICJI I INSTYNKTCIE

Marta Popławska^{1(A,B,C,D,E,F,G)}

¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Neofilologii

Popławska, M. (2018). The female self as presented by Clarissa Pinkola Estés in *Women Who Run With the Wolves*. The stories of female initiation, intuition and instincts. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 14-19. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.28>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Summary

In her work entitled *Women Who Run With the Wolves*, Clarissa Pinkola Estés examines myths, tales and legends of various cultural and ethnic backgrounds to elicit the wild woman archetype. Estés's interpretations seem to depict the universalities of the female self appearing in different forms in many cultures. The following paper focuses on three essential elements of the female self, namely initiation, intuition and instincts as presented in three tales recounted in the book; that is the story of Bluebeard, the story of Vasilisa the Wise and the story of the Red Shoes. The aim of the article is to present Estés's interpretations and her vision of the female self, to confront her readings with other existing analyses of the tales, as well as to show the value of Estés's work not only for psychological studies but also for cultural and literary analyses.

Keywords: female self, folk tales, initiation, intuition

Streszczenie

„Biegająca z wilkami” Clarissy Pinkoli Estés jest próbą przybliżenia archetypu dzikiej kobiety pojawiającego się w mitach, baśniach i legendach o różnym pochodzeniu kulturowym i etnicznym. Z interpretacji Estés wyłania się obraz uniwersalnego kobiecego „ja”, które możemy odnaleźć w wielu kulturach. Poniższa praca koncentruje się na trzech istotnych elementach kobiecej psychiki, a mianowicie inicjacji, intuicji i instynktach przedstawionych w trzech baśniach przytoczonych w książce, tj. opowieści o Sinobrodym, o Mądrej Wasylisie i Czerwonych trzewikach. Celem artykułu jest przedstawienie interpretacji Estés i jej wizji kobiety, porównanie ich z innymi istniejącymi analizami ww. baśni, a także ukazanie wartości pracy Estés nie tylko z punktu widzenia psychologii, ale także kulturoznawstwa i literaturoznawstwa.

Słowa kluczowe: kobiece „ja”, baśnie, inicjacja, intuicja

Tabela: 0

Ryciny: 0

Literatura: 11

Otrzymano: marzec 2017

Zaakceptowano: maj 2017

Introduction

In her work entitled *Women Who Run With the Wolves*, Clarissa Pinkola Estés examines myths, tales and legends of various cultural and ethnic backgrounds to elicit the wild woman archetype. Her interpretations of the stories, which serve to retrieve and understand the complexities of women's nature, seem to depict the universalities of the female self that appears in different forms and shapes in many cultures. The following paper focuses on three essential elements of the female self, namely initiation, intuition and instincts as presented in three tales recounted in the book, that is the story of Bluebeard, the story of Vasilisa the Wise and the story of the Red Shoes. The aim of the article is to present Estés's interpretations and her

vision of the female self as well as to confront her readings with other existing analyses of the tales. Although Estés's work is mainly considered to be a self-help book instructing and empowering women to get close to their true nature, it is also evident that it can serve as a source of cultural knowledge and inspire further literary analyses.

In her work Estés applies the methods of archetype analysis consistent with Jungian psychoanalytic approach and compares the wild woman archetype with images appearing in tales and myths. Jung describes archetypes as “a kind of structure of the primary images of unconscious collective fantasies”, or “structural elements of the unconscious psyche that give rise to myths” (Meletinsky, 1998, p. 44). Although his approach has been criticised for its “lack of precision about

Adres korespondencyjny: Marta Popławska, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Neofilologii, ul. Sidorska 102, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: m.poplawska@dydaktyka.pswbp.pl, tel.: 83 344 99 00

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Marta Popławska

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

the nature of the relationship between myth and archetype" (Meletynsky, 1998, p. 45) which leads some scholars to consider every image a myth, or for its ignorance of the social aspects of myths and legends in favour of the psychological dimension, it cannot be denied that it allows us to reconsider our attitude to myths, legends and folktales and appreciate their value as meaning-bearing cultural artefacts. Drawing from Jung's theories, Estés rediscovers the richness of narrative folklore and its universal meaning for the modern woman.

Bluebeard

The first tale recounted by Estés to be discussed is the story of Bluebeard, which is a well-known folktale whose different versions can be found in many cultures but whose first written version was published by Charles Perrault in 1697 (Zipes, 2007). In short, it is a story of a noble man who in spite of his obvious monstrosity, in the story depicted in the form of his awe-inspiring ugly blue beard, succeeds in persuading a young girl to marry him. One day prior to his departure, Bluebeard encourages his young wife to enjoy herself in his mansion and do whatever she desires to on condition that she does not open the door of a certain forbidden room. During his absence, however, the young wife disobeys her husband's order and, urged by her older sisters, walks into the mysterious chamber, discovering Bluebeard's secret. The room is filled with bloody corpses of his previous wives. Horrified and determined to avoid the fate of her predecessors, the girl tries to obliterate the traces of her visit to the room by hiding the key, which got stained and started to bleed. Bluebeard, shown as a cunning predator, soon learns about the young wife's misbehaviour and wants to murder her. He is, however, prevented by the girl's brothers who manage to rescue her in time and kill Bluebeard (Estés, 1995).

Undeniably, there are multiple interpretations of the story and, what is more, it is noticed by critics that the versions appearing in different traditions leave the reader with completely different impressions – the Italian and the English versions produce humorous effects, the German versions are horrific and the French seem dramatic (Hermansson, 2009). Traditionally, however, the tale's interpretations follow Perrault's moral to the story and revolve around the theme of "the evils of female curiosity" (Zipes, 2000, p. 56), depicted in the figure of the young wife who cannot resist the temptation to enter the forbidden chamber. As Tatar points out, "in his moral to the story, Perrault aligns the intellectual curiosity of Bluebeard's wife with the sexual curiosity of women in general, thus hinting that his protagonist is very much a daughter of Eve. By underscoring the heroine's kinship with certain literary, biblical, and mythical figures (most notably Psyche, Eve, and Pandora), Perrault gives us a tale that willfully

undermines a robust folkloric tradition in which the heroine is a resourceful agent of her own salvation. Rather than celebrating the courage and wisdom of Bluebeard's wife in discovering the dreadful truth about her husband's murderous deeds, Perrault and many other tellers of the tale disparage her unruly act of insubordination." (Tatar, 2002, p. 147) Apart from the theme of knowledge acquisition, other possible interpretations include taboos surrounding the acquisition of wealth and high social status by a woman or depicting irrational male evil. Freudian interpretations focus on sexuality where "the key is phallic, while the lock into which it is inserted and the forbidden chamber are both vaginal" (Hermansson, 2009, p. XV). Scholars also focus on the wife's transgression interpreted as sexual infidelity and the following punishment as the husband's right to execute his unfaithful wife practised in some cultures. Feminist readings of the tale suggest that the fact that Bluebeard's wives are slain for looking into the forbidden chamber is a warning for women against becoming excessively acquainted with their own bodies. Furthermore, postmodern feminists see the chamber as representing History, particularly the history of male physical and sexual violence inflicted on women with the support of culture (Hermansson, 2009). All in all, the most elemental interpretations centre around a prohibition and its transgression, and Bluebeard's wife is seen as "a fairy tale representation of the archetype of female transgressive curiosity" (Hermansson, 2009, p. 15).

Estés's interpretation is consistent with Jungian psychoanalysis in which "the conflict between Bluebeard and his wife is between two warring aspects of the psyche, reconciliation of which is necessary to individuation" (Hermansson, 2009, p. XVI). Individuation is a term used by Jung to describe "the process of personality development which leads to the fullest possible actualization of the Self. Individuation means becoming a single, homogeneous being, and, in so far as 'individuality' embraces our innermost, last, and incomparable uniqueness, it also implies becoming one's own self. We could therefore translate individuation as 'coming to selfhood' or 'self-realization'" (Stevens, 2002, p. 354). Since it plays a vital role in the development of the self, it is not surprising that individuation is perceived as one of the most fundamental archetypes appearing in Jungian analytical psychology and is said to occur in the majority of folk tales (Gary, El Shamy, 2005). Therefore for Estés, the Bluebeard tale is about the captor, or the innate predator who resides in all women's psyches, who represents an "against nature" force which prevents development, disrupts harmony and "acts in opposition to the instincts of the natural Self" (Estés, 1995, p. 45). According to Estés, every woman should be aware of the predator's existence and the knowledge is essential for her to become a mature creature "who

is not vulnerable out of naiveté, inexperience or foolishness" (Estés, 1995, p. 45).

Generally speaking, Estés reads Bluebeard as a story of early initiation where a young naïve woman meets the destructive force, the predator and falls prey to his powers and a cunning game, yet, she discovers the way to reveal the secret and defeat the monster. The author's first question concerns the reasons for the girl's decision to marry the monster. It seems that having been trained all her life 'to be nice,' the girl disregards her intuition and ignores the danger connected with Bluebeard's monstrosity. Estés calls it "Bluebeardian mesmerisation" and explains it as follows: "When the youthful spirit marries the predator (...) instead of living freely, she begins to live falsely. The deceitful promise of the predator is that the woman will become a queen in some way, when in fact her murder is being planned. (...) He prompts the woman to feel a false sense of freedom. He implies she is free to nourish herself and to revel in bucolic landscapes, at least within the confines of his territory. But in reality, she is not free, for she is constrained from registering the sinister knowledge about the predator" (Estés, 1995, p. 51). However, in order to begin and complete this early initiation, the girl must disobey Bluebeard's order, use the key and open the forbidden door, thus revealing the truth about the monster-husband. The key which opens the forbidden door is an important element of Estés's interpretation. In its most basic meaning it symbolises entry into knowledge, here it is the knowledge that cannot be ignored or forgotten since the key gets stained with blood which is impossible to be removed. Additionally, in Estés's version of the tale, the key becomes a tell-tale sign of the wife's transgression as it starts to bleed. For Estés opening the door is like awakening and the knowledge it brings is an essential step in forming a mature conscious female self. The corpses of beheaded wives can be thus read as "lifeless thoughts and feelings and desires; ones which were once graceful and promising but now are drained of blood" (Estés, 1995, p. 53). Estés seems to point to the fact that women fall victim to inner forces such as complexes or addictions which blind them, limit their hopes, block their dreams and impede the process of individuation. Yet, by retelling the story that depicts an inexperienced girl who is able to break the imposed restriction, identify the predator and eventually defeat him, Estés points to the possibility of change which stimulates proper development.

Jungian psychology, however, does not seem to be the only factor influencing Estés's tale analyses. In the introduction to *Women Who Run With the Wolves* she writes: "My own post-World War II generation grew up in a time when women were infantilized and treated as property. (...) Dancing was barely tolerated, if at all, so they danced in the forest where no one could see them, or in the basement, or on the way out to empty the trash. Self-decoration

caused suspicion. Joyful body or dress increased the danger of being harmed or sexually assaulted" (Estés, 1995, p. 3). The vision of women constrained and belittled by the culture they live in is not alien to the author and it appears that her experiences as a woman brought about a feminist-oriented approach with special sensitivity to the issues of female empowerment, limited access to knowledge or wisdom, inadequate possibilities of development as well as undervalued, misunderstood or simply forgotten natural instincts and powers essential for the maturity of the female self. Thus, it should be noted that the destructive force of Bluebeard constraining the woman is also seen as the one that comes from the outside and takes the form of a peer group, oppressive culture, religion, family or husband (Estés, 1995). Furthermore, just as Tatar, who points out that many critics including Bettelheim "turn a tale depicting the most brutal kind of serial murders into a story about idle female curiosity and duplicity" (Tatar, 1987, p. 161), Estés also notices that "women's curiosity was given quite a negative connotation, whereas men with the same attribute were called investigative. Women were called nosy, whereas men were called inquiring" (Estés, 1995, p. 51). Furthermore, for Estés the trivialization of female curiosity equals denying women's intuitions while "asking the proper questions is the central action of transformation – in fairy tales, in analysis, in individuation" (Estés, 1995, p. 52).

Vasilisa the Wise

Another tale recounted by Estés is the story of Vasilisa the Wise, which is also a tale of initiation, although, this time it is a fuller initiation in which intuition plays a crucial role. Vasilisa, the main heroine, is called the Wise by Estés, but in other versions she is also known as Vasilisa the Fair or Vasilisa the Beautiful. The story belongs to Russian folklore and its most famous version was written by Alexander Afanasev (Tatar, 2002). Vasilisa is a girl who becomes a half-orphan and has to struggle with various adversities including a jealous and spiteful stepmother and her daughters. Before her death however, Vasilisa's mother gives her a doll asking the girl to look after her, feed her and give her something to drink in return for help and protection. When the father remarries, Vasilisa suffers injustice and discrimination on the part of her step-family, who hate the beautiful and hard-working girl. One day, during the father's absence, the stepmother forces Vasilisa to go to the woods to Baba Yaga to fetch some fire. The obedient girl, although frightened, sets off and soon arrives at the witch's horrifying house, which is made of human bones and walking on chicken legs. Vasilisa, being exposed to death threats, becomes, in a sense, enslaved by Baba Yaga who forces the girl to carry out various household chores including cleaning the house, cooking meals, doing the laundry or the

almost impossible task of separating poppy seeds from specks of dirt. All the time, Vasilisa is given advice and support by the little doll she carries with her, which is one of the reasons why she finally gets the fire from Baba Yaga and manages to avoid death. She is even rewarded for her courage, as after she returns home happily the fire she brings from the witch burns the stepmother and her daughters. They die in flames giving Vasilisa freedom from persecution. In some versions of the tale, although not in the one recounted by Estés, in the end Vasilisa also marries the tsar who is impressed with the girl and her skills (Estés, 1995).

Generally, it seems valid to state that the tale follows the sequence of events as discerned by Vladimir Propp. Zipes summarizes it as follows: "the initiation of a young man or woman that takes the form of a quest; and the visit to the land of the dead and regeneration. In the first sequence, the hero/ine of almost all wonder tales is an initiate who lacks something, must abandon or is banished from home, receives help in the form of advice or magical objects from a donor or donors (a witch, wise woman, or hermit), is tested, and either happily survives or dies." (Zipes, 2012, p. 66) Traditionally, the tale's interpretations focus on the theme of female obedience, industriousness and family conflicts. Zipes draws our attention to the way the main female protagonists are presented in fairy tales, and Vasilisa appears to be one of them. He comments as follows: "Witches and fairies are not the only significant female characters in fairy tales. In fact, beautiful innocent maidens may be more important, but in the hands of male tellers, writers, and collectors, they tend to be depicted as helpless, if not passive. To be good, they must be obedient and industrious. The overwhelming number of oral and literary fairy tales up through the nineteenth century usually stereotype the young heroine (...) . It is because of a more general patriarchal view of women as domestics and breeders, born to serve the interests of men" (Zipes, 2012, p. 80). This claim seems to be consistent with what Tatar points out, that is "the story of Vasilisa reflects the cultural values of an earlier age, of a time in which excellence in the household crafts was treasured as highly as beauty" (Tatar, 2002, p. 173). For Afanasev, on the other hand, who saw fairy tales as carriers of knowledge about the natural world for primitive people, the tale epitomised "a battle between sunlight (Vasilisa) and storm (the stepmother) and other dark clouds (the stepsisters)" (Tatar, 2002, p. 334). Critics also emphasize the significance of another female character of the story, that is Baba Yaga, who is one of the most popular figures appearing in Russian folklore and discussed by literary critics and scholars of other disciplines. She is described as "compelling and dreaded because she forces the protagonists to test themselves while not deluding themselves that there is an easy way to reconcile conflicts" (Zipes, 2012, p. 63).

Again, with her Jungian approach, Estés offers a different perspective in looking at the story of Vasilisa. She describes the theme of the tale as "the retrieval of intuition as initiation" (Estés, 1995, p. 76), intuition which is viewed as the treasure of the female self, "inner seeing, inner hearing, inner sensing and inner knowing" (Estés, 1995, p. 83). Estés writes: "Vasilisa is the story of handing down the blessing on women's power of intuition from mother to daughter, from one generation to the next" (Estés, 1995, p. 83.) Nevertheless, in order to gain intuition a woman must complete certain tasks which form the whole process of initiation. The first stage is letting the good mother die and accepting her legacy. Estés points to the importance of eliminating all the obstacles inhibiting women's development and maturity, one of them being an over-protective mother who prevents a girl from facing new challenges. In the story, it is only after her mother's death that Vasilisa confronts her fears and accepts to take up a challenge of meeting Baba Yaga. Yet, Vasilisa also accepts the mother's legacy, that is the doll. Tatar describes its function as follows: "Whereas Cinderella and her folkloric cousins usually receive assistance from nature (trees, fish, brooks) or from a fairy godmother, Vasilisa is given a cultural artefact, a figure that can be seen as a miniaturized version of herself or as a symbolic form of her mother. While the doll protects and helps Vasilisa, it is also something to be nurtured and cared for, thus strengthening the fact of her own agency in escaping from villainy at home" (Tatar, 2002, p. 174). For Estés, learning to listen to the doll means learning to listen to and rely on intuition, which she describes as "the voice of inner reason, inner knowing, inner consciousness" (Estés, 1995, p. 92).

The next step in the process of Vasilisa's initiation is facing Baba Yaga representing instinctive nature, the wild feminine as well as "the power of annihilation and the power of the life force at the same time" (Estés, 1995, p. 96). Estés draws our attention to the fact that Baba Yaga is fair and "does not hurt Vasilisa as long as Vasilisa affords her respect. Respect in the face of great power is a crucial lesson. A woman must be able to stand in the face of power, because ultimately some part of that power will become hers" (Estés, 1995, p. 96). Thus, all the tasks Vasilisa is forced to complete in the witch's house seem to bring her closer to her own instinctive nature and teach her how to look after her wildish self. When Vasilisa completes all the tasks successfully she finally gets what she came for – the fire. Estés comments on this part of the tale as follows: "When the Yaga gives Vasilisa a lighted skull, she is giving her an old-woman icon, an 'ancestral knower,' to carry with her for life. She is initiating her into matrilineal legacy of knowing" (Estés, 1995, p. 111). Here again apart from the conventional interpretation of the tale's moral, that is if you are good and polite, listen to the wise and

use your own intuition you will be rewarded but if you are unkind and vicious, like the stepmother and her daughters, you may be duly punished, Estés offers us yet another feminist-oriented reading. She writes: "another way to strengthen connection to intuition is to refuse to allow anyone to repress your vivid energies... that means your opinions, your thoughts, your ideas, your values, your morals, your ideals" (Estés, 1995, p. 118). It appears then that Estés perceives the story as that of female liberation presenting the protagonist's passage from a subservient position to self-reliance and maturity.

The Red Shoes

The last tale to be analysed in this article is a tale of lost instincts entitled "The Red Shoes," originally written by Hans Christian Andersen in 1845 (Zipes, 2000). It is a story of a poor orphaned girl (in Andersen's version called Karen), who is adopted by a wealthy old lady. The woman takes the girl to her house and gives her everything she needs but expects her to be polite, well-mannered and obedient. Among many other things she is gifted with, the girl receives a pair of beautiful red shoes as a substitute for her old hand-made ragged red shoes. She is impressed by the shoes to such an extent that she ignores the old lady's order and wears the shoes to church on Sunday. One day she meets a strange-looking old soldier who comments on the girl's footwear. Soon after, her shoes start to move around and dance even against the girl's will. When the unhealthy fascination with the shoes fades away, the girl realises her mistake but it is too late. The shoes will not come off. Terrified and completely exhausted from this terrible dance, the girl finally decides to have her feet cut off. She learns a painful lesson as her life gets miserable after becoming disabled (Estés, 1995).

Although Estés's version of the tale differs in several details, especially as far as the ending is concerned (the author neglects Andersen's Christian motif of Karen going to heaven), the core and the traditionally interpreted moral of the story stay unchanged. It could be generally said that "The Red Shoes" tale revolves around the themes of vanity and selfishness (the girl seems blindly absorbed in the beauty of the red shoes), disobedience and conformity to social roles (when living with the old lady the heroine is expected to follow orders but she disregards the old lady's request not to wear the shoes to church) as well as social class aspirations (she acquires higher social status after being adopted by the rich old lady). Yet, it cannot be denied that the major symbol of the story, that is the red shoes, provokes multiple interpretations both positive and negative. As Davidson writes, "red shoes synthesize multiple and ambiguous cultural codes. The meanings and conflicts around the combination of a color and footwear are

highly charged as a cultural marker. The color red represents life and fertility in European and Asian traditions, but it also has associations with danger, war and death. Red is the color of the extremes of humanity, strong emotions, magic and religious experiences. (...) The highest ranks of the Catholic Church wear red vestments, but it is also the color of red-light districts, scarlet women and the Devil. The ambivalence between love and war, magic and religion, nobility and vulgarity, creates fundamental tensions in the use of this color" (Davidson, 2006, p. 273). The shoes may be thus seen as manifesting passion and sexuality, and the unrestrained dance as a form of bodily expression, which could be, on the one hand, perceived as positive suggesting freedom and mobility, and on the other hand, inappropriate for a well-behaved girl and thus severely punished. It is noted by scholars that "Andersen's productive work takes place within a male social order, and Andersen seems to never tire of brutally punishing female figures for disrespecting its laws" (Zipes, 2007, p. 134). Clearly, Karen is portrayed as a "bad" female character who must do penance for her defiant behaviour. Interestingly, it is observed by some critics that "this association has proved to be an enduring cultural idea, with red shoes denoting women who transgress against acceptable feminine norms" (Davidson, 2006, p. 277).

Estés also criticises the harmful influence of restrictive society on women and her reading of the tale's major symbol is rather negative. The tale itself is seen by the author as a warning against various traps waiting for the wild female self which lead to the loss of natural instincts. Estés comments: "the loss of the hand-made red shoes represents the loss of a woman's self-designed life and passionate vitality, and the taking on of a too-tame life. This eventually leads to loss of accurate perception, which leads to excess, which leads to loss of feet, the platform on which we stand, our basis, a deep part of our instinctual nature that supports our freedom" (Estés, 1995, p. 236). By the "too-tame life" Estés means living with the rich old lady, who is depicted as "the rigid keeper of collective tradition, an enforcer of the unquestioned status quo" (Estés, 1995, 244), and being well-mannered or, more generally, conforming to the rules set by the community or culture. More importantly, it also means yielding to the temptation of an easy and pleasant life while actually ignoring one's own true needs and desires. As a result, the woman tries to compensate for her passivity, submissiveness, "overdomestication," or loss of self-expression and might become involved in "excessive behaviors" (Estés, 1995, p.248). In the story "excess" is represented by dancing without control and it can stand for all types of addictions or obsessions such as "chronic negative thinking, poor relationships, abusive situations, drugs or alcohol" (Estés, 1995, p. 268). They all eventually lead to trauma and self-destruction. Generally speaking, for Estés the red shoes represent unconscious

destructive patterns of behaviour, injured instincts and distorted perception of the surrounding world.

Conclusion

All in all, it can be concluded that Estés's interpretations of the tales centre around the themes of initiation rites, the gaining or awakening of intuition as well as the gaining and loss of natural instincts. All these elements seem to be essential in forming the true female self which is free to make independent choices, strong enough to fight obstacles and ready to develop as well as to bear the consequences of its own behaviours. Interestingly, this wildish nature of the female self is common for women regardless of their cultural backgrounds as suggested by the fact that the tales are of various origins (German, Russian, Danish) and multiple versions of the same tales have been told in different countries. Furthermore, with her feminist-oriented approach, Estés draws our attention to the fact that in oral tradition these were usually women who were story-tellers while

the process of writing the folk tales down was taken over by men, which considerably influenced the way the characters were presented, and among them many female characters. Zipes notices: "The voices of the nonliterate tellers were submerged, and since women in most cases were not allowed to be scribes, the tales were scripted according to male dictates or fantasies, even though they may have been told by women. Put crudely, one could say that the literary appropriation of the oral wonder tales served the hegemonic interests of males within the upper classes of particular communities and societies" (Zipes, 2007, p. 7). Thus Estés's work seems to be of special importance as it brings the female perspective back to light and appreciates what may have been stereotypically perceived as negative female features such as curiosity, relying on instincts and intuition or disobedience. Additionally, it could inspire further literary research as the motifs and symbols appearing in fairy tales as well as presented behaviour patterns discussed by the author can be also found in more contemporary literature.

References:

1. Davidson, H. (2006). Sex and Sin: The Magic of Red Shoes. In: P. McNeil, G. Riello (ed.), *Shoes: A History from Sandals to Sneakers* (p. 272-288). Oxford: Berg Publishers.
2. Estés, C.P. (1995). *Women Who Run With the Wolves: Myths and Stories of the Wild Woman Archetype*. New York: Random House.
3. Gary, J., El-Shamy, H. (ed.) (2005). *Archetypes and Motifs in Folklore and Literature: A Handbook*. New York: M.E. Sharpe, Inc.
4. Hermansson, C. E. (2009). *Bluebeard: A Reader's Guide to the English Tradition*. Jackson: University Press of Mississippi. <https://doi.org/10.14325/mississippi/9781604732306.001.0001>
5. Meletinsky, E. M. (1998). *The Poetics of Myth*. New York: Routledge.
6. Stevens, A. (2002). *Archetype Revisited: An Updated Natural History of the Self*. London: Brunner-Routledge.
7. Tatar, M. (1987). *The Hard Facts of the Grimms' Fairy Tales*. Princeton: Princeton University Press.
8. Tatar, M. (ed.) (2002). *The Annotated Classic Fairy Tales*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
9. Zipes, J. (ed.) (2000). *The Oxford Companion to Fairy Tales*. Oxford: Oxford University Press.
10. Zipes, J. (2007). *When Dreams Came True: Classical Fairy Tales and Their Tradition*. New York: Routledge.
11. Zipes, J. (2012). *The Irresistible Fairy Tale: The Cultural and Social History of a Genre*. Princeton: Princeton University Press.

SPOŁECZNE I HISTORYCZNE UWARUNKOWANIA WOJEN BIOLOGICZNYCH I EPIDEMII

SOCIAL AND HISTORICAL DETERMINANTS OF BIOLOGICAL WARS AND EPIDEMICS

Marcin Weiner^{1(A,B,C,D,E,F,G)}, Karolina Tarasiuk^{1(A,B,C,D,E,F)}

¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Weiner, M., Tarasiuk, K. (2018). Społeczne i historyczne uwarunkowania wojen biologicznych i epidemii. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 20-28. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.30>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Tabele: 0

Ryciny: 0

Literatura: 33

Otrzymano: marzec 2017

Zaakceptowano: maj 2017

Streszczenie

W prezentowanym artykule przedstawiono przykłady użycia broni biologicznej od czasów starożytności do początków XXI wieku oraz znaczenie epidemii dla rozwoju i upadku poszczególnych cywilizacji i państw. Wykazano, że zarówno w czasach, gdy nie znano etiologii chorób zakaźnych jak i we współczesności, w dobie rozwoju mikrobiologii, genetyki i biologii molekularnej, użycie broni biologicznej może przyczynić się do odniesienia zwycięstwa bardziej, niż użycie broni o charakterze konwencjonalnym.

Słowa kluczowe: wojna biologiczna, epidemia, terroryzm, dżuma, ospa, węglik

Summary

This article describes the use of biological weapons from antiquity to the beginning of the 21st century and the importance of epidemics for the development and collapse of civilisations and states. It has been shown that both at a time when the etiology of infectious diseases was not known and in the modern world of microbiology, genetics and molecular biology development, the use of biological weapons can contribute to a victory more than conventional weapons.

Keywords: biological war, epidemic, terrorism, plague, smallpox, anthrax

Wprowadzenie

W środkach masowego przekazu często wspomina się o broni biologicznej i atakach bioterrorystycznych prezentując je jako sensację albo nowe zjawisko, które zostało zapoczątkowane na początku XXI wieku, jako pokłosie wydarzeń jakie miały miejsce po ataku na World Trade Center. Taka prezentacja faktów sprawia, że dla współczesnego odbiorcy, broń biologiczna utożsamiana jest tylko i wyłącznie z laseczką węglika i atakami terrorystycznymi w Stanach Zjednoczonych w 2001 roku. Niniejszy artykuł stanowi przeciwagę dla tego zjawiska i przedstawia pełną charakterystykę poszczególnych drobnoustrojów oraz przykłady ich użycia jako broni biologicznej od czasów starożytnych do początków XXI wieku. Niezależnie, czy użycie czynnika biologicznego następowało w czasach, gdy nie znano etiologii chorób zakaźnych czy współcześnie, w dobie rozwoju mikrobiologii, genetyki i biologii molekularnej, to jego wykorzystanie w trakcie prowadzenia działań o charakterze militarnym, może przyczynić się do odniesienia

zwycięstwa bardziej, niż użycie broni o charakterze konwencjonalnym.

Definicje broni biologicznej

Broń biologiczna zaliczana jest do broni masowego rażenia. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) definiuje ją jako atomowe ładunki wybuchowe skonstruowane w oparciu o substancje radioaktywne, chemiczne i biologiczne, a także wszelkie inne rodzaje broni o podobnej sile niszczącej jak bomba atomowa i powyższe rodzaje broni masowego rażenia (Michailuk, 2016) Według NATO bronią masowego rażenia nazywa się broń powodująca zniszczenia materii żywej i martwej na znacznych obszarach. Natomiast bronią biologiczną definiuje wszelkie materiały i środki techniczne zdolne do upowszechniania biologicznych środków trujących (czyli organizmów mikroskopijnych rozmiarów, które są przyczyną pogorszenia stanu zdrowia u ludzi, zwierząt i roślin oraz a także powodują u nich różne choroby (AAP-6, 2013). Encyklopedia PWN podaje, że broń biologiczną stanowią organizmy

Adres korespondencyjny: Marcin Weiner, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, ul. Sidorska 95-97, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: m.weiner@dydaktyka.pswbp.pl, tel. +48 83 344 99 00

ORCID: Marcin Weiner: <https://orcid.org/0000-0001-9288-0823>, Karolina Tarasiuk: <https://orcid.org/0000-0002-5926-5121>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Marcin Weiner, Karolina Tarasiuk

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

takie jak pierwotniaki, wirusy, bakterie i grzyby, wszelkie niebezpieczne substancje, które one wydzielają, a także organizmy zdolne do przenoszenia masowych chorób zakaźnych wywoływanych przez czynniki patogenne wśród ludzi, oraz fauny i flory. (<http://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/bro%C5%84-biologiczna.html>, dostęp: 30.04.2018)

Choroby zakaźne towarzyszą człowiekowi od zarania dziejów. Rozwojowi poszczególnych cywilizacji i poszczególnych państw towarzyszą gwałtowne upadki związane z występowaniem chorób zakaźnych takich jak dżuma, malaria, cholera lub wąglik. Pierwotnie za przyczynę ofiar śmiertelnych epidemii uważano siły wyższe i gniew bogów, z czasem jednak zaczęto dostrzegać pewne powiązania przyczynowo - skutkowe, które zostaną przedstawione w dalszej części opracowania, a które mogły przyczynić się do zwycięstwa bardziej, niż użycie oręża czy liczniejszej armii. Współczesne środki masowego przekazu co jakiś czas ujawniają „sensacyjne” informacje na temat nowych możliwości wykorzystania broni biologicznej jako narzędzia do prowadzenia działań wojennych bezpośrednio, lub jako element strategii i gry politycznej. Celem niniejszego opracowania jest zaprezentowanie wybranych czynników biologicznych i wykazanie, że ich użycie na polu walki nie jest niczym nowym, a historia zna wiele przypadków ich skutecznego użycia.

Broń biologiczna w starożytności

Pierwsze wzmianki na temat użycia broni biologicznej odnotowywano już w starożytności. Na terenie dzisiejszego Wietnamu wykorzystywano słupy *punji* w postaci zasadzek zapadniowych, natarte ludzkimi fekaliami. Scytyjscy łucznicy maczali strzały w rozkładających się ciałach i nieczystościach, a rzymscy żołnierze zanurzali miecze przed bitwą w padlinie i zwierzęcych odchodach (Croddy, Perez-Armentariz, Hart, 2003). Już w VI w. p. n. e. Asyryjczycy wykorzystywali sporysz (przetrwalnik pasożytniczego grzyba buławinki czerwonej) jako broni biologicznej do zatruwania studni, z których wrogowie czerpali wodę do celów spożywczych (Kalenik, 2003).

Chińczycy w II w. p. n. e. w starciach z nieprzyjacielem wykorzystywali kosze z pszczołami, którymi obrzucali przeciwnika (Kalenik, 2003). Istnieją również wzmianki o bojownikach Hannibala, którzy w czasie II Wojny Macedońskiej posłużyli się jadowitymi węzami, aby wywołać panikę na pokładzie i uniemożliwić prawidłowe prowadzenie floty króla Eumenesa (Croddy i in., 2003).

W czasie II wojny peloponeskiej, rozwinięte gospodarczo i militarnie Ateny doświadczyły najazdu Sparty. Sztuka oblężnicza tamtej epoki była na tyle prymitywna, że solidne mury miasta wydawały się dostateczną ochroną. Mury miasta okazały się jednak śmiertelną pułapką w momencie, gdy w porcie Pireus, będącym oknem Aten na świat, zaczęła się

zaraza, opisana m.in. przez starożytnego historyka, Tukidydesa. Zakażenie spowodowała bakteria *Salmonella typhi* powodująca dur brzuszny (tyfus). Zdaniem naukowców wskutek tyfusu śmierć w Atenach poniósł co czwarty żołnierz, w tym najwybitniejszy w tym okresie Perykles. W wyniku zarazy Ateny przegrały konflikt ze Spartą w 404 r. p. n. e., i kilkadziesiąt lat po tym zdarzeniu na rozproszonych Hellenów najechał Filip II, król macedoński, który torował drogę swojemu synowi Aleksandrowi (Michalski, 2012).

Nieznane choroby bardzo często utrudniały bądź uniemożliwiały kampanie wojskowe oraz determinowały ogromne straty w zasobach wojskowych. Przykładem może tu być opis choroby zawarty w „Iliadzie”, która dotknęła greckich bojowników oblegających Troję – najpierw od niej padały zwierzęta, następnie ludzie (Anusz, 1995). Wielu pisarzy epoki antycznej (m. in. Hipokrates, Arystoteles, Avicenna) w swoich zapiskach odnotowywali zdarzenia mające związek z inwazjami pasożytniczymi i powiązanymi z nimi chorobami zakaźnymi wśród wojsk, które niejednokrotnie zmieniały bieg bitew i całych kampanii wojskowych. Przede wszystkim szkody czynione przez choroby zakaźne dotyczyły dużych formacji zbrojnych zorganizowanych na niewielkim obszarze, które pokonywały wiele kilometrów w dłuższym czasie (Michalski, 2012).

Tularemia

Tularemia jest ostrą bakteryjną chorobą zakaźną, której czynnikiem etiologicznym jest pleomorficzna, gram-ujemna pałeczka *Francisella tularensis*, występująca u ludzi i zwierząt. Typowym objawem choroby jest obrzęk zmienionych węzłów chłonnych, może również wystąpić posocznica. W naturalnych warunkach do zachorowania dochodzi na skutek ukąszeń człowieka przez owady przenoszące w swej ślinie bakterie. W przypadku potencjalnego ataku biologicznego, na skutek rozpylenia w powietrzu bakterii, występuje tzw. forma tyfoidalna. Zapalenie gardła, któremu często towarzyszy zapalenie płuc, może wystąpić aż u 80% pacjentów (Dennis, 2001). W 2016 r. w krajach UE potwierdzono laboratoryjnie 1056 zachorowań u ludzi (współczynnik zapadalności 0,21/100 000 osób), co oznaczało niewielki spadek w odniesieniu do 2015 r. W tym samym czasie odnotowano 18 zakażeń w Polsce (EFSA, 2017).

W starożytności udanym przypadkiem ataku biologicznego z wykorzystaniem pałeczki *Francisella tularensis* była ekspansja Hetytów na Bliski Wschód. Z tego powodu tularemia do dziś nazywana jest chorobą hetycką. Pustoszyła ona tereny Bliskiego Wschodu pod koniec XIV w. p. n. e. Hetyci użyli zarażonych pałeczką zwierząt, które wysłali do obozu wroga, co doprowadziło do rozprzestrzenienia się choroby u nieprzyjaciela. Wskutek tych działań zachorował sam władca Arzawy – Uhha-

zitis, nie mniej jednak ofiarami tej choroby padli także królowie Hetyccy – Suppilium I i Arnuwand II (Janeczek, Chrószcz, Ożóg, 2010).

Radzieckie badania dotyczące broni biologicznej zostały zainspirowane epidemią tyfusu po I wojnie światowej, która zaatakowała ok. 30 mln ludzi, z czego jego ofiarami się stało 3 mln Rosjan. Przed wybuchem II wojny światowej w tajnym ośrodku bakteriologicznym w Suzdalu badano możliwości wykorzystania wielu czynników zakaźnych, między innymi tularemii ale także dżumy, tyfusu i gorączki Q jako broni biologicznej (Croddy i in., 2003). Rozpoczęte wtedy badania przyczyniły się do wykorzystania tego drobnoustroju na froncie II wojny światowej, kiedy to radzieccy żołnierze w latach 1942 – 1943 zainfekowali bakterią tularemii niemieckich żołnierzy w ciągu trwania oblężenia Stalingradu, co poskutkowało licznymi zachorowaniami po obu walczących stronach na tę chorobę (Weiner, Kubajka, 2015).

Równocześnie z przystąpieniem USA do II wojny światowej, Amerykanie rozpoczęli program badań nad bronią bakteriologiczną. W tym celu zostały zbudowane dwa laboratoria – Camp Detrick i Camp Frederick – które prowadziły eksperymenty w warunkach poligonowych (Zieliński 2010). Początkowo badania dotyczyły tylko wąglika i bakterii z rodziny *Brucella*. W krótkim czasie program badań rozszerzono o inne biologiczne czynniki chorobotwórcze dla człowieka, przede wszystkim tularemii i dżumy, ale także chorobotwórczych dla zwierząt (księgosusz, ptasia grypa, pryszczycy) i upraw rolnych (zaraza ryżowa, rdza pszenicy, rdza ziemniaczana) (Croddy i in., 2003).

Po zakończeniu II wojny światowej, badania nad wykorzystaniem pałeczki tularemii w USA zostały zmniejszone do skali laboratoryjnej, wyłącznie na cele badawcze. Warto jednak zaznaczyć, że Stany Zjednoczone swój program badań broni o charakterze biologicznym rozszerzyły w okresie konfliktu koreańskiego. Kwestia przenoszenia na duże odległości patogenów chorobotwórczych wciąż nie była zamknięta, co nie zmienia faktu, że jak dotąd nikt nie posiadał śmiertelności, aktywnego, łatwego do upowszechnienia i niedrogiego czynnika wojny biologicznej. W 1951 r. Korea Pn. wystosowała oskarżenie w stronę Stanów Zjednoczonych, Korei Pd. i ich sojuszników jakoby wytwarzały broń bakteriologiczną do przypuszczenia ataku na nią. Donos Koreańczyków mówił o incydentach lotniczych wypuszczenia nad liniami frontu owadów zarażonych różnymi czynnikami chorobotwórczymi w celu wywoływania chorób zakaźnych oraz oskarżał Stany Zjednoczone o planowanie i dokonywanie ludobójstwa na żołnierzach KAL (Koreańskiej Armii Ludowej), ChOL (Chińskich Ochotników Ludowych) oraz niekonfliktowych obywatelach Korei Pn. Oczywiście, Stany Zjednoczone w odpowiedzi na zarzuty przedstawione przez Koreę Pn. wszystkim zaprzeczyły, a sama Korea Pn. i jej sojusznicy (Chiny i ZSRR) odmówiły przeprowadzenia śledz-

stwa przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (Croddy i in., 2003).

W latach 60. ubiegłego wieku USA przeprowadziło jeszcze wiele eksperymentów z zakresu wykorzystania broni biologicznej. Do momentu przerwania badań nad bronią biologiczną pod koniec lat 60. Stany Zjednoczone miały na swoim wyposażeniu aż 7 typów standaryzowanej broni biologicznej. Do zabójczych środków biologicznych zaliczono m. in. bakterie wąglika i tularemii, a do czynników, które były przyczyną niezdolności do walki wpisano brucelozę, gorączkę Q i VEE. Uzbrojenie przeszło pewne modyfikacje, gdzie wykorzystywano zabójcze toksyny SEB oraz botulinę (Croddy i in., 2003).

Dżuma

Dżuma (Pestis) jest bakteryjną chorobą zakaźną człowieka. Czynnikiem etiologicznym dżumy jest niewytwarzająca zarodników bakteria *Yersinia pestis*. Dżuma występuje w kilku postaciach klinicznych: dymienicznej, posocznicowej (septycznej), oraz płucnej (pierwotnej i wtórnej). Bez leczenia postać dymieniczna kończy się śmiercią w 50% przypadków. W postaci płucnej (*pestis pneumonica*) występują objawy ciężkiego, wysiękowego zapalenia płuc, z krwiopluciem, dusznością i sinicą a śmiertelność sięga 100% (Mwengee, 2006). Wg danych WHO w latach 2010-2015 odnotowano 3248 zachorowań i 584 przypadki śmiertelne (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/plague>).

Pierwsze wzmianki dotyczące masowych zachorowań na dżumę dotyczą starożytnego Rzymu. W II w. n. e. plany rzymskie dotyczyły rozszerzenia granic imperium o ziemie należące do germańskich ludów z terenów dzisiejszych Czech i Moraw, i utworzenie tam nowej prowincji – Markomanii. Jednakże w 165 r. n. e. legionści zostali zaatakowani przez nieznaną chorobę – dżumę. Kasjusz Dion, rzymski historyk pochodzenia greckiego, zapisał, iż w samym centrum imperium w jeden dzień śmierć w wyniku choroby ponosiło ok. 2 tys. osób. Szacuje się, że ogólnie liczba osób zmarłych na zarazę wynosi co najmniej 5 mln mieszkańców całego Imperium Rzymskiego; w tym dosięgła dwóch cesarzy: Lucjusza Werusa (169 r. n. e.) i Marka Aureliusza (180 r. n. e.). Osłabienie armii legionistów wskutek choroby, a nie siła ludów germańskich, zatrzymała ekspansję Rzymu na północ i udaremniła stworzenie nowej prowincji – Markomanii (Piotrowska, 2010).

Epidemie wśród żołnierzy odcisnęły także swoje piętno podczas wypraw krzyżowych. W pierwszej krucjacie (1089 r.) armia stacjonująca pod Antiochią w sile 300 tys. żołnierzy w ciągu 12 lat w wyniku chorób zmniejszyła swą liczebność o 94%. Natomiast czwarta z kolei wyprawa krzyżowa pod przywództwem Baldwina z Flandrii nie dotarła do Jerozolimy z powodu szalejącej dżumy. Przez okres ponad dwóch tysięcy lat historia odnotowała aż 41 przypadków epidemii „czarnej śmierci”, która za-

wleczona do Europy na początku przez Rzymian, a potem przez armie krzyżowców, zabijała mieszkańców wsi i miast (Michalski, 2012). Dżuma stanowiła broń biologiczną, której używały zwaśnione strony w swoich bitwach. Pierwszym przykładem wykorzystania jej w walce jest oblężenie krymskiego portu Kaffy przez wojska tatarskie w 1346 r. Opisy nie podają w jakim stopniu zaraza stała się przyczyną ostatecznego triumfu Tatarów. Otoczony murami port Kaffa, przepełniony handlarzami i kupcami z włoskiej Genui, zacięcie broniony przez mieszkańców, okrążony przez tatarów pozostawał długo niezdobyty. Tuż przed odwrotem, przywódca wojsk Janibeg rozkazał swojej armii, by katapultowali ciała zmarłych na dżumę żołnierzy za mury miasta. Obrońcy Kaffy przerzucili tych samych nieboszczyków z powrotem na stronę tatarską. Nikt z historyków nie podaje wartości dotyczących strat po obu stronach z tego tytułu. Skutkiem epidemii „czarnej śmierci” było czasowe zachwianie zdolności obronnych mieszkańców Kaffy, wskutek czego miasto portowe niedługo potem zostało zdobyte przez Tatarów. Uciekinierzy z miasta kierowali swoje statki (na których podróżowały także szczury i pchły zarażone dżumą) do innych portów w basenie Morza Śródziemnego: Konstantynopola, Marsylii czy Wenecji, a także do odleglejszych portów europejskich. Według większości historyków był to początek wielkiej pandemii dżumy, która szalała w Europie w XIV wieku (Kalenik, 2003). Prawdopodobnie „czarna śmierć” panująca w Europie opóźniła o mniej więcej 100 lat nadejście nowej epoki – renesansu. Ofiarą dżumy mogło paść nawet połowa, a nawet więcej (ok. 60%) Europejczyków zamieszkujących ówczesnie kontynent. Bezrobocie oraz niezdolność władz do rządzenia były przyczyną załamania się systemu feudalnego oraz modernizacji i reformy starych form organizacji społeczeństwa. Warto także dodać, że lęk przed możliwością powrotu dżumy stał się przyczyną zamykania łaźni w miastach i popularyzację „kultu brudu” (Piotrowska, 2009). W średniowieczu patogen dżumy wykorzystano jeszcze w 1422 r. w bitwie pod Carolstein, podczas której ciała zmarłych żołnierzy katapultowano na oddziały wojsk wroga (Kalenik, 2003).

W 1710 r., w czasie wojny rosyjsko-szwedzkiej, został wykorzystany patogen dżumy, analogicznie jak miało to miejsce w średniowieczu podczas bitwy pod Carolstein. Rosjanie, nie mogąc zdobyć skutecznie bronionego przez Szwedów miasta, przerzucili na teren Revalu (współcześnie Tallin) nieboszczyków zmarłych na dżumę, doprowadzając w konsekwencji do upadku miasta (Kalenik, 2003).

Na początku lat 40. XX wieku, Japonia zrzuciła nad obszarem Mandżurii i pobliskimi regionami bomby ceramiczne, w których znajdowały się pchły zainfekowane bakterią dżumy. Siła eksplozji rozrzucała ziarno, zwabiając szczury, na które miały przedostawać się zarażone pchły. Te z kolei przenosiły chorobę dalej na społeczeństwo. Wielokrotnie (aż 11 razy!) chińskie miasta były atakowane przez Japonię róż-

nego rodzaju czynnikami biologicznymi skażającymi żywność i wodę przy pomocy agrotechnicznych rozpylaczy. Mimo wielu japońskich prób bioataku, większość kończyła się porażkami: w jednym z przypadków ataku z użyciem czynników biologicznych, w którym wykorzystano bakterie cholery do skażenia rzeki, zachorowało 10 tys. żołnierzy, z czego prawie 2 tys. zmarło (Croddy i in., 2003).

Kłeska Japonii w II wojnie światowej pokrzyżowała plany wykorzystania broni bakteriologicznej przeciwko aliantom (Bińczycka-Anholcer, Imiołek 2011). Po kapitulacji, Japończycy dowódcy nakazali rozwiązanie jednostek 731 i 710 znajdujących się na obszarze Mandżurii (która w późniejszym czasie została zajęta przez Związek Radziecki) oraz zniszczenie wszelkich dokumentów związanych z prowadzonymi badaniami nad bronią bakteriologiczną i zburzenia laboratoriów badawczych. W 1946 r., na skutek porozumienia zawartego między Japonią i Stanami Zjednoczonymi, że w zamian za dostęp do utajnionych danych związanych z bronią bakteriologiczną, zostały odwołane śledztwa i cofnięte wszelkie oskarżenia wobec zbrodniarzy wojennych z Japonii (Kalenik, 2003).

Program badań w ZSRR nad pałeczkami dżumy (ale także wąglika) realizowały nie tylko zakłady w Swierdłowsku, ale także w Stepnogorsku na obszarze Kazachstanu. Aby zataić fakt badań nad bronią biologiczną postarano się o zakamuflowanie zewnętrznych instalacji, które mogłyby być kojarzone z produkcją broni bakteriologicznej (np. w Oblesku zakład do badań nad bronią biologiczną został zaprojektowany w taki sposób, aby z zewnątrz wyglądał jak szpital, a w Stepnogorsku użyto nowoczesnych technologii w celu uzyskania efektu niewykrywalności obiektu na zdjęciach satelitarnych (Croddy i in., 2003). Rosyjscy biolodzy prawdopodobnie prowadzili badania w zakresie użycia patogenów chorobotwórczych jako broni co najmniej do lat 80. XX wieku. Ken Alibek, lekarz wojskowy, który był zatrudniony jako kierownik zakładu w Stepnogorsku i „Biopreparatu”, twierdzi, że działalność badawcza nad bojowymi środkami biologicznymi nie została przerwana pomimo wydanego zakazu Jelcyna w tej dziedzinie, i może trwać po dzień dzisiejszy (Croddy i in., 2003).

Wąglik

Wąglik (łac. *anthrax*) jest zakaźną i zaraźliwą chorobą wywoływaną przez Gram-dodatnią bakterię - laseczkę wąglika (*Bacillus anthracis*). Wąglik występuje najczęściej u bydła, koni, owiec i kóz, natomiast ptaki są niewrażliwe na naturalne zakażenie (WHO, 2008)). Każdego roku na wąglik zapada około 2000 osób (GIDEON, 2016). Postać skórna wąglika dotyczy 95% przypadków, które nieleczone, w 24% kończą się śmiercią. W pozostałych 5%, w postaci jelitowej i płucnej, pomimo zastosowanego leczenia, śmiertelność sięga odpowiednio 75 i 85% (Inglesby, 1999).

Pierwsze wzmianki na temat węgliką sięgają XII wieku i odnoszą się do greckiego słowa anthrakis, to znaczy węgiel, związanych z czarnymi zmianami skórnymi występującymi na ciele zarażonych osób i zostały opisane w „Bartholomaeus Anglicus' De Proprietatibus Rerum”.

Trzy lata przed wybuchem I wojny światowej, dr Anton Dilger, obywatel Stanów Zjednoczonych o niemieckich korzeniach, zatrudniony w charakterze chirurga w John's Hopkins University w Baltimore, na swojej prywatnej posesji namnożył szczepy węgliką i nosaczyny, które dostał od niemieckiego rządu i przekazał sympatyzującym z Niemcami robotnikom stoczni Baltimore, których zadaniem było zainfekowanie ok. 4 tys. koni, mułów i bydła przeznaczonych do transportu na kontynent europejski jako pomoc dla Aliantów (Kalenik, 2003). Nie mniej jednak sami Niemcy też byli ofiarami sabotażowych ataków biologicznych, m. in. niemiecki wywiad odkrył, że Francuzi przebywający na terytorium Szwajcarii rozprawdzają wśród koni, przeznaczonych do transportu na obszar Niemiec, bakterię *Burkholderia mallei* (Croddy i in., 2003). W roku wybuchu I wojny światowej lotnicy niemieccy zrzucili nad obszarem ziem Rumunii owoce, zabawki dla dzieci oraz słodczyce zakażone węgliką i nosaczyną. Dopiero w okresie międzywojennym, w 1924 r. Międzynarodowa Komisja obwiniła Niemcy o stosowanie czynników biologicznych w Italii, Rosji i Rumunii; jednak nie udowodniono postawionych zarzutów (Kalenik, 2003).

II wojna światowa zdeterminowała Japończyków do wzmożonych badań nad bronią o charakterze bakteriologicznym w rejonie Mandżurii. Zorganizowano w tym celu dwie jednostki 731 i 710, które miały zajmować się rozwojem broni bakteriologicznej oraz posługiwać się zdobytą teorią w praktyce. Po 1930 r. eksperymentowano na ludności pozostającej na terenach zajętych przez wroga oraz na więźniach wojennych. W wyniku prowadzonych doświadczeń miliony ludzi zmarło. Ciężko jest oszacować przybliżoną liczbę cywilów, którzy stali się ofiarami prób poligonowych i doświadczalnych eksperymentów biologicznych japońskich badaczy. Wojna pozwoliła na nagromadzenie blisko pół tony bakterii *Bacillus anthracis*, możliwych do zastosowania dzięki odpowiednio zbudowanej bombie odłamkowej (Bińczycka-Anholcer, Imiołek, 2011).

W czasie II wojny światowej Wielka Brytania prowadziła badania nad możliwością wykorzystania patogenów chorobotwórczych jako broni, mające na celu zabezpieczenie się przed ewentualnym atakiem Niemiec przy wykorzystaniu broni biologicznej. Warto dodać, że III Rzesza też badała bakterie węgliką w charakterze użycia ich jako broni biologicznej w miejscowości Pokrzywno k/Poznania. (Zieliński, 2010). W latach czterdziestych ubiegłego wieku, na niezamieszkałej wyspie Griunard niedaleko Szkocji, zrzucano bomby z węgliką. Wskutek tego doświadczenia zginęły na wyspie wszystkie zwierzęta, a aktywność przetrwalników *Bacillus*

anthracis obserwowano jeszcze pół wieku po przeprowadzonym eksperymencie i dezynfekcji wyspy ciekłym formaldehydem po 1980 r. (Bińczycka-Anholcer, Imiołek, 2011).

W okresie II wojny światowej listy zawierające węglik w swoich działaniach próbowała wykorzystywać Armia Krajowa, jednak bez większego powodzenia (Zieliński, 2010).

Wiosną 1943 r. w londyńskiej fabryce mydła zostało wytworzonych 5 mln porcji paszy, w które wstrzyknięto zawiesinę z węgliką. Było to celowe działanie odwetowe w przypadku niemieckiej agresji biologicznej na Wielką Brytanię, które przewidywało rozrzucenia zainfekowanej paszy po łąkach i polach nieprzyjaciela. Meritum planu stanowiło zainfekowanie węgliką bydła mięsnego (Croddy i in., 2003).

Po II wojnie światowej sowieccy badacze wykorzystali wiedzę uwięzionych mikrobiologów niemieckich jak również informacje zdobyte dzięki zajęciu Mandżurii. W Zagorsku k/Moskwy wybudowano ośrodek badawczy broni bakteriologicznej. Wykonywano tam projekty związane z różnymi drobnoustrojami (Chomiczewski, 2003). Lata siedemdziesiąte XX wieku w Związku Radzieckim naznaczone były konspiracyjnymi badaniami nad bronią biologiczną w ośrodku „Wszechzwiązkowym Naukowo-Produkcyjnym Zjednoczenia Biopreparat”. Program „Biopreparat” obejmował swoim zakresem produkcję biopestycydów (które były przykrywką dla innych zamiarów) nawozów i szczepionek. Co ważniejsze była to legalna działalność zarówno handlowa jak i wojskowa. Wszelkie domysły wskazują na fakt, iż już w 1978 r. ZSRR wprowadziło do swojego wachlarza zbrojeniowego bakterią dżumy (Croddy i in., 2003). Największym kompleksem był ośrodek nr 19, gdzie ulepszano sowieckie zasoby zbrojeniowe broni biologicznej o sproszkowane bakterie węgliką. Wskutek niedopatrzania jednego z techników doszło w kompleksie do awarii, w której ulotnił się pył z węgliką (Chomiczewski, 2003). Skażenie spowodowało śmierć zarówno pracowników nocnej zmiany, jak również robotników pobliskiego zakładu ceramicznego. Incydent ten, jest największym znanym do tej pory sytuacją epidemii węgliką postaci płucnej (Dakowski, 2017).

W 1997 r. organizacja terrorystyczna Counter Holocaust Lobbyist of Hitler potajemnie dostarczyła do budynków użyteczności publicznej podpisane płytki z węgliką i dżumą. Wkrótce po tym incydencie, sytuacja ta okazała się fałszywym alarmem – wskutek którego poniesione zostały ogromne koszty związane z neutralizacją zagrożenia biologicznego (Kalenik, 2003). Pod koniec lat 90. alarm wzniecono w aborcyjnych szpitalach, gdzie miały dotrzeć listy z przetrwalnikami węgliką. Po zamachu na WTC w 2001 przy użyciu listów z węgliką próbowano wywołać epidemię tej choroby. Skażone listy trafiły do siedzib środków masowego przekazu (stacji telewizyjnych, New Jersey Post) i firmy American Media (na półwy-

spie florydzkim). Kolejne listy z przetrwalnikami węgla mieli otrzymać politycy z Partii Demokratycznej. Biologiczny atak terrorystyczny, który nastąpił niespełna kilka dni po najtragiczniejszym w dziejach Stanów Zjednoczonych zamachu na WTC, uśmiercił 5 osób (Kęciek, 2010).

Ospa

Bardzo groźną zakaźną chorobą wirusową o ostrym przebiegu i wysokiej śmiertelności jest ospa prawdziwa (*Variola vera* – czarna ospa). Historia wskazuje, że jej pierwszą ofiarą śmiertelną był faraon Ramzes V (1160 r. p. n. e.), natomiast pierwszą epidemię ospy prawdziwej datuje się na lata wojny peloponeskiej pomiędzy Ateńczykami i Spartanami (431 – 404 r. p. n. e.) (Finkel, 2007). Setki lat później, konkwistadorzy z Hiszpanii odnosili zwycięstwa tylko dlatego, iż byli w posiadaniu lepszego uzbrojenia (armat i muszkietów), jednakże to broń o charakterze biologicznym, którą całkiem nieświadomie przenieśli ze sobą, stała się przyczyną większych szkód i strat, niż oręż. Na początku XVI w., Herman Cortes dopłynął do ówczesnych ziem Azteków. Był widziany przez tubylców jako bóg, jednakże z biegiem czasu te postrzeżenie zmieniło się na bardziej negatywne, zostały wzniecone rebelie i hiszpańscy kolonizatorzy byli zmuszeni do opuszczenia azteckiego terytorium. Podczas walk zmarł na ospę prawdziwą jeden z żołnierzy. Aztekowie przeszukując zwłoki poległych nieświadomie zarażeni zostali wirusem ospy. Choroba powoli, ale systematycznie wyniszczała aztecką społeczność – począwszy od zwykłych robotników, poprzez wojskowe oddziały, aż po samego imperatora. Brak możliwości grzebania dużej liczby ofiar spowodowała, że zawalano domy, w których spoczywali umarli, aby stały się ich grobem. Konkwistadorzy dotarli aż do Tenochtitlan, gdzie Cortes powiedział, że w tym miejscu ospa zabrała więcej Azteków niż hiszpańskie armaty. Ospa prawdziwa szybko się upowszechniła po miejscach zamieszkania Inków, zabijając w ciągu kilku miesięcy imperatora, jego dziedzica oraz ważnych wojskowych dowódców w imperium. Wkrótce potem imperium Inków zostało zaatakowane przez Francisca Pizarro (Michalski, 2012). Zdanie są podzielone, czy mieszkańcy Starego Kontynentu uciekali się do wykorzystania broni biologicznej w podbijaniu ziem Ameryki przed 1700 r., czy naturalne rozprzestrzenianie się chorób stawało się przyczyną śmierci wielu tubylców, którzy nie posiadali odporności na dolegliwości Europejczyków, co w znacznej mierze ułatwiło kolonizację Nowego Kontynentu. Prawdopodobnie, od czasów pierwszego kontaktu miejscowych z Europejczykami na początku XVI w., wskutek przewiezionych przez ocean różnych epidemii i chorób, zmarło ok. 95% rodowitych mieszkańców Ameryki (Croddy i in., 2003).

Istnieją zapisy o wykorzystaniu patogenu ospy prawdziwej w działaniach wojennych Francji prze-

ciw Indianom w latach 1754 – 1760 przez pułkownika Henry'ego Bouqueta i gen. Jeffrey'a Amhersta, poprzez podarowanie tubylcom, lojalnym wobec Francuzów, pleców i odzieży skażonych tym wirusem. Chociaż nieuczciwe działania miały znikome skutki, stały się jednak kamieniem milowym wojen biologicznych (Croddy i in., 2003). Piętnaście lat po tym incydencie wybuchła rewolucja amerykańska, w której dowódca Benedict Arnold poprowadził swoje oddziały w celu podbicia ziem kanadyjskich. Próba zdobycia Quebecu zakończyła się fiaskiem wymuszając odwrót armii Arnolda. Wśród szeregów szybko upowszechniła się informacja, że Brytyjczycy roznosili między nimi wirusa ospy prawdziwej dzięki ludziom utrzymującym kontakty z siłami lądowymi. Poglądy potwierdził później sam Thomas Jefferson oskarżając przywódcę Brytyjczyków w Quebecu o działania mające na celu zainfekowanie wojsk amerykańskich (Croddy i in., 2003). W okresie Wojny Secesyjnej, angielskiemu generałowi Charlesowi Cornwallisowi proponowano rozesłanie po plantacjach popierających bunt, 700 ciemnoskórych mężczyzn zainfekowanych ospą. Skutki tego działania są jednak nieznane (Croddy i in., 2003).

Z przytoczonych powyżej przykładów wynika niezbicie, że drobnoustroje uznawane za potencjalną broń biologiczną oraz mogące zależeć zastosowanie w ataku bioterrorystycznym znane są ludzkości od tysiącleci i występują naturalnie w przyrodzie, choć naturalna zachorowalność na nie jest stosunkowo niska. Doniesienia prasowe poświęcają mało uwagi drobnoustrojom, mniej typowym dla naszej strefy klimatycznej, a które przyczyniły się w przeszłości, ale także oddziałują obecnie na globalną problematykę zdrowotną. Należy przypuszczać, że z czasem, albo z przyczyn naturalnych takich jak dostosowywanie się patogenów do nowych warunków środowiska, ale także na skutek niekontrolowanych manipulacji materiałem genetycznym patogenów, dojdzie do przełamania naturalnych barier środowiskowych (góry, morza, temperatura otoczenia, żywicieli pośredni) i ich rozprzestrzenienia na całym świecie. Przykładem takiej choroby jest malaria.

Malaria

Malaria to ostra lub przewlekła choroba pasożytnicza wywoływana przez pierwotniaka z rodzaju *Plasmodium*. Wektorem malarii przenoszącym ją między osobami chorymi i zdrowymi są samice komarów z rodzaju *Anopheles* (Mendis, 2001). Malaria jest najczęstszą na świecie chorobą zakaźną, na którą co roku zapada ponad 220 mln osób. Szacuje się, że w roku 2016, zachorowało na malarię 216 milionów osób, to jest o 5 milionów osób więcej w porównaniu z rokiem 2015 (WHO, 2017). W Polsce malaria praktycznie nie występuje a jeśli, to ma charakter choroby typowo tropikalnej zawleczonej przez osoby przebywające w krajach, gdzie możliwe

jest naturalne rozprzestrzenianie tej choroby, na skutek ukąszenia przez podatnego na pierwotniaka komara. W chwili obecnej żaden z występujących w Polsce gatunków komarów nie jest wrażliwy na infekcję wywołaną przez pierwotniaka z rodzaju *Plasmodium*.

Pierwsze pisane wzmianki dotyczące objawów chorobowych odpowiadających współczesnej malarii pochodzą ze starożytnego Rzymu (z łaciny *mal'aria* znaczy „złe powietrze”), jednak współczesne badania naukowe oparte na sekwencjonowaniu materiału genetycznego w wykopaliskach sprzed 10-15 tysięcy lat wskazują, że choroba ta towarzyszy człowiekowi od początku istnienia cywilizacji i początek wzięła od małp człekokształtnych. Twierdzono ówczasie, że jej przyczyną były opary z bagien. Wskutek choroby śmierć poniosło 4 papieży i bardzo prawdopodobne, że jej ofiarą padł także sam Dante (Finkel, 2007). Malaria ma określone granice występowania – istnieje na obszarze izoterm o wartościach 16 -20°C na północy oraz izotermą 20°C na południu, z taką uwagą, iż na terenach górzystych jest obecna nawet do 1500 m n. p. m. W 701 r. p. n. e. Jerozolima była oblegana przez Asyryjczyków, ale do bezpośredniego ataku nigdy nie doszło, ponieważ w obozie napastników na malarię zmarło aż 185 tys. żołnierzy, co znacznie osłabiło asyryjskie siły. W 1938 r. na obszarze dawnych bitew Judejczyków z Asyrią, archeolog Starkey odkrył grobowiec, w którym złożono ponad 1500 szkieletów. Dwadzieścia jeden lat przed tym odkryciem, na tych samych terenach Anglicy walczący z Turkami zdobyli Jerozolimę, okopując się w miejscu dawnego obozu asyryjskiego króla Sanheriba 375 m n. p. m. Kilkaset angielskich żołnierzy odesłano na spoczynek do obozu leżącego na wysokości Jerozolimy 790 m n. p. m. W niedługo potem znaleziono w namiotach większą połowę bojowników martwych z powodu malarii. Ofiary były już wcześniej zarażone, lecz dopiero gwałtowna zmiana temperatury (z gorącej doliny Jordanu na chłód jerozolimskich wznieścień) spowodował uaktywnienie się zarodźców malarii w organizmach żołnierzy (Michalski, 2012). Do najbardziej znanych ofiar tej choroby zalicza się Aleksandra Macedońskiego, który zmarł w wieku 33 lat w 323 r. p. n. e., oraz króla Gotów i zdobywcę Rzymu – Alaryka (IV w. n. e.). Malaria wstrzymała też niejedną wyprawę zbrojną oraz liczne napaści, których przykładem może być najazd Hunów na Rzym pod przywództwem Atylli (w 452 r. n. e.), oblężenie Rzymu przez armię Belizariusza (w 536 r. n. e.) czy też nieudana akcja zbrojna Fryderyka I Barbarossa na wieczne miasto (Blech, 2010).

Szacuje się, że straty wojsk brytyjskich będące skutkiem zachorowania na malarię w okresie podbojów napoleońskich w latach 1793 – 1815 sięgały ponad 200 tys. żołnierzy, a prawie pięćdziesiąt lat później (w czasie wojny secesyjnej 1861-1865) odnotowano ponad 1,3 mln incydentów gorączkowych malarii, z czego aż 10 tys. było przyczyną zgonów (Naruszewicz-Lesiuk, Magdzik, 2000).

Malaria na froncie macedońskim podczas I wojny światowej powstrzymała na około 36 miesięcy oddziały Francuzów, Anglików i Niemców, zmuszając do leczenia szpitalnego ponad 80% żołnierzy (Blech, 2000). Natomiast w czasie II wojny światowej w obszarze Oceanu Spokojnego wskutek zachorowania na malarię, śmierć poniosło więcej ludzi niż w wyniku prowadzonych tam bitew. Zdaniem niektórych badaczy 50% istnień ludzkich, jacy kiedykolwiek żyli, umarło na tę chorobę (Finkel, 2007).

Konwencje przeciwko broni biologicznej

Protokół Genewski z 1925 roku był pierwszym dokumentem o randze międzynarodowej, który w swoich zapisach odniósł się do zakazu wykorzystania na wojnie gazów duszących, trujących lub podobnych oraz środków bakteriologicznych. Współcześnie, jest on zwyczajowym prawem o charakterze międzynarodowym – w myśl, którego wszystkie państwa są zobowiązane do respektowania jego zapisów. Nie mniej jednak Protokół odnosił się tylko do czasu wojny w zakresie użycia broni biologicznej, dlatego też gromadzenie, wytwarzanie i wszelkie badania nad nią były dopuszczalne. Kiedy Protokół Genewski nie sprawdził się w praktyce i potrzebował solidnych umocnień w postaci regulacji prawnych podjęto działania, wskutek których w 1972 roku uchwalona została Konwencja o zakazie prowadzenia badań, produkcji i gromadzenia zapasów broni bakteriologicznej i toksycznej oraz o ich zniszczeniu (ang. BWC lub BTWC). Porozumienie zakazywało obligatoryjnie wszystkim państwom realizację badań z zakresu broni biologicznej, oraz jej produkcji i magazynowania, a wszelkie zapasy tego rodzaju broni należało zniszczyć lub zmodernizować dla celów pokojowych. Jednocześnie, Konwencja nakreśliła definicję broni biologicznej, opisując ją jako wszystkie środki i substancje o charakterze mikrobiologicznym z przeznaczeniem niepokojowym, która zbyt ogólnie odnosiła się do tej problematyki, co w konsekwencji przyniosło spore trudności w klasyfikacji czynników patogennych mających zastosowanie w broni biologicznej. Generalnie, państwa mogły dalej wytwarzać i gromadzić środki biologiczne w celach wyłącznie pokojowych, a nawet wykorzystać je jako środek obronny w momencie wystąpienia zagrożenia militarnego. Nie mniej jednak Konwencja z 1972 roku nie przewidywała konkretnego mechanizmu kontroli przestrzegania jej zapisów, co z kolei zapoczątkowało działania w zakresie opracowania protokołu regulacji przestrzegania przepisów BWC. Projekt protokołu został odrzucony (przy stanowczym sprzeciwie USA), czego następstwem było stworzenie przez Radę Bezpieczeństwa ONZ całościowego systemu zapobiegania proliferacji broni bakteriologicznej. Wskutek działań Rady Bezpieczeństwa uchwalono Rezolucję 1540/2004, która poruszała kwestie zagrożeń o charakterze terrorystycznym oraz niebezpieczeństw związanych z wytwarzaniem, dystry-

bucją, badaniami, używaniem i przemieszczaniem broni biologicznej. Takie działania zostały zakwalifikowane jako zagrożenia bezpieczeństwa i pokoju międzynarodowego. Oparta na Karcie Narodów Zjednoczonych Rezolucja Rady Bezpieczeństwa ONZ w zakresie przeciwdziałania upowszechnianiu broni masowego rażenia stworzyła nowatorski system kontroli jej rozprzestrzeniania.

Na polskim gruncie w odniesieniu do przeciwdziałania zagrożeniom o charakterze biologicznym istotnym elementem jest zapobieganie tego rodzaju niebezpieczeństw. Wśród skutecznych działań prewencyjnych należy wymienić:

- weryfikację zamiarów wykorzystania broni bakteriologicznej,
- posiadanie prostej i sprawnie działającej sieci nadzoru epidemiologicznego i specjalistycznych laboratoriów o charakterze mikrobiologicznym,
- odpowiednio wyszkolony personel medyczny zdolny do efektywnego działania w myśl wcześniej ustalonych procedur w warunkach presji czasu,
- dysponowanie specjalistycznym zapleczem szpitalnym,
- posiadanie systemów wykrywania i identyfikacji biologicznych czynników zagrożenia (głównie skuteczny monitoring epidemiologiczny zdolny do realizacji dokładnej i szybkiej analizy danych, a także dynamicznej wymiany informacji),
- stworzenie systemu granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych współpracujących ze Strażą Graniczną w zakresie monitoringu, wykrywania i kontroli prawdopodobnych niebezpieczeństw na gruncie biologicznym, a funkcjonujących pod pieczę Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- szkolenia i kursy personelu w obszarze nowatorskich sposobów lokalizowania czynników biologicznych,
- opracowania procedur postępowania i współdziałania różnych jednostek mundurowych na wypadek wystąpienia zagrożenia biologicznego,
- edukacja i uświadamianie władz państwowych o wadze możliwości wystąpienia potencjalnego niebezpieczeństwa na tle bioterrorystycznym.

Generalnie, polskie prawo jest bardzo ubogie jeżeli chodzi o kwestie regulacji zwalczania i nakładania kar w odniesieniu do terroryzmu, czy bioter-

roryzmu. W głównej mierze spowodowane jest to faktem, iż Polska nie należy do krajów o wysokim prawdopodobieństwie wystąpienia zamachu o charakterze terrorystycznym (z wyszczególnieniem bioataków). Kodeks karny przedstawia ogólnikowe ramy funkcjonowania sankcji w obszarze terroryzmu, mianując je przestępstwami związanymi z bezpieczeństwem powszechnym. Akcentuje także zakaz używania środków masowej zagłady.

Podsumowanie

Dzieje wojen biologicznych nie kończą się na historycznych zaszłościach. U progu XXI wieku do dnia dzisiejszego toczony są w postaci ataków bioterrorystycznych. Jesienią 1978 r. został przeprowadzony w Londynie skuteczny zamach na opozycjonistę Georgia Markowa przy pomocy cienkiej igły zanurzonej w rycynie ukrytej na końcu parasola. W podobny sposób miał zginąć bułgarski dysydent Kostow, jednakże zamach się nie udał. Sześć lat później „Rajneesh Puram” w Oregonie zatrąło bakteriami duru brzuszego bary sałatkowe, aby przejąć władze w amerykańskim stanie. Na początku lat 90. XX wieku sekta Najwyższa Prawda rozpyliła w centrum Tokio przy japońskim parlamencie truciznę botulinową. Miała być to zemsta za nieudane wybory na stanowiska w japońskim rządzie, w których wcześniej startowali z ramienia swej partii o tej samej nazwie. W 1993 r. w identyczny sposób terroryści z sekty próbowali zakłócić ceremonię zaślubin pary królewskiej (Kalenik, 2003). Próba ataku bioterrorystycznego na japońskiego księcia i jego współmałżonkę była nieudana (Kizerwetter-Swida, Binek, 2010). Dwa lata później rozprzestrzenili w metrze sarin (gaz paraliżujący układ nerwowy) doprowadzając do śmierci 12 osób. Ofiarami ataku stało się ponad 5 tys. osób znajdujących się w tym czasie w miejscu zamachu. Broń biologiczna jest jednym z najważniejszych zagrożeń dla ludności cywilnej ale także dla sił zbrojnych. Użycie drobnoustrojów w celu umyślnego spowodowania chorób infekcyjnych ludzi, zwierząt i roślin jest powszechnie bardziej potępiane niż broń chemiczna. O ile działania profilaktyczno-prewencyjne wielu organizacji międzynarodowych dają możliwość opanowania pojawiających się co jakiś czas epidemii, tak gwałtowny rozwój biotechnologii i inżynierii genetycznej wraz z początkiem XXI budzi obawy ze względu na możliwość celowego spowodowania rozprzestrzeniania się chorób i utraty nad nimi jakiegokolwiek kontroli.

Literatura:

1. AAP-6 (2013), *Słownik terminów i definicji NATO zawierający wojskowe terminy i ich definicje stosowane w NATO*.
2. Anthrax: Global Status. *GIDEON Informatics Inc.* (2016).
3. Anusz, Z. (1995). *Zapobieganie i zwalczanie zawodowych chorób odzwierzęcych*, Olsztyn: Wyd. ART.
4. Bińczycka-Anholcer, M., Imiołek, A. (2011). Bioterroryzm jako jedna z form współczesnego terroryzmu. *Hygeia Public Health*, 3, 326-333.

5. Blech, J. (2010). *Pasożyty – Przyjaciele i wrogowie*. Warszawa: OW „Interspar”.
6. Bohun, T. (2010). Królestwo Polskie kontra Imperium Rosyjskie. *Mówią Wieki*, 11/10(610), 29–31.
7. Chomiczewski, K. (2003). Patogeny zwierzęce jako broń biologiczna. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57, 355–61.
8. Croddy, E., Perez-Armentariz, C., Hart, J. (2003). Broń chemiczna i biologiczna. Raport dla obywatela, Warszawa: Wydawnictwo Naukowo-Techniczne.
9. Dakowski, M., *O Świerdłowsku – zatajonym bio-Czarnobylu*. Pobrane z: http://dakowski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=5405&Itemid=47
10. Dennis, D.T., Inglesby, T.V., Henderson, D.A., i in. (2001). Tularemia as a Biological Weapon. *JAMA*, 285, 2763–2773. <https://doi.org/10.1001/jama.285.21.2763>
11. EFSA (European Food Safety Authority) and ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2017). *The European Union summary report on trends and sources of zoonoses, zoonotic agents and food-borne outbreaks in 2016*. EFSA J., 15, 5077. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2017.5077>
12. *Encyklopedia Multimedialna PWN*, hasło: „broń biologiczna”. Pobrano z: <http://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/bro%C5%84-biologiczna.html>
13. Finkel, M. (2007). Chaos we krwi. Malaria. *National Geographic Polska*, 7(94), 28–63.
14. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/plague>
15. Inglesby, T.V., Henderson, D.A., Bartlett, J.G., Ascher, M.S., Eitzen, E., Friedlander, A.M. (1999). Anthrax as a biological weapon: Medical and public health management. *JAMA*, 281, 1735–1737. <https://doi.org/10.1001/jama.281.18.1735>
16. Janeczek, M., Chrószcz, A., Ożóg, T. (2010). Próby stosowania broni biologicznej i chemicznej w starożytności oraz epidemie i ich wpływ na dzieje. *Życie Weterynaryjne*, 85(3), 230–233.
17. Kalenik, J. M. (2003). *Bioterroryzm – zagrożenie XXI wieku*. Koszalin: Centralny Ośrodek Szkolenia Straży Granicznej.
18. Kęciek, K. *Kto wysyłał węglik?* Pobrane z: <http://www.przegląd-tygodnik.pl/pl/artykul/kto-wysylal-waglika>.
19. Kizerwetter-Świda, M., Binek, M. (2010). Zatrucie jadem kiełbasianym – problem wciąż aktualny. *Postępy Mikrobiologii*, 49, 75–85.
20. Kocięcka, W. (1996) *Włosień kręty i włośnica*. Wrocław: Cornetis.
21. Lach, J., Sulgostowska, T., Bzdęga, J. (2006). Inwazje pasożytnicze u żołnierzy armii europejskich stacjonujących w klimacie tropikalnym lub subtropikalnym w II połowie XX wieku. *Prob. Hig. Epidemiol.*, 87(2), 92–96.
22. Mendis, K., Sina, B., Marchesini, P., Carter, R. (2001) The neglected burden of Plasmodium vivax malaria. *Am J Trop Med Hyg.*, 64(1-2 Suppl), 97–106.
23. Michailuk, B. (2016). Broń biologiczna i bioterroryzm, *Zeszyty Naukowe AON*, 1(102), 17–27.
24. Michalski, M. M., *Epidemie jako przyczyny porażek militarnych oraz poważnych strat osobowych i materialnych*. Pobrane z: <http://wet.uwm.edu.pl/wiedza-ogolna/plik/epidemie-jako-przyczyny-porazek-militarnych-oraz-powaznych-strat-osobowych-i-materialnych/135/file/>
25. Mwengee, W., Butler, T., Mgema, S., Mhina, G., Almasi, Y., Bradley, Ch., Formanik, J.B., Rochester, C.G. (2006). Treatment of Plague with Gentamicin or Doxycycline in a Randomized Clinical Trial in Tanzania. *Clin Infect Dis*. 42(5), 614–21. <https://doi.org/10.1086/500137>
26. Naruszewicz-Lesiuk, D., Magdzik, W. (2000). Choroby zakaźne na ziemiach polskich w dwudziestym wieku. *Przegląd Epidemiologiczny*, 54(supl. 3), 5–9.
27. Piotrowska, A. (2009). Przypadek kontra człowiek. *Focus Historia*, 10, 38–40.
28. Thorvald, J. (1990). *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga. Egipt, Babilonia, Indie, Chiny, Meksyk, Peru*. Warszawa: Ossolineum.
29. Weiner, M., Kubajka, M. (2015). Tularemia – serious zoonotic disease. *Health Problems of Civilization*, 9(1), 39–46. <https://doi.org/10.5114/hpc.2015.57104>
30. World Health Organization. (2017). *World Malaria Report*. Pobrano z: (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259492/9789241565523-eng.pdf?sequence=1>)
31. World Organisation for Animal Health, World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations (2008). *Anthrax in humans and animals*. 4th ed. Geneva: World Health Organization. Pobrano z: (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97503/1/9789241547536_eng.pdf)
32. Wheelis, M. (2002). Biological warfare at the 1346 siege of Caffa. *Emerg Infect Dis. Center for Disease Control*. 8(9), 971–75. <https://doi.org/10.3201/eid0809.010536>
33. Zieliński, K.W. (2010). *Patologia obrażeń i schorzeń wywołanych współczesną bronią w działaniach wojennych i terrorystycznych*. Warszawa: MON.

CZĘŚĆ II: PRAKTYKA, BADANIA, WDROŻENIA I ZDROWIE SPOŁECZNE

TUTORING RODZINNY JAKO ELEMENT KULTURY SZKOŁY

FAMILY TUTORING AS AN ELEMENT OF SCHOOL CULTURE

Monika Jakubowska^{1(A,B,C,D,E,F,G)}¹Uniwersytet WarszawskiJakubowska, M. (2018). Tutoring rodzinny jako element kultury szkoły. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 29-37. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.23>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy jest analiza tutoringu rodzinnego rozumianego jako element kultury szkoły. Wnioski pochodzą z trwającego ponad dwa lata badania kultury żeńskiej szkoły podstawowej, realizującej model edukacji spersonalizowanej.

Materiał i metody. Analiza przypadku została oparta na badaniach jakościowych i uzupełniająco – metodach badań ilościowych. Pytania badawcze dotyczyły miejsca tutoringu w kulturze szkoły oraz jego percepcji i oceny z perspektywy uczennic, nauczycielek i rodziców.

Wyniki. Percepcja i ocena tutoringu przez trzy badane grupy społeczności szkolnej jest w dużej mierze zgodna – różnice dotyczą przede wszystkim poziomu artefaktów. Wyniki określone dla poszczególnych aspektów kultury wykazują dużą spójność – elementy materialne są wynikiem założeń aksjologicznych i normatywnych placówki.

Wnioski. Tutoring zajmuje istotne miejsce w badanej placówce, zarówno na poziomie założeń, procedur jak codziennej praktyki. Efektywność tutoringu zależy od jednostkowego zaangażowania i świadomości, w mniejszym zaś stopniu od zastosowanych procedur.

Słowa kluczowe: tutoring, kultura szkoły, edukacja spersonalizowana, praca z rodzicami

Summary

Introduction. The aim of the article is a family tutoring analysis as part of the school culture. The conclusions come from the ongoing two-year study of the female primary school culture, which implements a personalised education model.

Material and methods. The case study is based on qualitative and complementary quantitative research methods. The research questions concerned the place of tutoring in the school culture, its perception and evaluation from the perspective of students, teachers and parents.

Results. The perception and evaluation of tutoring by the examined three school community groups are largely consistent. They show that differences are primarily related to the number of the most visible school artefacts. The results identified for each aspect of culture show much coherence - material elements/goods are the result of axiological and normative assumptions held of the institution.

Conclusions. Tutoring occupies a significant place in the tested institution, both at the level of the assumptions and procedures, as well as daily practice. Success in tutoring depends on an individual's involvement and awareness, with the procedures used having a smaller impact.

Keywords: tutoring, school culture, personalized education, cooperation with parents

Tabele: 2

Ryciny: 0

Literatura: 25

Otrzymano: grudzień 2017

Zaakceptowano: czerwiec 2018

Wstęp

Przedmiotem artykułu jest tutoring rodzinny, rozumiany jako forma współpracy placówki edukacyjnej z rodziną. Główny problem badawczy dotyczył miejsca tutoringu w kulturze szkoły oraz jego percepcji i oceny z perspektywy uczennic, nauczycielek i rodziców. Przyjmując założenie, że tutoring stanowi element kultury szkoły starałam się określić jego rzeczywisty wpływ na codzienność

szkolną. Tutoring, postrzegany jako innowacja pedagogiczna, może być realizowany jako sztuczny formalizm, niezrozumiana metoda lub przeciwnie – jako wartościowa i angażująca forma współpracy i wsparcia uczniów i rodziny. Istotnym zadaniem była więc ocena statusu tutoringu na podstawie opinii respondentów oraz obserwacji własnych. Kolejne, podjęte przeze mnie wątki, dotyczą faktycznego bądź pozornego wpływu na kształtowanie postaw uczennic, rodzaju nawiązywanych w ramach

Adres korespondencyjny: Monika Jakubowska, Uniwersytet Warszawski, Wydział Pedagogiczny, Katedra Polityki Oświaty i Społecznych Badań nad Edukacją, Wydział Pedagogiczny, ul. Mokotowska 16/20, 00-561 Warszawa, e-mail: m.jakubowska@uw.edu.pl, tel.: 22 553 08 41
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3450-172X>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Monika Jakubowska

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

tutoringu relacji oraz rozumienia i tworzenia spotkań przez poszczególnych członków społeczności szkolnej. W szczególności interesowały mnie różnice i podobieństwa w ocenie założeń i przebiegu tutoringu.

Tutoring rodzinny

System tutorialny, najsilniej utożsamiany z tradycją anglosaską (Bakiera, Harwas-Napierała, 2016), oznacza indywidualną opiekę nad studentem, umożliwiającą mu osobisty rozwój, ukierunkowany na kształtowanie umiejętności i postaw, związanych z poznawaniem i weryfikowaniem wiedzy. Jak zauważa Adam Fijałkowski tutoring to „uczestnictwo w określonym modelu kultury” (Fijałkowski, 2009, s.9). Oznacza zatem coś więcej niż rodzaj konsultacji merytorycznych. To przede wszystkim przebywanie razem i wzajemne poznawanie się. W tutorialach¹, które od setek lat są prowadzone w college’ach w Oxfordzie i Cambridge studenci są pod stałą opieką tutora, wspierającego ich rozwój, w szczególności w obszarze samodzielności naukowej (Pełczyński, 2016).

Współcześnie, tutoring jest coraz bardziej popularny również na wcześniejszych etapach edukacji. Możliwość otrzymania indywidualnego, systematycznego wsparcia jest alternatywą dla bezpodmiotowego, masowego kształcenia. Tutor jest dla ucznia opiekunem i wychowawcą, który przez aktywne słuchanie i inspirujące pytania kształtuje umysł i osobowość młodego człowieka (Czayka-Chełmińska, 2016). Badania prowadzone przez Alison King potwierdzają skuteczność tutoringu zarówno w wymiarze poznawczym jak wychowawczym (King, 1997).

Idea tutoringu rozprzestrzeniła się po całym świecie, skutkując różnorodnością form. Różnice między jego odmianami dotyczą przede wszystkim rozłożenia akcentu między rozwojem poznawczym i wychowaniem. W niektórych modelach większy nacisk położony jest na jeden z tych obszarów w innych utrzymuje się między nimi równowagę.

W Polsce, jako ustrukturalizowany model, tutoring pojawił się ponad dekadę temu niezależnie w dwóch projektach edukacyjnych: Artystycznym Liceum Autorskim (ALA) oraz w projektach edukacji spersonalizowanej, zapoczątkowanej przez Stowarzyszenie Wspierania Edukacji i Rozwoju „Sternik”. Obecnie wiedza na temat tutoringu jest propagowana między innymi dzięki Szkole Tutorów, prowadzonej przez Collegium Wratislaviense. Panująca moda na działania wspierające rozwój indywidualny a także potrzeba osobistej relacji w edukacji szkolnej spowodowały, że coraz więcej placówek zaczęło stosować tutoring jako rozwiązanie systemowe. Według Marii Sitko jest on szansą dla polskiej edukacji (Sitko, 2011). Jednak jak za-

uważa Bartosz Fingas niektóre z pojawiających się systemów tutoringowych są pozbawione głębszych podstaw a jedyną ich siłą napędową wydaje się być marketing (Fingas, 2015).

Należy zaznaczyć, że konkretna praktyka wiąże się z przyjęciem określonego założenia ontologicznego. Podejście indywidualne jest charakterystyczne dla dwóch skrajnych idei – indywidualizmu i powstałego w opozycji do niego – personalizmu. Brak znajomości tych koncepcji i różniących je konsekwencji wychowawczych ogranicza świadome i celowe działanie tutora (Jakubowska, 2015b). Piotr Czekierda zwraca uwagę, że w tutoringu istotną rolę odgrywa „refleksja nad wartościami” (Czekierda 2015, s.29).

Marta Gębska wyodrębnia tutoring szkolny, rozwojowy, akademicki, zawodowy i kursowy, zależnie od okresów rozwojowych ucznia oraz miejsca w którym się odbywa (Gębska, 2013). Według Marka Budzyńskiego istnieją trzy formy tutoringu szkolnego: rozwojowy, naukowy oraz artystyczny (Budzyński, 2009). Powyższe odmiany powstały na bazie doświadczeń w Autorskich Liceach Artystycznych. Inne nazwy stosują nauczyciele związani z modelem edukacji zróżnicowanej, zaczerpniętej z hiszpańskiego Fomento. Mówią oni o tutoringu rodzinnym, ponieważ tworzona przez tutora relacja dotyczy całej rodziny (Szymala, 2011). Ten właśnie model tutoringu praktykowany w placówkach edukacji spersonalizowanej stał się przedmiotem moich zainteresowań badawczych.

Zasadniczym celem tak rozumianego tutoringu jest wsparcie rodziny, realizowane przez rozmowy z rodzicami, których uznaje się za pierwszych i najważniejszych wychowawców (Szymala, 2011) oraz przez indywidualne rozmowy z uczniami². Wynika to przede wszystkim z misji placówek – powstały one jako wsparcie dla rodziców i realizują program edukacyjny od etapu przedszkolnego. Spotkania z rodzicami, rozmowy z uczniami i spersonalizowane podejście jest sposobem realizacji kluczowego celu projektu jakim jest wychowanie (Zuchniewicz, 2015).

Kultura szkoły

John Prosser wyróżnia dwie definicje kultury szkoły: pierwszą, akcentującą jej holistyczny charakter, przenikający i wpływający na wszystko co dzieje się wewnątrz placówki oraz drugą, określaną jako rezultat wielorakich interakcji między jednostkami i grupami, tworzącymi subkultury (Prosser, 1999). Pierwsza definicja skłania do badań poszukujących wyznaczników kultury rozumianej jako całość i odpowiedzialnych za sukces placówki, druga natomiast jest chętnie wybierana przez badaczy zainteresowanych dynamiką i różnorodnością relacji międzypersonalnych i międzygrupowych. W badaniach pedagogicznych upowszechnił się model

¹ Nazwa spotkania tutora z wychowankiem (w dalszej części pracy wyrażenie tutorial będzie używane zamiennie ze określeniem spotkanie tutoringowe).

² W przypadku edukacji przedszkolnej rozmowy z dziećmi są zastąpione krótkimi komentarzami i indywidualnymi zadaniami.

kultury szkoły, okrojony do jej sfery organizacyjnej i prezentujący paradygmaty radykalne, charakteryzujące się konkretnymi wskazaniem dla zmian w badanych placówkach. Nieliczne są natomiast badania, oparte na paradygmatach opisujących, które pozwalają na bardziej wnikliwą analizę istoty kultury, bez odnoszenia jej do miar związanych z efektywnością. Należy do nich między innymi paradygmat interpretacyjny, którego celem jest odkrywanie sensów badanej rzeczywistości, nadanych przez jej członków.

Kultura szkoły zwykle utożsamiana jest z artefaktami, najbardziej zauważalnymi elementami, zakorzenionymi w jej codzienności. Jest ona dynamiczna, stale tworzona na nowo (Sapir, 1978), co jednak nie oznacza, że zmienia się zupełnie. Najszybciej zmianom lub modyfikacją ulegają artefakty, które z założenia są elastyczne i wrażliwe na wpływ środowiska. Te przekształcenia nie muszą skutkować zmianą założeń placówki, którą de facto wyrażają ale której nie determinują. Najbardziej trwałym elementem kultury szkoły jest jej rdzeń - wartości, zawarte w misji czy koncepcji edukacyjnej. Do nich zwykle odnoszą się zasady i rozwiązania strategiczne, funkcjonujące często wiele lat.

W prowadzonych przeze mnie badaniach starałam się odkryć jakie miejsce zajmuje w kulturze szkoły tutoring, a w szczególności jakie ma znaczenie dla poszczególnych członków społeczności szkolnej. Analizę wyników odniosłam do trzech poziomów kultury (materialnego, normatywnego i idealnego) określonych przez Piotra Sztompkę (Sztompka, 2012, s. 297-298). Charakter materialny jest reprezentowany między innymi przez zbiór praktyk, powtarzanych i utrwalanych w kulturze szkoły. Najtrudniejszy do zbadania jest wymiar idealny (konceptualny), określany przez filozofię i wartości, które dzielają jej uczestnicy. Taki „ideologiczny model postaw” (Znaniński, 1992, s. 268) jest silnie powiązany ze stopniem wzajemnych interakcji, w szczególności rozmów dotyczących tego co dla placówki najbardziej istotne.

Materiał i metody

Przedmiotem badań był tutoring rodzinny, skoncentrowany na rozwoju całej osoby wychowanka i wsparciu rodziców w wychowaniu dzieci. Taką praktykę realizuje badana przeze mnie placówka, której model edukacyjny oparty jest na hiszpańskim projekcie *Institució Familiar d'Educació* (IFE) z Barcelony. Jest to szkoła dla dziewcząt, założona przez Fundację, która stanowi również organ prowadzący dla przedszkoli, gimnazjum dla dziewcząt oraz szkoły podstawowej i gimnazjum dla chłopców. Na stronie internetowej placówki znajduje się informacja na temat idei i organizacji tutoringingu. Spotkania z rodzicami odbywają się minimum trzy razy w roku, z uczennicami – częściej. Jest to ważny element uczestnictwa rodziny w projekcie, o którym są oni informowani podczas rozmowy rekruta-

cyjnej. Podczas badań starałam się poznać, czy spotkania spełniają oczekiwania ich uczestników oraz jak są przez nich oceniane.

Badania kultury szkoły trwały dwa lata, podczas których przeprowadziłam obserwacje, wywiady oraz analizy dokumentów, które pozwoliły mi poznać specyfikę placówki i opinie jej członków. Jednym z tematów analizy był tutoring, rozumiany jako istotna część programu wychowawczego i zarazem kultury szkoły. Przeprowadziłam 50 wywiadów częściowo ustrukturyzowanych, które pozwoliły mi poznać ocenę tutoringingu przez nauczycielki, rodziców i dyrektorki szkoły. Badania fokusowe z uczennicami klas IV-VI (dla każdej klasy odrębne) dały możliwość poznania ich oceny dotyczącej funkcjonowania szkoły. Ponadto obserwowałam szkolenie dla tutorów oraz dokonałam analizy dokumentów związanych z tutoringiem. Wykorzystałam również wyniki ankiety dotyczącej tutoringingu, przeprowadzonej przez szkołę. Ankieta została stworzona na potrzeby szkół *Institució Familiar d'Educació*³, następnie przetłumaczona i wykorzystana w badanej placówce w klasach IV-VI. Udział procentowy respondentów w badaniu wynosił: uczennice 70%; rodzice 71%; tuteżyciele 100%. Sporządziłam również własną ankietę skierowaną do uczennic klas IV-VI⁴, w której trzy pytania bezpośrednio odnosiły się do tutoringingu oraz poprosiłam je o dłuższą wypowiedź pisemną dotyczącą programu wychowawczego szkoły.

Próbowałam odpowiedzieć na pytania: czy oczekiwania i ocena tutoringingu przez przedstawicieli poszczególnych grup społeczności szkolnej jest spójna czy rozbieżna? (i czego te różnice/podobieństwa dotyczą) oraz jakie miejsce zajmuje tutoring w codziennym funkcjonowaniu placówki? Szczegółowe pytania kierowane do respondentów dotyczyły: ich stosunku do koncepcji tutoringingu; oceny jego realizacji oraz poczucia sympatii i zaufania do osoby opiekuna⁵. Ponadto interesowało mnie, w jaki sposób respondenci wiążą tutoring z pracą wychowawczą (bądź samorozwojem) oraz czy jego skuteczność jest wynikiem szczegółowych procedur czy raczej indywidualnego zaangażowania i osobistej interpretacji tutora.

Zgromadzone dane zostały zakodowane przy pomocy programu komputerowego (CAQDA) – Atlas.ti. Istotą analizy było wielokrotne odkrywanie sensów zarejestrowanego materiału (w szczególności wywiadów) oraz ich wzajemnego odniesienia. Prowadziło to nie tylko do poznania ale i rozumienia⁶ stanowiska badanych osób i w efekcie ukazania rozumienia i interpretacji samych respondentów.

³ W dalszej części artykułu stosuję nazwę ankieta IFE.

⁴ W dalszej części artykułu stosuję nazwę ankieta „Moja szkoła”.

⁵ W badanej placówce określenie tutor jest wymienne z opiekun.

⁶ Celowo używam czasownika w formie niedokonanej, przyjmując za Cliffordem Geertsem koncepcję badań interpretacyjnych, postrzeganych jako proces otwarty.

Wyniki

W swoich badaniach przyjąłem, że tutoring stanowi element kultury szkoły. Starałem się poznać w jaki sposób wpisuje się w codzienność placówki, zarówno jako byt formalno-organizacyjny jak i jednostkowy konstrukt mentalny (Jakubowska, 2015a). Do analizy tutoring w badanej placówce wykorzystywałem model Piotra Sztompki, który wyróżnia trzy poziomy kultury: materialny, normatywny i idealny (Sztompka, 2012)⁷.

Materialny aspekt kultury

Do materialnego aspektu kultury należą wytwory-artefakty. W ramach analizy tego obszaru zajmę się tym „co widać gołym okiem”: mową oraz postawą, wskazującą na rodzaj relacji między tutorem a rodzicami i tutorem a uczennicą; architekturą budynku, w szczególności pomieszczeń przeznaczonych na rozmowy oraz wskazaniem dokumentów związanych z tutoringiem (analizą treści dokumentów zajmę się w kolejnym rozdziale dotyczącym obszaru normatywnego). Źródłem informacji były dane zarejestrowane przy pomocy obserwacji *in situ* i częściowo wywiadów. Starałem się uchwycić zarówno działania jak i werbalny aspekt sytuacyjny zachowania (Lofland J., Snow, Anderson, Lofland L., 2009). Wykorzystałem również opinie respondentów przekazane w kwestionariuszach Ankiety IFE. Analiza stosunków społecznych i relacji interpersonalnych na poziomie materialnego obszaru kultury opiera się przede wszystkim na notatkach z badań i koncentruje na aspektach afektywnych i hierarchicznych. Prezentowane wnioski powstały w wyniku kodowania danych zgodnie z tymi aspektami (Charmaz, 2001).

Przebywając w badanej placówce wielokrotnie obserwowałem rodziców witanych przez tutora, który następnie prowadził ich do pomieszczenia gdzie miała miejsce rozmowa. Dało się zauważyć różnice w swobodzie zachowania, stopniu zażyłości, a także sposobie bycia uczestników spotkania, jednak gesty i postawa wskazywały na pozytywne relacje tutora z rodzicami uczennic. Dla członków społeczności szkolnej widok oczekujących na spotkanie rodziców był naturalny i nie wywoływał komentarzy czy specyficznych zachowań, co prawdopodobnie wynika z powszechności tutoriali. Spotkania nie są kojarzone z „wezwaniami rodziców przez szkołę”, co mogłoby być stygmatyzujące.

Pory spotkań były różne – część rodziców wybierała godziny poranne, inni popołudniowe. Najczęściej były one związane z logistyką transportu uczennicy do/ze szkoły. Zdarzali się także rodzice, którzy wybierali godziny w czasie zajęć lekcyjnych (gdy tutor miał okienko). W szkole został wypracowany system zapisów na rozmowy (m.in. system przydzielania zastępstw, który uwzględnia czas,

jaki dana nauczycielka zarezerwowała na tutoring). 75% badanych rodziców uznało, że godziny i system ustalania spotkań są na tyle elastyczne, że mogą w nich brać oboje udział⁸. Podobnie zadeklarowało 14 z 15 badanych nauczycielek⁹.

W czasie przerw widziałam indywidualne rozmowy nauczycielek z uczennicami. Obserwacja postawy i gestów wskazywała na układ hierarchiczny tej relacji – rozmowę prowadził tutor. Widok rozmowy nauczycielki z uczennicą nie prowokował pozostałych członków społeczności szkolnej do specyficznych zachowań, w postaci komentarzy, żartów, itp. Zwykle też pozostałe uczennice nie absorbowwały nauczycielki prośbami.

W budynku urządzono dwa niewielkie pomieszczenia przeznaczone na tutoriala. Mają one skromny ale sympatyczny wystrój i umożliwiają rozmowę w komfortowych warunkach (cisza, wygodne krzesła). Szkołę charakteryzują trudne warunki lokalowe – placówka wynajmuje budynek zaadaptowany do potrzeb edukacyjnych, którego powierzchnia jest zbyt mała na rosnące potrzeby. Pomieszczenia przeznaczone na rozmowy z rodzicami były często wykorzystywane na inne cele, dlatego spotkania z tutorem odbywały się w różnych miejscach (np. klasach lekcyjnych).

Podczas wywiadów rodzice często odnosili się do warunków materialnych szkoły ale nie wspominali, że ma to negatywny wpływ na przebieg tutoring. 11 z 15 nauczycielek uznało, że miejsce w którym odbywają się rozmowy z rodzicami pozwala zachować należytą dyskrecję i ostrożność¹⁰. Negatywne zdanie na temat miejsca, w którym odbywają się tutoriala miał tylko jeden rodzic wypełniający ankietę¹¹.

Z kolei spotkania z uczennicami prowadzone były często na szkolnym boisku, lub w jakiejś sali. 9 z 15 ankietowanych nauczycielek nie była zadowolona z miejsca prowadzenia tutoriali. Podobnie oceniły to uczennice (62% negatywnych ocen)¹².

Placówka posiada kilka dokumentów związanych z tutoringiem: Pakiet Opiekuna, szablony kart spotkań czy obserwacji uczennic. Materiały szkoleniowe i narzędzia wykorzystywane przez tutorów zawierają podstawowe informacje o celu i przebiegu spotkania. Stanowią one wsparcie merytoryczne i organizacyjne dla tutorów ale równocześnie w niewielkim stopniu regulują przebieg spotkania. Aktualny szablon¹³ zawiera ogólne hasła, które tutor może zinterpretować i skonkretyzować zgodnie z potrzebami rodziny. Na podstawie analizy dokumentów można stwierdzić, że tutorzy mają dużą autonomię w kształtowaniu treści i formy spotkania. Dokumentacja zawierająca dane z obserwacji, notatki ze spotkań, itd. jest niedostępna dla osób

⁸ Ankieta IFE. Cz. II. Rodzice.

⁹ Ankieta IFE. Cz. I. Opiekunowie.

¹⁰ Ankieta IFE. Cz. I. Opiekunowie.

¹¹ Ankieta IFE. Cz. II. Rodzice.

¹² Ankieta IFE. Cz. III. Uczennice.

¹³ Podczas rozmowy z przedstawicielką RZ dowiedziałam się, że szablon notatki ze spotkań zmieniał się na przestrzeni lat kilkakrotnie.

⁷ Zbliżone koncepcje można odnaleźć w modelach zaproponowanych przez Antoninę Kłoskowską oraz Edgarda Sheina.

postronnych. Tutorzy mogą skorzystać z pomocy w formie konsultacji z członkiem Rady Zarządzającej (dyrektorka i dwie v-ce dyrektorki). Podczas rozmów z członkami Rady, dowiedziałam się, że takie konsultacje są częste w przypadku nauczycieli, którzy dopiero zaczynają prowadzić tutoring. W przypadku bardziej doświadczonych są one sporadyczne i dotyczą szczególnych sytuacji.

Analiza materialnego aspektu kultury wskazuje, że tutoring jest żywym oraz istotnym elementem życia szkoły. Każdego dnia podczas badań spotykałam się z jego przejawami w postaci spotkań (tutoriali) lub procesu przygotowania do nich. Obecność rodziców czekających na spotkanie z tutorem jest naturalnym widokiem w szkole i nie kojarzy się negatywnie.

Kultura normatywna

Według Piotra Sztompki kultura normatywna to sposoby działania, które są właściwe dla danej kultury a także praktyki uznane jako niewłaściwe czy zabronione (Sztompka, 2012). W tej części analizy skupię się na założeniach i zasadach związanych z tutoringiem, obowiązujących w badanej placówce.

Koncepcja pracy szkoły zawiera konkretne rozwiązania związane z realizacją tutoringu. Należą do nich: czas poświęcony na przygotowanie i realizację spotkania, który jest częścią pensum nauczycielek, wyznaczone terminy spotkań oraz szkolenia tutorów. Określone zostały również podstawowe zasady jak: dyskrecja, szacunek do rozmówców czy profesjonalne podejście. Prowadzone przeze mnie obserwacje (w szczególności sesje w pokoju nauczycielskim oraz spotkań Zespołów Nauczycieli) potwierdziły, że zasada dyskrecji jest przestrzegana. Nauczycielki nie używały nazwisk uczennic oraz nie komentowały tutoriali.

Tutorzy w ramach swojej pracy prowadzą obserwację uczennic, rozmawiają z innymi nauczycielami oraz przygotowują wnioski. Zauważali oni, że przewidziany na te czynności czas jest zbyt krótki by móc się dobrze przygotować do tutoringu (8 z 15 oceniło, że czas jaki poświęcają na przygotowanie i analizę spotkania z uczennicą jest niewystarczający ale tylko 3 z nich uznały za niewystarczający czas przygotowań tutoriali z rodzicami¹⁴). Wielość zadań i szybkie tempo „życia szkoły” nie sprzyjają spokojnej refleksji, która jest konieczna do przygotowania spotkania: „Z każdym rokiem mam więcej pracy, więc i mniej czasu.”¹⁵

W kalendarzu szkolnym, przekazanym rodzicom, znajdują się daty wyznaczające granice czasu spotkań z tutorem. Większość rodzin (około 70%) przestrzega terminów i odpowiednio wcześniej stara się umówić spotkanie. Zdarzają się jednak rodzice, którzy nie zapisują się w wyznaczonym czasie – wówczas placówka (zwykle za pośrednictwem sekretariatu) przypomina im o potrzebie spotka-

nia. Zdarza się jednak i tak, że nie wszystkie (trzy) spotkania w roku udaje się zrealizować. Rodzice nie wykazujący zaangażowania w tym aspekcie zwykle mniej interesują się zagadnieniami związanymi z kształtowaniem postaw wychowawczych: „...bardzo różne są te rodziny. Mam takie, co umówiły się na dwa spotkania i na trzecie się już nie umówią, bo już nie zdążą po prostu. A te dwa i tak były po terminie. I są też te spotkania na takim płytkim poziomie zaangażowania.”¹⁶

Wymagający i zarazem spójny z modelem szkoły jest warunek obecności obojga rodziców na spotkaniu. 94% badanych rodziców deklaruje, że na każde spotkanie przychodzili we dwoje¹⁷. Nauczycielki zauważają, że podejście do wychowania dzieci jest nieco inne u każdego rodzica i podczas rozmowy mogą oni przekazać swój punkt widzenia. Dodają również, że takie spotkania wzmacniają aktywność ojców, którzy coraz lepiej poznają swoją rolę w procesie wychowania córki. Rodzice uczennic także pochwalają koncepcję wspólnych spotkań: „Znaczący podoba mi się to, że jesteśmy razem z mężem tam. Bo na wywiadówki do poprzedniej szkoły, to wiadomo ja najczęściej chodziłam. A teraz jesteśmy razem i Pani mówi: no to rola ojca, ważny jest kontakt indywidualny z córką...”¹⁸

Kilkoro rodziców przyznało, że spotkania z tutorem zachęciły ich do częstszych rozmów na temat wychowania dzieci. 70% ankietowanych rodziców deklaruje, że po każdym spotkaniu rozmawiają ze sobą w celu ustalenia konkretnego i wspólnego planu wychowawczego¹⁹. Część rodziców podkreślała jak wielkim wyzwaniem organizacyjnym, związanym z pracą zawodową oraz opieką nad dziećmi, jest wspólne uczestnictwo w tutorialach.

Czas spotkań z uczennicami wyznacza tutor, nie jest to regulowane na poziomie szkoły. Niektóre nauczycielki wolą umówić się na cykl spotkań w konkretne dni, inne działają bardziej spontanicznie. 54% uczennic oceniła, że długość trwania spotkania im odpowiada²⁰. Ten aspekt bardziej pozytywnie oceniły nauczycielki, prowadzące opiekunostwo (14 z 15 uznało, że czas spotkania z uczennicami jest odpowiedni)²¹. W roku szkolnym po przeprowadzeniu ankiety wprowadzono zmianę, polegającą na określeniu miesięcznej liczby spotkań z uczennicami.

Badana kadra przyznaje, że najbardziej intensywny czas rozmów z uczennicami przypada przed terminem spotkania z rodzicami. Niektóre uczennice same dopytują, kiedy mogą się spotkać na rozmowę.

W badanej placówce tutor jest przydzielany danej rodzinie przez Radę Zarządzającą (RZ). Bardzo często jest to wychowawca ale nie jest to regułą. W sytuacji, gdy rodzice mają kilkoro dzieci w pla-

¹⁶ Wychowawczynie klas I-III.

¹⁷ Ankieta IFE. Cz. II. Rodzice.

¹⁸ Matka czterech uczennic.

¹⁹ Jest to zalecana i przypomniana przez szkołę praktyka.

²⁰ Ankieta IFE. Cz. III. Uczennice

²¹ Ankieta IFE. Cz. I. Opiekunowie

¹⁴ Ankieta IFE. Cz. I. Opiekunowie.

¹⁵ Wychowawczynie klas IV-VI.

cówce zwykle spotykają się z jednym tutorem. Z rozmów z dyrekcją wynika, że rodzice mogą się zwrócić z prośbą o zmianę opiekuna ale takie przypadki zdarzają się sporadycznie. O wiele częściej zmiana następuje z przyczyn losowych (np. odejście nauczycielki na urlop macierzyński). Podczas rozmowy z członkami RZ dowiedziałam się, że podczas wyboru tutora bierze się pod uwagę znajomość dziecka/dzieci (np. czy tutor jest jego nauczycielem) oraz specyficzną sytuację rodziny. Uczennica klasy VI zwróciła uwagę na potrzebę dopasowania tutora do potrzeb uczennic: „Chciałabym, żeby to było tak, że dziewczynka jest dostosowana do opiekuna. W tym sensie, że jak ktoś bardzo lubi czytać książki, to żeby to była na przykład pani od polskiego. No bo ona może tej osobie dużo doradzić.”²²

Wśród rodziców, z którymi prowadziłam wywiady wielu miało doświadczenia rozmów z kilkoma tutorami, co dawało im możliwość porównania różnych stylów prowadzenia rozmów i osobistych korzyści. Ich ocena w dużej mierze była związana z osobistą relacją z daną nauczycielką, jej autorytetem, stażem pracy czy stylem bycia. „Wszystko zależy od osób. Przerobiliśmy trzy osoby (...) Wszystko zależy od rozwoju, doświadczenia tych osób. Ja też nie wiem, czy każdy powinien od razu być...”²³

Zadania jakie podejmuje tutor wykraczają poza zwykłe obowiązki nauczyciela. Jak słusznie zauważył cytowany powyżej rodzic do realizacji tej funkcji nie będzie się nadawał każdy nauczyciel. Potwierdza to członkini RZ, która wskazuje na konieczność głębokiego zrozumienia przez tutorów wartości określonych w modelu edukacyjnym: „Ale czy ta każda Pani, która prowadzi rozmowy opiekunowskie, czy dla niej te punkty są ważne?”²⁴

Rodzice, z którymi prowadziłam wywiady byli zadowoleni ze spotkań opiekunowskich, potwierdzają to również wyniki ankiety (82% respondentów udzieliło pozytywnej odpowiedzi na pytania związane z oceną tutoringów)²⁵. Preferują tutorów, którzy mają częsty kontakt z ich córką (jest to zależne od tego czy tutor jest nauczycielem w klasie córki oraz jak często w tygodniu ma ona z nim lekcje). Mogą wówczas usłyszeć konkretne przykłady zachowań czy szczegółową analizę umiejętności. Istnieje jednak ryzyko, że w takim przypadku rozmowa ograniczy się do „raportu” dotyczącego funkcjonowania uczennicy w szkole i zabraknie refleksji odnośnie ogólnej postawy córki czy wyraźnego udziału rodziców w propozycjach dotyczących życia rodzinnego. W materiałach dla tutorów znajdują się wskazówki, w jaki sposób prowadzić rozmowy, by nie ograniczały się do sprawozdania. Ten temat był także poruszany podczas szkoleń dla tutorów.

Nauczycielki zauważają, że rodzice uczennic chętnie z nimi współpracują i otwarcie rozmawiają o problemach wychowawczych córek. Jedynie

nieliczni rodzice unikają kontaktu lub ograniczają rozmowy do spraw organizacyjnych i dydaktycznych. Dla tutorów rozmowy opiekunowskie są bardzo ważnym elementem pracy oraz sposobem poznania rodziny. Ponadto dają możliwość lepszego zrozumienia i utożsamienia się z modelem wychowawczym szkoły. W szczególności dotyczy to tych nauczycielek, których system wartości jest zgodny z tym, jaki funkcjonuje w szkole: „Ten model jest czymś moim i ja po prostu w tym funkcjonuję. To jest moje po prostu.”²⁶

Większość uczennic deklaruje, że „zdecydowanie lubi” (68%) lub „lubi” (13%)²⁷ swojego tutora, kilka z nich nie była z „przydziału” zadowolona. Pierwsze wrażenie czy popularność danej nauczycielki może mieć duży wpływ na ich własną ocenę i chęć współpracy. Popularność tutorów pokrywała się z ich osobistą oceną łatwości kontaktu z uczennicami. Dwie nauczycielki przyznały, że mają czasem problem z wyborem odpowiednich tematów rozmów z uczennicami oraz, że nie zawsze umieją znaleźć sposób, by skutecznie tworzyć relacje. „A ja mam na przykład problem o czym mam z nimi rozmawiać (...) One tak odpowiadają szybko, krótko, więc nie ma z nimi o czym rozmawiać.”²⁸

Analiza tutoringów na poziomie normatywnym wykazała istnienie określonych zasad i procedur związanych z jego realizacją, znanych i respektowanych przez członków społeczności szkolnej. W przypadku procedur daje się zauważyć dużą elastyczność, dzięki której przebieg rozmowy może być adekwatny do potrzeb i stylu uczestników. Równocześnie oznacza to zależność jego jakości od postawy tutora, między innymi tego, w jaki sposób osobiście określa cele tutoringów. Obserwacja pracy nauczycielek oraz wywiady z nimi, pokazały jak trudno jest im pogodzić wszystkie obowiązki zawodowe, które nierzadko wymagają pełnienia trzech ról: nauczycielki, wychowawcy i tutora.

Kultura idealna

Kolejny aspekt kultury zawiera uznane przekonania, poglądy, idee, standardowe symbole i tym samym określa sposób myślenia jej uczestników. Dotyczy przyswojenia wzorów kultury i modeli normatywnych lub wartości określanych przez świadomość, doświadczenie lub nawyki ludzi. W ramach tego obszaru kultury scharakteryzują postrzeganie tutoringów przez osoby biorące w nim udział oraz dokonam analizy podobieństw i różnic tej percepcji.

Dla rodziców tutoring stanowi spoiwo, łączące dom ze szkołą. 72% badanych rodziców odpowiedziało, że spotkania pomagają im być lepszymi rodzicami i wychowawcami.²⁹ Część z nich przyznała, że był to jeden z elementów, który zadecydował o wyborze placówki dla ich dziecka. Nauczycielki także doceniają wartość systematycznych i głębo-

²² Uczennica kl. VI

²³ Ojciec dwóch uczennic.

²⁴ Członkini RZ.

²⁵ Ocena tutoringów została określona na podstawie analizy 13 z 18 pytań (Ankieta IFE. Cz. II. Rodzice)

²⁶ Nauczycielka IV-VI.

²⁷ Ankieta IFE. Cz. III. Uczennice.

²⁸ Nauczycielka kl. IV-VI.

²⁹ Ankieta IFE. Cz. II. Rodzice.

kich rozmów z uczennicami i ich rodzicami: „Rodzice sami mówią, że jest na przykład jakiś problem na poziomie funkcjonowania rodziny i dziecko to przeżywa. I oni to mówią, ja nie wyciągam tego od nich. Oni mówią na takim poziomie na jakim chcą o tym mówić (...) na prawdę wydaje mi się, że można bardzo dużo dzięki tym rozmowom opiekunowskim wypracować.”³⁰

83% badanych rodziców uważa, że otrzymują od szkoły odpowiednie wsparcie w przypadku jakiegoś problemu.³¹ Należy jednak podkreślić, że w badanej placówce nauczyciele mają kontakt z rodzinami wykształconymi, z reguły z wysokim SES oraz zaangażowanymi w wychowanie dzieci.

Najbardziej zadowoleni z prowadzonego w szkole tutoringu są rodzice (82% pozytywnych ocen) oraz uczennice (74% pozytywnych ocen). Pozytywne oceny tutorów stanowią 70%)³². Należy zauważyć, że tuteżnicy w dużym stopniu oceniali swoją osobistą postawę i zaangażowanie dlatego mogli być bardziej krytyczni od pozostałych grup respondentów.

Tabela 1. Tematy rozmów podejmowane podczas spotkań opiekuna z uczennicą

Temat rozmów	W opinii uczennic	W opinii opiekunów
Nauka w szkole, prace domowe	2,72 ³³	3,4
Relacje z rodzeństwem, rodzicami	2,3	3,13
Relacje z koleżankami w szkole i nauczycielami	2,8	3,5
Przyjaźnie	2,25	3,1
Zainteresowania	2,3	2,93
Życie duchowe	2	2,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiety IFE

Tabela 2. Tematy rozmów podejmowane podczas spotkań opiekuna z rodzicami uczennicy

Temat rozmów	W opinii rodziców	W opinii opiekunów
Nabyte przez uczennice umiejętności	3,1	3,6
Relacje z rodzeństwem, rodzicami	2,6	3
Relacje z koleżankami w szkole i nauczycielami	3,35	3,7
Plan wychowawczy	2,37	2,73
Przekaz wiary	2,13	2,33

Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiety IFE

Porównując opinie respondentów na temat poruszanych podczas spotkań tematów można zauważyć, że są oni zgodni co do najczęściej i najrzadziej podejmowanych zagadnień. Jednocześnie daje

się zauważyć, że opiekunowie zawsze wskazywali częstsze występowanie wybranego tematu niż rodzice czy uczennice. Może to wynikać z przyjętej przez nich roli, związanej z prowadzeniem tutoringu i planowaniem określonej tematyki rozmowy, co zwiększa ich świadomość związaną ze strukturą spotkania.

Tematyka rozmów najczęściej dotyczyła szkolnych i rodzinnych relacji uczennic oraz kwestii związanych z nauką. Zaskakujące jest, biorąc pod uwagę założenia aksjologiczne placówki, stosunkowo rzadkie poruszanie tematyki związanej z wychowaniem religijnym. Z wywiadów z nauczycielkami wynika, że przyczyną jest przede wszystkim zakwalifikowanie tego tematu jako bardzo osobistego oraz brak pomysłu na prowadzenie rozmowy na ten temat.

Uczennice w mniejszym stopniu niż nauczycielki czy rodzice utożsamiają tutoring jako element programu wychowawczego. Podczas wywiadów fokusowych miały możliwość określenia co im się podoba oraz nie podoba w placówce a także określenia cech idealnej szkoły. W klasie IV temat tutoringu nie pojawił się ani razu, w klasie piątej jedna uczennica nawiązała to rozmowy opiekunowskiej, zaś w klasie VI temat tutoringu pojawił się trzykrotnie. Te same uczennice IV-VI zostały poproszone o swobodną wypowiedź dotyczącą programu wychowawczego szkoły i tego co chciałyby zmienić. Wśród 28 wypowiedzi tylko w trzech znalazły się informacje dotyczące tutoringu, wskazujące, że uczennice wiążą go z koncepcją wychowawczą placówki. Wspomniane trzy wypowiedzi były pozytywne: „Podoba mi się, że każda uczennica ma opiekuna, bo to pomaga...”³⁴

Uczennice mogą podczas rozmowy z tutorem wyrazić swoją ocenę a także zadawać pytania. Przede wszystkim są jednak zachęcane do refleksji nad własną osobą i swoim postępowaniem. 85% uczennic zadeklarowało, że opiekun pomaga im dostrzec ich słabe i mocne strony.³⁵ Na etapie szkoły podstawowej istotnym tematem rozmów okazały się relacje z koleżankami w klasie i nauczycielkami (65% uczennic zadeklarowało, że ten temat pojawia się często) oraz zagadnienia związane z nauką, pracą domową, itd. (59% uczennic zadeklarowało, że ten temat pojawia się często)³⁶.

Większość uczennic wskazała, że podoba im się, że mają swojego opiekuna (23 odpowiedzi z 32) a 25 uczennic wskazało, że lubi swojego opiekuna. 21 uczennic potwierdziło, że w sytuacji, gdy ma jakiś problem, zwraca się do opiekuna³⁷. Jedynie 41% badanych uczennic zadeklarowało, że ufa swojemu opiekunowi i przedstawia mu swoje problemy, nawet bardzo osobiste³⁸. Może to być powiązane z potrzebami i preferencjami dzieci w tym wieku. Nastoletnie uczennice coraz chętniej powierzają swoje tajemnice koleżankom niż dorosłym. Istnieje

³⁰ Nauczycielka kl. I-III.

³¹ Ankieta IFE. Cz. II. Rodzice.

³² Ankieta IFE – części I-III.

³³ W tabelach zastosowano średnie dla wskazań respondentów w prze-dziale 1-4.

³⁴ Uczennica kl. V.

³⁵ Ankieta IFE. Cz. III. Uczennice

³⁶ ibidem

³⁷ Ankieta „Moja szkoła”

³⁸ Ankieta IFE. Cz. III. Uczennice.

również prawdopodobieństwo, że boją się reakcji, oceny swojego opiekuna. Nauczycielki potwierdziły, że uczennice rzadko otwierają się przed nimi, przedstawiając osobiste problemy (12 z 15 nauczycielek)³⁹. Zaufanie wobec tutora sprzyja odważnym komentarzom i pytaniom, dzięki czemu internalizacja norm i wartości przekazywanych w domu i w szkole jest efektem osobistej refleksji (Jarymowicz, 1994). Brak takiej relacji może powodować, że niektóre tematy nie są podejmowane lub wystarczająco pogłębiane. Wyniki obserwacji lekcji i wywiadów fokusowych z uczennicami wskazują, że są one przyzwyczajone do szczerych rozmów a relacje z koleżankami i nauczycielkami są dla nich bardzo ważne.

Placówka nie określa sztywnych ram czy procedur tutoring, zatem odzwierciedla się w nim różnorodność osobowości i stylów. Każdy tutor ma trochę inne podejście, a także inne cele szczegółowe, które wynikają nie tylko ze specyficznej i niepowtarzalnej sytuacji każdej rodziny, ale także z jego osobistego zaangażowania oraz rozumienia podstaw aksjologicznych modelu. Te same uwarunkowania są powodem zróżnicowania podejścia i oczekiwań rodziców. „Szkoła ma na pewno pewną propozycję dla rodziców. I w zależności od tego na ile rodzina chce skorzystać z tego, to może skorzystać bardzo dużo i może nie skorzystać w ogóle.”⁴⁰

Wszyscy respondenci uznali, że osobista rozmowa jest ważnym elementem procesu wychowawczego i widzą jej wartość. Wysoko oceniają także założenia programu wychowawczego szkoły. Różnice pojawiały się natomiast na poziomie szczegółowych celów lub konkretnych rozwiązań (m.in. stosunek do porządku, odrabiania prac domowych). Tutoriale, zdaniem respondentów, sprzyjają lepszemu rozumieniu podstaw antropologicznych a co za tym idzie – jedności między placówką i domem.

Rodzice cenią szkołę za możliwość indywidualnych spotkań, podczas których mogą rozmawiać o swoim dziecku/dzieciach, a nie o całej klasie: „I to, że są rozmowy tutorskie, że nie ma tych ogólnych zebrań, gdzie nauczyciel staje i zazwyczaj jest narzekanie na klasę. A tu się mówi konkretnie o swoim dziecku, o tym, co trzeba zrobić.”⁴¹

Rodzice oceniają, że tutor pomaga im lepiej poznać córkę, jej mocne i słabe strony (80%). Charakterystyczne, że rodzice są aktywnymi uczestnikami tego procesu, w takim sensie, że sami również podlegają przeobrażeniom. W czasie wywiadów mówili, że placówka zmienia ich samych, zmienia życie całej rodziny. Najczęściej podawali przykłady o charakterze organizacyjnym, jednak niektórzy wspominali także o głębszych zmianach, dotyczących rozumienia wartości i celów wychowawczych.

Badania pokazały, że rodziny, które postanowiły związać się z projektem edukacyjnym placówki nie są jednakowe: mają różny styl funkcjonowania, inny

stopień zaangażowania w pracę szkoły oraz różnorodnie oceniają codzienność i program. Ważnym tematem spotkań z opiekunem okazało się wychowaniem i kształtowanie postaw. Jednak niektórzy oczekiwali, że tutoring będzie spotkaniem o charakterze sprawozdawczym, inni woleli rozmowę pobudzającą do refleksji i rewizji własnej postawy. Ujęcie priorytetów i ich interpretacja w kategoriach aksjologicznych wskazywały, że część rozmówców ma świadomość wartości wychowawczych w ujęciu personalistycznym, inni interpretowali je w odmiennych paradygmatach.

Wnioski

Tutoring zajmuje istotne miejsce w badanej placówce, zarówno na poziomie założeń, procedur jak codziennej praktyki. Jest ważnym i cenionym elementem kultury szkoły dla wszystkich członków społeczności szkolnej.

Jako jednostkowy konstrukt mentalny stanowi zbiór przekonań i ocen dotyczących zarówno celu jak praktyki. Ocena jego realizacji zależy przede wszystkim od osobistych oczekiwań oraz doświadczeń i jest silnie powiązana ze stylem pracy i osobowością uczestników tutoring. W badanej placówce, tutoring nie stanowi systemu procedur, ale faktyczną wartość, wpisaną w kulturę szkoły. Sukces tutoring zależy od tego jak poszczególne strony rozumieją i potrafią wykorzystać jego potencjał, a to z kolei w dużej mierze jest skutkiem znajomości i interpretacji podstawowych założeń edukacyjnych placówki oraz osobistej postawy.

Postrzeganie i ocena tutoring przez trzy badane grupy społeczności szkolnej jest w dużej mierze zgodna – różnice dotyczą przede wszystkim poziomu artefaktów.

Porównanie wyników określonych dla poszczególnych aspektów kultury wykazuje spójność – elementy materialne są wynikiem założenia aksjologicznych i normatywnych placówki.

Podsumowując, tutoring nie da się sprowadzić jedynie do roli narzędzia (choć potocznie jest tak nazywany) – przenika on bowiem do warstwy aksjologicznej i zarazem ją buduje. Stanowi to zarówno szansę jak zagrożenie dla powodzenia jego realizacji. Jest niezbędnym elementem kultury badanej szkoły, który mimo znacznego wysiłku, jaki wymaga jego prowadzenie stanowi dla członków społeczności szkolnej dużą wartość. Angażuje nauczycieli, uczniów i rodziców do refleksji nad celowością i praktyką oddziaływań wychowawczych oraz własną postawą.

³⁹ Ankieta IFE. Cz. I. Opiekunowie.

⁴⁰ Nauczycielka kl. I-III.

⁴¹ Mama trzech uczennic.

Literatura:

1. Bakiera, L., Harwas-Napierała B. (2016). *Wzory osobowe w rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
2. Budzyński, M. (2009). Tutoring szkolny - jak przez dialog rozwijać ucznia i motywować go do nauki. W: M. Budzyński, P. Czekierda, J. Traczyński, Z. Zalewski, A. Zembrzuski (red.), *Tutoring w szkole. Między teorią a praktyką zmiany edukacyjnej* (s. 30-33). Wrocław: Towarzystwo Edukacji Otwartej.
3. Charmaz, K. (2001). Grounded Theory. W: R.M. Emerson (red.), *Contemporary Field Research: Perspectives and Formulations* (s. 335-352). Prospect Heights, IL: Waveland Press.
4. Czayka-Chełmińska, K. (2016). Tutoring jako relacja. W: B. Kaczarowska (red.) *Tutoring. W poszukiwaniu metody i kształcenia liderów* (s. 44-48). Warszawa: Stowarzyszenie Szkoła Liderów, pobrane z: <http://www.szkoła-liderow.pl/wp-content/uploads/2016/03/Tutoring.-W-poszukiwaniu-metody-kszta%C5%82cenia-lidero%C5%81w.pdf>
5. Czekierda, P. (2015). Czym jest tutoring? W: P. Czekierda, B. Fingas, M. Szala (red.), *Tutoring* (s. 27-34). Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer.
6. Figas, B. (2015). *Fundamenty i źródła tutoring*. W: P. Czekierda, B. Fingas, M. Szala (red.), *Tutoring* (s. 37-61). Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer.
7. Fijałkowski, A. (2009). Z dziejów myślenia o tutoring. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 2(212), 5-33.
8. Geertz, C. (2005). *Interpretacja kultur. Wybrane eseje*. Kraków: Wyd. UJ.
9. Gębska, M. (2013). Tutoring, mentoring, coaching. Komplementarność zindywidualizowanych form edukacji. W: J. Bałachowicz, A. Rowicka (red.), *Nowoczesny wychowawca – tutor, mentor, coach* (s. 24-36). Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka.
10. Jakubowska, M. (2015a). Pamięć instytucjonalna - magazyn i element kultury szkoły. *Kultura i Polityka*, 18, 42-54.
11. Jakubowska, M. (2015b). Wychowanie personalistyczne a podejście indywidualne. W: S. Kowal, M. Mądry-Kupiec (red.), *Przygotowanie do wykonywania zawodu nauczyciela. W stronę edukacji spersonalizowanej* (s. 59-70). Wydawnictwo internetowe e-bookowo.
12. Jarymowicz, M. (1994). W stronę indywidualnej podmiotowości i zbliżeń z innymi: podmiotowe podstawy społecznych identyfikacji. W: M. Jarymowicz (red.), *Poza egocentryczną perspektywą widzenia siebie i świata* (s. 11-36). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PAN.
13. Kłoskowska, A. (1983). *Socjologia kultury*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
14. Kostera, M. (2013). *Antropologia organizacji. Metodologia badań terenowych*. Warszawa: PWN.
15. Lofland, J., Snow, D.A., Anderson, L., Lofland, L.H. (2009). *Analiza układów społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
16. Pełczyński, Z. (2016). Tutoring wart zachodu. Z doświadczeń tutora oksfordzkiego. W: B. Kaczarowska (red.), *Tutoring. W poszukiwaniu metody i kształcenia liderów* (s. 31-35). Warszawa: Stowarzyszenie Szkoła Liderów; pobrane z: <http://www.szkoła-liderow.pl/wp-content/uploads/2016/03/Tutoring.-W-poszukiwaniu-metody-kszta%C5%82cenia-lidero%C5%81w.pdf>.
17. King, A. (1997). ASK to THINK-TEL WHY: A model of transactive peer tutoring for scaffolding higher level complex learning. *Educational Psychologist*, 32(4), 221-235. https://doi.org/10.1207/s15326985ep3204_3
18. Prosser, J. (1999). *School Culture*, London: Paul Chapman Publishing Ltd.
19. Sapir, E. (1978). *Kultura, język, osobowość. Wybrane eseje*. Warszawa: PIW.
20. Sitko, M. (2011). Tutoring szansą dla systemu edukacji. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 1(4), 7-32.
21. Shein, E. (1992). *Organisational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
22. Sztompka, P. (2012). *Socjologia: analiza społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
23. Szymala, K. (2011). Tutoring rodzinny. Teoretyczne założenia i praktyczne implikacje na przykładzie szkoły „Strumienie”. W: M. Skibińska (red.), *Sukces w edukacji. Personalizacja nauczania, III Międzynarodowy Kongres Edukacji Zróżnicowanej* (s. 217-227). Warszawa: Fundacja EASSE Polska.
24. Znaniecki, F. (1992). *Nauki o kulturze. Narodziny i rozwój*. Warszawa: PWN.
25. Zuchniewicz, P. (2015). Tutoring szkolny – personalizacja edukacji. W: P. Czekierda i in. (red), *Tutoring* (s. 115-122). Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer.

PORADNICTWO – RÓŻNORODNE DROGI POSZUKIWANIA ROZWIĄZAŃ W SYTUACJACH TRUDNYCH

COUNSELLING – VARIOUS WAYS OF FINDING SOLUTIONS IN DIFFICULT SITUATIONS

Monika Wojtkowiak^{1(B,E,F)}

¹Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wojtkowiak, M. (2018). Poradnictwo – różnorodne drogi poszukiwania rozwiązań w sytuacjach trudnych. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 38-47. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.25>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Artykuł stanowi próbę wskazania nowych form działań pomocowych mieszczących się w obszarze poradnictwa. Szczególną uwagę poświęcono poradnictwu dialogowemu i jego zastosowaniu we współczesnych działaniach wspierających jednostkę w sytuacjach trudnych. Skoncentrowano się przy tym na potrzebach i ograniczeniach osób poszukujących pomocy, ale wskazano także nowe formy pracy, które mogą być odpowiedzią na rosnące zapotrzebowanie na pomoc w różnych zakresach (wzmocnienia jednostki, rozwiązywania konfliktów, poszukiwania własnych zasobów).

Słowa kluczowe: poradnictwo, pomoc, dialog, wsparcie

Summary

The article presents an attempt to indicate new forms of helping actions within advisory service. The emphasis is on the dialogic advisory service and its use in contemporary actions supporting the individual in challenging situations. The needs and restrictions of individuals looking for help are highlighted; however, new forms of work, which may be the answer to the rising need for help in various matters (strengthening the individual, solving conflicts, searching for new resources) have been indicated.

Keywords: advisory service, help, dialogue, support

Tabele: 0

Ryciny: 0

Literatura: 19

Otrzymano: grudzień 2017

Zaakceptowano: maj 2018

Wstęp

Poradnictwo jest działaniem wpisanym w naturalne ludzkie funkcjonowanie społeczne i tak rozumiane można je traktować, jako wyraz społecznej adaptacji. Udzielanie wsparcia w nieformalnej i nieprofesjonalnej formie jest często oparte na ludzkim odruchu pomocy, który wpisany jest w nasze życie i ustala pewne interakcje na poziomie indywidualnym i społecznym. Od tak pojętego poradnictwa jeszcze daleko do pomocy profesjonalnej, której różnorodne formy będą opisane w poniższym opracowaniu. Wydaje się jednak zasadnym zauważyć, że jest to najprostszy sposób pomocy, wpisany w codzienność i związany z interakcyjnością ludzkiego funkcjonowania.

Obecnie możemy zauważyć zjawisko wzmożonego popytu na działania pomocowe. „Zapotrzebowanie w profesjonalną pomoc w świecie płynnej nowoczesności nie maleje” - pisze Violetta Drabik-Podgórną - „Przeciwnie, wraz z komplikacją codzienności (zawodowej, edukacyjnej, rodzinnej) wzrasta poczucie zagubienia i bezradności wobec

coraz to nowych wyzwań” (Drabik-Podgórną, 2015, s.95.). Zmieniają się, zatem obszary życia, które wymagają pracy poradniczej, co implikuje konieczność poszukiwania coraz to nowych form pomocy i dróg jej udzielania.

Intencją niniejszego opracowania jest zwrócenie uwagi na nowe formy działań pomocowych i wspierających mieszczących się w obszarze poradnictwa lub nawiązujących do niego. Zdecydowano się przy tym przyjąć następujący porządek prezentowanych treści: artykuł otwiera rozróżnienie definicyjne, które zwraca uwagę na wielość ujęcia problemu. Następnie, z racji przyjętej perspektywy zmienności poradnictwa, przeprowadzono krótką charakterystykę problemów, z którymi mogą zmagać się osoby zwracające się o pomoc. W kolejnym kroku dokonano opisu poradnictwa dialogowego, co wiąże się z zaakcentowaniem jego roli w opisanych później współczesnych formach pracy. Dobór prezentowanych form pomocy jest subiektywny, choć dyktowany koniecznością zauważenia różnorodnych sposobów działania i przenikania poradnictwa do metod pracy z pacjentami.

Adres korespondencyjny: Monika Wojtkowiak, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiczny i Artystyczny, Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji, ul. Krakowska 11, 25-029 Kielce, mwojtkowiak@ujk.edu.pl; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7611-8302>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Monika Wojtkowiak

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Rozróżnienie definicyjne

Różnorakie są definicje poradnictwa. Bywa ono związane z pomocą psychologiczną, ale stanowi również ważną gałąź działalności pedagogicznej i wychowawczej. Pomoc tego typu odnosi się do oddziaływań indywidualnych, grupowych (np. poradnictwo rodzinne), prowadzonych doraźnie lub będących procesem, posługujących się systemem zróżnicowanych metod i środków, odnoszącym do różnorodnych dziedzin życia i problemów. Ta różnorodność zarówno w zakresie podmiotu, przedmiotu, jak i metod poradnictwa implikuje konieczność różnorodnego podejścia do opisu zjawiska i zauważenie, że poradnictwo jest procesem, którego opis zależy od przyjętej perspektywy.

Wielorakie koncepcje człowieka ujmują poradnictwo w różnych kategoriach, kładąc nacisk na rozliczne determinanty zachowania definiujące perspektywy pomocy. I tak:

1. Podejście psychodynamiczne zakłada, że „zachowanie człowieka jest sterowane przez czynniki wewnętrzne (siły motywacyjne), które nie są świadome i często zachodzi między nimi konflikt” (Skałbana, 2009, s.34.). Odwołanie się do możliwości i samodzielności pacjenta może opierać się w dużej mierze na zrozumieniu mechanizmów, które kierują jednostką i do ich zmiany. Poradnictwo psychodynamiczne jest zwykle działaniem długoterminowym, wymagającym czasu (Gašior, 2016, s.17.).
2. Podejście behawiorystyczne kładzie nacisk na udział środowiska w determinowaniu zachowania ludzkiego. W tej perspektywie szczególnie istotnym jest to, czego środowisko dostarcza, traktując człowieka, jako reaktywnego, a więc podatnego na impulsy płynące z otoczenia. Praca poradnicza opiera się w tym rozumieniu głównie na poradnictwie dyrektywnym, dostarczającym klientowi „kary i nagrody”, a w rezultacie na kształtowaniu jego zachowań.
3. Koncepcje humanistyczne definiują poradnictwo, jako skoncentrowane na kliencie. Człowiek z jego niepowtarzalnością, dążeniem do samorealizacji, potrzebami, upodobaniami, emocjami staje, w centrum podejmowanych działań, które uwzględniają właśnie ów zestaw unikalnych cech.
4. Koncepcje poznawcze zajmują szczególne miejsce w poradnictwie pedagogicznym. Zakładają one, bowiem, że „zachowania człowieka mogą być zmieniane dzięki systematycznym oddziaływaniom wychowawczym” (Skałbana, 2009, s.35.). Oddziaływania te powinny być oparte na zrozumieniu mechanizmów, według których działa człowiek, ale także indywidualnego systemu wartości, sposobu myślenia i patrzenia na świat.

Jak łatwo zauważyć, każda z wymienionych koncepcji proponuje nieco inne spojrzenie na jednost-

kę, każda traktuje poradnictwo, jako działalność odnoszącą się do innej formy aktywności stron pracy pomocowej. Wielość perspektyw pociąga za sobą wielość definicji poradnictwa, jako procesu.

Klasyyczna już definicja Olgi Czerniawskiej, określa poradnictwo, jako „działanie polegające na niesieniu pomocy za pośrednictwem porady, przy czym przez działanie rozumie się układ relacji między dwiema lub większą liczbą osób” (Czerniawska, 1977, s.7). W niniejszym procesie ważne są zarówno podmiotowe cechy obu stron relacji, jak dobór metod, środków, form pomocy, które przyczynić się mogą do sukcesu działalności poradniczej. Poradnictwo według Stevena Murgatroyda „stanowi złożony, subtelny i niekiedy pełen napięcia proces, w którym co najmniej dwie osoby nawiązują ze sobą kontakt i próbują doprowadzić do określonej zmiany” (Murgatroyd, 2000, s.17). Przy czym, jak zauważa dalej Autor, zmiana ta może być całkiem prosta-pozwala zrozumieć zaistniałą sytuację¹, ale może również prowadzić do poważnych zmian w sposobie życia danej osoby.

Takie ujęcie poradnictwa koresponduje z definicją Anny Jones, którą określiła je, jako „działanie ułatwiające poszczególnym osobom pogodzenie się z własnym życiem - takim, jakie ono jest - a w ostatecznym rachunku pomagające osiągnąć większą dojrzałość poprzez nauczenie się brania odpowiedzialności i podejmowania decyzji za samego siebie” (Murgatroyd, 2000, s.17). W takiej perspektywie należy zwrócić uwagę na dwie kluczowe kwestie: po pierwsze powyższa definicja podkreśla efektywność poradnictwa nie tylko w kategorii zażegnania kryzysu czy wzmocnienia jednostki, ale: wyposażenia jej w umiejętności potrzebne do refleksyjnej samodzielności. Oznacza to, że jednostka nie tylko będzie potrafiła poradzić sobie z problemem, który ma miejsce tu i teraz, ale będzie świadoma konieczności podejmowania samodzielnych działań w celu zapobieżenia sytuacji trudnym na przyszłość lub radzenia sobie z nimi, gdy już nastąpią. Drugim istotnym elementem powyższego ujęcia jest określenie adresatów poradnictwa. Pamiętać należy, że poradnictwo nie odnosi się wyłącznie do działań adresowanych do jednostki, może być również działaniem podejmowanym wobec większych grup a nawet społeczności. Ale, jak wydaje się wskazywać powyższa definicja, poradnictwo jest zespołem czynności, które w swej istocie sprowadzają się do kontaktu dwojga ludzi, uwzględniają ich indywidualności i charakter, ujmują uczestników poradnictwa w szerokim spectrum ich cech i preferencji. Tym bardziej docenić należy wartość takiego ujęcia poradnictwa, które to ujęcie wydaje się korespondować z proweniencją procesu- jest to przecież działanie wywodzące się z naturalnych interakcji międzyludzkich, w których porada czy

¹ Steven Murgatroyd zaznacza przy tym, że „zmiany osiągnięte w efekcie poradnictwa mogą być niewielkie, (kiedy na przykład uzmysłowimy sobie coś), lub też dotyczą znacznej zmiany myślenia i odczuwania. Celem pomocy jest wspieranie danej osoby w przejmowaniu większej kontroli nad swym życiem” (Murgatroyd, 2000, s.16.).

pomoc mają stałe miejsce. Oczywiście poradnictwo wymaga określonych umiejętności, profesjonalnego przygotowania i formalnych kompetencji, ale w dużej mierze sukces porady zależy od cech osobowych uczestników relacji.

Trudności po stronie osoby poszukującej pomocy

W centrum każdej porady stoi klient, pacjent, osoba potrzebująca pomocy. Jak słusznie zauważa Ewa Bilaska poszukiwanie porady jest procesem decyzyjnym, poprzedzonym subiektywnym odczuwaniem dyskomfortu i niepewności. Autorka stworzyła swoistą listę etapów, przez które przechodzi jednostka poszukująca pomocy w sytuacji przemocy. Rejestr ten wydaje się jednak dość wyczerpującym i wartym przytoczenia również w przyjętej w niniejszym artykule perspektywie. I tak:

- w pierwszym etapie jednostka, uznaje, że w jej otoczeniu mają miejsce zdarzenia, zachowania innych ludzi, lub ma miejsce sytuacja, która różni się od dotychczasowej, ale „uznaje, że nie dzieje się nic, czego powinna się bać”,
- etap drugi - „czy to jest problem?” to moment porównywania swojej sytuacji z sytuacją innych ludzi, ale jednostka niekoniecznie uznaje, że problem rzeczywiście ma miejsce, bywa, że w tym momencie określa siebie, jako osobę mniej zaradną niż wszyscy, niepotrafiącą sobie radzić tak, jak inni,
- w trzecim etapie jednostka prawdopodobnie potrafi już zidentyfikować sytuację, ale stara się nie określać problemu, jako „większego niż inne”,
- kolejny, czwarty etap, to próba wyjaśnienia lub usprawiedliwienia swojej sytuacji fatum, czynnikami zewnętrznymi etc. Taki zabieg służyć ma usprawiedliwieniu własnej bierności i niepodejmowania prób rozwiązania problemu,
- piąty etap to próby „radzenia sobie”, „bycia dzielny”, podejmowania pierwszych aktywnych wysiłków zmierzających do radzenia sobie z sytuacją,
- w szóstym etapie dochodzi do swoistej kalkulacji podejmowania pomocy u innych, na ogół związanej z poczuciem wstydu, upokorzenia. Zwykle w tym momencie decyzja o skorzystaniu z pomocy jest odkładana na później,
- siódmy etap jest kontynuacją wcześniejszego, jednostka zadaje sobie pytania o to, „czy jest ktoś, kto mógłby mi pomóc?”, na tym etapie zwykle poszukuje pomocy u krewnych, bliskich, znajomych, dopiero potem u specjalistów,
- ostateczna decyzja o zwróceniu się o pomoc zapada na ósmym etapie. Jest to moment, w którym jednostka podejmuje działanie, zaczyna aktywnie poszukiwać pomocy (Bilaska, 2012, s.183-184.).

Powyższy schemat, mimo, że zaczerpnięty z sy-

tuacji poszukiwania pomocy określonego typu (przemoc w rodzinie), zawiera wiele elementów, które wydają się pojawiać w różnorodnych realiach kryzysów, przed którymi stają jednostki. Wydaje się, zatem trafnym zabiegiem uwzględnienie niepewności i poczucia zagubienia, które towarzyszy jednostce zanim ta zdecyduje się na skorzystanie z pomocy. Pamiętać należy również, że nierzadko ta decyzja nie jest jeszcze gwarantem rzeczywistego skorzystania z różnorodnych form wsparcia. Poradnictwo, bowiem w realiach polskich kojarzone jest z przyznaniem się do bezsilności i często piętnowane w środowisku, obarczone wstydem i traktowane, jako synonim nie radzenia sobie.

W literaturze przedmiotu można znaleźć wielu prób skatalogowania barier odnośnie korzystania z poradnictwa. Najczęściej wśród nich wymienia się:

- wspomniane już: niewiarę w możliwość zmiany i w skuteczność pomocy,
- lęk przed porażką, często ujmowany w krótkie komunikaty typu: „moja sytuacja jest beznadziejna”, „to nic nie da”,
- lęk przed otwarciem się przed doradcą, nieumiejętność zaufania,
- brak wiary w siebie i możliwość zmiany,
- silnie zakorzenione myślenie nawykowe o swoich niepowodzeniach i lęk przed wejrzeniem w siebie,
- brak chęci do zmiany, konformizm polegający na poczuciu stabilności nawet w sytuacji trudnej,
- oczekiwanie, że zmiany nastąpią w otoczeniu, niechęć lub niedocenianie „małych kroków”, brak cierpliwości w pracy,
- oczekiwanie szybkich zmian, „gotowych recept”, natychmiastowej poprawy sytuacji,
- brak chęci inwestowania czasu, autentycznego wysiłku, niesumienność pracy, nie traktowanie pomocy w sposób konsekwentny, niewywiązywanie się z podjętych podczas spotkań poradniczych zobowiązań,
- nierealne oczekiwania wobec doradcy-np. natychmiastowej zmiany, tego, że doradca nauczy klienta manipulacji osobami z jego środowiska,
- skupianie się na szukaniu usprawiedliwień, wzbudzaniu współczucia, koncentracja na przeszłości (Ćwikła, 2012, Murgatroyd, 2000, Kuczyńska, 1985).

Osobną kategorię przeszkód, które mogą pojawić się w poszukiwaniu (a potem korzystaniu z) pomocy są problemy związane ze środowiskiem. Sytuacja różnicuje się już biorąc pod uwagę niewielkie społeczności i wielkomiejskie warunki sprzyjające anonimowości. Silnie zakorzenione przekonanie o tym, że istnieje duża kontrola społeczna, „wszyscy wiedzą wszystko”, połączone ze wspomnianym powyżej stereotypem „radzenia sobie samemu” nie sprzyja podejmowaniu jakichkolwiek działań w kierunku poszukiwania i korzystania z pomocy

profesjonalnej. Ponadto bardzo często klient obawia się reakcji najbliższego środowiska, lub wręcz oczekuje, że porada stanie się „złotym środkiem” i natychmiast zmieni osoby w jego otoczeniu. Laura Ćwikła wspomina również o problemach wynikających z roszczeniowych postaw osób z otoczenia jednostki, które często wiążą się z nastawieniem klienta określanym potocznie „płacę i wymagam”. Taka sytuacja może łączyć się ze zjawiskiem komercjalizacji poradnictwa i traktowania doradcy, jako „sprzedawcy usług”, co nie sprzyja budowaniu autentycznej i szczerzej relacji (Ćwikła, 2012, s.62). W kategoriach bariery możemy również traktować sytuację, w której osoba kierowana jest po poradę przez osoby trzecie (pracodawcę, rodzinę, kuratora) lub gdy owo „kierowanie” ma charakter wywieranej na nią presji.

Te i inne czynniki tworzą wielość argumentów, „przeciw”, które nierzadko przeważają o tym, że osoby nie decydują się na korzystanie z fachowego wsparcia. Implikuje to refleksje o potrzebie swego rodzaju promocji poradnictwa, jako formy pomocy i wsparcia, a także inicjuje pytania o to czy, (a jeśli to: jak?), należy dostosować poradnictwo do potrzeb współczesnych odbiorców.

Dialog jako narzędzie poradnictwa

Poradnictwo możemy bardzo ogólnie traktować, jako specyficzne spotkanie, w którym spotykają się osoby wyposażone w różnorakie cechy i doświadczenia. Jest ono oczywiście działaniem profesjonalnym, a więc zamkniętym ramami celów, narzędzi i zasad, jednak jego personalny wymiar realizuje się w przebiegu procesu. Nie sposób nie docenić w poradnictwie właśnie niepowtarzalności relacji, która ma miejsce między doradcą a klientem i roli, jaką w niniejszej relacji pełni dialog.

Dialog według Mieczysława Łobockiego :

- pozwala na obustronną wymianę myśli i poglądów,
- umożliwia dzielenie się doświadczeniem i osobistymi przeżyciami,
- ułatwia wzajemne poznanie się, również poznanie motywów, potrzeb, zainteresowań osób,
- pozwala na ocenę własnego postępowania i zrozumienie postępowania innych,
- daje możliwość rozładowania negatywnych napięć,
- zapewnia poczucie ważności i wsparcia a także
- uświadamia odpowiedzialność za swoje postępowanie i działania (Łobocki, 2007).

Wartość dialogu w poradnictwie wydaje się, zatem nieprzeceniona. Strony uczestniczące w nim, mają poczucie swego rodzaju współodpowiedzialności w budowaniu porozumienia, co może znaleźć przełożenie na poprawę sytuacji osoby szukającej pomocy. Dialog ma przy tym niewątpliwie walor w dawaniu odczucia partnerskiego traktowania,

szacunku i bliskości. Odpowiednio prowadzony daje możliwość zawiązania relacji poradniczej, która wspiera otwartość, zaufanie i szacunek stron w budowaniu porozumienia i osiągnięcia wymierzonych zmian.

Wydaje się, że dialogowe poradnictwo ma ogromny potencjał dzięki kilku jego cechom charakterystycznym. Przede wszystkim poradnictwo dialogowe jest swego rodzaju formą odejścia od autorytatywnego traktowania klienta przez doradcę. Koncentruje ono uwagę na osobie poszukującej pomocy i przenosi odpowiedzialność za budowanie relacji również na nią. W ten sposób zakłada się większą aktywność klienta i akcentuje konieczność podjęcia odpowiedzialności za sukces porady. Ponadto poradnictwo dialogowe zakłada, bardziej, niż poradnictwo dyrektywne i liberalne, partnerskie traktowanie się stron.² Dostrzegając potrzeby partnera, czasem również odkrywając jego ukryte motywy i interesy strony mają możliwość nie tylko poszerzenia wiedzy o drugiej stronie, ale także lepszej i pełniejszej kooperacji.

Nowe koncepcje pomocy

Dynamiczne przeobrażenia ekonomiczne i społeczne implikują również zmiany w stylu życia i funkcjonowania współczesnych. Wydaje się, że zmieniają się również potrzeby i oczekiwania w zakresie udzielanej pomocy. Pociąga to za sobą konieczność wprowadzenia modyfikacji w proponowanych formach pracy z osobami potrzebującymi (i poszukującymi) wsparcia. Ich wyrazem może być postępująca popularność coachingu, jako formy pomocy i wspierania.

Coaching jest na ogół łączony z doradztwem, ale także terapią i nauczaniem. Stanowi on formę pomocy niedyrektywnej, skoncentrowanej na przyszłości i założonych celach. Wykorzystanie coachingu opiera się na poszukiwaniu rozwiązań prowadzących do likwidacji luki między stanem obecnym, (w którym odczuwamy jakiś deficyt, kryzys, etc.) a stanem pożądanym (Kozielska, Skowrońska-Pućka, 2015, s.44).

Jego głównym założeniem jest osiągnięcie jasno sprecyzowanego, optymalnego celu poprzez wykorzystanie zasobów jednostki. „Coaching jest narzędziem wspomagania rozwojowych zmian, ale to także pewien styl bycia, styl komunikacji, styl radzenia sobie z sytuacjami problemowymi” (Kozielska, Skowrońska-Pućka, 2015, s.44). Czynnikiem, który wpływać może na popularność coachingu jako formy pomocy jest akcentowanie samodzielności klienta i niemal całkowite odejście od dyrektywności w działaniu pomocowym.

² W tym miejscu warto zauważyć, że o ile poradnictwo dyrektywne opiera się na dość instrumentalnym traktowaniu porady i przejmowaniu przez doradcę roli eksperta, zaś poradnictwo liberalne koncentruje się na zapewnieniu klientowi bezpiecznej atmosfery dla podjęcia samodzielnych działań, to poradnictwo dialogowe koncentruje się właśnie wokół dialogu, rozmowy, wymiany informacji służącej partnerskiej relacji: doradca-klient (Skałbana, 2009).

Zasady coachingu określają również możliwości wyboru formy działania w interakcji między stronami:

1. Zakłada się, że klient, posiada pewien potencjał zasobów, często różnorodnych, które mogą pomóc mu w wyjściu z sytuacji trudnej.
2. Po drugie zauważa się, że klienci znają swoje mocne strony, mogą jednak nie mieć świadomości możliwości ich wykorzystania - w czym może pomóc im doradca (np. poprzez zadawanie pytań, prowokowanie do narracji).
3. Trójtemporalność perspektywy czasowej w coachingu zakłada, że każdy z nas kreowany jest przez przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, jednak szczególnie rola w poprawie sytuacji przypada przyszłości.
4. Klient wybiera temat rozmowy, co często dyktowane jest aktualnymi wydarzeniami z jego życia.
5. Coaching jest formą pomocy, w której obie strony (klient i coach) są sobie równe, przy czym różne są ich zadania i zakres odpowiedzialności. Klient odpowiada za cel, do którego dąży, coach czuwa nad porządkiem i metodyką procesu.
6. Dochodzenie do zmiany powinno przebiegać bez oceniania, a jego efektywność w dużej mierze opiera się na wzajemnym szacunku i współpracy (Kozielska, Skowrońska-Pućka, 2015, s.44).

Można, zatem powiedzieć, że w tej formie pomocy coach jest jedynie przewodnikiem, doradcą, jednak zarówno cel jak i skuteczność powodzenia procesu w największym stopniu zależy od klienta. Na pewno ogromną zaletą tej formy pracy jest położenie szczególnego nacisku na samoopowiedzialność i wspieranie samodzielności w uświadamianiu sobie własnych cech i rozwoju zasobów. Podkreślić należy jednak, że jest to forma pomocy wymagająca zaangażowania po stronie klienta, gdyż zbudowanie partnerskiej relacji w dużej mierze spoczywa również na jego barkach. „Proces coachingowy ma charakter relacyjny a jego podstawą jest dialog, partnerstwo i zaufanie” (Kozielska, Skowrońska-Pućka, 2015, s.48).

Podobną formą działalności pomocowej jest Life-Desing Counseling lub Like structure counseling. Podstawą tej formy działania jest uznanie roli samowiedzy i tożsamości, które kształtują się w toku doświadczeń życiowych. Podstawową metodą pracy w tego rodzaju pomocy jest wsluchiwanie się w historię życia: klient opowiada o własnych doświadczeniach, przebytych wydarzeniach, problemach, które spotkał (M.L.Savicak, Life-Desing Counseling Manual, 2015, s. 9. Dokument w wersji elektronicznej dostępny pod adresem: <http://www.vocopher.com/LifeDesign/LifeDesign.pdf> dostęp z dnia 30 września 2017). W historii życia (life-story) ujawniają się elementy ekosystemu, w którym funkcjonuje jednostka, drogi jej adaptacji, jak również sposoby radzenia

sobie na różnych etapach życia. Przed doradcą staje, zatem nowe zadanie. Już nie tylko udziela on rad, ale stara się przedstawić, jako realne i osiągalne nowe perspektywy rozwoju, zachęca klienta do odkrywania siebie, swojego życia, tworzenia wizji dobrej przyszłości. Współczesny doradca towarzyszy, wspiera, inspiruje.

Mimo, że Life-Desing Counseling wiąże się nierozzerwalnie konstruktywizmem, jego rodowodu dopatrywać można się także w poszukiwaniu potencjału jednostki a nawet w budowaniu mechanizmów prężności. Ostatecznie zmierza, bowiem do poprawy zdolności adaptacyjnych i samodzielnego konstruowania swojego życia, projektowania go w oparciu o własne doświadczenia, możliwości i zdolności.

Poradnictwo przez Internet – czy to już „poradnictwo instant”?

Choć Internet wszedł w użycie już ponad dwadzieścia lat temu (<http://www.siteimpulse.com/blog/archiwum-historia-i-komercjalizacja-sieci/> dostęp z dnia 30 września 2017) można powiedzieć, że od stosunkowo niedawna stał się przestrzenią funkcjonowania ludzi, w której nie tylko szukają rozrywki, ale także przenoszą doń coraz więcej obszarów swojego życia. Współcześni już nie tylko komunikują się przez Internet, ale również poszukują tam znajomości, prowadzą w e-przestrzeni życie towarzyskie, czerpią z niej informacje, korzystają z niej w pracy, a nawet szukają w niej pomocy. Ten ostatni zakres stał się polem do wykorzystania dla prowadzenia działalności poradniczej. W tym miejscu podkreślić trzeba, że mimo powyższego podtytułu- nawiązującego wprost do określenia „pokolenie instant”³, w Internecie znajduje swoje miejsce funkcjonowania coraz większa społeczność ludzi reprezentujących pokolenia starsze. To zjawisko wydaje się znakiem czasu, ale może również koniecznością-nie sposób, bowiem funkcjonować w oderwaniu e- przestrzeni.

Jako główne atrybuty Internetu wymienia się na ogół: szybkość przesyłu informacji, (która pozwala na niemal nieprzerwany kontakt między użytkownikami również w czasie rzeczywistym), elastyczność czasową i przestrzenną (jest medium, które jako jedyne daje poczucie znoszenia barier odległości), a także poczucie bezpieczeństwa związane z anonimowością, (co skutkuje większą otwartością użytkowników). Ta ostatnia cecha ma swoje implikacje w zakresie, jakości komunikacji, a nawet funkcjonowania w przestrzeni wirtualnej. O cechach e-przestrzeni będzie jeszcze mowa w niniejszym opracowaniu. W tym miejscu należy skoncentrować się na specyficznym zakresie ludzkiego działania w Internecie a mianowicie: poradnictwie prowadzonym za pomocą sieci.

³ Określenie „pokolenie instant” odnosi się najczęściej do najmłodszych użytkowników Internetu, z racji preferowania przez nich skrótowego, zwanego, szybkiego sposobu komunikacji i charakteryzujących ich zachowań zmierzających do osiągnięcia efektu „natychmiast, szybko, bez wysiłku”.

Pojawienie się e-poradnictwa było naturalnym zjawiskiem związanym ze wspomnianym już przenoszeniem kolejnych obszarów ludzkiej działalności do przestrzeni wirtualnej. „Pomoc on-line jest fachową formą usług psychologicznych świadczonych zdalnie, głównie za pomocą mediów takich jak Internet czy wideotelefon” (Pomoc psychologiczna on-line? Wywiad z profesorem Bassamem Auilem. Dokument dostępny pod adresem <http://www.psychologia-spoeczna.pl/wywiady/284-pomoc-psychologiczna-on-line-wywiad-z-profesorem-bassamem-auilem.html>, aktualizacja z dnia 4.10.2017). Tego rodzaju działalność obejmować może działania interwencyjne, poradnictwo pedagogiczne i psychologiczne, jak i długofalową pomoc. Barbara Skałbanią charakteryzując poradnictwo prowadzone za pomocą e-mediów słusznie zauważa, że „można (je) analizować w ujęciu szerokim, co dotyczy programów mających jasno określone cele, inne niż poradnicze, oraz w ujęciu węższym, co dotyczy programów, prasy czy sytuacji związanych z doradztwem, udzielaniem instruktażu, wsparcia, dostarczaniu wskazówek, porad z różnych dziedzin życia” (Skałbanią, 2000, s.61). Przyjmując tę perspektywę można zaliczyć poradnictwo internetowe do poradnictwa zapośredniczonego, czyli pozbawionego bezpośredniego kontaktu między doradcą a klientem (Smól, 2009, s.60).

Autorzy, min. Barbara Skałbanią, Tonito Cantelmi, Giardina Grifo (Skałbanią, 2009, s.91, Cantelmi, Grifo, 2003, s.46) podają różnorodne cechy wpływające na możliwość udzielania poradnictwa przez Internet,:

- interaktywność, która może istotnie wpływać na nawiązywanie dużej ilości kontaktów przy niewielkim nakładzie czasu i wysiłku,
- anonimowość, zwiększającą chęć otwarcia się, łagodzącą poczucie ryzyka narażenia się na wstyd, (niestety również) minimalizującą znaczenie norm społecznych,
- wyobraźnię, która powoduje większą otwartość i śmiałość w nawiązywaniu kontaktów społecznych.

Powyższe elementy mogą wpływać na większe poczucie bezpieczeństwa użytkowników i co za tym idzie większą pewność siebie. Podkreślić trzeba, że dla wielu użytkowników jest to środowisko „oswojone”, bliskie, codzienne, pozbawione elementu czegoś nowego, niepewnego. Poszukując porady czy pomocy w wirtualnej przestrzeni potencjalny klient nie przeżywa stresu związanego z wizytą w gabinecie doradcy, nie obawia się tego, że będzie narażony na bezpośredni kontakt z obcą osobą, ma pełną świadomość, że może „ukryć się” za monitorem i ewentualnie przerwać kontakt w wybranym przez siebie momencie. Szeroka oferta poradnicza, jaką znajdziemy w Internecie obejmuje zarówno porady indywidualne jak i te, które kierowane są do grup odbiorców.

„Za pośrednictwem sieci możliwe jest, na podstawie własnych doświadczeń, udzielanie pomocy

w zakresie zaburzeń zachowania i trudności przystosowawczych np.:

- a) radzenia sobie w trudnej lub kryzysowej sytuacji osobistej, rodzinno-partnerskiej, zawodowej i społeczno-życiowej;
- b) radzenia sobie z chorobą własną lub osób bliskich oraz z jej konsekwencjami;
- c) rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków;
- d) rozwiązywania problemów partnerskich i seksualnych;
- e) rozwiązywania problemów osobistych na tle systemu wartości;
- f) rozwiązywania problemów wychowawczych i szkolnych;
- g) zapobiegania zagrożeniom i rozwiązywania aktualnych problemów w taki sposób, by służyły rozwijaniu samodzielności, odpowiedzialności i umiejętności podejmowania decyzji;
- h) zapobiegania zagrożeniom i pomoc w radzeniu sobie z zachowaniami lękowymi, agresją, samoagresją itp.;
- i) kształtowania adekwatnej samooceny, uczenia się akceptacji siebie i bycia sobą;
- j) wyboru i realizacji celów życiowych;
- k) tożsamości płciowej czy osobistej” (Plichta, Pyżalski, 2013).

Wachlarz ofert pomocy jest bardzo obszerny, co pozwala na znalezienie jej przez bardzo różnych klientów. Na jednej ze stron internetowych oferujących usługi poradnicze – „poradnictwo psychologiczne.pl” znajdujemy rozróżnienie grup odbiorców tego typu porad.

Są to:

- osoby, które ze względu na silne, negatywne emocje, (takie jak lęk, wstyd, zażenowanie) nie mają ochoty lub nawet obawiają się bezpośredniego kontaktu z doradcą,
- osoby, którym warunki organizacji życia utrudniają bądź ograniczają możliwość przyścia do gabinetu. (Powodów takiej sytuacji może być kilka, np. miejsce zamieszkania, rodzice pozostający z małymi dziećmi, lub pracujący w godzinach uniemożliwiających dojazd do specjalisty),
- osoby z niepełnosprawnością fizyczną utrudniającą poruszanie się,
- osoby chcące przy korzystaniu z pomocy wyjść poza własne środowisko, lub te, w których środowisku etykietuje się korzystanie z pomocy,
- osoby młode, dla których środowisko Internetu jest środowiskiem znanym, pozbawionym rysu „czegoś nieprofesjonalnego” (poradnictwo psychologiczne.pl, dostęp z dnia 10.09.2017).

Cechy szczególne poradnictwa internetowego

Profesor Bassan Auil charakteryzując poradnictwo prowadzone online, zauważa, że jest to

poradnictwo silnie akcentujące rolę pacjenta. To pacjent decyduje czy taki rodzaj pomocy mu odpowiada, to on redaguje przebieg procesu, wreszcie to pacjent jest bezpośrednio odpowiedzialny za poziom zaangażowania i ostatecznie często sukces poradnictwa. Jednocześnie Profesor zauważa specyficzne dla tego rodzaju poradnictwa wady i zalety. Jak się okazuje, podstawowa z wad odnosi się specyfiki środowiska Internetu, który często postrzegany jest, jako środowisko rozrywki i spędzania czasu wolnego. Również „wielu psychologów bardzo sztywno trzyma się pewnych stałych zasad pomocy bezpośredniej i uważa, że bez nich pomoc nie jest profesjonalna” (Palmisano, 2017).

Istotnym zagadnieniem jest konieczność podnoszenia kwalifikacji osób udzielających pomocy. Przede wszystkim chodzi o wyposażenie ich w kompetencje komunikacyjne: Internet wydaje się posługiwać komunikacją określaną, jako skrótowa, lakoniczna, szybka. Tymczasem doradca działający w Internecie powinien potrafić nawiązywać i podtrzymywać kontakt online, konstruować poradę w sposób zrozumiały i niedwuznaczny, konieczna jest znajomość form udzielania pomocy i przestrzegania etyki zawodowej.

Warto podkreślić, że kontakt pomocowy realizowany online pozbawiony jest możliwości obserwacji reakcji niewerbalnych, co implikuje konieczność koncentracji na komunikatach również w zakresie odkrywania interesów ukrytych czy demaskowania działań zawierających ukrytą manipulację. Wśród wad tego rodzaju poradnictwa wymienić można również możliwość przekroczenia zasad etycznych, trzeba, bowiem pamiętać o możliwościach zapisu prowadzonych rozmów, a także ewentualnego nieetycznego ich wykorzystania przez osoby niepowołane.

Rozwój środowiska cyfrowego wydaje się determinować rosnące potrzeby na działania pomocowe mające miejsce w e-przestrzeni. Wśród zalet tej gałęzi pomocy Profesor Bassan Aouil wymienia przede wszystkim ogromną dostępność poradnictwa, które nareszcie przekroczyło narzucone odległością geograficzną i barierami ekonomicznymi granice. Dzięki Internetowi pacjent może znaleźć pomoc i skorzystać z niej w każdej chwili. E-poradnictwo znosi również bariery wynikające z koniecznością wizyty w gabinecie czy obawą przed kontaktem „twarzą w twarz” z doradcą. Nawet posługiwanie się swobodnym i bezpośrednim językiem w tego typu kontakcie internetowym może być traktowane, jako wymierna zaleta e-poradnictwa. Niewątpliwym walorem tego rodzaju działań jest możliwość ustalenia zapisu pewnych treści przez strony procesu poradniczego. Daje to szansę na powtórny analizę treści, powrót do nich, pogłębioną refleksję i zastanowienie się (Palmisano, 2017).

Osobną kategorię wątpliwości związanych z poradnictwem online stanowi szereg zjawisk związanych z autokreacją i e-identyfikacją użytkowników.

Determinuje to konieczną refleksję na temat etycznego wymiaru działań pomocowych wobec możliwości fałszowania danych.

Wybrane formy i modele poradnictwa internetowego

Przeobrażenia związane z poszerzaniem się dostępu do Internetu wiążą się z dynamicznym rozwojem technologicznym. Internet jest medium, które rozwija się szybciej niż wszelkie, go poprzedzające, dlatego, w dużej mierze prognozowanie tego, jak będą wyglądały zmiany w jego używaniu jest kwestią futurizmu i trudno jednoznacznie stwierdzić, jaki kształt będzie miało za kilka lat również poradnictwo internetowe.

Najogólniej można podzielić poradnictwo udzielane tą drogą na kilka typów:

- porada w czasie rzeczywistym (np. rozmowa online) przy użyciu komunikatorów, a także środków audio i audio-video,
- porada udzielana za pomocą e-maila, w której czas porady nie jest jasno określony i zamknięty w jednej sesji poradniczej, oraz
- porada poprzez fora internetowe, która ma charakter bardziej ogólny (i nie zakłada wyłącznie odbiorcy indywidualnego).

Należy pamiętać, że poradnictwo internetowe winno zachować profesjonalny charakter, który wyraża się nie tylko w odpowiednim przygotowaniu doradców, ale także w uporządkowaniu i pewnej planowości podejmowanych działań. Zakłada się, że pierwsze spotkanie on-line ma obejmować właśnie uporządkowanie kwestii organizacyjnych i przedstawienie swego rodzaju planu działań. Podczas pierwszej sesji podejmuje się, zatem następujące kroki:

- wstępną diagnozę,
- przedstawienie możliwości planowanych w przyszłości działań,
- prezentacja ram organizacyjnych (czas trwania sesji, ilość sesji, kwestie sposobów prowadzenia poradnictwa),
- wyjaśnienie kwestii etycznych i kwestii tajemnicy zawodowej,
- plan działań na wypadek nieprzewidzianych trudności technicznych (poradnictwo psychologiczne.pl, dostęp z dnia 30 września 2017).

Bardzo istotnym zagadnieniem w organizacji poradnictwa tego typu, jest poszanowanie zasad profesjonalizmu i transparentności poradni internetowych. Pacjenci powinni mieć możliwość zapoznania się z regulaminem poradni a także z uprawnieniami i przygotowaniem zawodowym specjalistów w niej zatrudnionych.

Poradnictwo prowadzone za pośrednictwem Internetu doczekało się własnej metodyki postępowania i nadal wydaje się ekspresyjnie rozwijać różne formy pracy. Pośród wielorakich form pomocy najpopularniejsze jest poradnictwo krótkoterminowe, ale nie jest ono jedyną formą działań profes-

sjonalnych podejmowanych w ramach działalności poradniczej.

Dariusz Skowroński i Katarzyna Waszyńska wymieniają dwa modele e-poradnictwa:

Model czterech maili (4-Session model), który zakłada oparcie się na podejściu narracyjnym i koncentrację na uczuciach i emocjach, jakie powoduje u klienta problem. Działanie poradnicze zamyka się w tytułowych czterech e-mailach, które są niejako krokami, podejmowanymi w postępowaniu poradniczym i zmierzają ostatecznie do samodzielności w stawianiu czoła przyszłym problemom przez pacjenta.

1. Pierwszy email służyć ma zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa, zdefiniowaniu (lub przedefiniowaniu) problemu i nawiązaniu odpowiedniego kontaktu między doradcą a klientem. Ten pierwszy kontakt służy także podkreśleniu roli i zasobów pacjenta.
2. Drugi email koncentruje się na opisie mechanizmów, które mogą przyczyniać się do podtrzymania sytuacji trudnej (mogą to być przyzwyczajenia, mity, stereotypy, które wpływają na ludzkie działanie). Jest to etap, na którym w dalszym ciągu podkreśla się zasoby klienta, ale także pozostawia mu możliwość rozwiązywania pewnych zadań.
3. Trzeci email koncentruje się na zmianach w percepcji klienta, które prowadzić mogą do poprawy jego sytuacji w przyszłości. Doradca wspiera, motywuje i dostrzega pozytywne zmiany. Posługuje się przy tym treściami, które pochodzą od pacjenta-przeformułowuje je, parafrazuje, podkreślając, że pacjent sam dostrzega możliwości zmiany, sam je nazywa i definiuje.
4. Czwarty email jest swoistym podsumowaniem, które zamyka proces. Doradca wskazuje samodzielność klienta i motywuje go do dalszej pracy (Skowroński, Waszyńska, 2015).

Ten model poradnictwa niejako „krok po kroku” porządkuje podejmowane działania. Jego zaletą jest skoncentrowanie tychże działań, jasne określenie ich celowości i dookreślenie zasad rządzących procesem. Być może, dlatego powyższy model jest dość często stosowany w poradnictwie internetowym i doczekał się rozlicznych adaptacji i modyfikacji.

Podobną formę ma E-PLISSIT model autorstwa J.S. Annona - najczęściej jest wykorzystywany w poradnictwie zdrowia i poradnictwie związanym z interwencją seksuologiczną. Obejmuje on następujące etapy:

- przygotowanie, tworzenie przestrzeni poradniczej, w której klient będzie mógł otworzyć się i szczerze porozmawiać,
- dostarczanie informacji pacjentowi,
- przedstawienie możliwych rozwiązań w oparciu o swego rodzaju diagnozę, zachęcanie do samodzielnego rozwiązania problemu,
- udzielanie wszechstronnego wsparcia, porad, ewentualne wskazanie możliwości otrzymania

innych form pomocy (Palmisano, 2017).

Model jest dość prosty, pozwala na dowolne modyfikacje w obrębie każdego z etapów, jest elastyczny i daje możliwość dostosowania działań zarówno do indywidualnej sytuacji poradniczej jak i niepowtarzalnych cech każdego z klientów.

Poradnictwo prowadzone przez Internet jest, jak już wspomniano działaniem specyficznym, najczęściej wykorzystywanym do interwencji i relacji pomocowej, krótkotrwałej.

Podsumowanie

Obecne zjawiska społeczne i kulturowe nadają współczesności nie tylko specyficzne ramy, w których funkcjonujemy, ale także szybkie tempo, które ma swoje konsekwencje również w wielości sytuacji trudnych, wobec których stajemy. Mnogość problemów, które się z tym wiążą, wymyka się możliwościom ich kategoryzacji sprzed kilku lat. Ma to szerokie konsekwencje również dla wyzwań, wobec których staje poradnictwo. Wydaje się, że współczesne poradnictwo wymyka się dotychczasowej hierarchizacji, dalekie jest od spójnego rozkładu funkcji, nie podobne do pomocy, której udzielano jeszcze kilkanaście lat temu (Piasecka, 2015, s.115). Zmienia się spectrum problemów, z którymi zmagają się współcześni, zmienia także spectrum oczekiwań osób potrzebujących pomocy i stosunek do poradnictwa. Stajemy się ludźmi bardziej otwartymi i skłonniymi do dialogu, ale jednocześnie mamy coraz mniej czasu, żyjemy niemal w stałym pośpiechu, w którym natychmiastowość i doraźność staje się normą działania.

Zaprezentowane w niniejszym artykule formy pomocy nie przez przypadek oscylują wokół poradnictwa opartego na dialogu. Poradnictwo wydaje się zmierzać ku działaniom mniej formalnym. Jest procesem, akcentującym niepowtarzalność człowieka, doceniającym jego rolę w budowaniu własnego życia, rozwiązywaniu problemów, tworzeniu spójnego obrazu samego siebie. Wydaje się, że współczesne poradnictwo wychodzi naprzeciw potrzebom dzisiejszych klientów, żyjących w świecie, który docenia samodzielność i afirmuje samorozwój.

Przedstawione formy pomocy, nie tylko stawiają jednostkę w centrum zainteresowania, ale także „stawiają na jednostkę”. W centralnym miejscu poradnictwa stoi osoba potrzebująca pomocy. Przed doradcą znajduje się wyzwanie związane z odchodzeniem od arbitrażu i wydawania dyrektyw. Współczesny doradca nie planuje za pacjenta, nie komenderuje, nie sprawdza, staje się uważnym obserwatorem, partnerem do dialogu lub przewodnikiem.

Podsumowując, zauważyć trzeba, że w przedstawionych formach pomocy podkreśla się potencjał i zasoby osób zwracających się o nią, odchodzi od dyrektywnego kierowania ku kreowaniu sytuacji przez klienta. Promuje samodzielność jednostki, zachęca do autorefleksji, docenia branie od-

powiedzialności za swoje życie a w konsekwencji zmierza ku podnoszeniu aktywności w stawianiu czoła trudnościom. Współczesne poradnictwo nie tylko docenia otwartość na zmiany, ale zachęca do wprowadzanie ich w życie, tworzenia kreatywnego spójnego obrazu samego siebie i poszukiwania rozwiązań. Stawia na dialog, partnerstwo, otwartość,

nieszablonowość, „stawia na człowieka”. Dialog jest w relacji poradniczej nie tylko narzędziem, które prawidłowo użyte zapewnia sukces porady, ale również wyrazem personalistycznej relacji akcentującej indywidualność obu stron –pomostem między doradcą a klientem.

Literatura:

1. Bilaska, E. (2012). Poszukiwanie pomocy-trudny proces decyzyjny. W: K. Marzec-Holka, T. Głowik, E. Bilaska, H. Iwanicki (red.), *Profilaktyka i resocjalizacja. Od dysfunkcji do funkcjonalności* (s.182-192). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
2. Cantelmi, T., Grifo, G. (2003). *Wirtualny umysł. Fascynująca pajęczyna Internetu*. Kraków: Wydawnictwo „Bratni Zew”.
3. Czerniawska, O. (1977). *Poradnictwo, jako wzmacnianie środowiska wychowawczego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy CRZZ.
4. Ćwikła, L. (2012). Efektywność działań w procesie coachingowym. Między deklaracją a gotowością do zmiany W: M. Piorunek (red.), *Dymensje poradnictwa i wsparcia społecznego w perspektywie interdyscyplinarnej* (s. 49-68). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
5. Drabik-Podgórną, W. (2015). Doradca coach czy „architekt życia”? O nowych obszarach i kompetencjach w obszarze profesjonalnej pomocy. W: M. Piorunek (red.), *Dymensje poradnictwa i wsparcia społecznego w perspektywie interdyscyplinarnej*, (s.95-110). Poznań: Wydawnictwo UAM.
6. Gąsior, K. (2016). Terapia rodzin i poradnictwo rodzinne. W: K. Gąsior (red.), *Budowanie mechanizmów prężności u wychowawców i wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego* (s. 16-19). Kielce: Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie PRO.
7. <http://www.poradnictwo-psychologiczne.pl>
8. <http://www.siteimpulse.com/blog/archiwum-historia-i-komercjalizacja-sieci/>
9. Kozielska, J., Skowrońska-Pućka, A. (2015). Coaching – czym jest a czym nie jest? W: M. Piorunek (red.), *Dymensje poradnictwa i wsparcia społecznego w perspektywie interdyscyplinarnej*, (s.37-48.). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
10. Łobocki, M. (2007). *W trosce o wychowanie w szkole*. Kraków: Impuls.
11. Mugatroyd, S. (2000). *Poradnictwo i pomoc*. Poznań: Wydawnictwo: Zysk i S-ka.
12. Palmisano, B. (2017). PLISSIT Model: Introducing Sexual Health in Clinical Care, dokument dostępny w wersji cyfrowej pod adresem: <https://www.psychiatryadvisor.com/practice-management/improving-provider-education-regarding-sexual-health/article/629446/>
13. Piasecka, A. (2015). Poradnictwo wolontariackie w biegu życia- założenia formalno-merytoryczne. W: M. Piorunek (red.), *Dymensje poradnictwa i wsparcia społecznego w perspektywie interdyscyplinarnej* (s.11-130). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
14. Plichta P., Pyżalski J. (2013). *Wychowanie i kształcenie w erze cyfrowej*. Łódź: RCPS w Łodzi. Pobrane z: https://www.researchgate.net/profile/Piotr_Plichta/publication/259741014_Plichta_P_Pyzalski_J_red_Wychowanie_i_ksztalcenie_w_erze_cyfrowej_RCPS_w_Lodzi_Lodz_2013_ss_268/links/02e-7e52d83b6e373bf000000.pdf
15. Savickas, M.L. (2015). *Life-Desing Counseling Manual, 2015*, Pobrano z: <http://www.vocopher.com/LifeDesign/LifeDesign.pdf>
16. Savickas, M.L., Nota, L., Rossier, J., Dauwalder, J-P., Daurte, M. E., Guichard, J., Soresi, S., Van Esbroeck, R. (2009). Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Jornal of Vocational Behavior*, 75(3), 8-12.
17. Skałbana, B. (2009). *Poradnictwo pedagogiczne. Przegląd wybranych zagadnień*. Kraków: Impuls.
18. Skowroński, D., Waszyńska, K. (2015). Poradnictwo on line, jako alternatywna forma pomocy psychopedagogicznej i terapeutycznej. W: M. Piorunek (red.), *Dymensje poradnictwa i wsparcia społecznego w perspektywie interdyscyplinarnej* (s. 81-94). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
19. Smół, K. (2009). Poradnictwo telefoniczne na przykładzie fundacji Itaka. W: D. Zielińska-Pękał (red.), *Refleksje o poradnictwie debiutujących doradców* (s. 60-67). Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego.

WSPARCIE SPOŁECZNE A ZACHOWANIA AGRESYWNE MŁODZIEŻY PONADGIMNAZJALNEJ Z UWZGLĘDNIENIEM PŁCI ORAZ WIEKU BADANEJ GRUPY

SOCIAL SUPPORT AND AGGRESSIVE BEHAVIOURS OF SECONDARY-SCHOOL YOUTH, WITH CONSIDERATIONS FOR GENDER AND AGE OF THE EXAMINED GROUP

Anna Ławnik^{1(A,B,D,E,F,G)}, Ludmiła Marcinowicz^{2(A,D,E)}, Adam Szepeluk^{3(C)}

¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Pielęgniarstwa

²Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej

³Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Centrum Badań nad Innowacjami

Ławnik, A., Marcinowicz, L., Szepeluk, A. (2018). Wsparcie społeczne a zachowania agresywne młodzieży ponadgimnazjalnej z uwzględnieniem płci oraz wieku badanej grupy. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 47-54. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.26>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane - analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Wstęp. Wsparcie społeczne to proces, w którym osoba próbuje zaspokoić potrzeby innej, dzięki takiemu działaniu wspierana jednostka czuje się lubiana, kochana, szanowana i ceniona. Zachowania agresywne mają na celu wyrządzenie krzywdy i doprowadzenie do utraty cenionych społecznie wartości, zadanie bólu fizycznego lub moralnego innemu człowiekowi.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych z powiatu bialskiego, województwa lubelskiego. Badania realizowano techniką ankiety audytoryjnej nadzorowanej przez autorkę pracy.

Wyniki. Ogólna agresja kobiet wiązała się istotnie statystycznie ze wsparciem oceny. Na poziom ogólny agresji wśród mężczyzn istotny wpływ miało wsparcie poczucia wartości oraz ogólne wsparcie społeczne. Nie wykazano różnicy pomiędzy wsparciem społecznym a agresją ogólną wśród badanych w wieku 19-21 lat. Ogólna agresja młodzieży w wieku 18 lat wiązała się z poziomem wsparcia materialnego oraz ogólnego wsparcia społecznego.

Wnioski. Poczucie wsparcia społecznego różnicuje młodzież ponadgimnazjalną o różnym poziomie wsparcia społecznego w zakresie zachowań agresywnych, silniej przy podziale ze względu na płeć niż na wiek.

Słowa kluczowe: przejawy agresji, wymiary wsparcia społecznego, wiek młodzieńczy

Summary

Introduction. Social support is a process in which a person tries to satisfy the needs of another person, resulting in this person's feeling liked, loved, respected and valued. Aggressive behaviours are intended to cause physical and moral harm to other people as well as cause them to lose socially appreciated values, inflict physical or moral pain upon another human being.

Material and methods. The research was carried out among secondary school students from Biała Podlaska District, in Lublin Province. The research was carried out using the random questionnaire survey technique supervised by the author of the work.

Results. General aggression among women was related to support of self-esteem in a statistically significant way. The level of general aggression among men was significantly influenced by the support of the sense of value and general social support. No difference was demonstrated between social support and general aggression among respondents aged 19-21. General aggression of youth aged 18 was related to the level of financial support and general social support.

Conclusions. The sense of social support differentiates secondary-school youth with various levels of social support in the scope of aggressive behaviour; differentiation is more accentuated with respect to gender than age division.

Keywords: manifestations of aggression, dimensions of social support, adolescence

Tabele: 0

Ryciny: 4

Literatura: 19

Otrzymano: październik 2017

Zaakceptowano: styczeń 2018

Adres korespondencyjny: Anna Ławnik, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, ul. Sidorska 95/97, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: lawnikania@gmail.com, tel.: 83 344 99 18

ORCID: Ludmiła Marcinowicz: <https://orcid.org/0000-0003-0614-1093>, Adam Szepeluk <https://orcid.org/0000-0003-0406-3423>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Anna Ławnik, Ludmiła Marcinowicz, Adam Szepeluk

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wstęp

Jako jedną z pierwszych definicji zaproponował Cobb, który „wsparcie społeczne” określił jako indywidualne przekonanie o tym że jest się lubianym a wręcz kochanym, szanowanym i cenionym oraz przynależy się do grupy społecznej, w której wzajemne relacje są źródłem informacji i zobowiązań (Cobb, 1976). Pojęcie wsparcia społecznego zostało przyjęte przez takie dyscypliny naukowe jak: psychologia, pedagogika społeczna, pielęgniarstwo, socjologia, gerontologia, polityka społeczna, ekonomia (Grotowska-Leder, 2008, Segiet, 2005).

Ostrowska określiła wsparcie społeczne jako proces, podczas którego jedna osoba lub grupa osób pomaga innej osobie lub grupie w trudnej sytuacji zaspokoić potrzeby fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe, wspiera w rozwiązywaniu problemów decyzyjnych, emocjonalnych i ułatwia kontakty interpersonalne (Ostrowska, 2007). W procesie tym może mieć miejsce wymiana emocji, informacji, instrumentów działania oraz wartości materialnych. Wymiana może odbywać się w jedną stronę lub być dwustronna; kierunek pomiędzy udzielającym wsparcia i otrzymującym je może, chociaż nie musi, zmieniać się. Aby cały proces wsparcia społecznego był skuteczny, istotne jest właściwe dobranie rodzaju i wielkości udzielanego wsparcia do potrzeb odbiorcy. W układzie interakcji możemy wyróżnić osobę wspierającą, poszukującą, odbierającą lub otrzymującą wsparcie. Celem oddziaływania wspierającego jest ogólne pocieszenie, zmniejszenie stresu, towarzyszenie w trudnościach i przezwyciężanie ich, danie poczucia bezpieczeństwa, przynależności oraz nadziei (Sęk, Cieślak, 2011).

Libiszowska-Żółtkowska stwierdza, że „terminem agresja określa się świadome i intencjonalnie wrogie zachowanie werbalne lub z użyciem siły fizycznej wymierzone w drugiego człowieka w celu zadania bólu cielesnego lub cierpienia psychicznego. W stosunkach międzyludzkich agresja polega na łamaniu norm i zasad współżycia” (Libiszowska-Żółtkowska, Ostrowska, 2008, s.12). Zdaniem Frączka „agresja” to „czynność mająca na celu zrobienie krzywdy i spowodowanie utraty cenionych społecznie wartości, zadanie bólu fizycznego lub spowodowanie cierpienia moralnego innemu człowiekowi” (Frączek, 1979, s. 38).

Zjawisko zachowań agresywnych wśród młodzieży pomimo, że budzi sprzeciw społeczeństwa i jest nieakceptowane społecznie to stale zwiększa swój zakres i intensywność. Być może podjęcie ukierunkowanych działań mających na celu zwiększenie wsparcia społecznego skierowanego do młodego pokolenia zmniejszyłoby skalę zachowań agresywnych w tej grupie społecznej. Z tego względu podjęto próbę zbadania, w jakim stopniu postrzeganie różnych komponentów wsparcia społecznego (wsparcie materialne, wsparcie oceny, wsparcie poczucia wartości, wsparcie przynależności, ogólne wsparcie społeczne) wpływa na wystę-

powanie zjawiska zachowań agresywnych wśród młodych dorosłych.

Materiał i metody

Badania terenowe (ilościowe) przeprowadzono wśród uczniów klas trzecich i czwartych szkół ponadgimnazjalnych - dwóch liceach i dwóch zasadniczych szkołach zawodowych z powiatu bialskiego, województwa lubelskiego. Badania realizowano techniką ankiety audytoryjnej nadzorowanej przez badacza czyli autorkę pracy.

Na realizację badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Uchwała nr: R-I-002/244/2012).

Do zebrania danych wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- Kwestionariusz Agresji A. Bussa i M. Perry'ego (wersja Amity)
- Interpersonalną Skalę Wsparcia Społecznego (Skala ISEL College 48 Version)
- Autorski kwestionariusz ankiety składający się z pytań dotyczących sytuacji rodzinnej oraz danych o respondencie.

Badania prowadzono od września 2012 do maja 2013 roku. Badaniem objęto 530 uczniów klas trzecich i czwartych czterech szkół ponadgimnazjalnych, w tym, dwóch liceów i dwóch zasadniczych szkół zawodowych z powiatu bialskiego, województwa lubelskiego. Kryteria włączenia do badań były następujące:

- zgoda dyrektora szkoły na przeprowadzenie badań,
- uzyskanie zgody uczniów na uczestnictwo w badaniu oraz,
- wiek badanych, powyżej 18 roku życia.

Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny. Badania prowadzone były osobiście przez Autorkę pracy.

Wyniki

Poziom agresji a wsparcie społeczne z uwzględnieniem płci

Stwierdzono, iż różnice w poziomie gniewu wśród kobiet o różnym natężeniu wsparcia oceny były istotne statystycznie ($H=9,21$; $p=0,01$). Szczegółowa analiza wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy osobami postrzegającymi wsparcie oceny na poziomie średnim i wysokim (ryc.1).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic poszczególnych składowych wsparcia społecznego z poziomem agresji fizycznej wśród kobiet.

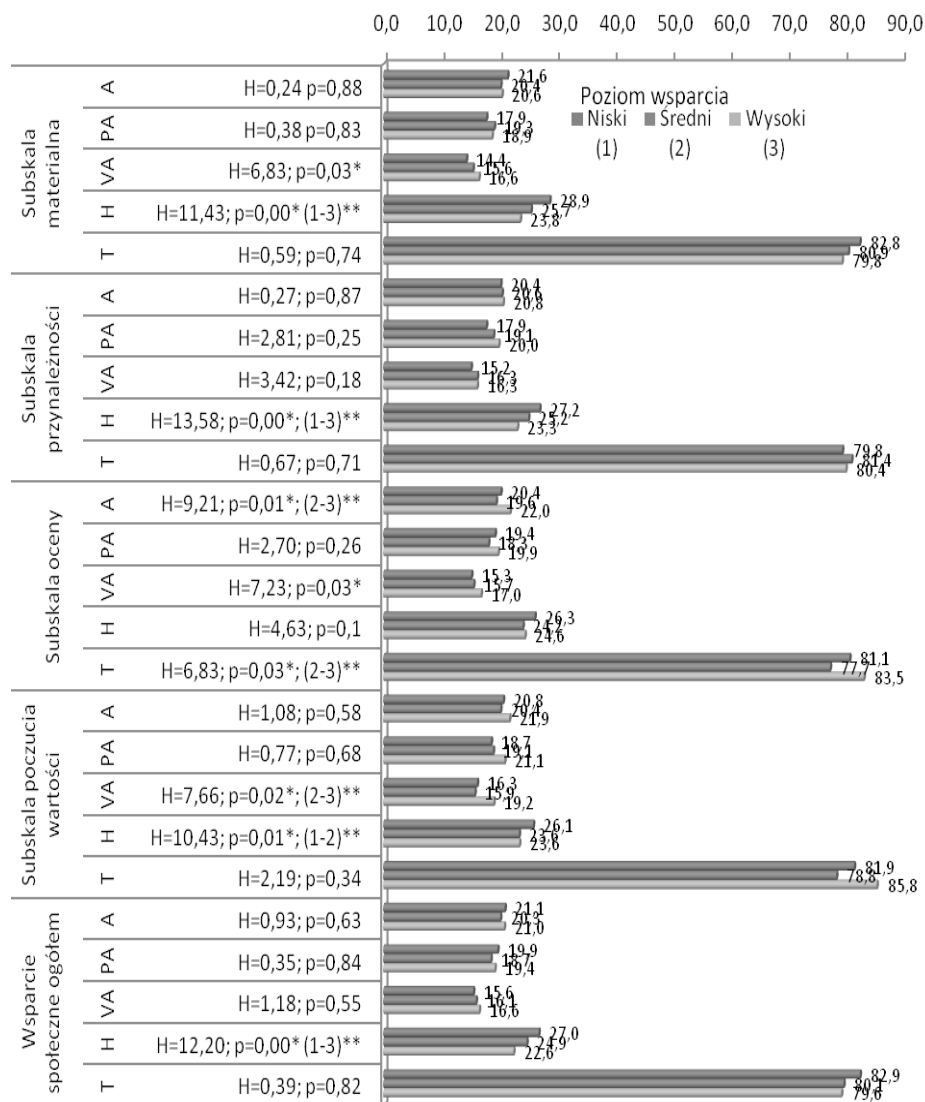
Istotny statystycznie związek z poziomem agresji słownej wśród kobiet miało wsparcie materialne ($H=6,83$; $p=0,03$), oceny ($H=7,23$; $p=0,02$) oraz poczucia wartości ($H=7,66$; $p=0,02$). Niższy niż w innych grupach, poziom agresji słownej występował u kobiet postrzegających niską dostępność wspar-

cia materialnego i oceny oraz średnią dostępność wsparcia poczucia wartości. Względnie wyższy, poziom agresji słownej był u kobiet, które miały poczucie wysokiego wsparcia materialnego, oceny oraz poczucia wartości.

Istotne statystycznie różnice w zakresie poziomu wrogości kobiet miało poczucie wsparcia materialnego ($H=11,43$; $p=0,00$), przynależności ($H=13,58$; $p=0,00$), poczucia wartości ($H=10,43$; $p=0,01$) oraz ogólnego wsparcia społecznego ($H=12,20$; $p=0,00$). Szczegółowa analiza wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy osobami postrzegającymi wsparcie materialne, przynależności oraz wsparcie społeczne ogółem na poziomie niskim a wysokim, wsparcie poczucia wartości na poziomie niskim a średnim. Wyższą wrogość w porównaniu z porównywalnymi z innymi podgrupami

wykazywały kobiety dostrzegające niską dostępność wsparcia materialnego, przynależności, poczucia wartości oraz wsparcia społecznego ogółem. Relatywnie słabszą wrogość stwierdzono u kobiet odczuwających wsparcie materialne, przynależności oraz wsparcie społeczne ogółem na poziomie wysokim, wsparcie poczucia wartości na poziomie średnim.

Ogólna agresja kobiet wiązała się w sposób istotny statystycznie wyłącznie ze wsparciem społecznym w postaci oceny ($H=6,83$; $p=0,03$). Najmniej agresywne były kobiety, które postrzegały średnią dostępność wsparcia oceny, a najbardziej osoby, które postrzegały wysoki poziom wsparcia oceny. Różnice istotne statystycznie występowały pomiędzy kobietami postrzegającymi średnie a wysokie wsparcie oceny.



Rycina 1. Różnice nasilenia agresji kobiet między grupami o odmiennym poziomie wsparcia społecznego A-Gniew, PA-Agresja fizyczna, VA-Agresja słowna, H-Wrogość, T-Wskaźnik ogólny
* - istotne zróżnicowanie przy $p<0,05$, ** - różnica pomiędzy poziomami wsparcia
H -Wartość testu Kruskala-Wallis

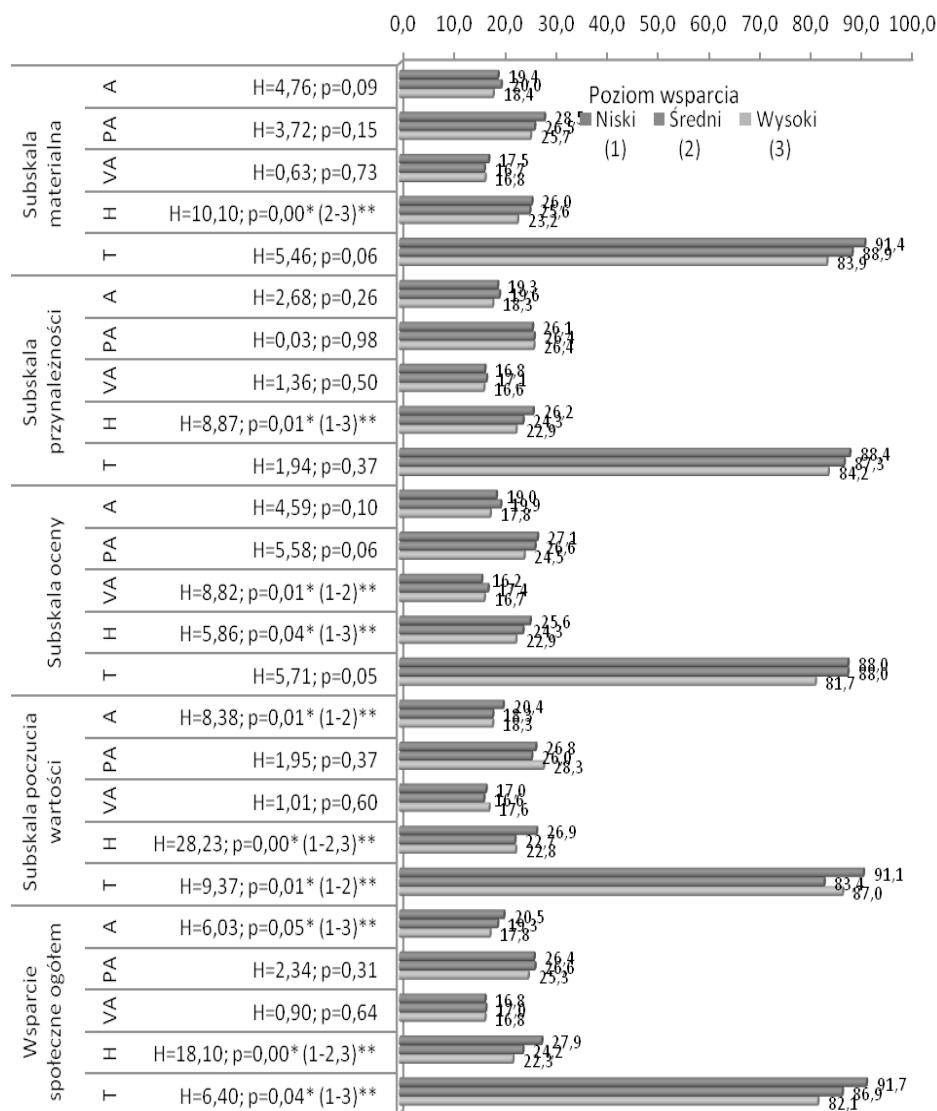
Istotny statystycznie związek z poziomem gniewu wśród mężczyzn miał poziom wsparcia społecznego w postaci poczucia wartości ($H=8,38$; $p=0,01$) (ryc.2). Dla wsparcia poczucia wartości różnica istotna statystycznie występowała pomiędzy badanymi odczuwającymi niski a średni poziom wsparcia.

Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy poszczególnymi poziomami wsparcia społecznego z poziomem agresji fizycznej wśród mężczyzn.

Poziom agresji słownej wśród mężczyzn wiązał się w sposób istotny statystycznie wyłącznie z poziomem wsparcia oceny ($H=8,82$; $p=0,01$). Różnica istotna statystycznie pojawiła się pomiędzy osobami odczuwającymi w stopniu niskim a średnim

wsparcie oceny. Z relatywnie wysoką agresją słowną młodzież męska odczuwała dostępność wsparcia oceny na poziomie średnim natomiast stosunkowo mniejszą agresją słowną odznaczali się badani mężczyźni odczuwający niskie wsparcie oceny.

Analiza wykazała, że poziom wrogości wśród mężczyzn różnił się w sposób istotny statystycznie ze wszystkimi badanymi aspektami wsparcia społecznego (wsparcie materialne ($H=10,10$; $p=0,00$), przynależności ($H=8,87$; $p=0,01$), oceny ($H=5,86$; $p=0,04$), poczucia wartości ($H=28,23$; $p=0,00$) oraz wsparcie społeczne ogółem ($H=18,10$; $p=0,00$). Mniejszą wrogość okazywali mężczyźni odczuwający wysoką dostępność wsparcia materialnego, przynależności, oceny, średnią wsparcia poczucia wartości oraz wysoką dostępność ogólnego wspar-



Rycina 2. Różnice natężenia agresji mężczyzn między grupami o różnym poziomie wsparcia społecznego A-Gniew, PA-Agresja fizyczna, VA-Agresja słowna, H-Wrogość, T-Wskaźnik ogólny
* - istotne zróżnicowanie przy $p<0,05$, ** - różnica pomiędzy poziomami wsparcia
H -Wartość testu Kruskala-Wallis

cia społecznego. Mężczyźni postrzegający niskie wsparcie materialne, przynależności, oceny, poczucia wartości oraz ogólne wsparcie społeczne wyróżniali się najwyższym wskaźnikiem wrogości.

Na ogólny poziom agresji wśród mężczyzn istotną statystycznie zależność miało wsparcie poczucia wartości ($H=9,37$; $p=0,01$) oraz ogólne wsparcie społeczne ($H=6,40$; $p=0,04$). Wnikliwsza analiza pokazała, że różnica istotna statystycznie wystąpiła pomiędzy badanymi odczuwającymi niski a średni poziom wsparcia poczucia wartości oraz niski a wysoki poziom wsparcia społecznego ogółem. Bardziej agresywni ogółem byli mężczyźni dostrzegający niską dostępność wsparcia poczucia wartości oraz wsparcia społecznego ogółem, najmniejszą agresję odnotowano u badanych oceniających dostępność

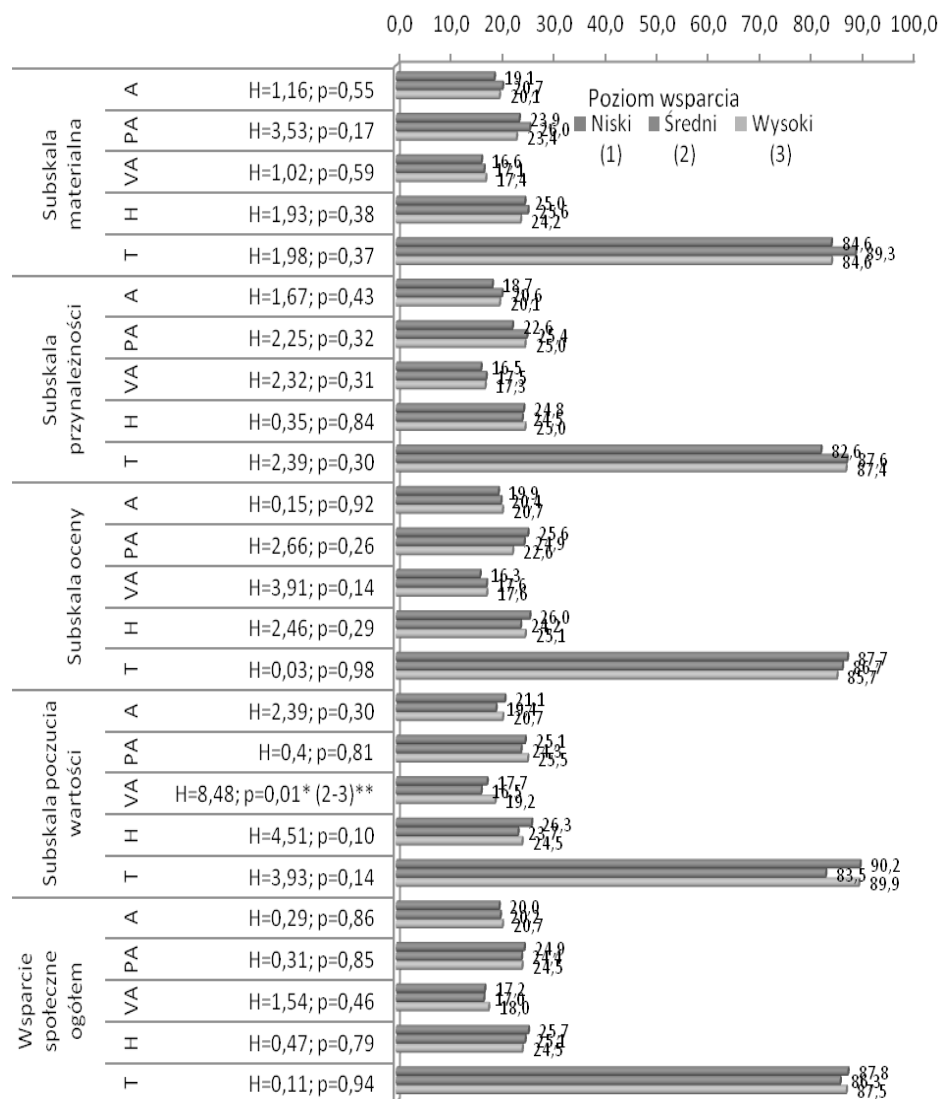
wsparcia poczucia wartości jako średnią i jako wysoką dostępność wsparcia społecznego ogółem.

Poziom agresji a wiek z uwzględnieniem postrzeganego wsparcia społecznego

Badanie wykazało, iż z poziomem gniewu wśród młodzieży w wieku 19-21 lat różnic istotnych statystycznie nie miało żaden z poszczególnych składników wsparcia społecznego (ryc.3).

Analiza uzyskanych wyników badań nie wykazała istotnych statystycznie różnic poszczególnych składników wsparcia społecznego z poziomem agresji fizycznej wśród młodzieży w wieku 19-21 lat.

Różnice istotnie statystycznie z poziomem agresji słownej wśród młodzieży w wieku 19-21



Rycina 3. Różnice nasilenia zachowań agresywnych młodzieży w wieku 19-21 lat między grupami o różnym poziomie wsparcia społecznego

A-Gniew, PA-Agresja fizyczna, VA-Agresja słowna, H-Wrogość, T-Wskaźnik ogólny

* - istotne zróżnicowanie przy $p < 0,05$, ** - różnica pomiędzy poziomami wsparcia

H -Wartość testu Kruskala-Wallis

lat miało wsparcie poczucia wartości ($H=8,48$; $p=0,01$). Największy poziom agresji słownej występował wśród badanej grupy postrzegającej wysoką dostępność wsparcia odnośnie do poczucia wartości. Najmniejszą agresję słowną stwierdzono w grupie badanych osób postrzegających średnią dostępność wsparcia poczucia wartości. Różnicę istotną statystycznie odnotowano pomiędzy średnim a wysokim poziomem wsparcia w subskali poczucia wartości.

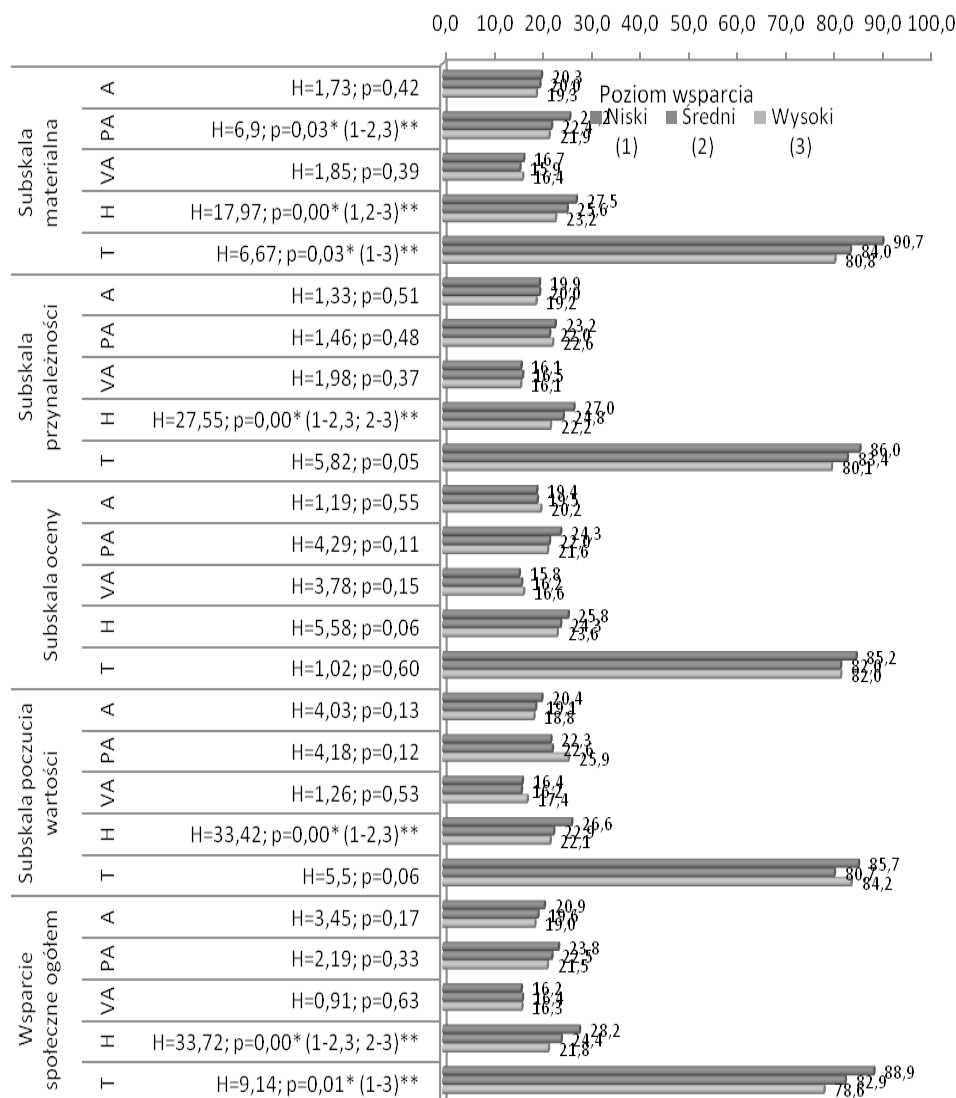
Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy poszczególnymi składnikami wsparcia społecznego a poziomem wrogości oraz agresji ogólnej wśród badanej grupy w wieku 19-21 lat.

Analiza uzyskanych wyników badań nie wykazała, istotnych statystycznie różnic pomiędzy

poszczególnymi poziomami wsparcia społecznego a poziomem gniewu u osiemnastolatków (ryc. 4).

Różnica istotna statystycznie wystąpiła pomiędzy poziomem agresji fizycznej badanej młodzieży o różnym poczuciu otrzymywanego wsparcia materialnego ($H=6,9$; $p=0,03$). Ponadto zauważono, iż najbardziej agresywna fizycznie była młodzież w wieku 18 lat, postrzegająca niską dostępność wsparcia materialnego. Mniejszą agresją fizyczną charakteryzowali się badani uczniowie, postrzegający wysoką dostępność wsparcia materialnego. Różnica występowała pomiędzy niskim a średnim oraz niskim a wysokim poziomem wsparcia w subskali materialnej.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy poszczególnymi składnikami wspar-



Rycina 4. Różnice nasilenia zachowań agresywnych młodzieży w wieku 18 lat między grupami o różnym poziomie wsparcia społecznego

A-Gniew, PA-Agresja fizyczna, VA-Agresja słowna, H-Wrogość, T-Wskaźnik ogólny

* - istotne zróżnicowanie przy $p < 0,05$, ** - różnica pomiędzy poziomami wsparcia

H -Wartość testu Kruskala-Wallis

cia społecznego a poziomem agresji słownej wśród badanych uczniów w wieku 18 lat.

Analiza wyników badań wykazała, różnicę istotną statystycznie pomiędzy poziomem wrogości badanej osiemnastoletniej młodzieży a wsparciem materialnym ($H=17,97$; $p=0,00$), przynależności ($H=27,55$; $p=0,00$), poczucia wartości ($H=33,42$; $p=0,00$) oraz wsparciem społecznym ogółem ($H=33,72$; $p=0,00$). Najbardziej wrodzy osiemnastolatki postrzegali niską dostępność wsparcia społecznego we wszystkich ocenianych wymiarach. Mniejszą wrogość odnotowano u respondentów postrzegających wysoką dostępność wsparcia materialnego, przynależności, poczucia wartości oraz ogólnego wsparcia społecznego. Różnica występowała pomiędzy wszystkimi poziomami wsparcia przynależności oraz wsparcia społecznego ogółem. W przypadku subskali materialnej różnicę odnotowano pomiędzy niskim a wysokim oraz średnim a wysokim poziomem wsparcia, natomiast w subskali poczucia wartości różnica występowała pomiędzy niskim a średnim oraz niskim a wysokim poziomem wsparcia.

Wynik ogólny agresji badanej młodzieży w wieku 18 lat wiązał się w sposób istotny statystycznie z poziomem wsparcia materialnego ($H=6,67$; $p=0,03$) oraz wsparcia społecznego ogółem ($H=9,14$; $p=0,01$). Najbardziej agresywna badana grupa osiemnastolatków postrzegala dostępność wsparcia materialnego oraz wsparcia społecznego ogółem na poziomie niskim. Najmniejszą agresją ogólną charakteryzowała się badana młodzież postrzegająca wysoką dostępność wsparcia materialnego oraz wsparcia społecznego ogółem. Różnice odnotowano pomiędzy niskim a wysokim poziomem wsparcia zarówno w przypadku subskali materialnej jak i wsparcia społecznego ogółem.

Dyskusja

W literaturze przedmiotu możemy spotkać się z licznymi rozważaniami dotyczącymi zarówno zachowań agresywnych, jak i wsparcia społecznego wśród populacji dzieci i młodzieży z różnych kręgów społecznych, ekonomicznych, różnej płci, a także będących w różnym wieku (Segiet, 2005, Teusz, 2005, Jędrzysek-Geisler, 2011, Makara-Studzińska, Trela, Jankowska-Nowak, Grzywa-Celińska, 2009). Niewielu badaczy zdecydowało się jednak na analizę różnic występujących pomiędzy odmiennym nasileniem wsparcia społecznego, a intensywnością zachowań agresywnych (Małkowska, Wojnarowska, 2004). Stąd też w prezentowanej pracy podjęto próbę zbadania zależności między wsparciem społecznym a zachowaniami agresywnymi młodzieży.

Wyniki badań prezentowane przez Hunter, wykazały, że dziewczęta chętniej i łatwiej niż chłopcy zwracają się z prośbą o pomoc. Poza tym dziewczęta widzą we wsparciu szansę na zatrzymanie agresji i przemocy, a także badane kobiety otrzymujące wsparcie społeczne miały lepsze samopoczucie od badanych mężczyzn. Badani uczniowie chętniej

zwracają się o pomoc gdy wiedzą, że ich prośba nie pozostanie obojętna i w ten sposób mogą osiągnąć pożądaną cel (Hunter, James, Boyle, Warden, 2004).

Wśród badanej młodzieży, stwierdzono istotne zróżnicowanie w wielkości agresji słownej oraz wrogości wśród kobiet oraz wrogości wśród mężczyzn a poziomem wsparcia materialnego. Stwierdzono, także związek pomiędzy poziomem wsparcia przynależności a poziomem wrogości zarówno u kobiet ($p=0,001$) jak i u mężczyzn ($p=0,01$). Badanie wykazało istotną różnicę w zakresie wsparcia oceny u kobiet z poziomem gniewu, agresji słownej oraz ogólnego wskaźnika agresji. U mężczyzn natomiast poziom wsparcia oceny wiązał się istotnie statystycznie z agresją słowną ($p=0,01$) oraz wrogością ($p=0,04$). Wsparcie poczucia wartości wiązało się istotnie statystycznie z poziomem agresji słownej i wrogości u kobiet oraz gniewu, wrogości i agresji ogólnej u mężczyzn. Badanie wykazało istotne statystycznie zróżnicowanie pomiędzy wsparciem społecznym ogółem a poziomem wrogości wśród kobiet oraz gniewu, wrogości i agresji ogólnej u mężczyzn.

Analizując płeć respondentów, różnicę istotną statystycznie zauważono w odniesieniu do gniewu, agresji fizycznej, agresji słownej jak również w przypadku agresji ogółem (Ławnik, Marcinowicz, Szepeluk, 2014). W stosunku do agresji mężczyzn i kobiet istotne różnice potwierdzili także, swoimi badaniami Buss i Perry. W badaniach zrealizowanych w grupie 641 kobiet i 612 mężczyzn w wieku 18-20 lat, autorzy potwierdzili, że większa agresja występowała wśród mężczyzn, jednak dla ogólnego poziomu agresji uzyskany efekt płci był umiarkowany. Znaczne różnice dostrzeżono w przypadku agresji słownej i fizycznej, jak również w przypadku zachowań wrogich (Buss, Perry, 1992). Porównywalne wyniki otrzymali również inni autorzy, którzy swoimi badaniami potwierdzili istnienie znaczących różnic w poziomie agresywności uwarunkowanej płcią. Autorzy dowiedli, iż najbardziej istotne zróżnicowanie występowało, podobnie jak w wynikach badań Bussa i Perry'ego, a także w prezentowanych badaniach własnych, w przypadku agresji fizycznej (Archer, 2004, Karriker-Jaffe, Foshee, Ennett, Suchindran, 2008, Moffitt, Caspi, Rutter, Silva, 2001). Także wyniki badań Williama sugerują, że zachowania agresywne w okresie dojrzewania mogą być warunkowane przez płeć, jak również może być wynikiem agresji przejawianej przez rodzeństwo (Williams, Conger, Blozis, 2007).

Działaniem skierowanym przeciwko zachowaniom agresywnym wśród młodzieży jest wsparcie rodziny w jej funkcjach opiekuńczych i wychowawczych, pozytywne oddziaływanie postaw rodziców na zachowanie i osobowość dziecka oraz zdrowe między nimi relacje, a także konsekwencja w egzekwowaniu wymagań niemal zawsze prowadzą do znacznego osłabienia wśród dzieci zachowań aspołecznych, w tym również agresywnych (Sitnik-Warchulska, Stachowiak, Wiczorkowski, Lukas, 2010).

Wnioski

1. Bardziej agresywne kobiety postrzegały wyższy poziom wsparcia oceny.
2. Bardziej agresywni mężczyźni postrzegali niższe wsparcie odnośnie do poczucia wartości oraz niższe ogólne wsparcie społeczne.
3. Bardziej agresywna grupa osiemnastolatków postrzegała niższą dostępność wsparcia materialnego oraz niższe ogólne wsparcie

- społeczne. Mniejszą agresją ogólną charakteryzowała się badana młodzież postrzegająca wyższą dostępność wsparcia materialnego oraz wyższe ogólne wsparcie społeczne.
4. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na poszczególne składniki wsparcia społecznego a poziomem agresji ogólnej wśród badanej grupy w wieku 19-21 lat.

Literatura:

1. Archer, J. (2004). Sex differences in aggression in real-world setting: A meta-analytic review. *Review of General Psychology, 8*, 291-322. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.8.4.291>
2. Buss, A.H., Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452-459. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
3. Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
4. Frączek, A. (1979). *Studia nad psychologicznymi mechanizmami czynności agresywnych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN.
5. Grotowska-Leder, J. (2008). Wsparcie społeczne w perspektywie teorii socjologicznych- kontekst więzi społecznych, sieci wymiany. W: Grotowska - Leder J. (red.), *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej* (s.9-27). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
6. Hunter, S. C., James, M.E. Boyle, J. M. E., Warden, D. (2004). Help seeking amongst child and adolescent victims of peer-aggression and bullying: The influence of school-stage, gender, victimisation, appraisal, and emotion. *British Journal of Educational Psychology, 74*, 375-390. <https://doi.org/10.1348/0007099041552378>
7. Jędrzysek-Geisler, A. (2011). Agresywna młodzież. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 51*(3), 30-34.
8. Karriker-Jaffe, K.J., Foshee, V.A., Ennett, S.T., Suchindran, Ch. (2008). The development of aggression during adolescence: Sex differences in trajectories of physical and social aggression among youth in rural areas. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(8), 1227-1236. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9245-5>
9. Libiszowska-Żółtkowska, M., Ostrowska, K. (2008). *Agresja w szkole. Diagnoza i profilaktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
10. Ławnik, A., Marcinowicz, L., Szepeluk, A. (2014). Zachowania agresywne młodzieży ponadgimnazjalnej na przykładzie wybranych szkół z powiatu bialskiego. *Developmental Period Medicine, XVIII*(3), 343-348.
11. Makara-Studzińska, M., Trela J., Jankowska-Nowak, R., Grzywa-Celińska, A. (2009). Poziom agresji i złości u młodzieży nadużywającej substancji psychoaktywnych. *Zdrowie Publiczne, 119*(1), 29-32.
12. Małkowska, A., Woynarowska, B. (2004). Postrzeganie przez uczniów gimnazjów wsparcia społecznego a występowanie zachowań ryzykownych. *Edukacja, 3*, 36-47.
13. Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M., Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511490057>
14. Ostrowska, K. (2007). Wsparcie społeczne ważnym elementem klimatu społecznego. *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, 12*, 24-28.
15. Segiet, K. (2005). Wsparcie społeczne jako sens wychowania we współczesnym świecie. *Axilium Socjale, 3-4*, 70-79.
16. Sęk, H., Cieślak, R. (2011). Wsparcie społeczne - sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11-28.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
17. Sitnik-Warchulska, K., Stachowiak, E., Wieczorkowski, P., Lukas, W. (2010). "Growing up in a family system". Family factors associated with self-aggression and aggression among adolescents. *Problemy Medycyny Rodzinnej, 4*(33), 29-34.
18. Teusz, G. (2005). Znaczenie wsparcia społecznego w doświadczaniu przez młodzież krytycznych wydarzeń życiowych. *Axilium Socjale, 3-4*, 170-185.
19. Williams, S.T., Conger, K.J., A. Blozis, S.A. (2007). The Development of Interpersonal Aggression During Adolescence: The Importance of Parents, Siblings, and Family Economics. *Child Development, 78*(5), 1526-1542. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01081.x>

NASILENIE ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH WŚRÓD PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

DEPRESSION INTENSIFICATION IN ONCOLOGICAL PATIENTS

Ewa Humeniuk^{1(A,E)}, Olga Dąbska^{1(D,E,F)}, Aleksandra Krupa^{1(B,C,D)}

¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy

Humeniuk, E., Dąbska, O., Krupa, A. (2018). Nasilenie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów onkologicznych. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 55-63. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.21>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Wstęp. W pracy dokonano oceny występowania depresji wśród osób leczonych z powodu choroby nowotworowej w zależności od uzyskiwanego wsparcia społecznego i realizowanego stylu życia.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 63 pacjentów onkologicznych. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Obecność i stopień nasilenia objawów depresji badano Inwentarzem Objawów Depresyjnych Becka, który uzupełniono autorskim kwestionariuszem analizującym sytuację socjo-demograficzną i rodzinną ankietowanych, uzyskiwane wsparcie i realizowany styl życia.

Wyniki. Wykazano występowanie depresji umiarkowanej u ponad połowy respondentów (54%), a u blisko 1/10 ciężką formę tego zaburzenia. Tylko 1/3 badanych nie doświadczała objawów depresji i uskarżała się wyłącznie na obniżenie nastroju.

Wnioski. Nasilenie objawów depresyjnych łączyło się z doświadczaniem przykrych emocji, pesymistyczną wizją przyszłości, trudnościami w porozumieniu z bliskimi na płaszczyźnie emocjonalnej. Badani w niewielkim stopniu deklarowali korzystanie ze specjalistycznej pomocy psychologa czy psychiatry. Z racji częstego współwystępowania depresji i chorób nowotworowych pacjenci onkologiczni powinni być objęci holistyczną opieką, uwzględniającą sytuację emocjonalną chorych.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, zaburzenia afektywne, depresja

Summary

Introduction. The article describes assessment of depression occurrence in cancer patients in relation to the received social support and patients' lifestyle.

Material and methods. The research group consisted of 63 oncological patients. A diagnostic poll was used as a survey technique. The occurrence and intensity level of depression symptoms were measured following the Beck Depression Inventory (BDI), which was accompanied by the author's questionnaire analyzing the family situation of the surveyed, as well as the received support and their lifestyle.

Results. The analysis conducted with the help of the BDI questionnaire presented the following results: more than half of the surveyed (54%) suffered from moderate depression and roughly 1/10 of the respondents suffered from severe depression. Only 1/3 of the surveyed showed no signs of depression and complained only about low mood.

Conclusions. The severity of depressive symptoms was associated with the experience of unpleasant emotions, pessimistic vision of the future, difficulties in consultation with relatives on an emotional level. Very few of the respondents consulted psychologists and psychiatrists. Because cancer and depression often coincide, oncological patients should be taken under holistic care which would tend to their emotional situation.

Keywords: cancer, affective disorders, depression

Tabele: 6

Ryciny: 1

Literatura: 37

Otrzymano: czerwiec 2017

Zaakceptowano: listopad 2017

Wstęp

Diagnoza choroby somatycznej wymieniana jest, jako częste uwarunkowanie rozwoju zaburzeń psychicznych. Liczne są doniesienia wskazujące na częstsze występowanie objawów depresyjnych w grupie

osób zmagających się z chorobami somatycznymi w porównaniu z generalną populacją (Dudek, Siwek, 2007). Między zaburzeniami depresyjnymi, a chorobami fizycznymi obserwuje się dwukierunkową zależność. Mianowicie, z jednej strony choroba somatyczna predysponuje do wystąpienia depresji,

Adres korespondencyjny: Olga Dąbska, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, ul. Staszica 4-6 p. 212, 20-081 Lublin, e-mail: olga.dabska@umlub.pl, tel.: 81 448 67 92

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Ewa Humeniuk, Olga Dąbska, Aleksandra Krupa

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

z drugiej zaś depresja zwiększa ryzyko rozwoju choroby somatycznej (Jarema, Rabe-Jabłońska, 2011).

Choroby nowotworowe są jednym z wiodących problemów zdrowotnych na całym świecie. Rozpoznanie nowotworu stanowi czynnik silnie obniżający jakość życia pacjentów we wszystkich jego wymiarach (Zielińska-Więczkowska, Betlakowski, 2010). Analiza zależności między funkcjonowaniem psychofizycznym i psychospołecznym stanowi obecnie często podejmowany temat badań ośrodków naukowych z całego świata (Jabłoński, Furgał, Dudek, Zięba, 2008). Najczęściej spotykanym wśród pacjentów onkologicznych zaburzeniem psychicznym jest depresja (Rolińska, Furmaga, Kwaśniewski, Makara-Studzińska, 2011). „Pomimo dużego rozpowszechnienia tych zaburzeń, tylko 20 proc. z nich jest prawidłowo rozpoznawanych” (Nowicki, Rządowska, 2005, s. 397). Z danych przedstawionych przez Sharpe i in. wśród chorych na nowotwór, którym towarzyszy depresja tylko wobec 42% podejmowane jest specjalistyczne leczenie, przy czym skuteczność terapii zauważalna jest tylko u 15% (Sharpe, Strong, Allen, 2004). Stany depresyjne w grupie osób cierpiących na choroby nowotworowe występują średnio 4 razy częściej w porównaniu z populacją ogólną (Ślubowska, Ślubowski, 2008).

Nowotwór to jedna z chorób generująca bardzo silne przeżycia traumatyczne. Pacjenci doświadczają przygnębienia, żalu, złości, gniewu, poczucia małowartościowości, winy, lęku. U podstaw tych reakcji zdaniem Kopczyńskiej-Tyszko leży silny stres powstały na skutek rozpoznania choroby, niepewności rokowania, niedostatecznego wsparcia społecznego, złych stosunków z personelem medycznym, współistniejące trudne wydarzenia życiowe, niepożądane skutki terapii (Kopczyńska-Tyszko, 1999). Z kolei Jarosz wpływu choroby na stan psychiczny człowieka upatruje w oddziaływaniu środowiska życia, pracy, warunkach fizycznych, cechach osobowości, przebiegu procesu chorobowego, towarzyszących mu dolegliwości i wynikających z niego ograniczeń (Jarosz, 1971). Powstawanie i przebieg depresji wśród pacjentów onkologicznych determinowany jest wieloczynnikowo, toteż wymienić należy także młody wiek, utratę samodzielności, niemożność pełnienia dotychczasowych ról społecznych, poczucie zagrożenia życia, rodzaj otrzymywanego leczenia, doznawany ból fizyczny, brak poczucia kontroli nad przebiegiem choroby, hospitalizację, zmiany w wyglądzie zewnętrznym (Rolińska i in., 2011; Ohnisch, 2011; Stępień, Trypka, 2012). Szerokie spektrum determinantów zaburzeń depresyjnych w przebiegu choroby nowotworowej potwierdzają Nowicki i Rządowska zdaniem, których „Przyczyną są zarówno zmiany biologiczne, zachodzące w organizmie, jak i czynniki społeczne” (Nowicki, Rządowska, 2005, s. 396).

Celem pracy była ocena występowania depresji wśród osób leczonych z powodu choroby nowotworowej w zależności od uzyskiwanego wsparcia społecznego i realizowanego stylu życia.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 63 pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej w *Top-Medical Sp. z o.o.* w Lublinie i Centrum Wielospecjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej *NZOZ MARMED* w Świdniku. Ankietowani byli w wieku 23-74 lata, przy czym średnia wieku wynosiła $48,32 \pm 11,92$ lata. Zdecydowaną większość grupy stanowiły kobiety (97%, $n=61$), mieszkańcy miast (81%, $n=51$), osoby zamężne (60%, $n=38$). Blisko połowa respondentów posiadała średnie wykształcenie (49%, $n=31$). W ocenie 57% ($n=36$) badanych ich sytuacja materialna jest przeciętna. Badani chorowali przeważnie na nowotwór złośliwy (87%, $n=55$). Choroba zlokalizowana była m.in. w obrębie piersi (46%, $n=29$), macicy (12%, $n=8$), płuca (6%, $n=4$), tarczycy (5%, $n=3$), jelita grubego (5%, $n=3$) i innych narządów. Szczegółową charakterystykę socjo-demograficzną badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Szczegółowa socjo-demograficzna charakterystyka badanej grupy

Zmiennan		Wartości analizowanych parametrów	
		%	
Płeć	kobiety	61	97
	mężczyźni	2	3
Grupa wiekowa	do 40 lat	17	27
	41-55 lat	24	38
	powyżej 55 lat	22	35
Miejsce zamieszkania	miasto	51	81
	wieś	12	19
Stan cywilny	w związku małżeńskim	38	60
	panna, kawaler	6	10
	rozwódziona/a	13	20
	owdowiały/a	6	10
Poziom wykształcenia	podstawowe, zawodowe	11	18
	średnie	31	49
	niepełne wyższe	7	11
	wyższe	14	22
Aktywność zawodowa	tak	21	33
	nie	42	67
Sytuacja finansowa	dobra, bardzo dobra	13	20
	przeciętna	36	57
	zła	14	23
Typ nowotworu	złośliwy	55	87
	miejscowo złośliwy	5	8
	łagodny	3	5

Źródło: opracowanie własne.

Narzędziem badawczym był *Inwentarz Objawów Depresyjnych Becka (BDI)* autorstwa Aarona Temkina Becka, w polskiej adaptacji Parnowskiego i Jernajczyka. W *Inwentarzu BDI* umieszczonych zostało 21 objawów depresji, ocenianych na skali czterostopniowej, w której 0 oznacza brak danego objawu, a 3 wskazuje na duże nasilenie objawu. Wśród objawów uwzględniono: smutek, przygnębienie, pesymizm, zaniedbania, utrata odczuwania przyjemności i zainteresowań, w tym seksem, poczucie winy i poniesienia kary, odczuwanie niechęci do własnej osoby, wysoki samokrytycyzm myśli samobójcze, płacz, zdenerwowanie, trudności w podejmowaniu decyzji, niskie poczucie własnej wartości, spadek energii, zaburzenia snu i apetytu, rozdrażnienie, osłabienie organizmu, zmęczenie (Zawadzki, Popiel, Pragłowska, 2009). Badany może uzyskać 0-63 punktów, przy czym im wyższa jest ich ilość, tym nasilenie objawów depresji jest większe. Interpretacja punktacji jest następująca: ≤ 10 punktów – brak depresji, lekkie zaburzenia nastroju, 11-27 punktów – umiarkowana depresja, ≥ 27 punktów – głęboka depresja (Zajac, 2014). Dotychczas przeprowadzone badania wskazują na bardzo dużą rzetelność i trafność polskiej wersji kwestionariusza, którą uznaje się za w pełni porównywalną z wersją oryginalną, dlatego też rekomenduje się ją do stosowania w badaniach naukowych i klinicznych w Polsce (Zawadzki i in., 2009). Ponadto użyto autorski kwestionariusz, składający się z pytań zamkniętych w formie alternatywnych i koniunktywnych. Pytania dotyczyły sytuacji socjo-demograficznej, rodzinnej ankiowanego, uzyskiwanego wsparcia i realizowanego stylu życia.

Badania miały charakter dobrowolny, indywidualny, anonimowy. Zostały przeprowadzone zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej. Ankiowanych poinformowano o celu i przebiegu badań. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego *STATISTICA 12* i programu *Microsoft Office Excel*. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności. Wartości analizowanych parametrów niemierzalnych przedstawiono przy pomocy licznosci i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Do oceny czynników ryzyka wystąpienia umiarkowanej lub ciężkiej depresji wykorzystano analizę Pareto.

Wyniki

Średnia ocena poziomu depresji dla całej analizowanej próby wyniosła $14,33 \pm 10,47$ (zakres 0-49 punktów). Tylko $\frac{1}{3}$ ($n=22$) badanych nie doświadczała objawów depresji i uskarżała się wyłącznie na obniżenie nastroju. U ponad połowy respondentów (54%, $n=34$) stwierdzono depresję umiarkowaną, a u blisko $\frac{1}{10}$ ($n=7$) ciężką. Na podstawie analizy Pareto stwierdzono, że wystąpienie umiarkowanej lub ciężkiej depresji w dużym stopniu determinowały obecność nowotworu złośliwego, uciążliwe efekty uboczne choroby, ograniczenie aktywności fizycznej, negatywne odczucia w trakcie leczenia, dolegliwości towarzyszące chorobie trwające kilka razy dziennie lub codziennie, niemożność wykonywania dotychczasowych zadań w pracy, brak możliwości rozmowy o troskach i obawach z rodziną, nie radzenie sobie z chorobą, zależność od innych osób, zła sytuacja materialna, brak wsparcia od rodziny.



Rycina 1. Czynniki sprzyjające wystąpieniu umiarkowanej lub ciężkiej depresji w grupie pacjentów onkologicznych
Źródło: opracowanie własne.

W przeważającej większości (83%, n=52) ankietowani po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej dokonali zmian w dotychczas realizowanym stylu życia. Osoby te (69%) nieznacznie częściej deklarowały objawy umiarkowanej lub ciężkiej depresji w porównaniu z badanymi, którzy nie zmienili swojego stylu życia (45%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,13$) [tabela 2]. Ankietowani przekształcając styl życia koncentrowali się m.in. na stałe kontrole stanu zdrowia (83%, n=43), unikanie sytuacji stresowych (48%, n=25), rezygnację z używek (23%, n=12). W związku z rozpoznaniem choroby w życiu przeważającej części ankietowanych wystąpiło ograniczenie aktywności fizycznej (78%), rezygnacja lub ograniczenie pracy zawodowej (54%). Blisko $\frac{1}{3}$ zależna była od osób trzecich, a u $\frac{1}{10}$ nastąpiły zmiany w pełnionych rolach społecznych.

Tabela 2. Występowanie depresji w zależności od zmiany stylu życia podczas leczenia

Zmiana stylu życia po zdiagnozowaniu choroby brak / obniżenie nastroju		Występowanie depresji	
		umiarkowana / ciężka	
tak	n	16	36
	%	31	69
nie	n	6	5
	%	55	45
Analiza statystyczna: $\chi^2=2,26$; $p=0,13$			
n – liczebność, % - odsetek, p – poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat			

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wykazała, że blisko połowa badanych doświadczała pozytywnych odczuć w trakcie leczenia i była pełna nadziei (46%, n=29). Pozostali odczuwali poczucie bezsensu życia (5%, n=3) lub bycia ciężarem dla innych (8%, n=5), obawiali się o rodzinę (24%, n=15), wskazali na brak nadziei na wyleczenie (10%, n=6). Diagnozie towarzyszyły także negatywne emocje, jak lęk (57%), strach przed skutkami leczenia (41%), smutek (36%), gniew (29%) i poczucie wstydu (3%). Stwierdzono istotną statystycznie zależność między obecnością doznawania przykrych odczuć, a występowaniem depresji ($p=0,04$). Ankietowani, doświadczający negatywnych odczuć podczas leczenia częściej deklarowali umiarkowaną lub ciężką depresję (76%) w porównaniu z badanymi o pozytywnych odczuciach (52%) [tabela 3].

Tabela 3. Występowanie depresji w zależności od charakteru doświadczanych odczuć podczas leczenia

Rodzaj odczuć brak / obniżenie nastroju		Występowanie depresji	
		umiarkowana / ciężka	
pozytywne	n	14	15
	%	48	52
negatywne	n	8	26
	%	24	76
Analiza statystyczna: $\chi^2=4,22$; $p=0,04$			
n – liczebność, % - odsetek, p – poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat			

Źródło: opracowanie własne.

Większość ankietowanych uważała, że pokona nowotwór i zrealizuje swoje marzenia (65%, n=41). Pozostali twierdzili, że nie spotka ich już nic dobrego (3%, n=2), przyznali, iż diagnoza choroby nowotworowej pozbawiła ich planów i marzeń (17%, n=11) lub nie zastanawiali się nad swoją przyszłością (14%, n=9). Stwierdzono istotne statystycznie zależności między postrzeganiem przyszłości przez chorych, a występowaniem depresji ($p=0,01$). Ankietowani, którzy negatywnie myśleli o swojej przyszłości (100%) znacznie częściej cierpieli na umiarkowaną lub ciężką depresję w porównaniu z badanymi, wykazującymi pozytywne myślenie (56%) lub niezastanawiającymi się nad przyszłością (56%) [tabela 4].

Tabela 4. Występowanie depresji w zależności od postrzegania swojej przyszłości

Postrzeganie swojej przyszłości brak / obniżenie nastroju		Występowanie depresji	
		umiarkowana / ciężka	
nie zastanawiałem/am się nad przyszłością	n	4	5
	%	44	56
pokonam nowotwór i zrealizuje swoje marzenia	n	18	23
	%	44	56
diagnoza choroby pozbawiła mnie planów i marzeń; myślę, że nic dobrego mnie już nie spotka	n	0	13
	%	0	100
Analiza statystyczna: $\chi^2=8,79$; $p=0,01$			
n – liczebność, % - odsetek, p – poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat			

Źródło: opracowanie własne.

Ankietowani przeważnie rozmawiali o swoich obawach i troskach z członkami rodziny (71%, n=45). Pozostała grupa nie miała rodziny lub nie podejmowała z najbliższymi tematu choroby. Respondenci, nierozmawiający z rodziną o swoich troskach, obawach (89%) częściej doświadczali umiarkowanej lub ciężkiej depresji w porównaniu z badanymi, którzy takie rozmowy prowadzili

(56%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,01$) [tabela 5].

Tabela 5. Występowanie depresji w zależności od podejmowania rozmowy z bliskimi na temat swoich obaw, trosk

Rozmowa z bliskimi brak / obniżenie nastroju		Występowanie depresji	
		umiarkowana / ciężka	
tak	n	20	25
	%	44	56
nie, nie dotyczy	n	2	16
	%	11	89
Analiza statystyczna: $\chi^2=6,29$; $p=0,01$			
n - liczebność, % - odsetek, p - poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat			

Źródło: opracowanie własne.

Za najważniejsze źródło wsparcia badani uznawali rodzinę (65%, $n=41$) i przyjaciół (11%, $n=7$). Z badań wynika, że 84% ($n=53$) ankietowanych deklarowało otrzymywanie wsparcia od rodziny. Znacznie niżej doceniali wsparcie okazane przez lekarza, innych pacjentów, psychologa, osoby duchownej. Uzyskano bliskie istotności statystycznej zależności między otrzymywaniem wsparcia od rodziny, a doświadczaniem depresji ($p=0,07$). Zauważono, że osoby nieotrzymujące wsparcia ze strony rodziny częściej cierpiały na umiarkowaną lub ciężką depresję (90%) w porównaniu z badanymi, którzy takie wsparcie uzyskiwali (60%) [tabela 6].

Tabela 6. Występowanie depresji w zależności od otrzymywania wsparcia od rodziny i korzystania z pomocy psychologa

Zmienna brak / obniżenie nastroju		Występowanie depresji	
		umiarkowana / ciężka	
Otrzymywanie wsparcia od rodziny			
tak	n	21	32
	%	40	60
nie	n	1	9
	%	10	90
Analiza statystyczna: $\chi^2=3,25$; $p=0,07$			
n - liczebność, % - odsetek, p - poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat			

Źródło: opracowanie własne.

Oprócz otrzymywanego od najbliższych wsparcia respondenci przyznali, że w walce z chorobą pomocne były m.in. wiedza o chorobie, stanowiąca podstawę kontroli poznawczej wobec trudnej sytuacji (32%, $n=20$), spotkania towarzyskie (6%, $n=4$), hobby, skupienie się na planach i marzeniach (11%, $n=7$). Z przeprowadzonych badań wynika także, iż większość respondentów nie korzystała z pomocy psychologa lub psychoonkologa (68%, $n=43$).

Dyskusja

Zarówno specyficzny charakter choroby nowotworowej, jak i procesu jej leczenia sprawiają, że chorzy doświadczają zazwyczaj przykrych stanów emocjonalnych (Olszewski, 2006). „Nadal najczęstszym i najwcześniejszym pojawiającym się stanem towarzyszącym chorym jest lęk, będący pewnym tłem, zaczątkiem innych przeżyć i stanów, jak depresja, różne formy agresji, radość, nadzieja” (Adamczyk, Makara-Studzińska, Sidor, Pucek, Wdowiak, 2014, s. 70). W przeważającej części pacjentom towarzyszą negatywne odczucia, jak zmęczenie, niepokój, bezsilność, niezrozumienie, strach, gniew, smutek, rozgoryczenie, rozdrażnienie, panika, obawa (Szwat, Słupski, Krzyżanowski, 2011; Kieszkowska-Grudny, 2012). Nadmierne ich nasilenie w niekorzystny sposób wpływa na proces leczenia, gdyż osłabia motywację, zaangażowanie i wolę walki chorego. Utrudnia adaptację pacjenta do sytuacji, w której obecnie się znajduje. Predysponuje do izolacji społecznej, kryzysu duchowego, utraty autonomii i kontroli (Krawczyk, 2013). Dochodzi do ogólnego obniżenia nastroju, odczucia bezbronności, bezradności, beznadziejności (Massie, 2004). Ponadto „Lęk i depresja często uznawane są za czynniki generujące ból lub nasilające go” (Cepuch, Wordliczek, 2006, s. 44). Jednakże największy wpływ na powstawanie zaburzeń depresyjnych w przebiegu choroby nowotworowej mają składowe triady depresyjnej tj. negatywne myśli o sobie, otaczającej rzeczywistości oraz przyszłości. Grupa 46% ankietowanych w autorskiej analizie odczuwała nadzieję w związku z podjętym leczeniem. Pozostali doświadczali poczucia bezsensu życia, bycia ciężarem dla innych, obawy o rodzinę, braku nadziei na wyleczenie. Diagnoza generowała u badanych negatywne emocje, jak lęk, strach, smutek, gniew i poczucie wstydu.

Amirifard i in. badali związek między inteligencją emocjonalną, a zdrowiem psychicznym i mechanizmami radzenia sobie z chorobą u pacjentów onkologicznych. Zaobserwowali odwrotną zależność między lękiem, a kontrolą stresu oraz istotny związek między depresją, a ogólnym nastrojem i adaptacją do choroby (Amirifard i in., 2017). Kulpa i in. oceniali wpływ akceptacji choroby nowotworowej na jakość życia pacjentów. Zauważyli, że osoby wykazujące ducha walki, pozytywne nastawienie, konstruktywne metody redukcji stresu i przystosowania do choroby lepiej funkcjonowały w obszarach relacji fizycznych, emocjonalnych, poznawczych i społecznych oraz deklarowały lepszą ogólną jakość życia. Z kolei wyższe natężenie lęku, bezradności, beznadziejności obniżało deklarowaną jakość życia. Badacze potwierdzają wpływ adaptacji psychicznej do choroby na jakość życia pacjenta (Kulpa, Owczarek, Stypuła-Ciuba, 2013). Malicka i in. oceniali nastrój i identyfikowali wzorce radzenia sobie z chorobą u kobiet po leczeniu raka piersi (NP) i nowotworów narządów rodnych (NNR). Objawy obniżonego nastroju wskazywało 40% bada-

nej grupy, w tym ponad połowa pacjentek (55%) po operacji w obrębie narządów rodnych oraz ¼ kobiet po mastektomii. Wysokie wyniki kwestionariusza *BDI*, świadczące o rozpoznaniu depresji pozostają w związku z silnym, lękowym zaabsorbowaniem chorobą, bezradnością, beznadziejnością, destrukcyjnym stylem radzenia sobie z chorobą. Z kolei niski wynik *BDI* koreluje wyraźnie z duchem walki, pozytywnym przewartościowaniem i konstruktywnym stylem radzenia sobie z chorobą (Malicka, Szczepańska, Anioł, Rymaszewska, Woźniewski, 2009). Mansano-Schlosser i in. donoszą, iż w analizowanej grupie kobiet z rakiem piersi aż 58,9% skarżyło się na zaburzenia snu, a 27,2% wykazywało objawy umiarkowanej lub ciężkiej formy depresji. Znaczące korelacje stwierdzono między nadzieją i jakością snu, a depresją. Zdaniem badaczy wysoki poziom nadziei, niska depresyjność i brak zaburzeń snu poprawia jakość życia pacjentek (Mansano-Schlosser, Ceolim, Valerio, 2017). Stutzman i Abraham uważają, że pacjenci o niskim poziomie tzw. dobrostan, który można rozumieć jako dobre samopoczucie częściej wykazują wyższe natężenie objawów depresyjnych (Stutzman, Abraham, 2017). Na podstawie badań własnych stwierdzono istotną statystycznie zależność między rodzajem doznawanych odczuć, a występowaniem depresji ($p=0,04$). Ankietowani, doświadczający negatywnych odczuć podczas leczenia częściej deklarowali umiarkowaną lub ciężką depresję (76%) w porównaniu z badanymi o pozytywnych odczuciach (52%). Wyniki własnych badań i doniesienia z badań innych autorów podkreślają ogromny wpływ doświadczanych emocji i odczuć na przebieg procesu terapeutycznego i wystąpienie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów onkologicznych.

Konsekwencją rozpoznania choroby nowotworowej często są zmiany w obrębie wzorców zachowań, zwłaszcza w zakresie codziennej aktywności społecznej, życia rodzinnego, towarzyskiego, zawodowego. Dochodzi do osłabienia uwagi i koncentracji, zaniżenia samooceny, braku wiary w siebie i swoje możliwości, anhedonii (zaburzeń odczuwania przyjemności), nasilenia poczucia winy, wycofania z życia społecznego, pesymistycznych wizji przyszłości, myśli samobójczych, zaburzeń snu i odżywiania (Rymaszewska, 2008; Orońska, 2004). Chorzy „(...) na raka doświadczają pogorszenia się stanu zdrowia i samopoczucia, degradacji swojej roli zawodowej i rodzinnej, zauważają niekorzystną zmianę swojego wyglądu, ich przyszłość wydaje się skracać” (Dębski, Kulik, 2004, s. 3). Badane przez Pawlik i Karczmarek-Borowską kobiety po mastektomii w 75,93% deklarowały akceptację swojej choroby. Czuły się potrzebne (42,59%), niezależne (31,48%), nie postrzegały siebie, jako ciężaru dla innych (53,70%), uważały się za pełnowartościowe (44,44%) i samowystarczalne (27,78%). Mimo to aż $\frac{1}{3}$ nie była w stanie określić, czy ich choroba wprowadza w zakłopotanie innych ludzi (Pawlik, Karczmarek-Borowska, 2013). Z kolei uczestnicz-

ki sondażu ankietowego przeprowadzonego przez Nowickiego i Ostrowską chore na raka piersi wykazywały niższy poziom akceptacji choroby (44%), lecz częściej czuły się potrzebne (80%) i niezależne (67%) (Nowicki, Ostrowska, 2008). W związku z rozpoznaniem choroby nowotworowej w grupie ankietowanych w ramach autorskiej analizy w życiu przeważającej części wystąpiło ograniczenie aktywności fizycznej, rezygnacja lub ograniczenie pracy zawodowej, pojawiła się zależność od osób trzecich, zmianie uległy pełnione dotychczas role społeczne. W przeważającej większości ankietowani po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej dokonali zmian w dotychczas realizowanym stylu życia. Mimo, że nie odnotowano istotnej statystycznie zależności między zmianą dotychczasowego stylu życia, a nasileniem objawów depresyjnych osoby, które dokonywały zmian w swoim życiu niezależnie częściej deklarowały objawy umiarkowanej lub ciężkiej depresji w porównaniu z badanymi, którzy nie zmienili swojego stylu życia.

W badaniach Baczewskiej i in. ponad połowa pacjentów onkologicznych nie skarżyła się na smutek i przygnębienie (54,90%), nie przejmowała nazbyt przyszłością (58,82%), nie czuła się winnym wobec siebie lub innych (50%). Natomiast badani deklarowali duże trudności z podejmowaniem decyzji (71,57%), snem (72,55%), zamartwiali się wyglądem (65,69%) (Baczewska, Kropornicka, Drozd, Olszak, 2013). W badaniach Sobieralskiej-Michalak i in. tylko jedna kobieta chora na raka piersi nie wykazywała motywacji do walki z chorobą, dwie ujawniały trudności w pogodzeniu się z chorobą, bezradność, strach, niepokój. Pozostałe deklarowały przystosowanie się do życia z chorobą, realizując konstruktywny styl radzenia sobie (Sobieralska-Michalak, Kowalska, Tudorowska, 2016). Wśród badanych przez Grabińską i in. nadzieje na pełne wyleczenie przejawiała połowa grupy. Ankietowani liczyli także w dużej mierze na wydłużenie życia i poprawę jego jakości. Nadzieja na pełne wyleczenie częściej występowała w grupie osób leczonych po raz pierwszy. Osoby z nawrotem choroby częściej deklarowały nadzieję na wydłużenie życia (Grabińska, Szewczyk-Cisek, Hernik, Mykała-Cieśla, Kaziród, 2011). Większość ankietowanych w ramach autorskiej analizy deklarowało pozytywne nastawienie i postawę do obecnej sytuacji. Twierdzili, że pokonają nowotwór i zrealizują swoje marzenia. Natomiast 14% nie zastanawiało się nad swoją przyszłością. Pozostali wykazywali pesymistyczne nastawienie, twierdzili, że nie spotka ich już nic dobrego, przyznali, iż diagnoza choroby nowotworowej pozbawiła ich planów i marzeń. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między postrzeganiem przyszłości przez chorych, a występowaniem depresji ($p=0,01$). Ankietowani, którzy negatywnie myśleli o swojej przyszłości (100%) znacznie częściej cierpieli na umiarkowaną lub ciężką depresję w porównaniu z badanymi, wykazującymi pozytywne myślenie (56%) lub niezastanawiającymi się nad przyszłością (56%).

W sytuacji zmagania się z chorobą wielu pacjentów prócz wsparcia ze strony personelu medycznego może liczyć na pomoc rodziny w przewyciężeniu choroby. Wsparcie społeczne rzutuje pozytywnie na jakość życia chorego, jego kondycję psychiczną i radzenie sobie z chorobą nowotworową. Potwierdzają to Nmeth i in., którzy badając poziom wsparcia społecznego wśród pacjentów onkologicznych wykazali, iż kobiety mające dzieci i partnera czuły się psychicznie lepiej niżeli te samotne. Zdaniem badaczy chorzy lepiej radzą sobie z chorobą, gdy doświadczają emocjonalnego oraz instrumentalnego wsparcia od najbliższych (Nmeth i in., 2011). de Walden-Gałuszko i in. zaobserwowali, iż na nasilenie objawów depresyjnych wpływa znacząco otrzymywane wsparcie społeczne. Pacjenci onkologiczni, którzy nie doświadczali takiego wsparcia znacznie częściej (47,9%) cierpieli na zespół depresyjny endogeny w porównaniu z osobami oceniającymi okazywane wsparcie jako średnie (22,9%) czy duże (29,1%) (de Walden-Gałuszko, Majkovicz, Zdun-Ryżewska, 2013). Prawie wszyscy pacjenci (98%) badani przez Grabińską i in. mogli liczyć na wsparcie przyjaciół i rodziny (Grabińska i in., 2011). Na podstawie analizy własnych badań można stwierdzić, że pozytywnym faktem jest wysoki poziom wsparcia społecznego deklarowany przez ankietowanych (84%). Za najważniejsze wsparcie ankietowani postrzegali to uzyskiwane ze strony członków rodziny i przyjaciół. Uzyskano bliskie istotności statystycznej zależności między otrzymywaniem wsparcia od rodziny, a doświadczaniem depresji ($p=0,07$). Zauważono, że osoby nieotrzymujące wsparcia najbliższych częściej cierpieli na umiarkowaną lub ciężką depresję (90%) w porównaniu z badanymi, którzy je uzyskiwali (60%). Za najważniejszą formę wsparcia społecznego uznano możliwość rozmowy o swoich obawach i troskach z członkami rodziny. Respondenci, nierozmawiający z rodziną o swoich troskach, obawach (89%) częściej doświadczali umiarkowanej lub ciężkiej depresji w porównaniu z badanymi, którzy takie rozmowy prowadzili (56%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,01$).

Grabińska i in. analizowali zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną u pacjentów onkologicznych z Oddziału Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Przed rozpoznaniem choroby nowotworowej blisko $\frac{1}{3}$ ankietowanych deklarowała zaburzenia nastroju i stany lękowe. Tylko 33% z tej grupy korzystało ze specjalistycznej pomocy psychologa i psychiatry. Od momentu rozpoznania choroby już 69% respondentów przyznało, że odczuwa spadek nastroju i zaburzenia lękowe. W przypadku

tej grupy po specjalistyczną pomoc sięgnęło 42%. Pozostali pacjenci nie zdecydowali się na skorzystanie z porady psychologa czy psychiatry, nie wiedzieli gdzie szukać takiej pomocy, uznali ją za zbytęcną. Większość ankietowanych postrzegala pomoc psychologiczną za korzystną i pozytywnie wpływającą na tolerancję i efekty leczenia onkologicznego. Respondenci korzystali ponadto z technik wspierających leczenie onkologiczne, takich jak relaksacja, wizualizacja, grupy wsparcia. Jednakże o wymienionych technikach nigdy nie słyssało aż 45% badanych. Badacze wskazują, że diagnoza choroby nowotworowej determinuje wystąpienie zaburzeń psychicznych u pacjentów onkologicznych (Grabińska i in., 2011). Na praktyczny charakter wsparcia społecznego wskazują Sęk i Cieślak. Owe wsparcie może przybierać postać wymiany informacji oraz porad ze strony pracowników ochrony zdrowia i osób będących w podobnej sytuacji. Uzyskane wsparcie i wiedza zwiększają zdaniem badaczy poczucie kontroli nad zdrowiem, sprzyjają aktywnej postawie w walce z nowotworem (Sęk, Cieślak, 2004). W badaniach własnych znacznie niżej od wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół oceniono wsparcie okazane przez lekarza, innych pacjentów, psychologa, osoby duchownej. Większość respondentów nie korzystała z pomocy psychologa lub psychoonkologa (68%). Za pomocne w walce z chorobą ankietowani uznali podnoszenie wiedzy o chorobie, spotykania z innymi pacjentami onkologicznymi, skupiało się na hobby, planach i marzeniach.

Wnioski

1. Przeprowadzona za pomocą kwestionariusza *BDI* analiza wykazała występowanie depresji umiarkowanej u ponad połowy respondentów (54%, $n=34$), a u blisko $\frac{1}{10}$ ($n=7$) ciężką formę tego zaburzenia. Tylko $\frac{1}{3}$ ($n=22$) badanych nie doświadczala objawów depresji i uskarżała się wyłącznie na obniżenie nastroju.
2. Nasilenie objawów depresyjnych współwystępowalo z doświadczaniem przykrych emocji, pesymistyczną wizją przyszłości, brakiem rozmowy z bliskimi osobami i deficytem wsparcia społecznego.
3. Niestety badani w niewielkim stopniu deklarowali korzystanie ze specjalistycznej pomocy psychologa czy psychiatry.
4. Z racji częstego współwystępowania depresji i chorób nowotworowych pacjenci onkologiczni powinni być objęci holistyczną opieką, uwzględniającą sytuacją emocjonalną chorych.

Literatura:

1. Adamczyk, N., Makara-Studzińska, M., Sidor, K., Pucek, W., Wdowiak, A. (2014). Problemy psychiczne i społeczne występujące u osób z rozpoznaniem nowotworowym, po zabiegach chemioterapii. *European Journal of Medical Technologies*, 3(4), 67-75.
2. Amirifard, N., Payandeh, M., Aeinfar, M., Sadeghi, M., Sadeghi, E., Ghafarpor, S. (2017). A Survey on the Relationship between Emotional Intelligence and Level of Depression and Anxiety among Women with Breast Cancer. *International Journal of Hematology-Oncology and Stem Cell Research*, 11(1), 54-57.
3. Baczewska, B., Kropornicka, B., Drozd, C., Olszak, C. (2013). Ocena bólu, lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, XIV(10), 7-21.
4. Cepuch, G., Wordliczek, J. (2006). Ocena zależności pomiędzy natężeniem bólu a występowaniem lęku i depresji u młodych pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej i reumatycznej. *Polska Medycyna Paliatywna*, 5(2), 44-53.
5. de Walden-Gałuszko, K., Majkiewicz, M., Zdun-Ryżewska, A. (2013). Zaburzenia przystosowania do choroby nowotworowej – trudności diagnostyczne zespołów depresyjnych. *Psychoonkologia*, 1, 10-15.
6. Dębski, R., Kulik, R. (2004). Rozpoznanie i leczenie depresji towarzyszącej nowotworom narządu rodowego. Ginekolog jako lekarz „pierwszego” kontaktu. *Wektory Ginekologii*, 1, 3-9.
7. Dudek, D., Siwek, M. (2007). Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria*, 4(1), 17-24.
8. Grabińska, K., Szewczyk-Cisek, I., Hernik, P., Mykała-Cieśla, J., Kaziród, D. (2011). Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej. *Psychoonkologia*, 2, 39-47.
9. Jabłoński, M., Furgał, M., Dudek, D., Zięba, A. (2008). Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. *Psychiatria Polska*, XLII(5), 749-765.
10. Jarema, M., Rabe-Jabłońska, J. (2011). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
11. Jarosz, M. (1971). *Elementy psychologii lekarskiej i psychopatologii ogólnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
12. Kieszkowska-Grudny, A. (2012). Dystres i depresja u chorych na nowotwory – diagnostyka i leczenie. *OncoReview*, 2(4), 246-252.
13. Kopczyńska-Tyszko, A. (1999). Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s. 125-141). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
14. Krawczyk, A. (2013). Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia. *Sztuka Leczenia*, 1-2, 21-30.
15. Kulpa, M., Owczarek, K., Stypuła-Ciuba, B. (2013). Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość Życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Medycyna Paliatywna*, 3, 106-113.
16. Malicka, I., Szczepańska, J., Anioł, K., Rymaszewska, J., Woźniewski, M. (2009). Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współczesna Onkologia*, 13(1), 41-46.
17. Mansano-Schlosser, T.C., Ceolim, M.F., Valerio, T.D. (2017). Poor sleep quality, depression and hope before breast cancer surgery. *Applied Nursing Research*, 34, 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.010>
18. Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 32, 57-71. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>
19. Nmeth, K., Kállai, J., Tiringier, I., Mangel, L., Farkas, S., Dé, A., Balázs, P., Szabó, I., Pakai, A. (2011). The relationship of coping mechanisms and social support among Hungarian women suffering from malignant breast cancer. *New Medicine*, 15(1), 26-29.
20. Nowicki, A., Ostrowska, Ż. (2008). Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Polski Merkurusz Lekarski*, 24(143), 403-407.
21. Nowicki, A., Rządowska, B. (2005). Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkologia*, 9(9), 396-403.
22. Ohnishi, H. (2011). Mental distress in cancer patients. *Masui*, 60(9), 1024-1031.
23. Olszewski, W. (2006). Badania przesiewowe w kierunku nowotworów. W: M. Krzakowski (red.), *Onkologia Kliniczna* (s. 53-60). Warszawa: Borgis.
24. Orońska, A. (2004). Dobra kontrola objawów nadrzędnym zadaniem opieki paliatywnej. *Polska Medycyna Rodzinna*, 6(3), 849-855.
25. Pawlik, M., Karczmarek-Borowska, B. (2013). Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2, 203-211.
26. Rolińska, A., Furmaga, O., Kwaśniewski, W., Makara-Studzińska, M. (2011). Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej. *Current Problems of Psychiatry*, 12(4), 546-549.

27. Rymaszewska, J. (2008). Reakcja adaptacyjna, lęk, depresja. W: K. Krzemieniecki (red.), *Leczenie wspomagające w onkologii* (s. 235-243). Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
28. Sęk, H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
29. Sharpe, M., Strong, V., Allen, K. (2004). Major depression in outpatients attending a regional cancer center: screening and unmet treatment needs. *British Journal of Cancer*, 90, 314-320. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601578>
30. Sobieralska-Michalak, K., Kowalska, J., Tudorowska, M. (2016). Rodzaje zabiegu a lęk, depresja i przystosowanie do choroby u kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(3), 432-446.
31. Stępień, A., Trypka, E. (2012). Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory w wieku podeszłym. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 8(2), 45-51.
32. Stutzman, H., Abraham, S. (2017). A Correlational Study of Spiritual Well-being and Depression in the Adult Cancer Patient. *Health Care Manager*, 36(2), 164-172. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000153>
33. Szwał, B., Słupski, W., Krzyżanowski, D. (2011). Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Pielęgniarstwo Zdrowie Publiczne*, 1(1), 35-41.
34. Ślubowska, M., Ślubowski, T. (2008). Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia*, 12, 14-25.
35. Zając, T. (2014). Struktura agresji i kontrola emocji u osób z rozpoznaniem depresji. *Psychiatria i Psychochoterapia*, 10(4), 16-29.
36. Zawadzki, B., Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychologia-Etiologia-Genetyka*, 19, 71-95.
37. Zielińska-Więczkowska, H., Betlakowski, J. (2010). Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współczesna Onkologia*, 14, 276-280. <https://doi.org/10.5114/wo.2010.14437>

DOGOTERAPIA JAKO METODA WSPOMAGANIA PROCESU REHABILITACJI DZIECI

DOG THERAPY AS A METHOD OF SUPPORTING CHILDREN'S REHABILITATION PROCESS

Sławomir Chrost^{1(A,B,C,D,E,F,G)}

¹Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Chrost, S. (2018). Dogoterapia jako metoda wspomaganie procesu rehabilitacji dzieci. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 64-72.
<https://doi.org/10.29316/rs.2018.22>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Wstęp. Autor artykułu przedstawia, na podstawie badań, korzyści z zastosowania dogoterapii we wspomaganie rozwoju i rehabilitacji dzieci.

Materiał i metody. W badaniach przeprowadzonych na terenie województwa świętokrzyskiego zastosowano metodę indywidualnych przypadków, posłużono się techniką wywiadu, którego udzieliło siedem osób (dwie terapeutki i pięcioro rodziców), które opisały przypadki siedmiorga dzieci uczestniczących w procesie dogoterapii. Dzieci (Kamila, Karolina, Karol, Bartek, Mateusz, Sylwia, Miłosz) były w przedziale wiekowym 6-11 lat i każde z nich przejawiało trudności w prawidłowym rozwoju lub było dotknięte niepełnosprawnością.

Wyniki. Badania ukazały, że głównymi korzyściami z zastosowania dogoterapii jest zdecydowana poprawa w różnych sferach: sferze społecznej (kontaktów interpersonalnych), sferze samooceny (rozwinięta śmiałość i odwaga), sferze senso-motorycznej (mówieniu, czytaniu, poruszaniu się, kontrolowaniu emocji), sferze motywacji do działania czy rozwinięcia poczucia odpowiedzialności.

Wnioski. Z zebranego materiału badawczego wynika, że obecność czworonoga na zajęciach pozwala dziecku odprężyć się, wyciszyć, obniża poziom lęku oraz kształtuje trwałą więź. Należy pamiętać, że do zajęć dogoterapeutycznych nie mogą być skierowani pacjenci posiadający otwarte rany na ciele, alergię na sierść psa, przejawiający paniczny lęk wobec zwierząt, pacjenci agresywni, z ADHD, pacjenci ze schorzeniami psychicznymi. Z tych powodów wybór dogoterapii jako metody wspomagającej rehabilitację powinien być wcześniej potwierdzony odpowiednimi informacjami na temat stanu zdrowia psychicznego pacjenta, poziomu jego agresji oraz występowania innych cech niepożądanych.

Słowa kluczowe: dogoterapia, animaloterapia, wspomaganie rozwoju i rehabilitacji

Summary

Introduction. The author of the article presents, on the basis of research, the benefits of using dog therapy in supporting the development and rehabilitation of children.

Material and methods. In the research conducted in Świętokrzyskie Province, the method of individual cases was applied, the interview technique was employed with interviews given by seven people (two therapists and seven parents), who described cases of seven children participating in dog therapy. Children (Kamila, Karolina, Karol, Bartek, Mateusz, Sylwia, and Miłosz) were in the age group of 6-11 years. Each of them manifested difficulties in normal development or were affected by disability.

Results. The research showed that the main benefit of applying dog therapy is a definite improvement in various spheres: the social sphere (interpersonal contacts), self-esteem (development of boldness and courage), the sensorimotor sphere (speaking, reading, walking, controlling emotions), motivation to take action or to develop a sense of responsibility.

Conclusions. The collected research material demonstrates that the presence of a dog in the classroom allows the child to relax and calm down. It also lowers the level of anxiety and shapes a lasting bond. It should be noted that patients with open wounds on the body, allergic to dog's fur, having obsessive fear of animals, aggressive ones, patients having mental disorders or ADHD, cannot be referred for dog therapy activities. For these reasons, choosing dog therapy as a method of rehabilitation should be previously confirmed by appropriate information on the patient's mental health, the level of their aggression and other undesirable traits.

Keywords: dog therapy, animal therapy, development and rehabilitation support

Tabela: 0

Ryciny: 0

Literatura: 18

Otrzymano: grudzień 2017

Zaakceptowano: kwiecień 2018

Adres korespondencyjny: Sławomir Chrost, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiczny i Artystyczny, ul Krakowska 11, 25-029 Kielce, e-mail: schrost@ujk.edu.pl; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6787-5379>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Sławomir Chrost

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wstęp

W 1792 roku w Wielkiej Brytanii udokumentowano pierwszy zaplanowany i celowy przypadek udziału zwierząt w procesie terapeutycznym. Zaproponowano hospitalizowanym pacjentom szpitala psychiatrycznego York opiekę nad małymi zwierzętami, co miało wpłynąć pozytywnie na proces kształtowania samokontroli. W Niemczech w 1867 roku w szpitalu Bielefeld pacjenci chorzy na epilepsję w specjalnie wybudowanym parku mieli nieograniczony kontakt ze zwierzętami, natomiast po pierwszej wojnie światowej w szpitalu sił powietrznych Stanów Zjednoczonych w Pawling zachęcano chorych do kontaktu z małymi gospodarskimi zwierzętami. Najistotniejszym wydarzeniem w historii dogoterapii są publikacje Borisa Levinsona - amerykańskiego psychologa dziecięcego, nazywanego w literaturze polskiej „Ojcem dogoterapii”. Pierwsza z nich nosiła tytuł „Pet-Oriented Child Psychotherapy” z 1969 roku, a druga „Pets and Human Development” z 1972 roku. Levinson swoje obserwacje rozpoczął w 1953 roku po przyjeździe młodego pacjenta, który spotkał się z psem swojego terapeuty - Jinglesem. Pies znacznie pomógł w nawiązaniu kontaktu z dzieckiem oraz w zbudowaniu zaufania dzięki czemu cała terapia przebiegła szybciej i z pomyślnym skutkiem. Pierwsze obserwacje ujął w 1964 roku w artykule zatytułowanym „The dog as a co - therapist” (Otto, 2010, s. 183).

W Polsce termin dogoterapia został użyty po raz pierwszy w roku 1996 przez Marię Czerwińską podczas trwania konferencji prasowej organizowanej z okazji Światowego Dnia Zwierząt na określenie doświadczenia z kontaktów psów z dziećmi, które odbyły się najpierw na planie filmu zatytułowanego „Widzę”, a później wielu oddziałach w polskich szpitalach. Maria Czerwińska założyła w 1998 roku fundację „CZE-NE-KA” co w języku Indian północno-amerykańskich oznacza *wiecznie śmiejący się pies, wesoły pies*. W 2002 roku założono fundację *Przyjaciel* w Warszawie i *Dogtor* w Trójmieście, w 2003 fundację *Ama Canem i Cane Pro Humano*, a w 2004 fundację *Właśnie Tak!* w Bydgoszczy. W 2006 roku w Warszawie powstają organizacje takie jak *Pies dla Stasia* i *Razem Łatwiej* oraz *Mały Piesek Zuzi* w Poznaniu.

Momentem przełomowym w ustabilizowaniu sytuacji dogoterapii w Polsce było powołanie w 2006 roku Polskiego Towarzystwa Kynoterapeutycznego, które wprowadziło termin *kynoterapia*. Celem PTK jako było objęcie opieką merytoryczną organizacji oraz osób działających w obrębie dogoterapii, a także stworzenie odpowiednich standardów pracy. Działalność Polskiego Towarzystwa Kynoterapeutycznego doprowadziła do wpisania 1 lipca 2010 roku zawodu *kynoterapeuta (dogoterapeuta)* do Klasyfikacji Zawodów i Specjalności na Potrzeby Rynku Pracy, prowadzonej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Dogoterapia w Polsce traktowana jest jako stosunkowo nowa metoda wspomagająca proces rozwoju i rehabilitacji dzieci oraz młodzieży. Dogoterapia zwana inaczej kynoterapią jest jedną z wielu form powszechnie znanej już animaloterapii, która wykorzystuje udział zwierząt w procesie leczenia. W ostatnich latach zyskała dużą popularność jako pożądana metoda wspomagająca, wykorzystująca odpowiednio dobranego czworonoga do pracy z dziećmi z niepełnosprawnościami oraz mającymi problemy w zakresie rozwojowym. Wspomagający charakter dogoterapii wynika przede wszystkim ze współpracy zarówno dogoterapeuty, psa uczestniczącego, dziecka, rodziców, pedagogów oraz innych podmiotów zaangażowanych w przedsięwzięcie.

Zamierzeniem autora artykułu jest znalezienie odpowiedzi na pytanie: Jakie są korzyści z zastosowania dogoterapii we wspomaganianiu rozwoju i rehabilitacji? W badaniach, które stanowią fundament do analiz, przeprowadzonych na terenie województwa Świętokrzyskiego zastosowano metodę indywidualnych przypadków, posłużono się techniką wywiadu, którego udzieliło siedem osób (dwie terapeutki i pięcioro rodziców). Opisano przypadki siedmiorga dzieci uczestniczących w procesie dogoterapii. Dzieci (Kamila, Karolina, Karol, Bartek, Mateusz, Sylwia, Miłosz) były w przedziale wiekowym 6-11 lat i każde z nich przejawiało trudności w prawidłowym rozwoju lub było dotknięte niepełnosprawnością.

Dogoterapia – definicja, cele, metody pracy

Terapia prowadzona z udziałem zwierząt stała się w ostatnich latach metodą popularną i coraz bardziej dostępną. Powstało mnóstwo fundacji oraz stowarzyszeń, a także działalności jednoosobowych wykorzystujących i oferujących tę metodę jako formę pomocniczą w procesie rozwoju i rehabilitacji dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych. Wiele ośrodków w Polsce posiada w swojej ofercie dogoterapię co świadczy o szybkim rozwoju zjawiska (Pawlik-Popielarska, 2005, s. 3).

Dogoterapia wchodzi w skład szeroko rozumianej animaloterapii, która jest tłumaczona jako: „naturalna metoda wspomaganiania leczenia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych oparta na bezpośrednim kontakcie ze zwierzętami. Adresatami są w szczególności dzieci z problemami emocjonalnymi oraz z zaburzeniami i deficytami rozwoju psychoruchowego” (Franczyk, Krajewska, Skorupa, 2012, s. 9).

Według Gabrieli Drwięgo oraz Zofii Pietruczu dogoterapia jest jedną z form animaloterapii inaczej zwanej zooterapią, w skład której wchodzi: felinoterapia czyli terapia z udziałem kotów, hipoterapia czyli terapia z udziałem koni, delfinoterapia, czy tak zwana *pet therapy* czyli terapia z udziałem zwierząt takich jak: alpaki, chomiki, króliki, świnki morskie, gady, ptaki i płazy.

W Polsce w odniesieniu do terapii z udziałem psa funkcjonuje poza terminem dogoterapia kilka

terminów zamiennych takich jak kynoterapia czy canisterapia, jednakże określenie dogoterapia jest najdłużej funkcjonującym i powszechnie zrozumiałym. Jest to metoda, która wykorzystuje psy w celu wieloprofilowego usprawniania dzieci oraz osób dorosłych, uważana jest za naturalną formę rehabilitacji niepełnosprawnych (Drwięga, Pietruczuk, 2015).

Jedna z trafniejszych definicji dogoterapii została opracowana przez Fundację na Rzecz Wspomagania Rehabilitacji i Szerzenia Wiedzy Kynologicznej *Mały Piesek Zuzi* z Poznania, według której: „dogoterapia to metoda wspomagania rehabilitacji i terapii osób niepełnosprawnych fizycznie, intelektualnie, emocjonalnie i społecznie, w której wykorzystywane są specjalnie wyselekcjonowane i wyszkolone psy. Nad całością czuwa zespół terapeutyczny” (Nawrocka, 2009, s. 125).

Beata Kulisiewicz definiuje dogoterapię następująco: „to terapia wykorzystująca kontakt z psem. W czasie zajęć i zabaw naturalna spontaniczność i radość psa pozwalają dziecku odczuć satysfakcję z wykonywanych przez nie zadań, a nade wszystko mobilizują go do podejmowania nowych wyzwań” (Kulisiewicz, 2007, s. 7).

Anna Franczyk, Katarzyna Krajewska i Joanna Skorupa uważają, że jedno z głównych działań terapii kontaktowej jaką jest dogoterapia polega na nawiązaniu psychicznej więzi pacjenta ze zwierzęciem, co pomaga przyspieszyć leczenie, a ponadto ma korzystny wpływ na rozwój psychospołeczny (Franczyk, Krajewska, Skorupa, 2012).

Inne definicje głoszą, że dogoterapia jest metodą wykorzystującą oddziaływanie specjalnie wyszkolonego i przygotowanego psa terapeutę¹ na rehabilitację osób ze specyficznymi dysfunkcjami fizycznymi, psychicznymi oraz intelektualnymi. Oddziaływanie to polega na różnych formach kontaktu fizycznego, a także emocjonalnego z psem, co może skutkować poprawą jakości życia człowieka na każdym etapie rozwoju (<https://dogoterapia.wordpress.com/artykuly/dogoterapia>).

Cele dogoterapii można podzielić na 4 podstawowe kategorie: cele edukacyjno-poznawcze, motywacyjne, fizyczno-ruchowe i zdrowia psychicznego. Do celów edukacyjno-poznawczych zalicza się przede wszystkim wzbogacenie słownictwa a także poprawę formy wypowiedzi, poznawanie różnych pojęć takich jak wielkość, kształt czy kolor, rozwijanie dostrzegania różnic i podobieństw między nimi, rozwijanie pamięci trwałej i krótkiej, poprawa koncentracji, zwiększenie świadomości orientacji przestrzennej. Do celów motywacyjnych zalicza się: rozwijanie współpracy z uczestnikami zajęć, pobudzenie motywacji do ćwiczeń, rozwijanie motywacji do udziału w zajęciach terapeutycznych. Celami fizyczno-ruchowymi są: rozwijanie umiejętności poruszania się np. na wózku inwalidzkim, rozwijanie

równowagi i funkcji motorycznych. Cele w zakresie zdrowia psychicznego to: rozwijanie umiejętności skupiania uwagi, podnoszenie poczucia wartości i pewności siebie, łagodzenie fobii i lęków, zmniejszanie uczucia izolacji i uczucia samotności, nauka relaksacji w towarzystwie psa terapeutycznego, rozwijanie porozumiewania się członków grupy oraz rozwijanie umiejętności okazywania emocji wraz z równoczesnym ich kontrolowaniem (<http://poradniakielce.pl/oferta/terapia/dogoterapia>).

Beata Pawlik-Popielarska jest zdania, że prawidłowo przygotowany i zastosowany program terapeutyczny z udziałem psa może skutkować osiągnięciem takich celów jak: obniżenie napięcia mięśniowego, stymulowanie sprawności motorycznej, zwiększenie możliwości lokomocyjnych, poprawa w zakresie funkcjonowania emocjonalno-uczuciowego, rozwijanie umiejętności społecznych, kształtowanie charakteru i odpowiedzialności, integracja środowiska rodzinnego, stwarzanie okazji do wspólnej zabawy oraz nawiązanie naturalnej więzi ze światem zewnętrznym (Pawlik-Popielarska, 2005).

Według Marzeny Machoś-Nikodem najistotniejszą rolę w terapii z psem odgrywa kontakt fizyczny. „Dotyk wiąże się ze skórą, która stanowi ważny system sensoryczny organizmu dziecka. Przepływ informacji zwrotnych między skórą, mózgiem i innymi układami jest ciągły – informacja sensoryczna pochodząca z zewnątrz dociera do mózgu, gdzie następuje jej przetwarzanie, segregowanie, interpretowanie, następnie mózg wysyła informację zwrotną do skóry i innych układów, co umożliwia nam reakcję na otrzymany bodziec. Dotyk pobudza reakcje odruchowe, które wpływają na rozwój innych zmysłów. U noworodka dotyk stymuluje wzrost czuciowych końcówek nerwowych w ciele, zaangażowanych w ruch, orientacji przestrzennej i percepcji wzrokowej. W przypadku braku uaktywnienia końcówek nerwowych może dojść do zaburzeń w funkcjonowaniu aktywującego się układu siatkowego, co prowadzi do upośledzenia pracy mięśni, różnych zaburzeń emocjonalnych oraz do trudności w procesie uczenia się. Dotyk stanowi instynktowną potrzebę i podstawową formę komunikacji między ludźmi. Liczne badania dowodzą jego właściwości terapeutycznych” (Machoś-Nikodem, 2006, s. 80).

Dogoterapia może przybierać różne formy od zajęć indywidualnych po grupowe. Najczęściej wyróżnia się trzy podstawowe rodzaje pracy z psem – terapeutą.

Pierwszy z nich to Animal Assisted Therapy, czyli Terapia z Udziałem Zwierząt (AAT). W metodzie tej pies, spełniający określone wytyczne jest integralną częścią całego procesu leczniczego, który jest prowadzony przez profesjonalnego terapeutę zazwyczaj lekarza lub fizjoterapeutę. Jest to proces planowany i celowy, zakłada poprawę w społecznym, fizycznym, poznawczym i emocjonalnym funkcjonowaniu pacjentów. Metoda może

¹ Termin „pies terapeuta” stosowany w artykule wprowadzony jest w celu odróżnienia specjalnie szkolonego psa od innych psów i nie może być traktowany na równi z terminem „dogoteapeuta” (człowiek terapeuta).

być przeprowadzana w różnym otoczeniu, zarówno w formie grupowej jak i indywidualnej. Cały przebieg procesu jest dokumentowany, są określone cele i poszczególne zadania dla uczestników, mierzony jest także postęp w rehabilitacji.

Drugą metodą jest Animal Assisted Activities czyli Zajęcia z Udziałem Zwierząt (AAA). Właściciel i jego pies odwiedzają osoby niepełnosprawne i chore w ośrodkach leczniczych, opiekuńczych oraz w domach prywatnych. Wizyta nie jest szczegółowo zaplanowana, a takie same zajęcia mogą być wykorzystywane z wieloma przypadkami. Celem takiej wizyty jest zwykły kontakt umożliwiający spotkanie ze zwierzęciem i zabawę. Przebieg wizyty jest zazwyczaj spontaniczny, czas trwania uzależniony jest od potrzeb. W AAA nie ma obowiązku prowadzenia dokładnych notatek, a osobą prowadzącą zajęcia mogą być wolontariusze (Filozof, 2004).

Trzecią metodą, która kładzie nacisk bardziej na edukację niż rehabilitację jest Animal Assisted Education czyli Edukacja z Udziałem Zwierząt (AAE). W jej skład wchodzi wszelkie programy edukacji humanitarnej. Zajęcia prowadzone są przez pedagoga w grupie dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. AAE dotyczy głównie przeciwdziałania przemocy wobec zwierząt, kształtowania odpowiednich zachowań wobec psów agresywnych lub obcych oraz prawidłowej i odpowiedzialnej opieki nad zwierzętami. Edukacja z Udziałem Zwierząt to także nauka pojęć, informacji oraz logicznego myślenia. Może przybierać formę lekcji matematyki z udziałem psów podczas której dzieci uczą się nieskomplikowanych działań takich jak liczenie, dodawanie czy odejmowanie przy pomocy psów (liczba psów, liczba łap i oczu i tym podobne) (<http://www.deon.pl/inteligentne-zycie/psychologia-naco-dzien/art,125,pies-na-etacie-czyli-dogoterapia>).

Przebieg zajęć dogoterapeutycznych zależy w dużej mierze od wybranej metody współpracy. Jednakże zazwyczaj obowiązuje jeden schemat rozpoczynający wspólną współpracę. Na początku zbierane są informacje o pozytywnych aspektach dziecka, co lubi, co potrafi robić, jakie czynności sprawiają mu radość. Wskazane jest, aby pierwsze zajęcia odbywały się bez udziału psa, a diagnozowanie umiejętności odbywało się poprzez zabawę. Pierwsze zajęcia powinny być wykorzystane na poznanie dziecka, obserwowanie go w zabawie oraz uzyskanie zgody na bliski kontakt i akceptacji dziecka. Wiadomości zebrane podczas zajęć należy umieścić w kwestionariuszu obserwacji, a następnie określić na jego podstawie cel i opracować program pracy terapeutycznej dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka. Kolejnym krokiem jest określenie barier w pracy z psem oraz tego co w tej pracy pomoże. Etapem końcowym jest ustalenie terminu realizacji programu (Kulisiewicz, 2007).

Pies uczestniczący w terapii towarzyszy dziecku w zabawach i w czasie, gdy wykonywane są ćwiczenia okazuje zainteresowanie. Dziecko dużo

chętniej ułoży zadanie dla psa, opowie mu o swoich spostrzeżeniach i wątpliwościach, chętniej nauczy się czytać, gdy pies będzie go słuchał oraz łatwiej przyswoi wiedzę. Pies jest powiernikiem dziecięcych tajemnic, wsłuchuje się w głos dziecka, wyraża pełną akceptację dając tym samym poczucie bezpieczeństwa. Pies potrafi skoncentrować uwagę, zachęcić do wspólnej zabawy, pomóc przełamać lęk przed kontaktem ze światem zewnętrznym. Schemat zajęć z dogoterapii kształtuje się następująco: Zajęcia wstępne – należą do pierwszego etapu pracy i obejmują przywitanie i ćwiczenia wprowadzające, które mają pobudzić do pracy; Zajęcia właściwe – podczas których odbywa się realizacja opracowanego programu; Zajęcia końcowe – czyli podsumowanie pracy, przypomnienie nowych wiadomości i umiejętności, zajęcia uspokajające, ustalenie terminu następnego spotkania oraz pożegnanie. Po zakończonym programie dziecko otrzymuje dyplom, certyfikat lub zaświadczenie, potwierdzone na przykład odciskiem psiej łapy. Ostatnim etapem pracy jest ewaluacja, czyli oceny przebiegu procesu uczenia, postępów dziecka a także skuteczności zastosowanej metody wraz z określeniem atrakcyjności programu dla dzieci (Kulisiewicz, 2007).

„Podczas kontaktu ze zwierzęciem dzieci często reagują radością, uśmiechem, nadzwyczajnym podnieceniem. Labilność emocjonalna, która bardzo często towarzyszy niepełnosprawnym i ich rodzinom nie wpływa dobrze na rozwój emocjonalny dziecka. Dlatego, jeśli zajęcia z psem wywołują pozytywne emocje, należy pozwolić mu doświadczać jak najwięcej spotkań ze zwierzęciem” (Bartkiewicz, Zawadka, 2008, s. 63).

W książce zatytułowanej *Baw się poprzez animaloterapię* autorstwa Anny Franczyk, Katarzyny Krajewskiej i Joanny Skorupy szeroko rozumiana animaloterapia w skład której wchodzi dogoterapia przeznaczona jest dla dzieci zdrowych oraz dzieci z różnymi deficytami rozwojowymi, np. z porażeniem mózgowym, z zaburzeniami rozwoju motorycznego, z niedowładem kończyn, z zanikiem mięśni, z zespołem wiotkiego dziecka, z zespołem Downa oraz dla dzieci ze spektrum autyzmu, niestabilnych emocjonalnie, upośledzonych, czy posiadających deficyty uwagi (ADHD ADD) (Franczyk, Krajewska, Skorupa, 2012).

Osoby funkcjonujące z różnorodnymi dysfunkcjami często mają osłabioną relację z otaczającym ich światem. Niepełnosprawność sprawia, że świat ludzi z nią funkcjonujących jest odmienny, niż ten w którym żyją osoby zdrowe. Nawiązanie terapii kontaktowej z udziałem psa pomaga takim osobom nawiązać łączność z otaczającym światem. Kontakt z psem stanowi bazę do rozwoju relacji intelektualnej i duchowej. Grupę szczególną stanowią dzieci przewlekłe chore poddawane często bolesnym i dość inwazyjnym metodom leczenia. Terapia z udziałem psa wpływa pozytywnie na psychikę dziecka, motywując go do udziału we właściwej aczkolwiek często nieprzyjemnej terapii. Dzieci

mają szansę nabrać dystansu do swojego leczenia, cieszyć się chwilą, odzyskują radość życia. Terapia dzieci z niepełnosprawnościami odbywa się między innymi na zasadzie pomocy w wykonywaniu codziennych czynności samoobsługowych (np. prowadzi dziecko będące na wózku, podaje przedmioty, otwiera drzwi). Często zdarza się, że zwierzę zmusza swojego pacjenta do aktywności fizycznej, np. przynosi dany przedmiot i zamiast podać kładzie go pod nogi – dziecko musi wykonać ruch, aby go podnieść.

Pies terapeuta sprawdza się również w przypadku dzieci zdrowych, które doświadczyły sytuacji stresowych w życiu. Głaskanie i przytulanie się do psa jest dla dziecka źródłem bezpieczeństwa co pozwala na stopniowe otwieranie się go na świat zewnętrzny. Dzieci ze spektrum autyzmu początkowo nie zwracają uwagi na psa, który jest ich terapeutą. Z upływem czasu dziecko zaczyna ufać psu, przytula go, głaska, potrafi wydawać mu komendy. Jest to pierwszy krok do kontaktu ze światem zewnętrznym, często utrudnionego kontaktu (Pawlik-Popielarska, 2009). Pies terapeuta jest doskonałym słuchaczem, dlatego grupą odbiorców są również dzieci przejawiające trudności w uczeniu się czytania. Dziecko w atmosferze całkowitej akceptacji jest w stanie zapomnieć o swoim strachu i o ograniczeniach. Metoda czytania psu jest skutecznym sposobem na poprawę czytania u dzieci (Kulisiewicz, 2009).

Dogoterapia może być prowadzona również u dzieci, które przejawiają niedostosowanie społeczne oraz u skazanych przebywających w zakładach karnych. Obecnie w Polsce prowadzone są eksperymentalne programy profilaktyczne z udziałem psów.

Wzajemna interakcja człowieka ze zwierzęciem może mieć wiele korzyści zarówno dla osób dorosłych jak i dzieci. Jedną z nich jest rozwijanie empatii, czyli wczuwanie się w uczucia i sposób rozumowania innych. Na podstawie badań stwierdza się, że dzieci, które są wychowywane w domach, gdzie przebywa jakieś zwierzę mają większy poziom empatii i postrzegają zwierzęta na równi ze sobą. Empatia względem zwierząt jest łatwiejsza do osiągnięcia niż empatia względem ludzi, a wraz z dorastaniem dzieci ich umiejętność prawidłowego odgadywania uczuć zwierząt przenosi się także na ludzi co skutkuje poprawą relacji. Kolejną korzyścią jest skupienie się na świecie zewnętrznym – zwierzęta pomagają skupić się na środowisku zwłaszcza osobom cierpiącym na chorobę psychiczną lub mającą niską samoocenę. Dzieci uczą się wychowywać inną istotę, czują się akceptowane, a przede wszystkim potrafią się odprężyć (Filozof, 2004).

Pies terapeuta „przynosi radość i wywołuje uśmiech, pozwala rozwijać kontakty społeczne, poprawia komunikację, pozwala myśleć o czymś innym niż własna osoba, wiek, choroba, stymuluje ruch i aktywność, samodzielność i odpowiedzialność, daje możliwość okazania uczuć, wytwarza

swoistą więź: człowiek – zwierzę, podwyższa pewność siebie, nadaje życiu sens, pomaga zdobyć nowych przyjaciół, ułatwia przejść przez samotność, chorobę i depresję, rozwija funkcje poznawcze, koncentrację uwagi, orientację przestrzenną, uczy samoakceptacji” (http://www.arka.chelm.pl/arka2/str-zabawa_z_psem-85.html).

Wyniki

W przeprowadzonych badaniach wyodrębniono wiele korzyści z zastosowania metody dogoterapii. Można stwierdzić, że w każdym badanym przypadku pojawił się inny pozytywny skutek, dlatego trudno jest jednoznacznie określić główne i bazowe korzyści. Badani najczęściej wymieniali poprawę funkcjonowania dzieci w zakresie kontaktów interpersonalnych, rozwiniętą śmiałość i odwagę.

Na podstawie analizy badanych przypadków można wywnioskować, że dogoterapia pozytywnie oddziałuje na psychikę dziecka. W pierwszym przypadku u siedmioletniej Kamili występowały duże problemy z czytaniem spowodowane dysleksją rozwojową. Dziewczynka była przy tym nieśmiała i łatwo wpadała w złość, gdy nie udało jej się poprawnie przeczytać tekstów. Po zajęciach z suczką o imieniu Luna (Kamila uczęszczała na zajęcia przez pół roku, odbywały się one regularnie dwa razy w tygodniu w bibliotece miejskiej oraz w świetlicy środowiskowej. Terapia, w której udział brała zarówno Kamila jak i jej mama miały charakter luźnych zajęć, zwykle trwały około 45 minut) zauważono, że dziewczynka podejmuje próby samodzielnego czytania, mniej się denerwuje i odważniej wypowiada zdania. Pani Krystyna, mama Kamili powiedziała, że „na zajęciach dodatkowych coraz chętniej czytała jako pierwsza. Widać było ogromne postępy, nawet Pani pedagog była w szoku, że Kamila zrobiła duży krok do przodu w niedługim czasie. W domu też chętniej odrabiała prace domowe, cieszyła się z pozytywnych ocen i coraz mniej denerwowała się, że coś jej nie wychodzi. My z mężem też próbowaliśmy ćwiczyć z nią jak najwięcej, żeby nie straciła zapału”.

Kolejną badaną osobą była Karolina, dziesięcioletka, doświadczająca przemocy zarówno fizycznej, psychicznej jak i seksualnej ze strony ojczyma. Dziewczynka miała ogromne trudności w komunikacji zarówno z mamą jak i terapeutami. Nie opowiadała o swoich stanach emocjonalnych, nie odpowiadała na zadawane pytania.

Zdaniem mamy dziewczynki, Pani Beaty „Karolina nawet podczas terapii grupowej nie chciała rozmawiać z rówieśnikami. Wiem, że to co się stało jest ogromną tragedią, ale ona w ogóle nie dawała sobie pomóc. Pisała kiedyś pamiętnik, niestety nawet to zaprzestała robić tak jakby całkowicie odcięła się od świata, od nas wszystkich”.

Po wprowadzeniu do zajęć psa Karmela zaczęła zauważać minimalne postępy w rozwijaniu komunikacji u dziecka. Widoczny był wpływ zwierzę-

cia na poziom zdenerwowania Karoliny, wyraźnie stawała się spokojniejsza i chętna do współpracy. Zajęcia prowadzone w grupie pięciorga dzieci przy udziale terapeuty oraz pedagoga miały różnorodny charakter od muzykoterapii przy udziale psa, poprzez zajęcia sportowe w tym rzucanie psu piłki i zabawy w chowanego, aż do wspólnego czytania bajek i plastycznej twórczości. Podczas zajęć plastycznych, gdzie dzieci miały za zadanie odrysować posturę psa na specjalnych kartkach Karolina dołączyła do zabawy. Na zajęciach z muzykoterapii, gdzie pies leżał na środku sali, a dzieci wokół niego Karolina wyraźnie się odprężała, zaczęła również współpracować z innymi. Chętnie czytała psu bajki i bawiła się z innymi dziećmi. Podczas czwartej sesji otworzyła się i zaczęła mówić o swoich problemach. Na końcowych zajęciach dziewczynka rozmawiała już z terapeutami i powoli pokonywała lęk przed rozmową z mamą, nie zamykała się już tak często w sobie i łatwiej opowiadała o swoich emocjach.

Następnym badanym przypadkiem był Karol, sześciolatek z spektrum autyzmu obdarzony talentem artystycznym. Przejawiał trudności w uczeniu się oraz w komunikacji z innymi. Chłopiec zamiast rozmawiać malował, swoje stany emocjonalne pokazywał na obrazach. Jak powiedziała pani Kasia, mama Karola „pamiętam, że mieliśmy spory problem z odczytaniem tego co Karolek potrzebuje, czasem płakał i nie można było go uspokoić, nie reagował na nasze prośby. To było dla nas straszne. Chcieliśmy mu pomóc, ale nie wiedzieliśmy jak, nie wiedzieliśmy nawet co się dzieje”.

Kluczem do pracy dogoterapeutycznej z Karolem było malarstwo. Pies - Stefan zawsze miał na sobie pojemnik z farbą. Karol mógł z nim wspólnie malować, odbijać łapy. Trzy pierwsze spotkania miały za zadanie dotrzeć do chłopca, spróbować się z nim porozumieć, stworzyć mu przyjazne środowisko. Po trzech spotkaniach terapeutka chłopca zauważyła, że zaczął on wypowiadać pojedyncze słowa w kierunku psa, jednak robił to tylko do niego i nikomu innemu nie pozwalał się słyszeć. Rodzice obserwowali chłopca w domu jednak nie widzieli poprawy w jego zachowaniu. Po 9 spotkaniu podszedł do psa z namalowanym domem z ogrodem i zaczął mu opowiadać co robiła mama na śniadanie i gdzie je zjadł. To samo zrobił podbiegając do terapeutki. Stopniowo zaczęto wprowadzać elementy edukacyjne do zabawy ze Stefanem takie jak przyznawanie nagród chłopcu za prawidłowo wypowiedzianą komendę w kierunku psa. Chłopiec zaczął wypowiadać krótkie i proste zdania, a w badaniach okresowych stwierdzono poprawę umiejętności interpersonalnych w zakresie komunikowania się. Obecnie z Karolem dogoterapeuci pracują nad wzbogaceniem słownictwa dziecka oraz zwiększeniem poziomu pewności siebie.

Poprawę w zakresie umiejętności interpersonalnych można zauważyć również u Mateusza. Dziesięcioletek, który przebywa w Domu Dziecka przeszedł traumę po śmierci ukochanego taty. Manifestował

to odcięciem się od społeczeństwa, zamknięciem w sobie, głęboką depresją oraz zaniechaniem nauki. Jego jedyną pasją była piłka nożna. Zdaniem pani Kingi, przewodniczki psa terapeuty „Tata był jedyną osobą, która w ogóle cokolwiek robiła dla tego chłopca. Matka porzuciła go we wczesnym wieku, babcia z powodu choroby rzadko go odwiedzała, miał tylko jego”.

Po śmierci ojca chłopiec przeszedł traumę i kontakt z nim był znacznie utrudniony. O swoich problemach opowiadał tylko Nikodemowi – koledze z Domu Dziecka. Mateusz nigdy się nie skarżył na swój los, płakał w samotności, nie pokazywał uczuć nikomu tylko. Na pytanie, dlaczego nie chce się uczyć, przecież jest bardzo ambitny odpowiadał „tylko tata mi dobrze tłumaczył”. Dogoterapię prowadziła Pani Kinga z Olafem – 3 letnim psem rasy Samoyed. Podczas pierwszego spotkania chłopiec zachowywał się trochę nieufnie, chętnie bawił się z psem jednak odmawiał wykonywania czynności edukacyjnych. Podczas kolejnego spotkania chłopiec coraz bardziej się otwierał, najpierw wykonywał zadania, czytał psu książkę, a następnie po dobrze wykonanych poleceniach mógł zagrać z psem w piłkę. Schemat powtarzał się przez kolejne dwa tygodnie aż w końcu Mateusz chętniej zaczął współpracować z nauczycielami. Następnym krokiem było wprowadzenie Mateusza do grupy rówieśników w której również był pies Olaf. Chłopiec zaczął rozmawiać z innymi dziećmi, współpracował z terapeutami. Półroczne zajęcia pozwoliły na poprawę motywacji do nauki u chłopca. Mateusz stał się też odważniejszy.

Umiejętności społeczne znacznie poprawiły się również w przypadku Miłosza – dziesięcioletniego syna dogoterapeutki. Chłopiec urodził się z zespołem Downa, Pani Kasia, która jest jego mamą powiedziała, że: „Miłosz jest sklasyfikowany jako dziecko z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, więc całkiem dobrze radzi sobie w życiu. Przejawia natomiast duże problemy w komunikacji społecznej co czasami komplikuje z nim współpracę. Zdaniem terapeutów utrudniony kontakt ze światem najprawdopodobniej miał swoje podłoże w nieporadności, kiedy moje dziecko nie umiało sobie z czymś poradzić to automatycznie zamykało się w sobie”. Na pierwsze indywidualne zajęcia z suczką rasy Border Collie Haną chłopiec poszedł pełen entuzjazmu jednak po jakimś czasie wycofał się. Nastąpiło to w momencie, gdy Hana spojrzała na niego i zmieniała pozycję z leżącej na siedzącą. Miłosz nieświadomie wykonał gest, który dla psa oznaczał komendę „siad”. Do końca zajęć przesiadził z dala od suczki na kolanach terapeutki. Zachowanie to poddało w wątpliwość dalsze leczenie tą metodą, ale podczas kolejnych zajęć, gdy wprowadzono już elementy zabawy polegające na odrysowaniu kształtu psa, ulepieniu jego postury z plasteliny czy nakarmieniu go chłopiec powoli przekonywał się do Hany. Na czwartych zajęciach nastąpiło kolejne wycofanie, postanowiono zareagować od razu i gdy chłopiec siedział na kolanach terapeutki przewodnik

psa pokazywał mu komendy do wykonania jedynie gestem. Hana posłusznie wykonywała wszystkie zadania przez co chłopiec myślał, że w ten sposób chce go zachęcić do zabawy. Stopniowo zbliżano się do psa, aby chłopiec mógł go spokojnie głaskać, gdy suczka na niego nie patrzy. Piąte spotkanie było przełomowe, chłopiec poderwał się z kolan terapeutki i sam zaczął dyktować psu zadania do wykonania, przyznawał mu za to również nagrody. Każde kolejne spotkanie przebiegało w podobny sposób. Chłopiec bardzo przyzwyczał się do Hany, chętnie do niej mówił, pełen radości opowiadał wszystko swojej mamie, chętniej rozmawiał z terapeutą. Zajęcia z suczką Haną pozwoliły Miłoszowi odważniej wykonywać niektóre zadania, a w jego życiu coraz częściej pojawiał się uśmiech na twarzy, ekscytacja i chęć do rozmowy. Chłopiec pod wpływem dogoterapii znacznie rzadziej miewa napady złości i tylko niekiedy zdarza mu się nie rozmawiać z rodzicami. Mama Miłosza tak zafascynowała się dogoterapią, że sami mają w domu suczkę Sarę, która pomaga chłopcu w codziennym funkcjonowaniu.

Nieco inną korzyść, a mianowicie rozwinięcie u chłopca poczucia odpowiedzialności wykazało badanie Bartka. Jedenastolatek mieszkający w placówce opiekuńczo-wychowawczej, przejawiał trudności w nauce oraz zachowania agresywne, autodestrukcyjne i ryzykowne. Pies Kapsel, który dość często odwiedza placówkę z przewodniczką Anną początkowo nie został przywitany najcieplej przez Bartek. Był wycofany, denerwowała go obecność psa. Pierwsza sesja trwała tylko pół godziny, ponieważ nie chciano, aby chłopiec całkowicie się zniechęcił. Podczas kolejnych zajęć wprowadzono elementy twórczości, ponieważ dobrym punktem odniesienia było wykorzystanie talentu chłopca do rozwiązywania zadań matematycznych. Pani Anna, która przewodziła psu nakazała by po każdym dobrze rozwiązanej rebusie matematycznym przynosił chłopcu swoje smakołyki i tym sposobem pozwalała się karmić. Powoli można było wprowadzać elementy nauki o zachowaniu się zwierząt; również o agresji i o tym jak oddziałuje ona zarówno na ludzi jak i na inne zwierzęta. Chłopiec uczył się jak opiekować się psem, czego mu potrzeba i jak należy go wychowywać. Miało to na celu wzbudzenie w nim poczucia odpowiedzialności za czyjeś życie oraz konsekwencji swoich zachowań. Zdaniem Pani Anny, przewodniczki psa terapeuty „Bartek jest dobrym dzieckiem, wiele w życiu przeżył. To miało wpływ na jego zachowanie, ale dzięki Kapselkowi wszystko powoli się normuje; powiedziałaabym nawet, że stali się dobrymi przyjaciółmi. Mój pies bardzo lubi swoich podopiecznych, ale Bartka chyba polubił szczególnie (śmiech)”. Chłopiec znacząco poprawił wyniki w nauce, a przede wszystkim nauczył się odpowiedzialności za drugą istotę.

Półroczna terapia dała podstawę do dalszej pracy z Bartkiem, który zaczął panować nad swoim zachowaniem. Teraz sam wychowuje szynszyla i uczy inne dzieci jak dbać o zwierzęta.

Kolejnym przykładem korzyści innych niż poprawienie komunikacji interpersonalnej jest sytuacja Sylwii. U dziewięcioletniej Sylwii zdiagnozowano przepuklinę kręgu lędźwiowego, która zaczęła znacznie uciskać rdzeń kręgosłupa co uniemożliwiało chodzenie. Niestety po operacji dziewczynka dalej nie mogła chodzić i czekała ją długa rehabilitacja. Pani Emilia, mama dziewczynki powiedziała, że: „w tym czasie moja córka całkowicie się załamała. To tak jakby zabrać piłkarzowi piłkę i powiedzieć, że może nigdy już nią nie zagra. Jej koleżanki biegały po podwórku, a ona płakała po katach, gdy musiała wsiąść każdego kolejnego dnia na swój wózek, zupełnie nie mogła tego zrozumieć”. Dziewczynka straciła poczucie własnej wartości, opadła z sił, męczyła ją rehabilitacja, nie emanowała już optymizmem. Sylwia w Zakopanem, gdzie przechodziła rehabilitację spotkała Kamę – czarnego Labradora, który od razu przypadł jej do gustu. Dziewczynka spotykała się z psem kilka razy w miesiącu. Ich spotkania polegały przede wszystkim na wspólnej zabawie, ale i na rehabilitacji również. Wykorzystywano Kamę do zachęcenia dziewczynki do ćwiczeń zwłaszcza w basenie. Polegało to na tym, że pies podpływał do Sylwii a ona rzucała mu piłkę. Za każdym razem dziewczynka wraz z terapeutą starała się przepłynąć kilka metrów. Sylwia i Kama zaprzyjaźniły się na tyle, że dziewczynka całkowicie pogodziła się z sytuacją i zaczęła dzielnie stawiać czoła swojemu problemowi. Obecnie Sylwia dalej jeździ na wózku inwalidzkim jednak odzyskała częściowo czucie w lewej stopie i robi postępy w rehabilitacji.

Po procesie terapii dużą poprawę wykryto w sprawności ruchowej dziewczynki, odzyskała również wolę walki o swoje zdrowie i nie okazuje już objawów depresji. Pomoc suczki okazała się na tyle ważna w życiu dziecka, że do tej pory chodzą razem do szpitala dziecięcego by wspólnie wspierać innych w walce z chorobami przewlekłymi.

Rozmowy z przewodnikami psów terapeutów pozwalają wysnuć wniosek, że najczęściej pojawiającymi się korzyściami dogoterapii jest poprawa w zakresie funkcjonowania społecznego, rozwój ruchowy, wzrost odwagi, odczuwanie radości z życia codziennego oraz wzrost motywacji do działania. Pani Ania, przewodniczka psa Kapsla jest zdania, że „mali pacjenci lepiej reagują na obecność psa i innych zwierząt niż obecność obcych ludzi, dlatego warto poprzedzić np. rozmowę z psychologiem zabawą z psem”.

Przeprowadzone badania dowodzą, że korzyści z metody dogoterapii jest wiele. Nawet jeśli nieznacznie poprawia ona funkcjonowanie dziecka w jednym zakresie, zawsze w pozytywny sposób wpływa na inny obszar. Wielu autorów wymienia podobne korzyści pojawiające się w terapii z udziałem psa co dowodzi, że ta stosunkowo nowa metoda ma szansę odnieść wielkie sukcesy w rozwoju i rehabilitacji dzieci i młodzieży.

Wnioski

Dogoterapia jako jedna z metod wspomagających proces rozwoju i rehabilitacji zarówno dzieci jak i osób dorosłych jest pojęciem znanym, jednakże stosunkowo niedawno znacznie przyczyniła się do poprawy procesu leczenia. Od lat zwierzęta brały czynny udział w życiu człowieka, a w ostatnim czasie ich oddziaływanie chociażby na samopoczucie stało się podstawą do stworzenia nowatorskiej metody rehabilitacji. Według wielu autorów pies jest swoistym motywatorem do działania. Dzięki przyjemnemu usposobieniu oraz cierpliwości i posłuszeństwu staje się idealnym terapeutą dla osób mających kłopoty w codziennym funkcjonowaniu. Pies przełamuje bariery jako istota żywa, nie oceniająca, nie ponagląca oraz nie wyśmiewająca się z ludzkich niedoskonałości, obdarzająca zaufaniem i bliskością dzięki czemu podopieczni mogą czuć się bezpiecznie zarówno na zajęciach indywidualnych jak i grupowych.

Badania, które zostały przeprowadzone ukazują opinie rodziców i dogoterapeutów na temat tego w jaki sposób dogoterapia wspomaga rozwój oraz rehabilitację dzieci. Analiza wyników badań pozwala na stwierdzenie, że dogoterapia zwana inaczej kynoterapią jest bardzo dobrą alternatywą dla tradycyjnych metod leczenia, jednak nie nadaje się do wykorzystania we wszystkich przypadkach. Pomimo leczniczych działań dogotepii istnieją czasem poważne przeciwwskazania do jej wykorzystania. Do zajęć dogoterapeutycznych nie mogą być skierowani pacjenci posiadający otwarte rany na ciele, alergię na sierść psa, przejawiający paniczny lęk wobec zwierząt, pacjenci agresywni, z ADHD, pacjenci ze schorzeniami psychicznymi. Z tych powodów wybór dogoterapii jako metody wspomagającej rehabilitację powinien być wcześniej potwierdzony odpowiednimi informacjami na temat stanu zdrowia psychicznego pacjenta, poziomu jego agresji oraz występowania innych cech niepożądanych.

Według przewodniczki psa Olafa pani Kingi „nie każdy pies nadaje się do dogoterapii tak samo jak nie każdy pacjent powinien się na taką terapię wybrać. Musimy chronić przede wszystkim dobro dzieci jak i naszych czworonogów, nie możemy dopuścić do sytuacji, żeby osoby przejawiające agresję wobec zwierząt uczestniczyły w naszych zajęciach”. Niektóre rasy psów nie powinny być wykorzystywane w dogoterapii np.: duże i groźne rasy stróżujące (typu owczarek środkowo-azjatycki, owczarek kaukaski oraz jużak); psy z ras pasterskich i stróżujących, których cechą przewodnią jest nieufność do obcych; psy z rasy pinczerów, które cechuje hałaśliwość i zbyt duży temperament (np. doberman, pinczer, ratlerek czy sznaucer); bokser ze względu na zbyt euforyczne okazywanie radości; psy z mo-

losowatych (czyli rottweiler, dogi oraz mastiffy) ze względu na dużą niechęć do podporządkowania się człowiekowi; teriery ze względu na niezależny charakter i upór. Przerwanie procesu dogoterapii następuje również w wyniku nasilenia się epilepsji, ciężkiej choroby psa, cieczeni u suczki lub ciąży.

Badania wykazały, że ta forma terapii jest coraz częściej stosowaną metodą pomocniczą w leczeniu osób zmagających się z niepełnosprawnościami. Pani Emilia mama dziewięcioletniej Sylwii cierpiącej na niedowład kończyn dolnych przekonuje, że „na dogoterapię namówiła mnie koleżanka z pracy. Kiedyś coś o tym czytała, później wzięła udział w takich zajęciach ze swoim mężem, który stracił rękę podczas pracy za granicą i całkowicie się załamał. Przekonała mnie, że to właśnie pies pomógł mi odzyskać radość życia, dlatego odważyłam się i spróbowałam z moją Sylwią”. Pies został także terapeutą dzieci, które zmagają się z trudnościami w czytaniu, depresją po stracie bliskich, załamaniem spowodowanym przemocą w rodzinie, spektrum autyzmem, zespołem Downa oraz autoagresją. Każdemu z tych przypadków postawiono cele jakie należało osiągnąć poprzez proces dogoterapii. Zebrany materiał dowiódł, że zarówno cele edukacyjno-poznawcze oraz cele w zakresie zdrowia psychicznego jak i cele motywacyjne zostały całkowicie lub częściowo osiągnięte w dość krótkim odstępie czasowym. Uściślając można stwierdzić, że w przypadku dzieci z zaburzeniami rozwojowymi dogoterapia wpłynęła pozytywnie na aspekty edukacyjno-poznawcze, natomiast w przypadku Sylwii, która zmagają się z niedowładem kończyn wyraźnie zostały spełnione cele motywacyjne, a następnie cele w zakresie zdrowia psychicznego.

Analiza wyników badań pozwoliła na wysnucie wniosku, że korzyści jakie niesie za sobą proces dogoterapii są inne dla każdego z badanych przypadków co wynika przede wszystkim z przyjętych wcześniej celów oraz z różnorodności problemów z jakimi zmagają się badani. Można jednak zauważyć, że powtarzającymi się korzyściami praktycznie w każdym przebadanym przypadku są: poprawa kontaktów interpersonalnych, wzmocniona wiara we własne możliwości, podniesienie poczucia własnej wartości oraz nabywanie nowych kompetencji społecznych. Obecność czworonoga na zajęciach pozwala dziecku odprężyć się, wyciszyć, obniżyć poziom lęku oraz kształtuje trwałą więź. Badania ukazały, że głównymi korzyściami z zastosowania dogoterapii jest zdecydowana poprawa w różnych sferach: sferze społecznej (kontaktów interpersonalnych), sferze samooceny (rozwinięta śmiałość i odwaga), sferze senso-motorycznej (mówieniu, czytaniu, poruszaniu się, kontrolowaniu emocji), sferze motywacji do działania czy rozwinięcia poczucia odpowiedzialności.

Literatura:

1. Bartkiewicz, W., Zawadka, M. (2008). *Pies terapeuta i przyjaciel rodziny. Rola psa w procesie rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka*. Warszawa: Przyjaciel.
2. Czerwińska, M. (2016). *Ważne wydarzenia*. Pobrane z: <http://www.czeneka.org/index.php?dzial=czeneka>
3. Drwięga, G., Pietruczuk, Z. (2014). *Dogoterapia: prawdy i mity*. Białystok: Prymat.
4. Drwięga, G., Pietruczuk, Z. (2015). Dogoterapia jako forma wspomagania rozwoju dziecka niepełnosprawnego. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 3(16), s. 58-59.
5. Filozof, J. (2004). *Dogoterapia? Co to jest?* Jarosław: Polskie Stowarzyszenie na rzecz osób z upośledzeniem umysłowym.
6. Franczyk, A., Krajewska, K., Skorupa, J. (2012). *Baw się poprzez animaloterapię. Przykłady gotowych sytuacji edukacyjnych z udziałem zwierząt*. Kraków: Impuls.
7. <http://poradniakielce.pl/oferta/terapia/dogoterapia/>
8. http://www.arka.chelm.pl/arka2/str-zabawa_z_psem-85.html
9. <https://dogoterapia.wordpress.com/artykuly/dogoterapia/>
10. Kulisiewicz, B. (2007). *Witaj, piesku! Dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. Kraków: Impuls.
11. Kulisiewicz, B. (2009). *Dogoterapia we wspomaganiu nauki i usprawnianiu techniki czytania*. Kraków: Impuls.
12. Machoś-Nikodem, M. (2006). Rola kynoterapii (dogoterapii) w usprawnianiu komunikacji małego dziecka z deficytami rozwojowymi. W: M. Włodarczyk-Dudka (red.), *Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa. Wybrane zagadnienia* (s. 78-88). Ostróda: Drwęca.
13. Machoś-Nikodem, M. (2017). *Dogoterapia w pracy logopedycznej*. Pobrane z: http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.desklight-0cca0907-ff11-406d-a4d1-99dbb4a3e64d/c/17_Machos-Nikodem_159-172_.pdf
14. Marszałek, M. (2013). *Pies na etacie czyli dogoterapia*. Pobrane z: <http://www.deon.pl/inteligentne-zycie/psychologia-na-co-dzien/art,125,pies-na-etacie-czyli-dogoterapia.html>
15. Nawrocka, J. (2009). Dogoterapia jako metoda wspomagania rehabilitacji dziecka z zaburzeniami rozwoju. W: W. Samborski, E. Gajewska (red.), *Dziecko niepełnosprawne. Narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne* (s. 120-135). Poznań: Wydawnictwo p to q.
16. Otto J. (2010). Dogoterapia w terapii autyzmu. W: E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem* (s. 180-195). Kraków: Impuls.
17. Pawlik- Popielarska B. (2005). *Terapia z udziałem psa*. Gdańsk: Via Medica.
18. Pieczyńska, N., Nawrocka-Rohnka, J., Urban, M. (2012). *Dogoterapia i dogoaktywności – podobieństwa i różnice*, Poznań: Dabart.

RYZIKO ZAWODOWE W PRACY FIZJOTERAPEUTY W OCENIE STUDENTÓW

OCCUPATIONAL HAZARD IN THE PROFESSION OF PHYSIOTHERAPISTS
IN THE ASSESSMENT OF STUDENTSSebastian Nieścioruk^{1(A,B,C,D,E,F,G)}, Elżbieta Rutkowska^{1(A,B,C,D,E,F,G)}¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Nieścioruk, S., Rutkowska, E. (2018). Ryzyko zawodowe w pracy fizjoterapeuty w ocenie studentów. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 73-78.
<https://doi.org/10.29316/rs.2018.27>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Wstęp. Efekty kształcenia na studiach o profilu praktycznym przewidują przygotowanie studentów i absolwentów do wykonywania wszystkich standardowych czynności zawodowych. Równie ważnym elementem tego przygotowania jest świadomość ryzyka i zagrożeń własnego zdrowia osób, które ten zawód wykonują. Stanowi ona podstawę działań profilaktycznych służących ochronie zdrowia określonej grupy profesjonalistów. W kontekście najnowszych normalizacji prawnych zawodu oraz studiów fizjoterapii warto zwrócić uwagę na bezpieczeństwo pracy i ochronę zdrowia przedstawicieli tego zawodu medycznego.

Materiał i metody. W niniejszym doniesieniu zaprezentowano sumaryczny wynik studenckiego projektu semestralnego w zakresie definiowania czynników ryzyka w zawodzie fizjoterapeuty. Studenci magisterskich studiów fizjoterapii (n=22) wykorzystali do tego zadania wzór pierwszej strony Karty Charakterystyk Zagrożeń Zawodowych, rekomendowanej przez właściwą agendę Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Wyniki. Analiza pojedynczych projektów studenckich wskazuje na wysoki poziom świadomości ryzyka zawodowego w takich obszarach jak: niektóre czynniki fizyczne w pracowni fizykoterapii, zagrożenie epidemiologiczne w bezpośrednim kontakcie z pacjentem oraz relacje międzyludzkie w zespołach terapeutycznych.

Wnioski. Praktyczne studia fizjoterapii powinny w większym stopniu przygotowywać studentów do bezpiecznej pracy; wzmocnienia wymaga też przygotowanie do pracy w zespołach terapeutycznych.

Słowa kluczowe: fizjoterapia, ryzyko zawodowe, projekt studencki

Summary

Introduction. Learning outcomes in academic education with prophylactic profile envisage preparation of students and graduates for all standard professional activities. An equally important element of this preparation is the awareness of the risks and threats to the health of people who perform this profession. It is the basis of preventive measures protecting the health of a specific group of professionals. In the context of the latest legal normalization of the profession and course of studies in the field of physiotherapy, it is worth paying attention to the occupational safety and health protection of the representatives of this medical profession.

Material and methods. This report presents the total result of a one-semester-long student project in the area of defining risk factors in the physiotherapists' profession. Students of master's physiotherapy courses (n=22) used the model of the first page of the Occupational Hazard Card for this task, recommended by the relevant United Nations agency.

Results. Analysis of individual student projects indicates a high level of occupational risk awareness in such areas as: some physical factors in the physiotherapeutic surgery, epidemiological threat in direct contact with the patient and interpersonal relationships in therapeutic teams.

Conclusions. Practical physiotherapy studies should prepare students for performing work safely to a greater extent; preparation for work in therapeutic teams should be enhanced as well.

Keywords: physiotherapy, occupational risk, student project

Tabele: 1

Ryciny: 0

Literatura: 22

Otrzymano: lipiec 2017

Zaakceptowano: sierpień 2017

Adres korespondencyjny: Sebastian Nieścioruk, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Hrud 123A, 21-500, Biała Podlaska, e-mail: sebek007c@wp.pl, tel.: 507587857

ORCID: Elżbieta Rutkowska: <https://orcid.org/0000-0002-2172-3609>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Sebastian Nieścioruk, Elżbieta Rutkowska

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wstęp

Po wielu latach społecznych dyskusji zawód fizjoterapeuty został ustawowo uregulowany w Polsce (Ustawa z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty). Ustawa precyzyjnie określiła zasady i prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty, system kształcenia podstawowego i ustawicznego oraz zakres odpowiedzialności zawodowej. Zamknięcie procesu legislacji dotyczącej tego zawodu medycznego dało umocowanie do wszelkich dalszych działań, mocujących sytuację zawodową fizjoterapeutów w Polsce. Do takich działań należy między innymi powołanie samorządu zawodowego w postaci Krajowej Izby Fizjoterapeutów o określonych kompetencjach w zakresie sprawowania opieki i kontroli jakości pracy tej grupy pracowników ochrony zdrowia.

Zakres obowiązków zawodowych i przewidywane stanowiska pracy dla fizjoterapeutów – poza w/w ustawą-precyzują ponadto takie dokumenty jak: Europejska Deklaracja Standardów w Fizjoterapii (Europejska Deklaracja Standardów w Fizjoterapii z dnia 4 czerwca 2003 roku) oraz Krajowy Standard Kwalifikacji Zawodowych (Krajowy Standard Kwalifikacji Zawodowych Fizjoterapeuta (9223903). Wszystkie te dokumenty pozwalają przewidzieć zakres pracy i zadania zawodowe (wymagające kwalifikacji podstawowych i specjalistycznych) oraz umiejętności ogólnozawodowe i ponadzawodowe, określone umiejscowieniem zawodu w sektorach gospodarki: w tym przypadku w szeroko rozumianej ochronie zdrowia. Ich osi są: wiedza i praktyka fizjoterapeutyczna (m.in. w zakresie kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, usprawniania funkcjonalnego, adaptowanej aktywności fizycznej, sportu osób niepełnosprawnych itd.). Zajmowane stanowisko i przypisywany im zasięg kwalifikacji zawodowych oraz przewidywanych dla fizjoterapeuty stanowisk pracy i czynności zawodowych zależy jest od poziomu wykształcenia, stażu pracy, doświadczenia, kompetencji społecznych itd. Według Krajowego Standardu Kwalifikacji zawodowych fizjoterapeuta może wykonywać czynności zawodowe:

- pod kontrolą przełożonego i nie ponosić za nią odpowiedzialności (pierwszy poziom);
- samodzielnie-ale pod nadzorem kierownika -i z odpowiedzialnością karną za błędy (drugi poziom);
- samodzielnie, złożone i nietypowe czynności zawodowe; kierowanie kilkuosobowym zespołem fizjoterapeutów – z odpowiedzialnością za pracę wykonywaną osobiście i przez podległych pracowników (trzeci poziom);
- fizjoterapeuta na tym poziomie kieruje zespołami liczącymi do kilkunastu osób – często podzielonych na podzespoły. Specjalistyczne zadania zawodowe mają charakter złożony (dotyczą nie tylko fizjoterapii, ale także techniki i organizacji pracy). Wymagają osobistej

samodzielności i odpowiedzialności (czwarty poziom);

- praca na tym poziomie (poziom piąty) przewidziana jest do fizjoterapeutów o najwyższych kompetencjach zawodowych, w pełni samodzielnych, kierujących organizacją pracy zespołów, podejmujących strategiczne decyzje, ważne dla całokształtu procesu fizjoterapii. Taka osoba odpowiada także za pracę i rozwój zawodowy podległych pracowników (Krajowy Standard Kwalifikacji Zawodowych Fizjoterapeuta (9223903).

Powyższa analiza czynności i stanowisk pracy na drodze awansu zawodowego fizjoterapeuty pozwala przewidywać ryzyko związane z wykonywaniem każdej z nich. Zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, które obowiązują fizjoterapeutów w placówkach służby zdrowia na podstawie przepisów ogólnych (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 roku) nie wyczerpują jednak wszystkich sytuacji oraz specyficznych obowiązków i zadań tej grupy zawodowej na wszystkich poziomach kwalifikacji zawodowych (Kujawa, Kaczocho, 2014, Marcinkowski, 2003). Szerzej opisywano je w opracowaniach dotyczących technik fizjoterapii (Karczewski, Rączkowski, Ziętkiewicz, 2002) lub analizowano jedynie wybrany czynnik ryzyka, związany ze sposobem wykonywania niektórych procedur (Nowotny-Czupryna, Nowotny, Brzęk, 2003). Wobec niedawnej regulacji prawnej i autonomii zawodu fizjoterapeuty warto byłoby ocenić wszystkie aspekty jego zadań zawodowych i precyzyjnie określić zagrożenia w środowisku pracy, które mogą być powodem urazu lub pogorszenia stanu zdrowia samych fizjoterapeutów. W dalszym etapie należy określić, jakie działania należy podjąć w celu ochrony zdrowia fizjoterapeutów.

Interesującym wzorem do realizacji takiego zadania może być Karta Charakterystyk Zagrożeń Zawodowych. Karty powstały one w ramach międzynarodowego projektu i koordynowanego od 1998 roku przez Międzynarodowe Centrum Informacji o Bezpieczeństwie i Higienie Pracy przy agencji Organizacji Narodów Zjednoczonych (Międzynarodowa Organizacja Pracy- International Labour Organization) wraz z instytucjami podrzędnymi (Łastowiecka-Moras, Bugajska, 2013). Integralnym elementem opracowania takiego dokumentu jest precyzyjna charakterystyka zawodu, wynikająca z jego regulacji prawnych i standardowych czynności (Bugajska, 2003).

Omawiany wyżej projekt zakłada, że Karta Charakterystyk Zagrożeń Zawodowych składa się z czterech stron, na których opisane są:

- str. 1. zdefiniowane zagrożenia zdrowia pracownika podczas wykonywania rutynowych czynności
- str. 2. szczególne i usystematyzowane czynniki ryzyka (czasem też możliwe i skutki)
- str. 3. wskazania środków i działań profilaktycznych

– str.4. wynikające z powyższych – szczególnie istotne zalecenia dla specjalistów i służb bezpieczeństwa pracy (Bugajska, 2000).

Dotychczas opracowano 87 szczegółowych i kompletnych (czterostronicowych) ocen ryzyka dla wybranych zawodów. Są one ogólnie dostępne na stronie internetowej Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego (Międzynarodowe Karty Zagrożeń Zawodowych). Nie opracowano jednak szczegółowej oceny ryzyka zawodowego dla możliwych stanowisk pracy fizjoterapeuty na każdym z poziomów kompetencji.

Celem niniejszego doniesienia jest prezentacja syntetycznego wyniku prac studentów fizjoterapii nad czynnikami ryzyka w ich przyszłym zawodzie, opracowanych według wzoru pierwszej strony Karty Charakterystyk Zagrożeń Zawodowych.

Materiał i metody

Dla opracowania projektu pierwszej strony Karty Charakterystyk Zagrożeń Zawodowych w zawodzie fizjoterapeuty posłużono się metodą analizy źródeł pisanych, pojedynczych kart zagrożeń, opracowanych przez 22 studentów magisterskich studiów fizjoterapii Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej. Karty były opracowane w ramach przedmiotu „Ergonomia pracy” w roku akademickim 2016/17. Identyfikację czynników ryzyka poprzedzono starannymi studiami wyżej wspomnianych dokumentów, charakteryzujących stanowiska pracy, kompetencje oraz umiejętności zawodowe, używany sprzęt i na-

rzędzia wykorzystywane w procedurach fizjoterapeutycznych. Przedyskutowano także obserwacje oraz osobiste doświadczenia studentów, zdobyte w trakcie obowiązkowych praktyk programowych z kinezyterapii, fizykoterapii, masażu oraz fizjoterapii klinicznej w różnych zakładach opieki zdrowotnej.

Określając zagrożenia zawodowe w pracy fizjoterapeuty, studenci zapoznali się także z tymi, które zostały zidentyfikowane w pokrewnych zawodach medycznych, takich jak: lekarz, pielęgniarka, pielęgniarka operacyjna, pielęgniarka środowiskowa, ratownik medyczny, nauczyciel wychowania fizycznego. Dla tych zawodów istnieją kompletne Karty Charakterystyk Zagrożeń Zawodowych (Międzynarodowe Karty Charakterystyki Zagrożeń Zawodowych).

Wyniki

Zgodnie z przyjętym schematem karty zidentyfikowane zagrożenia zawodowe zakwalifikowano do pięciu grup:

- czynniki mogące powodować wypadki,
- czynniki fizyczne,
- czynniki chemiczne i pyły,
- czynniki biologiczne,
- czynniki ergonomiczne, psychospołeczne i związane z organizacją pracy (Łastowiecka-Moras, Bugajska, 2013).

Syntetyczny obraz zagrożeń zawodowych, zidentyfikowanych przez studentów przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Projekt Karty Charakterystyki Zagrożeń Zawodowych – fizjoterapeuta

Czynniki środowiska pracy	Zidentyfikowane przez studentów	Liczba (%) studentów, którzy zidentyfikowali zagrożenia
Czynniki mogące powodować wypadki	- śliska podłoga, niestabilne podłoże - upadki	21 (95%)
	- pacjent – jego ryzykowne zachowania	18 (82%)
	- urazy wynikające z obsługi urządzeń i sprzętu rehabilitacyjnego	11 (77%)
	- prąd elektryczny – ryzyko porażenia podczas obsługi urządzeń elektrycznych	14 (64%)
	- lekceważenie przepisów BHP przez pracownika	14 (64%)
	- duże obciążenia mechaniczne (dźwiganie, pionizacja, przenoszenie) pacjenta	12 (55%)
	- wysokie temperatury – ryzyko oparzeń podczas wykonywania zabiegów termoterapii	10 (46%)
	- ostre przedmioty – np. zużyte ampułki leków, szkło z lamp sollux – ryzyko zranień	7 (32%)
Czynniki fizyczne	- pole magnetyczne	22 (100%)
	- promieniowanie laserowe	21 (95%)
	- prąd elektryczny	20 (91%)
	- promieniowanie UV	12 (55%)
	- promieniowanie IR	11 (50%)
	- promieniowanie RTG	7 (32%)
	- wibracje	3 (14%)

Czynniki środowiska pracy	Zidentyfikowane przez studentów	Liczba (%) studentów, którzy zidentyfikowali zagrożenia
Czynniki chemiczne i pyły	- leki (w fizykoterapii i masażu)	20 (91%)
	- środki antyseptyczne, detergenty	20 (91%)
	- środki wspomagające masaż (np. talk)	20 (90%)
	- lateks (rękawice)	14 (64%)
Czynniki biologiczne	- płyny ustrojowe, wydzieliny, wydaliny pacjenta: w tym bakterie i wirusy (HIV, WZW)	20 (91%)
	- inne mikroorganizmy chorobotwórcze (pomieszczenia, sprzęt, personel -nosiciele)	14 (64%)
Czynniki ergonomiczne, psychospołeczne i związane z organizacją pracy	- relacje międzyludzkie w zespole	21 (95%)
	- presja wywierana przez pracodawcę (w tym mobbing)	20 (91%)
	- presja wywierana przez rodziny pacjentów	20 (91%)
	- agresywne zachowania pacjentów	20 (91%)
	- obciążenie psychiczne pracą z osobami ciężko i nieuleczalnie chorymi	19 (86%)
	- odpowiedzialność karna i zawodowa za błędy w sztuce	18 (82%)
	- przeciążenie mechaniczne narządu ruchu (dźwiganie pacjentów i sprzętu)	12 (55%)
	- wymuszona pozycja ciała na niektórych stanowiskach	10 (46%)
	- wypalenie zawodowe	16 (73%)
- rutyna i powtarzalność wybranych technik terapeutycznych; jednostronne obciążenia narządu ruchu	8 (37%)	

Powyższe informacje pokazują, w jaki sposób studenci fizjoterapii oceniają poziom ryzyka zawodowego i które z okoliczności pracy wskazują najczęściej jako potencjalne zagrożenie własnego zdrowia.

Dyskusja

W związku z unifikacją kształcenia przed- i podyplomowego oraz stanowisk i kompetencji w pracy fizjoterapeuty warto zwrócić również szczególną uwagę na jego bezpieczeństwo pracy. Ustawowo określona autonomia upoważnia do prac nad odrębną Kartą Charakterystyk Zagrożeń Zawodowych.

Opisana powyżej próba identyfikacji i gradacji czynników ryzyka przez studentów studiów II stopnia w zakresie fizjoterapii stanowi zaledwie pierwszy etap prac nad ochroną zdrowia tej grupy zawodowej. Kolejne etapy powinny doprowadzić – zgodnie z założeniem projektu kart – do przewidzenia skutków zdrowotnych ekspozycji na czynniki ryzyka, a finalnie: opracowania wskazówek dla działań zapobiegawczych odpowiednich służb bezpieczeństwa pracy (Szczygielska 2009, Bugajska, 2002). Zadanie to jest istotne, ze względu na powierzchowny i niewystarczający poziom wiedzy o czynnikach ryzyka pracy różnych grup zawodowych, przy czym pracownicy służby zdrowia nie prezentują istotnie większego zasobu wiedzy w tym zakresie! (Kozajda, Zielińska-Jankiewicz, Szadkowska-Stańczyk, 2005). Niezadowalający poziom wiedzy o ryzyku zagrożenia zdrowia oraz dużą nieznaną zasad bezpieczeństwa pracy w zawodzie fizjoterapeuty wykazali także studenci ostatnich lat studiów przygotowujących do tego

zawodu w trzech polskich uczelniach (Popko, 2010).

Prezentowane przez nas wyniki prac studentów nad różnymi grupami czynników stanowiących zagrożenie zdrowia w ich przyszłej pracy (Tab.1) pokazują, że poziom świadomości ryzyka zawodowego jest największy w zakresie czynników fizycznych, na których ekspozycję są narażeni w pracowni fizykoterapii. Przy czym najczęściej wymieniane są: „pole magnetyczne” (100% wskazań) oraz „promieniowanie laserowe” i „prąd elektryczny”. Mniejszym ryzykiem zdrowotnym dla terapeuty – zdaniem wielu studentów – obarczone są światłolecznicze zabiegi fizykalne, co może skutkować lekceważeniem środków ostrożności podczas ich aplikacji pacjentom.

W opinii prawie wszystkich studentów wypełniających swoje karty istotnym wyzwaniem mogą być czynniki psychospołeczne środowiska pracy: konflikty między samymi członkami zespołów rehabilitacyjnych, relacje z przełożonymi (w tym ryzyko mobbingu), presja czasu pracy. Autorzy kart uważają także, że znacznym obciążeniem dla nich są sytuacje, które powstają w relacjach terapeutycznych z pacjentem (możliwość ryzykownych zachowań, presji i agresji pacjenta, ale też konieczność towarzyszenia osobom ciężko i nieuleczalnie chorym). Wielu studentów (82%) ma świadomość ryzyka błędu w sztuce – i związanej z tym odpowiedzialności karnej a prawie 2/3 badanych uważa, że fizjoterapeuta może być obciążony zespołem wypalenia zawodowego. To znany problem przedstawicieli zawodów medycznych, który coraz częściej opisywany jest wśród fizjoterapeutów (Kowalska, 2011, Wrzeńska, Rasmus, Wicherska, Krukowska, 2016).

Analizując wskazania prawie wszystkich studentów (91%) można zauważyć, że respondenci mają świadomość ryzyka wynikającego z użycia środków farmakologicznych wspomagających i ułatwiających masaż, stosowanych do jonto-, i fonoforez w terapiach. Ryzyko na podobnym poziomie może wynikać także powszechnie stosowanych środków dezynfekcyjnych.

We wskazaniach około połowy (46-55%) z grupy autorów kart ważnym czynnikiem ryzyka zawodowego w pracy fizjoterapeuty są przeciążenia mechaniczne narządu ruchu, związane z koniecznością dźwigania pacjentów, wymuszoną pozycją ciała i jednostronnym obciążeniem rutynowymi technikami ruchu podczas kinezyterapii. Wydaje się, że studenci niedostatecznie szacują ryzyko zdrowotne tego aspektu swojej przyszłej pracy w świetle doniesień o powszechnym zjawisku przeciążeń układu mięśniowo-szkieletowego pracowników tej grupy zawodowej (Mikołajewska, 2013, Rozenfeld, Ribak, Danziger, Tsamir, Carmeli, 2010, Grooten, Wernstedt, Campo., 2011). Wysoko skalkulowane jest natomiast ryzyko upadku i urazu podczas czynności zawodowych fizjoterapeutów, co w zestawieniu dość powszechnie wymienianym (64% wskazań) ryzykiem lekceważenia przepisów BHP – może to ryzyko znacząco podnosić.

Podobnie nieoszacowanym ryzykiem (pomijanym w pracach studentów) jest ekspozycja na mikroorganizmy chorobotwórcze nie pochodzące od pacjenta – takie jak: pomieszczenia, sprzęt rehabilitacyjny czy współpracownicy, którzy mogą stanowić wtórne źródło zakażenia. W zaledwie ponad co drugiej (64%) z wypełnionych kart zidentyfikowano ten czynnik ryzyka. Natomiast prawie wszyscy studenci (91%) uznają za ryzykowny kontakt z płynami ustrojowymi pacjenta. W dwu kartach takiego wskazania nie było. Prawdopodobnie ci studenci uznali, że w fizjoterapii nie występują procedury medyczne przebiegające z naruszeniem ciągłości skóry, zatem ryzyko bezpośredniego zakażenia nie występuje.

Przytoczone powyżej analizy prac studentów, pozwoliły pośrednio ocenić ich stan wiedzy o ryzyku zawodowym, ale też określić stopień wrażliwości na różne grupy czynników środowiska pracy. Brak dotychczas opracowanej Karty Charakterystyk Zagrożenia Zawodowego dla fizjoterapeuty i jednocześnie niedawno określona prawnie tożsamość zawodowa uzasadniają dalsze prace także nad strategią ochrony zdrowia tej grupy zawodowej (Świątkowska, 2010). Opisane tu praktyczne ćwiczenie studentów i jego wynik mogą inicjować takie prace.

Wnioski

- Wiedza i umiejętności studentów w zakresie ochrony ich zdrowia w czasie praktyk zawodowych oraz w przyszłej pracy to istotny efekt kształcenia na studiach o profilu praktycznym, wymagające większej uwagi od nauczycieli akademickich i opiekunów praktyk zawodowych.
- Studencki projekt Karty Charakterystyk Zagrożenia Zawodowego może być inspirującym i użytecznym ćwiczeniem, które sprawdza wiedzę i wskazuje nieoszacowane czynniki ryzyka wymagające większej uwagi w kształceniu zawodowym studentów.
- W projektach omawianej grupy studentów magisterskich studiów fizjoterapii wykazano zbyt częste pomijanie we wskazaniach ryzyka zakażeń w środowisku pracy niezwiązanych z bezpośrednim kontaktem z chorym oraz wysoką świadomość ryzyka podczas aplikacji niektórych zabiegów fizykalnych.
- Znacznym ryzykiem zawodowym zdaniem dużej grupy studentów mogą być psychospołeczne czynniki środowiska pracy – co powinno skłaniać do większej humanizacji studiów fizjoterapii.

Literatura:

1. Bugajska, J. (2000). Karty Charakterystyki Zawodów jako źródło informacji dla celów profilaktyki zdrowotnej. *Medycyna Pracy*, 51(6), 551-561.
2. *Europejska Deklaracja Standardów w Fizjoterapii* – wersja ostateczna, przyjęta na Nadzwyczajnym Zgromadzeniu Ogólnym w dn. 4. czerwca 2003 roku w Barcelonie
3. Grooten, W.J., Wernstedt, P., Campo, M. (2011). Work-related musculoskeletal disorders in female Swedish physical therapists with more than 15 years of job experience: Prevalence and associations with work exposures. *Physiother. Theory Pract*, 27(3), 213–222. <https://doi.org/10.3109/09593985.2010.481323>
4. Karczewski, J.T., Rączkowski, B., Ziętkiewicz, K. (2002). Ocena ryzyka zawodowego na stanowisku Technika Fizjoterapii. Gdańsk: Wyd. ODDK.
5. Kowalska, J. (2011). Wypalenie zawodowe wśród polskich fizjoterapeutów/Professional burnout in Polish physiotherapists. *Advances in Rehabilitation*, 25(3), 43-51. <https://doi.org/10.2478/rehab-2013-0014>
6. Kozajda, A., Zielińska-Jankiewicz, K., Szadkowska-Stańczyk, I. (2005). Wiedza wybranych grup zawodowych o rodzajach czynników biologicznych obecnych w środowisku pracy oraz o sposobach ochrony przed ich szkodliwym wpływem. Część II. *Medycyna Pracy*, 57(3), 205-211.
7. *Krajowy Standard Kwalifikacji Zawodowych. Fizjoterapeuta (9223903)*. (2006). Specjaliści. Warszawa: Min. Pracy i Polityki Społ.

8. Kujawa, A., Kaczocho, M. (2014). *BHP w służbie zdrowia. Szkolenia, ryzyko zawodowe, czynniki szkodliwe, wymagania dla pomieszczeń, wypadki i choroby zawodowe*. Warszawa: Wyd. C.H. Beck.
9. Łastowiecka-Moras, E., Bugajska, J. (2013). Karty charakterystyki zagrożeń zawodowych jako użyteczne narzędzie pracy dla służby. *BHP*, 1, 28-30.
10. Marcinkowski, J.T., (2003). *Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa
11. Międzynarodowe Karty Charakterystyki Zagrożeń Zawodowych. Pobrane z: www.ciop.pl
12. Międzynarodowe Karty Charakterystyki Zagrożeń Zawodowych. Pobrane z www.ciop.pl
13. Mikołajewska, E. (2013). Urazy mięśniowo-szkieletowe związane z pracą u fizjoterapeutów. *Medycyna Pracy*, 64(5), 681-687.
14. Nowotny-Czupryna, O., Nowotny, J., Brzęk, A. (2003). Ergonomiczne aspekty pracy fizjoterapeuty. *Fizjoterapia Polska*, 3(4), 287-395.
15. Passier, L., McPhail, S. (2011). Work related musculoskeletal disorders amongst therapists in physically demanding roles: Qualitative analysis of risk factors and strategies for prevention. *BMC Musculoskeletal Disord.*, 12, 24-27. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-24>
16. Popko, B. (2010). *Znajomość zasad bezpieczeństwa pracy w zawodzie fizjoterapeuty studentów ostatnich lat studiów. Praca magisterska*. Zamość: Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji.
17. Rozenfeld, V., Ribak, J., Danziger, J., Tsamir, J., Carmeli, E. (2010). Prevalence, risk factors and preventive strategies in work-related musculoskeletal disorders among Israeli physical therapists. *Physiother. Res. Int.*, 15(3), 176-184. <https://doi.org/10.1002/pri.440>
18. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy*.
19. Szczygielska, A. (2009). Promowanie bezpieczeństwa pracy w przedsiębiorstwach-na przykładzie Forum Liderów Bezpiecznej Pracy. *Bezpieczeństwo Pracy: nauka i praktyka*, 4, 26-29.
20. Świątkowska, B. (2010). Zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej: Co wiemy i co możemy zrobić. *Prob. Hig. Epidemiol*, 91(4), 522-529.
21. *Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty*, Dz.U.2015 poz.1994.
22. Wrzesińska, M., Rasmus, P., Wicherska, K., Krukowska, J. (2016). Wypalenie zawodowe a zmienne demograficzne i psychospołeczne u aktywnych zawodowo fizjoterapeutów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 13(3), 295-301.

WIEDZA PACJENTÓW PRZYCHODNI REJONOWEJ POZ W BIAŁEJ PODLASKIEJ NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA CHOROÓB UKŁADU SERCOWO- -NACZYNIOWEGO A ICH ZACHOWANIA ZDROWOTNE

THE KNOWLEDGE OF PATIENTS IN THE DISTRICT CLINIC IN BIAŁA PODLASKA WITH REGARD TO THE RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES AND THEIR HEALTH BEHAVIOURS

Małgorzata Siedlecka^{1(A,B,C,D,E,F)}, Wioletta Żukiewicz-Sobczak^{1(A,E,F)}

¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Siedlecka, M., Żukiewicz-Sobczak, W. (2018). Wiedza pacjentów przychodni rejonowej POZ w Białej Podlaskiej na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego a ich zachowania zdrowotne. *Rozprawy Społeczne*, 12(3), 79-83. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.29>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane - analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Wstęp. Celem niniejszej pracy była ocena stanu wiedzy pacjentów rejonowej przychodni POZ na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, a także ogólna charakterystyka czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz metody zapobiegania tym schorzeniom.

Materiał i metody. Badaniem objęto pacjentów rejonowej poradni na terenie powiatu bialskiego. Grupę badaną stanowiło 100 osób w tym 47 mężczyzn i 53 kobiety. Zastosowaną metodą badania była metoda sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kart ankiet autorskiego projektu. Uzyskane wyniki badań opracowano statystycznie przy użyciu programów statystycznych.

Wyniki. Najważniejszym czynnikiem ryzyka wśród badanych respondentów był stres, brak aktywności fizycznej oraz niezdrowe i nieregularne odżywianie się, nadwaga, a także otyłość.

Wnioski. Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski: 1. W badanej populacji głównym czynnikiem ryzyka był stres. 2. Badani pacjenci wykazują dużą świadomość zasad zdrowego stylu życia oraz prawidłowego odżywiania.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka, choroby układu sercowo-naczyniowego, świadomość pacjentów

Summary

Introduction. The aim of this study was to assess the state of knowledge among patients in the local health care clinic about cardiovascular disease risk factors, as well as the general characteristics of risk factors for cardiovascular diseases and methods of preventing these diseases.

Material and methods. The study included patients from the local counselling centre in the Biała Podlaska District. The study group consisted of 100 people, including 47 men and 53 women. The applied research method was the method of a diagnostic survey using questionnaire cards designed by the author. The obtained results were statistically analysed using statistical programs.

Results. The most important risk factor reported by the respondents was stress, lack of physical activity as well as unhealthy and irregular nutrition, overweight as well as obesity.

Conclusions. The following conclusions were made on the basis of the conducted research: 1. Stress was the main risk factor in the researched population. 2. Researched patients are highly aware of the principles of healthy lifestyle and appropriate nutrition.

Keywords: risk factors, cardiovascular diseases, patients' awareness

Tabele: 0

Ryciny: 10

Literatura: 9

Otrzymano: lipiec 2017

Zaakceptowano: sierpień 2017

Wstęp

Postęp techniczny, który dokonał się w drugiej połowie dwudziestego wieku w znacznym stopniu przyczynił się do niekorzystnego wpływu na styl życia ludzi. Zaistniały nieprawidłowe wzorce zachowań jak: palenie papierosów, picie alkoholu, złe nawyki żywieniowe, mała aktywność fizyczna, nieumiejętność odpoczynku i relaksu oraz olbrzy-

mi stres. Takie nieodpowiednie postawy przyczyniły się do zaburzeń w stanie zdrowia i stały się skutkiem występowania wielu chorób m.in.: układu krążenia (Juszczak, 2010). Od wielu lat najczęstszą przyczyną śmiertelności w Polsce są choroby układu krążenia, które w 2002 roku według Głównego Urzędu Statystycznego obejmowały 47% wszystkich zgonów (Ślusarska, Zarzycka, 2004).

Adres korespondencyjny: Małgorzata Siedlecka, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych, ul. Sidorska 95/97, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: goscia19720610@o2.pl, tel.: 83 344 99 00
ORCID: Wioletta Żukiewicz-Sobczak: <https://orcid.org/0000-0002-0142-5102>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Małgorzata Siedlecka, Wioletta Żukiewicz-Sobczak

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Choroby układu krążenia stanowią grupę schorzeń o olbrzymim znaczeniu społecznym i medycznym ze względu na występowanie, a także ich następstwa. Do najistotniejszych należą:

- choroba niedokrwienna serca (w Polsce występuje ok. 1500000 osób),
- nadciśnienie tętnicze (w naszym kraju stwierdza się u ok. 8500000 osób),
- wady serca,
- zwyrodnieniowe i zapalne choroby serca,
- niewydolność krążenia,
- miażdżyca tętnic,
- zaburzenia rytmu serca (Wojnarowska, 2008).

Rezultatem chorób układu krążenia są ogólne upośledzenia sprawności organizmu, jak również obniżenie jakości życia, co stanowi główną przyczynę późniejszej absencji chorobowej oraz inwalidztwo (Daniluk, Jurkowska, 2005). Zminimalizowanie powikłań tych chorób jest niemożliwe tylko przez rozwój metod ich leczenia, ale przede wszystkim dzięki wdrażanym programom prewencyjnym, zmniejszającym zapadalność na tego rodzaju schorzenia (Mandecki, 2005).

Zdrowie każdego z nas zależy od wielu czynników, możemy je przedstawić w czterech zasadniczych grupach: styl życia (50-60%), środowisko fizyczne oraz życie społeczne i praca (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%), opieka zdrowotna (10-15%) (Kasprzak, Plewka, 2011).

Czynniki chorób sercowo-naczyniowych można podzielić na:

- czynniki ryzyka niepodlegające modyfikacji, do których zaliczamy: wiek, płeć męską, kobiety czas po menopauzie, obciążenia rodzinne,
- czynniki ryzyka podlegające modyfikacji: styl życia (Kaszuba, Nowicka, 2011).

Na przestrzeni lat stworzono dużo skutecznych programów profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Możemy wyróżnić dwa podejścia do prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego: strategia ogólnopopulacyjna – która skupia się na całej populacji osób chorych jak i zdrowych oraz strategia wysokiego ryzyka – która koncentruje się na ciągłym wyszukiwaniu ludzi zagrożonych chorobami krążenia i objęciem tej grupy pacjentów zwiększoną opieką medyczną (Braunwald, Goldman, 2005).

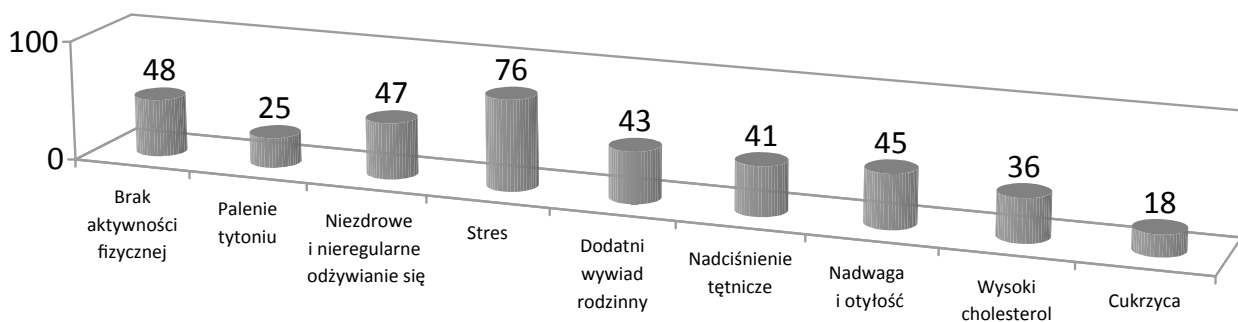
Materiał i metody

Celem niniejszej pracy była ocena stanu wiedzy pacjentów rejonowej przychodni POZ na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Badaniem objęto populację pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej poradni w Białej Podlaskiej. Osoby biorące udział w badaniu były stałymi pacjentami poradni i wcześniej zostały poinformowane o badaniu, a także zgodziły się na udział w projekcie. Grupę badaną stanowiło 100 osób powiatu bialskiego: w tym 53 kobiety oraz 47 mężczyzn. 47% respondentów było w wieku od 50 do 60 lat, 29% w wieku od 40 do 50 lat zaś 24% ankietowanych było w wieku 30-40 lat. Zastosowaną metodą była metoda sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem karty ankiet autorskiego projektu. W celu przeprowadzenia badania wykorzystano ankietę opracowaną dla tego projektu.

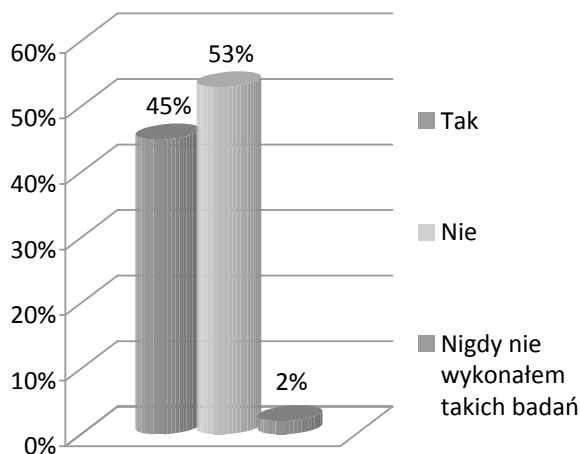
Wyniki

Na podstawie przedstawionego wykresu zauważono, że najważniejszym czynnikiem ryzyka wśród respondentów jest stres - dotyczy 76 osób, brak aktywności fizycznej oraz niezdrowe i nieregularne odżywianie się - to problem dotyczący niemal takiej samej liczby ankietowanych, czyli 48 i 47 osób, nadwaga i otyłość oraz dodatni wywiad rodzinny stwierdzono u - 45 i 41 pacjentów. Najmniejszymi czynnikami ryzyka u badanej grupy było palenie tytoniu - 25 osób oraz cukrzyca - 18 osób (Rycina 1.).

Narażenie na czynniki podlegające modyfikacji, które zostały ujęte w badaniu to: poziom cholesterolu we krwi, stężenie glukozy we krwi, poziom ciśnienia tętniczego, palenie papierosów, sposoby spędzania czasu wolnego oraz czas przeznaczony w tygodniu na aktywność fizyczną, narażenie na stres i umiejętność radzenia sobie z nim, prowadzenie zdrowego trybu życia, a także znajomość zasad prawidłowego odżywiania. Wyniki przedstawiają się następująco: 53% respondentów nie ma podwyższonego poziomu cholesterolu, u 45 % wartość jest podwyższona zaś 2% ankietowanych nigdy nie wykonywała takiego badania (Rycina 2.).

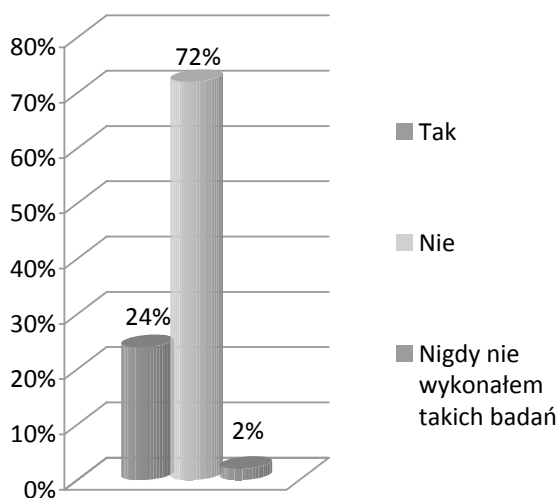


Rycina 1. Czynniki ryzyka, na które są narażeni ankietowani w ich opinii



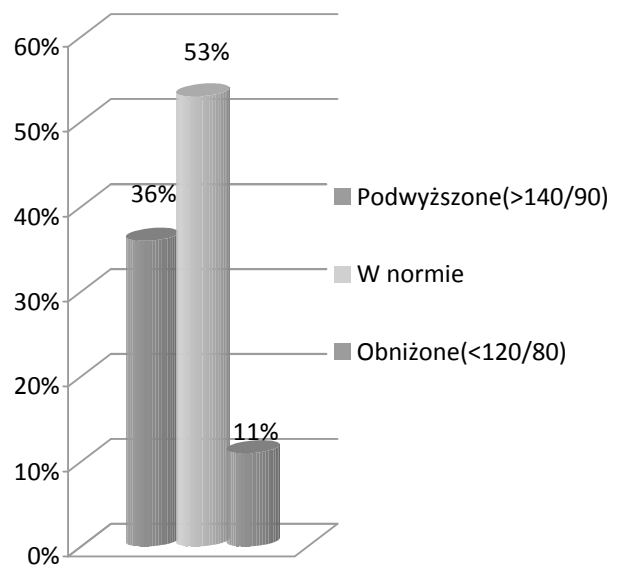
Rycina 2. Czy stwierdzono u Pana/ Pani podwyższony poziom cholesterolu we krwi?

Podwyższone stężenie glukozy we krwi zauważono u 24% respondentów, 72% osób nie ma takiego problemu, zaś 2% osób nigdy nie wykonywało kontroli stężenia cukru we krwi (Rycina 3).



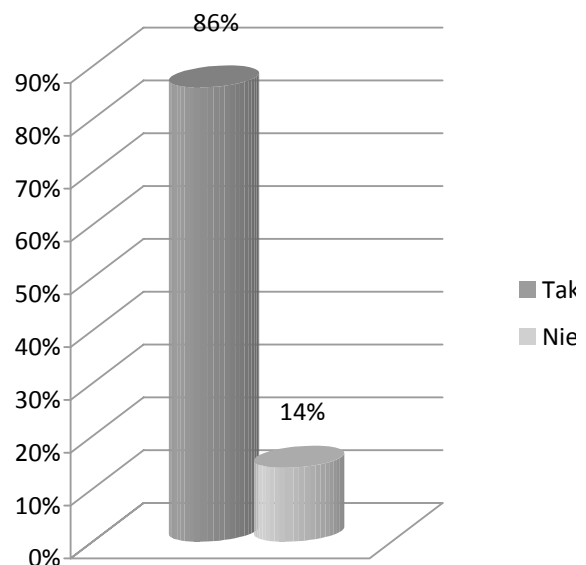
Rycina 3. Czy stwierdzono u Pana/Pani podwyższone stężenie glukozy we krwi?

53% ankietowanych posiada wartość ciśnienia tętniczego w normie, 36% respondentów ma podwyższony poziom ciśnienia, a u 11% osób wartość ta jest obniżona (Rycina 4).



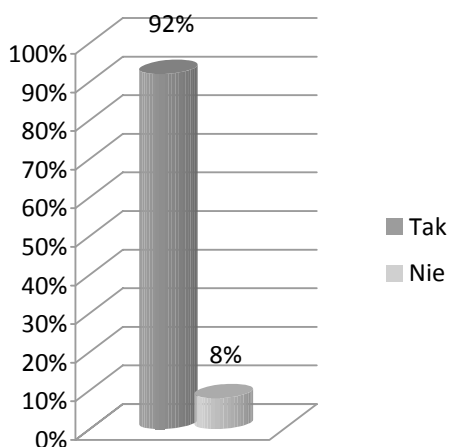
Rycina 4. Jaka jest wartość Pana/Pani ciśnienia tętniczego?

Badanie ukazuje, iż 86% ankietowanych pacjentów posiada wiedzę na temat zdrowego stylu życia zaś 14% nie zna zasad prowadzenia zdrowego trybu życia (Rycina 5).



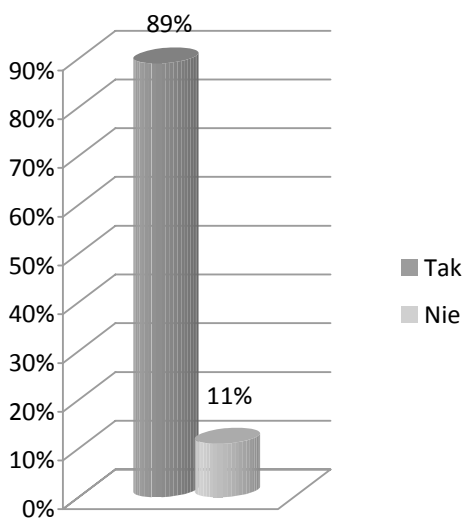
Rycina 5. Czy zna Pan/ Pani zasady zdrowego stylu życia?

92% ankietowanych jest świadomych stosowania reguł prawidłowego żywienia, a jedynie 8% nie posiada informacji w tej dziedzinie (Rycina 6).



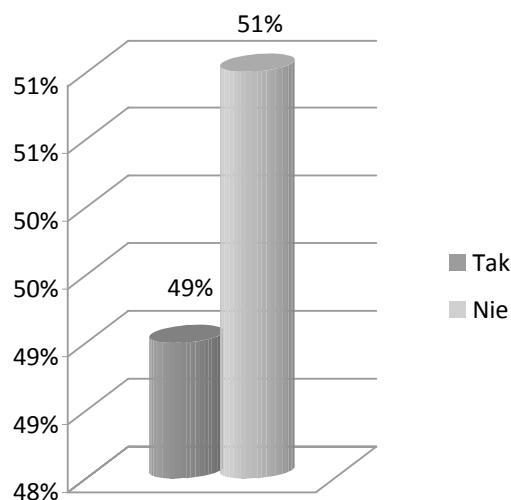
Rycina 6. Czy zna Pan/Pani zasady prawidłowego odżywiania się?

Stwierdzono, że 89% pacjentów deklaruje narażenie na stres w swoim środowisku bytowania, a tylko 11% ankietowanych twierdzi, iż jest wolnych od tego czynnika (Rycina 7).



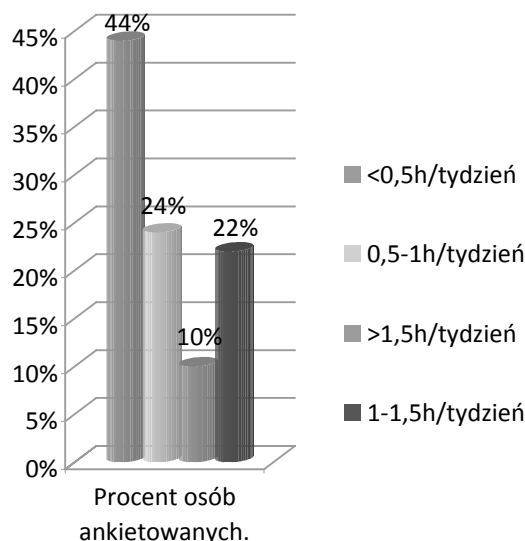
Rycina 7. Czy jest Pan/Pani narażona na stres?

Prezentowane dane ukazują skalę problemu, ponieważ 51% pacjentów jest w stanie zapanować nad czynnikami stresującymi występującymi w ich środowiskach bytowania, a 49% osób badanych nie potrafi radzić sobie ze stresem (Rycina 8).



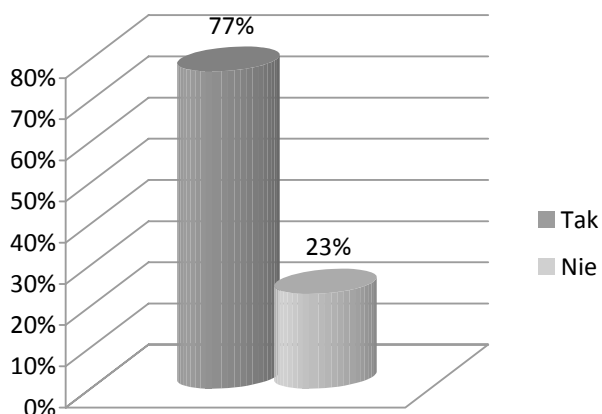
Rycina 8. Czy potrafi Pan/Pani radzić sobie ze stresem?

Z przedstawionych danych stwierdzono, że 44% respondentów poświęca jedynie 0,5 h w tygodniu na aktywność fizyczną, 24% badanych wykazuje jakąś aktywność od 0,5 do 1 h w tygodniu, zaś 22% respondentów ćwiczy od 1 do 1,5 h w ciągu tygodnia, a tylko 10% pacjentów jest aktywnych fizycznie powyżej 1,5 h w tygodniu (Rycina 9).



Rycina 9. Ile czasu w trakcie tygodnia poświęca Pan/Pani na aktywność fizyczną?

Narażenie na czynnik niepodlegający modyfikacji, jakim jest obciążenie rodzinne prezentuje się następująco: 77% osób ankietowanych deklaruje iż członkowie najbliższej rodziny są dotknięci chorobami układu sercowo-naczyniowego, a tylko 23% respondentów zaprzecza występowania takich chorób u osób z najbliższej rodziny (Rycina 10).



Rycina 10. Czy w Pana/ Pani najbliższej rodzinie występowały choroby układu sercowo- naczyniowego?

Wnioski

W badanej populacji głównym czynnikiem ryzyka okazał się stres oraz obciążenie rodzinne. Przeważająca liczba ankietowanych osób nie umie radzić sobie z permanentnym stresem. Poważnym problemem wśród badanych pacjentów jest niska aktywność fizyczna. Bardzo pozytywnym wynikiem uzyskanych badań jest wysoka świadomość respondentów odnośnie znajomości zasad zdrowego stylu życia oraz racjonalnego odżywiania. Wyniki badania wskazują, że respondenci posiadają prawidłowe wartości glukozy i ciśnienia tętniczego.

Literatura:

1. Braunwald, E., Goldman, L. (2005). *Kardiologia*. Warszawa: Wydawnictwo „Elsevier Urban & Partner”.
2. Daniluk, J., Jurkowska, G. (2005). *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
3. Juszczak, M. (2010). *Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej*. Kielce: Wydawnictwo „WSEPiNM”.
4. Kasprzak, J., Plewka, M. (2011). *Kardiologia – co nowego?* Wrocław: Wydawnictwo „Cornetis” Sp. z o.o.
5. Kaszuba, D., Nowicka, A. (2011). *Pielęgniarstwo kardiologiczne podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
6. Kokot, F. (2001). *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
7. Mandecki, T. (2005). *Kardiologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
8. Ślusarska, B., Zarzycka, D. (2004). *Podstawy pielęgniarstwa tom I. Założenia teoretyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
9. Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

WYKAZ AUTORÓW

- Chrost Sławomir** dr hab. prof. UJK, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, <https://orcid.org/0000-0001-6787-5379>
- Dąbska Olga** mgr, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy
- Humeniuk Ewa** dr hab. n. o zdr., Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy
- Jakubowska Monika** dr, Uniwersytet Warszawski, <https://orcid.org/0000-0003-3450-172X>
- Kopyś Renata** mgr, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiczny i Artystyczny, <https://orcid.org/0000-0002-8566-4468>
- Krupa Aleksandra** mgr, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy
- Ławnik Anna** dr, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Pielęgniarstwa
- Marcinowicz Ludmiła** dr hab. n. zdr., Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- Nieścioruk Sebastian** lic., Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej (absolwent)
- Popławska Marta** mgr, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Neofilologii
- Rutkowska Elżbieta** prof. nadzw. dr hab., Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, <https://orcid.org/0000-0002-2172-3609>
- Siedlecka Małgorzata** mgr, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
- Szepeluk Adam** mgr, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Centrum Badań nad Innowacjami, <https://orcid.org/0000-0003-0406-3423>
- Tarasiuk Karolina** mgr, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej (absolwent), <https://orcid.org/0000-0002-5926-5121>
- Weiner Marcin** prof. nadzw. dr hab., Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, <https://orcid.org/0000-0001-9288-0823>
- Wojtkowiak Monika** dr, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, <https://orcid.org/0000-0001-7611-8302>
- Żukiewicz-Sobczak Wioletta** prof. nadzw. dr hab., Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, <https://orcid.org/0000-0002-0142-5102>

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW/ REGULAMIN PUBLIKOWANIA

W czasopiśmie „Rozprawy Społeczne” zamieszczane są następujące rodzaje prac:

- rozprawy i artykuły,
- praktyka, badania, wdrożenia i zdrowie społeczne,
- sprawozdania z konferencji naukowych,
- recenzje,
- varia (informacje o konferencjach, streszczenia prac doktorskich i habilitacyjnych, notki biograficzne),
- listy do Redakcji zawierające opinie lub komentarz na temat opublikowanych wcześniej prac,
- reklamy, które mogą być umieszczone na oddzielnych stronach czasopisma; ceny reklam będą negocjowane indywidualnie.

Artykuły publikowane są w języku polskim (tytuł, streszczenie i słowa kluczowe dodatkowo w j. angielskim), bądź w j. angielskim (tytuł, streszczenie i słowa kluczowe dodatkowo w j. polskim). Autorzy prac w j. polskim mogą dostarczyć tytuł, streszczenie i słowa kluczowe w j. angielskim, tłumaczenie może również zlecić redakcja; autorzy nie ponoszą kosztów tłumaczenia.

W czasopiśmie publikowane są wyłącznie prace uprzednio niepublikowane.

Składanie prac i wymagania techniczne

Artykuł należy przesłać do redakcji „Rozpraw Społecznych” drogą mailową na adres p.rynkiewicz@pswbp.pl.

Przed rozpoczęciem procesu przygotowania pracy do publikacji autor/ autorzy przesłanych artykułów zobowiązani są do wniesienia bezzwrotnej opłaty w wysokości 150 zł. Przed wniesieniem opłaty należy skontaktować się z Redakcją w celu ustalenia właściwej formy wpłaty i szczegółów dotyczących faktury. Autor zobowiązany jest do przelania podanej kwoty na konto Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej: Bank Zachodni WBK S.A., płatność z Polski: 11 1500 1331 1213 3004 3528 0000; płatność z innych krajów: 11 1500 1331 1213 3004 3528 0000, SWIFT: WBKP-PLPP. Obowiązkiem Autora jest również dostarczenie do Redakcji potwierdzenia dokonania wpłaty (np. w formie elektronicznej na adres mailowy).

Wymagania techniczne:

- edytor: Microsoft Word,
- czcionka: 12 punktów Times New Roman,
- margines: lewa strona 2 cm, prawa strona 3 cm,
- wyrównanie: justowanie,
- interlinia: 1,5 wiersza.

Wskazówki edytorskie:

- klawisz ENTER używa się tylko na końcu akapitu (wszystkie tytuły, punkty będące wyliczeniem itp. traktuje się jako odrębne akapity),
- wcięcie akapitowe zaznacza się tylko za pomocą tabulatora lub innych narzędzi użytego edytora. Nie używać w tym celu spacji. Spacje należy stawiać tylko dla oddzielenia wyrazów, po kropce, przecinku, wykrzykniku, dwukropku, średniku itp.,

- nie używać spacji za nawiasem otwierającym i przed nawiasem zamykającym, a także przed i za odnośnikiem cyfrowym (nigdy przed tymi znakami),
- nie wstawiać tzw. twardej spacji, np. w celu przeniesienia spójników „i”, „a” do następnej linii.

Deklaracje autorskie

Do składanych prac należy dołączać deklarację autorów (podpisują wszyscy autorzy), a także deklarację etyki, którą wypełnia i podpisuje autor korespondencyjny. Formularze deklaracji dostępne są on-line na stronie <http://www.pswbp.pl/index.php/pl/rozprawy-spoleczne>.

Układ pracy

Teksty nadsyłanych artykułów nie powinny przekraczać jednego arkusza wydawniczego (40 000 znaków ze spacjami, wliczając tytuł, streszczenie, słowa kluczowe i spis literatury).

str. 1. Strona tytułowa

Na stronie tytułowej należy podać: tytuł pracy; nazwiska autorów z afiliacją; imię, nazwisko, adres, numer telefonu (ew. faksu) oraz adres e-mail autora do korespondencji, identyfikatory ORCID wszystkich autorów.

str. 2. Streszczenie

Streszczenie (maks. 150 słów) powinno składać się z następujących części (w przypadku artykułów badawczych): cel pracy, materiał i metody badawcze, wyniki oraz wnioski. Pod tekstem streszczenia należy umieścić 3-6 słów kluczowych. Wyrazy „słowa kluczowe” i „streszczenie” powinny być pogrubione.

str. 3. i następne: tekst główny

Tekst główny prac badawczych powinien składać się z następujących części: wstęp, materiał i metody, wyniki badań, dyskusja, wnioski, podziękowania i wyrazy uznania (jeżeli potrzebne, w tej części pracy powinny być ujawnione np. źródła finansowania [granty, projekty itp.], osoby, które nie są autorami pracy, ale miały wpływ na jej kształt), przypisy (jeżeli występują), literatura. W publikacjach innego typu należy zachować logiczną ciągłość tekstu, a tytuły poszczególnych części powinny odzwierciedlać omawiane w nich zagadnienia.

Cytowanie

Cytowanie i spis literatury w czasopiśmie „Rozprawy Społeczne” powinno być zgodne z regułami APA, dostosowanymi do polskich norm językowych (źródło: Harasimczuk, J., Ciecuch, J. (2012). *Podstawowe standardy edytorskie naukowych tekstów psychologicznych w języku polskim na podstawie reguł APA*. Pobrane z: <http://www.athenaeum.umk.pl/pliki/APA.pdf>.)

- gdy praca ma jednego autora (Kowalski, 2011)
- gdy praca ma dwóch autorów – za każdym razem podajemy obydwa nazwiska (Kowalski, Igrękowski, 2011)
- gdy praca ma trzech autorów: pierwsze cytowanie w tekście (Kowalski, Igrękowski, Iksiński, 2011), kolejne cytowanie w tekście (Kowalski i in., 2011); analogicznie postępujemy, gdy praca ma czterech i pięciu autorów – przy pierwszym cytowaniu po-

- dajemy wszystkie nazwiska, przy kolejnym – nazwisko pierwszego autora i „i in.”.
- gdy praca ma sześcioro lub więcej autorów każde cytowanie powinno brzmieć (Iksiński i in., 2011)
 - w przypadku dosłownego cytowania pracy, po dacie i po przecinku należy podać numery stron, np. (Kowalski, 2011, s. 12)
 - jeżeli odwołujemy się do prac różnych autorów, którzy mają takie same nazwiska, należy wpisać inicjały imion tych autorów, np. (Kowalski Z., 2011)
 - jeżeli kilka prac tego samego autora zostało opublikowanych w tym samym roku, należy wstawić litery a, b, c itd. po roku publikacji, zarówno w cytowaniu, jak i w spisie literatury, np. (Kowalski, 2014a).

Literatura

Wykaz literatury, umieszczony na końcu rozprawy, powinien być uporządkowany alfabetycznie i ponumerowany. Poszczególne pozycje literatury należy zapisywać według wzoru:

Artykuł w czasopiśmie:

Iksiński, A., Kowalski, B. (rok). Tytuł artykułu. *Tytuł czasopisma kursywą, nr rocznika/tomu kursywą* (nr zeszytu/numeru), strona początku-strona końca.

Uwaga. jeśli artykuł ma numer DOI (Digital Object Identifier), należy podać go na końcu zapisu bibliograficznego jako pełny link, np.

<https://doi.org/10.5114/hpc.2017.70524>

Książka:

Iksiński, A., Kowalski, B. (rok). *Tytuł książki kursywą*. Miejsce wydania: Wydawnictwo.

Książka napisana pod redakcją:

Iksiński, A., Kowalski, B. (red.). (rok). *Tytuł książki kursywą*. Miejsce wydania: Wydawnictwo.

Rozdział:

Kowalski, A. (rok). Tytuł rozdziału. W: B. Iksiński, C. Igrękowski (red.), *Tytuł książki kursywą* (s. strona początku-strona końca). Miejsce wydania: Wydawnictwo.

Źródło internetowe:

Kowalski, A. (rok). *Tytuł tekstu kursywą*. Pobrane z: adres strony internetowej.

Tabele i rysunki

- tabele i rysunki powinny być numerowane i opisane; przykład: Tabela 1. Porównanie nawyków żywieniowych studentów; Rycina 1. Udział w dodatkowych formach kształcenia. Po tytule tabeli lub rysunku nie stawia się kropki;
- tytuł tabeli umieszcza się nad tabelą, tytuł rysunku – pod rysunkiem;
- pod tabelami/rycinami należy podać źródło, przykład: Źródło: opracowanie własne; Źródło: dane GUS; Źródło: Król 2014. Na końcu źródła zawsze powinna być kropka;
- ryciny powinny być wyraźne i czytelne, rozróżnianie danych – nie za pomocą kolorów, ale różnych odcieni szarości.

Ocena pracy (zasady recenzowania publikacji)

Artykuły zgłoszone do redakcji zostają poddane wstępnej weryfikacji pod względem formalnym. Niespełnienie wymogów formalnych może skutkować niedopuszczeniem artykułu do recenzji naukowej i jego wycofaniem. Aby ułatwić pracę autorom i zapobiec najczęściej spotykanym błędom i uchybieniom, na stronie internetowej czasopisma dostępna jest tzw. lista kontrolna, dzięki której autorzy mogą upewnić się, czy artykuł został należycie przygotowany przed wysłaniem do redakcji.

Złożone i wstępnie zweryfikowane artykuły podlegają anonimowej recenzji przez co najmniej dwóch niezależnych recenzentów spoza jednostki. W innych rozwiązaniach recenzent musi podpisać deklarację o nie występowaniu konfliktu interesów; za konflikt interesów uznaje się zachodzące między recenzentem a autorem:

- a) bezpośrednie relacje osobiste (pokrewieństwo, związki prawne, konflikt),
- b) relacje podległości zawodowej,
- c) bezpośrednia współpraca naukowa w ciągu ostatnich dwóch lat poprzedzających przygotowanie recenzji.

Autor może podać nazwisko potencjalnego recenzenta, lecz Redakcja zastrzega sobie prawo o decyzji o jego wyborze. W celu przeprowadzenia anonimowej recenzji, do składanych artykułów należy dołączyć tzw. ślepą stronę, zawierającą wyłącznie tytuł pracy. Recenzja posiada formę pisemną (formularz recenzencki podany jest na stronie internetowej czasopisma) i kończy się jednoznaczny wnioskiem co do dopuszczenia artykułu do publikacji lub jego odrzucenia.

W zależności od oceny recenzenta, Redakcja podejmuje decyzję o dalszym losie pracy. Decyzja Redakcji jest ostateczna.

Nazwiska recenzentów poszczególnych publikacji/numerów nie są ujawniane; raz w roku czasopismo podaje do publicznej wiadomości listę recenzentów współpracujących.

Korekta autorska

Po opracowaniu redakcyjnym i graficznym praca zostanie przekazana do autora w celu naniesienia przez niego korekty autorskiej. Obowiązkiem autora jest odesłanie korekty w ciągu jednego tygodnia. Kosztami poprawek innych niż drukarskie będzie obciążony autor.

Wyjaśnienie dotyczące „ghostwriting”

Rzetelność w nauce stanowi jeden z jej jakościowych fundamentów. Czytelnicy powinni mieć pewność, iż autorzy publikacji w sposób przejrzysty, rzetelny i uczciwy prezentują rezultaty swojej pracy, niezależnie od tego, czy są jej bezpośrednimi autorami, czy też korzystali z pomocy wyspecjalizowanego podmiotu (osoby fizycznej lub prawnej).

Dowodem etycznej postawy pracownika naukowego oraz najwyższych standardów redakcyjnych powinna być jawność informacji o podmiotach przyczyniających się do powstania publikacji (wkład merytoryczny, rzeczowy, finansowy etc.), co jest przejawem nie tylko dobrych obyczajów, ale także społecznej odpowiedzialności.

Przykładami przeciwstawnymi są „ghostwriting” i „guest authorship”.

Z „ghostwriting” mamy do czynienia wówczas, gdy ktoś wniósł istotny wkład w powstanie publikacji, bez ujawnienia swojego udziału jako jeden z autorów lub bez wymienienia jego roli w podziękowaniach zamieszczonych w publikacji.

Z „guest authorship” („honorary authorship”) mamy do czynienia wówczas, gdy udział autora jest znikomy lub w ogóle nie miał miejsca, a pomimo to jest autorem/współautorem publikacji.

Aby przeciwdziałać przypadkom „ghostwriting”, „guest authorship” redakcja czasopisma stara się wprowadzać odpowiednie procedury swoiste dla reprezentowanej dziedziny bądź dyscypliny nauki lub wdrożyć poniższe rozwiązania:

1. Redakcja wymaga od autorów publikacji ujawnienia wkładu poszczególnych autorów w powstanie publikacji (z podaniem ich afiliacji oraz kontrybucji, tj. informacji kto jest autorem koncepcji, założeń, metod, protokołu itp. wykorzystywanych przy przygotowaniu publikacji), przy czym główną odpowiedzialność ponosi autor zgłaszający manuskrypt.
2. Redakcja informuje w „Instrukcjach dla autorów”, że „ghostwriting”, „guest authorship” są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucje zatrud-

niające autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).

3. Redakcja powinna uzyskać informację o źródłach finansowania publikacji, wkładzie instytucji naukowo-badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów („financial disclosure”).
4. Redakcja wprowadza zasadę dokumentowania wszelkich przejawów nierzetelności naukowej, zwłaszcza łamania i naruszania zasad etyki obowiązujących w nauce.

Prawa redakcji

Redakcja zastrzega sobie prawo poprawiania usterek stylistycznych, interpunkcyjnych, językowych itp. oraz dokonywania skrótów. Prace przygotowane niezgodnie z regulaminem będą odsyłane autorom do poprawy.

Adres Redakcji:

PSW im. Papieża Jana Pawła II
w Białej Podlaskiej
ul. Sidorska 95/97, pok. 334
21-500 Biała Podlaska
Tel. (83) 344 99 00, wew. 271
Kontakt: Paulina Rynkiewicz, Agnieszka Filipiuk
e-mail: a.filipiuk@pswbp.pl
p.rynkiewicz@pswbp.pl

GUIDELINES FOR AUTHORS / PUBLISHING RULES AND REGULATIONS

The *Social Dissertations* journal publishes the following types of works:

- dissertations and articles,
- practice, research, implementations and social health,
- reports from scientific conferences,
- reviews,
- varia (information on conferences, abstracts of Ph.D. and habilitation theses, biographical notes),
- letters to the Editor with opinions on or comments to the earlier published works,
- advertisements, which may be published on separate pages of the journal; pricing will be negotiated individually.

Social Dissertations publishes articles in Polish (additionally, the title, summary and keywords in English), or in English (additionally, the title, summary and keywords in Polish). The authors of contributions written in Polish should provide the title, summary and keywords in English, the translation could be also commissioned by the Editor's Office, the authors are not charged for this translation.

Social Dissertations publishes only the works that have not been published elsewhere.

Submitting papers and editorial requirements

Authors should send their articles via e-mail at: p.rynkiewicz@pswbp.pl.

Editorial requirements:

- Word-processing software: Microsoft Word,
- Font: Times New Roman, size 12,
- Margins: left 2cm, right 3cm,
- Alignment: justification,
- Spacing: 1.5,

Editorial tips:

- the ENTER key must not be used elsewhere than at the end of a paragraph (all titles, listings, etc. are to be considered separate paragraphs).
- indentation at the beginning of each paragraph must be made by using the tab key only, or another similar tool used in the word processor. One must not use the space key to this end. Spaces must be used only to separate words, after full stops, commas, exclamation marks, colons, semicolons, etc.
- please do not use spaces after opening brackets and before closing brackets, neither before or after numeric references (never before such marks).
- please do not use hard spaces.

Authors' declarations

The submitted works must be accompanied by author's declaration (signed by all authors), as well as declaration of ethics, which should be filled and signed by the corresponding author. Declaration forms are

available on-line at <http://www.pswbpb.pl/index.php/pl/rozprawy-spoleczne>.

Length and layout

The length of any submitted paper should not exceed one publisher's sheet (the Polish unit of text length = 40,000 characters with spaces).

Page 1. Title page

The title page should include: the title; authors' names along with their affiliation; name, surname, address, telephone (or fax) number; and e-mail address of the author for communication, ORCID identifiers of all authors.

Page 2. Summary

The summary (max. 150 words) should comprise the following parts (in case of original articles): objective of the work, materials and methods, results and conclusions. Below the summary, one should provide 3-6 key words. The phrases "key words:" and "summary:" should be in bold.

Page 3 and subsequent pages: Main body

The main body of a research paper should comprise the following parts: introduction, material and methods, results, conclusions, discussion, acknowledgements (if necessary, in this part all financial sources [grants, projects], people, who are not authors of the work, contributed to the shape of the article, should be disclosed), notes (if applicable), bibliography. Other types of papers should be coherent and the titles of individual sections should reflect the discussed issues.

Citation

Quoting and list of literature in the *Social Dissertations* should follow the APA style, adapted to the Polish language norms (source: Smith, J., Robinson, J. (2012). *Basic editorial standards of scientific psychological texts in Polish on the basis of APA format*. Downloaded from: <http://www.athenaeum.umk.pl/pliki/APA.pdf>.)

- when the work has one author (Kowalski, 2011)
- when the work has two authors - each time both names should be provided (Kowalski, Martens, 2011)
- when the work has three authors: the first citation in the text (Kowalski, Martens, Rossato, 2011), another citation in the text (Kowalski et al., 2011); the same rule applies when the work has four and five authors - the first quotation provides all names, the next - the name of the first author and "and others."
- when the work has six or more authors, each citation should be (Iksiński et al., 2011),
- in the case of literal quoting of a work, after the date of the work's publishing and please provide the page number(s) after a comma, e.g. (Kowalski, 2011, p. 12),
- if case the works by different authors with the same surnames, please enter the initials of the names of these authors, e.g. (Kowalski Z., 2011),
- if several works by the same author were published in the same year, the letters a, b, c, etc. should be inserted after the year of publication, both in the citation and in the list of literature, e.g. (Kowalski, 2014a).

References

The references list should be put at the end of a paper. The references should be numbered and arranged alphabetically. Individual items on the list should be recorded according to the following pattern:

An article in the journal:

Monday, A., Bassnett, B. (year). Title of the article. *Title of the journal in italics*, number of year / volume in italics (number of issue / number), page of the beginning-page of the end.

Warning. if the article has a DOI (Digital Object Identifier) number, please enter it at the end of the bibliographic record as a full link, e.g.

<https://doi.org/10.5114/hpc.2017.70524>

Book:

Iksiński, A., Kowalski, B. (year). *The title of the book in italics*. Place of publication: Publishing house.

Edited book:

Morson, A., Oneil, B. (eds.). (year). *The title of the book in italics*. Place of publication: Publishing house.

Chapter in an edited book:

Martins, A. (year). Title of the chapter. In: B. Smith, C. Andresoni (eds.), *Title of the book in italics* (p. Side of the beginning-end page). Place of publication: Publishing house.

Internet source:

Smith, A. (year). *The title of the text in italics*. Downloaded from: website address.

Tables and figures

- Tables and figures should be numbered and described, for example: "Table 1. Results summary", "Figure 1. Building design",
- the description from the table or figure should not be followed by a full stop,
- the number and description of a table should be put above a table, the number and description of the figure - under the figure,
- the source should be put below the table or figure, for example: "Source: own study.",
- figures should be clear and readable, the data distinguished not by colours but by different shades of grey.

Paper evaluation (principles for reviewing publications)

Submitted articles undergo the initial verification as far as the formal requirements are concerned. The articles whose authors did not follow the requirements might be rejected. In order to facilitate the submission and avoid the most common mistakes, a checklist is provided on the Journal's website. It should help the authors to ensure that the article was prepared properly before being sent to the Editor's Office.

Submitted and initially verified articles are reviewed anonymously by at least two independent and external reviewers. Further, a reviewer signs a declaration confirming that there exists no conflict of interest;

a conflict of interest may arise when an author and a reviewer are connected by

- a) direct personal relationship (kinship, legal bonds, conflicts),
- b) professional subordination,
- c) direct scientific cooperation within the last two years before the review was made.

An author may suggest the name of the potential reviewer, but the Editor reserves the right to make the final decision on the matter. In order to ensure that all submitted articles are reviewed anonymously, the article must start with the so-called *blank page*, which includes the title only. Reviews shall be made in a written form (the review form can be found on the Journal's web page) and is concluded with an explicit statement on whether the article is to be published or not.

Basing on the reviewer's opinion, the Editor decides on the course of action regarding the paper. The decision is final.

The names of the reviewers for individual publications/issues shall not be disclosed; once a year the magazine make the list of collaborating reviewers public.

Author's revisions

After the work is edited by the editorial staff, it will be handed over to the author for revision. The author is obliged to send the revised work back within a week. The cost of revisions other than typesetting shall be borne by the author.

A note on "ghostwriting"

Reliability is one of the qualitative cornerstones of science. Readers should be ensured that the authors of different publications present their findings in the most transparent, conscientious and honest manner, regardless of whether they are the direct authors of a given work or they engaged a specialist entity (whether natural or legal).

Evidence of a researcher's ethical attitude and the highest editorial standards should be manifested in transparent information on all contributors to the work (concerning contributions to its content, substance, financial aspects, etc), which is not only an expression of honesty but a social responsibility as well.

"Ghostwriting" and "guest authorship" stand in opposition to the above standards.

One can speak of "**ghostwriting**" if there is a significant contributor to the published work whose assistance as one of the authors has not been acknowledged and their name has not been included in the acknowledgments.

One deals with "**guest authorship**" (or "honorary authorship") when the contribution of the credited author is insignificant or absent altogether, despite which he or she is included as the author/co-author of the published work.

In order to prevent "ghostwriting" and "guest authorship," the Journal's editorial staff strives to introduce appropriate procedures inherent to the given

discipline or branch of knowledge, or to adopt the following solutions:

1. The Editor requires authors to disclose details concerning the contribution of respective authors in the production of a given paper (including their affiliation and participation, i.e. information on authors of concepts, premises, methods, procedures, etc., used in the work), while the primary responsibility shall rest with the author submitting the paper.

2. The Editor affirms in "Guidelines for Authors" that any evidence of "ghostwriting" and "guest authorship", i.e. scientific misconduct and all similar incidents that come out, shall be publicly announced, including notifications being sent to the relevant entities (institutions employing authors, scientific societies, scientific editors' associations, etc.).

3. The Editor must be supplied with information on the sources for financing the article, the involvement of scientific and research facilities, associations and other units ("financial disclosure").

4. The Editor follows the principle of documenting any instances of scientific misconduct, particularly violations and infringements of the principles of ethical conduct in science.

Editor's rights

The Editor reserves the right to correct stylistic, punctuation and linguistic defects as well as to abridge the text. Papers that fail to meet these rules and regulations shall be sent back to their authors for amendment.

Editor's Office:

Pope John Paul II State School of Higher Education
in Biała Podlaska
ul. Sidorska 95/97, Room 334
21-500 Biała Podlaska
Phone: (83) 344 99 00, extension 271
Contact: Paulina Rynkiewicz, Agnieszka Filipiuk
e-mail: a.filipiuk@pswbp.pl
p.rynkiewicz@pswbp.pl

SPIS TREŚCI

Od Redakcji	3
--------------------------	---

CZĘŚĆ I: ROZPRAWY I ARTYKUŁY

1. Renata Kopyś <i>Rozwijanie empatii jako forma przeciwdziałania przemocy rówieśniczej w środowisku szkolnym</i>	7
2. Marta Popławska <i>The female self as presented by Clarissa Pinkola Estés in Women Who Run With the Wolves. The stories of female initiation, intuition and instincts</i>	14
3. Marcin Weiner, Karolina Tarasiuk <i>Społeczne i historyczne uwarunkowania wojen biologicznych i epidemii</i>	20

CZĘŚĆ II: PRAKTYKA, BADANIA, WDROŻENIA I ZDROWIE SPOŁECZNE

4. Monika Jakubowska <i>Tutoring rodzinny jako element kultury szkoły</i>	29
5. Monika Wojtkowiak <i>Poradnictwo – różnorodne drogi poszukiwania rozwiązań w sytuacjach trudnych</i>	38
6. Anna Ławnik, Ludmiła Marcinowicz, Adam Szepeluk <i>Wsparcie społeczne a zachowania agresywne młodzieży ponadgimnazjalnej z uwzględnieniem płci oraz wieku badanej grupy</i>	47
7. Ewa Humeniuk, Olga Dąbska, Aleksandra Krupa <i>Nasilenie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów onkologicznych</i>	55
8. Sławomir Chrost <i>Dogoterapia jako metoda wspomagania procesu rehabilitacji dzieci</i>	64
9. Sebastian Nieścioruk, Elżbieta Rutkowska <i>Ryzyko zawodowe w pracy fizjoterapeuty w ocenie studentów</i>	73
10. Małgorzata Siedlecka, Wioletta Żukiewicz-Sobczak <i>Wiedza pacjentów przychodni rejonowej POZ w Białej Podlaskiej na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego a ich zachowania zdrowotne</i>	79
Wykaz autorów	84
Wskazówki dla autorów / Regulamin publikowania	85
Guidelines for authors / Publishing rules and regulations	90