

Inkluzja młodzieży akademickiej
z niepełnosprawnością
przez pryzmat potrzeb i barier

Inclusion of university students
with disabilities through their needs
and the barriers they face



redakcja / edited by
Joanna Konarska, Monika Zabrocka

Inkluzja młodzieży akademickiej
z niepełnosprawnością
przez pryzmat potrzeb i barier

Inclusion of university students
with disabilities through their needs
and the barriers they face

redakcja / edited by
Joanna Konarska, Monika Zabrocka

Kraków 2023

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Publikacja została zrealizowana w ramach projektu „Akademia Równych Szans”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych, nr POWR.03.05.00-00-A055/20

Recenzja:

dr hab. Jolanta Baran, emerytowana prof. UP

Redakcja językowa tekstów polskich

oraz redakcja merytoryczna i językowa tekstów w języku angielskim: Monika Zabrocka

Redaktor prowadzący: Halina Baszak Jaroń

Adiustacja: Carmen Stachowicz

Korekta: Filip Rekucki-Szczurek, Carmen Stachowicz

Zdjęcie na okładce, projekt okładki i skład: Oleg Aleksejczuk

e-ISBN 978-83-67491-28-0

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2023

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca: Oficyna Wydawnicza KAAFM, Kraków 2023

Spis treści

Joanna Konarska, Monika Zabrocka	
Wprowadzenie.....	9
Piotr Majewicz	
Funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie wschodzącej i wczesnej dorosłości – perspektywa biopsychospołeczna	13
John J. Wheeler	
Promoting the Social Significance of Person-Centered Goals in the Education and Habilitation of Persons with Disabilities	31
Marzenna Zaorska	
Student/studentka z równoczesną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością – bariery, ograniczenia, możliwości	41
Monika Pyrczak-Piega	
Wykształcenie kobiet z niepełnosprawnościami w perspektywie ich samooceny	59
Ansab Khalid, Anuksha Khawaja, Muhammad Nasar Iqbal, Muhammad Rafiq	
Low self-esteem, a potential precursor to psychosocial disability among university students: Management strategies and support	73
Krzysztof Frąszczak, Dariusz Jacek Olszewski-Strzyżowski	
Zalecenia, wskazówki i dobre praktyki dotyczące dostępności architektonicznej dla osób ze szczególnymi potrzebami w kontekście uczelni wyższych – autorska propozycja	85

Deborah Taub, Megan Foster	
Building inclusive opportunities to learn through universal design for learning	103
Katarzyna Banasik-Petri	
Doświadczenia z procesu nauczania przedmiotu projektowanie uniwersalne na kierunku architektura na Wydziale Architektury i Sztuk Pięknych Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego	119
Patrick Jachyra, James Mcleod	
Physical activity with disabled university students: Implications for health promotion and rehabilitation	139
Wacław Rosa	
Historyczne tło inkluzyjnych postaw wobec osób z niepełnosprawnością – aspekt prawny	153
Joanna Konarska	
Inkluzja czy iluzja inkluzji?	163

Table of contents

Joanna Konarska, Monika Zabrocka	
Introduction	9
Piotr Majewicz	
Functioning of people with physical disabilities in emerging and early adulthood from a biopsychosocial perspective	13
John J. Wheeler	
Promoting the Social Significance of Person-Centered Goals in the Education and Habilitation of Persons with Disabilities	31
Marzenna Zaorska	
Student with deafblindness – barriers, limitations, and opportunities.....	41
Monika Pyrczak-Piega	
Education of women with disabilities in the perspective of their self-esteem.....	59
Ansab Khalid, Anuksha Khawaja, Muhammad Nasar Iqbal, Muhammad Rafiq	
Low self-esteem, a potential precursor to psychosocial disability among university students: Management strategies and support	73
Krzysztof Frąszczak, Dariusz Jacek Olszewski-Strzyżowski	
Recommendations, directions and good practices concerning architectural accessibility for people with special needs in the context of universities – authors’ proposal	85

Deborah Taub, Megan Foster	
Building inclusive opportunities to learn through universal design for learning	103
Katarzyna Banasik-Petri	
Experience in teaching: Universal Design at the Faculty Architecture and Fine Arts the Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University	119
Patrick Jachyra, James Mcleod	
Physical activity with disabled university students: Implications for health promotion and rehabilitation	139
Wacław Rosa	
Historical background of inclusive attitude towards people with disabilities in the light of legal aspect	153
Joanna Konarska	
Inclusion or an illusion of inclusion?	163

Joanna Konarska

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
<https://orcid.org/0000-0003-2034-8875>

Monika Zabrocka

Uniwersytet Jagielloński
<https://orcid.org/0000-0003-1389-9230>

Wprowadzenie

Oddajemy do rąk Czytelników tom będący zbiorem artykułów powstałych na bazie referatów wygłoszonych we wrześniu 2022 r. na międzynarodowej konferencji „Problemy, potrzeby, bariery i perspektywy inkluzji młodzieży akademickiej z niepełnosprawnością” zorganizowanej przez Krakowską Akademię im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Mamy nadzieję, że książka, podobnie jak i sama konferencja, przyczyni się do zwiększenia zainteresowania problemami ludzi z niepełnosprawnościami, przede wszystkim zaś młodzieży studiującej.

Konferencja była jednym z zadań ujętych w harmonogramie projektu „Akademia Równych Szans”, finansowanego z Funduszy Europejskich przyznanych przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach programu „Uczelnia Dostępna”. Celem projektu było kompleksowe dostosowanie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Od listopada 2020 r., kiedy to rozpoczął się proces realizacji założeń projektowych, dokonano wielu zmian, które sprawiły, że Krakowska Akademia stała się bardziej przyjazna tym osobom; dowodów na to dostarcza przede wszystkim zwiększone zainteresowanie młodych ludzi z niepełnosprawnością możliwościami studiowania na oferowanych przez uczelnię kierunkach.

Jeśli chodzi o zakres wprowadzonych zmian, to przede wszystkim zaktualizowano wewnątrzuczelniane przepisy, tak żeby regu-

lowały organizację procesu nauczania z uwzględnieniem specyficznych potrzeb studentów z niepełnosprawnością wzroku i słuchu wynikających bezpośrednio z ich ograniczonych możliwości percepcyjnych. Podstawowe materiały dydaktyczne, a także strony internetowe uczelni, Biura Osób Niepełnosprawnych oraz Biblioteki KAAFM i Repozytorium eRIKA, zostały zaadaptowane z myślą o tych właśnie studentach. Dzięki zamontowaniu m.in. ścieżek prowadzących, nawigacji wewnątrzbudynkowej i odpowiednio zlokalizowanych brajlowskich oznaczeń wszystkich drzwi osoby z niepełnosprawnością wzroku mogą teraz swobodnie poruszać się po całym kampusie. Dla osób z niepełnosprawnością słuchu zainstalowano pętle indukcyjne, a część personelu administracyjnego i naukowo-dydaktycznego ukończyła finansowany z budżetu projektu kurs języka migowego. Z kolei do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową dostosowano ciągi komunikacyjne: windy zostały wymienione, podobnie jak drzwi wejściowe, które obecnie są automatyczne, a toalety wyremontowane (przede wszystkim powiększone, żeby gwarantowały swobodę poruszania się); przygotowano też podjazdy umożliwiające pokonywanie różnych poziomów podłogi w salach wykładowych, zamontowano zewnętrzne podnośniki przy schodach oraz zakupiono przenośne schodołazy. Ponadto kadra naukowo-dydaktyczna oraz administracyjna uczelni brała udział w licznych szkoleniach szczegółowo omawiających zagadnienia z zakresu niepełnosprawności. Tematycznie dopasowane były one do funkcji pełnionych przez ich uczestników oraz do rodzaju sytuacji, w jakich – według wszelkiego prawdopodobieństwa – mogą się oni znaleźć w kontaktach z osobami z niepełnosprawnością.

Pomysł na przygotowanie niniejszej monografii pojawił się w związku ze szczególnymi warunkami, w jakich odbywała się organizowana przez nas konferencja na temat inkluzji młodzieży akademickiej z niepełnosprawnościami. Pandemia COVID-19 i niepewność z nią związana uniemożliwiły zorganizowanie tego spotkania w pierwotnie zamierzonej formie, tj. stacjonarnie, w murach Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; spotkaliśmy się więc online. W naszym zamyśle konferencja miała być impulsem do nawiązania długofalowej współpracy między specjalistami z różnych stron świata zainteresowanymi losem młodych

ludzi – ludzi, którzy mają ambitne plany oraz wielkie nadzieje na przyszłość, a którzy swojej szansy upatrują w starannym wykształceniu. Przy tej okazji chcemy raz jeszcze podziękować wszystkim, którzy w jakikolwiek sposób wzięli udział w konferencji, włączając się tym samym w światowy dyskurs na temat niepełnosprawności w kontekście edukacji na poziomie wyższym. Szczególne podziękowania kierujemy jednak do Autorów współtworzących niniejszą publikację, dzielących się swoją wiedzą i doświadczeniem. W ten sposób umożliwiają nam oni ponowne spotkanie oraz kontynuację celu naukowego zainicjowanego przez konferencję.

Problematyka kształcenia uniwersyteckiego osób z niepełnosprawnością podejmowana jest w badaniach naukowych niezwykle rzadko. Zarówno świat akademicki, jak i branża edukacji czy rehabilitacji skupiają się przede wszystkim na problemach i potrzebach dzieci i młodzieży szkolnej. Jest to bez wątpienia zagadnienie niezwykle ważne, ponieważ od powodzenia edukacji szkolnej i doświadczeń dziecka w najmłodszych latach zależą nie tylko jego rozwój intelektualny i możliwości dalszego kształcenia; to doświadczenia tego okresu najtrwalej odciskają się na jego psychice i kształtują go jako człowieka. Osoby z niepełnosprawnością, kończąc szkołę średnią, mają więcej obaw związanych z podjęciem studiów wyższych niż ich rówieśnicy bez niepełnosprawności. Niezbędnym dla nich warunkiem planowania tego etapu kształcenia jest gotowość uczelni do ich przyjęcia w poczet studentów i do pełnej akceptacji ich odmienności. Gotowość ta jest następstwem uświadomienia sobie istnienia różnorodnych barier właściwych dla każdego rodzaju i stopnia niepełnosprawności oraz zrozumienia ich specyfiki. Likwidacja tych barier wymaga nie tylko ingerencji w przestrzeń zewnętrzną, ale też (a może przede wszystkim) zmiany sposobu myślenia pełnosprawnych członków społeczności akademickiej przekładającego się bezpośrednio na ich postawy wobec osób z niepełnosprawnością. Wszystko, o czym tu mowa, jest ściśle związane zarówno ze stanem wiedzy na temat osób z niepełnosprawnościami, jak i z wcześniejszymi doświadczeniami kontaktu z nimi. Przeważająca większość studentów z niepełnosprawnością dąży do samowystarczalności; nie chcą oni absorbować wykładowców swoimi problemami i doświadczanymi trudnościami. W ich

przekonaniu jest to swojego rodzaju egzamin dojrzałości i niezależności. Nie zdadzą go jednak, a przynajmniej nie wszyscy z nich, bez pewnej otwartości władz uczelni. Specyficzny charakter tej sytuacji sprawia, że problemy kształcenia, likwidacji barier i wychodzenia naprzeciw szczególnym potrzebom młodzieży akademickiej z niepełnosprawnością należy postrzegać jako oddzielny i odmienny obszar tematyczny niż problemy dzieci i młodzieży szkolnej z niepełnosprawnością. Warto też pamiętać, że studenci z niepełnosprawnością to już ludzie dorośli, będący bardziej partnerami aniżeli podmiotami w procesie edukacji, integracji i inkluzy, mający pełne prawo decydować o sobie samych i dokonywać niczym nieograniczonych wyborów. Stwarzając im ku temu warunki, w najwyższym stopniu respektujemy prawo każdego człowieka do samostanowienia.

Przygotowując niniejszy tom, pozwoliłyśmy Autorom na pełną swobodę w podejściu do tematu społecznej inkluzy osób z niepełnosprawnością, żeby, poprzez uwzględnienie całego spektrum zagadnień z nim związanych, lepiej zobrazować jego złożoność. Stąd też w książce Czytelnicy znajdą rozdziały odnoszące się do tego tematu z perspektywy edukacji (m.in. szkolnej i akademickiej, specjalnej czy sportowej), psychologii i psychoterapii, prawa oraz architektury. Każdy zaprezentowany punkt widzenia wydaje nam się ciekawy i istotny. Każdy może być inspirujący. Mamy przekonanie, że książkę tę współtworzą specjaliści w swoich branżach, w związku z czym o ostatecznym kształcie poszczególnych artykułów – zarówno ich budowie formalnej, jak i zawartości merytorycznej – zdecydowali oni sami. Zgromadzone teksty nie są jednak pozbawione wspólnego mianownika: zdaje się nim być głębokie przekonanie Autorów, że brak pełnej inkluzy to już dyskryminacja, której należy przeciwdziałać za pomocą wszystkich dostępnych narzędzi. Jest jeszcze inny, niematerialny efekt powstania tej monografii – między uczestnikami i organizatorami konferencji, Autorami artykułów i osobami, którym są poświęcone, dokonał się szczególny rodzaj więzi intelektualnej i autentyczna inkluza.

Piotr Majewicz

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

<https://orcid.org/0000-0002-7683-2466>

Funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie wschodzącej i wczesnej dorosłości – perspektywa biopsychospołeczna

Streszczenie

Artykuł ma charakter przeglądowy. Okres wyłaniającej się dorosłości oraz wczesnej dorosłości wiąże się z szeregiem istotnych zmian rozwojowych i podejmowaniem charakterystycznych zadań życiowych, w tym z dokonaniem wyboru partnera życiowego, uczeniem się życia z partnerem, startem w rolach rodzinnych, opieką nad dziećmi, zarządzaniem domem czy też karierą zawodową. Wszystkie wspomniane zadania stają się trudniejsze do realizacji w przypadku niepełnosprawności fizycznej. Młodzi dorośli z dysfunkcjami narządu ruchu napotykają szereg barier nie tylko natury architektonicznej, ale też psychospołecznej. Istnieje również wiele czynników ochronnych wspierających proces radzenia sobie z trudnościami i wyzwaniem codzienności. W miarę szeroką perspektywę w spojrzeniu na funkcjonowanie tej grupy osób daje ujęcie biopsychospołeczne. Umożliwia ono uwzględnienie w charakteryzowanym zakresie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Z kolei tak szeroki kontekst pozwala na przedstawienie problemów związanych zarówno ze sferą somatyczną i ochroną zdrowia, jak i problematykę funkcjonowania psychologicznego, społecznego, relacji intymnych, funkcjonowania na rynku pracy i w czasie wolnym, w tym podejmowania aktywności fizycznej przez młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność ruchowa; wschodząca dorosłość; wczesna dorosłość; perspektywa biopsychospołeczna

Functioning of people with physical disabilities in emerging and early adulthood from a biopsychosocial perspective

Abstract

This is an overview article. Both the periods of emerging adulthood and early adulthood are associated with a number of significant developmental

changes as well as with undertaking the characteristic life tasks, including making a choice of a life partner, learning to live with the partner, playing family roles, caring for children, managing a home, or doing a career. All the above-mentioned tasks become more difficult to accomplish when one struggles with any physical disability. Young adults with mobility impairments face a number of barriers, not only of an architectural nature, but also of a psychosocial one. There are also many protective factors that support the process of coping with the difficulties and challenges of everyday life. A relatively broad perspective on the functioning of this group of people is provided by the biopsychosocial approach. It allows biological, psychological, and social factors to be taken into account within a characterised range. In turn, such a broad context allows for the presentation of problems related to both the somatic sphere and health care, as well as psychological and social functioning, starting intimate relationships, undertaking professional activity, and having satisfying leisure time, including physical activities performed by young adults with physical disabilities.

Key words: physical disability; emerging adulthood; early adulthood; biopsychosocial perspective

Wstęp

Przejście w dorosłość jest szczególnie ważnym i zarazem trudnym okresem w rozwoju. Rozpoczęcie realizacji zadań życiowych charakterystycznych dla okresu wczesnej dorosłości jest działaniem nowym, a zarazem odpowiedzialnym, które wymaga wiele wysiłku i zaangażowania. Dodatkowego wymiaru nabiera omawiany okres w sytuacji osób z niepełnosprawnościami, ze względu na istniejące bariery i zwiększone prawdopodobieństwo znalezienia się w sytuacjach trudnych. Ponadto w przypadku zaistnienia jakiegokolwiek niepełnosprawności pojawia się tzw. strefa utraconego rozwoju (Kowalik, 2007), która oznacza wielkość niewykorzystanych szans w zakresie przekształcania posiadanego potencjału rozwojowego w dokonania życiowe. Niepełnosprawność albo całkowicie blokuje, albo przynajmniej znacznie ogranicza osiągnięcie sukcesów i tym samym rozbudowę posiadanego potencjału. Dzieje się tak dlatego, że zasoby, które powinny być przeznaczone na dalszy rozwój i w konsekwencji przełożyć się na określone korzyści, np. poprawę warunków życia, nawiązywanie nowych znajomości, poszerzanie wiedzy czy awans zawodowy, muszą być spożytkowane

na zabezpieczenie się przed regresem. Zatem w okresie wczesnej dorosłości osoby z niepełnosprawnością znajdują się w złożonej, podwójnie wymagającej sytuacji.

Omawiany okres wczesnej dorosłości w naszym kręgu kulturowym rozpoczyna się ok. 20. roku życia i trwa do 40. roku życia (Sigelman, Rider, 2009) lub – dokładniej – obejmuje okres od 20./23. do 35./40. roku życia (Harwas-Napierała, Trempała, 2007). Okres ten charakteryzuje się specyficznymi zadaniami rozwojowymi (Havighurst 1981 za: Brzezińska 2007), takimi jak start w karierze zawodowej, wzięcie na siebie odpowiedzialności obywatelskiej, znalezienie odpowiedniej grupy towarzyskiej, wybór partnera życiowego, uczenie się życia z partnerem, start w rolach rodzinnych, opieka nad dziećmi czy zarządzanie domem. Nieco inaczej ujmują to zagadnienie Jutta Heckhausen, Carsten Wrosch i Richard Schulz (2010), którzy kryterium periodyzacji dorosłości uczynili wydarzenia charakterystyczne dla danego wieku. W związku z tym jako zdarzenia specyficzne dla okresu wczesnej dorosłości lub rozpoczynające się wówczas wymieniają: ukończenie nauki, pierwszą pracę, zawarcie związku małżeńskiego, pierwsze dziecko i rozpoczęcie oszczędzania na emeryturę. W tym miejscu warto wspomnieć o koncepcji wyłaniającej się dorosłości (*emerging adulthood*) opracowanej przez Jeoffreya Jense- na Arnetta (2000), który wskazuje na konieczność wyodrębniania stadium rozwoju pomiędzy dorastaniem a dorosłością. Wskutek zmian kulturowych w społeczeństwach uprzemysłowionych uformował się nowy okres rozwoju człowieka obejmujący zasadniczo lata 18–25, chociaż z tendencją do przesuwania górnej granicy do 29. roku życia (Arnett, 2004b). Okres wschodzącej dorosłości plasuje się pomiędzy adolescencją a wczesną dorosłością. Wyłaniająca się dorosłość istnieje tylko w kulturach, które pozwalają młodym ludziom na dłuższy okres niezależnej eksploracji poszczególnych ról i podejmowania różnych aktywności, jak np. wydłużony czas edukacji. Punktem zwrotnym, powodującym przejście do wczesnej dorosłości, jest podjęcie różnych zobowiązań takich jak stworzenie trwałego związku, rodzicielstwo czy podjęcie stałego zatrudnienia. Tym samym nie wszyscy członkowie danego społeczeństwa będą przechodzić przez okres wschodzącej dorosłości. Niektóre osoby,

na skutek podjęcia konkretnego zobowiązania, przejdą bezpośrednio z adolescencji do wczesnej dorosłości.

Wschodząca dorosłość, uwzględniając uwarunkowania kulturowe i cywilizacyjne, nie jest zatem uniwersalną fazą życia (Marianowska, 2013), jest jednak potencjalnie dostępna dla znacznej grupy osób. Wschodząca dorosłość jest: po pierwsze – okresem poszukiwania tożsamości; po drugie – wiekiem niestabilności; po trzecie – czasem koncentracji na sobie; po czwarte – charakteryzuje się poczuciem „bycia pomiędzy” (nastolatkiem a osobą dorosłą); po piąte – jest to czas możliwości (Arnett, 2004a, 2004b), w którym wolność osobista i możliwości eksploracji różnych form aktywności są większe niż w jakimkolwiek innym momencie życia. Zaznacza się spore spektrum możliwości, spośród których wybiera się te najbardziej preferowane. Zatem wschodząca dorosłość tworzy warunki do kreowania własnej drogi życiowej. Niewątpliwie w sytuacji osób z niepełnosprawnością realizacja tych działań będzie w wielu przypadkach możliwa, choć utrudniona. Jak wynika z badań brytyjskich naukowców (Martin, Meltzer, Elliot, 1988), można oczekiwać, że niepełnosprawność fizyczna będzie występować u 21 na 1000 osób w wieku 16–19 lat i u 31 na 1000 osób w wieku 20–29 lat.

Funkcjonowanie zdrowotne i opieka medyczna

Osoby z niepełnosprawnością są w większym stopniu niż pełnosprawni narażone na współwystępowanie problemów zdrowotnych. Jak wskazują wyniki najnowszych badań (Fergus *et al.*, 2022), młodzi dorośli z dysfunkcjami narządu ruchu częściej cierpią na depresję (16,1% vs 11,6%, $p = 0,02$), astmę (21,2% vs 16,7%, $p = 0,03$) i cukrzycę (2,5% vs 0,9%, $p = 0,003$). Problemom zdrowia psychicznego młodzieży z niepełnosprawnością ruchową poświęcono szereg badań. Na przykład analiza 33 badań (Lal *et al.*, 2022) dotyczących zdrowia psychicznego osób w wieku 13–24 lata z mózgowym porażeniem dziecięcym, młodzieńczym zapaleniem stawów oraz z rozszczepem kręgosłupa wskazuje, że najczęściej w tym zakresie były prowadzone badania dotyczące: depresji i problemów związanych z nastrojem (73%), zaburzeń lękowych (39%) oraz problemów społecznych/behawioralnych (33%).

Jednak poza zainteresowaniem samym stanem zdrowia młodych osób z niepełnosprawnością ruchową zwrócono również uwagę na problemy tranzycji, tj. przejścia z opieki pediatrycznej do służby zdrowia dla osób dorosłych. Młode osoby z niepełnosprawnością ruchową napotykały wiele barier i utrudnień podczas wspomnianego procesu. Wiąże się to z pogorszeniem samopoczucia psychicznego, niższym wskaźnikiem zaleconego przyjmowania leków oraz wyższymi kosztami opieki zdrowotnej (White, Cooley, 2018). W wielu przypadkach młodzi ludzie z niepełnosprawnościami, przechodząc pod opiekę medyczną przeznaczoną dla osób dorosłych, posiadają niedostateczne badania profilaktyczne, niezaspokojone potrzeby opieki zdrowotnej, a także gorsze wyniki leczenia chorób przewlekłych w stosunku do populacji ogólnej (Reichard, Stolze, Fox, 2011). Wyniki badań longitudinalnych przeprowadzonych w USA (Fergus *et al.*, 2022) w odstępie 7 lat wśród 13 436 młodych osób, w tym 4,2% z niepełnosprawnością ruchową, wskazują, że pomimo zbliżonej częstotliwości rutynowych wizyt lekarskich młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową i pełnosprawnych to pierwsi z wymienionych częściej zgłaszali się na ostry dyżur lub byli przyjmowani do szpitala. Warto dodać, że są to jedne z pierwszych badań, w których sprawdzano długoterminowe korzystanie z opieki zdrowotnej przez młodych dorosłych z dysfunkcjami narządu ruchu i pełnosprawnych. Tak więc tranzycja z opieki pediatrycznej do opieki medycznej dla dorosłych ma swoją specyfikę w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową. Już wcześniejsze wyniki badań (Young *et al.*, 2005) wskazywały na taką właściwość. Stwierdzono w nich, że młodzi dorośli (19–26,9 roku) z niepełnosprawnością ruchową trwającą od dzieciństwa odwiedzali lekarzy średnio 11,5 razy w roku, a do szpitala byli przyjmowani raz na 6,8 roku. Wyniki sugerują, że osoby te mają szereg problemów zdrowotnych, które wymagają częstego korzystania z usług medycznych; przyjmuje się, że mają one dziewięciokrotnie wyższy wskaźnik hospitalizacji w porównaniu z populacją ogólną.

Z kolei wyniki badań przeprowadzonych przez holenderskich badaczy (Roebroek *et al.*, 2007), którymi objęto 87 osób z mózgowym porażeniem dziecięcym w wieku 18–22 lata, wskazują, że 15% z tych osób w wieku późniejszym nadal pozostawało pod opieką

zespołu pediatrycznego, natomiast 30% otoczonych było już opieką adresowaną do osób dorosłych. Około 50% badanych w okresie ostatniego roku w ogóle nie odwiedziło specjalistów. Zatem zauważalne są typowe symptomy okresu przejściowego. Część osób nadal pozostaje przy dotychczasowej formie usług medycznych, część dokonała już zmiany na opiekę zdrowotną odpowiednią dla swojego wieku, a pozostali nie podjęli jeszcze decyzji.

Funkcjonowanie psychospołeczne¹

Niepełnosprawność nierzadko prowadzi do zachwiania osiągniętego poczucia tożsamości, stanu autonomii i niezależności oraz powoduje zmiany poziomu dotychczasowego zaangażowania życiowego. Ponadto istotnie modyfikuje położenie życiowe człowieka we wszystkich pełnionych dotychczas rolach, a więc rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej i ekonomicznej. Jednak niepełnosprawność nie zawsze musi być czynnikiem powodującym regres rozwojowy. Może to być nadal życie sensowne i przebiegające z zachowaniem dobrostanu psychospołecznego. Dzieje się tak wówczas, gdy osoby z niepełnosprawnością w dłuższej perspektywie czasowej wykształcą techniki radzenia sobie z nowymi sytuacjami egzystencjalnymi i twórczo uobecnią się w roli rodzinnej i zawodowej. Ponowne włączenie się w życie społeczne umożliwia przede wszystkim rehabilitacja medyczna, psychologiczna i społeczna, w tym głównie zawodowa (Ossowski, 2020).

Zgodnie z regulacyjną teorią osobowości szczególną rolę w funkcjonowaniu odgrywają poznawcze struktury, takie jak obraz samego siebie oraz umiejscowienie poczucia kontroli (*locus of control*, LOC). Rezultaty badań dotyczących retrospektywnego i aktualnego obrazu samego siebie, przeprowadzonych wśród 58 osób w wieku 20–40 lat z uszkodzeniem rdzenia kręgowego lub po amputacji kończyn, wskazują, że badani przed wypadkiem bardziej interesowali się życiem, ludźmi, płcią odmienną i światem w ogóle (Kirenko, 1995). Osobowość przedwypadkową cechowały: większa stanowczość, operatywność, wytrwałość, skłonność do dominacji,

¹ Znacznie obszerniejsze opracowanie tego zagadnienia zainteresowany Czytelnik znajdzie w (Majewicz, 2016).

pewność siebie i egoizm. W autopercepcji aktualnej osoby badane okazywały się bardziej zagubione, nieprzystosowane, samokrytyczne, smutne i zgorzkniałe; mierzyły się też z poczuciem winy. Z kolei badania przeprowadzone przez Colina Gormana, Paula Kennedy'ego i Lucy R. Hamilton (1998) dotyczące postrzegania siebie przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazały, że różnice pomiędzy aktualnym spostrzeganiem siebie a wcześniejszą autopercepcją (tj. jako osoby pełnosprawnej) były niezbyt znaczące. Można stwierdzić, że wyniki różnych badań empirycznych wskazują na istnienie tylko niewielkich zmian w obrazie własnej osoby przy porównaniu osobowości przedwypadkowej z aktualną. Zatem skłonność do idealizowania okresu przedurazowego nie znalazła tu potwierdzenia, chociaż w literaturze przedmiotu jest to pogląd często spotykany (Ellis-Hill, Horn, 2000). Natomiast badania przeprowadzone przez Ryszarda Kościelaka (1995) wśród 60 mężczyzn w wieku 25–30 lat z nabytą trwałą dysfunkcją narządu ruchu w postaci amputacji kończyn oraz w grupie kontrolnej wskazują, że osoby z nabytą trwałą niepełnosprawnością w porównaniu z osobami pełnosprawnymi wykazują wyraźnie niższy poziom samooceny oraz silniejsze zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli.

Omawiana samoocena jednak nie we wszystkich badaniach jest niższa u osób z dysfunkcją narządu ruchu w okresie wczesnej dorosłości. Na przykład osoby z niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości charakteryzują się wyższym poziomem samooceny i zarazem wysokim poziomem rozdrażnienia niż w okresach kolejnych. Świadczy to o silniejszych cechach osobowości neurotycznej w okresie wczesnej dorosłości (Majewicz, 2012). Może to być wynikiem oceny własnych perspektyw życiowych i ograniczonych możliwości w okresie planowania „dorosłego życia”, a co za tym idzie stosowania różnych mechanizmów obronnych. Wśród najczęściej wykorzystywanych należy wymienić: zaprzeczanie, regresję, fiksację, przemieszczenie, konwersję, projekcję i odwrócenie, sublimację, racjonalizację, kompensację oraz identyfikację (Kowalik, 1999). Zauważono, że świadomy stosunek do dysfunkcji narządu ruchu prowadzi do racjonalizacji, a nieświadomy do emocjonalnych reakcji na powstające ograniczenia z różnorodnymi konsekwencjami w zachowaniu. Osoby niepełnosprawne ruchowo

wykazują tendencję do stosowania zarówno niepożądanych mechanizmów obronnych, takich jak projekcja czy wyparcie, jak również pozytywnych, tj. racjonalizacji, kompensacji i sublimacji. Mechanizmy te nie tylko redukują, przynajmniej czasowo, negatywne emocje (głównie lęk), ale też pozwalają wzmocnić obraz własnej osoby, chociaż polega to często na samooszukiwaniu się (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975).

W procesie psychospołecznego przystosowania osób z niepełnosprawnością ruchową podkreśla się szczególną rolę zaprzeczania, którego dwa typy – 1) targowanie się z siłami wyższymi i nie-realistyczne życzenie usunięcia niepełnosprawności oraz 2) wiara w nadchodzącą „cudowną” kurację, stanowią istotne zmienne pośredniczące w tym zakresie (Livneh, Martz, Bodner, 2006). Poza zaprzeczaniem przez osoby z niepełnosprawnością fizyczną stosowane są także inne mechanizmy, które bywają rozpatrywane w kategoriach pozytywnych. Na podstawie wyników badań 50 osób z niepełnosprawnością ruchową w wieku 18–25 lat stwierdzono, że osoby te częściej niż ich pełnosprawni rówieśnicy podejmują działania artystyczne, a także chętniej włączają się do pracy w grupach samopomocowych i innych; może to świadczyć o działaniu mechanizmu sublimacji, który pomaga rozładować napięcie emocjonalne związane z uszkodzeniem ciała oraz pomaga nadać sens życiu (Kowalik, 1999). Z kolei badania przeprowadzone wśród 60 mężczyzn w wieku 25–30 lat będących po amputacji kończyn wskazują, że w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami mają oni wyraźnie niższy poziom poczucia sensu życia. Przeważająca część mężczyzn po amputacji kończyn określa własne życie jako smutne, beznadziejne, szare, monotonne i/lub przegrane. O trudności w określaniu znaczenia własnego życia i jego wartości mogą świadczyć też stwierdzenia uznające życie za ciężkie doświadczenie i przykrą konieczność (Kościelak, 1995). Zauważono, że zmiany w hierarchii wartości młodych osób z niepełnosprawnością ruchową w dłuższym, kilkunastoletnim okresie są stosunkowo niewielkie (Bidziński, 2010); na przestrzeni 13 lat w przypadku większości wartości nie zaobserwowano zmian. Badane osoby z niepełnosprawnością niezmiennie cenią przede wszystkim bezpieczeństwo rodziny, prawdziwą przyjaźń i mądrość, a spośród

wartości instrumentalnych bycie kochającym, uczciwym i odpowiedzialnym. Z kolei zaznacza się u nich wyraźne obniżenie znaczenia wartości świętych, świeckich oraz moralnych i jednocześnie wzrost znaczenia dojrzałej miłości oraz wartości hedonistycznych w postaci życia pełnego wrażeń i przyjemności. Poza tym wzrasta znaczenie równowagi wewnętrznej i szczęścia, natomiast obniża się status posłuszeństwa, uprzejmości oraz wybaczenia.

Bardzo ważne dla osób w okresie wschodzącej i wczesnej dorosłości są relacje społeczne. Na podstawie badań przeprowadzonych wśród 145 osób z paraplegią w wieku 20–40 lat można stwierdzić, że wraz z pojawieniem się dysfunkcji narządu ruchu modyfikacji uległy relacje interpersonalne badanych (Kirenko, 1995). Aż 2/3 osób z paraplegią twierdzi, że po doznaniu niepełnosprawności liczba znajomych uległa zmniejszeniu, natomiast 1/3 zauważa zmiany w ich zachowaniu. Wspomniane zmiany polegają na unikaniu kontaktów, zachowywaniu się w sposób ostrożny oraz przejawianiu współczucia i litości. Należy jednak podkreślić, że w relacjach z innymi ludźmi większość osób z paraplegią odczuwa ich życzliwość i zrozumienie. Sami natomiast poszukują takich związków interpersonalnych, które nie wymagają inicjatywy ani odpowiedzialności, a zapewniają poczucie powodzenia. Ogólnie można powiedzieć, że relacje te ukierunkowane są w większym stopniu na współpracę niż rywalizację. Zachowanie tych osób charakteryzuje się zrozumieniem, wrażliwością na potrzeby innych oraz tendencją do rozwiązywania społecznych konfliktów przez osobiste poświęcanie się. Pozytywny stosunek do otoczenia sprawia, że ich społeczne funkcjonowanie jest na ogół pozytywne i bezkonfliktowe, dostarcza innym wielu pozytywnych doznań, rzadko natomiast gwarantuje im szczęście czy osiągnięcie osobistych celów. Należy dodać, że prawie wszyscy znajdują miłość i akceptację w rodzinach i potrafią nawiązać dojrzałe stosunki społeczne.

Niemniej jednak osoby z niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości najwięcej problemów, ogólnie rzecz ujmując, doświadczają w sferze społecznej (Majewicz, 2012). Na podstawie badań można stwierdzić, że 75% osób z niepełnosprawnością ruchową i 70% grupy porównawczej doświadczyło trudności w sytuacjach społecznych, jednak wśród osób

z niepełnosprawnościami aż 37% doświadczyło poważnych trudności; w grupie porównawczej było to zaledwie 3%. Stąd też wynika potrzeba organizowania treningów umiejętności społecznych dla osób z dysfunkcjami narządu ruchu i to już w okresie poprzedzającym wschodzącą dorosłość. Jest to tym bardziej konieczne, że młody człowiek z niepełnosprawnością ruchową może być pozbawiony niezależności społecznej, popadać w izolację i doświadczać trudności w utrzymywaniu relacji interpersonalnych (Thomas, Bax, Smyth, 1988).

Tak więc nawiązywanie i utrzymywanie satysfakcjonujących relacji zarówno towarzyskich, jak i formalnych w miejscu pracy, a także kontaktów z płcią przeciwną stanowi często źródło niepokoju u osób z niepełnosprawnością ruchową. Przede wszystkim obawiają się one straty ukochanej osoby i/lub litości ze strony partnera. Należy dodać, że wszelkie związki międzyludzkie w omawianej populacji, w tym związki formalne, są w większym stopniu narażone na rozpad niż relacje osób pełnosprawnych (Hammoud, Grindstaff, 1992). Przykładowo: w Kanadzie ok. 30–50% dorosłych z niepełnosprawnością fizyczną pozostaje w związku (Doyle, Moffatt, Corlett, 1994; Hallum, 1995), w Polsce natomiast tylko ok. 20% młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową zakłada rodzinę. Pozostali najczęściej nie pozostają w związku i nie mają dzieci, a wiele osób mieszka z rodzicami (Bidziński, 2010). Wspomniany procent jest prawdopodobnie nieco większy, gdyż przytoczone dane dotyczą jedynie wschodzącej dorosłości, a więc pierwszej dekady klasycznie ujmowanej wczesnej dorosłości.

Warto dodać, że wyniki badań przeprowadzonych w Niemczech wśród 84 osób w wieku 18–25 lat z niepełnosprawnością ruchową, a także z wadą słuchu i wzroku, wskazują, że integracyjny system szkolny, wzmocnienie pozytywnej samooceny oraz wspierający rodzice i wychowawcy mają kluczowe znaczenie dla rozwoju młodych dorosłych z niepełnosprawnościami i ich zdolności do podejmowania niezależnych i pewnych decyzji dotyczących związku oraz seksualności (Retznik *et. al.*, 2017).

Przyjmując szerszą perspektywę w ocenie partycypacji społecznej młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową, można stwierdzić, że niepełnosprawność może ograniczać uczestnictwo

w życiu społecznym, ale niekoniecznie jest równoznaczna z gorszą jakością życia (Bent *et. al.*, 2001).

Podjmowanie aktywności zawodowej

Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością jest bardzo niska zarówno w USA, jak i w krajach UE, w tym w Polsce. Na przykład w Stanach Zjednoczonych zatrudnionych jest 41% osób z paraplegią, kolejne 9% uczy się i pracuje, 25% tylko uczy się i tyle samo nie pracuje ani nie podejmuje kształcenia (Wilder, 2006). W naszym kraju wśród młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową ok. 40% utrzymuje się z pracy zarobkowej, pozostali – pomimo posiadanego zawodu – nigdy nie zostali zatrudnieni (Bidziński, 2010). Znacznych trudności w omawianym zakresie doświadczają również osoby z dysfunkcją nabytą w okresie dorosłości. Rezultaty badań przeprowadzonych przez Lisę Bergmark, Ninni Westgren i Erica Asabę (2011) wskazują, że osoby z nabytym urazem kręgosłupa w okresie wczesnej dorosłości przede wszystkim poszukują wszelkich możliwości stałego zatrudnienia, biorą pod uwagę również konieczność zdobycia dodatkowych kwalifikacji poprzez naukę, dążą do uzyskania w przyszłości płatnej pracy i w tym celu są skłonne poszukiwać zarówno wsparcia w otoczeniu społecznym, jak i wykorzystać posiadane zasoby.

Na podstawie badań stwierdzono, że mężczyźni i kobiety z niepełnosprawnością w różnym stopniu angażują się w życie zawodowe. Wydaje się, że w procesie tranzycji z edukacji na rynek pracy niezbędne jest również uwzględnianie płci. Psycholodzy, wychowawcy i rodzice powinni zachęcać młodzież do niezależności i umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji, tak żeby była ona przygotowana do proszenia o wsparcie, którego potrzebuje do odniesienia sukcesu w życiu zawodowym. Osoby udzielające wsparcia powinny z kolei przedstawiać młodzieży różne możliwości kariery i pracy, w tym w dziedzinie nauk ścisłych (matematyki), a także technologii i inżynierii, czyli w obszarach, w których młodzież z niepełnosprawnością, zwłaszcza kobiety, jest niedostatecznie reprezentowana. Mężczyźni mogą czuć się mniej zdolni do poszukiwania wsparcia i w związku z tym mogą potrzebować

dotatkowej pomocy ze strony psychologów, wychowawców i rodziców. Tak więc specjaliści powinni dostosować działania w zakresie rehabilitacji zawodowej młodzieży z niepełnosprawnością do specyficznych potrzeb, uwzględniając także płeć tych osób. Należy zadbać o to, aby zarówno mężczyźni, jak i kobiety mieli dostęp do zasobów i wsparcie, których potrzebują, aby odnieść sukces w transycji z edukacji na rynek pracy (Lindsay *et al.*, 2019).

Jak wskazują wyniki badań w zakresie efektywności interwencji mającej na celu zwiększenie aktywności zawodowej młodych dorosłych (19–28 lat) z niepełnosprawnością ruchową, uzyskano wyraźną poprawę wydajności pracy oraz wyższy wskaźnik zatrudnienia (Verhoef *et al.*, 2013). Zatem istotne jest podjęcie działań na rzecz organizacji i wsparcia przygotowania zawodowego osób z dysfunkcjami narządu ruchu. Wyniki badań dotyczących skuteczności szkolenia instruktazowego młodzieży z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w zakresie przygotowania do samodzielnego życia pokazują, że w czasie takich szkoleń rozwinięte zostały kompetencje osobiste uczestników, a także zwiększona została ich wydajność zawodowa (Højberg, Steffensen, 2008).

Aktywność fizyczna

Trening fizyczny w istotny sposób może podnieść wydolność homeostatyczną organizmu. Dzięki temu możliwa jest zwiększona tolerancja różnych zaburzeń homeostazy, np. uruchomienie adekwatnej reakcji organizmu na zmianę temperatury otoczenia. Trening rekreacyjny, a tym bardziej trening sportowy, zwykle prowadzi do zwiększenia wydolności fizycznej organizmu i tolerancji wysiłkowej. Dotyczy to nie tylko osób pełnosprawnych, ale również osób z niepełnosprawnościami i to bez względu na rodzaj uszkodzenia. Ruch i trening fizyczny stanowią ważny środek wzmacniający wydolność fizyczną, ale również poszerzają zakres samodzielności oraz dostarczają pozytywnych emocji. Dzięki kinezyterapii, a więc leczeniu poprzez ruch, można uzyskać poprawę sprawności i wydolności fizycznej, a ponadto zwiększyć sprawność oddechowo-kръżeniową, a także poprawić metabolizm. Ruch stanowi również naturalne źródło radości życia (Ossowski, 2020).

Istnieje szereg dowodów empirycznych wskazujących na korzystne efekty uprawiania sportu przez młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową. Badania przeprowadzone wśród 30 osób po amputacji kończyn, które uprawiają sport regularnie co najmniej od roku, oraz w grupie kontrolnej pełnosprawnych sportowców wskazują, że obie grupy nie różnią się w zakresie prężności psychicznej oraz poczucia umiejscowienia kontroli. Natomiast poziom samooceny osób z niepełnosprawnością ruchową jest wyższy, co może sugerować kompensacyjny charakter aktywności sportowej. Może to mieć związek z przewyciężeniem traumy i odnoszeniem sportowych sukcesów. Ponadto korzystny wpływ może wywierać przebywanie w grupie czy poszerzenie kontaktów społecznych. Nie bez znaczenia jest też zapewne poczucie przynależności do grupy, jaką stanowi drużyna. Dzięki temu znika poczucie odrzucenia oraz izolacji, które są często doświadczane przez osoby z niepełnosprawnością. Warto zaznaczyć, że sportowcy z obu porównywanych grup prawie nie różnią się pod względem stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Wyjątek stanowi strategia ucieczka/unikanie, którą sportowcy po amputacji stosują rzadziej niż ich pełnosprawni koledzy (Sikorska, Gerc, Nowak, 2017).

Wyniki badań dotyczących roli programu biegowego zorganizowanego dla osób z niepełnosprawnością fizyczną w ramach działalności lokalnej społeczności wykazały, że poprawie uległ poziom samoakceptacji uczestników, szczególnie w obszarze kompetencji sportowych i sferze wyglądu fizycznego. Stąd ważne jest podejmowanie inicjatyw sportowych skierowanych do osób z niepełnosprawnością w środowiskach lokalnych (Angeli, Peck, Schwab, 2019). Jednak powodzenie tych działań ma szereg uwarunkowań. Na podstawie analizy 19 różnych badań (Mckenzie, Willis, Shields, 2021) można stwierdzić, że powiązania społeczne, wsparcie środowiska społecznego i odpowiednie środowisko fizyczne były kluczowe dla „znalezienia właściwej równowagi” w byciu aktywnym fizycznie, a więc dla pokonania barier, skorzystania z ułatwień i podjęcia adekwatnej do swoich możliwości aktywności fizycznej. Możliwość nawiązania kontaktów społecznych jest ważnym czynnikiem motywującym młodych dorosłych do uczestnictwa w aktywności fizycznej. Otoczenie materialne w wielu przypadkach

nadal stanowi barierę dla podejmowania aktywności fizycznej przez osoby z niepełnosprawnością ruchową.

Reasumując, warto zaznaczyć, że rezultaty badań dotyczących osób z niepełnosprawnością ruchową, które podejmują aktywność sportową oraz nieaktywnych w tym zakresie, wykazały szereg istotnych różnic (Besz, 2012). Przede wszystkim osoby podejmujące aktywność sportową wyraźnie wyżej oceniają swoją sprawność w zakresie szybkości, wytrzymałości, gibkości, równowagi, siły, a także sprawności seksualnej. Tak więc trudno przecenić znaczenie ruchu i aktywności sportowej podejmowanej przez młodych dorosłych z dysfunkcjami narządu ruchu. Należy jednak zaznaczyć, że nie zawsze taka forma aktywności będzie możliwa ze względu na nasilenie procesu chorobowego czy stopień ograniczenia sprawności. W niektórych sytuacjach odciążenie będzie ważnym elementem procesu leczenia.

Podsumowanie

Zagadnienia funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie wschodzącej oraz wczesnej dorosłości stanowią istotny obszar badań i praktyki wielu dziedzin nauki. Przyjęcie perspektywy biopsychospołecznej w tym zakresie umożliwi chyba najszersze ujęcie charakteryzowanych zagadnień. Należy zaznaczyć, że osoby z niepełnosprawnością ruchową są w większym stopniu narażone na współwystępowanie problemów zdrowotnych niż osoby bez takiej niepełnosprawności, w tym zarówno schorzeń somatycznych, jak i zaburzeń psychicznych. Szczególnej uwagi wymaga transycja z opieki pediatrycznej do opieki medycznej dla dorosłych. W wielu przypadkach młodzi ludzie z niepełnosprawnościami, przechodząc pod opiekę medyczną przeznaczoną dla osób dorosłych, pozostają z niezaspokojonymi potrzebami zdrowotnymi.

Niepełnosprawność istotnie modyfikuje położenie życiowe człowieka zarówno w roli rodzinnej, jak i towarzyskiej, zawodowej, a także ekonomicznej. Jednak niepełnosprawność nie zawsze musi być czynnikiem powodującym regres, gdyż w wielu przypadkach nadal możliwe jest osiągnięcie satysfakcjonującego poziomu dobrostanu psychospołecznego. Znaczny niepokój osób

z niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości wzbudza ograniczenie możliwości zdobycia i wykonywania zawodu, co wiąże się również z ograniczeniami w zakresie uzyskania przez nie niezależności finansowej. Dlatego w celu osiągnięcia sukcesu w tym obszarze życia osoby te starają się zwykle więcej uczyć i pracować niż ich pełnosprawni rówieśnicy. Wielu młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową podejmuje też aktywność sportową lub realizuje ćwiczenia fizyczne w sposób rekreacyjny, co ma niewątpliwie korzystny wpływ zarówno na funkcjonowanie somatyczne, jak i psychospołeczne.

Bibliografia

- Angeli J.M., Peck M.N., Schwab S.M. (2019). Self-Perceived Scholastic Competence, Athletic Competence, and Physical Appearance Are Enhanced in Children and Young Adults with Physical Disabilities Following a Community-Based Running Program, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31, 707–723, <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09690-4>.
- Arnett J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties, *American Psychologist*, 55(5), 469–480, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>.
- Arnett J.J. (2004a). *Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach*, 2nd ed., Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Arnett J.J. (2004b). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*, New York–Oxford: Oxford University Press.
- Bent N., Jones A., Molloy I., Chamberlain M.A., Tennant A. (2001). Factors determining participation in young adults with a physical disability: a pilot study, *Clinical Rehabilitation*, 15(5), 552–561, <https://doi.org/10.1191/026921501680425270>.
- Bergmark L., Westgren N., Asaba E. (2011). Returning to work after spinal cord injury: exploring young adults' early expectations and experience, *Disability & Rehabilitation*, 33(25/26), 2553–2558, <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.579224>.
- Besz A. (2012). Struktura wizerunku własnego ciała u sportowców z uszkodzeniem narządu ruchu, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Prace Instytutu Kultury Fizycznej*, 28, 137–150.
- Bidziński K. (2010). Zmiany w hierarchii wartości osób z dysfunkcją narządu ruchu w okresie od dorastania do wczesnej dorosłości, [w:] Z. Palak, A. Bujnowska, A. Pawlak (red.), *Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji*

- osób niepełnosprawnych w biegu życia. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 119–130.
- Brzezińska A. (2007). *Społeczna psychologia rozwoju*, wyd. 3, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Doyle Y., Moffatt P., Corlett S. (1994). Coping with disabilities: The perspective of young adults from different ethnic backgrounds in inner London, *Social Science & Medicine*, 38(11), 1491–1498, [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90111-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90111-2).
- Ellis-Hill C.S., Horn S. (2000). Change in identity and self-concept: A new theoretical approach to recovery following a stroke, *Clinical Rehabilitation*, 14(3), 279–287, <https://doi.org/10.1191/026921500671231410>.
- Fergus K.B., Zambeli-Ljepović A., Hampson L.A., Copp H.L., Nagata J.M. (2022). Health care utilization in young adults with childhood physical disabilities: a nationally representative prospective cohort study, *BMC Pediatrics*, 22, Article 505, <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03563-0>.
- Gorman C., Kennedy P., Hamilton L.R. (1998). Alterations in self-perceptions following childhood onset of spinal cord injury, *Spinal Cord*, 36(3), 181–185.
- Hallum A. (1995). Disability and the transition to adulthood: Issues for the disabled child, the family, and the pediatrician, *Current Problems in Pediatrics*, 25(1), 12–50.
- Hammoud A.M., Grindstaff C.G. (1992). Socio-demographic characteristics of the physically disabled in Canada, *Canadian Journal of Public Health*, 83(1), 57–60.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. (2007). Wstęp, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2: *Charakterystyka okresów życia człowieka*, wyd. 3, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 15–16.
- Heckhausen J., Wrosch C., Schulz R. (2010). A Motivational Theory of Life-Span Development, *Psychological Review*, 117(1), 32–60, <https://doi.org/10.1037/a0017668>.
- Heflich-Piątkowska H., Walicka J. (1975). *Problemy psychologiczne i psychopatologiczne w ciężkich uszkodzeniach narządu ruchu*, Warszawa: PZWL.
- Højberg A.L., Steffensen B.F. (2008). Developing and maintaining of user-defined personal competencies among young adults with congenital physical disability, *Developmental Neurorehabilitation*, 11(3), 225–235, <https://doi.org/10.1080/17518420801956649>.
- Kirenko J. (1995). *Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kościelak R. (1995). Poczucie sensu życia, poczucie umiejscowienia kontroli i samoocena osób z trwałą dysfunkcją narządu ruchu, *Postępy Rehabilitacji*, 9(3), 57–70.

- Kowalik S. (1999). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Kowalik S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Lal S., Tremblay S., Starcevic D., Mauger-Lavigne M., Anaby D. (2022). Mental health problems among adolescents and young adults with childhood-onset physical disabilities: A scoping review, *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, Article 904586, <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.904586>.
- Lindsay S., Cagliostro E., Albarico M., Mortaji N., Srikanthan D. (2019). Gender matters in the transition to employment for young adults with physical disabilities, *Disability and Rehabilitation*, 41(3), 319–332, <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1390613>.
- Livneh H., Martz E., Bodner T. (2006). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(3), 251–261, <https://doi.org/10.1007/s10880-006-9028-5>.
- Majewicz P. (2012). *Psychospołeczna adaptacja osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie dorosłości*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Majewicz P. (2016). Wybrane aspekty psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości, [w:] M. Marmola, A. Wańczyk-Welc (red.), *Kompetencje życiowe młodych dorosłych*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 119–130.
- Marianowska A. (2013). Pomiędzy adolescencją a dorosłością – koncepcja *emerging adulthood* Jeffreya J. Arnetta, *Edukacja Dorosłych*, 1, 91–104.
- Martin J., Meltzer H., Elliot D. (1988). *The Prevalence of Disability Among Adults*, London: HMSO.
- Mckenzie G., Willis C., Shields N. (2021). Barriers and facilitators of physical activity participation for young people and adults with childhood-onset physical disability: a mixed methods systematic review, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 63(8), 914–924, <https://doi.org/10.1111/dmcn.14830>.
- Ossowski R. (2020). *Psychologia rehabilitacyjna w praktyce*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Reichard A., Stolze H., Fox M.H. (2011). Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States, *Disability and Health Journal*, 4(2), 59–67, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2010.05.003>.
- Retznik L., Wienholz S., Seidel A., Pantenburg B., Conrad I., Michel M., Riedel-Heller S.G. (2017). Relationship Status: Single? Young Adults with Visual, Hearing, or Physical Disability and Their Experiences with

- Partnership and Sexuality, *Sexuality and Disability*, 35, 415–432, <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9497-5>.
- Roebroek M.E., Donkervoort M., Wiegerink D.J.H.G., van Meeteren J., Stam H.J., on behalf of the Transition Research Group Southwest Netherlands (2007). Transition into adulthood of young adults with cerebral palsy: limitations in achieving independent life, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49 (Suppl. 111), 22.
- Sigelman C.K., Rider E.A. (2009). *Life-Span Human Development*, 6th ed., Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning.
- Sikorska I., Gerc K., Nowak T. (2017). Przystosowanie psychologiczne sportowców z niepełnosprawnością, [w:] I. Sikorska, K. Gerc, L. Pawłowski (red.), *Sportowcy z niepełnosprawnością. Aspekty psychologiczne i społeczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM, 97–124.
- Thomas A.P., Bax M.C.O., Smyth D.P.L. (1988). The social skill difficulties of young adults with physical disabilities, *Child: Care, Health and Development*, 14–(4), 255–264, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1988.tb00579.x>.
- Verhoef J.A.C., Miedema H.S., Van Meeteren J., Stam H.J., Roebroek M.E. (2013). A new intervention to improve work participation of young adults with physical disabilities: a feasibility study, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55(8), 722–728, <https://doi.org/10.1111/dmcn.12158>.
- White P.H., Cooley W.C. (2018). Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home, *Pediatrics*, 142(5), Article e20182587, <https://doi.org/10.1542/PEDS.2018-2587>.
- Wilder E.I. (2006). *Wheeling and Dealing. Living with Spinal Cord Injury*, Nashville: Vanderbilt University Press.
- Young N.L., Steele C., Fehlings D., Jutai J., Olmsted N., Williams I.J. (2005). Use of health care among adults with chronic and complex physical disabilities of childhood, *Disability and Rehabilitation*, 27(23), 1455–1460, <https://doi.org/10.1080/00222930500218946>.

John J. Wheeler

East Tennessee State University

<https://orcid.org/0000-0002-9940-3488>

Promoting the Social Significance of Person-Centered Goals in the Education and Habilitation of Persons with Disabilities

Abstract

The purpose of this paper is to provide a rationale for the importance of enhancing the social significance and acceptability of the person-centered goals. Montrose Wolf stated that social validity refers to decisions based on the social importance of interventions on the three related levels. First, the objectives of the treatment must be socially significant, in which the desired outcome is both important and pertinent. Second, the procedures must be deemed as socially appropriate in that they are generally considered acceptable by a society. Third, the effects of the intervention should have educational significance. Most research in social validity has focused on the appropriateness of procedures and the significance of treatment effects. The purpose of this paper will be to offer insights toward improving the importance and pertinence of a consumer inputs as to the social significance of person-centred goals.

There are several methods for measuring social validity, some informal and some more formalized. Informal methods include researcher developed scales, interviews, open-ended questions, and personal narratives. More formal methods include questionnaires and rating scales that have undergone some level of validation as to their reliability and validity. It is suggested that both informal and formalized methods are needed to present an accurate depiction of the social validity of interventions. Readers are also encouraged to consult the seminal reference text on social validity for an in-depth look into this topic.

Key words: social validity; person-centred normalization

Introduction

When providing services and support to individuals with disabilities, it is vital that we address the social significance and acceptability of interventions, and that they result in meaningful goals in the eyes of the consumer. These values represent the essence of social validity. As stated previously, Montrose Wolf (1978) defined social validity by three components. First, the objectives of the treatment must be socially significant, in which the desired outcome is both important and pertinent. Second, the procedures must be deemed as socially appropriate in that they are generally considered acceptable by society. Third, the effects of the intervention should have educational significance. Though Wolf's research was more than forty years ago, such understood social validity is still considered to be fundamental for person-centred interventions and within single-case research. Yet, many research reviews have yielded low rates of social validity data reported in his research. Perhaps the looming question is aside from research on whether the social validity a valued construct in practice. If not, it needs to be, thus the essence of this brief paper.

Stacy Carter and John Wheeler (2019) in an extensive review of social validity in intervention studies in the areas of autism and developmental disabilities found that the extant reviews that have been conducted concerning social validity continue to point to a low prevalence of research articles that contain measures of social validity. Some illustrations of these low rates of resprung include Julie Brosnan and Olive Healy (2011) who reviewed 18 articles focusing on interventions targeting aggression among individuals aged 3–18 with developmental disabilities. A subsequent review by Caitlin Spear *et al.* (2013) conducted a review of 22 single-case research studies diagnosed or at-risk for emotional and behaviour disorders. Though social validity appeared to be implicit in many studies included in the review, the explicit reporting and use of social validity measures was low. Jennifer Ledford *et al.* (2016) reviewed single-case research designs focused on young children with autism spectrum disorder published from 1994 to 2013. They reported that 44% of the studies reviewed included measurement of social validity. The same authors suggested that researchers

report on the specific facets of social validity that are measured when conducting this type of research. Kevin Callahan *et al.* (2017) conducted a review of social validity reported within research utilizing evidence based and emerging practices for the treatment of autism spectrum disorder. They reviewed 828 targeted articles and found that 221 of them (26.7%) directly reported measurement of social validity.

Carter and Wheeler (2019) conducted a review aimed at expanding the previous study conducted by Melinda Snodgrass *et al.* (2018) to include the journal “Education and Training in Autism and Developmental Disabilities” (ETADD). They also examined detailed variables of articles reporting total construct social validity in order to gain insights into the types of social validity measurement being utilized in articles representing total construct social validity. The results of this review on single-case research design (SCRD) studies published over 21-years including the years 1997–2018 revealed a total of 298 single-case research articles that were published in ETADD, of which 138 (or 46%) articles reported on social validity. This percentage was higher than previously reported in other reviews. Though this percentage was better than reported in other reviews, further examination of the type of social validity assessment indicated that findings revealed a variety of procedures that were unclear and lacking in both comprehensiveness and clarity.

Perhaps the most significant review pointing to the low frequency of reporting social validity data was conducted by Snodgrass *et al.* (2018). They reviewed the presence of social validity reporting in single case design research across six separate special education journals from the years 2005 to 2016. They examined all single case research design within specific journals and reported on the data from each of them. In addition, they separated partial construct social validity where only 1–2 components of social validity were included versus total construct social validity, e.g., all three components as defined by Wolf (1978) within the articles. Their review investigated. $N = 429$ single case research (SCR) design articles and found that just 27% of those articles reported social validity and an abysmal 7% of those articles reported on total construct social validity. Given these low percentages of studies reporting

social validity it reinforces the need to continue to carry out systematic reviews as a method of evaluating this trend of reporting in the literature.

Rationale for person-centred goals:

Moral and ethical considerations

When one considers the significant responsibility of providing services and supports to individuals be it within the context of a school setting, a habilitative environment, or a health care setting, it challenges us to consider the social significance or importance of our intervention, instruction, or treatment to the individual. This is one major aspect of social validity, is it socially significant for the person in question (Carter, Wheeler, 2019). Amanda Nicolson, Junelyn Lazo-Pearson and Jackie Shandy (2020) in a recent paper reinforced the importance of understanding the responsibility as practitioners of making socially valid decision-making processes when working with stakeholders especially given the recent pandemics and its impact on services and supports to individuals in need. In medicine and health care, the term patient-centeredness has become a more widely-used term in medicine to describe the patient/doctor relationship and coordinated care related to the patients' needs (Langberg, Dyhr, Davidsen, 2019). Though different from social validity, the theme of the message appears to be trending toward greater reliance on understanding patient input related to patient care in the treatment of illness. Returning to the course, Wolf (1978) stated that in the design and development of socially significant treatment goals, that anyone having a vested interest in that treatment must have recognition and or input, this would certainly include the individuals for whom we are attempting to serve.

Considerations in the development of person-centred, socially significant goals

Care must be taken when considering and developing person-centred, socially significant goals. Carter and Wheeler (2019) suggested

the following methods be considered. These include: (1) conducting semi-structured interviews with a consumer, their relevant family members be they parents or significant others; (2) gathering relevant information from multiple sources to serve as a guide in the development of relevant goals; (3) consider different aspects of the individual's life; (4) rank the goals that are selected hierarchically; and (5) operationalize expected outcomes in both clinical and social (lay) terminology. There are several other strategies which could potentially improve the selection of socially significant and person-centred goals and enhance overall social validity.

Carter (2008) expanded on these to provide greater clarity in the considerations that need to be accounted for when developing person-centred, socially significant goals.

As an example, when Carter (2008) measured the significance of goals, he considered societal benefits, consultant benefits, and consumer benefits. For purposes of this paper, we will only address societal and consumer benefits. Societal significance included such attributes as normalization and resources, to name just two, as these pertain to social significance for consumers with disabilities. In terms of consumer significance, Carter (2008) highlighted attributes such as personal preferences of the individuals receiving supports, their input on selection of goals, choice, normalization, and the potential for rehabilitation.

When developing goals, it is important to consider these fore-mentioned components in a thoughtful and systematic manner, and to compile these relevant pieces of information that will lead to successful outcomes ultimately for the individuals we are serving. In understanding how to positively impact the quality of life for the individuals we serve, Robert Schalock and Ruth Luckasson (2005) recommended six clinical judgment strategies that can be used to realize positive outcomes more effectively; these include (1) conducting a thorough social history to provide us with a better understanding of an individual and their strengths, needs and relevant context; (2) aligning any relevant data and its collection to the critical question(s) at hand case, the development of person-centred and socially valid goals; (3) applying broad-based assessment strategies to capture the 'big picture'; (4) selecting and implementing intervention best practices; (5) planning, implementing, and

evaluating individualized supports; (6) reflecting on the process, the feedback, and the progress realized.

Person-centeredness

As we engage in the process of developing person-centred and socially valid goals, there are several considerations that Carter and Wheeler (2019) have outlined. These fall in sync with recommendations previously mentioned from Schalock and Luckasson (2005). In order to have effective treatments and/or supports, we must understand the individual for whom we are providing these supports for us to be effective in the development of person-centred and socially significant goals. This requires that we obtain various forms of information from the consumer of social validation for treatment goals for our supports to be effective. It is vitally important that we seek authentic input from the consumer for us to fully engage in the goal development that is both person-centred and socially significant. Carter and Wheeler (2019) raised the importance of incorporating the values of the consumer in the formation of goals, as these may reflect the individual's culture, ethnicity, and religion. If one were to consider the importance of engaging the consumer as a partner in the process, it makes total sense as such a viewpoint promotes an active engagement of the individual in their treatment.

When developing goals for the individual, it is also very important to consider how the goals relate to typical peers or peer comparison. In other words, are the behaviours we are considering as goals consistent with the behavioural and performance expectations of same aged peers? By doing so, we reinforce the need for selecting socially relevant goals for the individual. It is essential that professionals guard against infusing their personal bias and/or values in the process.

Methods for gathering consumer input

Carter and Wheeler (2019) provided strategies for fathering consumer input in the goal development process. This included the

use of interviews and rating scales as these may be successful in reflecting the desires of the consumer in terms of hopes, dreams, and needs. This method may be sufficient in many cases and may accurately reflect the wants and needs of the consumer. Determining consumer goal preferences may be accomplished by conducting interviews with them or with those highly familiar with the consumer. It is important to validate the obtained information, perhaps from input of family members, or significant others.

It is also important to distinguish between formal and informal supports for persons with disabilities and/or accompanying co-morbidity. Informal supports include family members, neighbours, and friends who may provide assistance, such as transportation or other supports. Whereas formal supports are those provided by professionals. This is what is termed person-centred planning. As noted by Donald Kincaid (1996), person-centred planning includes the following components: (1) participating in community life; (2) gaining and maintaining satisfying relationships; (3) expressing preferences and making choices; (4) fulfilling respected roles in society; (5) continued development of personal competencies. Also essential in the planning process are the strengths be they formal or informal that enhance the probability of successful goal attainment and also any barriers that pose challenges to attaining the desired outcomes by the individual we are supporting.

Primary care medicine has incorporated a similar model for patients with chronic illnesses. Thomas Bodenheimer, Edward Wagner, Kevin Grumbach (2002) reported that traditional medicine has frequently employed a model of that places the patient being as a passive participant. Bodenheimer and colleagues (2002), however, presented a model of a self-management support for patients where they the patients become the active self-caregivers with support from the healthcare team; the latter works with patients to provide them with a necessary education about their specific condition and in the development of monthly goals related to treatment compliance. It only stands to reason that if consumers are a partner in the process of goal selection and planning, they will be more likely to be actively engaged in the process; this, in turn, will result in an increased probability of them being more fully participatory and self-determined.

Additional considerations

Building opportunities for selection of goals is an important factor to be taken into account. Carter and Wheeler (2019) prove that such an opportunity may enhance the significance of treatment goals. They further state that when persons are given input or choice in the design and formation of any treatment plan, they are more apt to be invested in executing such a plan. Choice is an empowering element to one's quality of life.

The need to prioritize treatment goals is an important aspect of choice that involves gathering and reviewing information. Consumers may not rely on reviews of information when making choices about treatment goals, but – if provided with a structured method for prioritizing treatment goals – they may find the information useful (Carter, Wheeler, 2019). The authors provide the following recommendations to consider when selecting person-centered and socially significant goals:

- (1) select treatment goals that are consistent with the consumer's values, preferences, lifestyle, etc.;
- (2) select a minimum number of treatment goals that have high relevance and achievability;
- (3) select treatment goals that can be evaluated by the consultant;
- (4) select treatment goals that recognize the individual characteristics and abilities of the consumer;
- (5) select treatment goals that are important enough to follow over an extended period of time (Carter, Wheeler, 2019).

Summary

It is important to be mindful of the ethical responsibility we as professionals have when working with consumers, be they students, clients, and/or patients, when developing educational or treatment plans with these parties and/or their families or other support team members in doing due diligence to ensure the process remains focused on the needs of the person. By incorporating consumers as partners in this process, we promote the probability of engagement on the part of the individual and the attainment of the successful outcomes.

References

- Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness, *Jama*, 288(14), 1775–1779.
- Brosnan J., Healy O. (2011). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities, *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 437–446.
- Callahan K., Hughes H.L., Mehta S., Toussaint K.A., Nichols S.M., Ma P.S., Kutlu M., Wang, H.-T. (2017). Social validity of evidence-based practices and emerging interventions in autism, *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 32(3), 188–197.
- Carter S.L. (2008). Further conceptualization of treatment acceptability, *Education and Training in Developmental Disabilities*, 43(2), 135–143.
- Carter S.L., Wheeler J.J. (2019). An analysis of social validity prevalence and measurement within education and training in autism and developmental disabilities, *DADD Online*, 6(1), 48–57.
- Kincaid D. (1996). Person-centered planning, [in:] L.K. Koegel, R.L. Koegel, G. Dunlap (eds.), *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community*, Baltimore: Brookes, 439–465.
- Langberg E.M., Dyhr L., Davidsen A.S. (2019). Development of the concept of patient-centredness – A systematic review, *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1228–1236.
- Ledford J.R., Hall E., Conder E., Lane J.D. (2016). Research for young children with autism spectrum disorders: Evidence of social and ecological validity, *Topics in Early Childhood Special Education*, 35(4), 223–233.
- Nicolson A.C., Lazo-Pearson J.F., Shandy J. (2020). ABA finding its heart during a pandemic: An exploration in social validity, *Behavior Analysis in Practice*, 13(4), 757–766.
- Schalock R.L., Luckasson R. (2005). *Clinical judgment*, Washington: American Association on Mental Retardation.
- Snodgrass M.R., Chung M.Y., Meadan H., Halle J.W. (2018). Social validity in single-case research: A systematic literature review of prevalence and application, *Research in Developmental Disabilities*, 74, 160–173.
- Spear C.F., Strickland-Cohen M.K., Romer N., Albin R.W. (2013). An examination of social validity within single-case research with students with emotional and behavioral disorders, *Remedial and Special Education*, 34(6), 357–370.
- Wolf M.M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11(2), 203–214.

Marzenna Zaorska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
<https://orcid.org/0000-0003-4867-770X>

Student/studentka z równoczesną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością – bariery, ograniczenia, możliwości

Streszczenie

Sprzężenie niepełnosprawności słuchu i wzroku należy do kategorii najpoważniejszych niepełnosprawności, którymi może zostać dotknięty człowiek. Szczególnie specyficzne konsekwencje tego stanu mają miejsce wtedy, kiedy niepełnosprawność obecna jest od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa. Nie oznacza to jednak, że w rezultacie wczesnej diagnozy niepełnosprawności i wczesnego wspomagania rozwoju, dostosowanego do możliwości rehabilitacji, terapii oraz edukacji szkolnej osoba z dualną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością nie może podjąć kształcenia na poziomie wyższym oraz skończyć studiów i samorealizować się w wybranej przez siebie profesji. Oczywiście jest, że w czasie studiów może ona doświadczać (i zwykle doświadcza) wielu różnorodnych trudności oraz ograniczeń; są one jednak do pokonania przy właściwie zorganizowanym wsparciu, uwzględniającym specyfikę niepełnosprawności i spersonalizowane potrzeby takiej studentki/takiego studenta.

W artykule przedstawiono sylwetki osób z równoczesną niepełnosprawnością słuchu i wzroku, które odniosły sukces edukacyjny na poziomie wyższym i samorealizację w życiu zawodowym oraz osobistym.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność; równoczesna niepełnosprawność słuchowo-wzrokowa; student/studentka z równoczesną niepełnosprawnością słuchowo-wzrokową

Student with deafblindness – barriers, limitations, and opportunities

Abstract

The dual hearing and visual impairments falls into the category of the most severe disabilities that a person can be affected by. Particularly specific consequences of the condition occur when the disability is congenital

or acquired in early childhood. This does not mean, however, that – if early diagnosed, provided with an appropriate support, such as bespoke rehabilitation, therapy, and education – persons with a dual sensory impairment, will not be able to get into higher education, successfully complete their studies, and achieve self-fulfilment in their chosen profession. While studying, these students may experience (and usually do) a wide variety of difficulties and limitations, but these are surmountable with properly organised support, taking into account the specificity of their disability and their individual needs.

The article presents the profiles of people with hearing and sight disabilities who achieved educational success and self-fulfillment in their professional and personal lives.

Key words: disability; deafblindness; student with dual sensory loss

Wstęp: wybrane konsekwencje dualnej słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności

Równoczesna słuchowo-wzrokowa niepełnosprawność należy do kategorii najpoważniejszych niepełnosprawności, którymi może zostać dotknięty człowiek. Całkowitemu lub bardzo poważnemu zaburzeniu ulega bowiem sprawność dwóch podstawowych zmysłów, które nie tylko są źródłami wiedzy i informacji o otaczającym świecie, stymulatorami różnego typu aktywności i rozwoju wedle ogólnie przyjętych standardów, ale też kreatorami drogi życiowej człowieka, w tym drogi edukacyjnej (Zaorska, 2020).

Zarówno w Polsce, jak i na świecie populacja osób z równoczesną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością nie stanowi dużego procentu ani w populacji ogólnej, ani w populacji osób z niepełnosprawnościami (Zaorska, 2021a). Jednakże konsekwencje takiej niepełnosprawności są poważne i zróżnicowane, zależne od co najmniej kilku parametrów bezpośrednio powiązanych ze stanem niepełnosprawności, tj. od stopnia niepełnosprawności zmysłów, czasu, kiedy pojawiła się niepełnosprawność, jej etiologii. Znaczący jest również czas diagnozy niepełnosprawności, jej trafność, organizacja i realizacja wspomaganie rozwoju, edukacja dostosowana do spersonalizowanych potrzeb i możliwości. Ważne są czynniki środowiskowe, w tym czynniki dotyczące jakości i efektywności wsparcia udzielanego rodzinie osoby z niepełnosprawnością (Zaorska, 2020).

W analizie zagadnień związanych ze stanem niepełnosprawności przyjmuje się aktualnie nie tylko kryteria medyczne, ale przede wszystkim kryteria funkcjonalne. Wskazują one sfery życia, na które stan niepełnosprawności wywiera, lub wywierać może, zróżnicowany wpływ. Biorąc pod uwagę powyższy aspekt, można wymienić kilka takich sfer:

- 1) dostęp do informacji, wiedzy i nauki,
- 2) porozumiewanie się z otoczeniem,
- 3) wykonywanie czynności codziennych,
- 4) orientacja i poruszanie się w przestrzeni,
- 5) edukacja i praca zawodowa,
- 6) udział w życiu kulturalnym i społecznym (Majewski, 1995).

Oczywiste jest, że obecność dualnej słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności w sposób istotny i sobie właściwy determinuje rozwój oraz aktywność psychospołeczną człowieka. Ważny jest też fakt ewentualnego współwystępowania dodatkowych niepełnosprawności, szczególnie niepełnosprawności intelektualnej. Ponadto sytuacja osób nabywających niepełnosprawność w późniejszym okresie życia jest o wiele bardziej komfortowa w porównaniu z sytuacją osób doświadczających niepełnosprawności od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa. W przypadku pierwszych z wymienionych działań edukacyjno-rehabilitacyjne nakierowane są na akceptację zaistniałej niepełnosprawności (psychoterapia) oraz na ukształtowanie nowych umiejętności w zakresie orientacji i poruszania się w przestrzeni, realizacji czynności samoobsługowych i codziennych, odbioru i przekazywania informacji metodami alternatywnymi (terapia surdotyflologopedyczna, rehabilitacja społeczna).

Inna jest też sytuacja osób z niecałkowitymi zaburzeniami zmysłów słuchu i wzroku, ponieważ posiadają one określone możliwości wykorzystania nie w pełni sprawnych narządów i ich funkcji (np. resztek słuchowych, wzrokowych) w różnych sytuacjach życiowych, różnych sferach aktywności oraz przy nabywaniu umiejętności wymaganych w konkretnych działaniach realizowanych przez człowieka. Jeszcze inna jest sytuacja osób z mniej poważnymi zaburzeniami sensorycznymi w jednym zakresie i bardziej poważnymi w drugim, gdyż wykorzystanie bardziej sprawnego narządu

znacznie ułatwia codzienne funkcjonowanie, zdobywanie wiedzy, realizowanie ambicji osobistych, celów edukacyjnych, zawodowych, społecznych, rodzinnych.

Najbardziej skomplikowana jest sytuacja osób doświadczających konsekwencji związanych z całkowitym wyłączeniem sprawności zmysłów o charakterze wrodzonym lub wczesnie nabytym. Podstawowymi zmysłami umożliwiającymi ludziom rozwój i poznanie rzeczywistości są przecież słuch oraz wzrok. W przypadku istnienia sprzężonej słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności, przy braku możliwości odbioru wrażeń słuchowych i wzrokowych, dominują inne, mniej znaczące w sensie rozwojowo-poznawczym zmysły jak dotyk, węch, smak, wibracja. Dodatkowo stan nakładających się na siebie niepełnosprawności sensorycznych od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa stwarza specyficzne bariery w odbiorze, rozumieniu, interpretacji postrzeganego świata, budowaniu pojęć abstrakcyjnych, zdobywaniu wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych. Aczkolwiek nie uniemożliwia zupełnie zdobycia wiedzy za pomocą pozostałych zmysłów na alternatywnych zasadach, drogami kompensacji, tzn. odmiennymi niż jest to przyjęte w świecie osób słyszących i widzących. Stąd odpowiednio (z)organizowana przez innych i często też przez innych kreowana aktywność poznawcza (tu zwracam uwagę na wątek etyczny tych działań) może dać (i daje) oczekiwane efekty w postaci pozyskiwania wiedzy, informacji, umiejętności i sprawności skonstruowanych relatywnie do sytuacji rozwojowej i funkcjonalnej człowieka (Zaorska, 2021a).

Równoczesna niepełnosprawność słuchu i wzroku potencjalnie utrudnia orientację przestrzenną i poruszanie się. Stosunkowo poważnych ograniczeń w tym zakresie doświadczają nie tylko osoby z dualną niepełnosprawnością sensoryczną istniejącą od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa, ale też osoby, które całkowicie lub częściowo utraciły sprawność zmysłów w późniejszym okresie życia. U pierwszych z wymienionych obecne są m.in. odczucia lęku przed podejmowaniem aktywności dotyczących poznawania otoczenia i przemieszczania się oraz przykre wspomnienia różnych niebezpieczeństw występujących w otaczającej przestrzeni. Stąd osoby te preferują ograniczanie aktywności fizycznej na rzecz tzw.

siedzącego trybu życia. Wiele z nich wymaga wsparcia widzącego przewodnika, psa przewodnika czy urządzeń wspomagających przywoływane aktywności jak biała laska z czerwonymi paskami (laska symbolizująca osobę z równocześnie zaburzoną sprawnością słuchu i wzroku), GPS czy urządzenia wykorzystujące wibracje (Majewski, 1995; Zaorska, 2021a).

Kolejny niezwykle istotny problem w przypadku osób z jednoczesną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością stanowi komunikacja z otoczeniem. Dotyczy on nie tylko wszelkich działań edukacyjno-rehabilitacyjnych realizowanych wobec takich osób, ale także indywidualnych i społecznych aktywności realizowanych przez te osoby. Bez odpowiedniej komunikacji nie może być mowy o efektywnym rozwoju, gromadzeniu wiedzy, nabywaniu umiejętności istotnych z egzystencjalnego punktu widzenia. Oczywiście osoby tracące całkowicie lub częściowo sprawność zmysłów słuchu i wzroku, co skutkuje ograniczeniami w zakresie umiejętności posługiwania się mową foniczną, w późniejszym okresie życia mogą korzystać z zaadaptowanych metod przekazu informacji, które wcześniej opanowały (Zaorska, 2021a).

Obecność dualnej słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności może również utrudniać wykonywanie czynności samoobsługowych oraz czynności związanych z życiem codziennym. Niewątpliwie poziom ich opanowania i realizacji zależy od rodzaju i głębokości zaburzeń zmysłów słuchu i wzroku. Stąd tak ważne jest w miarę samodzielne radzenie sobie z czynnościami samoobsługowymi, codziennymi, ponieważ daje to poczucie samodzielności, sprawstwa, braku potrzeby korzystania z pomocy osób pełnosprawnych. Doświadczenia praktyki pedagogicznej pokazują, że większość osób z równoczesną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością jest w stanie nie tylko na zadowalającym poziomie opanować czynności samoobsługowe i codzienne, ale też nie wymaga szczególnego wsparcia w ich realizacji (Majewski, 1995; Zaorska, 2002).

Osoby z dualnymi sprzęgającymi się niepełnosprawnościami słuchu i wzroku potrzebują chwil odpoczynku, relaksu, a także czasu wolnego, w którym mogłyby rozwijać swoje zainteresowania, korzystać z dóbr kultury, sportu, rekreacji. Mogą to wszystko robić w sposób analogiczny jak osoby pełnosprawne, tzn. na

spotkaniach z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi, na wycieczkach, rajdach, wczasach, turnusach rehabilitacyjno-wypoczynkowych. Mogą czytać interesującą literaturę piękną, popularnonaukową, naukową czy czasopisma w sposób dla siebie dostępny lub z pomocą osób zadeklarowanych do udzielenia pomocy, korzystać z Internetu, słuchać muzyki, oglądać telewizję, rozwijać zainteresowania artystyczne, np. rzeźbienie, wyszywanie, ceramika. Dane działania należy jedynie dostosować do osobistych zainteresowań, preferencji i uzyskanego poziomu sprawności; inne ograniczenia tu nie istnieją (Zaorska, 2021a).

Mając na uwadze wskazane negatywne konsekwencje równoczesnej słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności, można wnioskować, że są one obecne w różnych obszarach rozwoju oraz funkcjonowania indywidualnej i społecznej aktywności osoby dotkniętej tego typu niepełnosprawnością. Taka konkluzja nie oznacza, że nie można tych konsekwencji niwelować i pokonywać dzięki mądrze zorganizowanemu wsparciu, wczesnemu wspomaganemu rozwojowi (w przypadku osób z niepełnosprawnością od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa), rehabilitacji, terapii i edukacji na wszystkich jej poziomach, z edukacją na poziomie wyższym włącznie.

Determinanty sukcesu edukacyjnego osób z równoczesną niepełnosprawnością słuchowo-wzrokową

Literatura przedmiotu oraz doświadczenia z praktyki edukacji osób z równoczesną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością dostarczają dowodów na możliwość uzyskania wykształcenia wyższego przez omawianą grupę ludzi. Na ogół jednak są to nieliczne przykłady. Mając na względzie kontekst historyczny, warto przywołać postać Amerykanki Heleny Keller (1880–1968), najwybitniejszej z grona osób z dualną niepełnosprawnością słuchu i wzroku. Całkowicie straciła ona wzrok i słuch, mając 19 miesięcy. Od 7. roku życia była objęta specjalną rehabilitacją i edukacją realizowaną przez nauczycielkę Annę Sullivan, oddelegowaną do pracy z Keller przez Instytut Perkinsa w Bostonie. Sullivan w kształceniu Keller zastosowała metodę jednoręcznego alfabetu dla głuchoniewidomych, opartą na znakach daktylograficznych języka migowego.

Dzięki tej metodzie Keller nauczyła się czytać, pisać, komunikować głosem, a także poznała podstawy różnych obszarów wiedzy. W wieku 14 lat rozpoczęła edukację w szkole dla głuchoniemych¹ w Nowym Jorku, a w wieku 16 lat – w żeńskim gimnazjum w Cambridge. Cztery lata później została studentką Uniwersytetu Harvarda. Po ukończeniu studiów uzyskała doktorat z filozofii. Poza językiem angielskim czynnie opanowała język francuski i niemiecki oraz, na dobrym poziomie, łacinę i grekę. Aktywnie uczestniczyła w życiu publicznym. Niosła pomoc i wsparcie wielu osobom z niepełnosprawnościami. Cieszyła się szacunkiem wybitnych indywidualności czasów, w których żyła. Napisała wiele prac o charakterze popularnonaukowym, biograficznym i literackim, w tym najbardziej znaną *Historia mojego życia* (Zaorska, 2010, 2021a).

Inną znaczącą postacią jest Olga Iwanowna Skorochodowa. Urodziła się w 1914 r. na Ukrainie we wsi Biełoziorka, w rodzinie chłopskiej. W wieku pięciu lat, w rezultacie choroby, straciła wzrok i prawie całkowicie słuch. W 1922 r. została skierowana do szkoły dla niewidomych dzieci w Odessie, w której przebywała do 1924 r. Na początku 1925 r. została przeniesiona do Szkoły-Kliniki dla Głuchoniewidomych Dzieci w Charkowie, prowadzonej przez prof. Iwana Sokolańskiego. Dzięki specjalistycznej opiece ponownie zaczęła posługiwać się mową foniczną. W szkole uzyskała wykształcenie średnie i rozpoczęła przygotowania do egzaminów wstępnych na studia zaoczne z zakresu filologii rosyjskiej na Uniwersytecie Moskiewskim. Wkroczenie wojsk niemieckich na Ukrainę (w 1941 r.) przeszkodziło realizacji tego celu. Studia filologiczne Skorochodowa rozpoczęła po zakończeniu drugiej wojny światowej, a po ich ukończeniu podjęła pracę w Instytucie Defektologii Akademii Nauk Pedagogicznych, w laboratorium zajmującym się badaniem problematyki rozwoju osób głuchoniewidomych, prowadzonym przez Sokolańskiego (Басилова, 2006). Przez całe dorosłe życie publikowała wiersze, angażowała się w prace organizacji skupiających ludzi z niepełnosprawnościami, szczególnie

¹ Termin „głuchoniemy” został przywołany zgodnie z obowiązującym w danym czasie nazewnictwem. Aktualnie jest zastąpiony sformułowaniem: osoba/osoby z niepełnosprawnością słuchową lub z niepełnosprawnością słuchu.

niewidomych i niesłyszących. Zmarła w Moskwie 7 maja 1982 r. Pozostawiła po sobie bogaty dorobek naukowy, w którym koncentrowała się na konsekwencjach wpływu równoczesnej niepełnosprawności słuchowo-wzrokowej na rozwój człowieka oraz na możliwościach efektywnej edukacji i przygotowania do życia osób doświadczających skutków tej niepełnosprawności. Poza pracą naukową fascynowała się muzyką klasyczną, literaturą piękną (w szczególności poezją). Do jej najbardziej znanych, przetłumaczonych na wiele języków prac należy książka *Jak postrzegam świat* (Скорородова, 1956; Zaorska, 2006, 2010).

W kontekście historycznym na przywołanie zasługuje także tzw. eksperyment zagorski podjęty przez ośrodek dla głuchoniewidomych dzieci w Zagorsku (w Rosji). Polegał on na przygotowaniu czterech najwyżej funkcjonujących uczniów do podjęcia studiów wyższych na Uniwersytecie Moskiewskim. Zanim jednak zamiar ten został urzeczywistniony, wybrane osoby – Natalia Kryłatowa, Jurij Lernier, Aleksander Suworow i Siergiej Sirotkin – zostały skierowane do szkoły nr 65. dla dzieci niesłyszących w Moskwie w celu uzupełnienia braków edukacyjnych oraz uzyskania świadectwa szkolnego. Ośrodek w Zagorsku, obecnie Siergijew Posad, jako placówka opiekuńcza funkcjonująca w strukturach pomocy społecznej, nie dysponował możliwością wydawania świadectw szkolnych. W 1971 r. wskazana grupa osób podjęła studia na Uniwersytecie Moskiewskim na Wydziale Psychologii (z wyjątkiem Siergieja Sirotkina, który początkowo zaczął studia na Wydziale Filozofii, jednak po pół roku dołączył do grupy studiującej psychologię). Na opiekunów grupy głuchoniewidomych wyznaczono dwie absolwentki psychologii Uniwersytetu Moskiewskiego – Elenę Gonczarową oraz Tatianę Basiłową. Studia tych czterech osób zostały uwieńczone sukcesem w 1977 r. (Чулков, 1990; Басилова 2006; Basilova, 2017). Z omawianej grupy trzy osoby realizowały się w pracy zawodowej (w tym w obszarze naukowym): Natalia Kryłatowa w Akademii Nauk Pedagogicznych, Aleksander Suworow w Moskiewskim Miejskim Uniwersytecie Psychologiczno-Pedagogicznym, a Siergiej Sirotkin w Związku Niewidomych, gdzie pełnił funkcję kierownika Sekcji Socjalnej Rehabilitacji Głuchoniewidomych przy Zarządzie Głównym Związku Niewidomych; był

też przewodniczącym Stowarzyszenia Pomocy Osobom Głuchoniewidomym „Elwira”. Dwie ze wspomnianych tu osób uzyskały stopnie naukowe: Suworow stopień doktora habilitowanego nauk psychologicznych, a Sirotkin – doktora nauk filozoficznych. Jeden z uczestników tego eksperymentu, Jurij Lernier, po skończeniu studiów, i dodatkowo jako absolwent Ludowego Instytutu Sztuk Pięknych im. N.K. Krupskiej, zajmował się twórczością rzeźbiarską. Zmarł w 2003 r. (Zaorska, 2010).

Na przywołanie w tym temacie zasługuje także kilka osób z Polski, które pomimo swojej niepełnosprawności uzyskały wykształcenie na poziomie wyższym, a potem samorealizowały się (lub wciąż samorealizują) w życiu osobistym i społecznym. Niewątpliwie do takich osób należą Józef Mendruń, Bohdan Jacórzyński, Grzegorz Kozłowski, Michał Ostrowski, Elżbieta Gubernator-Syposz czy Maciej Szanser.

Józef Mendruń² urodził się 14 listopada 1939 r. we wsi Borki Wielkie w powiecie tarnopolskim (Ukraina). W 1945 r. rodzina, w ramach repatriacji, transportem z Tarnopola przyjechała na Ziemię Odzyskane (województwo wrocławskie). U Mendrunia poważne uszkodzenie słuchu i wzroku nastąpiło w wyniku wybuchu niewypału. W latach 1948–1954 przebywał w domu i nie uczył się. Od 1955 r. kształcił się w placówkach specjalnych dla uczniów z niepełnosprawnością wzroku kolejno we Wrocławiu oraz Bydgoszczy. W 1956 r., mając *de facto* ukończone dwie klasy szkoły podstawowej ogólnodostępnej, trafił do ośrodka dla niewidzących w Laskach. Tam zdobył zawód tkacza, po czym podjął pracę w spółdzielni inwalidów. Ponieważ wykazywał duże możliwości intelektualne, zdecydował się na kontynuację nauki w liceum ogólnokształcącym. W latach 1961–1963 pracował, jednocześnie ucząc się w szkole średniej. Maturę zdał w 1963 r. Dzięki pomocy znanego działacza Polskiego Związku Niewidomych (PZN) Włodzimierza Dolańskiego, a także prof. Marii Grzegorzewskiej i prof. Janiny Doroszewskiej, podjął studia psychologiczne (na Uniwersytecie Warszawskim), które skończył w 1968 r. Od 1969 r. pracował w PZN. W latach 1971–1973 pełnił funkcję przewodniczącego

² Biografia Józefa Mendrunia została opracowana na podstawie informacji zawartych w artykule (Zaorska, 2021b).

okręgu warszawskiego PZN, po czym wrócił do pracy (od roku 1974) w Zarządzie Głównym PZN. W 1991 r. był współinicjatorem i współorganizatorem Towarzystwa Pomocy Głuchoniewidomym (TPG), które w 2019 r. uległo likwidacji. Przez wiele kadencji (aż do 2004 r.) pełnił funkcję przewodniczącego TPG; zainicjował organizację plenerów rzeźbiarskich dla osób głuchoniewidomych w Orońsku, wystawy poplenerowe, realizację filmów pokazujących świat ludzi głuchoniewidomych, np. *Dotyk*, *Tworzenie w ciemności i ciszy*, a także warsztaty artystyczne w Łucznicy, akcję wyposażania podopiecznych TPG w pomoce techniczne (aparaty słuchowe, powiększalniki, komputery ze specjalistycznym oprogramowaniem i dostosowanymi do możliwości przystawkami); wskazał ideę tworzenia regionalnych klubów głuchoniewidomych. W 2000 r. został uhonorowany Medalem Anny Sullivan – ustanowionym w 1952 r. przez Szkołę Perkinsa dla Niewidomych w Watertown (USA) i przyznawanym wybitnym osobistościom za zasługi dla rozwoju edukacji i rehabilitacji dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych głuchoniewidomych (Zaorska, 2016). W 2005 r. przeszedł na emeryturę i w tym samym roku założył organizację pożytku publicznego, Fundację TRAKT, zajmującą się zdobywaniem funduszy na działalność wydawniczą, m.in. na opracowywanie i wykonywanie wybranych pomocy naukowo-dydaktycznych dla osób niewidomych i głuchoniewidomych, np. map, atlasów, globusów. Zmarł 26 stycznia 2021 r. w Warszawie (Zaorska, 2010, 2016).

Grzegorz Kozłowski urodził się w Warszawie 27 czerwca 1953 r. (w tym samym dniu i miesiącu co Helena Keller) z zaćmą wrodzoną. Był leczony streptomycyną, co spowodowało stopniową utratę słuchu; w wieku 4 lat już nie słyszał. Na poziomie szkoły podstawowej i zawodowej kształcił się w ośrodku dla niewidomych w Laskach, potem w Liceum Ogólnokształcącym im. Edwarda Dembowskiego w Warszawie. Realizował identyczny program, jaki obowiązywał uczniów pełnosprawnych. Zwolnienie otrzymał jedynie z lekcji wychowania fizycznego. Pragnął studiować astronomię i astrofizykę. Wybrał jednak studia informatyczne na Uniwersytecie Warszawskim, które skończył w 1980 r. W latach 1980–1990 pracował jako programista w Ośrodku Obliczeniowym w Zakładach Kasprzaka. W 1990 r., po ogłoszeniu upadłości tego zakładu pracy,

zatrudnił się w Polskim Związku Niewidomych. Był pracownikiem biura Zarządu Głównego PZN. W 1991 r. został członkiem TPG, a w 2004 r. jego przewodniczącym. Funkcję tę pełnił przez kilka kadencji, niemal do momentu likwidacji tej organizacji. W 1990 r. założył rodzinę, ma czworo dzieci (dwóch synów i dwie córki). Pi-sze artykuły naukowe oraz popularnonaukowe poświęcone problematyce równoczesnej słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności. Aktualnie pełni funkcję Prezesa Zarządu Polskiej Fundacji Osób Słabosłyszących (Zaorska, 2010).

Bohdan Jacórzyński urodził się 2 grudnia 1937 r. w Warszawie. Jego rodzina pochodziła z Ukrainy, rodzice byli nauczycielami. Od okresu średniego dzieciństwa w jego życiu obecna była równoczesna słuchowo-wzrokowa niepełnosprawność. Szkołę podstawową ogólnodostępną skończył w 1950 r., następnie kształcił się w Liceum Ogólnokształcącym im. Króla Władysława IV. Maturę zdał w 1954 r. Po szkole średniej zdał egzamin wstępny na Politechnikę Warszawską na kierunek chemia, jednak po półtora roku rozczarował się studiami, przerwał je i trafił do wojska – do marynarki wojennej, gdzie służył do 1959 r. Pod koniec służby złożył dokumenty na Wydział Technologii Żywności Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego (SGGW). Studia skończył w 1964 r., uzyskując tytuł magistra inżyniera technologii rolno-spożywczej. Następnie pracował na stanowisku stażysty w Dwikozach koło Sandomierza, a potem, w latach 1965–1989, w Instytucie Żywności i Żywnienia. W 1972 r. uzyskał stopień doktora na Wydziale Technologii Żywności SGGW, a w 1986 r. stopień doktora habilitowanego. W latach 1990–1992 pracował w Akademii Rolniczo-Technicznej w Olsztynie. Potem wrócił do pracy na uczelnię w Warszawie. Był autorem ok. 100 prac naukowych popularyzujących kwestie żywności i żywienia oraz 80 naukowo-badawczych, autorem lub współautorem dziesięciu książek (niektóre doczekały się nawet trzech wydań) oraz kilkunastu pogadanek radiowych. Napisał też autobiograficzną książkę pt. *Ja, głuchoniewidomy* (2008), którą wydał za środki własne. Należał do współzałożycieli wspomnianego już TPG. Zmarł 7 lutego 2014 r. w Warszawie (Zaorska, 2010).

Elżbieta Gubernator-Syposz urodziła się 5 lipca 1955 r. w Krakowie w rodzinie, w której nie było osób z niepełnosprawnością;

od wczesnego dzieciństwa jest osobą z dualną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością. Dzieciństwo i wczesną młodość spędziła w Żaganiu – edukację przedszkolną odbywała w placówce ogólnodostępnej, podobnie jak edukację szkolną na poziomie szkoły podstawowej oraz średniej (liceum ogólnokształcące). Po maturze w 1974 r. przystąpiła do egzaminów wstępnych na studia na kierunku bibliotekoznawstwo na Uniwersytecie Warszawskim. Niestety nie dostała się na nie, dlatego kontynuowała naukę w dwuletnim policealnym studium ekonomicznym w Warszawie. W 1976 r. ponownie ubiegała się o przyjęcie na bibliotekoznawstwo na UW, tym razem z sukcesem. Po studiach pracowała w Bibliotece Uniwersytetu Warszawskiego. Gubernator-Syposz również należy do grupy współzałożycieli TPG, a przez wiele lat była redaktorem wydawanego przez to towarzystwo czasopisma „Dłonie i Słowo”. W 1982 r. wyszła za mąż za niesłyszącego Mieczysława Syposza, absolwenta Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie, współorganizatora i współrealizatora (z pełnosprawnym artystą-rzeźbiarzem Ryszardem Stryjeckim) Plenerów Rzeźbiarskich Osób Głuchoniewidomych w Orońsku. Ma jedną córkę, mieszka w Warszawie. Jest autorką wielu artykułów opublikowanych w czasopiśmie „Dłonie i Słowo” poświęconych problematyce osób z dualną niepełnosprawnością słuchowo-wzrokową (Zaorska, 2010).

Maciej Szanser urodził się 11 sierpnia 1956 r. we Wrocławiu. Rodzice matki byli nauczycielami, matka inżynierem chemikiem, magistrem nauk technicznych, a ojciec oficerem pożarnictwa. W 1960 r. Szanser wraz z rodziną zamieszkał w Warszawie. Już we wczesnym dzieciństwie korzystał ze specjalistycznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej (niepełnosprawność od urodzenia – resztki wzrokowe, głęboki stopień niepełnosprawności słuchu). Uczęszczał do przedszkola ogólnodostępnego oraz ogólnodostępnej szkoły podstawowej. Następnie uczył się w Liceum Ogólnokształcącym im. Księcia Józefa Poniatowskiego w Warszawie. Na Wydział Biologii Uniwersytetu Warszawskiego (specjalność: biologia ogólna) dostał się bez egzaminów jako finalista ogólnopolskiej Olimpiady Biologicznej. Po studiach w 1980 r. podjął pracę w Instytucie Ekologii Polskiej Akademii Nauk. W 2001 r. obronił rozprawę doktorską, uzyskując stopień doktora nauk biologicznych.

Od momentu powstania TPG aktywnie angażował się w jego działalność. Zna język angielski, rosyjski, łacinę oraz esperanto. Jest autorem opracowań naukowych nie tylko z zakresu nauk biologicznych, ale też poświęconych osobom z równoczesną niepełnością słuchu i wzroku (Zaorska, 2010).

Ostatnia z przywoływanych postaci to Michał Ostrowski urodzony 13 kwietnia 1977 r. w Piotrkowie Kujawskim. Obecnie mieszka w Olsztynie. Jego matka była pracownikiem socjalnym, ojciec – technikiem melioracji. Po zdiagnozowaniu słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności Ostrowski został objęty wczesnym wspomaganie rozwoju. Uczęszczał do ogólnodostępnych placówek oświatowych: przedszkola, szkoły podstawowej, liceum ogólnokształcącego. Po maturze podjął studia na Akademii Rolniczo-Technicznej w Olsztynie na Wydziale Nauk o Żywności, które ukończył w 2001 r. W latach 2001–2006 realizował studia doktoranckie na Wydziale Nauk o Żywności Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Studia trzeciego stopnia skończył, ale pracy doktorskiej nie napisał. Po studiach doktoranckich krótko pracował w Ośrodku Mieszkalno-Rehabilitacyjnym Polskiego Związku Niewidomych w Olsztynie, a następnie w jednym z dziekanatów UWM. Obecnie (od wielu już lat) pracuje w Archiwum UWM. W 2008 r. ożenił się z Marią (osoba z niepełnością słuchu), również posiadającą wykształcenie wyższe; mają dwie córki (Zaorska 2010). Przez kilka kadencji angażował się w działalność TPG. Aktualnie angażuje się w pracę rady rodziców przy Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Niesłyszących im. Marii Grzegorzewskiej w Olsztynie. Pisze wiersze, maluje obrazy. Jest autorem artykułów naukowych i popularnonaukowych poświęconych tematyce równoczesnej słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności.

W życiu wszystkich przywołanych powyżej osób obserwujemy występowanie kilku czynników, które zadecydowały o ich sukcesie edukacyjnym i życiowym. Pierwsze z nich to czynniki tkwiące w środowisku rodzinnym, związane z zaangażowaniem rodziny, szczególnie rodziców, oraz innych bliskich osób w proces wspomaganie rozwoju, rehabilitacji oraz edukacji na każdym z poziomów, z edukacją na poziomie wyższym włącznie. Na studiach (jak i na wcześniejszych etapach kształcenia) Grzegorzowi Kozłowskiemu

pomagał ojciec, Maciejowi Szanserowi – matka, podobnie jak Michałowi Ostrowskiemu; Elżbietę Gubernator-Syposz w czasie studiów wspierała koleżanka.

Drugą grupą czynników mających wpływ na przebieg drogi edukacyjnej omawianej grupy osób są czynniki osobnicze, tj. tkwiące w nich samych, w ich możliwościach i predyspozycjach. To przede wszystkim czynniki dotyczące cech osobowości, determinacji oraz świadomości konieczności wkładania ogromnego wysiłku w dążenie do osiągnięcia zakładanego celu, a także wiara w sukces, zdolność do niezrażania się trudnościami, porażkami, a niekiedy nawet brakiem powodzenia w realizacji zakładanych planów. Kolejny czynnik dotyczy samej niepełnosprawności i jest nim brak niepełnosprawności intelektualnej.

Jako ostatek należy wymienić czynniki związane z systemem wsparcia specjalistycznego na poszczególnych etapach rozwojowych (tj. wczesne wspomaganie, wsparcie w okresie przedszkolnym) oraz na każdym z etapów drogi edukacyjnej. Grzegorzowi Kozłowskiemu na studiach nie było łatwo: studia były trudne, problemem był brak literatury w języku polskim, co skutkowało koniecznością korzystania z literatury anglojęzycznej, którą czytał mu ojciec. Przydawały się mu specjalistyczne pomoce i urządzenia przekształcające zapis na pismo Braille'a. Z kolei Michał Ostrowski w czasie studiów funkcjonował na marginesie grupy rówieśniczej, był raczej osobą niezbyt lubianą na swoim roku. Potrzebował więcej czasu na naukę – wykładowcy często mówili niewyraźnie, przemieszczali się po sali wykładowej, korzystali z folii, kolorowych flamastrów, pokazów medialnych, które były słabo widoczne. Na trzecim roku uzyskał zgodę na indywidualny tryb studiowania, co dało większe szanse na organizację kształcenia dostosowaną do jego możliwości.

Bariery w edukacji akademickiej osób z równoczesną niepełnosprawnością słuchu i wzroku

Mając na uwadze specyfikę konsekwencji omawianej niepełnosprawności oraz czynniki współdecydujące o powodzeniu w zdobyciu

wyższego wykształcenia przez wspomniane powyżej osoby, możemy określić kategorie barier obecnych w czasie ich studiów.

Są to niewątpliwie bariery powiązane z brakiem wiedzy nie tylko osób pracujących w systemie szkolnictwa wyższego, ale też całego społeczeństwa o istnieniu słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności. To z kolei powoduje brak świadomości co do jej konsekwencji oraz specyfiki funkcjonowania i potrzeb ludzi z daną niepełnosprawnością w różnych obszarach ich indywidualnej i społecznej aktywności.

Inną kategorię barier (natury mentalnej) tworzą postawy społeczne wobec osób z niepełnosprawnościami, na ogół cechujące się postrzeganiem ich możliwości przez pryzmat niepełnosprawności. Są one wyraźniejsze, gdy połączymy dwa czynniki: wciąż pełne uprzedzeń i rezerwy traktowanie osób z niepełnosprawnościami i brak świadomości istnienia dualnej słuchowo-wzrokowej niepełnosprawności.

Następna grupa barier lokuje się w przestrzeni uczelni wyższych i uniemożliwia studentom z niepełnosprawnością wywiązywanie się ze stawianych wymagań. Są to bariery architektoniczno-urbanistyczne (np. brak dostosowania budynków uczelni, sal dydaktycznych, korytarzy, akademików m.in. w bardzo potrzebne wyciszenie pomieszczeń), technologiczne (np. brak specjalistycznego sprzętu i urządzeń umożliwiających dostęp do wymaganej wiedzy i informacji, w tym do wiedzy przekazywanej w czasie zajęć oraz literatury przedmiotu), organizacyjne (np. nieprzemyślane planowanie zajęć dydaktycznych, zwłaszcza odbywających się poza budynkiem uczelni, zaliczeń i egzaminów, a także indywidualnej organizacji studiów, która zamiast pomóc, może pozostawiać studenta bez jakiegokolwiek pomocy; brak wsparcia w zakresie realizacji praktyk zawodowych). Przykładem bariery może być brak osobistego asystenta, który znałby specyfikę danej niepełnosprawności i mógłby pełnić funkcję tłumacza-przewodnika i który równocześnie byłby kompetentny w obszarze studiowanego przez daną osobę kierunku studiów. Obecny jest też brak informacji o tym, na jakie formy pomocy studenci z niepełnosprawnością mogą liczyć ze strony uczelni.

Ostatnia grupa barier – zamaskowanych, ukrytych – to bariery prawne. Cechuje je możliwość korzystania z praw przynależnych

każdej osobie (tj. praw człowieka) oraz z praw przynależnych osobom z niepełnosprawnościami zapisanych w Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2012 poz. 1169). Z jednej strony przepisy dają osobom z niepełnosprawnościami pełne prawo do kształcenia na wszystkich poziomach, w tym na poziomie studiów wyższych, z drugiej strony bariery obecne w przestrzeni uczelni wyższych bardzo często nie pozwalają z tego prawa w pełni korzystać. W efekcie osoby z niepełnosprawnością albo nie podejmują studiów, albo rezygnują z nich w trakcie ich trwania.

Podsumowanie

W podsumowaniu rozważań na temat edukacji na poziomie wyższym osób z dualną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością warto zadać najprostsze z możliwych pytań: czy osoby, które spełniają kryteria formalne wymagane przez uczelnie wyższe, mające w sobie potencjał do pełnienia roli studenta/studentki, mogą podjąć studia i je skończyć, i w konsekwencji realizować się zawodowo w uzyskanej profesji? Oczywiście odpowiedź brzmi: tak (bo i inna nie mogłaby być). Dowodem na to są przywołane w tekście konkretne osoby, żyjące dawniej i współcześnie, które właśnie tego dokonały. Aby jednak osoby z równoczesną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością mogły studiować i wypełniać wszelkie zobowiązania związane ze studiowaniem, uczelnie wyższe powinny dostosować istniejące w nich zasady funkcjonowania, rozwiązania organizacyjne, różnorodne formy wsparcia oraz przestrzeń do specyficznych potrzeb i możliwości takich osób w obszarach: architektoniczno-urbanistycznym, technologicznym, organizacji kształcenia, dostępu do wymaganej wiedzy i informacji, pomocy ze strony osobistego, wszechstronnie przygotowanego do tej roli asystenta (tłumacza-przewodnika), a także dążyć do zwiększania świadomości pracowników uczelni (nauczycieli akademickich, pracowników administracji i obsługi uczelni) na temat szczególnych potrzeb oraz możliwości osób z dualną niepełnosprawnością słuchowo-wzrokową.

Bibliografia

- Basilova T.A. (2017). *History of Deafblind Education in Russia*, Würsburg: Ergon Verlag.
- Jacórzyński B. (2008). *Ja, głuchoniewidomy*, Warszawa: Druk WEMA.
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012 poz. 1169).
- Majewski T. (1995). *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych*, Warszawa: Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym – Polski Związek Niewidomych.
- Zaorska M. (2002). *Głuchoniewidomi w Polsce – specjalna pomoc, edukacja i rehabilitacja*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Zaorska M. (2006). Olga Skorochodowa – życie, twórczość, osiągnięcia osoby głuchoniewidomej, [w:] J. Baran, S. Olszewski (red.), *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*, Kraków: Impuls, 103–116.
- Zaorska M. (2010). *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych w Polsce i Rosji (rozwój i stan obecny)*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Zaorska M. (2020). Kliniczne problemy dzieci z zaburzeniami narządów zmysłu, [w:] I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 625–639.
- Zaorska M. (2021a). *Edukacja i rehabilitacja osób z równoczesną słuchowo-wzrokową niepełnosprawnością (surdotyflopedagogika). Wybrane aspekty i obszary*, Toruń–Olsztyn: Wydawnictwo Adam Marszałek–Uniwersytet Warmińsko-Mazurski.
- Zaorska M. (2021b). Józef Mendruń (1939–2021), *Szkoła Specjalna*, 82(2), 148–152.
- Басилова Т.А. (2006). О Соколянском и его методах обучения глухих и слепоглухих детей, так интересовавших Выготского, *Культурно-историческая психология* [Basiłowa T.A. (2006). О Sokolanskom i jego mietodach obuczienija głuchich i slepogłuchich dietiej, tak interesowawszych Wygotского, *Kulturno-Istoryczieskaja Psihologija*], 3, 8–16.
- Чулков В.Н. (red.) (1990). *Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглухих детей*, Москва: Академия педагогических наук СССР [Czułkow W.N. (red.) (1990). *Diffierencyrowannyj podchod pri obuczenii i wospitanii slepogłuchich dietiej*, Moskwa: Akadiemija pedagogiczieskich nauk SSSR].

Скороходова О.И. (1956). *Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир*, 2-е изд., Москва: Российская академия образования РСФСР [Skoroходowa O.I. (1956). *Kak ja воспринимaju, predstavljaju i ponimaju okružajuszcij mir*, wyd. 2, Moskwa: Rossijskaja akademi-ja obrazowanija RSFSR].

Monika Pyrczak-Piega

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
<https://orcid.org/0000-0001-6212-6643>

Wykształcenie kobiet z niepełnosprawnościami w perspektywie ich samooceny

Streszczenie

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego kobiety stanowią większość osób z niepełnosprawnościami kształcących się na uczelniach wyższych w Polsce. Niepełnosprawność może być czynnikiem ograniczającym wybór kierunku studiów, motywację do nauki i zadowolenie z procesu kształcenia. W dzisiejszym świecie uczelnie wspierają studentów z niepełnosprawnościami, oferując szereg różnorodnych działań dostosowanych do ich potrzeb i możliwości. Czynnikiem, który może wzmacniać studenta z niepełnosprawnością w procesie studiowania, może być samoocena. Jej wysoki poziom przekłada się na łatwość podjęcia decyzji o studiowaniu, odpowiednie oczekiwania i powodzenia edukacyjne.

Celem artykułu jest przedstawienie zagadnienia samooceny kobiet z niepełnosprawnościami i jej relacji względem aktywności edukacyjnej na poziomie wyższym na podstawie wywiadów pogłębionych przeprowadzonych z trzema kobietami z niepełnosprawnościami.

Słowa kluczowe: samoocena; wykształcenie; kobiety z niepełnosprawnościami; studia; dostępność procesu kształcenia

Education of women with disabilities in the perspective of their self-esteem

Abstract

Women with disabilities, according to Statistics Poland are a majority of disabled students at Polish universities. Disability can be a factor negatively influencing the process of studying, as well as one's motivation to learn and satisfaction with the education at all. In today's world, universities support students with disabilities, by offering them a variety of forms of support tailored to their specific needs and abilities. Self-esteem can be a factor supporting the process of studying. Its high level correlates with an easy decision to study, relevant expectations, and – in consequence – the educational success.

The purpose of this article is to present the issue of self-esteem of women with disabilities and its relationship to higher education activities, based on in-depth interviews conducted with three women with disabilities.

Key words: self-esteem; education; women with disabilities; study; accessibility of the educational process

Wstęp

Obszary społecznego funkcjonowania takie jak rodzina i edukacja odgrywają ważną rolę w życiu każdej osoby. To w nich człowiek realizuje siebie i swoje potrzeby, a także uwidacznia swoje zasoby i możliwości, przeżywa szczęście i stawia czoła różnorodnym problemom. Kobiety z niepełnosprawnościami, tak jak kobiety pełnosprawne, wypełniają społeczne role rodzinne i edukacyjne. Niepełnosprawność może być czynnikiem, który jest związany z tym procesem. Może go ograniczać lub wzbogacać. Samoocena kobiet z niepełnosprawnościami również może odgrywać ważną rolę, a sama niepełnosprawność może pozostawać z nią w korelacji.

Niniejszy artykuł odnosi się do wskazanych dwóch obszarów funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnościami. Zawarto w nim przegląd literatury omawiającej samoocenę i kształcenie osób z niepełnosprawnościami, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet.

W 2023 r. na potrzeby artykułu przeprowadzono wywiady pogłębione z trzema kobietami z niepełnosprawnościami: niepełnosprawnością słuchu – kobieta lat 36 (K1), oraz niepełnosprawnością ruchową – dwie kobiety w wieku 39 lat (K2 i K3). Wszystkie respondentki zamieszkują w mieście, posiadają mężów i po jednym dziecku.

Niepełnosprawność K1 to niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym, wrodzona – niedosłuch zmysłowo-nerwowy obustronny, pogarszający się z wiekiem; kobieta od najmłodszych lat nosi aparaty słuchowe, a ucho prawe zostało u niej implantowane w wieku adolescencji.

K2 ma niepełnosprawność ruchową w stopniu lekkim, nabytą we wczesnej dorosłości w wyniku wypadku; nie używa żadnego specjalnego oprzyrządowania ani protezy.

Niepełnosprawność K3 to niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym, wrodzona; stan respondentki na przestrzeni lat pozostaje

stabilny, nie wymaga używania przez nią specjalistycznego oprzyrządowania ani protezy.

W wywiadach uczestniczki badania pytano o kwestie związane z funkcjonowaniem (w kontekście niepełnosprawności) w miejscu życia rodzinnego i w miejscu nauki; przeprowadzono także test z wykorzystaniem Skali samooceny SES Morrisa Rosenberga. Kobiety odpowiadały na pytania związane z ich rodziną i edukacją na poziomie wyższym.

Ponadto w artykule przedstawiono wybrane wyniki badań przeprowadzonych w 2020 i 2021 r., które dotyczyły jakości życia rodzin kobiet z niepełnosprawnościami, uwzględniając w nich obszar związany z samooceną i wykształceniem tych kobiet. Badania przeprowadzono na potrzeby autorskiej dysertacji pt. *Kompetencje społeczne kobiet z niepełnosprawnościami pełniących role rodzinne a ocena jakości życia rodziny*. Wzięły w nich udział 264 osoby, w tym członkowie rodzin kobiet z niepełnosprawnościami (65 rodzin, 130 osób) oraz – w ramach tzw. grupy kontrolnej – osoby z rodzin kobiet pełnosprawnych (67 rodzin, 134 osoby). W badaniach uczestniczyły kobiety z niepełnosprawnościami w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą, z niepełnosprawnością prawną lub biologiczną, z różnymi przyczynami niepełnosprawności z wyłączeniem: niepełnosprawności intelektualnej, chorób i zaburzeń psychicznych oraz całościowych zaburzeń rozwojowych (Pyrszak-Piega, 2022). Odniesienia do wypowiedzi kobiet uzyskanych w czasie wywiadów oraz częściowych wyników badań znajdują się w dalszej części artykułu.

Samoocena kobiet z niepełnosprawnościami

Samoocena może być definiowana jako ocena własnej wartości i postawa wobec takich swoich cech jak dobroć, kompetencje i przyzwoitość (Aronson, Wilson, Akert, 2012). Wchodzi ona w skład Ja i jest związana z własną wartością (Birch, Malim, 2002). W samoocenie zawiera się obszar poznawczy oraz emocjonalny (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2002) i może ona przyjmować wartości od maksymalnie pozytywnej do maksymalnie

negatywnej (Anastasi, Urbina, 1999). W określaniu samooceny istotną rolę odgrywa m.in. ocena swoich osiągnięć i niepowodzeń oraz skuteczności działania (Suwalska-Barancewicz, Malina, 2018). Samoocena związana jest z poczuciem własnej wartości, które nie jest z nią tożsame (Szpitalak, Polczyk, 2015), a które rozumiane jest jako zbiór emocjonalnych reakcji wobec siebie samego w różnych sytuacjach (Brown, Marshall, 2006). Zbyt niska samoocena skutkuje m.in. przeżywaniem negatywnych emocji, niską motywacją, zachowaniami nieasertywnymi, poczuciem winy, brakiem odporności na krytykę, wysokimi wymaganiami wobec siebie, nieprawidłową oceną przyczyn danej sytuacji oraz zachowań własnych i innych osób czy ponadprzeciętnym zwracaniem uwagi na opinie innych. Zbyt wysoka samoocena może natomiast powodować m.in. nieprawidłowości w kontaktach z innymi, przesadnie wysokie wymagania wobec własnej osoby, egoizm, postawę roszczeniową czy tendencje rywalizacyjne (Góralewska-Słońska, 2011). Adekwatny poziom samooceny jest zatem tym pożądanym, warunkującym prawidłowe funkcjonowanie psychospołeczne.

Samoocena osób z niepełnosprawnościami może kształtować się w relacji z niepełnosprawnością. Niska samoocena może blokować ich rozwój i motywację do podejmowania działań w niesprzyjających warunkach. Nieadekwatnie wysoka samoocena może natomiast skłaniać ku działaniom przekraczającym ich możliwości. Optymalna i adekwatna samoocena osób z niepełnosprawnościami związana jest z ich rozwojem, zachowaniami i działaniami zgodnymi z własnymi możliwościami i ograniczeniami. Samoocena osób z niepełnosprawnościami może być zaniżana wtedy, gdy oceniają one siebie tylko z perspektywy swoich ograniczeń i porażek, gdy porównują się do niedoścignionych kanonów piękna obecnych w przestrzeni społecznej oraz gdy spotykają się z negatywnymi postawami społecznymi, stereotypami, dyskryminacją i izolacją (Krzewiak, 2018). Istotnym czynnikiem kształtującym samoocenę osób z niepełnosprawnościami może być także rodzaj niepełnosprawności, czas, w którym została nabyta, i poziom jej akceptacji. Głęboka niepełnosprawność i trudny proces jej akceptacji lub zupełny brak akceptacji mogą w znaczący sposób obniżać samoocenę (Borowiecki, 2015).

Dane zebrane w trakcie wywiadów pogłębionych oraz badania Skalą SES przeprowadzone na potrzeby niniejszego artykułu pokazują, że samoocena kobiet z niepełnosprawnościami może kształtować się na różnych poziomach, co może pozostawać w związku z niepełnosprawnością. W Skali SES kobiety uzyskały kolejno wyniki:

K1: niska samoocena;

K2: średnia samoocena;

K3: wysoka samoocena.

W trakcie wywiadu kobiety były pytane o samoocenę w kontekście wypełniania ról rodzinnych, tj. roli żony i matki. Poniżej przedstawione zostały zapisy dosłownych fragmentów ich wypowiedzi.

Jestem trochę gorszą matką, bo unikają mi rzeczy, które dziecko czasami mówi i muszę dopominać się, by [córka] powtórzyła. Bardzo ją to złości. Ale z drugiej strony uczyniło mnie to bardziej wrażliwą wzrokowo i czujną. Widzę i szybko dostrzegam rzeczy, dzięki czemu mogę szybko reagować. Jestem też uzdolniona plastycznie i manualnie, co bardzo wspiera wspólne spędzanie czasu z córką, która bardzo lubi prace plastyczne i wyjścia do instytucji kultury. Problemem jest utrudniona komunikacja, gdy dziecko mówi niewyraźnie lub pod wpływem emocji. Muszę jej tłumaczyć, że musi na mnie patrzeć i mówić spokojnie – irytuje ją to bardzo. Stresuję się również na zebraniach, gdy coś nie usłyszę, ale wiem, że muszę walczyć o swoje – dopytywać się, chodzić, wysyłać maile. Bycie „upierdliwą” pozwala mi być zorientowaną informacyjnie. Moja niepełnosprawność nie ma wpływu na to, jaką jestem żoną. Jestem najpierw osobą, a potem kimś z niepełnosprawnością. Nie jestem czujna w sytuacjach, gdy nie mam implantu (sen, mokre włosy), ale mam pełną akceptację swoich ograniczeń ze strony małżonka, który zna język migowy. Nie odczuwam problemu z tym, że jestem osobą z niepełnosprawnością, od strony mojego męża. Robimy wszystko to, co standardowe małżeństwo/rodzina. Nie odczuwam ograniczeń ani jakiegś szkody. [K1]

Uważam, że jestem lepszą matką z powodu niepełnosprawności. Nabycie niepełnosprawności uwrażliwiło mnie na potrzeby innych ludzi, a szczególnie mojego dziecka i mojego męża, który boryka się z problemami zdrowotnymi. Świadomość i doświadczenie różnego rodzaju kryzysów związanych z nabyciem niepełnosprawności pozwala lepiej zrozumieć problemy dziecka i męża. Daję mojemu dziecku przykład, uczę je tego, że pomimo odmienności jesteśmy

tacy sami. Uczę je wrażliwości, otwartości. Dzięki temu nie ucieka z krzykiem na widok osób, które są „inne”. [K2]

Żoną jestem chyba taką samą jak kobiety sprawne. Pomimo pewnych ograniczeń robię wszystko co związane z byciem żoną. Czasem tylko troszkę inaczej. Miałam dużo obaw, czy poradzę sobie z małym dzieckiem. Ale oczywiście nie było problemu. Dziś nie mam ograniczeń, jestem zwykłą matką. Moja niepełnosprawność nie przeszkadza, nie pomaga w byciu żoną. Tak jakby jej nie było. Jest nieistotna w tym kontekście. Jedynie oceny innych osób bołą mnie czasami. Kiedyś dowiedziałam się, że inni mówią, że mojego męża „stać na lepszą kobietę”. Bo wyglądał inaczej. Nieważne, że pracuję, zajmuję się domem. Teraz nawet zarabiam więcej niż on. Dziecko mamy piękne, zdrowe i sprawne. Dlaczego zatem go „stać” na lepszą, tzn. pewnie ładniejszą? On nie ma niepełnosprawności. To zabolalo, podkopało moją wiarę w siebie. Jednak taka jestem, że szybko się otrząsnęłam i nie dałam się złamać wewnątrz. [K3]

Jak wynika z powyższych wypowiedzi, kobiety biorące udział w badaniu borykają się z pewnymi ograniczeniami zależnymi od przyczyny ich niepełnosprawności i są świadome tych ograniczeń. Wyraźny jest tu kontekst społeczny funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnościami, szczególnie mocno akcentowany w wypowiedziach K1 i K3, zwracających uwagę na bariery społeczne, takie jak oceny innych czy potrzeba „wywalczenia” czegoś. K1 w wypowiedziach podkreślała obecność wielu barier i problemów w wypełnianiu ról rodzinnych, co może mieć swoje odzwierciedlenie w niskim wyniku w badaniu z wykorzystaniem Skali SES. K2 uzyskała wynik przeciętny, co również ma swoje odbicie w jej wypowiedziach. Wynik wysoki odnotowano u K3, czego potwierdzeniem jest m.in. stwierdzenie, że „nie dała się złamać” w trudnej sytuacji. Wysoka samoocena pozwoliła jej poradzić sobie z tym problemem w sposób konstruktywny. K1, jako osoba z niską samooceną, wskazała najwięcej trudności i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Wywiad z nią zawierał najmniej pozytywnych aspektów odnoszących się do poczucia własnej wartości i samooceny. W przypadku pozostałych dwóch kobiet odnotowano więcej pozytywnych ocen własnej osoby.

Analiza materiału badawczego autorskich badań z przełomu 2020 i 2021 r. ukazała następujący obraz samooceny w grupie 65

kobiet z niepełnosprawnościami (badanie przeprowadzono kwestionariuszem zawierającym 14 pytań, w tym 12 pytań ze skalą Likerta i 2 pytania otwarte): 69,2% badanych uzyskało wynik wysoki, 23,1% wynik średni i 7,7% wynik niski. Wyniki badań wskazały także na nieznaczne różnice w poziomie samooceny, biorąc pod uwagę stopień niepełnosprawności. 75% kobiet z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, 76,5% kobiet z niepełnosprawnością w stopniu znacznym i 65,8% kobiet z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym ujawniło wysoki poziom samooceny. W przypadku kobiet z niepełnosprawnością w stopniu lekkim nie odnotowano wyników średnich, co wskazuje na ich polaryzację. 2,6% kobiet z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym uzyskało wynik niski. Z zebranych danych wynika, że kobiety ze stopniem umiarkowanym przejawiały najwyższy poziom samooceny. W wytłumaczeniu takiego rozkładu poziomu samooceny pomocna może być teoria społecznych porównań, znajdująca się w obszarze zainteresowań psychologii społecznej. Porównania społeczne dokonywane są w sposób ciągły i obejmują odnoszenie do siebie specyficznych charakterystyk innych osób, co jest jednym z mechanizmów regulowania samooceny (Szpitalak, Polczyk, 2015). Kobiety z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym, porównując się do kobiet z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, mogą budować bardziej pozytywny obraz siebie, a co za tym idzie również wyższą samoocenę. Natomiast kobiety z lekkim stopniem niepełnosprawności mogą w ich porównaniach być pomijane ze względu na to, że ten stopień niepełnosprawności bywa nawet zupełnie niewidoczny i zazwyczaj niesie ze sobą niewielkie ograniczenia. Z kolei poziom samooceny kobiet z niepełnosprawnością nabytą był wyższy niż w przypadku kobiet z niepełnosprawnością wrodzoną (odpowiednio 75,9% oraz 61,4%). Nabycie niepełnosprawności wiąże się z jej akceptacją. Jeśli zostanie ona osiągnięta, osoba z niepełnosprawnością może nie utracić adekwatnej samooceny pomimo trudności, na które napotka w codziennym funkcjonowaniu. Samoocena jest ludzką charakterystyką, która rozwija się od dzieciństwa (Harwas-Napierała, Trempała, 2011). Nabycie niepełnosprawności w biegu życia i jej jednoczesna akceptacja mogą skutkować zachowaniem wysokiego poziomu samooceny. Niepełnosprawność wrodzona

z kolei łączy się nierozzerwalnie z radzeniem sobie z określonymi barierami już od pierwszych lat życia, zatem i osiągnięcie adekwatnie wysokiego poziomu samooceny w tych okolicznościach może być utrudnione.

Wykształcenie kobiet w z niepełnosprawnościami

Samoocena jest czynnikiem, który bierze udział w podejmowaniu decyzji dotyczących edukacji. Wiara we własne możliwości poznawcze, intelektualne czy uzdolnienia, a także stawianie sobie celów i wysokie aspiracje są przejawami adekwatnej samooceny. Są to również czynniki, które wzmacniają motywację do podjęcia studiów wyższych. Studiowanie otwiera wiele możliwości, pozwala rozwijać kompetencje potrzebne na rynku pracy, zwiększa poczucie własnej wartości oraz zakres kontaktów interpersonalnych (Lejzerowicz, Podstawka, 2021).

Jak zatem przedstawia się sytuacja osób z niepełnosprawnościami na uczelniach? Zdaniem Katarzyny Kutek-Sładek (2021):

się szerokiego wsparcia studentów z niepełnosprawnościami jest coraz lepiej skonstruowana, przemyślana i wzmacniana różnymi doświadczeniami, co skutkuje osiągnięciem przez nich coraz lepszych wyników edukacyjnych. Systematycznej poprawie ulegają warunki studiowania, dostępność specjalistycznego sprzętu i oprogramowania, powoli znikają bariery architektoniczne i w komunikowaniu się. Ma to przełożenie na liczbę studiujących osób z niepełnosprawnościami, która od kilku lat systematycznie wzrasta. Rosnącym aspiracjom młodych ludzi towarzyszy polityka uczelni nastawiona na usprawnianie procesu kształcenia studentów z różnorodnymi ograniczeniami sprawności (s. 241).

Według danych opublikowanych na stronie internetowej Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego, GUS), w 2019 r. uczelnie wyższe ukończyło 5744 osób z niepełnosprawnościami, w tym 3697 kobiet (Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, 2022). Ponadto, według danych GUS, „w roku akademickim 2021/22 w uczelniach kształciło się 19,9 tys. osób z niepełnosprawnościami (1,7% ogólnej liczby studentów), a ukończyło je 5,4 tys.

osób (1,8% ogólnej liczby absolwentów). Wśród doktorantów 4,1% stanowiły osoby z niepełnosprawnościami (0,6 tys. osób)” (GUS, 2022, s. 5). W miejscu tym warto również odnieść się do wspomnianych wcześniej badań z lat 2020–2021, w których udział wzięły kobiety z niepełnosprawnościami z wykształceniem:

- wyższym magisterskim (53,8%),
- średnim (26,2%),
- wyższym zawodowym (12,3%),
- i zawodowym (7,7%).

Żadna z kobiet z niepełnosprawnościami nie wskazała w badaniu wykształcenia na poziomie doktoratu.

Uczelnie wyższe otwierają się na potrzeby studentów z niepełnosprawnościami, oferując im coraz szerszy wachlarz wsparcia. Jest to możliwe m.in. dzięki dotacji na wsparcie procesu kształcenia i prowadzenia badań osób z niepełnosprawnościami ze strony Ministerstwa Edukacji i Nauki (ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, Dz.U. 2019 poz. 1696) czy też konkursom „Uczelnia dostępna” (Narodowe Centrum Badań i Rozwoju).

W trakcie wywiadów pogłębionych badane kobiety z niepełnosprawnościami odniosły się do własnych doświadczeń edukacyjnych, związanych ze studiowaniem. Poniżej przedstawiono dosłowne fragmenty ich wypowiedzi.

Duży niedosłuch blokował mi dostęp do większości informacji. Wiązało się to z koniecznością pracy własnej i wsparcia grupy (pożyczanie notatek, informacje). Każdemu prowadzącemu musiałam mówić, że mam wadę, aby uniknąć problemów przy odczytywaniu listy obecności czy wzywaniu do zadań. Nie uczestniczyłam w dyskusjach, gdyż siedząc w pierwszej ławce, słyszałam prowadzącego, ale odpowiedzi z tylnej ławki już do mnie nie docierały. Musiałam zawsze pilnować, aby mieć komfortowe warunki do rozmowy z prowadzącym (bez hałasu, w małej sali). Operacja implantu na IV roku studiów pozwoliła mi na większy udział w zajęciach w trzech ostatnich semestrach – dopiero wtedy poczułam, że w pełni studuję. Jeden wykładowca dyskryminował („Głucha pani jest?!”), drugi ignorował lub zapominał (miałam przez to problemy przy odczytywaniu listy obecności), trzeci wspierał na dyżurach – na zajęciach się nie udzielałam, ale musiałam indywidualnie na dyżurach omawiać cały

materiał z prowadzącymi (duży stres). Na tamte czasy spotykałam się często z politowaniem. Prowadząca z łaciny zmuszała mnie do słuchania w łacinie i kontynuowania wypowiedzi po koleżankach siedzących na końcu sali. Nie dały rady moje wyjaśnienia, poprosiłam o wsparcie rozpoczynając wtedy działalność Pełnomocniczkę Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami, która porozmawiała z prowadzącą zajęcia, wyjaśniając moje potrzeby (że są uzasadnione, a nie wysrane z palca). Przy lektoracie języka obcego byłam zwolniona ze słuchania i mówienia (to miałam załatwione dzięki rozpoczynającej działalność Pełnomocnik Rektora ds. OzN). Z perspektywy czasu i dzisiejszych możliwości widzę, [że] przydałby się asystent dydaktyczny do notatek, szkolenia dla kadry dydaktycznej uczelni z savoir-vivre wobec studenta z niepełnosprawnością oraz pętla indukcyjna. Wtedy takich możliwości nie było, była inna świadomość. Zdecydowanie lepiej jest teraz studentom, bo można ubiegać się o dostosowanie procesu kształcenia i jest to moje prawo, a nie uprzejmość (lub jej brak) ze strony wykładowcy. Obecnie jest większa świadomość kadry uczelni wobec osób z niepełnosprawnością, co już na wstępie gwarantuje dobre podejście bez dyskryminacji i krępowania się. Ja również jestem bardziej świadoma swoich praw, których w czasach studiów nie egzekwowałam. Wybrałam studia z pasji (grafika, książki) i z obawy, że gdzie indziej sobie nie poradzę, gdyż moja wada słuchu się pogłębiła bardzo mocno. Nie miałam siły walczyć o kierunek ścisły na AGH. Brak świadomości dostosowania możliwości kształcenia również zaniżył wybór kierunków. [K1]

Moja niepełnosprawność nie wpływała na studiowanie. Natomiast nabycie niepełnosprawności zbiegło się w czasie z okresem, kiedy studiowałam. Ze względu na liczne operacje i rehabilitację czas zakończenia edukacji na poziomie wyższym się przesunął. Pracownicy uczelni nie wiedzieli o mojej niepełnosprawności. Nie były mi potrzebne żadne dostosowania. Chociaż chętnie skorzystałabym ze wsparcia psychologicznego. Uczelnia, z tego co wiem, nie posiadała oferty dla osób z niepełnosprawnościami. Zdecydowanie sytuacja osób z niepełnosprawnościami teraz jest lepsza. Większa jest świadomość pracowników uczelni dotycząca potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Łatwiej o szkolenia podnoszące wiedzę w tym obszarze. Osoby z niepełnosprawnościami są świadome swoich praw. Standardem na uczelniach są Pełnomocnicy Rektorów ds. Osób z Niepełnosprawnościami, jak również Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami. Społeczność akademicka jest coraz bardziej wrażliwa na potrzeby osób w kryzysie psychicznym. Przy wyborze studiów

kierowałam się ich formą. Ze względu na sytuację zdrowotną i rodzinną zdecydowałam się na studia w formie online. Dzięki studiom realizowanym przez Internet mogłam pogodzić rehabilitację, zdobywanie wykształcenia, pracę oraz zobowiązania rodzinne. [K2]

Dzięki moim doświadczeniom chciałam pomagać innym. Marzyłam o tym, by zostać lekarzem, jednak niepełnosprawność skutecznie mi to zablokowała. To były czasy zaświadczeń lekarskich przy rekrutacji na studia. Z drugiej strony zawsze uważałam, że trzeba mierzyć siły na zamiary. Ja jestem świadoma swoich ograniczeń. Wtedy nie mówiło się dużo o takich jak ja w uczelni. Po prostu byłam – nikt nie zwracał na mnie szczególnej uwagi, mówiąc szczerze, choć moja niepełnosprawność jest widoczna. Pamiętam, że miałam na roku niewidomą koleżankę. Nikt również i jej nie pomagał. Byłyśmy takimi samymi studentami jak inni. Właściwie byłam tylko zwolniona z WF. I miałam stypendium „za orzeczenie”. Na tym koniec. W sumie chyba nie potrzebowałam dostosowań. Teraz, gdy o tym myślę, to nie mam pomysłu nawet, co by to mogło być. Dziś studentom takim jak ja jest lepiej. Niektórzy bez pomocy z uczelni nie mogliby studiować w ogóle. Z drugiej strony dochodzi czasem do absurdów: w wyborze kierunku i ograniczeniach. To znów jest to mierzenie sił na zamiary. Ale obiektywnie jest teraz lepiej. [K3]

Z wypowiedzi kobiet wynika przede wszystkim, że obecnie studenci z niepełnosprawnościami mają dużo większe możliwości i lepsze wsparcie w procesie studiowania. K1 uzyskała najniższy wynik w badaniu samooceny, co znajduje odzwierciedlenie w jej refleksjach na temat studiowania. Nie wybrała innego (wymarzonego) kierunku studiów z obawy przed swoimi ograniczeniami. W trakcie procesu kształcenia potrzebowała wielu form dostosowań, napotkała również wiele barier. K2 natomiast przyznała, że jej niepełnosprawność jest mało widoczna, dlatego nie odczuła jej skutków w studiowaniu, nie potrzebowała dostosowań, podejrzewa, że pracownicy uczelni nie wiedzieli o jej niepełnosprawności. Jej samoocena jest na przeciętnym poziomie. Można domniemywać, że niepełnosprawność, choć nabyta w przełomowym momencie jej życia, nie miała silnego wpływu ani na nią samą, ani na sam proces jej studiowania. K3 posiada niepełnosprawność widoczną, nie korzystała w trakcie studiów z żadnego wsparcia, nie odczuła też zachowań dyskryminujących, nie napotykała na bariery. Czuła

się pełnoprawną studentką, taką jak jej pełnosprawne koleżanki. Jej samoocena jest wysoka (najwyższa spośród opisanych kobiet); być może jej poziom koresponduje z odbiorem przez tę respondentkę świata zewnętrznego jako dostępnego i przyjaznego, przez co – przy braku barier psychologicznych – K3 potrafi dobrze radzić sobie z sytuacjami trudnymi.

Podsumowanie

Kobiety z niepełnosprawnościami, pomimo ograniczeń z nich wynikających, mogą być czynnymi uczestniczkami szeroko rozumianego życia społecznego, w tym rodzinnego i edukacyjnego. Na to, jak funkcjonują w tych obszarach, wpływa bowiem nie tylko ich niepełnosprawność, ale także inne czynniki, jak choćby ich samoocena czy poczucie własnej wartości. Czynniki te kształtują się i zmieniają wraz z życiowymi doświadczeniami. Bariery, na które napotykały kobiety z niepełnosprawnością, specyfika każdej konkretnej niepełnosprawności i jej społeczny odbiór mogą kształtować poziom samooceny. Niezaprzeczalne, zgodnie z danymi GUS, jest, że kobiety stanowią większą część studentów z niepełnosprawnościami w uczelniach wyższych. Dzięki szeroko oferowanemu przez szkoły wyższe wsparciu proces kształcenia staje się coraz bardziej dostępny dla osób ze specjalnymi potrzebami. Wszystkie trzy kobiety, z którymi przeprowadzono wywiady na potrzeby niniejszego tekstu, wskazują na to, że aktualnie sytuacja studentów z niepełnosprawnościami na uczelniach wyższych jest lepsza, a oni sami mają większy dostęp do rozwiązań adekwatnych do specyfiki ich niepełnosprawności. Samoocena, która kształtuje się od dzieciństwa, może wpływać na wybory edukacyjne. Z wywiadów wynika, że niska samoocena ogranicza odwagę do podejmowania decyzji zgodnych z zainteresowaniami edukacyjnymi; wysoka samoocena może natomiast gwarantować lepsze wybory ścieżki kształcenia, odpowiednio dobrane do celów i zamierzeń.

Bibliografia

- Anastasi A., Urbina S. (1999). *Testy psychologiczne*, red. wyd. pol. A. Matczak, tłum. A. Jaworowska, A. Matczak, T. Szustrowa, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (2012). *Psychologia społeczna*, tłum. J. Gilewicz, wyd. nowe, rozsz. i uaktual., Poznań: Zysk i S-ka.
- Birch A., Malim T. (2002). *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, tłum. J. Łuczyński, M. Olejnik, wyd. 4, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (2022). *Edukacja*, 12.05, <https://niepelnosprawni.gov.pl/p,123,edukacja> [dostęp: 27.09.2023].
- Borowiecki P. (2015). Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych, *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, 2, 109–126, https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/0/584_05-Pawel_Borowiecki.pdf [dostęp: 27.09.2023].
- Brown J.D., Marshall M.A. (2006). The Three Faces of Self-esteem, [w:] M. Kernis (ed.), *Self-esteem: Issues and Answers. A Sourcebook of Current Perspectives*, New York: Psychology Press, 4–9.
- Góralewska-Słońska A. (2011). Poczucie własnej wartości jako potencjał jednostki, *Problemy Profesjologii*, 2, 97–112, https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Problemy_Profesjologii/Problemy_Profesjologii-r2011-t-n2/Problemy_Profesjologii-r2011-t-n2-s97-112/Problemy_Profesjologii-r2011-t-n2-s97-112.pdf [dostęp: 27.09.2023].
- GUS (2022). *Osoby niepełnosprawne w 2021 roku*, 1.12, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/26/3/1/osoby_niepelnosprawne_w_2021_r.pdf [dostęp: 27.09.2023].
- Harwas-Napierała B., Tempała J. (red.) (2011). *Psychologia rozwoju człowieka, 2: Charakterystyka okresów życia człowieka*, wyd. 3, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krzewiak D. (2018). Samoocena a bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością, *Student niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy*, 18(11), 55–64, <https://czasopisma.uph.edu.pl/studentniepelnosprawny/article/view/1188/1044> [dostęp: 27.09.2023].
- Kutek-Sładek K. (2021). Wyrównywanie szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnościami – 10 lat doświadczeń w Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II w Krakowie, [w:] A. Karpińska, W. Wróblewska, P. Remża (red.), *Edukacja zorientowana na ucznia i studenta*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 237–253, <https://doi.org/10.15290/eznuis.2021.14>.

- Lejzerowicz M., Podstawka K. (2021). Rozwijanie autorstwa własnego życia studenta z niepełnosprawnością w relacjach społecznych, *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 41, 148–166, <https://czasopisma.bg.ug.edu.pl/index.php/niepelnosprawnosci/article/view/6327/5575> [dostęp: 27.09.2023].
- Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I. (2002). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody, *Psychologia Społeczna*, 2(02), 164–176, https://www.kul.pl/files/118/publikacje_artyk/Laguna_PS_2007_2.pdf [dostęp: 27.09.2023].
- Pyrczak-Piega M. (2022). Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, badania na potrzeby dysertacji pt. „Kompetencje społeczne kobiet z niepełnosprawnościami pełniących role rodzinne a ocena jakości życia rodziny”.
- Suwalska-Barancewicz D., Malina A. (2018). Samoocena i styl przywiązania jako predyktory oceny zachowań komunikacyjnych własnych oraz partnera, *Psychologia Rozwojowa*, 23(3), 65–82, <https://doi.org/10.4467/20843879PR.18.017.9358>.
- Szpitalak M., Polczyk R. (2015). *Samoocena. Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ansab Khalid

Asia e University

<https://orcid.org/0000-0002-9585-0942>

Anuksha Khawaja

Ivy College of Management Sciences

<https://orcid.org/0009-0007-9575-329X>

Muhammad Nasar Iqbal

University of Lahore

<https://orcid.org/0000-0002-3539-3866>

Muhammad Rafiq

University of Lahore

<https://orcid.org/0000-0001-9218-6639>

Low self-esteem, a potential precursor to psychosocial disability among university students: Management strategies and support

Abstract

According to the statistics, up to 20% of Pakistani secondary school students suffer from low self-esteem. The data is alarming and highlights the risk of psychosocial hazards at an older age. Low self-esteem is linked with criminal activities, racial prejudice, drug abuse, risky sexual behaviours and educational underachievement. To encounter the rising wave of low self-esteem, this research takes a psychotherapeutic approach. This research investigates Swish Pattern Therapy as a management for low self-esteem among university students in Pakistan. In this research, a novel model of Swish Pattern Therapy was used which integrated the application of hypnosis and the Circle Technique. The research design used for this experiment was pre- and post-intervention and the sample consisted of 6 participants who were recruited by using the judgmental sampling technique. Further, self-esteem was measured via Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and subjective ratings were also utilized. For quantitative

analysis paired sample t-test was used. The results showed a significant effect of the Swish Pattern Therapy on the management of low self-Esteem. Moreover, the use of novel psychotherapeutic intervention lead to a significant impact on students' self-esteem. Therefore, one of the recommendations for future researchers is to replicate this study on a large sample that represents the population, increasing the generalizability of results.

Key words: Swish Pattern Therapy; Circle Technique; hypnosis; low self-esteem; students

Introduction

Previous research indicates up to 20% of Pakistani students suffer from low self-esteem, which makes the latter a serious threat to their well-being (Farid, Akhtar, 2013). Self-esteem is an evaluation of oneself, either positive or negative (Rosenberg, 1965); thus, low self-esteem is a negative evaluation of oneself. For this reason, the presence of low self-esteem can be destructive, especially for young people, and lead to severe psychological and psychosocial difficulties in them. Furthermore, these individuals are more likely to engage in criminal activities, racial prejudice, drug abuse, risky sexual behaviour, educational underachievement, as well as mental illness (Emler, 2001). A longitudinal study shows that low self-esteem has shown a significant association with poor mental health, poor physical health, poor economic prospects, and engagement in criminal activity (Trzesniewski *et al.*, 2006). These symptoms may exacerbate and further lead to psychosocial disabilities. The management of low self-esteem is a high-priority concern in the younger population, hence; designing a management plan for students is essential. The development of a management plan is derived from the etiological factors.

The researchers have identified several etiological factors leading to the development of low self-esteem. These factors can be divided into two categories: nature and nurture one(s). The first of them suggests that genetics has a significant impact on the level and stability of low self-esteem (Neiss *et al.*, 2009). Therefore, one of the reasons for developing low self-esteem can be a family history. The other category is environmental factors; they also have a significant impact on low self-esteem. Among them are factors such

as poor parental relationships, consistent disconfirming feedback, public failures, and public rejections (Emler, 2001). Belonging to a low socio-economic class is also proven to lead to low self-esteem in Pakistan (Firdous, 2017).

Etiological factors suggest that psychological therapies significantly reduce low levels of self-esteem. Various psychological therapies have proved to increase one's self-esteem. Psychotherapeutic interventions, such as Rational Emotive Behavioral Therapy, Art Therapy, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Hypnotherapy, and Neuro-linguistic Programming (NLP) techniques, have shown significant improvements in self-esteem. Unfortunately, these therapies are rather costly and time-consuming, which does not make them fit optimally for our fast-paced lives. In this research article, a novel integrated approach to psychological therapy is proposed; it draws from Hypnotherapy, NLP, and Circle Technique.

Methodology: Research design and data collection

This study was based on the technique of quasi-experimental design (pre- and post-intervention). 20 individuals were selected through the judgmental sampling method; they were students from private universities, schools, and colleges. However, only six of the potential participants qualified for taking part in the therapy sessions, for the study there were needed participants having a score equal to or below 25 on the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). An exclusion criterion was established and participants with psychosis, neurological issues, speech impairment, blindness, and chronic medical illness were not recruited.

Procedure

Once the participants had been recruited, they were explained the research topic and given consent forms. The participants needed to sign the consent form to continue the research. Initially, they were given the RSES, and subjective ratings were also conducted to measure self-esteem. The participants were questioned about their

symptoms, including duration, and intensity of the symptoms. They were also asked how their symptoms have affected/affect their lives. The technique of chunking was employed when the client was told, the upcoming sessions will only be focusing on self-esteem. After successfully dealing with low self-esteem, the participants could continue the sessions, but these were not a part of the research.

To ensure that the participants wanted to work on their self-esteem, they were asked thrice whether they were ready to enhance their self-esteem. This process is also known as taking an agreement. Once the approval was obtained, a suggestibility and imagination test was conducted. Each participant's suggestibility was tested with the finger spread suggestibility test. The test allowed for verifying whether a participant is emotionally or physically suggestible (Kappas, 1987). As part of the test, participants were asked to face their palms in front of their faces. 10 inches away from the latter. Then they were asked to spread their fingers. This process is to be repeated for both the palms but the difference is the voice used. The instructions are given in loud and low voice and the time participant took to spread their fingers in each case was measured. If the participant spread the finger faster in a loud voice, then they are physically suggestible and if they were fast in a low voice then they are emotionally suggestible. This information aids in understanding how the given person would like to be addressed in the hypnotic state. Emotionally suggestible people prefer a low voice and physically suggestible people prefer a loud voice. Further, after this, their imagination was also tested.

Once suggestibility and imagination were tested, the deep breathing exercise was used to elevate their concentration and reduce muscle tension. As in a relaxed state, people are more prone to the hypnotic state. The participants were instructed to sit in a comfortable position with their hands on their thighs. To begin the exercise, they were asked to take a deep breath from their nose, hold it in for three seconds and then exhale from their mouth. This exercise continued for five minutes and throughout the participants were instructed on when to inhale, hold and exhale. Once the exercise was finished the participants were asked to open their eyes and they were explained the process of Swish Pattern Therapy via screen sharing.



Figure 1. Shows a picture of an unpleasant feeling state

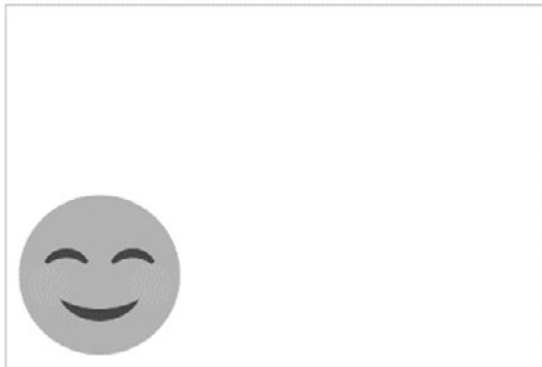


Figure 2. Shows a picture of a pleasant feeling state

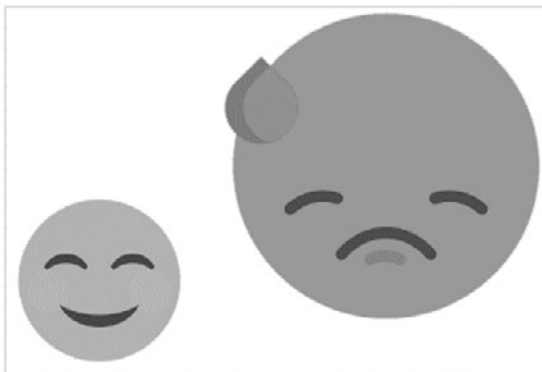


Figure 3. Shows an inferior pleasant feeling state and a superior unpleasant feeling state

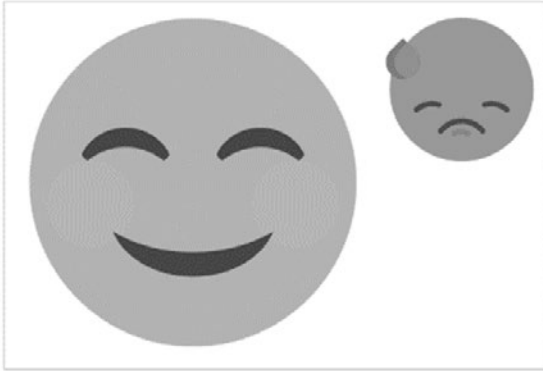


Figure 4. Shows a superior pleasant feeling state and an inferior unpleasant feeling state

Swish Pattern Therapy: The process of Swish Pattern Therapy was explained to the participants using pictures (Figures 1–4). The participants were given the following instructions; once their eyes were closed and they were not allowed to open their eyes or communicate with the instructor. They were required to listen and follow the instructions only. Regarding Figure 1 the participants were asked to imagine a state where they felt underconfident and they were requested to imagine this in a larger size. After successfully reaching this state, they would touch their nose to let the instructor know. While the same process was repeated for Figures 2 and 3 as well but in Figure 2 they were instructed to imagine a state of confidence but in a small size. While for Figure 3 the participants visualized both the states together. Then lastly, for Figure 4 the participants were given instructions to imagine a confident state which was gradually getting bigger. This state also incorporated the use of the Circle Technique.

Circle Technique: For this section, the participants were required to use a pen and a sheet of paper. They were instructed to start drawing clockwise circles when the instructor would ask them. The participants were also demonstrated the process of Circle Technique via Zoom through screen sharing and using the pen tool. If the circle was deep and drawn faster than the participant was feeling relaxed, positive, and confident. After this, the participants were hypnotized using the eye fascination technique.

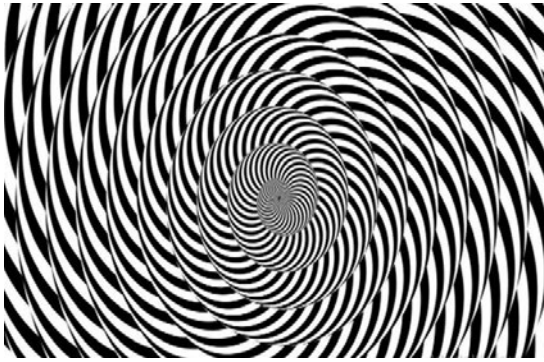


Figure 5. Eye fascination technique

Hypnotic induction: The eye fascination technique was used to hypnotize the participants – a picture of a swirling circle was shown to them (Figure 5). The participants were informed to focus on the centre of the circle. They were not allowed to blink their eyes but if they felt tired they could close their eyes. Another method used to close their eyes was the finger click, if it was taking time otherwise. This was essential because once the eyes were closed the participants were in a hypnotic state. The participants were then requested to imagine that they were on the terrace of their house. When they visualized this state, they indicated this by touching their nose, this was the way of communicating with the therapist throughout the process. Then the participants were asked to take the stairs to go down and halfway through the stairs they were required to indicate this. The participants were further instructed to reach the ground of their house and verify it once done. This is where they were asked to imagine both the states they had visualized earlier. Here they were also given specific instructions to imagine that the positive state was increasing in size because as the image would increase the participants would start feeling relaxed, positive, and confident. Further, they also started drawing circles as the image got bigger. The faster and deeper they draw, the bigger the picture was getting. Hence, elevated levels of confidence, relaxation, and positivity. Participants were asked to stop drawing the circle once they felt fully confident. The instructions were repeated throughout the procedure until the participants stopped drawing the circle and touched their noses. After this the therapist counted to ten and

the participant opened their eyes. Immediately, the break-the-state technique was used by asking the participants multiple questions depending on their interests. For example, one of the participants was asked about her day classes. This concluded the session, and the next session was booked.

Second session and post ratings: In the second session, a similar procedure was used. The participants were greeted with an energetic tone and were asked about their general health. They were also asked about how they have been since the last session for rapport building. The procedures mentioned above were followed for this session as well. At the end of this session, the participants were given the RSES again and subjective ratings were also made concerning their level of self-esteem.

Results

The clients went through two sessions taken respectively: pre- and post-testing one(s). The results show a significant difference in the pre and post-testing of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) and the subjective ratings (Table 1). On this basis, one can conclude that Swish Pattern Therapy has a positive effect on the student's self-esteem. The result also revealed that a person's suggestibility also impacts their self-esteem. There was a meaningful difference between participants who were emotionally suggestible and who were physically suggestible. The results indicated that The Swish Pattern Therapy is more impactful on emotionally suggestible participants.

Table 1. Means, Standard Deviations, t, and p values of pre-testing and post-testing (N = 6)

Pair M		Paired Differences				95% CI	
		SD	t	P	LL	UL	
Pair 1	RSE Pre	5.50	2.49	5.55	.003	8.05	2.95
	RSE Post						
Pair 3	SR Pre	.83	.41	5.00	.004	1.26	.405
	SR Post						

Note: df = 5, $p < 0.05$, M = Mean, SD = Standard Deviation, CI = Confidence Interval, LL = Lower Limit, UL = Upper Limit.

Discussion

This research investigated the effectiveness of a novel, very streamlined therapy, which integrates the Swish Pattern Therapy, the Kapapsonian model of hypnosis, and the Circle Technique. For the needs of the study, the psychotherapeutic intervention was applied to the participants with low self-esteem.

Over the decades there have been several psychological and non-psychological treatment plans, eg., CBT, Competitive memory training (COMET), and maintaining discipline in life have proved to have significant results in the management of low self-esteem. However, these treatments are time-consuming and expensive, e.g., CBT can take up to eight sessions to manage low self-esteem (Badeleh *et al.*, 2013). Pharmacological treatments with the medicines prescribed by a psychiatrist also require more time. Further, the medicines might have long-term side effects. Therefore, the aforementioned regarding low self-esteem shows a need for a more efficient therapeutic model. This research is an attempt to scoop out an innovative, forward-looking therapeutic model that lies in the precision of results and maximum efficiency. The presented therapeutic model is effective as less time-consuming and more affordable.

Theoretically, the described integrated therapeutic model falls on the Freudian psychological approach and focuses on reducing the conflict in the subconscious mind. This is a state where a person is not aware of what is happening unless they intentionally focus on it (Ismail, Yusof, Rani, 2019). However, there is evidence for other therapeutic interventions as well which are based on reducing the conflict in the conscious mind. To understand the conscious process, a therapist requires the patient's detailed information about their biological, familial, psychological, sexual, academic, and social background. The detail levels may cause the whole therapy process extremely time-consuming and, possibly, also distressing/upsetting for both the patient and the therapist. Swish Pattern Therapy and Circle Technique under hypnosis have set a benchmark for other psychotherapies to produce significant results effects in a limited time.

The primary aim of the study was to investigate the positive effect of Swish Pattern Therapy on the self-esteem of the students. The results presented in Table 1 clearly show that Swish Pattern Therapy turned out to be very effective in enhancing their self-esteem. This is supported by previous literature as well, such as research showing that NLP is effective in enhancing self-esteem in-school adolescents (Hakeem, Yesuraja, 2018). The study by Lukmanul Hakeem and Mariya Yesuraja (2018) followed a similar pre- and post-method design on 30 adolescents in Sri Lanka. The sample had diversification, including both male and female participants. Students with low self-esteem were given twelve sessions on NLP. The pre and post-tests were administered on a self-esteem standardized rating scale. The effectiveness of the therapy was found to be significant when it comes to the enhancement of self-esteem in adolescence. Similarly, the similar technique of Circle Technique is also considered effective by various studies, especially when it comes to headache management (Rafiq, 2020), non-epileptic seizures (Rafiq, Zaheer, 2019), and breast cancer pain management (Maqsood, Rafiq, 2019). The three studies mentioned above followed a pre- and post-design method. Each participant's subjective ratings were taken before and after the sessions. The participants from these studies benefited from the Circle Technique and showed significant improvement.

Another aim of the study was to investigate the effectiveness of Swish Pattern Therapy on emotional and physical suggestibility. The results (cf. Table 1) indicate a significant difference between emotionally suggestible participants and physically suggestible participants. This means that Swish Pattern Therapy is more effective for emotionally suggestible patients than for physically suggestible ones. These results seem to be confirmed by a study on pain management in patients with breast cancer (Maqsood, Rafiq, 2019). 60 females showed improvement in pain management after taking part in just two sessions of the Circle Technique.

Conclusions

The here presented, novel brief psychotherapeutic intervention turned out to play a crucial role in enhancing the self-esteem of

the students taking part in the testing sessions: they overcame the criteria of low self-esteem in all two sessions. The subjects were also able to overcome the negative perception they had about themselves. After the last session, a majority of the participants reported significant improvement in their well-being and a higher level of satisfaction. Moreover, as fully remote, the therapy is said to be more client-friendly. The here presented therapeutic intervention is quick, affordable, and effective.

Reference

- Badeleh M., Fathi M., Aghamohammadian Sharbaf H.R., Taghi Badeleh M., Ostadi N. (2013). Compare the effect of group cognitive behavioral hypnotherapy and group cognitive behavioral therapy on increasing the self-esteem of adolescents, *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 15(59), 194–204.
- Emler N. (2001). *Self-esteem. The Costs and Causes of Low Self-Worth*, Joseph Rowntree Foundation: Layerthorpe.
- Farid M.F., Akhtar M. (2013). Self-esteem of secondary school students in Pakistan, *Middle-East Journal of Scientific Research*, 14(10), 1325–1330.
- Firdous N. (2017). Comparison of Self-Esteem Level Between Female Students of Private and Public Institution of Pakistan, *The Pakistan Journal of Social Issues*, 8(1), 168–177.
- Hakeem M.L., Yesuraja M. (2018). Effectiveness Of NLP in enhancing the self-esteem among the adolescence, *Pramana Research Journal*, 8(10), 208–214.
- Ismail M., Yusof N., Rani A. (2019). Subconscious mind: a perspective from AQIDAH, SHARICA, and TASAWWUF, *Humanities & Social Sciences Reviews*, 7(4), 555–558.
- Kappas J.G. (1987). *Professional hypnotism manual: Introducing physical and emotional suggestibility and sexuality*, Van Nuys: Panorama Publishing Company.
- Maqsood S., Rafiq M. (2019). Effect of circle therapy on breast cancer pain management, *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, 23(1), 63–67.
- Neiss M.B., Stevenson J., Legrand L.N., Iacono W.G., Sedikides C. (2009). Self-esteem, negative emotionality, and depression as a common temperamental core: A study of mid-adolescent twin girls, *Journal of Personality*, 77(2), 327–346.
- Rafiq M. (2020). Circle therapy for headache management: case studies, *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, 24(1), 101–104.

- Rafiq M., Zaheer S. (2019). Management of non-epileptic seizures through hypnosis: a case study, *Pakistan Journal of Neurological Sciences*, 14(1), 37–41.
- Rosenberg M. (1965). *Rosenberg self-esteem scale (RSE)*. *Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package*, completed by J. Ciarrochi, L. Bilich, Dubai: School of Psychology University of Wollongong.
- Trzesniewski K.H., Donnellan M.B., Moffitt T.E., Robins R.W., Poulton R., Caspi A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood, *Developmental Psychology*, 42(2), 381–390.

Krzysztof Frączczak

Akademia Słońca w Poznaniu

<https://orcid.org/0000-0001-6951-1966>

Dariusz Jacek Olszewski-Strzyżowski

Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

<https://orcid.org/0000-0001-7179-2808>

Zalecenia, wskazówki i dobre praktyki dotyczące dostępności architektonicznej dla osób ze szczególnymi potrzebami w kontekście uczelni wyższych – autorska propozycja

Streszczenie

Na barkach każdej uczelni spoczywa duża odpowiedzialność związana z charakterem prowadzonych działań edukacyjnych, naukowych i z rozwojem społecznym. Dostępność i dostosowanie uczelni do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób z niepełnosprawnościami (m.in. studentów, pracowników naukowych, turystów itp.), aktualnie stały się oczywistym wymogiem instytucjonalnym, chociaż dla wielu podmiotów trudnym do osiągnięcia.

Dostępność uczelni klasycznie definiuje się w trzech wymiarach: architektonicznym, komunikacyjno-informacyjnym i cyfrowym. Autorzy artykułu proponują dodać kolejny wymiar, mianowicie dostępność w wymiarze organizacyjnym. Współpracując aktualnie z wieloma uczelniami w Polsce, zarówno publicznymi, jak i prywatnymi, dostrzegają oni pewne wspólne problemy, których rozwiązanie powinno doprowadzić do stworzenia dokumentu definiującego tzw. standard/model uczelni dostępnej. Do najważniejszych problemów zaliczyć można m.in. te w obszarach: dostępności architektonicznej (np. kwestia zabytkowego charakteru budynków uczelnianych i wysokie koszty ich adaptacji), dostępności komunikacyjno-informacyjnej (niski poziom świadomości społecznej w zakresie

projektowania uniwersalnego) czy dostępności cyfrowej (brak wiedzy o standardach WCAG 2.0). Analogicznie problemem jest brak procedur organizacyjnych, wewnętrznych rozporządzeń i zasad dotyczących wsparcia osób ze szczególnymi potrzebami, począwszy od etapu rekrutacji, przez cały okres edukacji, do zakończenia studiów i budowania kariery zawodowej włącznie.

W artykule przedstawiono autorskie propozycje w zakresie zaleceń, wskazań i dobrych praktyk skierowanych do uczelni wyższych w aspekcie ich dostępności architektonicznej dla osób ze szczególnymi potrzebami (w tym osób z niepełnosprawnościami). Przedstawione propozycje rozwiązań oparto na doświadczeniach autorów nabytych w trakcie wielu zrealizowanych audytów instytucji i obiektów, w tym także uczelni wyższych. **Słowa kluczowe:** uczelnia dostępna; dostępność architektoniczna; osoby ze szczególnymi potrzebami; osoby z niepełnosprawnościami

Recommendations, directions and good practices concerning architectural accessibility for people with special needs in the context of universities – authors' proposal

Abstract

Each university bears a great deal of responsibility related to the nature of educational and scientific activities as well as social development offered to its students and staff. Accessibility of the university and its adaptation to the requirements of people with special needs, including people with disabilities (not only students and staff, but also e.g. tourists) have now become an obvious institutional requirement, although difficult to achieve for many entities.

The accessibility of a university is classically defined in three dimensions related to architecture, communication and information, and digital technology. The authors of this article suggest adding one more dimension of accessibility – the organizational one. While cooperating with many universities in Poland, both public and private ones, we have noticed some common problems, the solution of which should lead to creation of a document defining the so-called “Standard/Model of an Accessible University”. The most important issues to be included in the document relates to the area of architectural accessibility (e.g., the high costs of the adaptation of old university buildings that are historical heritage); the field of communication and information accessibility (low level of social awareness in the field of universal design); digital accessibility (lack of knowledge about the WCAG 2.0 standards). Similarly, the problem is the lack of organizational procedures, internal regulations, rules regarding support for students with special needs, from the recruitment stage, throughout the education period, to graduation and building a professional career.

The article presents the authors' suggestions/ideas when it comes to the recommendations, directions, and good practices formulated specifically for universities to enhance their architectural accessibility for people

with special needs (including people with disabilities). The proposed solutions are based on the authors' experience gained during a number of audits of buildings of different institutions, including universities.

Key words: accessible university; architectural accessibility; people with special needs; people with disabilities

Wstęp

Obowiązek podmiotów publicznych w zakresie zapewnienia dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej osobom ze szczególnymi potrzebami został sformułowany w ustawie o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (ustawa z dnia 19 lipca 2019 r.), jak również wynika z Karty Praw Osób z Niepełnosprawnościami (uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r.). W ustawie zostały zapisane m.in. minimalne wymagania w tym zakresie, będące wynikiem uwzględnienia uniwersalnego projektowania albo zastosowania racjonalnego usprawnienia (stosowane w szczególności w celu spełnienia minimalnych wymagań, dla zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami). Zakres ten, ze względu na ogólny charakter, jest swego rodzaju drogowskazem do zdiagnozowania istniejących barier, jednakże nie wskazuje konkretnych norm, wymiarów, rozwiązań, parametrów, które umożliwiają szczegółowe zaplanowanie zwiększenia dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Jak zauważają Remigiusz Dróżdź i Dariusz Jacek Olszewski-Strzyżowski, w Polsce żyje ok. 4,7 mln osób z niepełnosprawnościami, co stanowi 12,2% ludności kraju. Z tego powodu ważne jest zwrócenie uwagi na problematykę likwidacji barier dla tych osób. Zwłaszcza w ostatnich latach dużą wagę przywiązuje się do stosowania udogodnień w obiektach użyteczności publicznej, tworzy się miejsca pracy oraz organizuje przestrzeń miejskie w taki sposób, żeby osoby z niepełnosprawnościami mogły być samodzielne i czuły się pełnoprawnymi obywatelami naszego kraju (Dróżdź, Olszewski-Strzyżowski, 2018).

Na szczęście od kilku lat widać wzrost zainteresowania ze strony wielu podmiotów publicznych, w tym uczelni wyższych,

przeprowadzaniem audytów ułatwiających zrozumienie problemów wynikających z istniejących barier i zapewniających powszechną dostępność do ich infrastruktury. Niestety nadal często obserwowanym zjawiskiem (biorąc pod uwagę osobiste doświadczenie z przeprowadzania audytów dostępności) wśród przedstawicieli uczelni jest wyrażanie wprost wątpliwości dotyczących celowości wykonania takiej analizy¹.

Należy w tym momencie zaznaczyć, że „uczelnia dostępna” to uczelnia gotowa na przyjęcie osób z różnymi potrzebami – zarówno studentów, jak i kadry – przyjazna dla wszystkich, bez barier, zapewniająca możliwość studiowania i prowadzenia działalności naukowej wszystkim, w tym osobom z niepełnosprawnościami. Występujące na uczelniach bariery, np. bariery architektoniczne, znacząco utrudniają studentom i pracownikom dostęp do nauki czy prowadzenia badań oraz negatywnie wpływają na jakość edukacji akademickiej.

Inną ważną kwestią wpływającą na konieczność poprawiania dostępności jest cała sfera organizowanych przez uczelnie dodatkowych aktywności naukowych, otwartych na otoczenie zewnętrzne. Imprezy masowe, takie jak festiwale naukowe, wykłady otwarte, dni uczelni, stałe lub czasowe ekspozycje mające promować działalność szkoły, udostępnienie budynków (zwłaszcza historycznych) jako atrakcji turystycznych czy organizowanie infrastruktury uczelnianej na potrzeby turystyki biznesowej to tylko niektóre z funkcji, które realizować mogą uczelnie, otwierając się na zróżnicowane potrzeby osób z niepełnosprawnościami. Takie działania niejako wymuszają na uczelniach dodatkową konfrontację ze światowymi trendami rozwoju szkół wyższych. Studenci, wykładowcy, goście czy turyści mają określone oczekiwania dotyczące korzystania ze standardów dostępności, którym to oczekiwaniom uczelnie powinny w sposób zdecydowany wychodzić naprzód. Stąd, przy tak złożonych procesach oraz zadaniach stawianym uczelniom, kluczowa staje się rola Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami. Rola Pełnomocnika powinna być jasno opisana we wdrażanych procedurach. Tylko pełne, zespołowe zaangażowanie może

¹ Często odpowiedzią jest: „Po co nam audyt, skoro u nas nie ma niepełnosprawnych studentów?”

gwarantować uczelni możliwość ciągłego rozwoju dostępności, ponieważ o dostępności nie można myśleć inaczej niż jako o procesie, który trwa i musi być rozwijany w sposób rozważny, tak aby mógł dawać długotrwałe efekty.

Oczywiście nie wszystkie uczelnie dysponują wystarczającym potencjałem czy też budżetem, aby w pełni zapewnić ustawową dostępność dla osób z niepełnosprawnościami, niemniej jednak wszystkie one powinny dążyć do zapewnienia jak najpełniejszej dostępności całej swojej infrastruktury.

Poniżej przedstawiamy kilka wskazówek z zakresu dostępności, szczególnie architektonicznej, które – dodatkowo zilustrowane kilkoma przykładami zaczerpniętymi z polskich uczelni – mogą pomóc w poprawie dostępności.

Otoczenie uczelni

Przeprowadzając audyty w wyższych uczelniach publicznych i niepublicznych, zawsze należy zwracać uwagę na naturalny podział badanego obszaru pod kątem architektury: otoczenia i wewnątrz oraz strefy przejścia pomiędzy nimi. Jeśli chodzi o otoczenie budynku, to dla osób ze szczególnymi potrzebami najczęściej dużym problemem są:

- oddalone przystanki publicznych środków transportu;
- brak w najbliższym otoczeniu miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnościami;
- zła jakość nawierzchni chodników i krawężników, przejść dla pieszych;
- brak miejsc odpoczynku;
- brak tras naprowadzających z polami uwagi dla osób z niepełnosprawnością wzroku.

Analizując stan prawny uczelni w zakresie własności terenu czy organów odpowiedzialnych za jej otoczenie, najczęściej mamy do czynienia z publicznymi jednostkami, takimi jak jednostki samorządu terytorialnego (JST), np. urzędy miast. W odniesieniu do wyników audytu uczelnie podkreślają, że nie mają pełnego wpływu na dostępność tej części infrastruktury uczelnianej. Dodatkowo w przypadku, gdy dany budynek podlega zapisom ustawy

o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (ustawa z dnia 23 lipca 2003 r.), dochodzi do konieczności uzyskania pozwoleń od lokalnych konserwatorów zabytków. Niestety wspomniana ustawa nie obejmuje zagadnień związanych z dostępnością obiektów nią objętych, co stanowi dodatkową barierę w planowaniu i prowadzeniu prac związanych z poprawą ich dostępności. Wydłuża to i komplikuje proces podejmowania decyzji. Niezależnie jednak od utrudnień natury formalnej każda uczelnia ma prawo i niepisany obowiązek zgłosić listę zdiagnozowanych barier do jednostek odpowiedzialnych za ich usuwanie. W sytuacji gdy występuje problem ze zgłoszeniem takiej listy z powodu braku jasno wytyczonej ścieżki administracyjnej w danym urzędzie, rekomenduje się skierowanie takiego zgłoszenia do urzędującego Koordynatora ds. dostępności i wspólne wypracowanie planu działań czy harmonogramu prac. Należy pamiętać, że zgodnie z ustawą o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami „każdy organ władzy publicznej, w tym organ administracji rządowej i samorządowej, organ kontroli państwowej i ochrony prawa oraz sądy i trybunały, wyznacza co najmniej jedną osobę pełniącą funkcję koordynatora do spraw dostępności” (ustawa z dnia 19 lipca 2019 r., art. 14 ust. 1). Dialog prowadzony z urzędami (JST) powinien mieć swoje odzwierciedlenie w dokumentacji prowadzonej przez Pełnomocnika Rektora ds. dostępności na uczelni i w publikowanej deklaracji dostępności. Należy jednocześnie zaznaczyć, że obecnie wiele miast w Polsce ma już opracowany lokalny standard dostępności miejsc publicznych, co może ułatwić uczelniom prowadzenie dialogu i poprawę dostępności jej otoczenia.

Wejście do budynku uczelni

Dla wielu uczelni strefa wejścia do głównego budynku to miejsce, którego zadaniem jest przede wszystkim odzwierciedlenie jej powagi. Majestatyczne schody, potężne kolumny czy wielkie drzwi często stają się barierą trudną do pokonania dla różnych grup osób ze szczególnymi potrzebami. Podczas wykładu zaprezentowanego w ramach konferencji skierowanej do środowiska konserwatorów zabytków, która odbyła się w maju 2022 r. w Warszawie, jeden

z autorów niniejszego artykułu zwrócił uwagę, że najbardziej dostępne wewnątrz budynku znaczy niewiele bez dostępnego wejścia. Nadal w wielu budynkach, w których mają siedziby uczelnie, występują bariery wynikające np. z umieszczenia drzwi wejściowych na szczycie schodów przy jednoczesnym braku wyposażenia ich w pochylnię ułatwiającą swobodny dostęp osobom poruszającym się na wózkach². Ponadto częstym problem, na który należy zwrócić uwagę, jest brak pośredniej poręczy czy kontrastowych oznaczeń pierwszego i ostatniego stopnia przy szerokich schodach.

Jedną z kluczowych kwestii w zakresie dostępności jest stosowanie zasad projektowania uniwersalnego. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych poprzez projektowanie uniwersalne należy rozumieć „projektowanie produktów, środowiska, programów i usług w taki sposób, by były użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania” (Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.). Na przykładzie wejścia przyjrzymy się temu, jak w praktyce może wyglądać projektowanie uniwersalne. Zgodnie z zasadami stworzonymi przez amerykańskiego architekta Ronalda Mace’a wejście powinno być zaprojektowane w taki sposób, żeby zapewnić:

1. Użyteczność dla osób o różnej sprawności

Wejście do budynku znajdująca się na poziomie dojścia i wyposażone w drzwi automatyczne, z którego każdy może skorzystać w ten sam sposób. Przykładem odwrotnym jest zaprojektowanie wejścia do nowego budynku w taki sposób, że będą prowadziły do niego schody, a dla osób na wózkach będzie rampa. Jest to

² Pochylnia powinna być odpowiednio sprofilowana, wyposażona w poręcze na dwóch wysokościach (podobna zasada dotyczy poręczy przy schodach) z bezpiecznymi w użytkowaniu zakończeniami. Ważne jest, żeby starać się unikać „wyszukanych” form pochylni: jedna z polskich uczelni dysponuje pochylnią zbudowaną na łuku i obudowaną murkiem na wysokości uniemożliwiającej zobaczenie osoby na wózku z niej korzystającej. Jest to niebezpieczne, szczególnie w momencie, kiedy osoba na wózku korzystająca z tej pochylni na pewnym etapie, z dowolnego powodu, nie będzie mogła kontynuować ruchu i będzie musiała (mowa tu o sytuacji hipotetycznej) wezwać pomoc.

sytuacja, w której różne grupy osób wchodzi do budynku w różny sposób. Dobrze, jeśli taka rampa znajduje się obok głównego wejścia. Najgorszym rozwiązaniem jest umiejscowienie wejścia dla osób na wózkach np. z tyłu budynku, co powoduje, że trzeba nadłożyć drogi, żeby się do niego dostać, a dodatkowo/oraz gdy jest ono niedostatecznie oznaczone.

2. Elastyczność w użytkowaniu

Wejście do budynku umożliwia wszystkim, niezależnie od indywidualnych możliwości i cech, takich jak siła, wzrost, tempo poruszania się, bezpieczne dostanie się do środka.

3. Prostą i intuicyjną obsługę

Zarówno umiejscowienie wejścia, jak i jego konstrukcja umożliwiają bezproblemowe korzystanie z wejścia, szczególnie w stresujących sytuacjach takich jak ewakuacja.

4. Widoczną informację

Wejście do budynku oznaczone czytelnie dla wszystkich chcących z niego skorzystać. Proste oznaczenia wpisują się w dostępność informacyjno-komunikacyjną.

5. Tolerancję dla błędów

Przestrzeń, budynki i usługi są zaprojektowane w taki sposób, że są odporne na błędy użytkowników. Dla przykładu, system zamknięcia drzwi musi być wyposażony w funkcję blokującą, jeśli drzwi przycinają czyjąś rękę.

6. Niski poziom wysiłku fizycznego

Wejście do budynku wyposażone w mechanizmy ułatwiające otwieranie drzwi, a najlepiej, żeby drzwi otwierały się automatycznie.

7. Wymiary i przestrzeń

Wejście pozwala poruszać się osobom o różnym wzroście albo poruszającym się na wózku.

8. Percepcję równości

Wejście zaprojektowane w taki sposób, żeby uwzględnić potrzeby wszystkich użytkowników i stworzyć przestrzeń ich integrującą.

Z wyników przeprowadzonych w ciągu ostatnich trzech lat (2020–2022) audytów kilku uczelni i wejść do nich wnioskować można wzrost pozytywnego postrzegania dostępności. Projekty

najnowszych inwestycji budowlanych charakteryzują się coraz wyższym poziomem świadomości potrzeb różnych grup użytkowników. Obecnie na terenie kampusów zauważalny jest trend dostosowywania wszystkich wejść do zróżnicowanych potrzeb ich użytkowników, co stoi w opozycji do standardów budowlanych lat 70., 80. i 90. ubiegłego wieku, kiedy różnice w wyglądzie, rozmiarze i dostępności pomiędzy wejściem głównym a innymi wejściami były znaczące.

Oczekiwania dotyczące szczegółów technicznych zapewniających dostępność aktualnie stawianych budynków zostały przedstawione przez Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju (2017) w dokumencie zatytułowanym *Standardy dostępności budynków dla osób z niepełnosprawnościami uwzględniając koncepcję uniwersalnego projektowania – poradnik*. Do tego właśnie opracowania często sięgają architekci, pracownicy działów technicznych i administracji większości uczelni. Ponadto projektowanie nowych budynków ułatwiają dobrze opracowane standardy, wytyczne, poradniki, jak np.: *Standardy projektowania budynków dla osób z niepełnosprawnościami* (Ministerstwo Rozwoju i Technologii, 2017) czy *Włącznik. Projektowanie bez barier* (Kowalski, 2017).

Główne elementy, na które należy zwrócić uwagę przy projektowaniu/dostosowaniu wejścia, to:

- oznakowanie drogi do wejścia i pola uwagi przed nim, najlepiej w sposób kontrastowy;
- drzwi otwierane automatycznie;
- szerokość skrzydła drzwi (powinno mieć min. 90 cm);
- brak progów (mimo że w literaturze można spotkać się z akceptowaną wysokością progu na poziomie 2 cm, to podczas audytów zawsze rekomendowane jest usunięcie nawet tak niskiego progu);
- w przypadku braku drzwi automatycznych zastosowanie dobrze sprofilowanej klamki;
- w przypadku drzwi wykonanych ze szkła obligatoryjne zastosowanie kontrastowych oznaczeń szklanych elementów;
- komfortowy przedsionek z wycieraczkami na poziomie płytek;
- daszek przed wejściem, istotny szczególnie w deszczowe dni;
- system umożliwiający wezwanie pomocy lub asysty.

Każdy zarządca budynku powinien znać zapisy rozporządzenia Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r.). Mimo tego nadal spotyka się rozwiązania niespełniające podstawowych warunków określonych w tym rozporządzeniu. Można wyróżnić następujące rodzaje obszarów dostępności architektonicznej, które podlegają ocenie podczas audytu:

- komunikacja pozioma;
- komunikacja pionowa;
- toalety dla osób z niepełnoprównościami;
- pomieszczenia w budynku (administracyjne, dydaktyczne, specjalnego użytku).

Komunikacja pozioma

Niezależnie od rodzaju komunikacji istotne jest umożliwienie każdemu użytkownikowi bezpiecznego i sprawnego poruszania się po budynku czy kompleksie budynków. Chodzi przede wszystkim o często zauważalny brak czytelnego systemu informującego o układzie komunikacyjnym w obiektach czy pomiędzy nimi. Zdecydowana mniejszość uczelni posiada zaimplementowany kompleksowy system informacyjny, obejmujący elementy graficzne, opisowe oraz dotykowe.

Podczas audytu jednej z uczelni ankietowany student przyznał, że prawie trzy miesiące zajęło mu opanowanie poruszania się między budynkami i pomieszczeniami. W ocenie audytorów, w tej konkretnej sytuacji, uczelnia dysponująca ponad 50 budynkami musi podjąć stosowne kroki naprawcze w tym zakresie, ponieważ dla każdego, kto wchodzi do tych obiektów, poruszanie się po nich jest bardzo utrudnione. Przykładowo, znalezienie sali wykładowej czy toalety może zająć mniej czasu, gdy mamy możliwość zapoznania się z układem pomieszczeń budynków w formie czytelnej informacji – planu budynku zlokalizowanego przy wejściu i/lub na stronie internetowej uczelni. Tym bardziej staje się to pilną potrzebą, gdy pomyślimy o tej barierze z perspektywy osoby starszej, osoby

poruszającej się na wózku, o kulach czy też osoby niewidomej. Podkreślić należy potrzebę wprowadzania planów tyflograficznych w kluczowych punktach komunikacyjnych na terenie uczelni.

Wśród ekspertów i pomiotów zajmujących się zwiększaniem dostępności trwa dyskusja, czy we wnętrzach budynków należy stosować pola uwagi i trasy naprowadzające. Jest to jedno z zagadnień, co do którego środowisko ma podzielone zdanie. Autorzy, po przeprowadzeniu szeregu konsultacji z osobami z niepełnosprawnością wzroku, architektami, przedstawicielami NGO i audytorami, są przekonani, że stosowanie linii naprowadzających w standardowych korytarzach, o szerokości nieprzekraczającej 1,8 m, może być kłopotliwe dla wszystkich użytkowników, jednocześnie nie będąc realnym wsparciem dla osób niewidomych. Zastosowanie linii prowadzących ma sens w przypadku dużych przestrzeni, np. w holach, gdzie prowadzą one do punktu informacyjnego, planu tyflograficznego czy toalety. Opierając się na autorskim dokumencie – raporcie zatytułowanym *Model Dostępnego Sądu*, rekomenduje się stosowanie pola uwagi przed schodami, windami czy wyjściami z budynków, w połączeniu z dobrze opracowanymi planami tyflograficznymi (Frąszczak, Salis-Maciejewska, 2023).

Należy pamiętać, że w komunikacji poziomej kluczowe są:

- zapewnienie równych powierzchni korytarzy;
- zapewnienie antypoślizgowości materiałów wykończeniowych (Ambroziak, 2017);
- zastosowanie kontrastowych kolorów podłogi i ścian, ułatwiające poruszanie się po obiekcie;
- zapewnienie odpowiedniej przestrzeni manewrowej (min. 1,5 m × 1,5 m);
- zapewnienie użytkownikom przestrzeni miejsc odpoczynku (coraz częściej zgłaszane są braki w tym zakresie, szczególnie przy długich korytarzach czy dużych odległościach między budynkami);
- oznaczenia miejsc stanowiących zagrożenie (np. wysokości przestrzeni poniżej 2,2 m).

Komunikacja pionowa

Naturalną barierą w komunikacji pionowej, związaną z potrzebą dostępu do każdej kondygnacji w budynkach, są schody. To rozwiązanie architektoniczne jest dodatkowym wyzwaniem dla osób ze szczególnymi potrzebami, o czym nie można zapominać / czego nie można pominąć przy podnoszeniu poziomu dostępności uczelni.

Zacznijmy od usytuowania schodów: niezależnie od tego, czy budynek jest nowo zaprojektowany, czy nie, każdy użytkownik już od momentu wejścia do budynku musi być jednoznacznie i czytelnie poinformowany o tym, gdzie znajdują się schody. Zastosowanie ma tu cała gama rozwiązań od tablic informacyjnych, przez plany tyflograficzne, do systemów typu TOTUPOINT włącznie. Informacja taka umożliwi użytkownikowi zoptymalizowanie sposobu dotarcia do schodów.

Kilka kluczowych wskazówek dotyczących schodów:

- przed schodami należy zainstalować pola uwagi;
- pierwszy i ostatni stopień należy oznaczyć kontrastowo, podobnie jak przeszkody umieszczone niżej niż na wysokości 2,2 m³;
- przy schodach należy instalować poręcze na dwóch wysokościach, ułatwiając korzystanie z nich osobom niskorosłym, w tym dzieciom – poręcze należy instalować po obu stronach i ważne, żeby były one w kolorze kontrastującym ze ścianą, przy której są zainstalowane;
- należy zapewnić schody o szerokości wynoszącej min. 1,2 m;
- ważnym elementem są spoczniki o wymiarach min. 1,5 m szerokości, ale należy pamiętać, że ta przestrzeń nie może być blokowana elementami upiększającymi, takimi jak donice z kwiatami, tablice wolnostojące czy dywaniki;

³ Uwaga: często stosowane „taśmy” nie są dobrym rozwiązaniem – zazwyczaj się odklejają, są utrudnieniem w utrzymaniu czystości i zasadniczo powinny być stosowane tylko w miejscach, w których człowiek ma z nimi rzadki kontakt lub gdy pełnią tylko rolę informacyjną, np. oznaczenie niskiego sufitu lub niskiej futryny. Dobrym rozwiązaniem jest zastosowanie trwałych farb żywicznych. Takie rozwiązanie jest rekomendowane w dokumencie *Model Dostępnego Śądu*, szczególnie w miejscach dużego ruchu, którymi są m.in. główne klatki schodowe.

- dobrze, gdy na spoczniku jest na tyle miejsca, aby wstawić tam miejsca odpoczynku (ławki, siedziska), które bardzo pomagają np. osobom starszym.

Drugim ważnym elementem komunikacji pionowej są windy (dźwigi)⁴. Często w trakcie przeprowadzanych audytów można spotkać się z oceną osób pracujących w danym miejscu, że budynek jest dostosowany i dostępny, ponieważ znajduje się w nim winda. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że winda w obiekcie nie zawsze rozwiązuje problemy z dostępem do wyższych kondygnacji.

Najczęstszymi problemami związanymi z użytkowaniem wind przez osoby ze szczególnymi potrzebami są m.in.:

- zbyt małe wnętrza (minimalne wymiary to 1,1 m × 1,4 m);
- trudne w obsłudze panele (zewnątrzne i wewnętrzne);
- brak lustra, co może wywołać atak paniki lub klaustrofobii;
- brak oznaczeń w alfabecie Braille'a;
- wejście ograniczone zbyt blisko stawianymi przegrodami (ścianami);
- niewystarczające oświetlenie;
- ciężkie drzwi otwierane ręcznie;
- brak informacji w środku windy o układzie pomieszczeń (np. I piętro – Aula).

Przy windach często brakuje oznaczeń pięter na poszczególnych kondygnacjach – powinny być to duże, wyraźne oznaczenia połączone z opisem w alfabecie Braille'a, umieszczone na każdej kondygnacji, widoczne zaraz po wyjściu z windy i przy niej zlokalizowane. Ten z pozoru nieznaczący element jest szczególnie ważny w budynkach wielokondygnacyjnych, kiedy to osoba niewidoma czy korzystająca z windy po raz pierwszy może być z tego powodu narażona na dodatkowy stres. Podobna sytuacja stresogenna ma miejsce w czasie awarii windy i wtedy najlepiej widać, jak ważne jest umieszczenie w kabinie przycisków awaryjnych pod przyciskami numerycznymi czy montaż systemu do komunikacji ze służbami ratowniczymi.

⁴ Bardzo ciekawym przykładem uczelni, która w mądry sposób udostępniła swoją wyjątkową, historyczną infrastrukturę na potrzeby osób z niepełnościami, montując windę na terenie obiektu, jest Uniwersytet Jagielloński w Krakowie (Collegium Maius – perła XIV-wiecznej architektury).

W ramach komunikacji pionowej stosowane są również różnego rodzaju platformy, np. przyschodowe. Rozwiązania te nie są jednak dobrze oceniane przez środowisko osób z niepełnosprawnościami i na szczęście nie są popularne. Niemniej jednak w miejscach, gdzie platformy są elementem komunikacji pionowej, zaobserwować można często występujące problemy z ich użytkowaniem, np. brak informacji dotyczącej możliwości i sposobu skorzystania z tego rozwiązania. Należy zaznaczyć, że platformy mają różne sposoby uruchamiania, transportu czy zabezpieczeń. W związku z tym niezbędne jest umieszczenie w pobliżu platformy instrukcji użytkownika, opisanej prostym językiem lub piktogramami. Autorzy rekomendują, żeby w przypadku planowanych inwestycji budowlanych ograniczyć stosowanie platform i instalować pochylnie i/lub windy (dźwigi) tam, gdzie tylko jest to możliwe.

Toalety dla osób z niepełnosprawnościami

W sanitariatach dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami kluczowe jest połączenie dwóch kwestii: ich lokalizacji w budynku oraz doboru ich wykończenia i wyposażenia (czasem zdarzają się toalety, które są dobrze wyposażone, ale znajdują się tak daleko od wejścia głównego czy głównych traktów komunikacyjnych, że trudno je nazwać dostępnymi). Trasa dojścia do toalety dostępnej dla osób z niepełnosprawnościami powinna być wolna od przeszkód, a miejsce przed wejściem do niej powinno umożliwić manewrowanie wózkiem (min. 1,5 m × 1,5 m). Oznaczenie takiej toalety piktogramem powinno być czytelne⁵, a drzwi do niej powinny mieć futrynę w kolorze kontrastującym ze ścianami. Przeprowadzone oceny toalet dla osób z niepełnosprawnościami na uczelniach nie są wysokie, a poniżej przedstawiono kilka problemów w tym zakresie:

- toaleta zamknięta na klucz, który dostępny jest na portierni, co powoduje, że każda osoba, która chce z niej skorzystać, jest narażona na konieczność dodatkowego przemieszczania się;

⁵ Nadal można spotkać się z zastosowaniem symboli, które nie są czytelne, a zapewne w zamysle autora takich oznaczeń miały mieć one nowoczesny wygląd, w efekcie jednak nie spełniają swojego zadania.

- toaleta nie ma możliwości zamknięcia od środka – osoba korzystająca z toalety musi liczyć na łut szczęścia, że nikt inny nie będzie chciał skorzystać z tego pomieszczenia w tym samym czasie;
- toaleta zamykana na klucz często jest użytkowana przez pracowników jako składzik na sprzęt sprząający lub magazyn o innym charakterze;
- toaleta nie ma oznaczenia, że jest dostępna i często pracownicy nie wiedzą, gdzie skierować osoby z niepełnosprawnością w razie oczywistej potrzeby.

Dobrym przykładem opisanego standardu dostosowania pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami są wskazania zawarte w raporcie *Standard Dostępności Szpitali* (Ministerstwo Zdrowia, 2022). Jednocześnie autorzy rekomendują wyposażenie toalety dla osób z niepełnosprawnościami w system alarmowy, umożliwiający przywołanie pomocy. Uczelnie powinny dążyć do tego, aby na każdej kondygnacji budynku zapewnić chociaż jedną toaletę dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Pomieszczenia na uczelni

W zależności od charakteru uczelni możemy spotkać się z różnymi pomieszczeniami specjalistycznego użytku. Laboratoria, sale ćwiczeniowe, aule, sale wykładowe czy seminaryjne w zakresie dostępności powinny charakteryzować się kilkoma cechami wspólnymi. Są to m.in.:

- wejście do pomieszczenia wolne od przeszkód i przestrzeń manewrowa wynosząca min. 1,5 m × 1,5 m;
- wejście skonstrastowane kolorystycznie ze ścianą i futryną, klamka łatwa w obsłudze;
- obowiązkowo brak progu;
- oznaczenie sali: czytelne, na wysokości 1,2 m, dodatkowo nad klamką informacja o numerze sali w alfabecie Braille'a;
- zachowanie w pomieszczeniu miejsca dla osoby na wózku i oznaczenie takiego miejsca stosownym piktogramem;
- doświetlenie miejsc pracy studentów i kadry dydaktycznej umożliwiające osobom z niepełnosprawnością wzroku pełny

udział w zajęciach, jak również zastosowanie rolet, najlepiej elektrycznych;

- umieszczenie włączników na poziomie nawet 1,1 m, aby osoby niskorosłe nie miały problemu z ich użyciem;
- zróżnicowane stoły, krzesła i ławki – wyposażenie uzależnione od rodzaju pomieszczenia; co do zasady, zgodnie z założeniami projektowania uniwersalnego, wyposażenie powinno odzwierciedlać potrzeby różnych osób, stąd rozwiązanie polegające na dywersyfikacji rodzajów stołów, krzeseł czy ławek jest jednym z najwyższej ocenianych w trakcie prowadzonych audytów;
- wyposażenie pomieszczenia w stacjonarną pętlę indukcyjną;
- system audio-wideo umożliwiający emisję zajęć online, jak również ekrany multimedialne umożliwiające przedstawianie materiałów w sposób czytelny i w dobrej jakości;
- równa, bezpoślizgowa podłoga;
- wyposażenie w okna wykonane w taki sposób, aby nie występował problem z ich otwarciem lub uchYLENIEM; rekomenduje się stosowanie dźwigni ręcznej instalowanej na wysokości parapetu;
- unikanie dywanów i luźnych wykładzin;
- dobrze, jeśli w budynku uczelni zastosowany jest system audio-wideo umożliwiający szybkie przekazywanie informacji osobom, które się w nim znajdują.

Jednymi z kluczowych pomieszczeń na każdej uczelni są te o charakterze obsługi petenta, czyli dziekanaty, sekretariaty, biura podań, pomieszczenia biurowe – w tych przestrzeniach, poza wypisanymi powyżej zasadami, należy pamiętać o potrzebie zapewnienia petentom możliwości zapoznania się z dokumentacją i komfortu podczas jej uzupełniania. W związku z tym pomieszczenia takie powinny być wyposażone m.in. w dodatkowe miejsca dla osób na wózku. Rekomenduje się doposażenie ich w lupy powiększające, biurka z regulowaną wysokością czy stanowiska komputerowe z dostosowanym sprzętem – podobnymi dostosowaniami powinny dysponować biblioteki i czytelnie.

Oczywiście powyższe przykłady należy traktować jako wycinek z katalogu działań zwiększających dostępność architektoniczną. Niezależnie od zaawansowania prac budowlanych, kupowanego wyposażenia czy wdrażanych ułatwień uczelnia ma obowiązek

bieżącego informowania o nich w specjalnym dokumencie publikowanym na swojej stronie internetowej, zwanym „Deklaracją Dostępności”. Należy przy tym pamiętać, że zarówno sama strona internetowa uczelni, jak i wspomniana deklaracja muszą być przygotowane zgodnie z ustawą o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r.).

Podsumowanie

Artykuł skupia uwagę na przestrzeniach, które podlegają ocenie w czasie analizy dostępności architektonicznej danej uczelni. Przedstawia wskazówki i zalecenia, na podstawie których możliwe jest realne podniesienie poziomu dostępności każdej uczelni dla osób ze szczególnymi potrzebami (w tym osób z niepełnosprawnościami). Zostały one opisane w kontekście wymiarów: architektonicznego, komunikacyjno-informacyjnego oraz cyfrowego, które składają się na dostępność uczelni. Autorzy wskazali dodatkowy wymiar, który należy brać pod uwagę – wymiar organizacyjny uczelni.

Autorzy niniejszego artykułu liczą, że dzięki takim autorskim zaleceniom i wskazówkom realizowanym przez uczelnie wyższe uda się opracować jasny ogólnopolski dokument definiujący tzw. standard/model uczelni dostępnej. Przykładem w tym zakresie mogą być dokumenty dostępności odnoszące się do sądów czy szpitali lub inne dokumenty i raporty opracowane przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach „Centrum Dostępności” (Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, 2022), dzięki którym szkoły wyższe mają do dyspozycji praktyczne narzędzie umożliwiające sprawną weryfikację poziomu zaawansowania dostępności oraz wdrażanie stosownych rozwiązań skierowanych do osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób z niepełnosprawnościami.

Bibliografia

- Ambroziak A. (2017). Badanie odporności na poślizg posadzkowych powłok żywicznych, *Materiały Budowlane*, 9(9), 35–37, <https://doi.org/10.15199/33.2017.09.08>.

- Drożdż R., Olszewski-Strzyżowski D.J. (2018). Dostępność wybranych obiektów użyteczności publicznej dla osób niepełnosprawnych, w tym również turystycznych, na przykładzie Gdańska, [w:] D.J. Olszewski-Strzyżowski, R. Drożdż, M. Pasek (red.), *Turystyka. Nowe Trendy*, 6, Gdańsk: Polska Izba Turystyki. Oddział Pomorski, 101–142.
- Frąszczak K., Salis-Maciejewska K. (2023). *Model Dostępnego Sądu*, wstęp D.J. Olszewski-Strzyżowski, Warszawa: Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://www.gov.pl/attachment/8c6ce5e6-2512-4b01-914c-26ff801dbd2f> [dostęp: 29.09.2023].
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012 poz. 1169).
- Kowalski K. (2017). *Włącznik. Projektowanie bez barier*, Warszawa: Fundacja INTEGRACJA, <https://www.integracja.org/wp-content/uploads/2018/05/Wlacznik-projektowanie-bez-barier-2018.pdf> [dostęp: 29.09.2023].
- Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju (2017). *Standardy dostępności budynków dla osób z niepełnosprawnościami uwzględniając koncepcję uniwersalnego projektowania – poradnik*, <https://www.gov.pl/attachment/d572d636-c625-467d-aa22-1c40fb7ab2fa> [dostęp: 29.09.2023].
- Ministerstwo Rozwoju i Technologii (2017). *Standardy projektowania budynków dla osób z niepełnosprawnościami*, <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepelnosprawnych/> [dostęp: 29.09.2023].
- Ministerstwo Zdrowia (2022). *Standard Dostępności Szpitali*, https://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/news/news_3809/Za1.1_do_Procedury_Standard_Dost_Szpitali.pdf [dostęp: 2.10.2023].
- Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (2022). *Raport końcowy z ewaluacji: Ocena realizacji i pierwszych efektów konkursów PO WER Działania 3.5 „Uczelnia dostępna” oraz „Centrum wiedzy o dostępności*, oprac. zespół pod kierownictwem A. Millera, <https://www.gov.pl/attachment/ee3ca40d-f013-40fc-af5d-77b1005a7491> [dostęp: 2.10.2023].
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. 2002 nr 75 poz. 690).
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. 1997 nr 50 poz. 475).
- Ustawa z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (Dz.U. 2003 nr 162 poz. 1568).
- Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz.U. 2019 poz. 848).
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. 2019 poz. 1696).

Deborah Taub

OTL Education Solutions

<https://orcid.org/0000-0002-4575-1540>

Megan Foster

Utica University

<https://orcid.org/0000-0002-4589-6571>

Building inclusive opportunities to learn through universal design for learning

Abstract

Students with extensive support needs (ESN), students with intellectual disabilities, autism, deaf-blindness (dual-sensory impairment), or multiple disabilities, are typically taught in separate classes and settings than their peers without disabilities. However, the data clearly illustrate the multitude of benefits for this population when they are educated in general education classes with their peers for 80% or more of the day. This paper presents the research base for inclusive practices for students with extensive support needs (ESN), shares the frameworks of opportunities to learn (OTL) and universal design for learning (UDL), and illustrates how to adapt instruction and materials for a wide range of students when UDL is insufficient to meet their needs.

Key words: UDL; extensive support needs; inclusion; opportunities to learn

Introduction

Imagine you have a class of 20 twelve-year-old students. One of the students is autistic with a significant cognitive disability and needs extensive support to complete daily routines and communicate. Of the rest of the class, four students are reading well below grade-level and one is reading at grade-level but struggles with understanding what he has read. Should these students all be included in the same

class? How would you meet these students' needs? What would instruction and learning look like for these students? This paper presents the research base for inclusive practices for students with extensive support needs (ESN), shares the frameworks of opportunities to learn (OTL) and universal design for learning (UDL), and illustrates how to adapt instruction and materials for a wide range of students when UDL is insufficient to meet their needs.

Inclusive practices

In the American school system, all students, including those with extensive support needs (ESN), are entitled to a free and appropriate public education in the least restrictive environment (IDEA, 2004). In practice, there are a multitude of ways that schools provide special education services to students with ESN, however, the research clearly shows that the placement with the best outcomes is with age/grade level peers in general education classes, lessons, activities, and routines (Gee, Gonzalez, Cooper, 2020). Students with ESN are generally recognized as students who need pervasive supports across multiple contexts to complete a wide range of activities throughout the day (Wehmeyer *et al.*, 2016). Those students generally have a diagnosis of autism, intellectual disability, deaf-blindness (dual-sensory impairment), or multiple disabilities (Taub, McCord, Ryndak, 2017). While this population of students make up less than 2% of the school population, they have a long history of marginalization and are often segregated when they enter the school system (Kleinert *et al.*, 2015). This segregation takes the form of separate schools for students with ESN or separate classes within general education schools.

With regards to education, most researchers agree that inclusive practices go beyond merely placing a child in the same setting as their peers without disabilities, but rather inclusive practices include a philosophy that all students (regardless of race, gender, disability, or ethnicity) belong together and are accepted for their differences (Jorgensen, Lambert, 2012). An inclusive education system consists of adults who use evidence-based inclusive instructional practices, is based on inclusive policies and practices, and

reflects cultural beliefs of high expectations for all students, including those with ESN.

Research has demonstrated context matters (Jackson *et al.*, 2022; Jackson, Ryndak, Wehmeyer, 2008; Soukup *et al.*, 2007). We argue that students only have an equitable opportunity to learn if they are equal and active participants in general education classes. 'Active' for some students with ESN might be engaging in conversations (orally, sign language, picture symbols, typing, etc.) and for others it might mean staying awake. In this paper, we conceptualize inclusive instructional practices as providing the same learning experiences for all students, in the same schools and in the same classrooms. We also share the current research base for students with ESN based on their placement in general education classes for 80% or more of the day compared with students with ESN in general education classes for 0–79% of the day. Moreover, we outline what is meant by an equitable opportunity to learn (OTL) and how universal design for learning (UDL) is necessary, though potentially incomplete, for providing OTL to students with ESN.

Comparing outcomes for students with ESN

It is a common belief that students with disabilities will receive better, more individualized instruction, in a segregated environment, which has a smaller adult-to-student ratio (Agran *et al.*, 2020). However, these segregated classrooms typically have students in multiple grade levels, all who require extensive needs across various settings, e.g., academic, behavioral, and social (Agran *et al.*, 2020). In 2018, the United States Department of Education in collaboration with the University of Kansas funded a project to research educational placement and outcomes for students with ESN. This multi-year project followed students aged 5–12 years in a variety of settings to determine whether educational placement had any impact on academic skills, IEP goals, or socialization. In the United States, class 'environment' for IDEA is broken into several categories such as spending (a) 80% or more of the school day in general education classes, lessons, activities, and routines, (b) 40–79% of time in general education classes, (c) 0–39% of the time in general

education classes, and (d) separate school only for students with disabilities. The multi-year project determined there were clear benefits and better outcomes when students with ESN remained in general education for 80% or more the time compared with students with ESN who were not (e.g., Jackson *et al.*, 2022; Zagona *et al.*, 2022; Gee, Gonzalez, Cooper, 2020).

There are improved outcomes for students with ESN in academics, social skills, communication, and behavior when these students are educated with their peers without disabilities (e.g., Jackson *et al.*, 2022; Zagona *et al.*, 2022; Gee, Gonzalez, Cooper, 2020). Jennifer Kurth and Ann Mastergeorge (2012) found that students who are educated in inclusive classrooms spend more time working towards academic standards when compared to students in segregated classrooms. Jane Soukup *et al.* (2007) did interval recording and found that when students with ESN were in inclusive classrooms, they were working on grade level standards in 98% of the intervals recorded. However, students in segregated classrooms were never found to be working on grade level standards in the intervals recorded. Students with ESN in inclusive settings are ten times more likely to be given literacy instruction (Ruppar, Roberts, Olson, 2018), and consistently outperform their peers in segregated environments in both ELA and math (Gee, Gonzalez, Cooper, 2020; Kurth, Mastergeorge, 2010; Wakeman *et al.*, 2022). While research has not yet identified all the correlating variables for that finding, the richness and scope of the instruction in general education classes in relation to special education classes might be a contributing factor (Jackson *et al.*, 2022).

With regards to the classroom context, Alison Zagona *et al.* (2022) found that students with ESN in inclusive classrooms interacted with peers and adults significantly more than those who were educated in self-contained settings; the latter were found to have limited interactions with peers or even teachers. Zagona and colleagues also found that in self-contained classrooms, the majority of interactions involved two or more adults, rather than involving a student (Zagona, 2022). Not only did the students have increased interactions, but these interactions were perceived as of higher quality than the limited interactions that students had in segregated classroom settings (Jameson *et al.*, 2022).

In a similar vein, Kathy Gee, Maria Gonzalez, Carrie Cooper (2020) conducted a multi-year matched pair study where students with ESN were matched by twelve characteristics including, but not limited to, disability label, communication level, literacy level at the time of the first IEP, district, sex, and date of the first IEP. One pair was in general education classes for 80% or more of the time and the other was in separate special education classes. Their data illustrate a significant difference in communication, literacy, and numeracy skills between the two pairs with the students in general education for 80% or more not only making more progress but retaining those skills from year to year. Despite this, research indicates that students with extensive support needs are consistently segregated at high rates (Kurth *et al.*, 2014), with 93% of students with ESN in the United States educated in self-contained, or home settings (Kleinert *et al.*, 2015). Putting all students with ESN together denies them access to the rich grade-level general education instruction and content, their peers without disabilities, and removes any opportunity for appropriate peer interaction, peer modeling or incidental learning. Additionally, it places enormous strain on the educator who must teach all subjects, at multiple grade levels.

Opportunities to learn

In the United States, all students – including students with ESN – are legally required to have access to, be involved in, and make progress in the general education curriculum (USA, 2004). Additionally, all students, regardless of disability, must participate in large-scale assessments, which are aligned to the general education curriculum, the results of which are used for accountability purposes. States are required to share assessment data and disaggregate it based on subgroups of students (e.g., students with disabilities, race, socio-economic status). The underlying assumption in the law, along with findings of decades of research, is that students with disabilities can learn when provided with adequate teaching, supports, and services (Janney, Snell, 2006; Shogren *et al.*, 2012; Snell *et al.*, 2010). In order for students to learn, they must be provided with opportunities to learn (OTL).

Opportunities to learn can be conceptualized as being composed of four curricula; (a) the intended curriculum, which are the standards identified for all students; (b) the enacted curriculum, which is the instruction that actually gets taught; and (c) which is a result of the teacher's planned curriculum; and (d) the assessed curriculum, which typically is discussed in the literature as the large-scale standardized assessments. In order for all students to have OTL, it is necessary for the intended curriculum to be aligned with the enacted curriculum. It is also important for students to spend quality time working on the standards that make up the intended curriculum. Their instruction (the enacted curriculum) must cover the depth and breadth of the intended curriculum then be assessed appropriately (Taub, McCord, Ryndak, 2017). Even when all four curricula are in perfect alignment, one cannot assume that OTL is being provided to students with ESN because barriers often exist within the instruction, materials, environment, and goals.

This alignment is insufficient for all students, but especially for those with ESN if basic requirements are not met. Maslow's hierarchy (Maslow, 1943) illustrates that learning cannot happen until a person's most fundamental needs are met such as food and safety. Opportunities to learn are significantly decreased if a student cannot access or see the information. Imagine sitting in a lecture where the teacher puts up slides and expects students to copy them. If that is the only way the information is shared a student who is blind will be at a significant disadvantage. Can we even argue that student had a realistic opportunity to learn? Deborah Taub, Jessica McCord and Diane Ryndak (2017) argue that students with ESN must be provided with individual supports and when lessons are universally designed there might be fewer supports needed. These individualized supports might be physical, such as a wheelchair or tables at a different height. They might be related to access such as having an adapted text or math manipulatives. Supports can also include those that help a student self-regulate, such as having multiple breaks when needed or assistance in calming down.

Universal design for learning

UDL is derived from the architectural concept, universal design, which proactively plans, designs, and builds with human variance in mind. UDL involves strategically using what we know about learning and the brain to design instruction, materials, environment, and goals that a wide range of students can engage with, learn from, and demonstrate their learning. Accounting for differences, and removing barriers upfront, prior to building, reduces the need to retrofit the environment at a later date. UDL involves designing instructional, materials, environment, and goals from the beginning with a wide range of learners in mind. A key foundational principle of UDL is that the barriers are not seen as within the student. It is not the student's reading level, physical abilities, or cognitive capabilities that create barriers to learning. Instead, it is the instruction, materials, environment, and goals that create them. This difference then shifts the teacher's role to one of identifying and addressing any barriers rather than trying to 'fix' the student's disability.

The UDL framework sets the stage for more students having access to opportunities to learn by planning with a wide range of students in mind. Back to the example of the student who was blind and in a lecture where the teacher only used slides and expected students to copy them. If the teacher plans proactively for students who need information in a variety of ways from the beginning, they might add guided notes and verbally share the information. UDL guidelines provide some considerations for what teachers can do to provide multiple means of representation, multiple means of action and expression, and multiple means of engagement. Using multiple means within the lesson reduces barriers for students by providing different avenues, or ways of teaching and learning (Hall, Meyer, Rose, 2012).

Ideally, the goal of UDL is to create expert learners with the recognition that what that means might differ for individual students. When teachers use UDL they make access to information and learning easier. Although UDL does not guarantee that every barrier will be removed for all students, it does lessen the number of

supports required and provides access to content that is often otherwise inaccessible, especially for students with disabilities (King-Sears *et al.*, 2022). When teachers design these things with the idea that not all students are the same, the content is more accessible to more students and ultimately the teacher has less work to do to meet a variety of student needs. In order to have OTL, students need to be engaged with and able to access the enacted curriculum. For students with ESN, however, even the use of UDL might be insufficient for them to be able to access OTL.

Adapting work

Adapting the instruction, materials, environment, and goals can remove and reduce barriers to OTL for students with ESN. In the United States all students are working toward the same general education content standards as taught by the general education curriculum though for students with ESN the achievement level expectations might differ from those expectations for students without ESN (Kearns *et al.*, 2020; Sabia, Thurlow, Lazarus, 2020). Teachers need to be able to work collaboratively to maintain the essential content of the general education curriculum and standards while removing and reducing barriers that have made it inaccessible to students with ESN.

While UDL might not be sufficient for some students, it sets the stage for OTL to occur. Educators might still need to make individualized changes to make content accessible and support students with ESN to make progress. Reducing complexity and difficulty of assignments can help make it accessible. An example will be provided below to illustrate the steps for modifying and adapting instruction, materials, environment, and goals. The more intentionally the original work is designed the less modifying and adapting will be needed.

When adapting work, some students might be expected to demonstrate a deeper understanding than others or to learn more about a topic than other students but in order to have OTL, all students need to have access to the same content and context as their peers without disabilities. Adapting work while maintaining the

essential and most important part of the content expectations is best done with a team of at least a general and special educator. The general educator can help identify the most important part of the standard while the special educator has the expertise to identify individualized barriers and solutions. Students with ESN might only be expected to demonstrate understanding of a small part of the information presented, but having more opportunities to make connections, more background information about a topic, and more reasons and ways to engage in the instruction, helps to contextualize that information and give it meaning.

Complexity and difficulty

All students working on the same content and the same concept does not mean all students are responsible for learning all the same information. For students with ESN, it is often effective to identify the most important goal of the unit or lesson and have the student with ESN focus primarily on that while other students might also be responsible for learning additional correlating material and information. One way to modify or adapt work is to consider the complexity and difficulty of the work.

We use complexity to mean the depth of knowledge the student is expected to demonstrate. It is the cognitive level to which the student uses the information. Using a hierarchy such as the revised Bloom's Taxonomy can help educators focus in on student expectations (Krathwohl *et al.*, 2010). Each level of the pyramid is a different cognitive process that requires more cognitive work as a person progresses from the bottom levels to the top. Remembering requires the least amount of cognitive processing as in school it is often a single step recall of information that is repeated without change. Create, on the other hand, requires combining a variety of information, memories, and concepts into something unique and new, making it the most complex cognitive process in this taxonomy. For some students in the class, the expectation might be they evaluate two claims and determine which has more merit while for other students, the expectation might be understanding what the two claims mean.

Difficulty is another way to modify or adapt work. The cognitive process remains the same, however the depth and breadth of what is learned might change or supports might exist to help decrease the cognitive load for students with ESN. Difficulty is the degree of breadth involved in the learning/task. For instance, if asked to memorize one phone number most people would find that a relatively easy task. However, if asked to memorize all the phone numbers in Poland, most people would find this task very difficult. Supports such as notes, numerically ordered lists, or a smartphone would lessen the difficulty of this task.

A note about age appropriateness is necessary. A student's instruction, materials, environment, and goals should be appropriate to their chronological age. Other students without disabilities who are the same chronological age would use the same types of materials. Providing materials made for a much younger child to a person with a disability is disrespectful and paternalistic.

How to adapt work for students with ESN

First, the general and special educators need to identify the most important thing that all students should know or do by the end of the unit. For instance, in a unit about Newton's Law, the teachers might decide that the most important thing for all students to know and be able to demonstrate is Newton's Third Law of motion, 'for every action (force) in nature there is an equal and opposite reaction'. The student with ESN might only focus on that one concept while some students might learn two of Newton's Laws and a few students might be expected to demonstrate understanding of all three of Newton's Laws of motion. The general and special educators must work together to identify the most important part of the content and then how to make that content accessible.

Once your team has identified the most important content for all students to learn, the next step is to determine what barriers exist in the instruction, materials, or environment. The team has to consider the UDL guidelines of engagement, representation, and action and expression: Will the same things make all students excited about the content or activity? What will keep them interested

and focused on a task? For an individual student the team needs to consider what supports the student regulate. Will the students need breaks? These questions have to be individualized based on the student.

The same type of questions and considerations are needed for representation: How will information be presented to students? How will all students access the ideas and concepts? How will the information be displayed or used to demonstrate the concept? The next set of questions are about action and expression: How will students demonstrate their understanding? What will they do, say, or show to illustrate they understand the concepts and skills being taught? Teachers need to check a student's communication system to make sure they have the words, objects, signs, or other communicative methods to discuss, ask and answer questions about the content.

Putting it all together

Jake is an 8-year-old boy with autism who is included with his peers without disabilities. His favorite things are trains and being with his friends. The class is working on a math lesson about double digit subtraction with regrouping. Jake is able to rote count to 8 and is still learning one-to-one correspondence. The math and special educators have determined that the most important part of this lesson is for all students to learn the concept of ones and tens and to understand the concept of subtraction as finding the difference between two numbers.

The whole class will have choices about whether they want to use a T-chart and manipulatives (counters or ones and tens cubes), draw a picture to illustrate the problem, or calculate the problem and show their work. The teachers have choices of manipulatives at math centers around the room and students are expected to record their work in their math journals. The teachers have the problems on the board and have a handout with different problems on it. Students could copy the problems from the board, complete the problems on the worksheet and then glue it into their math journal, or take a picture of how they used manipulatives to solve the problem with the class iPod and share that with the teachers. Students were

encouraged to check their answers against a friend's and talk about any differences in answers.

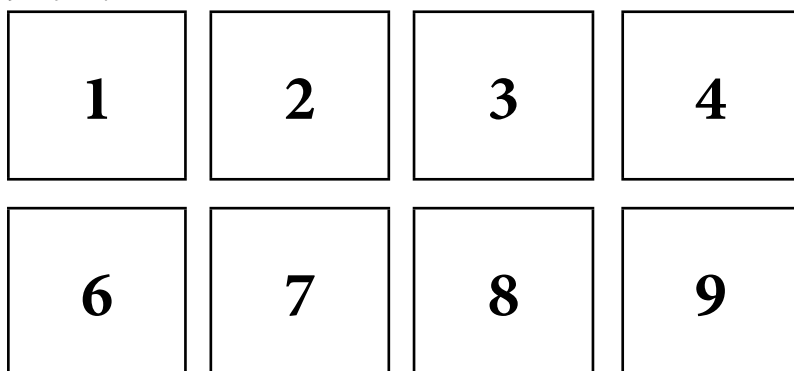
What barriers existed for Jake? Were the pieces in place to gain his interest? How have the teachers set up the instruction and environment to support Jake's ongoing interest? When planning, the teachers determined that Jake would be more engaged with the activity if they used the plastic trains they have as manipulatives, so they made sure that they were one of the options of manipulatives at his table. To support maintaining attention and reduce the difficulty, the teachers determined that Jake would focus on four questions instead of ten. They also focused on the essential learning that they had determined was crucial this is the concept of ones and tens and the concept of subtraction. To reduce the complexity, they gave Jake questions that did not have regrouping so he could focus on these two concepts.

Next, the teachers considered barriers within representation. Was the information presented in a way that was accessible to Jake? Presenting information only through mathematical symbols was insufficient for students such as Jake who were still learning symbol systems. They provided a template for Jake to use to complete subtraction problems. The template had a box for each manipulative that corresponded with the problem. Within each box was a numeral.

Jake would use the template in Figure 1 to make the mathematical symbols concrete. He could use each square with the numeral in it to help him with one-to-one correspondence as well as counting. It also lessened the cognitive load for Jake as he did not have to keep all of the numbers in his head, and he had a clear reference for each part of the problem. For instance, if a problem was $9 - 7 = ?$ Jake, an adult, or a friend would put one train in each of the squares up until nine. Jake would count each train and touch it. Then, the person with Jake would tell him to take away seven. Together they would count as Jake took away one train at a time. Jake would then look at how many trains remained and write, stamp, or circle that number on his worksheet to answer that problem. The team considered the supports and options already in place and determined that the use of the manipulatives and the other supports were sufficient

for Jake to show what he knows. Jake was paired with a peer partner and the teachers regularly checked in with him throughout the activity to provide additional information, model the concept, or check the students' understanding.

$$9 - 7 = ?$$



$$10 - 3 =$$

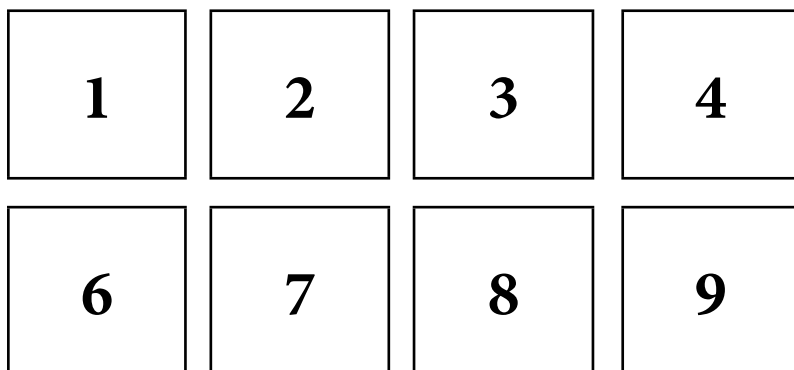


Figure 1. Math template for subtraction

Conclusions

When making plans, the teachers had provided a variety of engagement options for students (e.g., copying from the board or working on paper, working with peers or alone). They also considered multiple ways to represent the concepts. The students had tens and ones T-charts, could use manipulatives, or could use paper and pencil.

All students had different choices for how they could demonstrate their understanding to the teachers, including writing, pictures, and photographs. These choices and considerations were excellent, but insufficient for Jake. The teachers had to consider if there were additional, individualized barriers in the content being presented. To make the materials engaging, the teachers considered students' different interests when they made decisions about what manipulatives to offer. The trains were highly motivating for Jake while other students might be drawn to different manipulatives. Planning for these choices helped gain student interest in the content and helped students maintain focus on the task. Finally, the teachers considered the instructional methods they were going to use. They wanted to be sure they were using evidence-based practices. The additional support from another person, whether it be the teacher, a paraprofessional, or a peer, provided the specially designed instruction Jake needed.

Inclusive practices have been proven to have a positive correlation with academic, communicative, and social outcomes for students with ESN. In order for students with ESN to have a true opportunity to learn, they must be in general education classes engaged with the same content, activities, lessons, and routines as their peers without ESN. For this content, activities, lessons, and routines to be meaningful teachers need to begin planning with a UDL framework. For some students with ESN, the UDL considerations need to be supplemented with individualized instructional, materials, environmental supports, and goals.

References

- Agran M., Jackson L., Kurth J.A., Ryndak D., Burnette K., Jameson M., Zagona A., Fitzpatrick H., Wehmeyer M. (2020). Why aren't students with severe disabilities being placed in general education classrooms: Examining the relations among classroom placement, learner outcomes, and other factors, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 45(1), 4–13.
- Gee K., Gonzalez M., Cooper C. (2020). Outcomes of inclusive versus separate placements: A matched pairs comparison study, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 45(4), 223–240.

- Hall T.E., Meyer A., Rose D.H. (2012). *Universal design for learning in the classroom*, New York: Guilford Press.
- Jackson L., Agran M., Lansey K.R., Baker D., Matthews S., Fitzpatrick H., Jameson M., Ryndak D., Burnette K., Taub D. (2022). Examination of Contextual Variables Across and Within Different Types of Placement for Elementary Students with Complex Support Needs, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 47(4), 191–208.
- Jackson L.B., Ryndak D.L., Wehmeyer M.L. (2008). The dynamic relationship between context, curriculum, and student learning: A case for inclusive education as a research-based practice, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 34(1), 175–195.
- Jameson J.M., Hicks T., Lansey K., Kurth J.A., Jackson L., Zagona A.L., Burnette K., Agran M., Shogren K., Pace J. (2022). Predicting the Frequency and Significance of Social Contacts Across Placements: A Bayesian Multilevel Model Analysis, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 47(4), 229–243.
- Janney R.E., Snell M.E. (2006). Modifying schoolwork in inclusive classrooms, *Theory into Practice*, 45(3), 215–223.
- Jorgensen C.M., Lambert L. (2012). Inclusion means more than just being, *International Journal of Whole Schooling*, 8(2), 21–36.
- Kearns J., Thurlow M., Wakeman S., Reyes E.N. (2020). *Academic Standards for Students with Significant Cognitive Disabilities in Inclusive Classrooms: Same Content Standards, Alternate Achievement Standards (TIPS Series: Tip #14)*, Minneapolis: University of Minnesota, TIES Center.
- King-Sears M.E., Stefanidis A., Evmenova A.S., Rao K., Mergen R.L., Owen L.S., Strimel M.M. (2023). Achievement of learners receiving UDL instruction: A meta-analysis, *Teaching and Teacher Education*, 122, 1–15.
- Kleinert H., Towles-Reeves E., Quenemoen R., Thurlow M., Fluegge L., Weseman L., Kerbel A. (2015). Where students with the most significant cognitive disabilities are taught: Implications for general curriculum access, *Exceptional Children*, 81(3), 312–328.
- Krathwohl D.R., Anderson L.W. (2010). Merlin C. Wittrock and the revision of Bloom's taxonomy, *Educational psychologist*, 45(1), 64–65.
- Kurth J., Mastergeorge A.M. (2010). Individual education plan goals and services for adolescents with autism: Impact of age and educational setting, *The Journal of Special Education*, 44(3), 146–160.
- Kurth J., Mastergeorge A.M. (2012). Impact of setting and instructional context for adolescents with autism, *The Journal of Special Education*, 46(1), 36–48.
- Kurth J.A., Morningstar M.E., Kozleski E.B. (2014). The persistence of highly restrictive special education placements for students with low-incidence

- disabilities, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 39(3), 227–239.
- Maslow A.H. (1943). A theory of human motivation, *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Ruppar A.L., Roberts C.A., Olson A.J. (2018). Developing expertise in teaching students with extensive support needs: A roadmap, *Intellectual and Developmental Disabilities*, 56(6), 412–426.
- Sabia R., Thurlow M.L., Lazarus S.S. (2020). *The general education curriculum – not an alternate curriculum! (Brief #5)*, TIES Center.
- Shogren K.A., Palmer S.B., Wehmeyer M.L., Williams-Diehm K., Little T.D. (2012). Effect of intervention with the self-determined learning model of instruction on access and goal attainment, *Remedial and Special Education*, 33(5), 320–330.
- Snell M.E., Brady N., McLean L., Ogletree B.T., Siegel E., Sylvester L., Mineo B., Paul D., Ronski M.A., Sevcik R. (2010). Twenty years of communication intervention research with individuals who have severe intellectual and developmental disabilities, *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(5), 364–380.
- Soukup J.H., Wehmeyer M.L., Bashinski S.M., Bovaird J.A. (2007). Classroom variables and access to the general curriculum for students with disabilities, *Exceptional Children*, 74(1), 101–120.
- Taub D.A., McCord J.A., Ryndak D.L. (2017). Opportunities to learn for students with extensive support needs: A context of research-supported practices for all in general education classes, *The Journal of Special Education*, 51(3), 127–137.
- United States of America (2004). *Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004*, 20 U.S.C. 1400.
- Wakeman S., Wu Y.-C., Ghore G., Johnson H., Bowman J., Clausen A.M. (2022). *Separate school placement trends by category and age for students with extensive support needs (TIES Center Report 105)*, TIES Center.
- Wehmeyer M.L., Shogren K.A., Kurth J.A., Morningstar M.E., Kozleski E.B., Agran M., Jackson L., Jameson J.M., McDonnell J., Ryndak D.L. (2016). Including students with extensive and pervasive support needs, *Advances in Special Education*, 31, 129–155.
- Zagona A.L., Kurth J.A., Lockman Turner E., Pace J., Shogren K., Lansey K., Jameson M., Burnette K., Mansouri M., Hicks T., Gerasimova D. (2022). Ecobehavioral analysis of the experiences of students with complex support needs in different classroom types, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 47(4), 209–228.

Katarzyna Banasik-Petri

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
<https://orcid.org/0000-0002-2375-920X>

Doświadczenia z procesu nauczania przedmiotu projektowanie uniwersalne na kierunku architektura na Wydziale Architektury i Sztuk Pięknych Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Streszczenie

Artykuł prezentuje doświadczenia z nauczania przedmiotu projektowanie uniwersalne dla studentów kierunku architektura na Wydziale Architektury i Sztuk Pięknych Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. W artykule przedstawione zostały różnorodne podejścia edukacyjne pozwalające na przekazanie wiedzy i umiejętności koniecznych do projektowania architektonicznego z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, umożliwiając im pokonywanie barier przestrzennych.

Słowa kluczowe: projektowanie uniwersalne; projektowanie bez barier; architektura inkluzyjna

Experience in teaching: Universal Design at the Faculty Architecture and Fine Arts the Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University

Abstract

The article is aimed at presenting experiences of teaching the module on Universal design that is offered to the Architecture students at the Faculty of Architecture and Fine Arts of the Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University. The article presents a variety of educational approaches enabling the transfer of knowledge and skills that are necessary for an inclusive and accessible architectural design that takes into account specific and diverse needs of people with disabilities and eliminate potential spatial barriers.

Key words: universal design; barrier-free design; inclusive architecture

Wstęp

Nauczanie projektowania uniwersalnego ma dla architektów szczególne znaczenie, ponieważ dotyka bezpośrednio codziennego życia osób z różnymi niepełnosprawnościami. Sztuka dobrego projektowania polega na tym, żeby osoby te nie czuły się ani dyskryminowane w przestrzeni publicznej, ani stygmatyzowane przez specjalne udogodnienia konieczne dla ich funkcjonowania. Rozwiązania umożliwiające swobodę funkcjonowania powinny być naturalne i powszechne; wymaga to jednak specjalistycznej wiedzy na każdym etapie projektowania. Co więcej, w tworzeniu architektury bez barier uwzględniać należy nie tylko kwestie związane z potrzebami fizycznymi jej przyszłych użytkowników, ale też z potrzebami emocjonalnymi.

Współczesna, szeroko rozpowszechniona definicja projektowania uniwersalnego to termin odnoszący się do intuicyjnego sposobu projektowania bez barier dostępnego dla każdego użytkownika przestrzeni. U Marty Mirosławy Perkowskiej i Tomasza Bajkowskiego (2022) znajdujemy takie objaśnienie tej koncepcji:

Projektowanie uniwersalne [...] jest to strategiczne podejście do planowania i projektowania otoczenia społecznego (architektonicznego, cyfrowego, komunikacyjnego i społecznego) w taki sposób, aby zapewnić równy dostęp wszystkim jego uczestnikom. Koncepcja projektowania uniwersalnego uwzględnia wszystkie podmioty życia społecznego, których funkcjonowanie jest w pewnym aspekcie ograniczone. Uwzględniając różnorodność ludzi, ich zasoby i ograniczenia, a także różne potrzeby, projektowanie uniwersalne staje się podejściem utylitarnym, skierowanym do wszystkich uczestników życia społecznego, w tym również w przestrzeni edukacyjnej (s. 11).

Definicja ta dotyczy różnych dziedzin projektowania, pozwalając na włączanie do środowiska wszystkich ludzi, niezależnie od ich zdolności, wieku czy aktualnego stanu zdrowia.

Twórcą takiego podejścia do projektowania był Ronald Mace (1942–1998), który podkreślał w swoich pracach, że „intencją projektowania winno być budowanie środowiska oraz tworzenie produktów i usług dostępnych dla możliwie największego grona odbiorców, bez względu na ich wiek, posiadane zdolności i możliwości, pochodzenie kulturowe oraz inne cechy różnicujące”

(Gawron, 2015, s. 133). Mace rozpoczął pracę w latach 70. XX w. i przez kolejnych 30 lat współtworzył podwaliny pod obecną naukę. Poruszający się przez większą część swojego życia na wózku inwalidzkim, początkowo skupiał się na projektowaniu architektonicznym ukierunkowanym wyłącznie na potrzeby osób z niepełnosprawnościami (OzN). Z czasem jednak zweryfikował swoje podejście i na podstawie własnych doświadczeń zdefiniował projektowanie uniwersalne jako „projektowanie produktów, środowiska, programów i usług w taki sposób, by były użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania” (Zapolska, 2022, s. 63)¹.

W Stanach Zjednoczonych Mace był współtwórcą pierwszego kodeksu budowlanego zorientowanego na dostępność, będącego wzorcem dla ustawodawstwa zakazującego dyskryminacji osób z niepełnosprawnością.

W Polsce problemami osób z niepełnosprawnością jako pierwsza zajęła się Halina Skibniewska (1921–2011). Ich potrzeby, jak również potrzeby seniorów i dzieci, zajmowały szczególne miejsce w pracy tej architektki. W latach 60. i 70. jej wrażliwość na różne grupy przyszłych użytkowników tworzonych przez nią budynków stanowiła swoiste *novum*. W swojej pracy współpracowała z prof. Marianem Weissem, twórcą polskiej rehabilitacji i dyrektorem Szpitala Chirurgii Kostnej w Konstancinie. Mieszkania osób z niepełnosprawnością i seniorów (w szczególności z niepełnosprawnością ruchową) Skibniewska wkomponowywała w projektowane przez siebie osiedla, czego przykładem może być m.in. osiedle Sadyba-Fosy w Warszawie (powstałe w latach 1972–1974) czy też niezrealizowany projekt osiedla Białołęka Dworska (dla 30 tys. mieszkańców) z dużym programem funkcjonalnym dla osób z niepełnosprawnościami (Urbańska, 2016). Swoje przemyślenia na temat odpowiedzialności architekta za zapewnienie komfortowej

¹ Definicja projektowania uniwersalnego przez lata ewoluowała. Od czasu określenia celów i zakresu projektowania uniwersalnego przez Ronalda Mace’a, prace badawcze kontynuuje wielu architektów i badaczy, m.in.: G. Anthony Giannoumis i Michael Ashley Stein (2019), doskonaląc i określając priorytety projektowe. Przywołana w tekście definicja Mace’a została zawarta w art. 2 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych z 13 grudnia 2006 r., ratyfikowanej przez Polskę 25 października 2012 r.

przestrzeni do życia dla każdego, jak również projekty, propozycje praktycznych rozwiązań i schematy funkcjonalne, architektka ta zawarła w licznych publikacjach – wydała kilka książek dotyczących mieszkalnictwa, w tym *Rodzina a mieszkanie* (1974) czy *Tereny otwarte w miejskim środowisku mieszkalnym* (1979).

Propagowaną przez Skibniewską ideę projektowania dla osób z niepełnosprawnościami kontynuuje jej dawna studentka, dyplomantka i doktorantka – Ewa Kuryłowicz² (ur. 1953) – obecnie wykładowczyni Politechniki Warszawskiej. Kuryłowicz w szerszym wywiadzie z Martą Anną Urbańską w książce pt. *Architektki* (2016) w rozdziale poświęconym Halinie Skibniewskiej *Halina Skibniewska. Architektura, społeczeństwo, władza?*, wspomina doświadczenia naukowe ze swoją mentorką oraz przekazane *credo* projektowe; stwierdza, „że to właśnie zrozumienie potrzeb tych, dla których się buduje, wrażliwość, świadomość tego, że nie każdy jest tak samo sprawny i zdrowy, jest tym, czego uczyła autorka [...] [swoich studentów]” (Cymer, 2021). Kuryłowicz w latach 70. była pierwszą polską architektką, która poświęciła swoją pracę naukową i projektową osobom z niepełnosprawnościami i do dziś tej tematyce poświęca swoje publikacje związane z dostępnością i inkluzją w architekturze oraz pozostaje niekwestionowanym autorytetem w tej dziedzinie. Podręcznik *Projektowanie uniwersalne. Otwieranie środowiska dla niepełnosprawnych* (1996) od dekad niezmiennie pozostaje obowiązkową lekturą w procesie nauki projektowania.

Jak kształcimy?

Nauczanie zasad projektowania uniwersalnego jest szczególnie ważne w procesie kształcenia młodych architektów; to przez nie wdraża się filozofię projektowania niwelującego wszelkie bariery przestrzenne i zapewniającego dostępność, bezpieczeństwo i wygodę dla wszystkich przy jednoczesnym nacisku na zapewnienie wysokiej jakości projektowanych rozwiązań, także pod względem

² Pod kierunkiem prof. Skibniewskiej dr Kuryłowicz przygotowywała pracę dyplomową *Osiedle Białołęka Dworska z programem dla inwalidów* (1977) i obszerny doktorat (1982) poświęcony dostępności obiektów publicznych dla osób z niepełnosprawnością (Kuryłowicz & Associates, 2020).

artystycznym i estetycznym. Przygotowując w 2018 r. program kształcenia dla studentów Wydziału Architektury i Sztuk Pięknych (WaiSP) Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego (KAAFM) rozpoczynających studia w roku akademickim 2019/2020, korzystano z wzorców i doświadczeń polskich oraz zagranicznych. Założono, że przedmiot Uni-Lab – projektowanie uniwersalne będzie nie tylko nauką i zapisem praw oraz wytycznych projektowych, ale też, że zwróci uwagę przyszłych architektów na potrzeby wszystkich ludzi i uwrażliwi ich zwłaszcza na potrzeby osób z niepełnosprawnościami.

Program nauczania przedmiotu współtworzony był w oparciu o doświadczenia pracowników WaiSP zdobyte w czasie własnej pracy projektowej, jak i w trakcie współpracy z przedsiębiorstwem Golub-GetHouse w ramach dwóch projektów wdrożeniowych: „Uni-Lab – projektowanie uniwersalne w kształceniu studentów”³ oraz „Akademia równych szans”⁴. Dobre praktyki nabyte w trakcie realizacji tych projektów dostarczyły pracownikom Wydziału wiedzy i pomysłów niezbędnych nie tylko do zaplanowania efektywnego programu kształcenia studentów, ale też do wdrożenia

³ „Uni-Lab – projektowanie uniwersalne w kształceniu studentów” to projekt edukacyjny realizowany w KAAFM dla trzech kierunków studiów: architektura, zarządzanie oraz informatyka i ekonometria, który dofinansowany został z Funduszy Europejskich. Celem projektu jest podniesienie kompetencji studentów KAAFM w zakresie stosowania rozwiązań opartych na koncepcji projektowania uniwersalnego, co ma odpowiadać obecnym potrzebom gospodarki, rynku pracy i społeczeństwa; projekt ma też podnieść kompetencje kadry dydaktycznej KAAFM w zakresie nauczania projektowania uniwersalnego. Okres realizacji projektu to 1.04.2020–30.09.2023 r. Pracami zespołu kieruje dr inż. arch. Katarzyna Banasik-Petri, prof. KAAFM. Za stroną Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, <https://www.ka.edu.pl/uni-lab/> [dostęp: 25.10.2023].

⁴ KAAFM otrzymała dofinansowanie z Funduszy Europejskich na realizację projektu „Akademia Równych Szans” złożonego w ramach konkursu „Uczelnia Dostępna” zorganizowanego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Celem projektu jest wdrożenie w obszarze architektury, infrastruktury informatycznej oraz edukacji rozwiązań ukierunkowanych na zwiększenie dostępności i otwartości KAAFM dla akademickiej społeczności osób z niepełnosprawnościami. Okres realizacji projektu to 1.11.2020–30.09.2023 r. Pracami zespołu kieruje dr hab. Joanna Konarska, prof. KAAFM. Za stroną Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, <https://www.ka.edu.pl/akademia-rownych-szans/> [dostęp: 25.10.2023].

praktycznych rozwiązań w przestrzeni kampusu KAAFM oraz domu studenckiego LivinnX przy ul. Romanowicza w Krakowie.

Proces kształcenia studentów architektury na WAiSP KAAFM z zakresu projektowania uniwersalnego opiera się na czterech filarach przekazywania wiedzy i umiejętności. Filarami tymi są: (a) rzetelnie skonstruowany program kształcenia, uzupełniony o (b) możliwości uczestniczenia studentek i studentów w konkursach architektonicznych, a także – w miarę możliwości – (c) zapewnienie laureatom konkursów udziału we wdrożeniach zwycięskich projektów oraz (d) uczestnictwa w ich realizacji.

Dwa pierwsze założenia są stosunkowo łatwe do spełnienia w warunkach akademickich i wpisują się w proces edukacyjny szkolnictwa wyższego na kierunku architektura. Dwa kolejne wymagają zaangażowania zewnętrznych partnerów współfinansujących przedsięwzięcie. Efekty edukacyjne dwóch ostatnich etapów są nie do przecenienia i stanowią bardzo cenne doświadczenie praktyczne, które studentki i studenci mogą zdobyć w trakcie studiów.

Zdobyte doświadczenia kadry Wydziału w zakresie wyżej wymienionych czterech aspektów nauczania, stworzonego tak na podbudowie naukowej, jak i na konieczności rozwijania praktycznych umiejętności, dowodzą, że proces kształcenia przyszłych architektów powinien odbywać się czterotorowo, co nie zawsze jest możliwe na polskich uczelniach. WAiSP KAAFM może pochwalić się bogatym doświadczeniem w tej formie nauczania nie tylko w kontekście nauczania projektowania uniwersalnego, ale i innych inicjatyw związanych z projektowaniem architektonicznym⁵. W jednym przypadku wdrożenie kompleksowego projektu dedykowanego osobom z niepełnosprawnościami zostało już w pełni ukończone i służy ogółowi społeczności akademickiej w budynku domu studenckiego LivinnX, w drugim dopiero czekamy na jego realizację na kampusie Krakowskiej Akademii⁶.

⁵ Innym przykładem łączenia teorii i praktyki jest realizacja eksperymentalnej konstrukcji wieloprzestrzennej zaprojektowanej we współpracy z japońskim architektem Kengo Kumą i studentami II stopnia architektury na KAAFM, która zawiązała w przestrzeniach Galerii Europa – Daleki Wschód w Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej Manggha w Krakowie.

⁶ Prace adaptacyjno-projektowo-budowlane zostały podzielone na kilka etapów związanych z pracami wewnątrz budynków A, B i C oraz z zagospoda-

Program kształcenia

Dzięki uczestnictwu kadry naukowej i studentów WAI SP KAAF M w projekcie „Uni-Lab – projektowanie uniwersalne w kształceniu studentów” w latach 2020–2023 przeprowadzono modyfikację programów kształcenia, w szczególności na pierwszym roku studiów inżynierskich, wprowadzając zajęcia z projektowania uniwersalnego umożliwiające studentom poznanie potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz praktycznych zastosowań zasad uniwersalnego projektowania produktów i usług. W trakcie trwania projektu i dzięki możliwościom sfinansowania szkoleń ze środków projektowych kadra dydaktyczno-naukowa Uczelni mogła podnieść swoje kompetencje dydaktyczne w celu realizacji efektywnego nauczania projektowania uniwersalnego; finansowanie umożliwiło też zakup sprzętu i programów do symulacji zachowań związanych z funkcjonowaniem OzN w przestrzeni rzeczywistej oraz zorganizowanie specjalistycznego laboratorium. Ponadto – w ramach pilotażu – wdrożono program kształcenia studentek i studentów na kierunku architektura WAI SP dla dwóch roczników studiów w roku akademickim: 2019/2020 i 2020/2021. Dla studentów przygotowano pilotażowy program kształcenia realizowany w ramach projektu na trzecim roku studiów w semestrze 5. Wprowadzono 15 godzin wykładów z zakresu teorii projektowania uniwersalnego, w czasie których studentkom i studentom przybliżano problematykę projektową, budowlaną i prawną związaną z OzN. Oprócz kadry naukowej KAAF M zajęcia prowadzili specjaliści z wieloletnim doświadczeniem zajmujący się problematyką niepełnosprawności, m.in. prof. dr hab. inż. arch. Hanna Grabowska-Pałecka, prekursorka nauczania w dziedzinie projektowania uniwersalnego na Politechnice Krakowskiej (w szczególności w obiektach zabytkowych), oraz dr Waclaw Rosa – Koordynator ds. Osób z Niepełnosprawnościami w KAAF M. Szczególny nacisk w programie postawiono na ćwiczenia projektowe (w wymiarze 30 godzin) zaplanowane w semestrze 6.

Przed rozpoczęciem zajęć praktycznych studenci uczestniczyli w warsztatach symulacyjnych, w czasie których wykorzystywane były m.in. wózki inwalidzkie, kombinezony ograniczające zdolność ruchową, okulary symulujące określone wady wzroku czy też laski

rowaniem terenu wokół budynków kampusu KAAF M. Prace zakończą się w grudniu 2023 r.

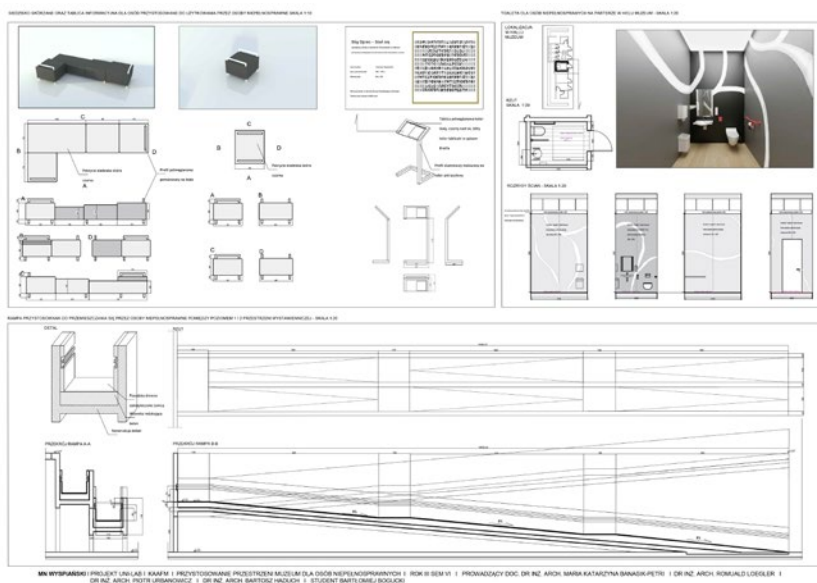
dla osób niewidomych, które to przyrzędy pozwoliły studentkom i studentom w sposób empiryczny zapoznać się z problematyką funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami oraz pomogły rozwinąć empatię. Osobiste doświadczenia studentów odgrywają kluczową rolę w procesie kształcenia, co podkreślała już Kuryłowicz, organizując w latach 90. pierwsze zajęcia symulacyjne na Politechnice Warszawskiej:

Wykłady wprowadzają młodych adeptów architektury w jej świat analizowany pod kątem zmieniającego się podejścia do człowieka, jego roli w architekturze, definicji jego potrzeb, sposobów sprostania tym potrzebom. Sprawozdania z warsztatów, które studenci składają, dowodzą, że wykład pozostałby w sferze teorii, gdyby nie fakt, iż można „na własnej skórze” przekonać się, jak to jest niedowidzieć lub jak trudno jest jechać wózkem inwalidzkim – nawet po linii prostej. [...] Sens i wartość warsztatów wbrew pozorom nie opiera się na przeświadczeniu, że architekt korzysta w swojej pracy ze własnych doświadczeń w kontaktach ze środowiskiem, które to doświadczenia następnie ekstrapoluje na inne napotymane w projektach przez siebie sytuacje. Warsztaty nie bazują na tego rodzaju przełożeniu – dają one po prostu impuls dla empatii, która jest niezbędnym elementem skuteczności stosowania założeń projektowych, w które się samemu wierzy (Kuryłowicz, 2015, s. 208).

Uzupełnieniem wiedzy wspomagającej proces projektowania uniwersalnego były również (odbywające się corocznie dla roczników objętych projektem) warsztaty studenckie dotyczące produktów przeznaczonych dla OzN, organizowane dzięki współpracy WAI SP KAAFM z firmą HEWI, producentem wyposażenia pomocniczego do pomieszczeń sanitarnych. Dodatkowo dla studentów przygotowano wizytę studialną w Hali 100-lecia KS Cracovii z Centrum Sportu Osób Niepełnosprawnych w Krakowie, czyli w kompleksie w pełni dostosowanym do osób o ograniczonej mobilności, którego założeniem jest integracja osób pełnosprawnych i osób z niepełnosprawnościami we wspólnym sportowym duchu. Bezpośrednie doświadczenie przebywania w tego rodzaju obiekcie uświadomiło studentom wagę oraz konieczność projektowania i budowy integracyjnych obiektów sportowych, a także zwróciło uwagę na ważność problemu projektowania budynków dostępnych.

Celem ćwiczeń projektowych było zastosowanie/wykorzystanie nabytej wiedzy w trakcie projektowania/tworzenia konkretnego

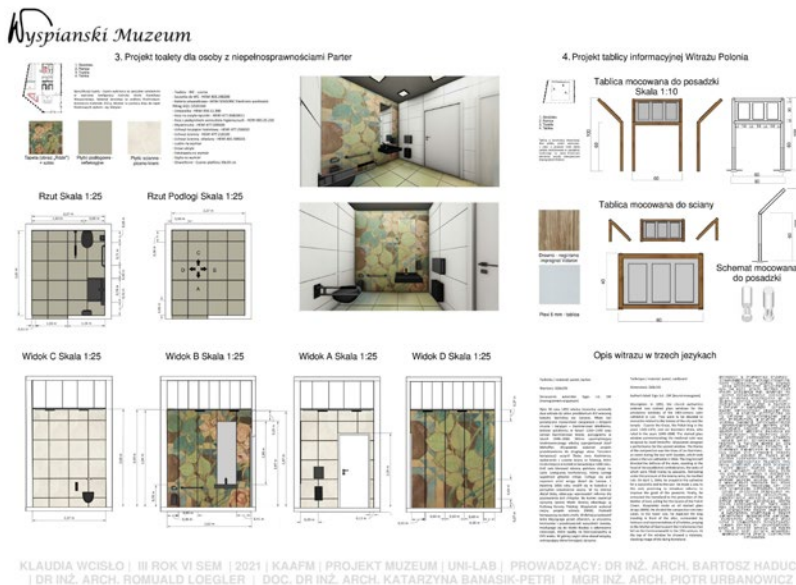
obiektu użyteczności publicznej ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb OzN. W zależności od rocznika studentki i studenci szczegółowo rozwiązywali problemy muzeum lub hali basenowej, dostosowując rozwiązania architektoniczne w taki sposób, żeby objekty te posiadały walory inkluzywne i jednocześnie zachowały jak najwyższe standardy estetyczne i artystyczne. Studenci mieli do zaprojektowania rampy, ścieżki prowadzące, pola uwagi, tablice informacyjne, lady recepcyjne, ławkę integracyjną oraz toaletę dla OzN. Powstały projekty oryginalne, skierowane na konkretne rozwiązania, rzeczywiście ułatwiające korzystanie z przestrzeni publicznych i jednocześnie nie stygmatyzujące żadnych grup użytkowników (rys. 1–3).



Rys. 1. Zadanie projektowe, semestr 6, rok akademicki 2019/2020. Muzeum Stanisława Wyspiańskiego w Krakowie. Przystosowanie przestrzeni muzealnej dla osób niepełnosprawnych. Projekt ławeczki integracyjnej, informatora muzealnego, rampy oraz łazienki wraz z wyposażeniem dla OzN. Autor: student Bartłomiej Bogucki. Prowadzący: dr inż. arch. Katarzyna Banasik-Petri, arch. Piotr Urbanowicz, prof. dr inż. arch. Romuald Loegler, dr inż. arch. Bartłomiej Haduch.

Źródło: archiwum WaiSP KAAFM⁷.

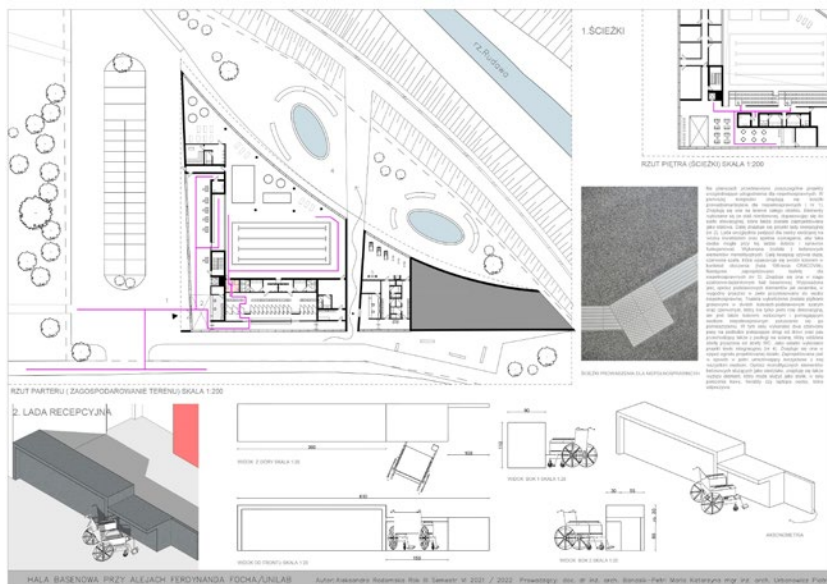
⁷ Materiały graficzne w niniejszym artykule publikowane są na podstawie pisemnej zgody ich twórców.



Rys. 2. Zadanie projektowe, semestr 6, rok akademicki 2019/2020. Muzeum Stanisława Wyspiańskiego w Krakowie. Przystosowanie przestrzeni muzealnej dla osób niepełnosprawnych. Projekt łazienki wraz z wyposażeniem dla OzN informatora muzealnego. Autor: studentka Klaudia Wcisło. Prowadzący: dr inż. arch. Katarzyna Banasik-Petri, arch. Piotr Urbanowicz, prof. dr inż. arch. Romuald Loegler, dr inż. arch. Bartłomiej Haduch.

Źródło: archiwum WaiSP KAAFM.

Efekty dydaktyczne, jakie udało się uzyskać w ramach pilotażowego programu studiów, sprawiły, że treści z zakresu projektowania uniwersalnego oraz zajęcia praktyczne w uczelnianym laboratorium na stałe włączono do programu kształcenia w ramach przedmiotów związanych z projektowaniem architektonicznym i urbanistycznym. Zainteresowanie studentów problematyką projektowania uniwersalnego oraz przekazywanymi treściami związanymi z architekturą inkluzywną i niwelowaniem barier architektonicznych przełożyło się bezpośrednio na tematy ich prac dyplomowych: inżynierskich i magisterskich, oraz – jak można przypuszczać – na podniesienie świadomości i kompetencji przyszłych architektów w omawianym zakresie.



Rys. 3. Zadanie projektowe, semestr 6, rok akademicki 2020/2021. Hala basenowa przy al. F. Focha. Przystosowanie przestrzeni hali dla osób niepełnosprawnych. Projekt ścieżki dostępu wraz z planem zagospodarowania terenu (PZT), lada recepcyjnej. Autor: studentka Aleksandra Radomska. Prowadzący: dr inż. arch. Katarzyna Banasik-Petri, arch. Piotr Urbanowicz.

Źródło: archiwum WaiSP KAAFM.

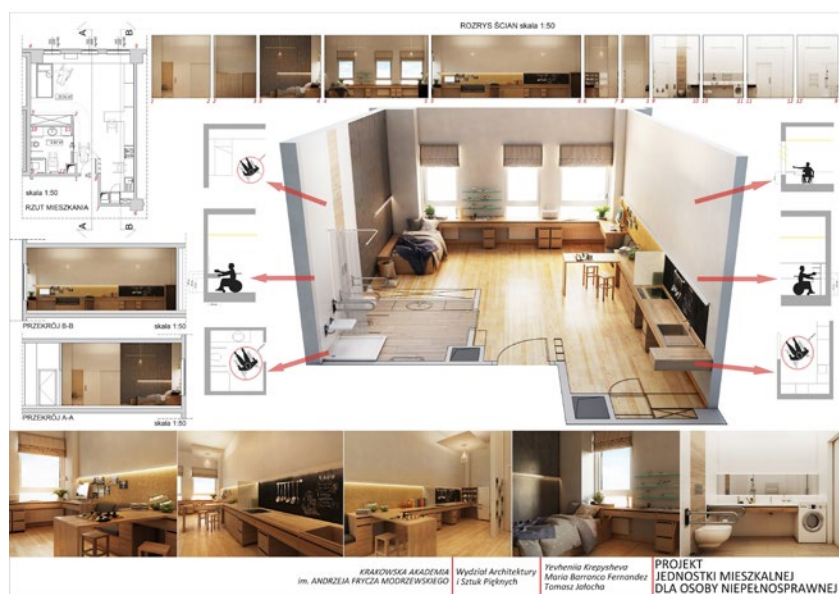
Studenckie konkursy architektoniczne

Konkursy architektoniczne są dla przyszłych architektów nie tylko polem do zawodowej rywalizacji, ale także realną możliwością zdobycia poważnych zleceń. Zapoznanie studentów z tego rodzaju możliwościami leży w duchu edukacji zawodowej przygotowującej studentów do wejścia w praktyczny aspekt zawodu, którego częścią jest pozyskiwanie zleceń i współpraca ze zleceniodawcą. Konkursy architektoniczne to także metoda dydaktyczna zachęcająca do indywidualnego tworzenia i bezpośredniego *tutoringu* w relacji mistrz–uczeń. „Udział w nich studentów architektury nie podlega dyskusji. Stanowią one, podobnie jak konkurencja, istotę przyszłego zawodu. Oswajanie z nimi już w czasie studiów ma rzeczywisty,

prawdziwy sens. Wygrywanie ich przynosi ogromną satysfakcję oraz potwierdzony i zweryfikowany środowiskowo, profesjonalny dorobek” (Poznański, 2022, s. 48). Stąd od lat na WAI SP KAAFM studenci są zachęceni do udziału w rywalizacji w zewnętrznych konkursach krajowych i międzynarodowych, a także w konkursach organizowanych przez Wydział we współpracy z przedsiębiorstwami czy innymi organizacjami. W 2019 r. podpisana została współpraca z amerykańskim deweloperem budującym w najbliższym sąsiedztwie uczelni (tj. przy ul. Romanowicza) nowoczesny dom studencki z nowatorskim programem funkcjonalnym. Obiekt realizowany był na podstawie projektu przebudowy istniejącego post-industrialnego budynku firmy Telpod, a autorem przebudowy była pracownia architektoniczna Asymetria 44. Program współpracy z deweloperem zakładał organizację trzech konkursów studenckich, z których pierwszym był konkurs dotyczący projektu jednostki mieszkalnej dla OzN pt.: „Dormitorium. Studencka Jednostka Mieszkalna dla OzN”; kolejne konkursy dotyczyły projektu typowej jednostki mieszkaniowej dla czterech osób (studentów) oraz zaprojektowania wspólnej przestrzeni rekreacyjnej. Unikatowa i zachęcająca dla studentów formuła konkursu zakładała, że zwycięski projekt jednostki mieszkalnej dla OzN będzie konkursem realizacyjnym w nowo powstającym domu studenckim w adaptowanym na nowe cele budynku Telpodu, a studenci architektury będą czynnie brać udział w tym procesie.

W konkursie „Dormitorium. Studencka Jednostka Mieszkalna dla OzN” wzięło udział kilka zespołów studenckich, a jury, w skład którego weszli przedstawiciele kadry dydaktyczno-naukowej WAI SP KAAFM, przedstawiciel dewelopera i głównego projektanta z pracowni Asymetria 44, przyznało trzy nagrody. Pierwsze miejsce zajęła praca studentów WAI SP KAAFM: Tomasza Jałochy, Yevhenii Krepshevej oraz Marii Barranco Fernandez (rys. 4). Zwycięska praca – zdaniem jury – uwzględniła określone w regulaminie zadania i cele, zarówno pod względem estetycznym, jak i funkcjonalnym oraz ekonomicznym. Jury doceniło użycie „stosunkowo skromnych środków, wykorzystanie naturalnych materiałów, uwzględnienie potrzeby przystosowania przestrzeni do potrzeb osoby niepełnosprawnej” (cyt. z oceny jury konkursu), a także funkcjonalny

podział przestrzeni. Według jury „Prezentowana koncepcja wytycza logiczne założenia koncepcji pokoju studenckiego dla osoby niepełnosprawnej w oparciu o porządkującą, nadrzędną ideę przestrzenną zaprojektowanego mebla. Mebel daje możliwość efektywnego wykorzystania przestrzeni w zmiennych aranżacjach w oparciu o mobilny układ pojedynczego elementu” (cyt. z oceny jury konkursu). W zakresie projektu znajdowała się łazienka, kuchnia, jadalnia, sypialnia oraz strefa nauki. Ujęto w nim także indywidualnie rozwiązania meblowe oraz oświetleniowe. Poszczególne elementy tworzyły jednorodną całość w stylistyce industrialnej, wykonanej jasnym drewnem.



Rys. 4. Konkurs „Dormitorium. Studencka Jednostka Mieszkalna dla OzN”, ul. Romanowicza w Krakowie. I nagroda w konkursie. Autorzy: studenci Tomasz Jałocha, Yevhenia Krepshева, Maria Barranco Fernandez.

Źródło: archiwum WaiSP KAAFM.

Drugim z doświadczeń konkursowych związanych z udziałem studentów w kształceniu z zakresu projektowania uniwersalnego było włączenie ich w projekt „Akademia Równych Szans”.

Nadrzędnym celem projektu było wdrożenie rozwiązań w obszarze architektury i infrastruktury informatycznej, a także w sferze edukacyjnej ukierunkowanych na zwiększenie dostępności i otwartości KAAFM dla akademickiej społeczności osób z niepełnosprawnościami. Głównym celem w obszarze architektury było zwiększenie dostępności architektonicznej i komunikacyjnej na uczelni; z ramienia WAiSP w koordynacji tego zadania uczestniczyli dziekani, a pracami projektowymi i budowlanymi kierował arch. Piotr Urbanowicz. W ramach projektu zaplanowano m.in. modernizację i dostosowanie do potrzeb osób z różnymi niepełnosprawnościami ciągów komunikacyjnych, wind oraz przestrzeni użytkowej uczelni, w tym łazienek.

Studentów zaproszono do udziału w zadaniu związanym z modernizacją łazienek. W konkursie wzięło udział dziesięć zespołów oraz indywidualnych prac, a ich celem było zaprojektowanie łazienek dla czterech wskazanych w projekcie lokalizacji. Jako główną nagrodę przewidywano realizację zwycięskiego projektu. Dodatkowo planowano, żeby laureat pierwszej nagrody miał możliwość uczestnictwa w pracy nad projektem wykonawczym oraz sprawował nadzór nad jego realizacją. Jury składające się z przedstawicieli Uczelni, kadry naukowej Wydziału, autora projektu kampusu KAAFM i przedstawiciela firmy HEWI wyłoniło trzech laureatów. Zwycięski okazał się projekt Kingi Malendowicz (rys. 5). W jej pracy jury doceniło oryginalność rozwiązań plastycznych połączonych umiejętnie z rozwiązaniami funkcjonalnymi dla OzN, spójność stylistyczną zastosowanych rozwiązań dla wszystkich adaptowanych łazienek w budynkach KAAFM, a także prezentację pracy, tj. profesjonalny, logiczny i estetyczny przekaz. Szczególną uwagę jury zwróciło kreatywne/pomysłowe wykorzystanie grafik z twórczości Marii Jaremy jako elementu dekoracji oraz zróżnicowanie kolorystyczne poszczególnych łazienek i dobranych do nich elementów wyposażenia wnętrza, które dzięki zastosowaniu odpowiednich kontrastów kolorystycznych ułatwiają osobom niedowidzącym korzystanie z przestrzeni toalet.

Przeprowadzenie wydziałowych konkursów architektonicznych kierujących uwagę na osoby z niepełnosprawnościami i ich specyficzne potrzeby było ciekawym i pouczającym doświadczeniem

projektantami i wykonawcami jest nieoceniona dla ich edukacji teoretycznej i rozwoju kompetencji praktycznych. Dla przykładu, laureaci konkursu „Dormitorium...” mieli możliwość pracy w zewnętrznej pracowni architektonicznej, realizując pod okiem doświadczonych architektów przygotowanie dokumentacji technicznej na potrzeby budowy jednostki mieszkaniowej dla osoby z niepełnosprawnościami w domu studenckim. Dzięki temu mogli poznać rzeczywiste problemy, z jakimi przyjdzie im się w przyszłości mierzyć w wykonawstwie i na budowie; mogli też na bieżąco weryfikować i korygować swoje projekty.



Rys. 6. Konkurs „Dormitorium. Studencka Jednostka Mieszkalna dla OzN”. Dom studencki LivinnX, ul. Romanowicza, Kraków. Wizualizacje mebla organizującego przestrzeń mieszkania. Autorzy: studenci Tomasz Jałocha, Yevhenia Krepsheva, Maria Barranco Fernandez.

Źródło: archiwum WAiSP KAAFm.

W kolejnym etapie studenci wykonywali projekty warsztatowe wyposażenia meblowego i współpracowali z pracownią stolarską. Takie doświadczenie dla studentów studiów inżynierskich jest unikatową formą uczenia się, pozwalającą na synergię działań edukacyjnych i praktycznych odpowiedzialnych za proces budowy. Doświadczenia zarówno samych studentów, jak i partnerów patronujących temu przedsięwzięciu oraz efekty realizacji projektu były na tyle udane, że konkurs powtórzono jeszcze dwukrotnie podczas realizacji obiektu domu studenckiego LivinnX.

Realizacja – oddanie projektu do użytkowania

Budowa i oddanie projektu do użytkowania, a także weryfikacja rozwiązań przez użytkowników wymagających, jakimi są osoby z niepełnosprawnościami, to najlepszy test umiejętności dla projektantów. Efekty konkursu „Dormitorium – jednostka mieszkaniowa dla OzN” zaskoczyły wszystkich pozytywnie i udowodniły, że wartościowy projekt wyłoniony w konkursie architektonicznym może spełniać zarówno oczekiwania inwestora i użytkowników, jak i ambicje młodych adeptów sztuki projektowania oraz ich nauczycieli. Osoby z niepełnosprawnościami użytkujące przekazaną im przestrzeń chwalą jej jakość, przede wszystkim funkcjonalność rozwiązań oraz współczesny *design*. Studentki i studenci doświadczyli specyfiki procesu projektowania, wykonawstwa i realizacji ze wszystkimi konsekwencjami swoich decyzji projektowych oraz odpowiedzialności za przyszły funkcjonalny i estetyczny kształt zrealizowanego już projektu. Efekt dydaktyczny całego procesu kształcenia został osiągnięty, co podkreśla słuszność stosowanej metody kształcenia.



Rys. 7. Konkurs „Dormitorium. Studencka Jednostka Mieszkalna dla OzN”. Dom studencki LivinnX, ul. Romanowicza, Kraków. Realizacja jednostki mieszkalnej. Autorzy: studenci Tomasz Jałocha, Yevhenia Krepsheva, Maria Barranco Fernandez.

Źródło: archiwum WaiSP KAAFm.

Podsumowanie

Z obserwacji wynika, że przyjęta formuła połączenia teorii (w formie rzetelnie przekazanej wiedzy teoretycznej) z praktyką projektową oraz bezpośredni kontakt studentek i studentów z przedstawicielami środowisk związanych z problematyką niepełnosprawności, warsztaty symulacyjne dające szansę bardziej bezpośredniej konfrontacji z zagadnieniem niepełnosprawności, a także udział w konkursach architektonicznych pozwalają osiągnąć optymalne wyniki w procesie kształcenia przyszłych architektów w zakresie projektowania uniwersalnego. Widoczne są one zarówno w semestralnych projektach studenckich na kolejnych etapach edukacji, w których realizowane są założenia projektowania uniwersalnego, jak i w postawie samych studentek i studentów, u których obserwujemy zwiększone zaangażowanie w proces

projektowania, bardziej holistyczne podejście do rozwiązywania problemów projektowych, a także wzrost empatii wynikający z pełniejszego zrozumienia założeń architektury dostępnej, inkluzywnej; studentki i studenci chętniej też biorą udział w organizowanych konkursach i innych inicjatywach poza obowiązkowymi zajęciami w ramach studiów.

Poza nauką dobrych wzorców w projektowaniu architektonicznym i urbanistycznym bardzo istotne jest wpojenie studentom wartości, jaką jest szacunek, akceptacja i zrozumienie problemów, na jakie napotykają osoby z niepełnosprawnościami nie tylko w sferze barier architektonicznych, ale w ogóle w szeroko pojętym życiu społecznym – relacji z człowiekiem i ze środowiskiem. Częścią takiej edukacji jest zwiększona świadomość przyszłych architektów dotycząca inkluzji społecznej, czyli szacunku i akceptacji różnorodności, ponieważ to od nich zależy, w jakiej przestrzeni będzie ona realizowana w przyszłości. Warunkiem koniecznym dla zakończenia sukcesem procesu edukacji jest kompleksowy, odpowiedzialny i autorski nadzór dydaktyczny nauczycieli akademickich, ze strony studentów z kolei – ciężka praca i zaangażowanie w proces studiowania oraz wiarę w misję architektury.

Bibliografia

- Chimicz D., Prokopiak A. (2021). Koncepcja projektowania uniwersalnego w edukacji, *Szkoła Specjalna*, 82(1), 28–38, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.8059>.
- Cymer A. (2021), *Halina Skibniewska*, 2.03, Culture.pl, <https://culture.pl/pl/tworca/halina-skibniewska> [dostęp: 25.10.2023].
- Gawron G. (2015). *Universal Design – projektowanie uniwersalne jako idea w dążeniu do osiągnięcia partycypacji społecznej osób niepełnosprawnych*, *Roczniki Nauk Społecznych*, 7(1), 125–144, [https://doi.org/10.18290/rns.2015.7\(43\).1-9](https://doi.org/10.18290/rns.2015.7(43).1-9).
- Giannoumis G.A., Stein M.A. (2019). Conceptualizing Universal Design for the Information Society through a Universal Human Rights Lens, *International Human Rights Law Review*, 8(1), 38–66, <https://doi.org/10.1163/22131035-00801006>.
- Gurgul A. (2016). Architektura jest dla wszystkich. Również dla niepełnosprawnych. Rozmowa z Ewą Kuryłowicz, *Gazeta Wyborcza*, 18.11,

- <https://wyborcza.pl/magazyn/7,124059,20991068,architektura-jest-dla-wszystkich-rowniez-dla.html> [dostęp: 25.10.2023].
- Kowalski K. (2019). *Włącznik. Projektowanie bez barier*, Warszawa: Fundacja INTEGRACJA, <https://www.integracja.org/wp-content/uploads/2018/05/Wlacznik-projektowanie-bez-barier-2018.pdf> [dostęp: 25.10.2023].
- Kuryłowicz & Associates (2020). *Ewa Kuryłowicz*, <https://www.apaka.com.pl/pl/zespol/ewa-kurylowicz> [dostęp: 25.10.2023].
- Kuryłowicz E. (1996). *Projektowanie uniwersalne. Otwieranie środowiska dla niepełnosprawnych*, Warszawa: CEBRON.
- Kuryłowicz E. (2015). Uniwersalność rozwiązań architektonicznych w kontekście otwierania środowiska wybudowanego dla wszystkich, jako wyraz i efekt postawy innowacyjnej – normalność w architekturze, *Studia BAS*, 2(42), 203–217.
- Meyer-Bohe W., Meyer-Bohe Th., Dettbarn-Reggentin J. (1998). *Budownictwo dla osób starszych i niepełnosprawnych*, przedm. H. Skibniewska, wprowadzenie L. Schwartz, tłum. z niem. E. Piliszek, Warszawa: Arkady.
- Ministerstwo Rozwoju i Technologii (2017). *Budowlane ABC*, <https://budowlaneabc.gov.pl/> [dostęp: 25.10.2023].
- Niezabitowski M. (2014). Znaczenie miejsca zamieszkania w życiu ludzi starszych. Aspekty teoretyczne i empiryczne, *Problemy Polityki Społecznej*, 24, 81–101.
- Perkowska M.M., Bajkowski T. (2022). Wstęp, [w:] M.M. Perkowska, T. Bajkowski (red.), *Projektowanie uniwersalne w przestrzeni uniwersyteckiej – idee, możliwości, dobre praktyki*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 10–14.
- Poznański J. (2022). Rola dydaktyki w kształtowaniu kreatywności studentów architektury, *Builder*, 305(12), 48–51, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0016.0931>.
- Urbańska M.A. (2016). Halina Skibniewska. Architektura, społeczeństwo, władza?, [w:] M. Leśniakowska, R. Ochęduszek, M.A. Urbańska, Ł. Wojciechowski, B. Zbroja, Sz.P. Kubiak, *Architektki*, red. T. Kunz, Kraków: Wydawnictwo EMG, 95–117.
- Zapolska K., *Projektowanie uniwersalne w świetle prawa polskiego i międzynarodowego – uwagi wprowadzające*, [w:] M.M. Perkowska, T. Bajkowski (red.), *Projektowanie uniwersalne w przestrzeni uniwersyteckiej – idee, możliwości, dobre praktyki*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 57–77.

Patrick Jachyra

Durham University, Department of Sport & Exercise Sciences
<https://orcid.org/0000-0003-3071-3178>

James Mcleod

Durham University, Department of Sport & Exercise Sciences
<https://orcid.org/0009-0004-9347-8931>

Physical activity with disabled university students: Implications for health promotion and rehabilitation

Abstract

Research suggests that disabled university students are less likely to be physically active compared to their non-disabled peers. The low levels of physical activity among disabled university students are problematic as higher levels of physical activity have been associated with improvements in physical health and mental health, opportunities to socialise and engage with peers, along with providing a sense of enjoyment and fun. Given some of the benefits of physical activity, efforts are needed to better support the physical activity of disabled university students. One way to potentially do so is to share information that is accessible and easy to implement about physical activity with disabled students. To do so, an infographic may be an engaging way to support the physical activity of disabled students.

In this chapter, we present an infographic that was co-produced with disabled children and young people, along with parents and caregivers across the United Kingdom. Throughout the chapter, we outline the background of why the infographic was created, the study methodology that was used, and examine the potential utility of using this infographic to promote physical activity for disabled students in a university setting. We conclude the chapter by outlining future research endeavours to make university a more inclusive setting to meet the diverse, needs, abilities, and interests of diverse learners through physical activity.

Key words: physical activity; young people; health promotion; disabled students; rehabilitation

Introduction

In the United Kingdom (UK), there are numerous ways of defining disability and identifying as disabled (Smith *et al.*, 2022b). Some people and organisations prefer to adopt person-first language, e.g., describing someone as a person with a disability, while others adopt identity-first language, e.g., describing someone as a disabled person (Harpur, 2012). Drawing on the medical model of disability (Dirth, Branscombe, 2017), adopting person-first language conceptualises disability as a bio-medical restriction (resulting from an impairment) to perform an activity (Darcy, Buhalis, 2010). In contrast, identity-first language draws on the social model of disability (Oliver, 2013) and argues that people are not disabled by their medical pathology, but rather by manifold barriers in society (United Nations, 2023). Recognizing the pluralities in perspectives, in this chapter, we adopt an identity-first language and approach disability as a form of human variation (Wasserman, Aas, 2022) with the lives of disabled people being shaped and curtailed by the structures of society in visible and invisible ways.

Disabilities are associated with many strengths, differences, challenges, and identity formations. Some of the documented challenges experienced by disabled people can include adverse physical, developmental, and mental health (Centre for Disease Control and Prevention, 2020; Stransky, Jensen, Morris, 2018; Grondhuis, Aman, 2013). In addition to these challenges, emerging research suggests that disabled people are more likely to die prematurely (World Health Organisation, 2023) compared to non-disabled people, with premature mortality particularly noted among individuals with developmental disorders such as autism (Lunsky *et al.*, 2022). While there is a multiplicity of factors that may influence disabled people for premature mortality, physical activity (PA) participation has been identified as a potential tool to support life-long well-being and longevity (Stenholm *et al.*, 2015). Engaging in PA has the potential to confer numerous physical, mental, and social benefits (Smith *et al.*, 2018; Rosenberg *et al.*, 2011; Suh, Motl, Mohr, 2010; Johnson, 2009; Durstine *et al.*, 2000; Taub, Greer, 2000; Rimmer, 1999). Benefits of PA can include improvements in bone density

(Durstine *et al.*, 2000), muscle mass (Durstine *et al.*, 2000), aerobic capacity (Johnson, 2009), and muscular strength (Johnson, 2009) among disabled children and adolescents. Participation in PA has also been linked to improvements in quality of sleep (Dursun *et al.*, 2014), quality of life (Ginis *et al.*, 2021), cognition (Carty *et al.*, 2021), and mental well-being (Saitta *et al.*, 2019). Further to these physical and mental health benefits, research suggests that PA participation has the potential to contribute to improve inclusion (Fennick, Royle, 2003), opportunities to make friends with peers (Gregor *et al.*, 2018; Nyquist *et al.*, 2019), and contribute to a sense of achievement and confidence (Jachyra *et al.*, 2021; Wind, Schwend, Larson, 2004). The benefits of PA participation documented in children and adolescents also extend to disabled adults. Research with disabled adults suggests that PA can provide a sense of empowerment (McLoughlin *et al.*, 2017) and achievement (Smith *et al.*, 2022b). Furthermore, PA participation can help support daily living activities (Centre for Disease Control and Prevention, 2022) and improve confidence and concentration (Smith *et al.*, 2022b) among disabled adults.

Despite the potential benefits of PA participation, disabled people are less likely to engage in PA compared to non-disabled people (Sport England, 2023). Research suggests that disabled people are less likely to participate in school and community-based PA (Rimmer, Rowland, 2008), and are less likely to achieve the governments recommended PA guidelines (Martin Ginis *et al.*, 2021). Lower levels of PA participation among disabled people have been observed across the life course, from adolescence to adulthood (Smith *et al.*, 2022b; Ives *et al.*, 2019), and report numerous barriers to participation. Commonly reported barriers include inaccessible environments (Rimmer *et al.*, 2004), low self-efficacy (Mulligan *et al.*, 2012), low subjective well-being (Williams, Smith, Papatomas, 2014), a lack of available programmes (Shields, Synnot, Barr, 2011), and lack of transport (Phoenix, Griffin, Smith, 2015). Other key barriers include frequent experiences of bullying and exclusion (McGarty, Westrop, Melville, 2020), limited financial resources (Hawkins, Look, 2006), a lack of time (Yannitsos *et al.*, 2019), and limited resources for non-specialist training (Campos *et al.*, 2019).

While the barriers above have been identified as factors limiting participation in PA for disabled people, much of the research has been conducted in community spaces and places. As a result, an area that has been overlooked is the PA experiences of disabled students in higher-education settings. This gap however is important as university and higher-education settings are critical life periods for growth in educational, health, and personal domains. Across the literature to date, research suggests that there is a noticeable decrease in PA participation for disabled people as they transition to higher education (Pans *et al.*, 2021) with some evidence suggesting that disabled university students PA participation is noticeably low (Úbeda-Colomer, Monforte, Devís-Devís, 2019; Yoh, Mohr, Gordon, 2008). For example, in a study in the United States by Taeho Yoh, Mike Mohr and Brian Gordon (2008), 68% of disabled students used university recreation facilities for less than five minutes per semester, with 37% of disabled students reported they never used the facilities at all. Lower levels of participation observed in this study were also highlighted in a recent Spanish study who reported that only 36.9% of disabled university students meet the World Health Organisation's PA recommendations for achieving health benefits (Úbeda-Colomer, Monforte, Devís-Devís, 2019). The low levels of participation are important to recognise given the potential for PA to contribute to opportunities for enjoyment, rest, and repose (Nicholls *et al.*, 2018), along with the potential health benefits outlined above.

Recognising the lower levels of PA participation observed among disabled university students, and limited research in this area, there is a need for research to better identify how to support PA in university settings. In this chapter, we provide an overview of a co-produced PA infographic for disabled children and youth and examine its potential utility for disabled young people in university settings. In doing so, we provide preliminary details of pilot discussions held with disabled university students regarding the importance and potential applicability for an infographic tailored to disabled university students. We conclude the chapter calling for social change to support disabled people in all aspects of university life in an effort to enable them to flourish to their fullest potential.

Methods

To provide contextual background for the co-produced PA infographic and pilot discussions held with disabled university students, we outline the genesis of the infographic itself which was created for the UK Chief Medical Officers PA guidelines (Department of Health & Social Care, 2011, 2019). The UK Chief Medical Officers PA guidelines were updated in 2019 and presented new guidelines for the following age groups: individuals under-5 years old, non-disabled children and young people (aged 5–18 years), both non-disabled and disabled adults (aged 19–64 years), older adults (65+), and women during pregnancy and postpartum. However, the updated review did not include an evidence-based review of PA for disabled children and young people. Recognising this knowledge gap, an evidence-based review of PA for disabled children and young people was conducted. As part of this initiative, an infographic was selected to share the results of this evidence.

The evidence suggests that PA participation for disabled children and young people can confer numerous benefits (Smith *et al.*, 2022b). Although there is a concern among the disabled population that PA participation can be unsafe (English Federation of Disability Sport, 2023; Kayes *et al.*, 2010; Martin Ginis, Hicks, 2007), the review found no evidence to suggest that PA is unsafe for disabled children and young people. A combination of challenging strength and balanced-focused activities (Smith *et al.*, 2022b) and aerobic PA performed at a moderate-to-vigorous intensity for between 120–180 minutes per week (Smith *et al.*, 2022b) were recommended.

Genesis of the infographic

An infographic was selected to communicate the PA guidelines for disabled children and young people. Ensuring lived experience was central to the development and communication of the PA infographic. As such, an equitable and experientially informed co-produced approach (See Smith *et al.*, 2022a) was used. As part of this process, 233 disabled children and young people, 73 parents and carers, seven teachers, four national disability sport organisations,

National Disability and Sport Organisations, 33 education, health and social care professionals were invited to contribute to the PA infographic to ensure it was grounded in evidence, experiential knowledge and effectively communicated (Smith *et al.*, 2022a). Several formats of the UK Chief Medical Officers PA guidelines were developed including translations into Welsh (See Department of Health & Social Care, 2011, 2019), Braille, and an online animation (See Smith, 2022) to maximise the accessibility of the infographic.

Co-produced physical activity messages

One of the key considerations when promoting PA guidelines, is effective communication (Williamson *et al.*, 2021). Although ‘snacking’ messaging (e.g., encouraging individuals to ‘snack on’ PA throughout the day) can be a potential PA promotion strategy (See Sanders *et al.*, 2021), the review did not include this type of messaging as it was deemed irrelevant, unacceptable, and meaningless by disabled children and young people, parents, carers, and teachers. Instead, movement throughout the day in the infographic was communicated by breaking up sedentary behaviour and encouraging small but frequent PA. This form of messaging was deemed more relevant, relatable useful and usable.

Discussions with disabled people

Drawing on the infographic developed for disabled children and young people described above, individual discussions were held with undergraduate university disabled students. Discussions about PA, and the potential utility of adapting an infographic specifically tailored to university students were held with 20 students, who ranged in age from 18–24 years. In total, there were 12 women, and eight men who either had a clinical diagnosis and or self-identified as disabled. The discussions were consultative and inquisitive in nature, rather than a formal research study. The discussions occurred in a classroom context during a broad discussion of course materials. The goal of these discussions was to potentially inform

a future research project centred on PA promotion for disabled university students. Discussions were between 20–30 minutes in length, in an open-ended format.

Summary of discussions

Preliminary engagement with disabled university students suggests that they were aware of the manifold benefits of PA. Yet support services within higher-education contexts were inadequate. From a lack of overall programs, through to lack of professionals who were able to engage with them on their own terms, in many ways, low levels of PA for this group were the result of disabling social spaces, and not a result of their individual impairments. While an infographic could be used as a tool for disability awareness, the disabled students themselves expressed little utility in creating another infographic tailored to university and higher-education contexts, as it would not address the wider social barriers that they identified. To this end, discussions with the students go to recognise and challenge some of the dominant narratives that disabled people (such as autistic young people) lack motivation to be active as often has been described in the literature. Tellingly, this work goes to highlight a further need to support enabling environments that are reflective of the diverse abilities, interests, and needs of disabled people (Wright Stein *et al.*, 2021). In addition to predominant health promotion activities such as promoting PA participation through the use of infographics and health communication initiatives, we call for a move beyond the individual level of impairment which remains pervasive in university and health related arenas. Rather than seeking to remedy or rehabilitate one's impairment (Wright Stein *et al.*, 2021), we highlight the importance to create physical, social, and environmental spaces that inherently are not impairing. The need for and importance of this work clearly emerged through discussions with the students and was underscored by the COVID-19 pandemic where disabled people were significantly impacted (Lake *et al.*, 2021) across all domains of life, including leisure and PA opportunities and activities. From the discussions with the students, we envision a world where the abilities, needs and interests

of disabled people are taken into account from the outset in order to support the disabled people to flourish in all aspects of their lives. Future work, co-produced with disabled people on how to optimally create enabling environments is urgently needed.

Conclusion

In this chapter, we outlined the importance and potential value of using an infographic to support PA participation for disabled people. Through a series of discussions, we sought to better understand how to support their PA participation in higher-education settings. Consultative discussions suggest that health promotion efforts such as co-producing a PA infographic for disabled university students can be valuable, however, may not be of primary utility. Nonetheless, further efforts are needed at the social level to truly work toward the inclusion of disabled people in all aspects of life. While much progress in this domain has been made over the years, much work remains. These consultative discussions remind us of the importance of university education to develop the ‘whole’ person in aspects such as PA, in addition to focusing on academic attainment in higher education settings such as university.

Acknowledgements

We would like to thank Professor Brett Smith, from Durham University, for his unwavering mentorship, guidance, and pioneering of research in this area.

References

- Campos C., Duck M., McQuillan R., Brazill L., Malik S., Hartman L., McPherson A.C., Gibson B.E., Jachyra P. (2019). Exploring the role of physiotherapists in the care of children with autism spectrum disorder, *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 39(6), 614–628, <https://doi.org/10.1080/01942638.2019.1585405>.
- Carty C., van der Ploeg H.P., Biddle S.J.H., Bull F., Willumsen J., Lee L., Kamenov K., Milton K. (2021). The first global physical activity and sedentary behavior guidelines for people living with disability, *Journal*

- of *Physical Activity and Health*, 18(1), 86–93, <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0629>.
- Centre for Disease Control and Prevention (2020). *The mental health of people with disabilities*, www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/features/mental-health-for-all.html [accessed: 1.03.2023].
- Centre for Disease Control and Prevention (2022). *Physical activity for people with disability*, www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/features/physical-activity-for-all.html#:~:text=Physical%20activity%20can%20also%20improve%20mental%20health%20by,your%20health.%20Some%20activity%20is%20better%20than%20none [accessed: 18.03.2023].
- Darcy S., Buhalis D. (2010). Chapter 2: Conceptualising disability, [in:] D. Buhalis, S. Darcy (eds.), *Accessible Tourism: Concepts and Issues*, Bristol: Channel View Publications, 21–45, <https://doi.org/10.21832/9781845411626-005>.
- Department of Health & Social Care (2011). *UK physical activity guidelines* [withdrawn], <https://www.gov.uk/government/publications/uk-physical-activity-guidelines> [accessed: 27.03.2023].
- Department of Health & Social Care (2019). *UK chief medical officers' physical activity guidelines*, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/832868/uk-chief-medical-officers-physical-activity-guidelines.pdf [accessed: 27.03.2023].
- Dirth T.P., Branscombe N.R. (2017). Disability models affect disability policy support through awareness of structural discrimination, *Journal of Social Issues*, 73(2), 413–442, <https://doi.org/10.1111/josi.12224>.
- Durstine J.L., Painter P., Franklin B.A., Morgan D., Pitetti K.H., Roberts S.O. (2000). Physical activity for the chronically ill and disabled, *Sports Medicine*, 30(3), 207–219, <https://doi.org/10.2165/00007256-200030030-00005>.
- Dursun O.B., Erhan S.E., Ibiş E.Ö., Esin I.S., Keleş S., Şirinkan A., Yörük Ö., Acar E., Beyhun N.E. (2014). The effect of ice skating on psychological well-being and sleep quality of children with visual or hearing impairment, *Disability and Rehabilitation*, 37(9), 783–789, <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.942002>.
- English Federation of Disability Sport (2023). *First evidence review of physical activity among disabled adults*, www.activityalliance.org.uk/news/4453-first-evidence-review-of-physical-activity-among-disabled-adults [accessed: 29.03.2023].
- Fennick E., Royle J. (2003). Community inclusion for children and youth with developmental disabilities, *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 18(1), 20–27, <https://doi.org/10.1177/108835760301800104>.
- Ginis K.A.M., van der Ploeg H.P., Foster C., Lai B., McBride C.B., Ng K., Pratt M., Shirazipour C.H., Smith B., Vásquez P.M., Heath G.W. (2021). Participation of people living with disabilities in physical activity: a global

- perspective, *The Lancet*, 398(10298), 443–455, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01164-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01164-8).
- Gregor S., Bruni N., Grkinic P., Schwartz L., McDonald A., Thille P., Gibson S., Gibson B.E., Jachyra P. (2018). Parents' perspectives of physical activity participation among Canadian adolescents with Autism Spectrum Disorder, *Research in Autism Spectrum Disorders*, 48, 53–62, <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.01.007>.
- Grondhuis S.N., Aman M.G. (2013). Overweight and obesity in youth with developmental disabilities: a call to action, *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(9), 787–799, <https://doi.org/10.1111/jir.12090>.
- Harpur P. (2012). From disability to ability: changing the phrasing of the debate, *Disability and Society*, 27(3), 325–337, <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.654985>.
- Hawkins A., Look R. (2006). Levels of engagement and barriers to physical activity in a population of adults with learning disabilities, *British Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 220–226, <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2005.00381.x>.
- Ives B., Clayton B., Brittain I., Mackintosh C. (2019). 'I'll always find a perfectly justified reason for not doing it': challenges for disability sport and physical activity in the United Kingdom, *Sport in Society*, 24(4), 588–606, <https://doi.org/10.1080/17430437.2019.1703683>.
- Jachyra P., Renwick R., Gladstone B., Anagnostou E., Gibson B.E. (2021). Physical activity participation among adolescents with autism spectrum disorder, *Autism*, 25(3), 613–626, <https://doi.org/10.1177/1362361320949344>.
- Johnson C.C. (2009). The benefits of physical activity for youth with developmental disabilities: a systematic review, *American Journal of Health Promotion*, 23(3), 157–167, <https://doi.org/10.4278/ajhp.070930103>.
- Kayes N.M., McPherson K.M., Taylor D., Schlüter P.J., Kolt G.S. (2010). Facilitators and barriers to engagement in physical activity for people with multiple sclerosis: a qualitative investigation, *Disability and Rehabilitation*, 33(8), 625–642, <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.505992>.
- Lake J.K., Jachyra P., Volpe T., Lunskey Y., Magnacca C., Marcinkiewicz A., Hamdani Y. (2021). The wellbeing and mental health care experiences of adults with intellectual and developmental disabilities during COVID-19, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 14(3), 285–300, <https://doi.org/10.1080/19315864.2021.1892890>.
- Lunskey Y., Lai M.C., Balogh R., Chung H., Durbin A., Jachyra P., Tint A., Weiss J., Lin E. (2022). Premature mortality in a population-based cohort of autistic adults in Canada, *Autism Research*, 15(8), 1550–1559, <https://doi.org/10.1002/aur.2741>.
- Martin Ginis K.A., Hicks A.L. (2007). Considerations for the development of a physical activity guide for Canadians with physical disabilities, *Applied*

- Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32(S2E), <https://doi.org/10.1139/h07-108>.
- Martin Ginis K.A., van der Ploeg H.P., Foster C., Lai B., McBride C.B., Ng K., Pratt M., Shirazipour C.H., Smith B., Vásquez P.M., Heath G.W. (2021). Participation of people living with disabilities in physical activity: a global perspective, *The Lancet*, 398(10298), 443–455, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01164-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01164-8).
- McGarty A.M., Westrop S.C., Melville C.A. (2020). Exploring parents' experiences of promoting physical activity for their child with intellectual disabilities, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(1), 140–148, <https://doi.org/10.1111/jar.12793>.
- McLoughlin G., Weisman Fecske C., Castaneda Y., Gwin C., Graber K. (2017). Sport participation for elite athletes with physical disabilities: motivations, barriers, and facilitators, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 34(4), 421–441, <https://doi.org/10.1123/apaq.2016-0127>.
- Mulligan H.F., Hale L.A., Whitehead L., Baxter G.D. (2012). Barriers to physical activity for people with long-term neurological conditions: a review study, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 29(3), 243–265, <https://doi.org/10.1123/apaq.29.3.243>.
- Nicholls D., Jachyra P., Gibson B.E., Fusco C., Setchell J. (2018). Keep fit: marginal ideas in contemporary therapeutic exercise, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 10(4), 400–411, <https://doi.org/10.1080/2159676x.2017.1415220>.
- Nyquist A., Jahnsen R.B., Moser T., Ullenhag A. (2019). The coolest I know – a qualitative study exploring the participation experiences of children with disabilities in an adapted physical activities program, *Disability and Rehabilitation*, 42(17), 2501–2509, <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1573937>.
- Oliver M. (2013). The social model of disability: thirty years on, *Disability & Society*, 28(7), 1024–1026, <https://doi.org/10.1080/09687599.2013.818773>.
- Pans M., Úbeda-Colomer J., Monforte J., Devis-Devis J. (2021). Physical activity and accomplishment of recommendations in university students with disabilities: a longitudinal study, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5540, <https://doi.org/10.3390/ijerph18115540>.
- Phoenix C., Griffin M., Smith B. (2015). Physical activity among older people with sight loss: a qualitative research study to inform policy and practice, *Public Health*, 129(2), 124–130, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.10.001>.
- Rimmer J.A., Rowland J.L. (2008). Physical activity for youth with disabilities: a critical need in an underserved population, *Developmental Neurorehabilitation*, 11(2), 141–148, <https://doi.org/10.1080/17518420701688649>.

- Rimmer J.H. (1999). Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions, *Physical Therapy*, 79(5), 495–502, <https://doi.org/10.1093/ptj/79.5.495>.
- Rimmer J.H., Riley B., Wang E., Rauworth A., Jurkowski J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities, *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 419–425, <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.02.002>.
- Rosenberg D.E., Bombardier C.H., Hoffman J.M., Belza B. (2011). Physical activity among persons aging with mobility disabilities: shaping a research agenda, *Journal of Aging Research*, 2011(708510), 1–16, <https://doi.org/10.4061/2011/708510>.
- Saitta M., Devan H., Boland P., Perry M.A. (2019). Park-based physical activity interventions for persons with disabilities: a mixed-methods systematic review, *Disability and Health Journal*, 12(1), 11–23, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.07.006>.
- Sanders J.P., Biddle S.J.H., Gokal K., Sherar L.B., Skrybant M., Parretti H.M., Ives N., Yates T., Mutrie N., Daley A.J. (2021). ‘Snacktivity™’ to increase physical activity: time to try something different?, *Preventive Medicine*, 153, 106851, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106851>.
- Shields N., Synnot A.J., Barr M. (2011). Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: a systematic review, *British Journal of Sports Medicine*, 46(14), 989–997, <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090236>.
- Smith B., Kirby N., Skinner B., Wightman L., Lucas R., Foster C. (2018). *Physical activity for general health benefits in disabled adults: summary of a rapid evidence review of the UK Chief Medical Officers’ update of the physical activity guidelines*, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/748126/Physical_activity_for_general_health_benefits_in_disabled_adults.pdf [accessed: 1.03.2023].
- Smith B., Rigby B., Netherway J., Wang W., Dodd-Reynolds C., Oliver E., Bone L., Foster C. (2022). *Physical activity for general health benefits in disabled children and disabled young people: rapid evidence review*, <http://eprints.gla.ac.uk/265750> [accessed: 27.03.2023].
- Smith B., Netherway J., Jachyra P., Bone L., Baxter B., Blackshaw J., Foster C. (2022a). Infographic communicate physical activity guidelines for disabled children and disabled young people, *British Journal of Sports Medicine*, 56(10), 588–589, <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105411>.
- Smith B., Williams O., Bone L., Collective the M. (2022b). Co-production: a resource to guide co-producing research in the sport, exercise, and health sciences, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 15(2), 159–187, <https://doi.org/10.1080/2159676x.2022.2052946>.

- Sport England (2023). *Disabled people: at a glance addressing inequalities*, www.sportengland.org/research-and-data/research/disabled-people#:~:text=Our%20Active%20Lives%20Adult%20Survey%20data%20shows%20disabled,of%20people%20with%20three%20or%20more%20impairments%20inactive [accessed: 1.03.2023].
- Stenholm S., Koster A., Valkeinen H., Patel K.V., Bandinelli S., Guralnik J.M., Ferrucci L. (2015). Association of physical activity history with physical function and mortality in old age, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(4), 496–501, <https://doi.org/10.1093/gerona/glv111>.
- Stransky M.L., Jensen K.M., Morris M.A. (2018). Adults with communication disabilities experience poorer health and healthcare outcomes compared to persons without communication disabilities, *Journal of General Internal Medicine*, 33(12), 2147–2155, <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4625-1>.
- Suh Y., Motl R.W., Mohr D.C. (2010). Physical activity, disability, and mood in the early stage of multiple sclerosis, *Disability and Health Journal*, 3(2), 93–98, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.09.002>.
- Taub D.E., Greer K.R. (2000). Physical activity as a normalizing experience for school-age children with physical disabilities, *Journal of Sport and Social Issues*, 24(4), 395–414, <https://doi.org/10.1177/0193723500244007>.
- Úbeda-Colomer J., Monforte J., Devís-Devís J. (2019). Physical activity of university students with disabilities: accomplishment of recommendations and differences by age, sex, disability and weight status, *Public Health*, 166, 69–78, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.10.006>.
- United Nations (2023). *Convention on the rights of persons with disabilities (CRPD)*, <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd> [accessed: 23.03.2023].
- Wasserman D., Aas S. (2022). Disability: definitions and models, *Stanford Encyclopaedia of Philosophy*, <https://plato.stanford.edu/entries/disability> [accessed: 25.03.2023].
- Williams T.L., Smith B., Papatomas A. (2014). The barriers, benefits and facilitators of leisure time physical activity among people with spinal cord injury: a meta-synthesis of qualitative findings, *Health Psychology Review*, 8(4), 404–425, <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.898406>.
- Williamson C., Kelly P., Tomasone J.R., Bauman A., Mutrie N., Niven A., Richards J., Baker G. (2021). A modified Delphi study to enhance and gain international consensus on the Physical Activity Messaging Framework (PAMF) and Checklist (PAMC), *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01182-z>.

- Wind W.M., Schwend R.M., Larson J. (2004). Sports for the physically challenged child, *Journal of the Americana Academy of Orthopaedic Surgeons*, 12(2), 126–137, <https://doi.org/10.5435/00124635-200403000-00008>.
- World Health Organisation (2023). *Disability*, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health [accessed: 24.03.2023].
- Wright Stein S., Alexander R., Mann J., Schneider C., Zhang S., Gibson B.E., Gabison S., Jachyra P., Mosleh D. (2021). Understanding disability in healthcare: exploring the perceptions of parents of young people with autism spectrum disorder, *Disability and Rehabilitation*, 44(19), 5623–5630, <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1948114>.
- Yannitsos D., Murphy R.A., Pollock P., Di Sebastiano K.M. (2019). Facilitators and barriers to participation in lifestyle modification for men with prostate cancer: a scoping review, *European Journal of Cancer Care*, 29(1), <https://doi.org/10.1111/ecc.13193>.
- Yoh T., Mohr M., Gordon B. (2008). Assessing satisfaction with campus recreation facilities among college students with physical disabilities, *Recreational Sports Journal*, 32(2), 106–113, <https://doi.org/10.1123/rsj.32.2.106>.

Wacław Rosa

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
<https://orcid.org/0000-0002-1752-9715>

Historyczne tło inkluzyjnych postaw wobec osób z niepełnosprawnością – aspekt prawny

Streszczenie

Niniejszy artykuł ma na celu opis funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami w społeczeństwie dawnej Rzeczypospolitej w świetle drukowanych materiałów sądów kryminalnych miast południowej Polski. Ukazuje on między innymi nieliczne regulacje prawne dotyczące wzmiankowanych osób, a także przedstawia informacje zaczerpnięte z protokołów spraw kryminalnych dotyczące zarówno postrzegania niepełnosprawności, jak i funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami w ówczesnych uwarunkowaniach społecznych oraz prawnych. Niniejszy artykuł porusza zagadnienia zbadane dotąd w znikomym stopniu, przyczyniając się do popularyzacji mało znanych faktów dotyczących niepełnosprawności w Polsce w XVI–XVIII wieku w świetle wydarzeń o charakterze kryminalnym. Artykuł stanowić będzie polemikę z obrazem niepełnosprawnego żebraka, żyjącego w epoce wczesnonowożytnej w dawnej Polsce.

Słowa kluczowe: Polska XVI–XVIII wieku; historia prawa; przestępczość; osoby z niepełnosprawnościami; społeczeństwo

Historical background of inclusive attitude towards people with disabilities in the light of legal aspect

Abstract

There presented article aims to describe functioning of people with disabilities in the society of the former Commonwealth with regard to printed materials of the criminal courts in southern Polish cities in the period from the 16th till the 18th century. The paper reveals scarce legal regulations applying to handicapped people. The author will present information taken from the criminal cases protocols concerning the perception of people with disabilities as well as their functioning in social and legal conditions at that time. This article will relate to matters that have been examined to a very small extent contributing to the dissemination of unknown facts about disability with regards to criminal issues in the historical period

mentioned. The author hopes the paper to be a polemic with the image of a disabled beggar living in the period from the 16th till the 18th century.

Key words: Poland in the 16th–18th century; history of law, crime, people with disabilities, society

Informacje wstępne

Temat niepełnosprawności jest rzadko poruszany w odniesieniu do historii w epoce wczesnonowożytnej, zwłaszcza jeśli mamy na myśli historię prawa. Dzieje się tak zapewne dlatego, że Polska wskutek licznych zawirowań dziejowych utraciła wiele cennych źródeł, zwłaszcza dokumentów pisanych, a więc ksiąg sądowych, pamiętników oraz wszelkich pomników dawnego prawa w postaci wilkierzy miejskich czy też aktów prawa wiejskiego (Rosa, 2023, s. 12). Nie dziwi więc, że w tak przetrzebionych materiałach jest tak niewiele wzmianek o osobach z niepełnosprawnościami i ich funkcjonowaniu w ówczesnym społeczeństwie dawnej Rzeczypospolitej. Oczywiście w źródłach badanego okresu nie występuje także pojęcie osoby z niepełnosprawnością. Osoby chore psychicznie często nazywano szalonymi (*Księgi kryminalne...*, 2016, s. 248). Niepełnosprawność fizyczna była natomiast określana w sposób dosyć rażący współczesnego czytelnika, jednak w omawianej epoce użyte sformułowania z pewnością nie były niewłaściwe. Tak oto osoba niewidoma nazywana była ślepą (*Regestr...*, 1891, s. 62) bądź ciemną. (*Księgi kryminalne...*, 2016, s. 415). Osoba mająca natomiast chore nogi opisywana była jako chroma (*Regestr...*, 1891, s. 162) bądź kulawa (*Księga złoczyńców sądu kryminalnego w Wiśniczu...*, 2003, s. 68).

Zajmując się badaniami prawnohistorycznymi, a precyzyjniej – badaniem historii przestępczości dawnej Rzeczypospolitej, można natrafić na ciekawe zapiski zarówno w księgach smolnych, czyli w protokołach spraw kryminalnych polskich miejskich sądów kryminalnych, oraz kronikach z tego okresu. Wzmiankowane materiały pochodzą z miast Polski południowej takich jak Kraków, Muszyna, Sanok, Nowy Wiśnicz czy Żywiec. Zapiski te zdają się nie przystawać do stereotypu nieporadnego żebraka czy też proszalnego dziada, jakimi w mniemaniu wielu ludzi osoby z niepełnosprawnościami były w okresie wczesnonowożytnym.

Inkluzja w praktyce prawnohistorycznej

W Rzeczypospolitej w drugiej połowie XVII w. przystąpiono do organizacji państwowego nadzoru nad placówkami opiekuńczymi, gdzie przebywały osoby z niepełnosprawnościami. W 1672 r. wydano konstytucję sejmową w kwestii opieki nad ubogimi, która stanowiła pierwszy oficjalny akt prawny, gdzie pochyłono się nad problemami osób z niepełnosprawnościami (Kulbaka, 2018, s. 21).

Podobne próby skoordynowania działań opiekuńczych wskutek kryzysu państwa polsko-litewskiego inicjowano później dopiero w czasach Stanisława Augusta Poniatowskiego, a więc u schyłku istnienia dawnej Rzeczypospolitej. Za najstarszą wyspecjalizowaną placówkę opiekuńczą na ziemiach polskich niebędącą – co istotne – szpitalem (por. Bartkowiak, 2012, s. 44) uznaje się warszawski sierociniec założony przez jezuitę Jerzego Leyera i mieszczanina Jana Jaksę w 1629 r. Z racji miejsca, w którym znajdował się kościół św. Benona w Warszawie, placówkę kojarzono z bractwem dobroczynnym nazywanym benonitami (Karpiński, 1983, s. 270–271). W stosownym przywileju króla Władysława IV z 1636 r. wychowankowie niniejszego ośrodka otrzymywali prawa obywatelskie, mimo że często nieznanne było ich pochodzenie. Przywilej stanowił, iż „Wychowańcy nieznanych rodziców lub nieprawego łoża już tym samym, że w domu tym wykształcili się i wyuczylili, uważani będą za prawych i od nas ogłoszeni za zdolnych do wszelkich rzemiosł i urzędów miejskich” (cyt. za: Karpiński, 1983, s. 271).

Nie powiodła się natomiast próba uruchomienia zakładu specjalnego dla niesłyszących w okresie dawnej Rzeczypospolitej. Zapoznając się z literaturą przedmiotu oraz informacjami, że osoby wtedy zwane „kalekami” bądź posiadające nieznanych rodziców, chociażby z powodu nieślubności urodzenia, otrzymywały specjalne przywileje królewskie, by mogły w ogóle posiadać prawa obywatelskie, nasuwa się nam obraz dramatycznych warunków życia osób z różnymi dysfunkcjami. Czy aby na pewno tak zawsze było? Autor oczywiście nie twierdzi, że warunki życia osób z niepełnosprawnościami w okresie dawnej Polski były idealne i wręcz wyjątkowe. Funkcjonowały jednak w ówczesnym społeczeństwie osoby, które jak na owe czasy prowadziły całkiem ciekawe życie, w istocie

bardzo podobne do osób całkowicie pełnosprawnych. Chcąc udowodnić niniejszą tezę, należy przywołać kilka przykładów z protokołów sądowych, które niejednokrotnie przekazują nam sporo wątków socjologicznych, niezwykle cennych dla pogłębienia wiedzy o ówczesnym społeczeństwie.

Chociażby niewidomi podopieczni szpitala Św. Ducha w Warszawie wywoływali awantury, podobnie jak przedstawiciele pełnosprawnej części społeczeństwa, o czym przykładowo świadczy sytuacja z 1591 r., gdy „chłopy niewidomi straszili baby i szyby wybili” (cyt. za: Karpiński, 1983, s. 299). Ciekawych informacji dostarcza również zeznanie Tymka Karpika, sądanego w 1610 r. przez sandocki sąd kryminalny. Mężczyzna ów opisał plan podpalenia dworu Piotra Koryckiego, szlachcica, który zwalczał okolicznych zbójników. Dodał również, iż w jego towarzystwie przestępczym działał niewidomy na jedno oko zbójnik (*Registr...*, 1891, s. 186). W źródłach brakuje niestety informacji, czy trafił on w ręce ówczesnego wymiaru sprawiedliwości. Wbrew niegdyś ferowanym opiniom ówczesni sędziowie nie mieli na względzie tylko i wyłącznie interesów wyższych warstw dawnego społeczeństwa. Tezę tę potwierdza postępowanie sądu krakowskiego w 1688 r. wobec niewidomego dziada, Jana Wysockiego, oskarżonego o kradzież pieniędzy przez rajcę krakowskiego Adama Drużyńskiego. Sąd nie dosyć, że nie zezwolił na zastosowanie wobec oskarżonego tortur, zapewne z uwagi na jego niepełnosprawność, to jeszcze wydał bardzo łagodny wyrok, nakazujący obwinionemu Wysockiemu złożenie przysięgi oczyszczającej. Miała ona potwierdzić złożone przez niego zeznania, w których obwiniony utrzymywał, iż nie popełnił czynu, o który go oskarżono (por. *Księgi kryminalne...*, 2016, s. 288).

Co ciekawe, w podobnych sprawach o kradzież sądy nie wahały się korzystać z możliwości zastosowania tortur wobec pełnosprawnego podejrzanego. Kilka tygodni później w niniejszej sprawie niezadowolony rajca ponowił swoje oskarżenie, sąd jednak napomniał go surowo, iż „już się tu dziadek sprawował, skąd co miał” (*Księgi kryminalne...*, 2016, s. 288). Zeznania oskarżonego o kradzież rzucają bardzo istotne informacje na temat życia niewidomego mężczyzny w XVII-wiecznym Krakowie. Sprawca bowiem, jak wynikało z zeznań, samodzielnie poruszał się po mieście, doskonale

znał topografię ulic, przebywał w karczmach oraz różnych domach w obrębie miasta, a także dysponował swoimi pieniędzmi, gdyż chodził chociażby do karczmarki w celu rozmiennienia pieniędzy na drobniejsze monety (*Księgi kryminalne...*, 2016, s. 281).

Ciekawy przypadek miał miejsce także w Żywcu. W 1719 r. Grzegorz Tłałka z Radziechowów został skazany przez sąd żywiecki na kwalifikowaną karę wbicia na pal za ponowne dokonanie rabunku. Ten sam sprawca w 1715 r. dopuścił się już rozbojów, za co skazano go na obcięcie pod pręgierzem prawej ręki i lewej nogi oraz wypalono piętno szubienicy na czole. Następnie sprawcę wypuszczono, mając nadzieję na jego resocjalizację. Złoczyńca, wyleczywszy się, ponownie powrócił na drogę przestępstwa. Poruszając się za pomocą kuli albo szczudła, ponownie dokonywał rozbojów. Dlatego w kronice miejskiej zanotowano, iż sprawca „złamał swój glejt. Dlaczego go tak surowo osądzono i na pal wbito” (*Chronografia...*, 1987, s. 518). Natomiast w Muszynie w 1727 r. w sprawie niejakiego Tymka Szczambury o rozbój odnotowano ciekawą informację, że zeznająca Anna Kuźmicka z synem swoim przeciwko zbrojcy stwierdziła, iż jej syn chociaż „ciemny”, to jednak poznał sprawcę po głosie (*Akta sądu kryminalnego kresu muszyńskiego...*, 1889, s. 65). Co istotne, nikt nawet nie podważał zeznań niewidomego mężczyzny, musiało więc dla sędziów być oczywiste, że osoba niewidoma może bez żadnych wątpliwości rozpoznać sprawcę rabunku po głosie.

Autor odnalazł też bardzo interesujący zapis, który może być pierwszym przepisem wskazującym na próbę przystosowania przestrzeni publicznej do potrzeb osób niewidomych. Polski XVI-wieczny prawnik Paweł Szczerbic w swym dziele *Ius municipale, to jest prawo miejskie majdeburskie, nowo z łacińskiego i z niemieckiego na polski język z pilnością i wiernie przełożone* pisał, iż „a kiedy kto drzewo podrębuje przy drodze, ma wołaniem idące ludzi ostrzegać” (Szczerbic, 2011, s. 171). Przepis ten idealnie musiał przecież zabezpieczać idących drogą także niewidomych przechodniów przed niebezpieczeństwem potencjalnego wypadku. Istotnych informacji o funkcjonowaniu osób niewidomych dostarcza nam też *Chronografia albo dziejopis żywiecki* autorstwa Andrzeja Komonieckiego, XVIII-wiecznego wójta niniejszego miasteczka.

Zanotował on w swojej kronice, iż w 1681 r. po Wielkiej Nocy „Sebastian Mrzygłodowic, lubo człowiek ciemny, ale wielce dowcipny, psalmy na pamięć umiejący, który dialogi konceptem swoim komponowawszy, wydawał, bywający rektorem szkoły żywieckiej, także kościelnym kantorem, a patriota żywiecki umarł” (*Chronografia...*, 1987, s. 237). Fakt ów dowodzi, że nawet i w omawianej epoce można było być zasłużonym obywatelem swojego miasteczka mimo niepełnosprawności oraz nie mając – co ważne – szlacheckiego pochodzenia.

Dla kontrastu przywołać należy inną wzmiankę z niniejszej kroniki, która ukazuje całkowity brak tolerancji dla pojawiającej się niepełnosprawności. W 1719 r.

Dnia 16 listopada w sobotę Jakub Targos z Suchej zginął o zbrojstwo, będąc ścięt i ćwiertowan, a temu przedtym narodziła żona jego syna, który się ślepo narodził, nie mając oczu tylko dołki na znak ich. Którego tenże ociec śleporodem nazwał i na oczy pokazać jemu nie dał, tylko go matka skryto wychowała (*Chronografia...*, 1987, s. 528).

Co istotne, matka jednak nie pozbyła się potomka, dokonując chociażby zbrodni dzieciobójstwa, podjęła jednak trud wychowania niepełnosprawnego dziecka.

Należy w tym miejscu przytoczyć kolejny przykład z kroniki żywieckiej, który w istotny sposób ukazuje integrację osoby z niepełnosprawnością z ówczesnym społeczeństwem. W 1698 r. niejaki Wojciech Studentowic, rzeźnik i miejski synek żywiecki,

polecając się Katarzynie, sławnego Jakuba Wiczorkowica mieszczanina i radnego żywieckiego córce, z którą już zrękował, ale w tym ubiegł go i podszedł Paweł Pizowic z Kęt, człowiek młody, który na jedno oko był nie widział, namówiwszy tęże pannę, do Kęt z nią poszedł i o ślub prosił, aby mu z nią dano. Lecz gdy tego nie uczyniono, w Bielsku jeden wikary z Kęt dał mu z nią ślub. Po którym ślubie Pan Bóg za tę zdradę skarzał go, że na drugie oko olsnął i tak z nią mieszkając, do śmierci ciemny został. Ale Pan Bóg przecie nagroził mu tym, że był organistą w Kętach i grawał na organach dobrze, lubo nie widział nic (*Chronografia...*, 1987, s. 266).

Co ciekawe, mężczyzna ów nie dosyć, że poślubił upragnioną kobietę, to również dzięki swoim umiejętnościom potrafił zapewnić utrzymanie założonej przez siebie rodzinie.

W 1672 r. zmarł z kolei Ksiądz Gaspar Kiskovius, „ciemny na oczy, będąc w Żywcu księdzem lat 50” (*Chronografia...*, 1987, s. 582). Fakt ów potwierdza, iż nawet mimo braku wzroku możliwa była w Rzeczypospolitej w okresie wczesnonowożytnym posługa kapłańska, co nawet i w obecnej chwili rodzi ze strony przedstawicieli polskiego Kościoła pewne obawy, a droga osób z niepełnosprawnościami do kapłaństwa bywa zazwyczaj trudniejsza, o ile nie zupełnie niemożliwa.

Interesujące jest również stanowisko ówczesnej polskiej doktryny prawniczej dotyczące popełniania przestępstw przez osoby chore psychicznie. Wydaje się, że nie przewidywano typowej odpowiedzialności karnej osób cierpiących na tego rodzaju schorzenia (por. Rosa, 2023, s. 119). Wykluczano bowiem orzekanie wobec wzmiankowanych osób kary śmierci oraz kar mutylacyjnych, czyli kar na ciele (Groicki, 1954, s. 57). Sprawcy nakazywano jednak wynagrodzenie powstałej szkody z posiadanego przez siebie majątku. Próbowano również wyjaśniać, że *wergelt*, czyli odpowiednie odszkodowanie, nie spełnia w takiej sytuacji funkcji penalnej. Zapewne zdawano sobie też sprawę ze zróżnicowanego wpływu choroby psychicznej na poczytalność sprawcy. Pewnym przejawem dążenia do pełniejszej subiektywizacji odpowiedzialności mogły być też wyjaśnienia glosy do *Zwierciadła saskiego*, które zalecały ustalenie związku przyczynowego między chorobą oskarżonego a popełnionym czynem. Sędziowie starali się badać, czy przestępstwo zostało popełnione przez sprawcę w wyniku złości czy faktycznego szaleństwa. Jeśli wśród znamion przestępstwa dopatrzono się oznak obłądu, przewidywano orzeczenie wobec sprawcy tylko i wyłącznie środków zabezpieczających w postaci pozbawienia wolności. Chcąc dociec motywacji osób popełniających złe uczynki, sędziowie podczas przesłuchań często pytali złoczyńców o przyczyny ich postępowania (Mikołajczyk, 1998, s. 121–122). Chociażby sądzona w 1586 r. Regina Świerczówna, zawodowo zajmująca się kradzieżami recydywistka, zeznawała, że „ma przyrodzenie niecnotliwe, i gdy któregoś dnia czegoś nie ukradnie, to aż schnie cała z żalu” (cyt. za: Kamler, 2010, s. 339).

Ewidentnych zaburzeń psychicznych dowodzi opis zachowania prawdopodobnie ubogiego żebraka, niejakiego Jana Żaka z Przemysła, który w 1593 r. w Krakowie dopuszczał się wielu zakłóceń porządku publicznego:

Naprzód księdzu Łodzi wyrąbał okna i drzwi. Item za tegoż pana burmistrza skarżył się bakalarz nań z Bursy Pauperum, na imię Walerian, że mu był natenczas ukradł multan i księgi z komórki, ale za przyczynami uczciwych ludzi uczynili go wolnym od więzienia ich mości panowie rajce tym sposobem, że się tu nie miał więcej bawić przy Krakowie. Item za tegoż pana burmistrza, gdy był wypuszczon, zaraz nazajutrz opił się gorzałką u Mężyńskiej tu u ratusza, jął wołać, szkalując ich mości pany rajce: „Ci zdrajcę niewinnie mię więzili w więzieniu” i wpadłszy na ratusz, jął wyzywać cechmistrza i z sługami mowy, tymi słowy: „Winicie, zdrajcę, tego, który cnotliwy!” Przyszedł tenże Jan Przemyśl do pana hetmana, żądając sprawiedliwości z jednej białej głowy, którą mu pan hetman uczynił. On, gdy wyszedł z piwnice od pana hetmana, gdy jej kazano do więzienia, on ją pobił i pokrwawił, jako się mu podobało, nie dbając na urzędową sprawiedliwość. Którzy strzelcy, którzy służą ich mościom panom rajcom, widzieli ją krwawą i zbitą. Zatem, zbiwszy tę niewiastę, zaraz przypadłszy samotrzeć na ratusz do izby czeladnej, jął cechmistrzowi odpowiadać: „Pamiętaj, ty niecnoto” i inszych słów nieuczciwych, których się przed urzędem waszych mości nie godzi wspominać. Także i sługom namówił, a to się działo w obiady. Item zaś pobił za tegoż pana urzędu Annę Tłustą, drugą poznanekę, którą pobił i odarł, o które niewiasty siedział kilka niedziel tu w ratuszu. Item za jego mości pana Mikołaja Allansega, gdy był natenczas panem burmistrzem, rozkazano go wypuścić przed ich mości pany rajcy do izby, aby się zapisał o pokój tym białogłowom. On wyszedłszy z więzienia, przed izbę zaraz uciekł, potem, jako się prędko wyrwał z ratusza, przyszedł do pana hetmana do piwnice z nożem gołym, pytając się o panu hetmanie, którego nie znalazł. Powiedział tymi słowy: „Com umyślał twemu panu, to dziś wszystko uczynię”, przegrażając mu nożem” (*Księga kryminalna miasta Krakowa...*, 2016, s. 213–215).

Tego rodzaju łagodne traktowanie sprawcy tyłu naruszeń porządku publicznego dowodzi, iż władze miejskie musiały zdawać sobie sprawę, że wzmiankowany Jan Żak jest osobą chorą psychicznie. Dlatego wobec mężczyzny nie orzeczono ani kary śmierci, ani kary mutylacyjnej. Sprawca nie posiadał zapewne również środków finansowych, by zapłacić jakiegokolwiek odszkodowanie. Próbowano odizolować go od społeczeństwa w więzieniu, lecz wskutek próby samobójczej wybrano najrozsądniejsze wyjście z sytuacji i pozbyto się z miasta niebezpiecznego człowieka, skazując go na wyświecenie, czyli usunięcie z grodu.

Ludzi z podobnymi zaburzeniami było w owych czasach zapewne znacznie więcej, dlatego też musieli oni wszczynać różnego rodzaju awantury na drogach, w karczmach oraz innych miejscowościach, stając się źródłem społecznie niepożądanych zachowań. Wydaje się, że sędziowie miejscy, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach, nie zawsze potrafili skutecznie zdiagnozować chorobę psychiczną. Fakt ten musiał zapewne wiązać się z ryzykiem, iż osoba rzeczywiście chora psychicznie mogła zostać potraktowana przez ówczesny wymiar sprawiedliwości jak zwykły przestępca, uporczywie godzący swoim zachowaniem w porządek publiczny (Rosa, 2023, s. 121).

Podsumowanie

Wydaje się, że zarówno źródła praktyki sądowej, jak i różnego rodzaju kroniki ukazują nam trochę odmienny od stereotypowego obraz życia osób z niepełnosprawnościami w epoce wczesnonowożytnej w dawnej Rzeczypospolitej. Nie jest to oczywiście reguła, iż funkcjonowanie tego typu osób było w tamtych czasach łatwe. Wydaje się jednak, iż osoba z występującą dysfunkcją nie zawsze musiała być żebrakiem oczekującym pomocy od ówczesnego społeczeństwa. Natomiast przy odrobinie szczęścia, samozaparcia oraz w odpowiednich społecznych uwarunkowaniach osoby z niepełnosprawnościami w społeczeństwie wczesnonowożytnym dawnej Rzeczypospolitej mogły w zintegrowany sposób funkcjonować w tamtej zbiorowości. Fakt ów znajdował potwierdzenie w inkluzyi osób z niepełnosprawnościami z przedstawicielami świata przestępczego, którzy w praktyce także znajdowali się poza nawiasem społeczeństwa. Dlatego łatwiej było ówczesnym złoczyńcom tolerować w swoich szeregach osoby o odmiennym wyglądzie czy zachowaniu. Ponadto osoby z zaburzeniami psychicznymi mogły niekiedy liczyć na łagodniejszy wymiar sankcji karnej, w przypadku gdy orzekający sędzia wiedział o ich chorobie. Tego rodzaju problematyka wymaga jednak szerszych badań, które z uwagi na znikomą dostępność materiałów źródłowych oraz skąpe wzmianki o potencjalnej niepełnosprawności osób przedstawianych na ich kartach obdarzone są dużą dozą trudności. Autor niniejszego artykułu ma

nadzieję, że stanie się on inspiracją oraz punktem wyjścia dla dalszych badań dotyczących niepełnosprawności w okresie dawnej Rzeczypospolitej.

Bibliografia

- Akta sądu kryminalnego kresu muszyńskiego 1647–1765* (1889). Wyd. F. Piekościński, Kraków: Akademia Umiejętności.
- Bartkowiak E. (2012). Z historii opieki. Szpitale i zakłady zakonne dla dzieci w tradycji polskiej, *Relacje. Studia z Nauk Społecznych*, 2, 41–60.
- Chronografia albo dziejopis żywiecki* (1987). Wyd. S. Grodziski, I. Dwornicka, Żywiec: Towarzystwo Miłośników Ziemi Żywieckiej.
- Groicki B. (1954). *Artykuły prawa majdeburckiego; Postępek sądów około karaniania na gardle; Ustawa płacej u sądów*, wyd. K. Koranyi, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Kamler M. (2010). Przyczyny przestępstw pospolitych w Polsce w drugiej połowie XVI i pierwszej połowie XVII w. w zeznaniach składanych przez złoczyńców, [w:] A. Karpiński (red.), *Gospodarka społeczeństwo kultura w dziejach nowożytnych*, Warszawa: Wydawnictwo DIG, 337–346.
- Karpiński A. (1983). *Pauperes. O mieszkańcach Warszawy XVI i XVII wieku*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Księga kryminalna miasta Krakowa z lat 1589–1604* (2016). Oprac. i wyd. W. Uruszczak, M. Mikuła, K. Fokt, A. Karabowicz, Kraków: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego „Societas Vistulana”.
- Księgi kryminalne miasta Krakowa z lat 1630–1633, 1679–1690* (2016). Oprac. i wyd. W. Uruszczak, M. Mikuła, K. Fokt, Kraków: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego „Societas Vistulana”.
- Księga złoczyńców sądu kryminalnego w Wiśniczu (1629–1665)* (2003). Oprac. i wyd. W. Uruszczak, I. Dwornicka, Kraków: Collegium Columbinum.
- Kulbaka J. (2018). *Z historii niepełnosprawności (XVI–XIX w.)*, Warszawa: Instytut Pedagogiki Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.
- Regestr złoczyńców grodu sanockiego 1554–1638* (1891). Wyd. O. Balzer, Lwów: Towarzystwo Historyczne.
- Rosa W. (2023). *Przestępstwa z użyciem przemocy w świetle akt sądów kryminalnych wybranych miast dawnego województwa krakowskiego od połowy XVI do XVIII wieku*, Kraków: Oficyna Wydawnicza KAAFM.
- Szczerbic P. (2011). *Ius municipale, to jest prawo miejskie majdeburskie, nowo z łacińskiego i z niemieckiego na polski język z pilnością i wiernie przełożone*, wyd. G.M. Kowalski, Kraków: Księgarnia Akademicka.

Joanna Konarska

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
<https://orcid.org/0000-0003-2034-8875>

Inkluzja czy iluzja inkluzji?

Streszczenie

Pojęcie „inkluzja” charakteryzuje końcowy etap procesu prowadzącego do zagwarantowania osobom z niepełnosprawnością (i nie tylko) prawa i możliwości pełnego uczestnictwa we wszystkich formach ludzkiego współistnienia. W praktyce oznacza to, że osoby z niepełnosprawnością będą traktowane na równi z innymi, a ich niepełnosprawność nie będzie uważana za cechę pejoratywną. Choć wiele państw (w tym Polska) uważa, że może sobie przyznać status państwa przyjaznego wobec wszelkiej inności, to niepełnosprawność nadal jest puszką Pandory wyzwalającą wiele rezerwy nawet wobec wiedzy na temat niepełnosprawności. W tym kontekście oficjalnie podejmowane inicjatywy normujące kwestie równego traktowania osób z niepełnosprawnością nie skutkują automatycznie inkluzją. Działania konstruktywne dotyczą głównie obszaru prawa, edukacji i architektury. Obecnie można uznać, że Polska jest na etapie integracji, ale nie inkluzji. Przyczyny i skutki tego stanu rzeczy zostały poddane analizie.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność; integracja; inkluzja; dystans społeczny

Inclusion or an illusion of inclusion?

Abstract

The term ‘inclusion’ refers to the final stage of the process aimed at assuring people with disabilities (and not only) both right and possibility of a full participation in all the forms of human coexistence. For people with disabilities, it means that they will be given equal treatment with people without disabilities, and that their disability will not be considered a pejorative feature. Although many countries (including Poland) believe to be open and friendly to otherness, disability is still a ‘Pandora’s box’: it reveals some kind of distance visible even in the case of knowledge (or rather lack of knowledge) about disability. In this context, the officially undertaken initiatives regulating the issue of equal treatment of people with disabilities do not automatically result in inclusion. Constructive

actions concern mainly the area of law, education, and architecture. Concluding, at the moment, in Poland, we can observe and 'integration' phase, not at the 'inclusive' one. Both causes and effects of this situation will be discussed in the paper.

Key words: disability; integration; inclusion; social distance

Wprowadzenie

Pytanie postawione w tytule nie jest przypadkowe, ponieważ od lat problem ten powraca jak bumerang w badaniach naukowych (Frąckiewicz, 2008; Hahn, 1996; Konarska, 2012a, 2013, 2014, 2020, 2022; Korzeniowska, 2018; Maciarz, 1987; Skura, 2021; Szafranek, Halicki, 2016). Najczęściej nie dotyczy on inkluzji, ale jeszcze wcześniejszego etapu uznania pełni praw osoby z niepełnosprawnością do uczestnictwa w każdej formie życia – etapu integracji. Najwięcej badań poświęconych jest integracji edukacyjnej dzieci i młodzieży szkolnej. O studentach w badaniach tych mówi się niewiele (Cierpiałowska, 2012; Riddell, Weedon, 2014). Ocenia się, że proces integracji edukacyjnej dokonuje się opornie i to z różnych przyczyn; wskazuje się tu głównie na unikowe zachowania dyrekcji szkół masowych przed przyjmowaniem uczniów z niepełnosprawnością, którzy sugerują rodzicom umieszczenie dziecka w szkołach integracyjnych. Szkoły te nie spełniają swojej roli, bowiem w klasach integracyjnych znajdują się (obok uczniów pełnosprawnych) uczniowie z różnymi niepełnosprawnościami, którzy akurat zapiszą się do danej szkoły. Taki układ nie sprzyja indywidualizacji nauczania i stawia nauczycieli w bardzo trudnej sytuacji, zwłaszcza gdy od jednego nauczyciela wspomagającego wymaga się umiejętności tyflo-, surdo- oraz oligofrenodydaktycznych, radzenia sobie z uczniem z ADHD i każdym innym, który akurat jest w tej klasie. O integracji między dziećmi z niepełnosprawnością i uczniami pełnosprawnymi oczywiście też nie może być mowy, ponieważ zgodnie z zasadami psychologii społecznej „podobne lgnie do podobnego”, w klasie tworzą się więc dwie grupy uczniów: pełnosprawnych i tych z niepełnosprawnością. Z kolei gdyby w klasie był tylko jeden uczeń z niepełnosprawnością (obojętnie jaką), to po pewnym czasie wzajemnej rezerwy wobec siebie uczniowie

zaczęliby stanowić jednolitą grupę i to byłaby autentyczna inkluzja. Jeśli młody człowiek nie zazna integracji (nie mówiąc już o inkluzji) w okresie poprzedzającym dorosłe życie, to w jaki sposób może później dokonywać się jego inkluzja?

Inkluzja na tle integracji

Po raz pierwszy termin „inkluzja” w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością pojawił się kilkanaście lat temu jako uzupełnienie pojęcia integracji, która zakładała wzajemne poszanowanie praw wszystkich członków danej społeczności bez względu na istniejące między nimi różnice; integracja jest przeciwieństwem wykluczenia. W psychologii społecznej przyjęto model akulturacji autorstwa kanadyjskiego psychologa Johna Berry’ego. Jest to rodzaj strategii skierowanej na jednostkę przybywającą do nowego kraju z jednoczesnym podtrzymywaniem kultury kraju pochodzenia (Berry, 1992). W tym kontekście termin „integracja” nie odzwierciedla specyficznych problemów społeczeństwa, w którym zawsze były i będą osoby z różnymi problemami ogólnej sprawności wynikającymi bądź to z uszkodzenia funkcji organizmu, bądź z anatomicznego braku jego części. Osoby z niepełnosprawnością nie przybyły z zewnątrz, ale są od początku częścią społeczeństwa, w którym przyszły na świat. Nie może więc być mowy o żadnym rodzaju akulturacji, która skutkować miałaby integracją. A jednak tak początkowo rozumiana była integracja wobec osób z niepełnosprawnością, to znaczy osoby te miały czynić starania, by zostać przyjętymi do społeczeństwa, którego integralną częścią i tak od urodzenia były. Zgodnie z podstawową definicją integracji osobom z niepełnosprawnością oficjalnie przyznawano prawo do wszystkich form uczestnictwa w życiu społecznym; ale jednocześnie to samo prawo zupełnie ignorowało zabezpieczenie warunków ułatwiających korzystanie z przyznanych praw (Konarska, 2020). W praktyce sprowadzało się to do biernej, pozornie otwartej postawy akceptującej osoby z niepełnosprawnością, jednak osoby te same musiały udowodnić, że potrafią z danych im praw korzystać. Najczęściej było to zadanie poza możliwościami adaptacyjnymi osób z niepełnosprawnością, bo cóż z tego, że osoba poruszająca się na wózku

inwalidzkim miała prawo do robienia zakupów w wielkim centrum handlowym, skoro nie mogła się tam dostać przez bariery architektoniczne? Cóż z tego, że osoby niewidome miały prawo być klientami banków, studiować czy pracować, brać udział w życiu politycznym, kulturalnym i sportowym, kiedy większość sposobów poznawania rzeczywistości była dla nich zwyczajnie niedostępna, a dokumenty przez nie podpisywane nie były honorowane? Inna rzecz, że jeszcze dzisiaj wiele starszych osób niewidomych nie potrafi się podpisać, ponieważ w szkołach dla niewidomych nikt nie zapoznał ich z pismem czarnodrukowym, nieświadomie skazując ich na pewien rodzaj analfabetyzmu. Do szkół masowych dostęp dzieci z jakąkolwiek niepełnosprawnością był właściwie zamknięty; niemal automatycznie, „w imię ich dobra”, kierowane były one do szkół specjalnych. W urzędach powszechnie praktykowane było dość upokarzające dla osób niewidomych czy z niepełnosprawnością intelektualną pobieranie odcisku palca zamiast podpisu. Osoby głuche natomiast były alienowane poprzez określanie ich jako głuchoniemych, co sugerowało słyszającej części społeczeństwa, że są one niezdolne do komunikowania się.

Całkiem inny problem stanowi upośledzenie umysłowe, ponieważ skutkuje niemożnością rozumienia intencji innych osób oraz rozumienia i kontrolowania swoich własnych reakcji, niejednokrotnie prowadząc do zachowań nieakceptowanych społecznie, co samo w sobie – bez względu na posiadanie pełnej sprawności, czy jej brak – utrudnia wzajemne relacje społeczne.

Na czym zatem polega ewaluacja procesu inkluzji wobec osób z niepełnosprawnością? Z pewnością jest to bardziej trafne – w porównaniu z pojęciem „integracja” – określenie celu, jaki zamierzamy osiągnąć, ponieważ osoby z niepełnosprawnością nie potrzebują dostosowywania się do otaczającego środowiska społecznego w takim rozumieniu, jaki sugeruje integracja, a jaki znaczy mniej więcej: dostosuj się do nas – pełnosprawnych, a przyznamy ci łaskawie status osoby zintegrowanej. To bardzo wygodny układ dla osób pełnosprawnych, ponieważ z jednej strony naukowo zdefiniowany proces integracji zwalniał społeczeństwo od odpowiedzialności za proces integracji osób z niepełnosprawnością, a co więcej – zwalniał z jakiegokolwiek potrzeby poznania problemów

adaptacyjnych tej mniejszości społecznej. Inaczej mówiąc, nie było niczego niestosownego w braku wiedzy na temat osób z niepełnosprawnością (czy nawet zupełnej ignorancji w tym zakresie). Z drugiej strony podświadome unikanie tematów związanych z chorobami, niepełnosprawnością, biedą, bezrobociem i jakimkolwiek nieszczęściem nie sprzyja chęci czynienia czegokolwiek, żeby wziąć czynny udział w procesie inkluzji osób z niepełnosprawnością. Inkluzja jest długotrwałym i złożonym procesem, który prowadzi do obustronnego poczucia wewnętrznej spójności społecznej, a osoby z niepełnosprawnością to nie jacyś niedookreśleni „oni”, ale bardzo konkretni „my” z całą swoją różnorodnością, która nie budzi żadnych antagonizmów. To właśnie o inkluzję, a nie o integrację chodzi. Mało tego – właściwe podejście do inkluzji oznacza, że proces ten nie kończy się z chwilą obiektywnego stwierdzenia, że dana osoba stała się częścią społeczności, w której funkcjonuje, ale ważne jest także jej subiektywne poczucie bycia częścią całości. To oznacza nie tylko przyjęcie jej przez resztę społeczeństwa, ale także uznanie jej prawa do samostanowienia.

W ostatnich latach w dyskursie na temat inkluzji pojawia się termin „emancypacja”, który w odniesieniu do niepełnosprawności wymaga jednak uszczegółowienia jego znaczenia. Dotychczas w ramach emancypacji podejmowane były problemy społeczne, których ramy zakreślał rozwój historyczny poszczególnych cywilizacji. I tak, sięgając do genezy terminu, musimy odwołać się do prawa rzymskiego, gdzie emancypacja oznaczała uwolnienie się od władzy ojcowskiej, co m.in. było jednoznaczne z przekazaniem emancypowanemu majątku w zarządzanie (Kuryłowicz, Wiliński, 1999). Nie trzeba wspominać, że prawo to dotyczyło jedynie potomków płci męskiej. Na przełomie XVIII i XIX w. ruch emancypacyjny zmienił swoje oblicze i związany był z walką kobiet o prawo bycia traktowanymi na równi z mężczyznami we wszystkich aspektach życia społecznego i politycznego. Równocześnie ewoluowało samo pojęcie emancypacji, w którym współcześnie akcentuje się uwolnienie od zależności i zdobycie lepszej pozycji w strukturze społecznej (Gamble, 2001). Takie ujęcie praw człowieka staje się dopełnieniem pojęcia inkluzji i jest bardziej przyjazne dla określenia dążeń i praw osób z niepełnosprawnością. Przede wszystkim

akcent jest w nim położony na samodzielność w podejmowaniu decyzji o sobie samym, ponieważ nikt – nawet w imię życzliwie pojętej troski – nie może decydować o osobie z niepełnosprawnością (Konarska, 2015b).

Z taką nadopiekuńczością państwa mieliśmy w Polsce do czynienia przez cały okres trwania socjalizmu, a efekt tego był taki, że w imię opacznie pojętego „dobra dziecka” i ogólnie przyjętego prawa trwała segregacja edukacyjna dzieci z niepełnosprawnościami, a potem – w imię tego samego prawa – segregacja zawodowa, ograniczająca dostęp do miejsc pracy poza wyznaczonymi tak zwanymi „zakładami pracy chronionej”. Mówiąc o emancypacji osób z niepełnosprawnością, nie można zapominać, że przywilej korzystania z wielu praw wymaga zdolności do podejmowania odpowiedzialności za własne decyzje. Przyznając prawo do emancypacji, co jest naturalnym następstwem inkluzji, w rzeczywistości społeczeństwo uznaje pełnowartościowość człowieka. Jednak każdą jednostkę ludzką, od której w przyszłości oczekuje się zdolności do samostanowienia, trzeba do tego przygotować poprzez ukształtowanie jej osobowości. To z kolei jest już zadaniem rodziców, pedagogów szkolnych i całego społeczeństwa, które musi dojrzeć do otwartości inkluzyjnej.

Wobec powyższego oczywiste staje się, że osoby pełnosprawne muszą wiedzieć, jakie trudności w codziennym funkcjonowaniu i realizacji swoich potrzeb mają osoby z różnymi rodzajami i różnym stopniem niepełnosprawności. Jest to wiedza podstawowa, która prowadzi do mądrej życzliwości i otwartości w kierunku redukcji barier. Zwrot „mądra życzliwość” nie pojawił się tu bez powodu; nie chodzi bowiem o wyręczanie osób z niepełnosprawnością w ich działaniu, ale o dostarczanie im niezbędnych narzędzi, tj. sprzętu rehabilitacyjnego i mobilnych aplikacji, oraz o tworzenie przyjaznej przestrzeni architektonicznej, przyjaznego prawa i – w rezultacie – o zwykłą ludzką uczciwość wobec drugiego człowieka. Sama życzliwość wobec osób, którym w jakikolwiek sposób chcemy pomóc, nie wymaga angażowania się w ich sprawy; uczciwość z kolei to stawianie sobie samemu zadań niekoniecznie łatwych do wykonania i wytrwałość w ich realizacji.

Transformacja myślenia drogą do inkluzji

Jak pokazano, inkluzja stawia całe spektrum wyzwań nie tylko przed osobami z niepełnosprawnością, ale też przed pozostałymi członkami społeczeństwa. I tu zaczyna się problem, ponieważ sama gotowość jednostki do inkluzji może być nieskuteczna nawet w relacji z najbliższymi członkami rodziny. Przede wszystkim przygotowanie odpowiedniej prawnej, edukacyjnej, medycznej, ekonomicznej i mentalnej infrastruktury zależy od wielu specyficznych dla każdego kraju warunków. O ile stosunkowo szybko można doprowadzić do zmian ustawodawczych, to już nieco trudniej jest doprowadzić do polepszenia sytuacji ekonomicznej, od której zależy stan edukacji i opieki medycznej. Najtrudniej jednak spowodować zmiany w mentalności społecznej, ponieważ jest to proces długotrwały; nawet jeśli będziemy mówić jedynie o integracji, to współczesne badania jasno wskazują, że jest ona procesem rozkładającym się na pokolenia, z których pierwsze przeżywa ogromne rozterki i wybiera strategię separacji. Odwołując się do badań nad akulturacją mniejszości społecznych, możemy stwierdzić, że ta przebiega szybciej w drugim pokoleniu, powodując dysonans między rodzicami a już odmiennymi kulturowo dziećmi. To drugie pokolenie jednak nadal ma trudności w zintegrowaniu własnej tożsamości; dopiero trzecie pokolenie jest zintegrowane z nową kulturą (Boski, Jarymowicz, Malewska-Peyre, 1992).

Problem tożsamości na przykładzie studenta z niepełnosprawnością podejmują Sheilla Riddell i Elisabet Weedon (2014). Autorki opierają się na danych z projektu dotyczącego doświadczeń i wyników w nauce studentów z niepełnosprawnościami na brytyjskich uniwersytetach; jest to studium przypadku: badaczki skupiają się na studencie, który zdobywa tytuł (*Bachelor of Education*) na elitarnym szkockim uniwersytecie. Prezentują sposób, w jaki dyskurs o niepełnosprawności, znajdujący odzwierciedlenie w praktykach związanych z uczeniem się, nauczaniem i ocenianiem oraz w praktykach zawodowych, wpływa na tożsamość ucznia. Opisują również znaczenie kontekstu społecznego, w jakim doświadcza się niepełnosprawności. Dla przykładu: student decyduje się na przyjęcie tożsamości osoby z niepełnosprawnością podczas studiów, jednak

gdy rozpoczyna pracę, tożsamość ta zostaje przez niego odrzucona. Wynika to z tego, że korzyści z bycia osobą z niepełnosprawnością na uczelni przeważają negatywne tego aspekty, podczas gdy w środowisku pozauniwersyteckim jest odwrotnie.

Jeśli chodzi o społeczeństwo, to potrzeba zmian w mentalności, a ściślej w sposobie postrzegania i – w rezultacie – w postawach wobec osób z niepełnosprawnością, nie jest porównywalna do wyzwań, które stoją przed społeczeństwem wielonarodowościowym (Berry, 1992). Mimo to jest to wyzwanie rzucone tradycyjnemu myśleniu, wartościom odnoszącym się do pewnych zjawisk i osób, przekonaniom i przesądom, których to transformacja nie przynosi profitów, lecz wprost przeciwnie – wymaga od człowieka poznania czegoś nowego, co wcale nie jest mu bliskie ani dla niego przyjemne. W dodatku podświadome unikanie niewygodnych tematów, a także irracjonalny lęk przed sprowadzeniem nieszczęścia na siebie lub bliskich przez sam kontakt z cudzym „nieszczęściem” raczej oddala wielu ludzi od problematyki niepełnosprawności, niż do niej przybliża. O wiele łatwiej każdą wiedzę przyjmują dzieci, zwłaszcza kiedy rodzice nie zdążyli jeszcze wzbudzić w nich rezerwy wobec osób inaczej wyglądających, mówiących, poruszających się i w ogóle różniących się pod jakimkolwiek względem od większości. Tu wkraczamy w obszar edukacji i stworzenia przyjaznego prawa, które zezwala dzieciom z niepełnosprawnością przebywać w tym samym przedszkolu i uczyć się w tej samej szkole co ich pełnosprawni rówieśnicy, ale to są podstawy integracji, nie inkluzji. Inkluzja wymaga jeszcze stworzenia odpowiednich dla każdego rodzaju niepełnosprawności warunków do rozwoju, zabawy, nauki, a także przygotowania nauczycieli i całej szkolnej infrastruktury, aby dać uczniom warunki do współuczestnictwa w normalnym dziecięcym życiu bez barier natury fizycznej i psychicznej.

Nie można zapominać o sektorze opieki medycznej i psychologicznej w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju, a także o pomocy psychologicznej rodzicom dzieci z niepełnosprawnością i ich pełnosprawnemu rodzeństwu. Warunkiem autentycznej inkluzji jest wspólne wczesne poznawanie siebie nawzajem, przez co właściwie likwiduje się problem zmian w mentalności tych wzrastających ze sobą osób. Korzyść jest podwójna, ponieważ dzieci

z niepełnosprawnością współuczestniczą w życiu tego samego środowiska, które w przeciwnym razie dopiero na etapie integracji zmusza ich, już jako dorosłych, do udowadniania, że zasługują na akceptację i zezwolenie na korzystanie z (teoretycznie) tych samych praw. Teoretycznie, ponieważ w praktyce są one jednak ograniczone i nie ma żadnych sankcji za ich nierespektowanie. Wspólnie dorastające pokolenie, nieznające podziałów na „pełnosprawny” i „niepełnosprawny”, inaczej rozumie nie tylko prawo, ale też swoją powinność niesienia pomocy tam, gdzie potrzeba, która to pomoc jest adekwatna do rodzaju niepełnosprawności i ma miejsce tylko wówczas, gdy dany człowiek tego potrzebuje. Taka pomoc nie uwłacza godności osobie z niepełnosprawnością, ponieważ nie ma na świecie człowieka, który byłby absolutnie samowystarczalny, a to, że osoby z niepełnosprawnością częściej z takiej pomocy muszą korzystać, jest czymś całkiem naturalnym. Przez partnerskie uczestnictwo w życiu rówieśników dzieci z niepełnosprawnością uczą się także, że jeśli coś biorą, to powinny również coś z siebie/od siebie dać. Naturalne współlistnienie z rówieśnikami na każdym etapie rozwojowym przez doświadczanie sukcesów i niepowodzeń uczy dziecko z niepełnosprawnością wymiany społecznej, buduje jego poczucie własnej wartości, a także daje mu wiedzę o jego mocnych stronach. Gdyby jeszcze rodzinom dzieci z niepełnosprawnością czy dorosłym w tej samej sytuacji nie groził niedostatek ekonomiczny, a ich sprzęt do rehabilitacji, który dziś bywa wyrafinowanym rodzajem „protezy” i jest bardzo drogi, byłby refundowany, to właściwie byłaby to już pełna inkluzja. Byłaby – a czy możemy powiedzieć, że już jest?

Zwiastuny inkluzji

Zacznijmy od pozytywnych zmian zapowiadających początek inkluzji. Biorąc pod uwagę ratyfikowanie przez Polskę (niestety dopiero w 2012 r.) Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities), można by uznać, że w Polsce inkluzja jest faktem. Jednak prowadzone od kilkunastu lat badania (Balcerzak-Paradowska, 2002; Brzezińska, Kaczan, Rycielski, 2010; Chodkowska, 2002; Gąciarz, Rudnicki,

2014; Gutowska, 2015; Konarska, 2006, 2008, 2013, 2020) wskazują, że ciągle jeszcze jesteśmy na etapie integracji. Problemem jest także przygotowanie nauczycieli do edukacji inkluzyjnej, chociaż na ogół ich postawy są pozytywne zarówno wobec dzieci z niepełnosprawnościami, jak i wobec dzieci pochodzących z różnych kultur (Skura, 2021). Jednak brak odpowiedniego przygotowania pedagogów – mimo sprzyjającego prawa edukacyjnego – skutkowało najczęściej brakiem faktycznej integracji (nie mówiąc już o inkluzji) wśród uczniów ze szkół integracyjnych, które w zamierzeniu pedagogów miały być formą pośrednią między całkowitą segregacją a pełną integracją dzieci z niepełnosprawnościami. Popołniono przy tym założeniu wiele błędów, z których najpoważniejszym wydaje się lekceważenie podstawowych zasad psychologii społecznej (Konarska, 2013; Carter, Spencer, 2006; Castellano, 2004).

Wielu autorów (m.in. Bogucka, Kościelska, 1996; Juros, Otrębski, 1997; Konarska, 2012a) zwraca uwagę na fakt, że szkolnictwo integracyjne w Polsce w obecnym stanie nie spełnia pokładanych w nim oczekiwań w kwestii pełnej inkluzji wszystkich uczniów. Uważają oni, że szkoły wyposażone we wszystkie niezbędne pomoce, a także nauczyciele będący prawdziwymi fachowcami w dziedzinie kształcenia dzieci z każdym rodzajem niepełnosprawności, wspomagani przez rehabilitantów, logopedów, psychologów, lekarzy i pielęgniarki, to wciąż wizja idealistyczna. Jednak prawo w coraz większym zakresie sprzyja uczestnictwu społecznemu osób z niepełnosprawnością niezależnie od ich wieku. Dotyczy to nie tylko szkolnictwa, ale również zakładów pracy, organizacji przestrzeni publicznej, obiektów sportowych i kulturalnych. Niestety to samo prawo milczy w przypadku ignorowania lub jawnego omijania przepisów prawnych umożliwiających osobom z niepełnosprawnością pełne uczestnictwo we wszelkich formach życia (Konarska, 2020).

Jednym z przejawów postępujących zmian w sposobie podejścia do niepełnosprawności są inicjatywy podejmowane przez reprezentantów różnych dyscyplin naukowych niezwiązanych bezpośrednio z problematyką niepełnosprawności. Dzięki temu coraz łatwiejsze jest uczestnictwo osób z różnego rodzaju niepełnosprawnością w kulturze, np. dzięki audiodeskrypcji czy napisom dla osób

niesłyszących. Likwidacja barier architektonicznych jest już dziś zadaniem obowiązkowym dla projektantów przestrzeni publicznej, a zawody sportowe – łącznie z igrzyskami olimpijskimi – pokazują, że nawet przy braku pełnej funkcjonalności organizmu można przy odpowiedniej organizacji podejmować wyzwania przekraczania granic. W zasadzie każda forma aktywności jest dostępna dla osób z niepełnosprawnością, ponieważ to, co chce się w życiu robić i jak z niego korzystać, jest zawsze osobistym wyborem i indywidualną decyzją każdego człowieka.

W ramach działań dotowanych funduszy europejskich uruchomiony został rządowy program „Dostępność Plus” na lata 2018–2025, który stanowi pierwsze i kompleksowe ujęcie tematyki dostępności w Polsce. Jego celem jest zapewnienie swobodnego dostępu do dóbr, usług, udziału w życiu społecznym i publicznym osób o szczególnych potrzebach, w tym osób z niepełnosprawnościami. Wyszczególnione zostały w nim takie obszary działania jak np. architektura, transport, edukacja, cyfryzacja, zdrowie (publiczne), kultura, usługi i działania podnoszące społeczną świadomość na temat dostępności. Kluczowe zdaje się przy tym stwierdzenie, że dostępność nie jest modą czy chwilowym trendem ani nawet specjalnym przywilejem. Program zakłada trwałą dostępność przedszkoli, szkół i uczelni wyższych. Cyfryzacja ma być powszechnym sposobem udostępniania usług także bez wychodzenia z domu, poprawione mają być publiczne serwisy i strony internetowe, a napisy na żywo i audiodeskrypcja pojawiają się w kinach, teatrach i domach kultury. Również plaże, siłownie i obiekty sportowe mają być stopniowo dostosowywane do indywidualnych potrzeb różnych grup użytkowników. Program finansuje badania nad przedmiotami codziennego użytku takimi jak meble, sprzęt gospodarstwa domowego czy ubrania, żeby były one uniwersalne i wygodne w użyciu. Firmom, których produkty będą sprzyjać poprawie życia seniorów i osób z niepełnosprawnościami, będzie zapewnione wsparcie finansowe. Zmianie mają też ulec przepisy i procedury, które utrudniają osobom z niepełnosprawnościami codzienne funkcjonowanie.

Jednak nadal brak jest regulacji prawnych w kwestii dostępności edukacji na poziomie pomaturalnym. W zasadzie każdy młody człowiek z niepełnosprawnością, jeśli tylko chce rozpocząć naukę

na poziomie uniwersyteckim, może to zrobić. Jednak już przy wyborze szkoły wyższej najważniejsza staje się dla niego analiza faktycznej dostępności uczelni ze względu na rodzaj niepełnosprawności. Obecnie bardzo pomocne w adaptacji polskich uczelni do potrzeb osób z niepełnosprawnościami są programy wdrożeniowe wspierane przez fundusze europejskie. Przykładowo: Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w latach 2019–2023 realizowała taki program. W ramach indywidualnie realizowanych założeń uczelnie dostosowują swoje regulaminy wewnętrzne tak, żeby także pod względem prawnym stały się przyjazne osobom z niepełnosprawnościami. Pomimo tego niekiedy trudno przebić się przez barierę nieświadomych postaw pracowników uczelni, w tym pracowników dydaktycznych, którzy z góry – nie mając zresztą dostatecznej wiedzy o niepełnosprawności – zakładają, że ich kierunek studiów jest niewłaściwy dla potencjalnego kandydata, ponieważ ten „nie poradzi sobie z programem”, „nie znajdzie pracy po studiach” lub też „nigdy dotąd nie mieliśmy takiego studenta” itp. Taka postawa kadry zniechęca kandydata z niepełnosprawnością do podjęcia studiów; jest nieuzasadniona logicznie i daje wyraźny sygnał, że nie będzie on mile widziany na danym kierunku czy w murach uczelni w ogóle. Jeśli pomimo tego kandydat na studenta studentem zostanie, to zdecydowanie może liczyć na wsparcie, chociaż dość ogólnikowe przepisy dotyczą raczej kwestii finansowych. Od 2018 r. obowiązuje też rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2018 r. w sprawie sposobu podziału dla uczelni środków finansowych na świadczenia dla studentów oraz na zadania związane z zapewnieniem osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, do szkół doktorskich, kształceniu na studiach i w szkołach doktorskich lub prowadzeniu działalności naukowej (Dz.U. 2018 poz. 1850).

Zazwyczaj wszystkie regulacje prawne nawiązują do obowiązujących w całej Unii Europejskiej przepisów nakazujących respektowanie praw człowieka, co stanowi nadrzędną dyrektywę tych postanowień. W rzeczywistości barier zewnętrznych jest coraz mniej, a chyba najtrudniejsza do pokonania staje się bariera psychiczna samej osoby z niepełnosprawnością. Dlatego też doświadczenie

sukcesów i porażek w relacjach, również z osobami pełnosprawnymi, ułatwia osobie z niepełnosprawnością kształtowanie adekwatnej samooceny. Dzieci z niepełnosprawnością od urodzenia czy wczesnego dzieciństwa muszą się tego nauczyć w czasie trwania pełnej inkluzji edukacyjnej, ale osobom z niepełnosprawnością nabytą potrzebna jest zorganizowana wieloaspektowa pomoc psychologiczno-medyczno-społeczna. O połączeniu psychologicznego i medycznego wsparcia mówi się od dawna i w lepszej lub gorszej formie ono funkcjonuje. Warto jednak zastanowić się, jaką rolę mogą (i powinny) pełnić służby społeczne oraz jaką formę powinna przyjąć taka pomoc. W Polsce w 2001 r. do oficjalnego rejestru zawodów, rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. 2021 nr 34 poz. 405), został wprowadzony nowy zawód – asystent osoby niepełnosprawnej, który jest zaliczany do grupy zawodów pomocy społecznej. Zawód ten został wpisany do oficjalnej klasyfikacji zawodów pod numerem 341201 i opisany następująco:

ułatwia osobie niepełnosprawnej wykonywanie czynności dnia codziennego, pomaga jej w uzyskaniu jak największej samodzielności oraz współpracuje z instytucjami i organizacjami społecznymi w celu zapewnienia optymalnych warunków do samodzielnej rehabilitacji; wspiera osoby niepełnosprawne w realizacji programu rehabilitacji społecznej i zawodowej (Wortal Publicznych Służb Zatrudnienia, *Wyszukiwarka...*).

Opis ten szczegółowo określa zadania zawodowe asystenta, warunki (w tym wymagania psychofizyczne) podjęcia pracy w tym zawodzie oraz przeciwwskazania do jego wykonywania (*Asystent osoby niepełnosprawnej*, 2009). Wprawdzie aby rozpocząć kształcenie w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej wystarczy minimum wykształcenie średnie, to jednak najbardziej pożądani są absolwenci kierunków medycznych, pedagogicznych i psychologicznych. W 2012 r. zostały opublikowane badania prowadzone pod kierunkiem autorki wśród studentów z niepełnosprawnością wzrokową w jednej z krakowskich uczelni. Badani studenci wymieniali sytuacje z życia codziennego, które sprawiają im trudności i w których widzieliby potrzebę pomocy asystenta. Ta potrzebna

im jest w poruszaniu się w nowych miejscach, przy większych zakupach w supermarkecie, w niektórych czynnościach domowych, w uzupełnianiu dokumentów, w załatwianiu spraw urzędowych, odczytywaniu rozmaitych informacji, np. rozkładu jazdy, a na uczelni – w odczytywaniu notatek i przygotowaniu do egzaminów. Co ciekawe, badani respondenci nie oczekiwali pełnej dyspozycyjności takiego asystenta, a jedynie w przypadku konkretnej potrzeby i w miarę możliwości. Te odpowiedzi świadczą o dużej samodzielności i potrzebie niezależności osób z niepełnosprawnością, która to niepełnosprawność jednak sprawia, że w niektórych sytuacjach pomoc asystenta jest niezbędna (Konarska, 2012b). W warunkach uniwersyteckich z dość dobrym skutkiem sprawdza się pomoc koleżeńska, którą można regulować wewnętrznymi przepisami uczelnianymi, oferując wynagrodzenie finansowe studentowi chętnemu do pomocy (co zresztą uczelnie czynią). Taka dobrowolnie oferowana pomoc koleżeńska ma wiele wspólnego z wolontariatem, którego potencjał w kontekście pomocy osobom z niepełnosprawnością jest w Polsce niewykorzystany (por. Konarska, 2008). A szkoda, ponieważ doświadczenia innych krajów europejskich podpowiadają, że zarówno młodzi ludzie, jak i starsi, którym pozwala na to zdrowie, chętnie udzielają się w wolontariacie na rzecz osób z niepełnosprawnościami. Wypełniają oni tym samym lukę między profesjonalnymi formami pomocy i rehabilitacji a potrzebą współlistnienia w naturalnym środowisku społecznym. Korzyść z wolontariatu czerpią zarówno osoby, którym jest potrzebna pomoc, jak i osoby tę pomoc niosące. Zazwyczaj w działania wolontariackie angażują się ludzie empatyczni, pełni życzliwości wobec innych i bez uprzedzeń. Dając coś z siebie, nie oczekując niczego w zamian, dość szybko przekonują się, że od swoich podopiecznych otrzymują – oprócz wdzięczności – także lekcję pokory wobec niesprzyjających zdarzeń życiowych, uczą się od nich wytrwałości i pogody ducha niezależnie od sytuacji. Uczą się także, że można i warto przekraczać granice swoich możliwości, co sprzyja podniesieniu poczucia własnej wartości. Często osoby z niepełnosprawnością stają się przyjaciółmi, powiernikami i doradcami swoich wolontariuszy, a to oznacza, że nie są już tylko biorcami, ale też dawcami w wymianie społecznej. Można uznać, że to od tego momentu doświadczają one inkluzji.

Wskutek podejmowanych oficjalnych działań zmierzających do zmiany pozycji społecznej osób z niepełnosprawnościami powoli zmienia się także postrzeganie osób, dla których los nie był tak łaskawy jak wobec większości, którą stanowią ludzie pełnosprawni. Sprzyjają temu także ogólnoswiatowe zjawiska społeczne związane z większą mobilnością ludzi, także Polaków, i bezpośrednie kontakty z przedstawicielami odmiennych ras, kultur czy religii. Wśród tej odmienności osoby z niepełnosprawnością przez wiele lat były traktowane jak mniejszość społeczna (Hahn, 1996; Mitchell, Snyder, 2019). Obecnie w nauce takie podejście jest nie do przyjęcia, jednak mentalności ludzkiej tak szybko zmienić się nie da (Twardowski, 2018). Obiektywnie trzeba stwierdzić, że pozytywne zmiany zmierzające do edukacji społeczeństwa w kierunku akceptacji wszelkiej inności, w tym niepełnosprawności, zaczęli pedagodzy, wprowadzając w początkach lat 90. XX w. pierwsze przepisy prawne dążące do integracji edukacyjnej. Ten proces edukacyjny ciągle ewoluuje i rzeczywiście powoli zmierza ku inkluzji. W ślad za resortem edukacji idzie ustawodawstwo państwowe i barier jest coraz mniej, a skoro tak, to coraz większa jest obecność osób z niepełnosprawnościami w przestrzeni publicznej (Konarska, 2015a). To sprawia, że ludzie nie tylko przyzwyczajają się do faktu, że są wśród nich osoby z niepełnosprawnościami, ale też zaczynają dostrzegać, że te osoby pracują, uczą się, bawią, rywalizują w sporcie, tworzą kulturę i są aktywne w każdym wymiarze życia społecznego (Konarska, 2017).

Podsumowanie: refleksje końcowe

Reasumując, można uznać, że Polska jest na etapie integracji, ale nie inkluzji. Dla zaistnienia inkluzji niezbędne są zmiany w mentalności osób pełnosprawnych, a to wymaga jednak czasu i zwykle dokonuje się w ciągu życia co najmniej dwóch pokoleń, co zresztą wskazują wspomniane wcześniej badania nad akulturacją. To osoby pełnosprawne, które przez wieki nie widziały powodu, aby w szczególny sposób zainteresować się pozycją społeczną osób z niepełnosprawnością, muszą być poddane systematycznej edukacji i nie jest to wyizolowany problem tylko polskiego społeczeństwa. Dopiero

w trzecim pokoleniu zmiany postrzegania inności i zdolność pełnego integrowania się z całym społeczeństwem można nazwać inkluzją. Wiele też pozostaje do wypracowania u samych osób z niepełnosprawnością i jest to zadanie przede wszystkim dla psychologów, ponieważ następstwem dominującej postawy społecznej traktującej osoby z niepełnosprawnością jako słabsze i mniej wydolne we wszystkich sferach działania, obok postawy obojętnej lub wręcz nieprzyjemnej, pojawia się postawa ochraniająca. W systemie socjalistycznym była ona wygodnym wytłumaczeniem dla podejmowania działań izolujących dzieci z niepełnosprawnością od rówieśników w szkołach ogólnodostępnych, a dorosłym przydzielająca miejsca w zakładach pracy chronionej, tj. wyizolowanych miejscach (ograniczonej zresztą) aktywności zawodowej. Wszechobecna nadopiekuńczość państwa pociągała za sobą nadopiekuńczość rodziców i – w rezultacie – ograniczała też niejako prawo osób z niepełnosprawnością do samostanowienia. Bardzo często prowadziło to do „wyuczonej bezradności” tych osób i ich bierności wobec własnego losu, a postawa ta tylko potwierdzała z góry przyjęte przez organy państwa założenie o mniejszej wartości społecznej osób z niepełnosprawnością. Ograniczenie dzieciom z niepełnosprawnościami dostępu do szkół masowych, dostosowywanie poziomu nauczania w szkołach specjalnych do możliwości uczniów, automatyczne kierowanie uczniów sprawnych intelektualnie, ale z inną niepełnosprawnością do szkół specjalnych (co dodatkowo obniżało status ich wykształcenia) to tylko niektóre przykłady nadopiekuńczej polityki państwa, która doprowadziła do tego, że bardzo niewiele osób z niepełnosprawnością, których dzieciństwo przypadło na lata powojenne, może się pochwalić wykształceniem wyższym (Gąciarz, Bartkowski, 2014, s. 27).

Perspektywy dotyczące zmian postrzegania osób z niepełnosprawnością przez osoby pełnosprawne są obiecujące, ponieważ obecnie rośnie już drugie pokolenie dzieci i młodzieży wychowywanych w duchu integracji i inkluzji. Ich rodzice należący do pokolenia Y – tzw. milenialsi, byli pierwszymi, którzy jako dzieci mieli okazję poznać swoich rówieśników z niepełnosprawnością, bawić się z nimi, uczyć i współtworzyć przestrzeń koleżeńską przyjazną wszystkim uczestnikom interakcji społecznej. Może jeszcze byli

„skażeni” nieświadomie przekazywanymi przez rodziców opiniami i obawami na temat niepełnosprawności, ale ich rodzice także już uczyli się od swoich dzieci, że niepełnosprawność nie wyklucza możliwości pełnego udziału w życiu codziennym, słuchając zapewne relacji swoich pociech na temat kolegów z niepełnosprawnością. Obecne pokolenie Z to już druga generacja, która oswajała się z wszelką „innością”, w tym z niepełnosprawnością. To dzieci, które uczyły się razem z obcokrajowcami, które podróżują z rodzicami po całym świecie, które podejmują naukę w szkołach średnich i (jeszcze częściej) studiują poza granicami własnego kraju. To pokolenie Internetu, dla którego świat jest globalną wioską i chociaż istnieją inne zagrożenia dla rozwoju społecznego współczesnego człowieka, to nawiązanie relacji z kimś odmiennym pod względem wyglądu, zachowania lub funkcjonowania nie stanowi żadnego problemu. Kolejne pokolenie będzie już w pełni gotowe do inkluzji.

Bibliografia

- Asystent osoby niepełnosprawnej* (2009). https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/doradca-2000?p_p_id=occupationportlet_WAR_nnkportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=pop_up&p_p_mode=view&occupationportlet_WAR_nnkportlet_id=3631&occupationportlet_WAR_nnkportlet_characteristic=&occupationportlet_WAR_nnkportlet_viewMode=print [dostęp: 9.11.2023].
- Balcerzak-Paradowska B. (red.) (2002). *Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Berry J.W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society, *International Migration*, 30(s1), 69–85.
- Bogucka J., Kościelska M. (red.) (1996). *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Nowe doświadczenia*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Boski P., Jarymowicz M., Malewska-Peyre H. (1992). *Tożsamość a odmienność kulturowa*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Brzezińska A.I., Kaczan R., Rycielski P. (2010). Model czynników warunkujących wykluczanie/inkluzję osób z ograniczeniami sprawności na rynku pracy, *Polityka Społeczna*, nr spec., 43–45.
- Carter B.B., Spencer V.G. (2006). The Fear Factor: Bullying and Students with Disabilities, *International Journal of Special Education*, 21(1), 11–23.

- Castellano C. (2004). A brief look at the education of blind children, *Future Reflections*, 23, (1), <https://nfb.org/images/nfb/publications/fr/fr13/fr04ss07.htm> [dostęp: 7.11.2023].
- Chodkowska M. (red.) (2002). *Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce edukacyjnej*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Cierpiałowska T. (2012). *Studenci z niepełnosprawnością. Problemy, motywy podjęcia studiów, aspiracje, wybrane problemy funkcjonowania edukacyjnego i psychospołecznego oraz aspiracje zawodowe i opinie na temat perspektyw przyszłej pracy zawodowej*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Frąckiewicz L. (red.) (2008). *Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Gamble S. (ed.) (2001). *The Routledge Companion to Feminism and Postfeminism*, London–New York: Routledge.
- Gąciarz B., Bartkowski J. (2014) Położenie społeczno-ekonomiczne niepełnosprawnych w Polsce na tle sytuacji osób niepełnosprawnych w krajach Unii Europejskiej, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2, 20–43.
- Gąciarz B., Rudnicki S. (red.) (2014). *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Kraków: Wydawnictwa AGH.
- Gutowska A. (2015). (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie, *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 8, 9–33.
- Hahn H. (1996). Antidiscrimination laws and social research on disability: the minority group perspective, *Behavioral Sciences and the Law*, 14(1), 41–59.
- Juros A., Otrębski W. (red.) (1997). *Integracja osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej*, Lublin: FŚCEDS.
- Konarska, J. (2006). Integracja w edukacji – stan obecny i perspektywy, [w:] J. Szempruch (red.), *Edukacja wobec wyzwań i zadań współczesności i przyszłości. Strategie rozwoju*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 307–315.
- Konarska J. (2008). Wolontariat – niewykorzystany potencjał w rehabilitacji, [w:] Z. Palak (red.), *Pedagog specjalny w procesie edukacji, rehabilitacji i resocjalizacji*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 120–131.
- Konarska J. (2012a). Integracja-inkluzja alebo špeciálne vzdelávanie?, [w:] V. Lechta (ed.), *Výchovný aspekt inkluzívnej edukácie a jeho dimenzie*, Bratislava: IRIS, 128–134.
- Konarska J. (2012b). Przygotowanie uniwersyteckie asystenta osoby z niepełnosprawnością wzrokową, *Praca Socjalna*, 4, 76–81.
- Konarska J. (2013). Reflection of Inclusion in Education of Children with Visual Disability. (Uncontrolled Paradoxes of Inclusion), [w:] V. Lechta,

- B. Kudláčová (eds.), *Reflection of Inclusive Education of the 21st Century in Correlative Scientific Fields (How to turn risk into chances)*, Frankfurt am Main–Bratislava: Peter Lang GmbH–VEDA, SAS Publishing House, pp. 131–137.
- Konarska J. (2014). Zapobieganie paradoksom rehabilitacyjnym w euforii inkluzji, [w:] G. Gunia, D. Baraniewicz (red.), *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością*, 3.1, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, 11–29.
- Konarska J. (2015a). Bariery aktywności psychospołecznej osób z niepełnosprawnością – mity i rzeczywistość, *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 2, 153–173, <http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2015.053>.
- Konarska J. (2015b). Emancypacja jako nowy nurt rehabilitacji, *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 10, 51–71.
- Konarska J. (2017). Aktywność kulturalna młodzieży niewidzącej, [w:] K. Barłóg (red.), *Wybrane konteksty i wyzwania współczesnej pedagogiki specjalnej*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 61–86.
- Konarska J. (2020). Rzeczywistość prawna i społeczna w kontekście realizacji paradygmatu normalizacji życia osób z niepełnosprawnością, *Państwo i Społeczeństwo*, 1, 11–25.
- Konarska J. (2022). Inclusive Education in Poland and Visually Impaired Pupils, [w:] J. Gajdošiková Zeleiová (ed.), *Quality of Life in Cross-modal Perspectives of Inclusive Education*, Berlin: Peter Lang GmbH, 113–131.
- Korzeniowska R. (2018). Inkluzja społeczna dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną na przykładzie wsparcia społecznego, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 3, 97–118.
- Kuryłowicz M., Wiliński A. (1999). *Rzymskie prawo prywatne: zarys wykładu*, Kraków: „Zakamycze”.
- Maciarz A. (1987). *Integracja społeczna dzieci niepełnosprawnych*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Mitchell D., Snyder S.L. (2019). From liberal to neoliberal futures of disability, [w:] N. Watson, A. Roulstone, C. Thomas (eds.), *Routledge Handbook of Disability Studies*, 2nd ed., London: Routledge, <https://doi.org/10.4324/9780429430817>.
- Riddell Sh., Weedon E. (2014). Disabled students in higher education: Discourses of disability and negotiation of identity, *International Journal of Educational Research*, 63, 38–46.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. 2001 nr 34 poz. 405).
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2018 r. w sprawie sposobu podziału dla uczelni środków finansowych na świadczenia dla studentów oraz na zadania związane z zapewnieniem

- osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, do szkół doktorskich, kształceniu na studiach i w szkołach doktorskich lub prowadzeniu działalności naukowej (Dz.U. 2018 poz. 1850).
- Skura M. (2021). Nastawienie nauczycieli szkoły integracyjnej, specjalnej i ogólnodostępnej do edukacji inkluzyjnej uczniów ze zróżnicowanym kontekstem kulturowym, [w:] E.M. Kulesza., D. Al.-Khamisy, P. Zalewska (red.), *Od integracji do inkluzji. 30 lat edukacji integracyjnej – idea i rzeczywistość*, 1, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 210–228.
- Szafranek A., Halicki J. (2016). Wybrane aspekty inkluzji społecznej, [w:] M. Halicka, J. Halicki, K. Czykiera (red.), *Niepełnosprawność. Poznać, przeżyć, zrozumieć*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 151–164.
- Twardowski A. (2018). Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna, *Studia Edukacyjne*, 48, 97–114.
- Wortal Publicznych Służb Zatrudnienia, *Wyszukiwarka opisów zawodów – asystent osoby niepełnosprawnej*, https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/zawod/341201?_jobclassificationportlet_WAR_nnkportlet_backUrl=https%3A%2F%2Fpsz.praca.gov.pl%2Frynek-pracy%2Fbazy-danych%2Fklasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci%2Fwyszukiwarka-opisow-zawodow%2F%3Fp_p_id%3Djobclassificationportlet_WAR_nnkportlet%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1%26_jobclassificationportlet_WAR_nnkportlet_query%3Dasystent%2Bosoby%2Bniepe%25C5%2582nosprawnej [dostęp: 9.11.2023].



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

