

**Zdrowie
Edukacja
Społeczeństwo**
Perspektywa międzynarodowa

**Health
Education
Society**
An International Perspective

**Здоровье
Образование
Общество**
Международная перспектива

**Zdrowie – edukacja – społeczeństwo
Perspektywa międzynarodowa**

**Health – Education – Society.
An International Perspective**

**Здоровье - образование - общество.
Международная перспектива**



Bydgoszcz 2020

REDAKCJA

prof. WSG, dr Marzena Sobczak-Michałowska

doc. dr Magdalena Bergmann

Doctor of Technical Sciences, Professor Sergey Ivanov

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Sergey Kokhan

RECENZENCI

prof. UMK, dr hab. Wojciech Knieć

doc. dr inż. Dorota Łoboda

Doctor of Technical Sciences, Professor Sergey Ivanov

REDAKTOR TECHNICZNY

Kateryna Shpytalenko

SKŁAD I OPRACOWANIE**KOMPUTEROWE**

Adam Kujawa

Copyright © by Wydawnictwo Uczelniane WSG, Bydgoszcz 2020

ISBN 978-83-65507-50-1

Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki

85-229 Bydgoszcz, ul. Garbary 2

tel. 52 567 00 47, 52 567 00 48

www.wsg.byd.pl, wydawnictwo@byd.pl

e-ksiegarnia.byd.pl

Zdrowie – edukacja – społeczeństwo. Perspektywa międzynarodowa
Health – Education – Society. An International Perspective
Здоровье - образование - общество. Международная перспектива

Wstęp PL/EN/RU 7

Чаść pierwsza. Systemy ochrony oraz profilaktyki zdrowia

Part 1. Health care and prevention systems

Часть первая. Системы охраны здоровья и профилактики

- Aleksander Skaliy, Witold Kowalski, Tamara Kutek,
Yuriy Briskin, Kateryna Mulyk, Tetiana Odynets,
Yuri Grabowski, Tetiana Skaliy
*Polsko-ukraiński projekt transferu doświadczeń naukowych
w profilaktyce raka piersi wśród młodzieży studenckiej* 17
- Jean-Pierre Himpler, Carmen Ulrich
*Direct and indirect communication in the health care
practice – challenges, strategies and education* 29
- Marzena Sobczak, Ewa Wodzikowska
*Proces tworzenia standardów profilaktyki upadków
w Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza
w Chojnicach w latach 2011 - 2019* 51
- Sergei Cebanu, Angela Cazacu-Stratu, Svetlana Cociu
*The role of health promotion and health education in injuries
prevention* 61
- Димитр Т. Черкезов, Елена Кирилова, Тодор Д. Черкезов
*Деятельность больниц в современных условиях с учетом
специфики регионов* 79
- Елена Пыхтеева, Дмитрий Валерьевич Большой,
Пыхтеева Елена Дмитриевна,
Алексей Дмитриевич Меленевский
Микроэлементы и здоровье в XXI веке 107
- Светлана Власова
Здоровье здоровых: современные проблемы и перспективы 121

Część druga. Edukacja dla zdrowia

Part 2. Education for health

Часть вторая. Образование для здоровья

Alicja Kozubska <i>Współpraca szkoły i rodziny dzieci głuchoniewidomych</i>	137
Karolina Muzyczka <i>Zasady polityki ochrony zdrowia w prawie Unii Europejskiej</i>	171
Nino Chikhladze, Nato Pitskhelauri <i>Public health education at times of Covid-19: challenges and opportunities on TSU's example</i>	191
Бямбаагийн Ариунсанаа, Чойжилын Отгон, Батцагааны Баясгалан <i>Влияние на студенческие ценности, ориентацию и мотивацию для достижения успеха</i>	207
Виктория Федорчук <i>Технологии здоровьесбережения в системе подготовки специалистов социэкономической сферы</i>	229
Наталия Бушная <i>Концепция формирования социальной компетентности старшеклассников</i>	249

Część trzecia. Polityka społeczna i usługi społeczne

Part 3. Social policy and social services

Часть третья. Социальная политика и социальные услуги в контексте здравоохранения

Magdalena Bergmann <i>Polityka spójności Unii Europejskiej w opiniach młodych mieszkańców regionu kujawsko-pomorskiego</i>	263
Martin Balazs Zsarnoczky <i>The challenges of ageing focus on solidarity and equal opportunities in the European Union</i>	273

Marzena Sobczak-Michałowska	
<i>Nowe rozwiązania w polityce społecznej wobec procesów demograficznych</i>	285
Michał Cichoracki	
<i>Główne tendencje determinujące zmiany demograficzne w państwach członkowskich Unii Europejskiej</i>	311
Przemysław Ziółkowski	
<i>Stymulowanie funkcji poznawczych u seniorów na przykładzie Dziennych Domów Pobytu oraz Uniwersytetów Trzeciego Wieku</i>	323
Євгеній Клопота	
<i>Комплексна система психологічного супроводу інтеграції в суспільство людей з особливими потребами</i>	357
Кохан Сергей, Иванов Сергей	
<i>Социальная адаптация студентов с нарушением зрения в вузе</i>	369
Марина Кононова, Маргарита Васина, Богдан Кононов	
<i>Проблемы и перспективы экологизации образовательной среды в контексте инклюзивного образования</i>	393
Leila Zhanuzakova	
<i>On political rights and freedoms of the person in the legislation of Kazakhstan and the countries of the European Union: comparative analysis</i>	413

Wstęp

Szanowni Państwo!

Z przyjemnością przedstawiamy Państwu monografię wieloautorską, która jest wynikiem współpracy międzynarodowej z reprezentantami uczelni partnerskich WSG. Omawiamy w niej aktualne trendy, tendencje oscylujące wokół wzajemnie przenikających się badań w obszarze szeroko rozumianej ochrony zdrowia, edukacji i polityki społecznej.

Celem monografii jest prezentacja rozważań teoretycznych i wyników badań empirycznych z zakresu nauk o zdrowiu oraz nauk społecznych. Współcześnie mocno podkreśla się wzajemne związki pomiędzy stanem zdrowia, statusem społecznym, a także poziomem edukacji i świadomości społeczeństwa. Postrzeganie zdrowia przeszło od klasycznej, biomedycznej koncepcji do ujęcia holistycznego, w którym dobrostan fizyczny i psychiczny jednostki jest jednocześnie i pochodną, i warunkiem rozwoju całego społeczeństwa. Globalna sytuacja epidemiologiczna, w jakiej znalazła się ludzkość na początku 2020 r. zdaje się z całą mocą podkreślać aktualność takiego podejścia. W dyskursie publicznym mówi się o początku nowej epoki, która już zmieniła i zmieniać będzie opiekę zdrowotną, relacje społeczne oraz system edukacji. Nie ograniczając się wyłącznie do owej bieżącej perspektywy - autorzy niniejszego zbioru starają się wykazać na przykładzie reprezentowanych przez siebie krajów, jak wiele łączy obszary zdrowia, edukacji i życia społecznego.

Kształtowanie u społeczeństwa motywacji, ukierunkowanej na utrzymanie i wzmocnienie swojego zdrowia oraz zdrowia otaczających nas bliskich z różnych środowisk w których pełniemy wiele ról społecznych staje się prioryte-

tem, nie tylko dla instytucji państwowych, służby zdrowia ale także dla instytucji naukowo-badawczych funkcjonujących w uczelniach wyższych.

Procesy wychowawcze i edukacja na różnych poziomach powinny wpływać na kształtowanie od najmłodszych lat właściwego podejścia do dbałości o własne zdrowie. A w przyszłości, przy podejmowaniu nowych wyzwań powinna stać się ona podwaliną pod dobre samopoczucie, właściwe wypełnianie obowiązków zawodowych oraz na aktywne funkcjonowanie we wszystkich sferach życia.

Rozwój w społeczeństwie pogłębionej wiedzy o aktualnie funkcjonujących systemach ochrony zdrowia i akcjach profilaktycznych może przełożyć się na interioryzację oraz na właściwą realizację potrzeb w tym zakresie w sytuacjach ekstremalnie trudnych, od których będzie zależało życie i dobrostan człowieka.

Prezentowana monografia składa się z trzech części, które zawierają zarówno wyniki analiz teoretycznych jak i badań empirycznych.

W części pierwszej – SYSTEM OCHRONY ORAZ PROFILAKTYKI ZDROWIA - prezentujemy artykuły Autorów z uczelni europejskich, analizujące aktualne problemy wraz z próbami ich rozwiązania.

Część druga - EDUKACJA DLA ZDROWIA, w której Autorzy akcentują konieczność kształtowania uważności odbiorców na kreowanie i urzeczywistnianie w procesach edukacyjnych w dostępnych formach. Na uwagę zasługuje też realizacja programów edukacji inkluzywnej, wpływającej na procesy adaptacyjne i socjalizacyjne osób z niepełnosprawnościami i dysfunkcjami.

Trzecia część - POLITYKA SPOŁECZNA I USŁUGI SPOŁECZNE - omawia istniejące w danych krajach metody i formy organizacji pracy służb medyczno-socjalnych, psychologicznych, rehabilitacyjnych i integracyjnych dla osób z niepełnosprawnościami, w podeszłym wieku i innych kategorii obywateli.

Przedstawiamy Państwu artykuły naukowe Autorów z wieloletnim doświadczeniem z kilkunastu państw zarówno z Europy, jak i Azji. To swoistego typu kompendium wiedzy o aktualnych stanach prac nad podejmowaną tematyką. Z uwagi na istniejące w krajach autorów i ich instytucjach akademickich zróżnicowane praktyki edytorsko-publikacyjne zdecydowaliśmy się na umieszczenie przypisów i bibliografii w takim wariantcie, jaki został zastosowany przez autorów w maszynopisach artykułów.

Jesteśmy szczególnie dumni, że udało się nam – inicjatorom monografii – Zabajkalskiemu Państwowemu Uniwersytetowi w Czycie oraz Wyższej Szkole Gospodarki w Bydgoszczy zrealizować efekt naukowy w postaci monografii. Utwierdził się w przekonaniu, że każde następne projekty - pomimo dzielących nas tysiące kilometrów - będą mogły się ziścić w przyszłości.

Monografię rekomendujemy pracownikom naukowym i środowiskom tematycznie zainteresowanym, pracującym w sferze medycznej, społecznej i naukowej, studentom i doktorantom, specjalistom wielu dyscyplin naukowych, pracownikom rehabilitacji, a także obywatelom, którzy interesują się zdrowym stylem życia.

Rector of Transbaikal State University
Doctor of Technical Sciences, Professor Sergey Ivanov

Prorektor ds. Międzynarodowych WSG
prof. WSG, dr Marzena Sobczak-Michałowska

Director of Regional Center for Inclusive Education
of Transbaikal State University
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Sergey Kokhan

Dyrektor Centrum Partnerstwa Wschodniego
doc. dr Magdalena Bergmann

Ladies and gentlemen!

We are pleased to present you a multi-author monograph, which is the result of international cooperation with representatives of WSG partner universities. We discuss current trends, tendencies oscillating around mutually interpenetrating research in the field of broadly understood health protection, education and social policy.

The purpose of the monograph is to present theoretical considerations and the results of empirical research in the field of health and social sciences. Nowadays, the mutual relations between health, social status, as well as the level of education and public awareness are strongly emphasized. The perception of health has gone from a classical, biomedical concept to a holistic approach, in which the physical and mental well-being of an individual is both derivative and a condition for the development of the entire society. The global epidemiological situation in which humankind found itself at the beginning of 2020 seems to emphasize the topicality of such an approach. The public discourse talks about the beginning of a new era that has already changed and will change health care, social relations and the education system. Without limiting themselves to this current perspective, the authors of this collection are trying to show, on the

example of the countries they represent, how much connects the areas of health, education and social life.

The formation of motivation among the population, aimed at maintaining and strengthening their health and the health of our loved ones from various environments in which we play many social roles is a priority task, not only of state structures, services and departments, but also of research institutes working at universities.

Educational processes and education at various levels should influence the development of an appropriate approach to caring for one's own health from an early age. And in the future, when taking up new challenges, it should become the basis for well-being, proper performance of professional duties and active functioning in all spheres of life.

The development of in-depth knowledge of all categories of citizens on the existing organization of the healthcare system, the provision of general and emergency care, preventive measures, a healthy lifestyle can contribute to a competent approach and the adoption of the only correct decision in extreme situations, on which human life and well-being will depend.

The presented monograph consists of three parts, that summarize both the results of theoretical analyzes and empirical research.

Chapter 1 HEALTH CARE AND PREVENTION SYSTEMS presents the manuscripts of colleagues from European universities and practical healthcare institutions, revealing the existing problems, the situation and ways of solving those problems on which the health of the population of all countries depends.

Chapter 2 EDUCATION FOR HEALTH, in which the authors emphasize the need to shape and carry out the educational process in forms accessible to perception and understanding the importance of respectful attitude to their health by young people. It is especially necessary to highlight the implementation of inclusive interaction programs that significantly affect the adaptation and socialization of persons with disabilities.

Chapter 3 SOCIAL POLICY AND SOCIAL SERVICES - discusses the methods and forms of organizing the work of medical-social, psychological, rehabilitation and integration services for people with disabilities, the elderly and other categories of citizens existing in different countries.

We present you the scientific articles of authors with many years of experience from over a dozen countries, both in Europe and Asia. It is a kind of compendium of knowledge about the current state of work on the subject matter. Due to the different editorial and publication practices existing in the authors' countries and their academic institutions, we decided to include footnotes and

bibliographies in the variant used by the authors in the manuscripts of articles. We are particularly proud that we - the initiators of the monograph – the Trans-Baikal State University in Chita and the WSG University in Bydgoszcz, achieved the scientific effect in the form of a monograph. We have become convinced that each new project - despite thousands of kilometers between us – can become a reality in the future.

We recommend the monograph to academics and thematically interested circles, working in the medical, social and scientific sphere, students and doctoral students, specialists in many scientific disciplines, rehabilitation workers, and citizens who are interested in a healthy lifestyle.

Rector of Transbaikal State University
Doctor of Technical Sciences, Professor Sergey Ivanov

Vice-Rector for International Relations of WSG University in Bydgoszcz
prof. WSG, dr Marzena Sobczak-Michałowska

Director of Regional Center for Inclusive Education
of Transbaikal State University

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Sergey Kokhan

Head of Eastern Partnership Centre of WSG University in Bydgoszcz
doc. dr Magdalena Bergmann

Уважаемые коллеги!

В представленной коллективной монографии, которая является результатом международного сотрудничества с представителями университетов-партнеров WSG, рассмотрен ряд актуальных направлений, взаимосвязанных общей темой исследований — широко понимаемых вопросов здравоохранения, образования и социальной политики.

Цель монографии - представить теоретические соображения и результаты эмпирических исследований в области здравоохранения и социальных наук. В настоящее время особое внимание уделяется взаимосвязи между здоровьем, социальным статусом, а также уровнем образования и осведомленности общества. Восприятие здоровья перешло от классической биомедицинской концепции к целостному подходу, в котором физическое

и психическое благополучие человека является одновременно производным и условием развития всего общества. Глобальная эпидемиологическая ситуация, в которой человечество оказалось в начале 2020 года, похоже, подчеркивает актуальность такого подхода. Общественный дискурс говорит о начале новой эры, которая уже изменилась и изменит здравоохранение, социальные отношения и систему образования. Не ограничиваясь этой современной перспективой, авторы сборника пытаются показать на примере стран, которые они представляют, насколько взаимосвязаны области здравоохранения, образования и общественной жизни.

Формирование у населения мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих нас людей из различных сред, в которых мы играем многие социальные роли, является приоритетной задачей, не только государственных структур, служб и ведомств, но и научно-исследовательских институтов, работающих при университетах. Воспитание и обучение с ранних лет бережному отношению к своему здоровью, в будущем, безусловно, является залогом хорошего самочувствия, работоспособности, успешности и активной жизненной позиции.

Развитие у всех категорий граждан углубленных знаний по вопросам существующей организации системы здравоохранения, оказания общей и неотложной помощи, превентивных мероприятий, здорового образа жизни может способствовать грамотному подходу и принятию единственного правильного решения в экстремальных ситуациях, от которого будет зависеть жизнь человека.

Структура данной монографии включает 3 главы, которые обобщают теоретические и практические материалы исследований.

В 1 главе «СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКИ» представлены рукописи коллег из европейских университетов и учреждений практического здравоохранения, раскрывающих существующие проблемы, ситуацию и пути решения тех задач, от которых зависит здоровье населения всех стран.

2 глава «ОБРАЗОВАНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ», в которой авторы акцентируют внимание читателей на необходимость выстраивать и осуществлять образовательный процесс в формах доступных для восприятия и понимая важности, бережного отношения к своему здоровью молодежь. Особо надо выделить реализацию программ инклюзивного взаимодействия, существенно влияющих на адаптацию и социализацию лиц с ограниченными возможностями.

3 глава «СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ В КОНТЕКСТЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» раскрывает существующие в разных странах методы и формы организации медико-социальной, психологической работы, реабилитацию и интеграцию лиц и инвалидностью, пожилых и других категорий граждан.

Представляем Вашему вниманию научные статьи авторов с многолетним опытом из более чем десятка стран Европы и Азии. Это своего рода сборник знаний о текущем состоянии работы над предметом. В связи с различной редакционной и публикационной практикой, существующей в странах авторов и их академических учреждениях, мы решили включить сноски и библиографии в вариант, который авторы использовали в рукописях статей.

Мы особенно гордимся тем, что мы - инициаторы монографии - Забайкальский государственный университет в Чите и Экономический университет в Быдгоще - достигли научного эффекта в виде монографии. Мы убедились, что каждый последующий проект - несмотря на тысячи километров между нами - сможет стать реальностью в будущем.

Материалы научного труда могут быть использованы руководителями и сотрудниками медицинских, социальных и учебных учреждений, студентами и аспирантами, специалистами различного профиля, работающих в сфере реабилитации и здорового образа жизни, а также граждан интересующихся вопросами сохранения и укрепления личного и общественного здоровья.

Ректор Забайкальского государственного университета
д-р. тех. н., профессор Сергей Анатольевич Иванов

Проректор по международному сотрудничеству WSG
prof. WSG, dr Marzena Sobczak-Michałowska

Директор Регионального центра инклюзивного образования
Забайкальский государственный университет
к. мед. н., доцент Сергей Тихонович Кохан

Директор Центра Восточного Сотрудничества WSG
doc. dr Magdalena Bergmann

**CZEŚĆ PIERWSZA.
SYSTEMY OCHRONY ORAZ
PROFILAKTYKI ZDROWIA**

**PART 1.
HEALTH CARE
AND PREVENTION SYSTEMS**

**ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.
СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
И ПРОФИЛАКТИКИ**

Aleksander Skaliy

Tetiana Skaliy

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Witold Kowalski

Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Tamara Kutek

Zhytomyr Ivan Franko State University

Yuriy Briskin

Lviv State University of Physical Culture

Kateryna Mulyk

Kharkiv State Academy of Physical Culture

Tetiana Odynets

Municipal Institution of Higher Education «Khortytsia National Educational and Rehabilitational Academy» of Zaporizhzhia Regional Council

Yuri Grabowski

Kherson State University

Polsko-ukraiński projekt transferu doświadczeń naukowych w profilaktyce raka piersi wśród młodzieży studenckiej

Rak piersi jest jednym z głównych problemów onkologicznych kobiet na Ukrainie i na całym świecie. (Z.Fedorenko, 2020; R.Siegel, 2012). Obecna tendencja zachorowalności i śmiertelności wskazuje na stały wzrost zachorowań wśród kobiet (T.Odynets, Y.Briskin, 2019). Według danych Narodowej Agencji ds. Raka Ukrainy ilość przypadków raka piersi wzrasta z wiekiem. Pośród kobiet w grupie wiekowej 20-24 lat rak piersi występuje u 1,4 przypadkach; dla 25-29 lat - 7,9; 30-34 lat - 20,2; 35-39 lat - 46,5 przypadków; 40-44 lat - 77,1; 45-49 lat - 110,1; 50-54 lat - 112,1; w 55-59 lat - 139,1; 60-64 lata - 163 przypadki na 100 tysięcy mieszkańców. W wieku późniejszym widoczny jest stopniowy spadek: w grupie 70-74 lat - 142,0; 75-79 lat - u 144,6; 80-84 letnich kobiet - 98,6 na 100 tysięcy mieszkańców (Z.Fedorenko, 2020).

W 2019 roku odnotowano na Ukrainie 14372 przypadki raka piersi u kobiet. Wśród nich śmiertelność w grupie 20-24 lat wyniosła 0,8; w grupie 25-29 lat - 1,2 przypadki; 30-34 lat - 3,0; 35-39 lat - 8,7; 40-44 lat - 14,2; 45-49 lat - 22,5; 50-54 lat - 35,8; 55-59 lat - 50,0 przypadków; 60-64 lat - 60 na 100 tysięcy mieszkańców (Z.Fedorenko, Y.Mychajlowycz, 2020).

Czynnikami ryzyka raka piersi są: wiek (powyżej 40 lat); genetyczna i rodzinna podatność (matki bądź siostry kobiet które chorowały na raka piersi, mogą mieć znacznie większe ryzyko zachorowania); doustne środki antykoncepcyjne; późna menopauza; wczesne rozpoczęcie miesiączkowania (przed 12 rokiem życia); urodzenie pierwszego dziecka po 30 rż; aborcja; brak porodów; choroby proliferacyjne gruczołów mleknych; otyłość; cukrzyca, dolegliwości nadciśnieniowe; nadużywanie alkoholu (T.Odynets, 2017).

Współczesne leczenie raka piersi opiera się na leczeniu skojarzonym – chemioterapii, radioterapii i chirurgii. Ta ostatnia metoda [1,2, 9] prowadzić może niekiedy do powstania syndromu post-mastektomicznego.

Zespół postmastektomijny (PMS) charakteryzuje się zmiennością objawów, które pojawiają się na różnych etapach leczenia raka piersi: wczesne objawy najczęściej mają posttraumatyczny charakter i są wynikiem chirurgicznych ingerencji; późniejsze - są wynikiem kompleksowej terapii (Y.Briskin, T.Odynets 2016, 2019).

Obserwacje naukowców (M.Samushyja, 2011; T.Odynets, 2018, 2019) wskazują iż oprócz fizycznych i funkcjonalnych zmian w różnych układach organizmu, u kobiet z PMS pojawiają wiele różnorodnych psychoemocjonalnych schorzeń, takich jak depresja czy stany lękowe.

Pomimo osiągniętych obecnie sukcesów w leczeniu raka piersi i wyraźnego wydłużenia czasu przeżycia pacjentek bez nawrotu, funkcjonalne uszkodzenia, powstałe w wyniku terapii często są długotrwałe, przeszkadzają w normalnym życiu i pozostają poza bieżącą uwagą onkologów (Y.Briskin, T.Odynets, 2016)

Różnorodne badania naukowe (T.Odynets, Y.Briskin, O.Sydorko, A.Yefremowa 2018, 2019) udowadniają potrzebę i znaczenie wczesnego wykrywania i ciągłego monitorowania tych schorzeń w celu ich eliminacji i poprawy jakości życia kobiet chorujących na raka piersi. Rekomenduje się realizację monitoringu na wszystkich etapach leczenia, a szczególnie w trakcie rehabilitacji, jako nieodłącznego elementu leczenia skojarzonego.

Jednocześnie, obserwuje się proces koncentrowania się wyłącznie na medycznej stronie rehabilitacji, opracowaniu schematów farmakologicznego wsparcia, poszukiwaniu optymalnych środków psychokorekcji stanu psychicz-

nego pacjentek, a zbyt mało wysiłku jest skierowane na podniesienie stanu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi.

Analizując dostępne prace naukowe, można stwierdzić iż problem rehabilitacji kobiet chorych na raka piersi w Ukrainie nie jest rozwiązany, a zgromadzone doświadczenie lekarzy nie jest jeszcze ujęte w jednolity system działań. Przeszkadza temu kilka istotnych, wzajemnie wykluczających się kwestii:

- zwiększenie długości życia kobiet chorujących na raka piersi i brak naukowo opracowanych programów poprawy jego jakości;
- stosowanie współczesnych zasad kompleksowego leczenia raka piersi i brak szczególnego zainteresowania onkologów schorzeniami które są skutkami ubocznymi agresywnego leczenia nowotworów (fizyczne, funkcjonalne i psychologiczne);
- powszechna, uzasadniona teoretyczną wiedzą konieczność stosowania multidyscyplinarnego podejścia w rehabilitacji kobiet po mastektomii i jej praktyczna realizacja;
- ukraińskie standardy legislacyjno-regulacyjne, które wskazują na konieczność pomocy rehabilitacyjnej kobietom i brak mechanizmu wdrożenia fizycznej rehabilitacji w działalność poradni onkologicznych;
- różnorodność objawów syndromu postmamastektomicznego i tworzenie zróżnicowanych programów rehabilitacji ruchowej;
- potrzeba zwiększania świadomości kobiet co do czynników ryzyka raka piersi, możliwość prowadzenia systematycznego samobadania piersi i jednocześnie brak teoretycznego i metodologicznego uzasadnienia tego procesu.

W związku z powyższym, istnieje obecnie problem naukowo-praktyczny, dotyczący nauczania samobadania piersi u kobiet jako środka, do wczesnego wykrywania raka piersi, co jest bardzo istotnym czynnikiem dla poprawy sytuacji zdrowotnej populacji kobiet w Ukrainie.

Środki służące wczesnemu wykrywaniu raka piersi, to przede wszystkim profilaktyka pierwotna i wtórna (wprowadzenie programów badań przesiewowych). Dodatkowo ośrodki ambulatoryjnego monitorowania chorych po operacjach piersi, pozwolą na znaczące zmniejszenie śmiertelności z powodu raka piersi i docelowo - obniżenie kosztów związanej z tym opieki medycznej.

Wczesne wykrycie raka piersi jest szczególnie ważne i może przyspieszyć proces leczenia, zmniejszyć śmiertelność, szczególnie w krajach o niskim i średnim dochodzie, gdzie rak piersi jest często diagnozowany na późnych

etapach. Mammografia jest wiodącą metodą w badaniach przesiewowych kobiet dojrzałych i jest uważana za najbardziej skuteczną w zmniejszaniu śmiertelności, ale jest metodą dość drogą, wymaga wysokiej jakości sprzętu i wykwalifikowanego personelu. Czynniki te znacznie komplikują, a czasami uniemożliwiają stosowanie jej w krajach o niskich dochodach. Badanie kliniczne gruczołów piersiowych wymaga również wizyty u wykwalifikowanego lekarza i w placówce medycznej.

Biorąc pod uwagę powyższe czynniki, samobadanie piersi może być jedną, skuteczną metodą wczesnego wykrywania raka piersi na Ukrainie. Świadomość ryzyka i programy wczesnego wykrywania są podstawą zmniejszenia śmiertelności na raka piersi.

Regularne samobadanie piersi jest jedną z najbardziej opłacalnych metod wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet. Niestety, praktyka samobadania piersi na Ukrainie pozostaje niska i wymaga popularyzacji.

Biorąc pod uwagę powstały problem grupą polskich i ukraińskich naukowców z 6 uniwersytetów został opracowany nowatorski projekt skierowany na zwiększenie wiedzy ukraińskiej młodzieży studenckiej na temat samobadania i profilaktyki raka piersi. Projekt został zakwalifikowany do dofinansowania poprzez pozarządową Polsko-Amerykańską Fundację Wolności w ramach programu RITA - „Przemiany w regionie”.

Projekt skierowany jest na przeniesienie polskich doświadczeń w profilaktyce raka piersi wśród kobiet metodą samobadania na Ukrainę i wprowadzenie na pięciu uczelniach wyższych z różnych regionów Ukrainy zajęć z nauki samobadania wśród studentów. Ten projekt zamierza pokazać iż aktywność obywatelska, współpraca naukowców może być bardzo skuteczna i doprowadzić do zmian systemowych. Tak, poprzez wprowadzenie zajęć z samobadania piersi u studentów na Ukrainie zamierzono przeszkolić 965 osób - studentów i wykładowców, doprowadzić do realizacji takich zmian w przyszłości oraz zmienić kulturę samo-profilaktyki wśród obywateli Ukrainy. Poprzez organizację Akademickich Dni Walki z Rakiem Piersi problem będzie mocno nagłośniony, a pośrednimi odbiorcami będzie około 10 000 osób. Takie działania zmożą zaimplementować inne, nie włączone w projekt organizacje i uczelnie, co w końcowym efekcie ma znacząco przyspieszyć wykrywanie raka piersi na wczesnym etapie, pozwalając zmniejszyć śmiertelność tej choroby.

W ramach projektu w sierpniu 2020 roku odbyło się szkolenie dla 15 wykładowców z Ukrainy na terenie Bydgoszczy z udziałem przedstawicieli Centrum Onkologii. Na obecną chwilę trwają szkolenia w uniwersytetach Lwowa, Żytomierza, Charkowa, Zaporozża i Khersona studentów i pracowników.

W kwietniu 2021 roku po raz pierwszy na terytorium Ukrainy odbędzie się Międzynarodowy Polsko-Ukraiński Maraton Akademickich Dni Walki z Rakiem. W ramach projektu wszystkie partnerskie uczelnie otrzymali makiety szkoleniowe (rys. 1) i materiały edukacyjne (rys. 2, 3) niezbędne do realizacji tych działań w przyszłości. Zaplanowana jest kampania promocyjna oraz przekazanie efektów do właściwych Ministerstw na Ukrainie.



Rys. 1. Przekazanie modeli szkoleniowych do nauki badania piersi przedstawicieli Akademii Wychowania Fizycznego w Charkowie w ramach Polsko-Ukraińskiego projektu RITA – Przemiany w Regionie „Samo-diagnoza raka piersi u młodych Ukrainek” finansowanego Polsko-Amerykańską Fundacją Wolności.

Problem którego dotyczy projekt ma charakter globalny i związany jest z najcenniejszym - zdrowiem człowieka. Na dziś najbardziej niebezpieczną chorobą jest rak, a zachorowanie na raka piersi (RP) zajmuje pierwsze miejsce wśród jego rodzajów (ZP Fedorenko i in, 2019; A.Sagen, R.Karesen, M.Risberg, 2012). Omyłkowym jest twierdzenie iż to problem tylko kobiet, ponieważ w razie choroby pośrednio dotyczy to również całego otoczenia – męża, dzieci, rodziców, znajomych. Najgorszym jest to, iż większa połowa przypadków jest diagnozowana już na zaawansowanej fazie rozwoju choroby, zbyt późno, co często powoduje potrzebę nieodwracalnych chirurgicznych ingerencji, a co gorzej - śmierć. Z drugiej strony – wczesne wykrycie raka piersi jest ważne i może przyspieszyć jego leczenie oraz zmniejszyć śmiertelność, szczególnie w krajach o niskim i średnim dochodzie.



Rys. 2. Opracowane materiały edukacyjne dla młodzieży studenckiej w ramach Polsko-Ukraińskiego projektu RITA – Przemiany w Regionie „Samo-diagnoza raka piersi u młodych Ukrainek” finansowanego Polsko-Amerykańską Fundacją Wolności (cz1).

W Polsce, gdzie zachorowalność na RP ma jedno z największych wskaźników w Europie wprowadzono szereg profilaktycznych programów, które w dużej mierze upowszechniają metody i praktyki samodiagnostyki piersi jako efektywne narzędzie profilaktyki raka. Najciekawszym jest to, iż takiej profilaktyki uczą nie tylko na studiach medycznych, ale i na innych uczelniach w ramach Narodowego Programu Badania Raka Piersi, co jest bardzo słuszną i potrzebną metodą. Niestety, ta metoda w większości przypadków ma tylko lokalny charakter i nie jest stosowana na skale światową. Idea jest bardzo przejrzysta i jasna – trzeba nauczyć młodzież metody samo diagnostyki, aby stosowali ją regularnie w ciągu życia i w razie jakichkolwiek zmian i podejrzeń natychmiast zgłosili się do specjalisty. A gdzie znajduje się największy segment młodzieży – stanowczo na uczelniach wyższych. Takie praktyki stosują w Polsce, ale niestety, na Ukrainie na żadnej uczelni wyższej takich zajęć brak.

Według Ukraińskiego Krajowego Rejestru Nowotworów w 2018 r. zarejestrowano 147 192 pacjentek z RP. Znaczące wskaźniki umieralności kobiet w 2018 r. zaobserwowano w grupie wiekowej 55-69 lat (75,5 na 100 tys. osób).

Według przeprowadzonych badań 78% chorych kobiet zapoznało się z metodą samobadania piersi dopiero po 40, co jest stanowczo za późno (Odynets T, Briskin Y, Sydorko O, Tyshchenko V, Putrov S, 2018). U 95% chorych kobiet problem został zdiagnozowany w trakcie mammografii - jest uważana za najbardziej skuteczną w zmniejszaniu śmiertelności z powodu choroby, ale jest kosztowna, wymaga wysokiej jakości sprzętu i wykwalifikowanych specjalistów. Dlatego SAMOBADANIE piersi jest jedyną dostępną metodą wczesnego wykrywania raka piersi w krajach rozwijających się.

Самообстеження молочних залоз

Один з основних методів, що дозволяє своєчасно виявити рак молочної залози.

Самостійне обстеження молочних залоз потрібно проводити щомісяця, на 7-12 день менструального циклу, а у період менопаузи – щомісяця одного і того ж дня.

Самодіагностика

Найкращий період для обстеження і самообстеження молочних залоз – з 5-го по 7-й день менструального циклу.

Рекомендації щодо обстеження

- від 20 років – самообстеження молочних залоз щомісяця;
- від 35 років – первинна маммографія (як еталон для майбутніх порівнянь; у випадку обтяженого сімейного анамнезу слід починати від 30 років);
- від 40 років – маммографія в комбінації з сонографією (щорічно).

6 кроків по самообстеженню

1. Огляд білизни
2. Огляд сосків та ареоли
3. Огляд перед дзеркалом в трьох положеннях
4. Пальпація молочної залози в трьох напрямках
5. Додаткове обстеження підчас прийому душу
6. Запис у щоденнику



Обстеження лімфатичних вузлів

Підпахвинні	Підключичні	Надключичні
<ul style="list-style-type: none"> ■ Пальпуються; ■ діаметр близько 5 мм; ■ мають м'яко-еластичну консистенцію; ■ рухомі, неболочні, не зрощені між собою і з шкірою 	в нормі під час пальпації не визначаються	



**CENTRUM
ONKOLOGII**

Główny Partner Projektu:
Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka
w Bydgoszczy

Rys. 3. Opracowane materiały edukacyjne dla młodzieży studenckiej w ramach Polsko-Ukraińskiego projektu RITA – Przemiany w Regionie „Samo-diagnoza raka piersi u młodych Ukrainek” finansowanej Polsko-Amerykańską Fundacją Wolności (cz2).

Zgodnie z zaleceniami Narodowego Programu Badania Raka Piersi, zapoczątkowanego w 2012 r., kobiety w wieku powyżej 20 lat powinny co miesiąc przeprowadzać samobadanie piersi. Mimo tego praktyka ta na Ukrainie pozostaje niska i wymaga przekazania i wdrożenia polskich doświadczeń w zakresie wczesnego zapobiegania RP.

Projekt ma na celu przekazanie polskich doświadczeń z zakresu samobadania piersi u kobiet, wprowadzenie edukacyjnych zajęć na uczelniach wyższych Ukrainy z tego zakresu, kształtowanie kultury samoobserwacji. W projekcie zaplanowano naukę praktycznych metod stosowania tych badań dla nauczycieli akademickich na terenie Polski, w drugim etapie przeszkolenie tymi metodami studentów na terenie Ukrainy. Projekt przywodzi, iż już na etapie szkolenia studentów wykrytych zostanie około 10 przypadków wczesnego zachorowania na raka piersi. Szkolenie na terenie Polski dla kadry naukowo-pedagogicznej z 5 uniwersytetów uwarunkowano było faktem znaczącej oszczędności czasu i finansów (w porównywaniu z przyjazdami Polskich ekspertów do każdej z uczelni), możliwościami wykorzystania partnerskich organizacji (Centrum Onkologii w Bydgoszczy) oraz udziałem znanych lekarzy-onkologów, których wyjazd na Ukrainę jest znacząco utrudniony z powodu pracy zawodowej a także barierami wywołanymi światową pandemią COVID-19. Przeszkolona kadra akademicka z Ukrainy, która ma dostęp do młodzieży studenckiej po powrocie do Ukrainy na chwilę obecną realizuje bardzo szerokie szkolenia w swoich uczelniach, nie ograniczając się barierami językowymi czy organizacyjnymi. Taki zakres współpracy międzynarodowej międzyinstytucjonalnej jest dobrym przykładem potwierdzającym znaczenie uczelni trzeciej generacji - uczelni włączonych. Także znaczącym jest uzyskanie efektów końcowych podwyższenia kompetencji współczesnych menagerów uczelni wyższych (A.Skaliy, 2019).

Na ostatnim etapie projektu w kwietniu 2021 roku przewiduje się wyjazd polskiej grupy ekspertów do uczelni partnerskich na Ukrainę w celu realizacji działań podsumowująco-promocyjnych w postaci zorganizowanych „Akademickich Dni Walki z Rakiem Piersi”, w których odbędą się otwarte wykłady, konsultacje, pokazy oraz spotkania.

Autorzy projektu chcą przenieść Polskie doświadczenie oraz wprowadzić praktykę edukacji młodzieży poprzez działania profilaktyczne, proste a zarazem bardzo efektywne, które stosowane są w Polsce.

Projekt ma charakter edukacyjny – nauka metod samobadania. Natomiast humanistycznego znaczenia tego projektu trudno nie docenić, ponieważ w jego wyniku mogą być uratowane ludzkie życia, losy całych rodzin a także po

raz pierwszy w praktykę uczelni wyższych na Ukrainie będzie wprowadzono naukę techniki profilaktycznego samobadania piersi wśród studentów.

W ramach projektu autorzy pragną podzielić się doświadczeniem w profilaktyce chorób raka na poziomie instytucji szkolnictwa wyższego na Ukrainie polegającego na przeprowadzaniu procedury samobadania piersi u kobiet i wykrywaniu przedklinicznych objawów raka piersi. Wczesne wykrycie zagrożenia znacząco zwiększa szanse na skuteczne leczenie. Transfer doświadczeń jednak nie polega tylko i wyłącznie na przekazywaniu najlepszych metod. Pytaniem zasadniczym jest „Dlaczego do tej pory takich zajęć profilaktycznych nie wprowadzono?”. Odpowiedź jest zadziwiająca. Ten temat na Ukrainie, a w szczególności wśród młodzieży studenckiej (ale także wśród kadry akademickiej) nadal jest wstydlivy, znajduje się w kategorii tematów „tabu”. Dlatego też transfer doświadczeń w tym projekcie polega na przełamaniu stereotypów, kształtowaniu kultury profilaktyki chorób poprzez samoobserwację i samobadania. Ten projekt ma także kształtować świadomość społeczeństwa Ukraińskiego i zmieniać podejście do tak istotnych zagadnień, jakim jest zdrowie. Projekt będzie także kształtował kulturę społeczeństwa co do akceptacji własnego ciała, eliminować zjawisko „wstydliwego tematu” i innych barier. Autorzy projektu są przekonani, iż ten projekt wywoła ogromny informacyjny (medialny) rozgłos na Ukrainie, a precedens nauczania studentów samobadania piersi przejmą również inne uczelnie, które nie są włączone w projekt.

Literatura

1. Бріскін ЮА, Одинець ТЄ. Доцільність раннього застосування засобів фізичної реабілітації щодо поліпшення функціонального стану системи зовнішнього дихання в жінок з постмастектомічним синдромом. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2015;12:38–42.
2. Бріскін ЮА, Одинець ТЄ. Роль раннього реабілітаційного втручання у відновленні функціонального стану серцево-судинної системи жінок з постмастектомічним синдромом. Теорія та методика фізичного виховання. 2016;1:49–52.
3. Одинець ТЄ. Фізична реабілітація жінок з постмастектомічним синдромом: монографія. Львів: ЛДУФК; 2017. 400 с.

4. Самушия МА. Психические расстройства у пациенток со злокачественными опухолями органов женской репродуктивной системы: обзор литературы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2011;1:86–96.
5. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО, Горох ЄЛ, Рижов АЮ, Сумкіна ОВ, Куценко ЛБ. Рак в Україні 2018–2019. Бюлетень національного канцер-реєстру України. 2020;21:82 с.
6. Odynets T, Briskin Y, Pityn M. Effect of individualized physical rehabilitation programs on respiratory function in women with post-mastectomy syndrome. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2019;35(5):419-426.
7. Odynets T, Briskin Y, Sydorko O. Psycho-emotional state and quality of life characteristics in women with post-mastectomy syndrome with different types of attitude to the disease. *Physiotherapy Quarterly*. 2018;26(1):9-12. doi:10.5114/pq.2018.74706
8. Odynets T, Briskin Y, Todorova V. Effects of Different Exercise Interventions on Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Integrative Cancer Therapies*. 2019;18:1–8.
9. Odynets T, Briskin Y, Yefremova A, Goncharenko I. The effectiveness of two individualized physical interventions on the upper limb condition after radical mastectomy. *Physiotherapy Quarterly*. 2019;27(1):12-17. doi:10.5114/pq.2019.83056.
10. Odynets T, Briskin Y, Todorova V, Tyshchenko V, Bondarenko O. Effect of Yoga in the Modulation of Heart Rate Variability in Patients with Breast Cancer. *Advances in Rehabilitation / Postępy Rehabilitacji*. 2019;(4):5-11.
11. Odynets T, Briskin Y. Effect of individualised physical rehabilitation programs on the functional state of the cardiovascular system in women with post-mastectomy syndrome. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2019;26(2):1-10.
12. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics for Hispanics/Latinos, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2012 Sep-Oct; 62(5):283–298.
13. A.Skaliy. Główne kompetencje menagerów współczesnych uniwersytetów. *Aktiubinski westnik*. Aktobe. 2019. <https://avestnik.kz/chetyre-idei-skaliya/>

14. А. Скалий, Т. Скалий. Стиль жизни и физическая культура в аспекте здравоохранительного образования и безопасности жизнедеятельности // Современные тенденции развития рекреации и реабилитации в 21 веке: монография; под ред. С.Т.Кохан, А.Скалий; Забайкал. гос.ун-т. – Чита: ЗабГУ, 2019 – стр. 83-90.
15. Skaliy A., Skaliy T., Adamczyk M., Zalewski T. Wiedza studentów uczelni wyższych krajów Europy Wschodniej i Kazachstanu z zakresu pierwszej pomocy. Edukacja dla bezpieczeństwa – współczesne wyzwania w procesach kształcenia kompetencji ratowniczych. Szczecin: Wyd-wo Uniwersytet Szczeciński, 2017. Str. 111–126.
16. Skaliy Olexander, Skaliy Tetiana, Kutek Tamara. Wiedza studentów fakultetów wychowania fizycznego z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej. Актуальні проблеми юнацького спорту: матеріали XII Всеукр. наук.-практ. конф. (26–27 вересня 2017 року) [Електронний ресурс]. Херсон, 2017. С. 39–40.

Polish-ukrainian project of transfer of scientific experience in the prevention of breast cancer among students

Summary

The project is aimed at transferring Polish experiences in the prevention of breast cancer among women using the method of self-research to Ukraine and introducing self-research classes among students at five universities from different regions of Ukraine. This project intends to show that civic activity and cooperation of scientists can be very effective and lead to systemic changes. In Poland, where the incidence of breast cancer has one of the highest rates in Europe, a number of prophylactic programs have been introduced, which largely popularize the methods and practices of breast self-diagnosis as an effective cancer prevention tool. The most interesting thing is that they teach such prevention not only at medical studies, but also at other universities as part of the National Breast Cancer Research Program, which is a very correct and necessary method. Unfortunately, this method in most cases is only local and is not used on a global scale. The idea is very clear and clear - you need to teach young people the method of self-diagnosis, so that they use it regularly throughout their lives and, in the event of any changes or suspicions, immediately consult a specialist. And where is the largest segment of youth - definitely at universities. They use such practices in Poland, but unfortunately, in Ukraine, there are no such classes at any university.

Keywords: breast cancer, breast self-diagnosis, students lessons, innovation in breast cancer prophylactics.

Jean-Pierre Himpler

E.H.E EurAKA Hochschule European Medical Business Institute (EMBI);
Technische Hochschule Deggendorf;
Sopron University;Med3 Consulting

Carmen Ulrichi

Ludwig-Maximilians-Universität München;
E.H.E EurAKA Hochschule European Medical Business Institute (EMBI)

Direct and indirect communication in the health care practice – challenges, strategies and education

1. Introduction

Communication in our globalized and modern society is a topic of raising interest. Besides and due to the general relevance to humanity, it is of paramount importance in health care which generally is the most important aspect in life throughout all societal groups¹. This study – as visualized in Figure 1 – intends to give an overview over the wide array of communicational areas in the field of care, particularly outpatient care and how these changed in recent years due to societal and structural changes in Germany and beyond. The article closes with recommendations for course content to help practitioners to master the modern communication challenges in a health care practice setup. The suggestions are applied in a training for practice management at the “European Medical Business Institute” at EurAKA University, that is supported and promoted by Prof. Dr. Markus Mau, and connected with the consulting agency med3.net.

1 A Hinz et al., “Ist Gesundheit Das Höchste Gut? - Ergebnisse Einer Bevölkerungsrepräsentativen Umfrage Zur Subjektiven Bedeutung von Gesundheit TT - Is Health Really the Most Important Value? - Results of a Representative Survey of the German General Population Concerni,” *Das Gesundheitswesen* 72, no. 12 (2010): 897–903, <https://doi.org/10.1055/s-0029-1246151>.

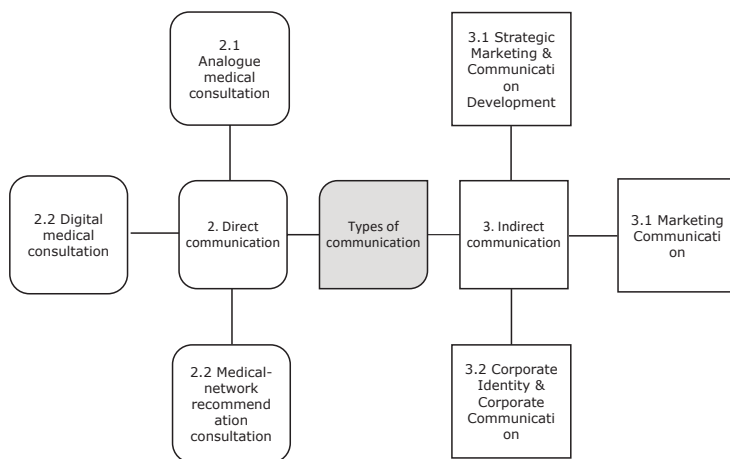


Figure 1: Types of communication including chapter numbers

Digitalisation is changing our modern society and so it also has a significant impact on the behaviour of patients and the respective communication process in health care. Therefore, practitioners need to master not only the communication within the analogue health care provision process, but also in a digital setup e.g. in a telemedical examination that has been growing in relevance in recent years². Outpatient care, further, used to be strictly regulated for many decades and competition in public outpatient care was neglectable³. However, since about 15 years, back at the legal introduction of health care centres in 2004⁴, this started to change: outpatient care has continuously been significantly liberalized in all fields and can be assessed by hospitals via health care centres⁵. This competitive force of big players entering

2 Harald Stummer et al., "Entrepreneurship Im Gesundheitswesen - Neue Chancen in Zeiten Zu Erwartender Versorgungsengpässe? [Entrepreneurship in the Health Care Sector - New Chances in Times of Expected Supply Shortfalls]," in *Entrepreneurship Im Gesundheitswesen I - Unternehmensgründung - Geschäftsideen - Wertschöpfung [Entrepreneurship in the Health Care Sector I - Company Foundation - Business Ideas - Value Creation]*, ed. Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz, and Christoph Rasche (Wiesbaden: Springer Gabler, 2018), 8.

3 Monika Dumont and M. Anne Schüller, *Die Erfolgreiche Arztpraxis*, 5th ed. (Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 2016), 9.

4 Corinna Pütz et al., "MVZ-Szenario - Konzeption Eines Generischen Geschäftsprozessmodells Für Medizinische Versorgungszentren [HCC-Scenario - Conception of a Generic Business Process Modell for Health Care Centres]," in *Dienstorientierte IT-Systeme Für Hochflexible Geschäftsprozesse [Operation Oriented IT-Systems for Highly Flexible Business Processes]*, ed. Elmar J. Sinz et al. (Bamberg: Otto-Friedrich-Universität Bamberg, 2018), 41.

5 Peter Wigge and Sandra C. Linnemann, "MVZ Als Eigenbetrieb von Krankenhäusern," *Das Krankenhaus*, no. 11 (2008): 1177.

the outpatient market is new and thus significantly changing the provision and the management requirement in outpatient care. This change also has a significant impact on communication procedures – particularly on the indirect communication between the health care provider and the patient. This article makes a first attempt to summarize the changes and their game-changing impact as much on direct as on indirect communication.

This article also describes the course content of a communication module as part of certification course at the “European Medical Business Institute – EMBI” at EurAKA University, Switzerland, which helps the modern and future practitioner to master the new tasks, challenges and duties.

2. Direct communication in the health care practice

The communication between physicians and patients has changed fundamentally in recent years. As a result of everyday internet use, a large number of patients come into the medical practice with an own hypothesis of their illness and ideas about the best treatment. This does not always cause joy and approval from the specialist staff, because the risk of misdiagnosis is high; there is numerous dubious pages around health advice on the World Wide Web. The medical practitioner usually insists on making the diagnosis himself, after all, he has studied his subject, he is part of the scientific community and responsible for the treatment.

Nevertheless, from a wide array of sources there is an immense knowledge growth in the population in relation to the own body and potential measures to be taken to raise well-being. This crosses the boundaries of the specialist disciplines and seems to be more holistic. The importance of one's own health and self-care has increased immensely. The possibility of prior information affects the communication between the physician and the patient, who is usually also part of the social education system that conveys skills like analysis, information gathering, interpretation and reflection. Therefore, the patient asserts his right to participation. This changes both, the expectation of the doctor's role and the group of people involved. Consequently, two questions are to be raised, which are partially discussed below:

- Which communication strategies are suitable for diagnosing and treating diseases?
- What potential does telemedicine have – in relation to different phases of counselling, treatment methods and the networking of possible actors?

2.1. Communication strategies in the diagnosis and treatment of diseases

The pre-informed patient generally wants less instruction and more inclusion and participation in the ‚own recovery project‘. While the physician is the designated expert in his medical field, the patient is the expert of himself – he knows his body, his symptoms and his context, in which certain treatment methods are possible and others are not (due to his family situation, his professional obligations, economic situation, local possibilities, cultural affiliation etc.).

In recent decades – due to perceived deficits – many models have been developed to improve communication in medical practice and a lot has changed since then to the advantage of a more informative and emphatic physician-patient relationship. The interview model by Lazare, Putnam, and Lipkin (1995), which focuses on the relationship aspect as an essential part of a successful treatment may be mentioned as an example⁶. Due to the already indicated increase of knowledge of patients within the modern and educated society and the highly respected principle of participation (which is also one of the most successful leadership styles in companies), the expectation of goal-oriented dialogue techniques also rises in the medical context. This means that patients generally want a relationship based on trust and respect and they want to be involved in the measures of the examination and treatment. As a result, physician and patient are both involved in the recovery project with different tasks. Both are responsible for the success of the project.

One of the best-known models that take the patient’s competencies into account is the *Common Sense-Model of Self-Regulation* (CSM), which was developed in the 80s by a working group led by Howard Leventhal. Until today this approach inspires numerous research projects, however is rarely used in practice⁷. The widely confirmed acceptance of the CSM is the self-regulation process of the patient, who copes with the perceived health threat himself, not only by taking prescribed medication, but also by self-management strategies

6 Mack J. Lipkin / Samuel M. Putnam / Aaron Lazare: *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York: Springer 1995. See also: https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/leitfaden-kommunikation-2015.pdf, p. 13 [21.05.2020]; Dorothe Christiane Meinzer: *Die Arzt-Patienten-Beziehung in einer digitalisierten Welt. Zur kommunikativen Konstruktion einer mediatisierten Beziehung*. Bremen Diss. 2018.

7 Leventhal, H. / D. Meyer / D. Nerenz (1980): *The common sense representation of illness danger*. In: S. Rachmann (Hg.): *Contributions to Medical Psychology*. Oxford: Pergamon, pp. 7-30. See also: H. Leventhal / E. A. Leventhal / L. Cameron (2001): *Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a preceptual-cognitive model*. In: A. Baum / T. A. Revenson / J. E. Singer (Hg.): *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 19-48.

– provided that he is psychologically healthy and stable! The CSM also takes the patient's cultural and social background, i.e. subjective disease concepts, preferences (according to biography and family disease management) and the individual coping behaviour into account. Interviews and questionnaires – e.g. the very well validated *Illness Perception Questionnaire* (IPQ and its revision IPQ-R)⁸ – are used to determine the personal health concept. The aim of the CSM is to use educational intervention programs to expand attitudes, understanding and behaviour of patients with regard to the health process, while reducing stressful emotions⁹.

In practice it could look like this: The patient conveys all available information about suffering and symptoms and may also name possible hypotheses. The assumptions do not question the expertise of the medical practitioner, rather they are useful information about the patient's body awareness, his medical history and his ability to identify and also solve problems. Therefore, the physician determines an actual analysis in which the facts, i.e. the largely measurable suffering, and the evaluation of the problem are separated. By naming the previous coping or solution attempts, the physician gets knowledge of the available and developable resources of the patient. Then, the medical practitioner presents one or more treatment options and gives information about risks, limits, or other actors that can increase the success of the project. The self-responsible patient clearly states his goals and his contribution to change the situation. As a result, he is able to recognize the doctor's performance as well as his own involvement and self-efficacy. For further treatment fields or specialist transfer he can take advantage of the medical network.

The medical network naturally includes specialists, physiotherapists, and psychologists. Starting from an increasingly holistic perspective on physical and/or psychological complaints, the inclusion of social health care is also recommended, namely sports offers, nutritional advice, wellness holidays or discussion groups with those affected similar diseases. A larger health network requires communication at different levels.

The increasing acceptance within the population to include technological possibilities for health-promoting measures could be efficiently used to link dialogical forms of communication with the self-regulation competence of the patient through telemedicine.

8 J. Weinmann / K. J. Petrie / R. Moss-Morris / R. Horne: The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. In: *Psycho Health* 11/3 (1996), pp. 431-445.

9 Manuela Glattacker / Katja Heyduck: Methoden- und Theorieecke. Das Common Sense-Selbstregulationsmodell. In: *Klinische Pflegeforschung* 2 (2016), pp. 34-37, here p. 35, in: <https://ojs.ub.uni-freiburg.de/klinische-pflegeforschung/issue/view/76> (22.05.2020).

2.2. Digital medical consultations in a health culture context

Undoubtedly, there could be dubious offers and charlatanism among the many advice pages on the Internet. However, if it were possible to place a) the latest results of medical research, b) validated treatment options, c) the tasks of the doctor and d) the tasks of the patient in an understandable manner on reputable internet portals, the technologically transfer of knowledge could immensely improve our healthcare system as it did in many other countries in which digital health has risen to be significantly more important than in Germany¹⁰. It is conceivable – as it already exists in some cases – to expand scientifically certified internet portals that reach people also in remote regions or even gain international range. The patient's effort, which is in any case unstoppable, first gain knowledge of his suffering and remedies, would at least be better protected from misinformation.

In addition, a more comprehensive concept (see Figure 2) was developed, to visualize the ways the patient can communicate with the medical practitioner in various digital and analogue formats. The figure also involves other actors of the networked healthcare system that can be taped on in order to treat his suffering¹¹.

According to this model (Figure 2), the patient first visits the *Digital medical consultation* with the doctor, to clarify the concern and the following measures. If the patient e.g. has a severe cold and the medical practitioner is able to recognize this without doubt on the screen, it is not recommended to visit the doctor's office, to sit in the waiting room and put other patients at risk. What usually happens during a physical consultation with the doctor – namely making a diagnosis, making out a prescription for medication to cure the infection and writing out a sickness certificate (figure 1, part II) – can also be done online, which relieves the patient.

Another measure that can easily be carried out digitally for certain issues is the referral to a specialist. If a patient suffers e.g. of back pain, the general practitioner usually does not investigate himself, but issues a referral to an orthopaedic specialist. The patient does not have to visit the practice for referrals to specialists (figure I, part III).

¹⁰ Timo Thranberend and Thomas Dr. Kostera, "Digitale Gesundheit: Deutschland Hinkt Hinterher," *Bertelsmann Stiftung Studie*, 2018, 401.

¹¹ Cf. the "Common sense model of illness", which serves to identify together the illness, to name the cause and consequence, and to determine a time table in the context of a treatment method. https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/leitfaden-kommunikation-2015.pdf, p. 31 [21.05.2020].

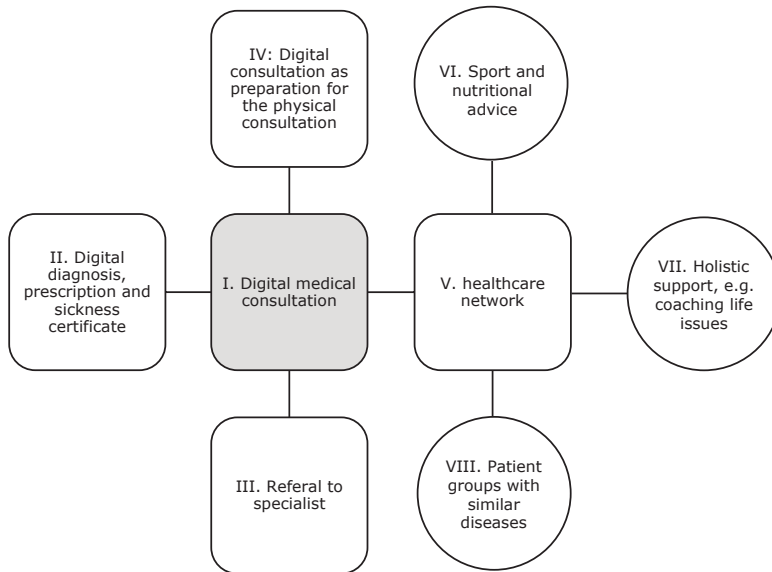


Figure 2: Digital health care communication, own development, Carmen Ulrich

In many cases, however, the patient's treatment by the medical doctor is inevitable. But where does it begin? Digital medical consultation can be a first step in treatment: a short video chat between patient and physician, which builds trust and communicates the matter, is followed by an electronic questionnaire, which the patient can fill in at home (the mentioned *Illness Perception Questionnaire* could serve as a template). The physician can use this as an important information basis for the physical consultation (figure 1, part IV). So, he has enough time to choose the treatment method that promises the greatest success in relation to the specific patient and his self-management capacity. It is also possible to use interactive systems, which could help patients with the need of daily control to record body data (automatically) including the monitoring of food intake and the extent of exercise.

A Digital Medical Consultation can specifically recommend a healthcare network (figure 1, part V) that complements medical treatment on current scientific standards through the questions: Why are people healthy? How do you stay healthy? – The patient's involvement is indispensable, especially in the case of protracted or chronic illnesses. As far as the patient is mentally and physically able to act, he can actively help shape and speed up his own recovery process by taking advantage of sporting activities or nutritional advice (figure 1, part VI), as many studies have shown.

Personal coaching has also a positive effect on the recovery process (figure 1, part VII): Therefore, the indicated physical suffering is reflected in the context of the specific phase of life; the patient, in this case the client, becomes aware of his ability to resilience. Since most people have already mastered many crises in their lives, they are able to activate personal and social resources when dealing with illness. With the awareness of being able to act, being able to cope with crises and not being alone, the disease can lose its threatening character. In the case of life-threatening illnesses or permanent restrictions, coaching as a professional support is highly recommended, which accompanies the patient in the various emotional phases and supports him in finding a good way of dealing with restrictions and in identifying specific solutions.

A very effective strategy to cope with feelings like fear, dependency, loneliness – that often occur e.g. in cancer diagnoses – is to participate in patient groups with similar diseases (figure 1, part VIII). Attendees of these groups generally save themselves from counterproductive pity and look instead for practical strategies to deal with the disease in everyday life. The participants experience themselves as particularly protected, cared for, understood or even self-effective, since they not only find themselves in the role of the person seeking help, but also of the person encouraging others. In particular during life-threatening diseases, these groups offer existential support.

These and many other measures and health-promoting offers are conceivable. A Healthcare Network, which is established and regularly updated by proven doctors and consultants in medical and health management and is accessible to all interested parties, would be desirable for each region. The advantages for the patient are immense.

Nevertheless, digital business models in the health sector have to be generally accepted and financed. In Germany, the Federal Ministry of Education and Research (Bundesministerium für Bildung und Forschung) promotes modern and more efficient health systems, but there are still strict regulations and sceptical patients¹². However, the demand for electronic health services is increasing strongly, also a result of the corona pandemic, as the Swedish telemedicine providers Kry such as Teleclinic and Zava report. The telemedicine providers advertise the benefits for patients: time savings, less risk of infection and a measure against the shortage of medical practitioners in the country. According to medical experts, every fifth visit to the doctor

12 Dr. Katharina Jünger: Digitale Medizin in Deutschland – eine Parallelwelt. In: <https://www.faz.net/asv/fortschritte-in-der-dermatologie/digitale-medizin-in-deutschland-eine-parallelwelt-15922555.html>; <https://www.bmbf.de/de/digitalisierung-in-der-medizin-2897.html> (09.06.2020).

can be replaced by digital consultations. A breakthrough of telemedicine is more than likely¹³. So far, only privately insured people in Germany use telemedicine, and they often turn to providers abroad, e.g. in Switzerland, since, despite the recent liberalization of remote treatment, there are only a few offers in Germany¹⁴.

However, it is very likely that a sensible combination of digital and analogue communication forums and a greater involvement of health-promoting offers save health insurers costs. The model would be accessible and viable for everyone if the digital medical consultation and the establishment and maintenance of the health network were recognized and financed as medical advice¹⁵. Numerous studies have highlighted the changes in health care as a result of telemedicine and emphasize their benefits¹⁶.

Another challenge the modern health care practitioner is facing is the actual sales process of his service. Whereas beforehand the word of the practitioner was written in stone, the modern practitioner needs to promote his service and sell the added value to the patient. Especially since many services are not paid for by insurances but have to be covered by the patient himself. Including the challenges of and duties in this specific part of the communication would exceed the scope of this paper.

13 Mirjam Hecking: Wie Corona-Krise die Telemedizin etabliert. In: <https://www.manager-magazin.de/unternehmen/artikel/corona-krise-und-digitale-sprechstunde-telemedizin-im-aufwind-a-1305702.html> (21.05.2020). The general practitioner Markus Schlarmann from East Westphalia has developed his own "Consultation Live" program to offer telemedical services. In 1997, when many practices did not even have computers, Schlarmann wrote a doctoral thesis on medical information technology. Deutsche Arzt AG, a supply network with around 900 doctors, also issues the diagnoses via the "Consultation Online". Jan Klauth: Das Rennen um die digitale Sprechstunde beginnt (28.03.2020). In: https://www.welt.de/print/die_welt/wirtschaft/article206856163/Das-Rennen-um-die-digitale-Sprechstunde-beginnt.html (21.05.2020).

14 During the 121st German Medical Day 2018, the delegates approved a change in the medical professional order by a large majority, they relaxed the previous professional law prohibition of exclusive distance treatment. In: Heike E. Krüger-Brand: Fernbehandlung: Weg frei für die Telemedizin. In: Deutsches Ärzteblatt 2018, Nr. 115 (20-21). See: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198076/Fernbehandlung-Weg-frei-fuer-die-Telemedizin> (23.05.2020).

15 For many German statutory health insurance physicians, the model is still unattractive because digital advice is only reimbursable for private patients. To change this, a certificate from the National Association of Statutory Health Insurance Physicians (Kassenärztliche Bundesvereinigung) is required. Practices that want to bill telemedicine for all insured persons must demonstrate that they use a certified provider. And this certification can take time.

16 Since the beginning of the 2000s, particularly in the Anglo-American language area, numerous studies have been carried out within the scientific disciplines of medicine, health science, (medical) sociology and communication and media science, which demonstrate the benefits of health-related online offers in the context of the doctor-patient relationship. See below i.g. S. Altan Erdem / L. Jean Harrison-Walker: The role of the Internet in physician-patient relationships: The issue of trust. In: *Business Horizons* 49 (2006) issue 5, pp. 387-393; Nora Jacobson: Dignity and Health: A Review. *Social Science & Medicine* 64 (2007), pp. 292-302; Mieszyslaw Pokorski (Ed.): *Respiratory Health*. Heidelberg: Springer 2015.

There are ways and promising opportunities to improve our health system by linking a) dialogic interpersonal forms of communication, b) interactive digitization and telemedicine and c) a diverse social-medical network with different actors. The presented model is a pool of ideas that can be supplemented, updated and adapted to the respective environment and technological developments.

3. Indirect Communication in the Health Care Practice

Next to the direct communication with the patient – letting it be digital or analogue – there also is the indirect communication via marketing and corporate communication as part of the corporate identity. Only very few small and medium-sized health care practices in outpatient care invest in marketing. Recommendations are seen as the way to get patients. Many doctors even still believe that marketing for medical practitioners is still forbidden¹⁷. However, marketing in medical professions is not prohibited, it is just regulated in Germany by the “Heilmittelwerbegesetz”¹⁸. With the increase of competition¹⁹, marketing is growing in importance in practice management²⁰. And in fact, implementing

17 Stephan Kock, “Ärztliche Werbung Im Wandel: Was Darf Ein Arzt Wirklich? [Marketing for Medical Professionals in Transition: What Is a Doctor Really Allowed to Do?],” *Aerzteblatt* 110, no. 46 (2013): 26, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/149251/Aerztliche-Werbung-im-Wandel-Was-darf-ein-Arzt-wirklich>.

18 Udo Schmitz and Christopher F. Büll, “Wie Setze Ich Das Marketing-Konzept Rechtssicher in Die Praxis Um? - Möglichkeiten Und Grenzen [How Do I Implement the Marketing Concept Legally in Practice - Possibilities and Limitations],” in *Wirtschaftlich Erfolgreich in Der Arztpraxis - Das Einmaleins Der Betriebswirtschaft Für Ärzte [Economically Successful in the Medical Practice - the Basics of Business Administration for Medical Practitioners]*, ed. R.-R. Riedel et al., 2nd ed. (Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH, 2009), 132–35.

19 Henning Staar, Christian Kempny, and Hans Christian Atzpodien, “Entrepreneurship Im Gesundheitswesen: Zur Relevanz Unternehmerischer Potenziale Im Krankenhaus [Entrepreneurship in the Health Care Sector: To the Relevance of Entrepreneurial Potential in Hospitals],” in *Entrepreneurship Im Gesundheitswesen I - Unternehmensgründung - Geschäftsideen - Wertschöpfung [Entrepreneurship in the Health Care Sector I - Company Foundation - Business Ideas - Value Creation]*, ed. Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz, and Christoph Rasche (Wiesbaden: Springer Gabler, 2018), 95, 96, 98; H Börkircher and H Cox, “Der Arzt Als Unternehmer [The Medical Practitioner as Entrepreneur],” in *Betriebswirtschaftliche Praxisführung Für Ärzte [Economic Practice Management for Medical Practitioners]*, ed. Helmut Börkircher (Berlin, Heidelberg: Springer, 2004), 24.

20 J Kock, “Jetzt Wird Es Zeit. - Krisenzeichen Erkennen Und Richtig Deuten [It Is Getting Time. - Realize the Signs of Crisis and React],” in *Management Für Die Arzt- Und Zahnarztpraxis - Wege Aus Der Krise, Praxishinweise Und Checklisten [Management for the Medical or Dental Practice - Ways out of the Crisis, Recommendations and Checklists]*, ed. Stephan F. Kock (Heidelberg: Finanz Colloquium Heidelberg, 2015), 57–59; Katrin Uberschär and Sabine Demuth, “Was Tun, Um Krisen Zu Vermeiden? [What to Do, in Order to Avoid Crisis?],” in *Management Für Die Arzt- Und Zahnarztpraxis - Wege Aus Der Krise, Praxishinweise Und Checklisten [Management for the Medical or Dental Practice - Ways out of the Crisis, Recommendations and Checklists]*, ed. Stephan F. Kock (Heidelberg: Finanz Colloquium Heidelberg, 2015), 149–61; Thomas Ewerdwalbesloh, *Betriebswirtschaftliche Grundlagen Und Finanzierung Für Arztpraxen, Zahnarztpraxen Und Heilberufler Kompakt [Economic Foundations and Financing for Medical Practices, Dental Practices, Healing Professions Compact]*, 2nd ed. (Weil im Schönbuch: HDS-Verlag, 2018), 5–8.

marketing measures does not need to be expensive²¹; listening to patients e.g. via surveys can already be a valid first step to help feeling more comfortable and thus it can increase the quantity and quality of given recommendations²².

3.1. Marketing Communication – The Patient as a Customer

Marketing Communication requires the development of an appropriate marketing strategy. Without that at first, marketing actions lack the initial fundament and thus may lead to results rather by coincidence than by active planning. Straesser²³ in her book addressing dentists, therefore suggests structuring marketing alongside a 12-step process as visualized in Figure 3. When looking at the process from a business perspective, the work is more than just a marketing guide. It is a tool that – if fully applied – supports the development of an entire marketing and sales strategy that also includes a complete inclusion of related expenses. The adequate marketing communication that addresses the desired patient-customer is to be chosen and developed based on the formulation of the aforementioned goals.

A growing number of books is looking at the patient as a customer²⁴. Research has proven that a significant shift of the patient's demands has changed the way to handle the patient and deliver adequate communication and care to the deciding and responsible customer-patient²⁵. The best way to know about the patient and his desires is to regularly conduct surveys that allow the patient

21 Alois Gmeiner, *Low Budget Werbung & Guerilla Marketing Für Die Praxis von Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker [Low Budget Advertising and Guerilla Marketing for the Practice of Practitioners, Dentists, Veterinarians, Pharmacists]*, 5th ed. (Norderstadt: Books on Demand GmbH, 2008), entire publication.

22 Caroline-Kristina Havers, *Das Vademecum Für Zahnärztliches Praxismangement - Lehr- Und Arbeitshandbuch [The Vademecum for Dental Practice Management - Teaching and Working Handbook]* (Herne: Zahnärztlicher Fachverlag - Ein Dr. Hinz Unternehmen, 2016), 39, 47f.

23 *Das Marketing-Geheimnis Für Zahnärzte - Wie Sie Ihren Erfolg Steigern - Auch Ohne BWL-Kenntnisse Oder Marketing-Budget [The Marketing-Secret for Dentists - How You Can Grow Your Success - Even without Business-Knowledge or Marketing-Budget]* (Norderstadt: Books on Demand GmbH, 2010).

24 Ralph Kray, "Geleitwort [Preface]," in *Der Patient Als Kunde Und Konsument - Wie Viel Patientensouveränität Ist Möglich? [The Patient as Customer and Consumer - How Much Patient Sovereignty Is Possible?]*, ed. Andrea Fischer and Rainer Sibbel (Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2011), 6, 7; Hartmut Kliemt, "Das Kundenzentrierte Gesundheitssystem - Ein Ökonomisches Modell [The Customer-Centred Health Care System - An Economic Model]," in *Der Patient Als Kunde Und Konsument - Wie Viel Patientensouveränität Ist Möglich? [The Patient as Customer and Consumer - How Much Patient Sovereignty Is Possible?]*, ed. Andrea Fischer and Rainer Sibbel (Wiesbaden: Gabler Verlag Springer Fachmedien, 2011), 17.

25 Norbert Klusen, "Gestern Patient - Heute Kunde? Neue Wege Der Krankenkasse - Der Mündige Patient Als Partner [Yesterday Patient - Today Customer? New Ways of Health Insurance Providers - The Responsible Patient as Partner]," in *Der Patient Als Kunde Und Konsument - Wie Viel Patientensouveränität Ist Möglich? [The Patient as Customer and Consumer - How Much Patient Sovereignty Is Possible?]*, ed. Andrea Fischer and Rainer Sibbel (Wiesbaden: Gabler Verlag Springer Fachmedien, 2011), 156 f.

to share his values and his perception on the quality of the delivered services, a duty that also could be completed digitally – meaning in a tele-treatment setup. The responsible patient actively wants to participate in the decision-making process and – prior to visiting the doctor – is informing himself, in order to be aware of the potential illnesses he may suffer from and the respective treatments he may receive (see section 2.2 for more explanation). The image that influences the patient's good feeling can actively be influenced by the right marketing and communication strategy and also the adequate corporate communication (see next section)²⁶.

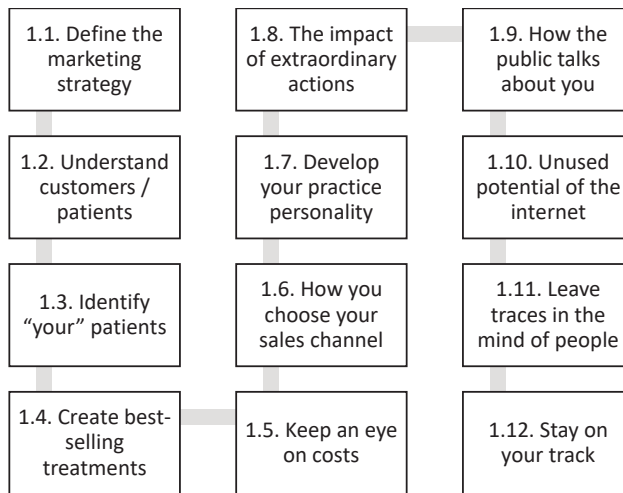


Figure 3: The 12-Step Marketing Process for Dentists²⁷

3.2. Corporate Identity and Corporate Communication

Other marketing literature for practitioners next to all examples and explanations, primarily stresses the importance of a strong CI and a constant image, as continuity and consistency would be the most important for marketing success and a cost-efficient image creation²⁸. The development of an image,

²⁶ Heike Breidenich and Carsten Rennhak, *Effizientes Marketing Für Ärzte [Efficient Marketing for Health Care Practitioners]* (Stuttgart: Kohlhammer, 2015), 123 f.

²⁷ Straesser.

²⁸ Gmeiner, *Low Budget Werbung & Guerilla Marketing Für Die Praxis von Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker [Low Budget Advertising and Guerilla Marketing for the Practice of Practitioners, Dentists, Veterinarians, Pharmacists]*, 103f.

that truly communicates the identity of the practice, is required. This image includes aspects such as service, the presentation of the practice, communication procedures amongst personal and with patients, competency of practitioners, offered products and services and morals of the serving team. However, the image creation is not only an internal process influenced and created by the company. It is also guided by competition, media, opinion leaders and happenings on the market. Existing opinions and prejudices as well as lack of information – let it be internal or external – also play a major role²⁹.

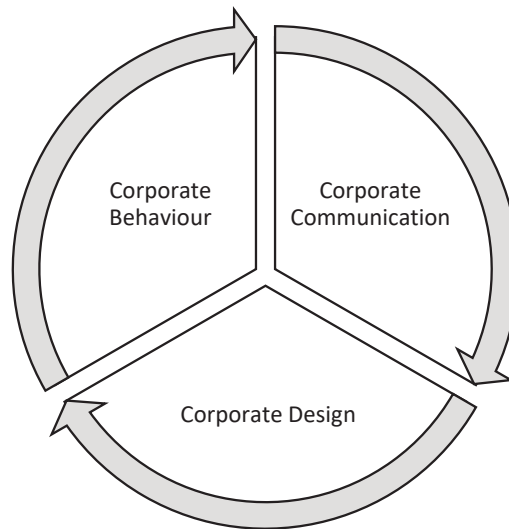


Figure 4: Corporate Identity³⁰

As shown in Figure 4 – corporate identity, apart from the widely accepted and in fact also to some extent implemented corporate design, further consists of corporate behaviour and corporate communication. In accordance with the personal goals of the owner-manager, a corporate behaviour develops for the company. This can be developed following an active process. In the context of owner-run practices it, however, mostly evolves passively meaning there is no active decision-making and no strategic approach to corporate behaviour

29 Sabine Nemeč, “Die Magie Ihres Images - Wie Sie Die Anziehungskraft Ihrer Praxis Steigern [The Magic of Your Image - How You Increase the Attraction Power of Your Medical Practice],” in *Betriebswirtschaftliche Praxisführung Für Ärzte [Economic Practice Management for Medical Practitioners]*, ed. H Börkircher (Berlin, Heidelberg: Springer, 2004), 95 f.

30 Christa Maurer, *Die Erfolgreiche Zahnarztpraxis - Fünf Entscheidende Einflussfaktoren [The Successful Dental Practice - Five Decisive Influence Factors]* (München: Urban & Fischer Verlag / Elsevier, 2012), 74.

building behind. Corporate behaviour includes aspects such as the behaviour between team members of the practice, in case of a bigger practice the hierarchical distance between management and operations. Corporate communication includes the direct communication with the patient – let it be at the reception or with the practitioner – but also the less direct communication in the marketing process – so in e.g. the advertisement design or the style of reaction to social media comments as part of digital marketing strategy. Considering the above-mentioned telemedical treatments, corporate communication and corporate identity is more. Figure 5 serves as a visualisation of all aspects that play a role in applying corporate identity to telemedical treatments.

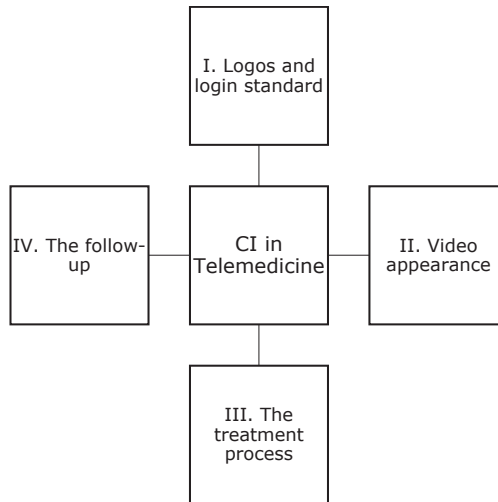


Figure 5: Corporate Identity in Telemedicine, own development, Jean-Pierre Himpler

Corporate design – say two-dimensionally – as usual is also part of telemedical corporate identity. This here includes aspects such as the visualisation of the telemedical treatment platform and the login process (see Figure 5, I), that should actually already somehow reflect the very specific health care provider to which the patient is about to talk.

However, this may also include the setup of the camera, the background of the video-setup or even the use of a greenscreen background (see Figure 5, II) so that any doctor working for a specific telemedical provider could deliver the service with the same background behind. That way the patient – even if the practitioner eventually changes – is situated in a familiar surrounding and may feel a certain amount of comfort.

All setup appreciated, part of the corporate identity in telemedical treatments is a certain form of standardization of the telemedical treatment process (see Figure 5, III). Such standardization may include the process of a treatment, the amount of questions asked, and a certain procedural approach that allows for getting to a result. This would not happen with the idea of limiting the individual doctor, but in fact with the concept of giving the potential patient customer a certain extent of familiarity.

As some practices do today with their analogue personal patient appointments, there is also an after-treatment action (see Figure 5, IV), such as following up on the patient, his well-being and as such the potential after sale of treatments. If this is implemented as part of an overall corporate strategy and with some standardized implementation behind, then patient satisfaction can be raised significantly at bearable expense.

4. Conclusion and Teaching Recommendations

In the modern outpatient healthcare environment, communication is manifold and consists of direct and indirect communication aspects as shown in Figure 1. Given that previous research in Germany has shown, that business and communication trainings in practices seems to be of mediocre importance, even though being closely linked to quantifiable results (+7%)³¹, a communication training module has been developed to help the practitioner to face the modern communicational demands in outpatient care (see Figure 6.).

Training of communication skills enhances the communicational process between team members in the practice and also the sales process of additional services to the patient. And in fact, such training is not only good for additional services but also comforts the patient and increases chances for word of mouth recommendations. Figure 5 visualizes the content of the training in communication as part of the practice management certification offered at the European Medical Business Institute at EurAKA University.

Currently loads of relevant educational offers are provided by a range of private academies. Many if not most of such offers are driven by profit-oriented companies rather than internationally interconnected research institutions and thus are not or at least hardly accessible to many graduating practitioners. The financial background to go for additional more business-oriented education is also often missing. The majority of these programs is not addressing

31 Jean-Pierre Himpler, *Betriebswirtschaft in Der Zahnmedizin - Nutzen Und Strategien* (Frankfurt: Wissen Kompakt - publication in progress, 2020).

exclusively practitioners and other university-educated professionals, but also assistants, wherefore the background knowledge and learning speed of participants may significantly vary. It is becoming increasingly common, that educational offers of non-medical nature are being counted as part of the regularly required training of practitioners (see above: business administration for dental health), however, there could and should be much more first of these courses and second enhancement of such training among specialists. A University-level certification course including the here addressed content about communication is offered at the "European Medical Business Institute – EMBI" at EurAKA University, Switzerland. Providing such courses in a European international collaboration between institutions in different countries and extending such programmes from certifications to undergraduate and graduate level degrees is an opportunity that could be a way to foster international exchange and should be an answer to this international challenge.

Literature

1. Börkircher, H, and H Cox. "Der Arzt Als Unternehmer [The Medical Practitioner as Entrepreneur]." In *Betriebswirtschaftliche Praxisführung Für Ärzte [Economical Practice Management for Medical Practitioners]*, edited by Helmut Börkircher, 19–30. Berlin, Heidelberg: Springer, 2004.
2. Breidenich, Heike, and Carsten Rennhak. *Effizientes Marketing Für Ärzte [Efficient Marketing for Health Care Practitioners]*. Stuttgart: Kohlhammer, 2015.
3. Dumont, Monika, and M. Anne Schüller. *Die Erfolgreiche Arztpraxis*. 5th ed. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 2016.
4. Erdem, S. Altan / L. Jean Harrison-Walker: The role of the Internet in physician-patient relationships: The issue of trust. In: *Business Horizons* 49 (2006) issue 5, pp. 387-393.
5. Ewerdwalbesloh, Thomas. *Betriebswirtschaftliche Grundlagen Und Finanzierung Für Arztpraxen, Zahnarztpraxen Und Heilberufler Kompakt [Economical Foundations and Financing for Medical Practices, Dental Practices, Healing Professions Compact]*. 2nd ed. Weil im Schönbuch: HDS-Verlag, 2018.

6. Glattacker, Manuela / Katja Heyduck: Methoden- und Theorienecke. Das Common Sense-Selbstregulationsmodell. In: *Klinische Pflegeforschung* 2 (2016), pp. 34-37. <https://ojs.ub.uni-freiburg.de/klinische-pflegeforschung/issue/view/76> (22.05.2020).
7. Gmeiner, Alois. *Low Budget Werbung & Guerilla Marketing Für Die Praxis von Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker [Low Budget Advertising and Guerilla Marketing for the Practice of Practitioners, Dentists, Veterinarians, Pharmacists]*. 5th ed. Norderstadt: Books on Demand GmbH, 2008.
8. Havers, Caroline-Kristina. *Das Vademecum Für Zahnärztliches Praxismanagement - Lehr- Und Arbeitshandbuch [The Vademecum for Dental Practice Management - Teaching and Working Handbook]*. Herne: Zahnärztlicher Fachverlag - Ein Dr. Hinz Unternehmen, 2016.
9. Hecking, Mirjam: Wie Corona-Krise die Telemedizin etabliert. In: <https://www.manager-magazin.de/unternehmen/artikel/corona-krise-und-digitale-sprechstunde-telemedizin-im-aufwind-a-1305702.html> (21.05.2020).
10. Himpler, Jean-Pierre. *Erfolgsfaktoren in der Zahnarztpraxis [Success Factors in the Dental Practice]*. Frankfurt: Wissen Kompakt - publication in progress, 2020.
11. Hinz, A, U Hübscher, E Brähler, and H Berth. "Ist Gesundheit Das Höchste Gut? - Ergebnisse Einer Bevölkerungsrepräsentativen Umfrage Zur Subjektiven Bedeutung von Gesundheit TT - Is Health Really the Most Important Value? - Results of a Representative Survey of the German General Population Concerni." *Das Gesundheitswesen* 72, no. 12 (2010): 897–903. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1246151>.
12. Jacobson, Nora: Dignity and Health: A Review. *Social Science & Medicine* 64 (2007), pp. 292-302.
13. Jünger, Katharina: Digitale Medizin in Deutschland – eine Parallelwelt. In: <https://www.faz.net/asv/fortschritte-in-der-dermatologie/digitale-medizin-in-deutschland-eine-parallelwelt-15922555.html>; <https://www.bmbf.de/de/digitalisierung-in-der-medizin-2897.html> (09.06.2020).
14. Klauth, Jan: Das Rennen um die digitale Sprechstunde beginnt (28.03.2020). In: https://www.welt.de/print/die_welt/wirtschaft/article206856163/Das-Rennen-um-die-digitale-Sprechstunde-beginnt.html (21.05.2020).

15. Kliemt, Hartmut. "Das Kundenzentrierte Gesundheitssystem - Ein Ökonomisches Modell [The Customer-Centred Health Care System - An Economic Model]." In *Der Patient Als Kunde Und Konsument - Wie Viel Patientensouveränität Ist Möglich? [The Patient as Customer and Consumer - How Much Patient Souveranity Is Possible?]*, edited by Andrea Fischer and Rainer Sibbel, 11–30. Wiesbaden: Gabler Verlag Springer Fachmedien, 2011.
16. Klusen, Norbert. "Gestern Patient - Heute Kunde? Neue Wege Der Krankenkasse - Der Mündige Patient Als Partner [Yesterday Patient - Today Customer? New Ways of Health Insurance Providers - The Responsible Patient as Partner]." In *Der Patient Als Kunde Und Konsument - Wie Viel Patientensouveränität Ist Möglich? [The Patient as Customer and Consumer - How Much Patient Souveranity Is Possible?]*, edited by Andrea Fischer and Rainer Sibbel, 139–59. Wiesbaden: Gabler Verlag Springer Fachmedien, 2011.
17. Kock, J. "Jetzt Wird Es Zeit. - Krisenzeichen Erkennen Und Richtig Deuten [It Is Getting Time. - Realize the Signs of Crisis and React]." In *Management Für Die Arzt- Und Zahnarztpraxis - Wege Aus Der Krise, Praxishinweise Und Checklisten [Management for the Medical or Dental Practice - Ways out of the Crisis, Recommendations and Checklists]*, edited by Stephan F. Kock, 39–70. Heidelberg: Finanz Colloquium Heidelberg, 2015.
18. Kock, Stephan. "Ärztliche Werbung Im Wandel: Was Darf Ein Arzt Wirklich? [Marketing for Medical Professionals in Transition: What Is a Doctor Really Allowed to Do?]." *Aerzteblatt* 110, no. 46 (2013): 26. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/149251/Aerztliche-Werbung-im-Wandel-Was-darf-ein-Arzt-wirklich>.
19. Kray, Ralph. "Geleitwort [Preface]." In *Der Patient Als Kunde Und Konsument - Wie Viel Patientensouveränität Ist Möglich? [The Patient as Customer and Consumer - How Much Patient Souveranity Is Possible?]*, edited by Andrea Fischer and Rainer Sibbel, 5–8. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2011.
20. Krüger-Brand, Heike E.: Fernbehandlung: Weg frei für die Telemedizin. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2018, Nr. 115 (20-21). See: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198076/Fernbehandlung-Weg-frei-fuer-die-Telemedizin> (23.05.2020).

21. Leventhal, H. / D. Meyer / D. Nerenz (1980): The common sense representation of illness danger. In: S. Rachmann (Hg.): Contributions to Medical Psychology. Oxford: Pergamon, pp. 7-30.
22. Leventhal, H. / E. A. Leventhal / L. Cameron (2001): Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a preceptual-cognitive model. In: A. Baum / T. A. Revenson / J. E. Singer (Hg.): Handbook of Health Psychology. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 19-48.
23. Lipkin, Mack J. / Samuel M. Putnam / Aaron Lazare: The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research. New York: Springer 1995. See also: https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/leitfaden-kommunikation-2015.pdf (21.05.2020);
24. Mainzer, Dorothe Christiane: Die Arzt-Patienten-Beziehung in einer digitalisierten Welt. Zur kommunikativen Konstruktion einer mediatisierten Beziehung. Bremen Diss. 2018.
25. Maurer, Christa. *Die Erfolgreiche Zahnarztpraxis - Fünf Entscheidende Einflussfaktoren [The Successful Dental Practice - Five Decisive Influence Factors]*. München: Urban & Fischer Verlag / Elsevier, 2012.
26. Nemeč, Sabine. "Die Magie Ihres Images - Wie Sie Die Anziehungskraft Ihrer Praxis Steigern [The Magic of Your Image - How You Increase the Attraction Power of Your Medical Practice]." In *Betriebswirtschaftliche Praxisführung Für Ärzte [Economic Practice Management for Medical Practitioners]*, edited by H Bökircher, 88–105. Berlin, Heidelberg: Springer, 2004.
27. Pokorski, Mieszyslaw (Ed.): Respiratory Health. Heidelberg: Springer 2015.
28. Pütz, Corinna, Daniel Wagner, Otto K. Ferstl, and Elmar J. Sinz. "MVZ-Szenario - Konzeption Eines Generischen Geschäftsprozessmodells Für Medizinische Versorgungszentren [HCC-Scenario - Conception of a Generic Business Process Model for Health Care Centres]." In *Dienstorientierte IT-Systeme Für Hochflexible Geschäftsprozesse [Operation Oriented IT-Systems for Highly Flexible Business Processes]*, edited by Elmar J. Sinz, Dieter Bartmann, Freimut Bodendorf, and Otto K. Rerstl. Bamberg: Otto-Friedrich-Universität Bamberg, 2018.

29. Schmitz, Udo, and Christopher F. Büll. "Wie Setze Ich Das Marketing-Konzept Rehtssicher in Die Praxis Um? - Möglichkeiten Und Grenzen [HowDo I Implement the Marketing Concept Legally in Practice - Possibilities and Limitations]." In *Wirtschaftlich Erfolgreich in Der Arztpraxis - Das Einmaleins Der Betriebswirtschaft Für Ärzte [Economically Successful in the Medical Practice - the Basics of Business Administration for Medical Practitioners]*, edited by R.-R. Riedel, M. L. Hansis, W. Wehrmann, and A. Schlesinger, 2nd ed., 125–40. Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH, 2009.
30. Staar, Henning, Christian Kempny, and Hans Christian Atzpodien. "Entrepreneurship Im Gesundheitswesen: Zur Relevanz Unternehmerischer Potenziale Im Krankenhaus [Entrepreneurship in the Health Care Sector: To the Relevance of Entrepreneurial Potential in Hospitals]." In *Entrepreneurship Im Gesundheitswesen I - Unternehmensgründung - Geschäftsideen - Wertschöpfung [Entrepreneurship in the Health Care Sector I - Company Foundation - Business Ideas - Value Creation]*, edited by Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz, and Christoph Rasche, 95–124. Wiesbaden: Springer Gabler, 2018.
31. Straesser, Anne-Katrin. *Das Marketing-Geheimnis Für Zahnärzte - Wie Sie Ihren Erfolg Steigern - Auch Ohne BWL-Kenntnisse Oder Marketing-Budget [The Marketing-Secret for Dentists - How You Can Grow Your Success - Even without Business-Knowledge or Marketing-Budget]*. Norderstadt: Books on Demand GmbH, 2010.
32. Stummer, Harald, Achim Hecker, Sabine Katzdobler, and Elisabeth Nöhammer. "Entrepreneurship Im Gesundheitswesen - Neue Chancen in Zeiten Zu Erwartender Versorgungsengpässe? [Entrepreneurship in the Health Care Sector - New Chances in Times of Expected Supply Shortfalls]." In *Entrepreneurship Im Gesundheitswesen I - Unternehmensgründung - Geschäftsideen - Wertschöpfung [Entrepreneurship in the Health Care Sector I - Company Foundation - Business Ideas - Value Creation]*, edited by Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz, and Christoph Rasche, 1–10. Wiesbaden: Springer Gabler, 2018.
33. Thranberend, Timo, and Thomas Dr. Kostera. "Digitale Gesundheit: Deutschland Hinkt Hinterher." *Bertelsmann Stiftung Studie*, 2018, 401.

34. Ueberschär, Katrin, and Sabine Demuth. “Was Tun, Um Krisen Zu Vermeiden? [What to Do, in Order to Avoid Crisis?].” In *Management Für Die Arzt- Und Zahnarztpraxis - Wege Aus Der Krise, Praxishinweise Und Checklisten [Management for the Medical or Dental Practice - Ways out of the Crisis, Recommendations and Checklists]*, edited by Stephan F. Kock, 113–61. Heidelberg: Finanz Colloquium Heidelberg, 2015.
35. Weinmann, J. / K. J. Petrie / R. Moss-Morris / R. Horne: The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. In: *Psycho Health* 11/3 (1996), pp. 431-445.
36. Wigge, Peter, and Sandra C. Linnemann. “MVZ Als Eigenbetrieb von Krankenhäusern.” *Das Krankenhaus*, no. 11 (2008): 1177–83..

Direct and indirect communication in the health care practice – challenges, strategies and education

Summary

Health is raising in importance in society and education. Health-oriented living for young generations turned to a trendy lifestyle. This has fundamentally changed relationship and communication between practitioner and patient. Communication is manifold including direct and indirect channels. Direct communication includes diagnosis and treatment in the classical analogue setting and digital communication in a telemedical treatment setup. A young field in the only recently competitive outpatient market is indirect communication, including digital media, marketing and corporate identity communication. New digital communication techniques in a socially relevant health culture are discussed. The content is part of a newly developed certification course about practice management addressing health professionals at the „European Medical Business Institute“ at E.H.E. EurAKA University.

Keywords: Direct Communication, Indirect Communication, Health Care Management, Communication Strategies, Digital Communication

Marzena Sobczak
Ewa Wodzikowska
Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Proces tworzenia standardów profilaktyki upadków w Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza w Chojnicach w latach 2011 – 2019

O bezpieczeństwie pacjenta w placówkach leczniczych decyduje kilka elementów. Są one określone standardami dotyczącymi warunków lokalowych, sprzętowych, właściwych zasobów ludzkich i jakości świadczeń. Standardy te w większości określone są konkretnymi zapisami w aktach prawnych. Są to przepisy o działalności leczniczej, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, czy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Przez długi czas, szczególnie w warunkach polskich funkcjonował stereotyp nieomyślności i perfekcyjności medycyny i pracowników medycznych. Sprzyjało to częstemu przemilczaniu błędów lub zaprzeczaniu jakimkolwiek błędom. Tymczasem niekorzystne wydarzenia w opiece medycznej istniały zawsze. Obecnie takie wydarzenia opisuje się używając pojęcia zdarzenie niepożądane (ang. adverse event). Zdarzenie niepożądane definiowane jest w projekcie ustawy MZ o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta jako „zdarzenie wywołane w trakcie lub w efekcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, niezwiązane z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia, powodujące lub mogące spowodować negatywne skutki u pacjenta, w tym zgon pacjenta, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji lub jej przedłużenie, trwały lub znaczny uszczerbek na zdrowiu lub jest chorobą, wadą wrodzoną lub uszkodzeniem płodu”¹. Zdarzeniem medycznym jest także każde niezamierzo-

1 <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12294407/katalog/12408044#12408044> data dostępu 28.05.2020 godz.15.30

ne lub nieoczekiwane zdarzenie, które spowodowało lub mogło spowodować szkodę u pacjenta lub grupy pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej.

W przytoczonym projekcie ustawy zdarzenia niepożądane podzielono na kategorie obejmujące konkretne zdarzenia:

Tabela 1. Obszary występowania zdarzeń niepożądanych

Kategoria	Przykład zdarzenia
działalność kliniczna,	ciało obce pozostawione w polu operacyjnym; niewłaściwy pacjent; niewłaściwa procedura; zakrzepica żył głębokich lub zatorowość płucna po zabiegu; uszkodzenie ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego; reoperacja, komplikacje okołoznieczuleniowe; błędna diagnoza; krwawienie po zabiegu, sepsa po zabiegu;
zdarzenia związane z opieką zdrowotną	niewłaściwe miejsce operowane; zakażenie miejsca operowanego; zakażenia odcewnikowe; szpitalne zapalenia płuc;
farmakoterapia	pomylenie dawki; pomylenie pacjenta; niewłaściwy czas podania; niewłaściwa droga podania; interakcje lekowe;
zdarzenia niepożądane związane z przetaczaniem krwi i jej składników,	niewłaściwy pacjent; niewłaściwa jednostka; niepożądane działania związane z przetaczaniem;
zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego i wyposażenia	brak dostępności; awarie;
inne	odleżyny powstałe w szpitalu, upadki w szpitalu; samobójstwo w szpitalu; zakażenia związane z opieką zdrowotną; nieplanowane, powtórne hospitalizacje; samowolne oddalenie pacjenta.

Źródło: <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//1/12294407/12408044/12408045/dokument269416.pdf>
s.20. data dostępu: 28.05.2020 godz. 15.30

Każde udzielane świadczenie medyczne niesie ze sobą ewentualne ryzyko niepowodzenia. Wpływ na to ma wiele czynników, zarówno zewnętrznych, niezależnych od personelu medycznego, jak i tych, które leżą po stronie samego pacjenta: jego wieku, płci, schorzeń, indywidualnych reakcji na podejmowane procedury. Statystyki podają, że co dziesiąty pacjent w Europie doznaje zdarzenia niepożądanego, którego można by uniknąć². W przeważającej mierze zdarzenia te z uwagi na ich podobieństwa i przewidywalność są do uniknięcia, jeśli tylko przeprowadzono analizę ich występowania i w porę podjęto działania naprawcze.

Analiza zdarzeń niepożądanych w Specjalistycznym Szpitalu im. K. Łukowicza w ostatnim dziesięcioleciu wykazała, że istotny problem stanowią upadki i wypadnięcia z łóżka pacjentów. Dokumentacja szpitalna zawierała dane na temat liczb, skutków tych zdarzeń i oddziałów szpitalnych, na których

² European Hospitals and Healthcare Federation, Insurance and Malpractice, final report of HOPE's Sub-committee on Coordination, Brussels, 12 April 2004

do tych zdarzeń doszło, jednak brakowało danych związanych z czasem, okolicznościami i istnieniu ryzyka takiego zdarzenia.

W latach 2011 – 2013 łączna liczba zgłoszonych upadków i wypadnięć pacjentów z łóżka wynosiła 13. Zdarzenia miały miejsce na oddziale chirurgii (4 zdarzenia), kardiologii (3), urazowo – ortopedycznym (2), pulmonologicznym (1), neurologicznym (1) i stacji dializ (2). Skutki tych zdarzeń obejmowały: otarcia naskórka, złamania kości przedramienia, złamania kości udowej, przerwanie łuku brwiowego, ranę tłuczoną okolicy kości czołowej, ranę ciętą głowy. W ramach działań naprawczych w 2012 roku opracowano i wprowadzono standard „Profilaktyka ryzyka upadku u pacjenta hospitalizowanego”. Standard uwzględniał Standardową Operacyjną Procedurę (SOP) odnoszącą się do czynników ryzyka upadku i udzielania pacjentowi wskazówek przez personel. W roku 2014 do standardu dołączono obowiązek oceniania pacjentów skalą ryzyka upadku Morse’a. W wyniku oceny pacjent przydzielany jest do jednej z kategorii ryzyka wystąpienia upadku – niskiej, średniej lub wysokiej. W zależności od tego podejmowane są odpowiednie działania:

Tabela 2. Zakres działań pielęgniarских/położniczych w zależności od kwalifikacji pacjenta do grupy ryzyka upadków

Wynik w skali ryzyka upadków Morse’a (punktacja)	kategoria	Zakres działań pielęgniarских/położniczych
0-24	Brak ryzyka	Podstawowy zakres opieki pielęgniarskiej/położniczej
25 – 49	Ryzyko niskie	Wprowadzenie nadzoru pielęgniarского/położniczego Profilaktyka ryzyka upadków Zasady zapobiegające upadkom w oddziale
>= 50	Ryzyko wysokie	Wprowadzenie wzmożonego nadzoru pielęgniarского/położniczego Profilaktyka ryzyka upadków Zasady zapobiegające upadkom w oddziale

Źródło: Standard „Profilaktyka ryzyka upadków u pacjenta hospitalizowanego”
CO/Z/8/13/12, wydanie III, s.4

Zgodnie ze standardem pacjent otrzymuje zalecenia i instrukcje w zakresie minimalizowania ryzyka upadku.

W roku 2014 zanotowano w chojnickim szpitalu 14 upadków, przy czym 5 z nich zaistniało na oddziale chorób wewnętrznych i 4 wypadnięcia z łóżka. W wyniku tych zdarzeń doszło do następujących obrażeń pacjentów:

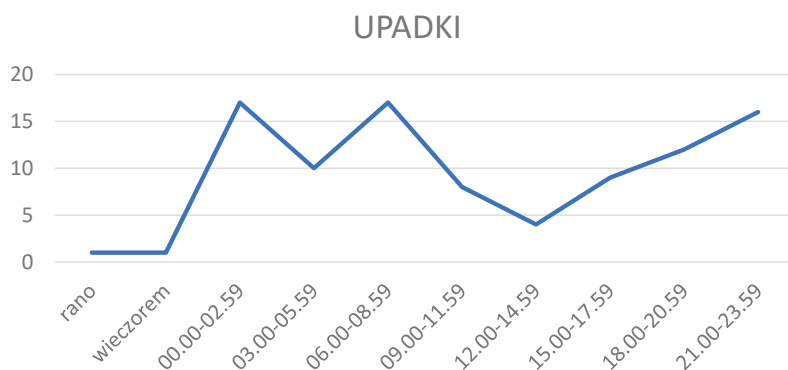
- 1 złamanie podudzia
- 1 złamanie kości udowej
- 1 rana cięta podbródka

- 1 uraz jamy nosowej
- 1 rana łuku brwiowego
- 3 otarcia naskórka w różnych okolicach
- W 10 przypadkach nie doszło do obrażeń

W roku 2015 doszło do 14 upadków pacjentów i 8 wypadnięć z łóżka. Doznane obrażenia to:

- 5 urazów łuku brwiowego
- 3 przypadki krwiaków różnych okolic ciała
- 1 przecięcie skóry okolicy ucha
- 1 otarcie
- W 12 przypadkach nie powstały obrażenia ciała pacjenta

Tylko w 6 przypadkach w dokumentacji zanotowano godzinę wystąpienia zdarzenia lub porę dnia. W związku z tym zalecono personelowi pielęgnarskiemu odnotowywanie godziny wystąpienia upadku lub wypadnięcia z łóżka chorych. W związku z tym w latach 2016 – 2019 możliwe było określenie godzin największego ryzyka wystąpienia zdarzenia niepożądanego w postaci upadków i wypadnięć z łóżka, co przedstawia wykres 1 i 2.

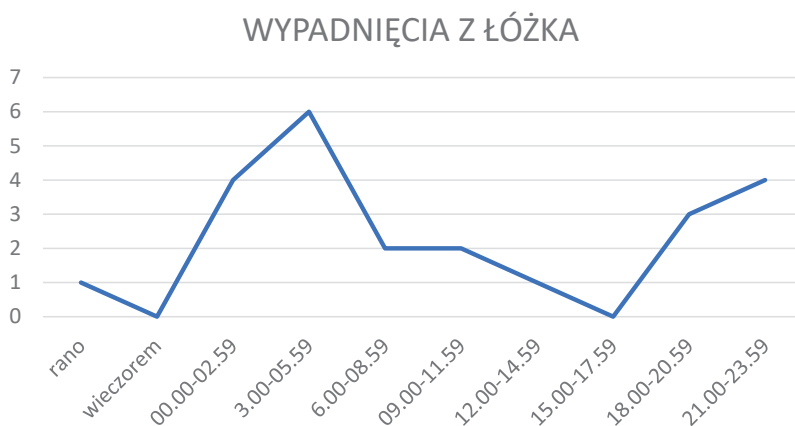


Wykres 1. Analiza godzin upadków pacjentów w latach 2016 – 2019 w Specjalistycznym Szpitalu im. Łukowicza w Chojnicach.

Źródło: opracowanie własne

Najczęściej do upadków pacjentów dochodziło między północą a 3 nad ranem, pomiędzy 6.00 a 9.00 rano i pomiędzy 21.00 a północą. Przeważały czasowe w godzinach wieczornych do północy i rannych pomiędzy 6.00

a 9.00 wiążą się z porą korzystania z łazienek i toalet i czynnościami higienicznymi. Ruch na oddziałach w tych godzinach nasila się przed zaśnięciem i rano przed obchodem lekarskim. Pacjenci często spieszą się z wykonaniem toalety, są czasem zniecierpliwieni utrudnionym dostępem do węzłów sanitarnych. Przedział czasowy pomiędzy północą a godzina 3-cią nad ranem jest porą, w której pacjenci wybudzają się z głębokiego snu lub też są zmęczeni bezsennością i mogą doznawać zawrotów głowy i zachwiał równowagi. Często dotyczy to pacjentów w wieku starszym.



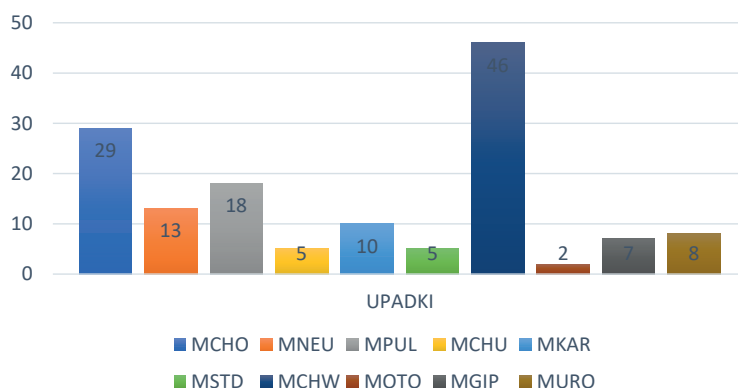
Wykres 2. Analiza godzin wypadnięć pacjentów z łóżka w latach 2016 – 2019 w Specjalistycznym Szpitalu im. Łukowicza w Chojnicach.

Źródło : opracowanie własne

Wypadnięcia z łóżka zdarzały się najczęściej pomiędzy 3.00 nad ranem a 6.00. To czas, kiedy personel może być mniej czujny, a koło godziny 6.00 wykonuje czynności kończące 12-godzinny dyżur. Pacjenci ciężiej chorzy, często z zaburzeniami orientacji mogą w tym czasie być pobudzeni, co sprzyja zwiększonemu ryzyku wypadnięć z łóżka.

Wyniki analizy skutków upadków i wypadnięć wskazują, że skutki wypadnięć z łóżka są liczniejsze i poważniejsze, niż skutki upadków. Dlatego w standardzie „Profilaktyka ryzyka upadków u pacjenta hospitalizowanego” określa w kryterium struktury, w którym określa się wyposażenie oddziału, w którym przebywają chorzy narażeni na ryzyko upadku. Wyposażenie powinno zawierać: poręcze przy ścianach, barierki, balkoniki, wózki, odpowiednie oświetlenie, łatwo dostępne włączniki, uchwyty w WC i łazienkach pacjentów, stabilne meble (blokada kółek) i przejścia bez utrudnień.

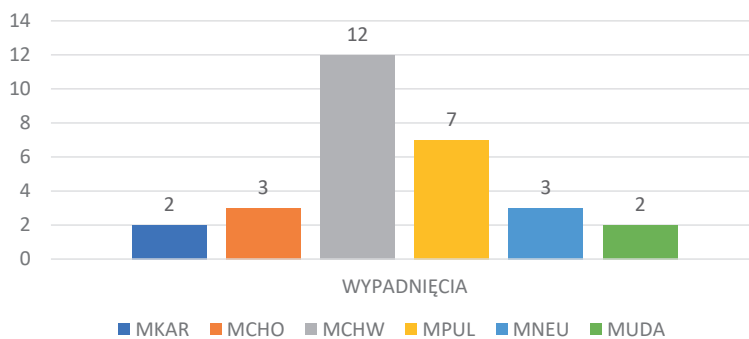
Ogólnie w latach 2011 – 2019 liczba zarejestrowanych upadków w szpitalu wyniosła 143, a liczba wypadnięć z łóżka wyniosła 29. Wykres 3 i 4 pokazują te liczby z uwzględnieniem oddziału, na którym doszło do zdarzenia.



Wykres 2. Analiza godzin upadków pacjentów z łóżka w latach 2016 – 2019 w Specjalistycznym Szpitalu im. Łukowicza w Chojnicach.

Legenda: MCHO – oddział chirurgii ogólnej; MNEU – oddział neurologiczny; MPUL – oddział pulmonologiczny; MCHU – oddział chirurgii urazowej; MKAR – oddział kardiologii; MSTD – stacja dializ; MCHW – oddział chorób wewnętrznych; MOTO – oddział otolaryngologiczny; MGIP – oddział ginekologii i położnictwa; MURO – oddział urologiczny.

Źródło: opracowanie własne



Wykres 3. Analiza godzin wypadnięć pacjentów z łóżka w latach 2016 – 2019 w Specjalistycznym Szpitalu im. Łukowicza w Chojnicach.

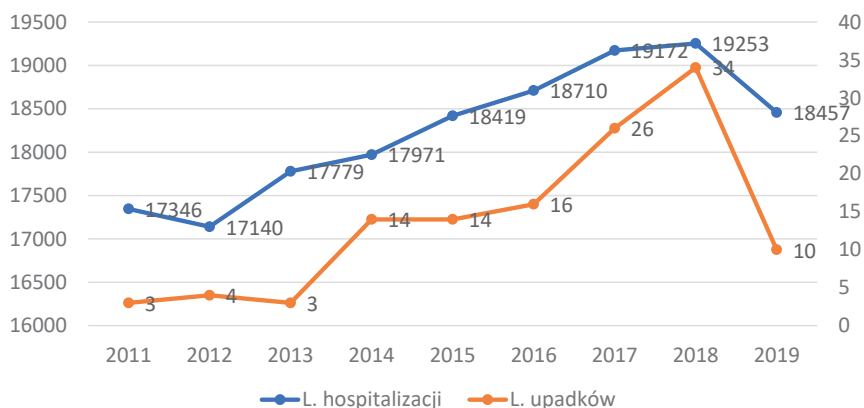
Legenda: MCHO – oddział chirurgii ogólnej; MNEU – oddział neurologiczny; MPUL – oddział pulmonologiczny; MCHU – oddział chirurgii urazowej; MKAR – oddział kardiologii; MSTD – stacja dializ; MCHW – oddział chorób wewnętrznych; MOTO – oddział otolaryngologiczny; MGIP – oddział ginekologii i położnictwa; MURO – oddział urologiczny.

Źródło: opracowanie własne

Zarówno liczba upadków jak i liczba wypadnięć z łóżka w omawianym okresie była największa na oddziale chorób wewnętrznych. Najwięcej upadków zgłoszono na tym oddziale w roku 2017 (11 zdarzeń), a w roku 2019 wystąpiło najwięcej wypadnięć z łóżka (5 przypadków).

Fakt ten może tłumaczyć największa liczba osób starszych przebywających zwykle na oddziałach wewnętrznych, a także wielochorobowość pacjentów. Upadki u tej grupy pacjentów są szczególnie częste, gdyż wpisują się w ogólną tendencję osób w wieku podeszłym do tego rodzaju zdarzeń. Jak podają statystyki piątą co do częstości przyczyną śmiertelności wśród seniorów są wypadki, a upadki stanowią dwie trzecie z nich³.

Rosnąca liczba zdarzeń niepożądanych w postaci upadków związana jest z pewnością z rosnącą liczbą hospitalizacji w chojnickim szpitalu oraz ze wzrostem świadomości personelu na temat znaczenia zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

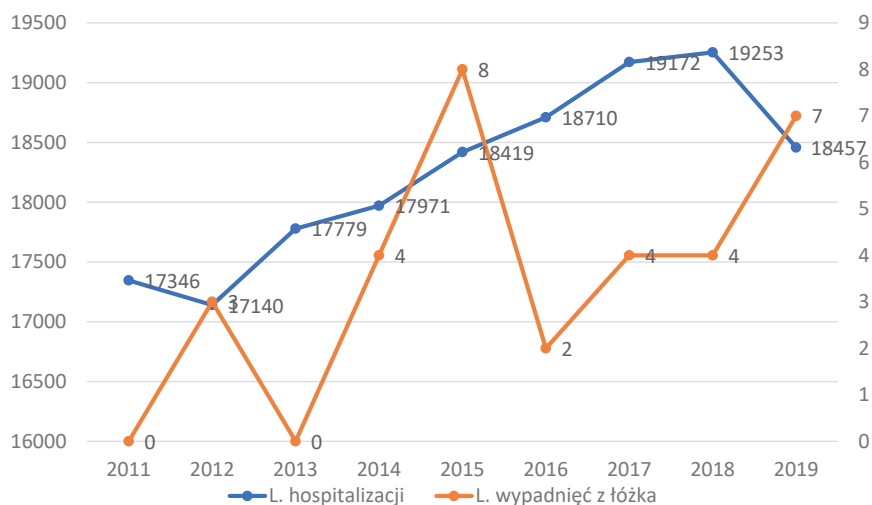


Wykres 5. Liczba upadków versus liczba hospitalizacji w latach 2011 – 2019 w Specjalistycznym Szpitalu im. Łukowicza w Chojnicach.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza liczby wypadnięć z łóżka nie przedstawia się już tak wyraźnej zależności. To zdarzenie niepożądane zdaje się być silniej związane z czujnością, liczbą personelu, stopniem przestrzegania procedury czy stanem infrastruktury. Oczywiście ta hipoteza wymaga poddania analizie w dalszych badaniach. Być może także istnieją dodatkowe zmienne, które mają wpływ na bezpieczeństwo pacjentów w tym zakresie.

³ Brunader R., Retke J.L., Zawroty głowy, omdlenia i upadki u osób w starszym wieku, [W:] Pączek L., Niemczyk M. (red. wydania polskiego), Geriatria, Lublin, Wydawnictwo CZELEJ, 2009, s.179



Wykres 6. Liczba wypadnięć z łóżka versus liczba hospitalizacji w latach 2011 – 2019 w Specjalistycznym Szpitalu im. Łukowicza w Chojnicach.

Źródło: opracowanie własne.

Działania naprawcze podjęte przez Szpital w Chojnicach to wieloletnie przedsięwzięcie, które wymagało od pracowników rzetelności, dokładności i pozbycia się stereotypowego myślenia, że zgłaszanie zdarzeń niepożądanych ma na celu ukaranie kogoś odpowiedzialnego za to zdarzenie. Wypracowanie w świadomości personelu poczucia odpowiedzialności i celu przestrzegania standardów wymaga pracy nie mniej żmudnej od procedury opracowania standardów.

Bibliografia

1. Brunader R., Retke J.L., Zawroty głowy, omdlenia i upadki u osób w starszym wieku, [W:] Pączek L., Niemczyk M. (red. wydania polskiego), Geriatria, Lublin, Wydawnictwo CZELEJ, 2009, s.179
2. European Hospitals and Healthcare Federation, Insurance and Malpractice, final report of HOPE's Sub-committee on Coordination, Brussels, 12 April 2004
3. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12294407/katalog/12408044#12408044> data dostępu 28.05.2020 godz.15.30

The process of creating fall prevention standards at the J.K. Łukowicz's Specialist Hospital in Chojnice in the years 2011 - 2019

Summary

The aim of the presented work was to present the results of the analysis of the occurrence of adverse events in the form of patients' falls and falling out of bed at the J.K. Łukowicz's Specialist Hospital in Chojnice over the years 2011 - 2019. The process of creating a standard for preventing these events was also presented. The results of the analyzes indicate an increase in the number of documented events and the relationship between this fact and the increase in the number of hospitalizations.

Keywords: adverse events, patient, hospital

Serghei Cebanu

Angela Cazacu-Stratu

Svetlana Cociu

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Republic of Moldova

The role of health promotion and health education in injuries prevention

Within the broad practice of health promotion in addition to the non-communicable diseases, there is a major problem that threatens public health which can be prevented. An injury does not happen by chance, but it can be predictable and prevented. In turn, they affect differently the general population, with a specific frequency and a severity of harm different from other diseases. In turn, they affect different groups of population with a certain frequency and severity of harm. Injuries also have a huge impact on the economic burden, which includes direct, indirect and non-quantifiable costs, being much higher compared to other non-communicable diseases.

Understanding and recording data about different types of injury is the cornerstone in targeting prevention and treatment interventions, by such contributing to decrease the mortality and morbidity thereof.

Injuries are spread all over the globe and affect the population of any age. According to the World Health Organization (WHO), approximately 16,000 people die daily from injury in the world, which is 10% of the total number of deaths, and this is 32% more than the number of deaths caused by malaria, tuberculosis and HIV/AIDS. About a third of the 5.8 million deaths caused by various injuries are the result of violence and a quarter due to road accidents [1, 2, 3, 4, 5].

Injury data is constantly growing; worldwide the top 3 leading causes of death caused by injury are road accidents, homicides and suicides. It is assumed that if agreed prevention strategies will not be implemented by 2030, road injuries will become the fifth leading cause of death [1]. According to WHO data, injury death rates are higher among men rather than women, with

a predominance among population aged between 5 and 44 years old [1, 3]. Injuries are on the third place in the leading causes of death, after cardiovascular diseases and cancer in the European Region, regardless of the intention or cause of the injury [5, 6].

Injury is a leading cause of death among youth; almost half of the deaths that occur at the age of 15-19 are due to injuries. According to the WHO, there are 980,000 deaths caused by injuries among young people under the age of 18 [7, 9]. It has been estimated that approximately 16% of the global burden of diseases can be attributed to injury which reflects the disproportionate burden of injury and years of disability [8]. Unintentional injuries are estimated to account for 90% of all injury deaths among young people under the age of 18, with an average of 2.707 children dying daily worldwide. Road accidents are the leading cause of trauma among children and young people, accounting for 22% of all unintentional injuries worldwide, followed by drowning - 17% and burns caused by fires - 9% [9].

According to our own recent analysis using primary data from the annual statistical documents of the National Agency for Public Health [10], injuries, poisonings and other consequences of external causes in the general morbidity of the population for the period of 2015 – 2018 ranks in Chisinau are on the 6th place in total (660.9 cases per 10 thousand pop.) and on the 8th place among adults (469.1 cases per 10 thousand pop.). Among the children, that rank on the 2nd place in Chisinau municipality and on the 3rd place per country (1692.3 cases and 478.8 cases respectively). The incidence data through injury indicate a decreasing trend of the number of cases for the last 10 years (2009-2018); in Chisinau municipality there is a decrease of 2.5 times (from 11954.6 cases per 100 thousand pop. to 4628.7 cases respectively) and of 4.3 times among adults (11588.5 cases per 100 thousand pop. in 2682.5 cases respectively); per country there is a decrease of 1.8 times (4059 cases per 100 thousand pop. to 2170.5 cases respectively) and 2.4 times among adults (4095.3 cases per 100 thousand pop. to 1664.9 cases).

The mortality indicators through different types of injury during the studied period deserve special attention. The injury mortality indicators according to the main causes of death rank injury and poisonings are on the 4th place (53.3 cases per 100 thousand pop. in Chisinau municipality and 82 cases respectively per country). While, the mortality indicators through the main types of injury and poisonings, both in the municipality and in the country, rank on the 2nd place the road injuries (10 cases per 100 thousand pop. in Chisinau municipality and 11.4 cases respectively per country).

Throughout the period of 2009 - 2018, mortality through injury and poisoning was maintained at a high level, but with a continuous tendency of decreasing both in Chisinau and per country. Thus, for the Chisinau municipality it was recorded a decrease of cases from 70.7⁰/₀₀₀₀ cases to 40.3⁰/₀₀₀₀ cases; and in the country - from 97⁰/₀₀₀₀ cases to 64⁰/₀₀₀₀ cases. During the reference period, the mortality of the population due to suicide had a decreasing tendency, so for 2009 in the country there were 18.3⁰/₀₀₀₀ cases compared to 2018 - 13.8⁰/₀₀₀₀ cases, in Chisinau municipality there were 13,5⁰/₀₀₀₀ compared to 8.8⁰/₀₀₀₀ cases in 2018. The mortality rates of the population through exposure to cold of natural origin reached maximum numbers in 2010, when 9.6⁰/₀₀₀₀ cases were registered in the country, in Chisinau municipality - 7⁰/₀₀₀₀ cases, subsequently the cases decreased (5.7⁰/₀₀₀₀ cases and 2.8⁰/₀₀₀₀ cases respectively). The mortality of the population through accidental drowning deserves special attention. The situation in the country is unstable, with the most cases in 2010 - 8⁰/₀₀₀₀ cases, decreasing by 2018 to 3.8⁰/₀₀₀₀ cases. In Chisinau municipality, in 2009 higher data were registered in 2010 and 2012 with 3.3⁰/₀₀₀₀ cases each, than by 2018 decreased to 1.9⁰/₀₀₀₀ cases. Overall, it is to mention a decrease of deaths due to airway obstruction, for Chisinau municipality the number of cases decreased from 3.6⁰/₀₀₀₀ cases to 1.9⁰/₀₀₀₀ cases, and per country from 7.1⁰/₀₀₀₀ cases to 5.1⁰/₀₀₀₀ cases. The mortality through aggression has high values in 2009, compared to 2018, both in municipality (a decrease from 3.7⁰/₀₀₀₀ cases to 1.9⁰/₀₀₀₀ cases respectively) and in the country (a decrease from 6.5⁰/₀₀₀₀ cases to 3.8⁰/₀₀₀₀ cases respectively). In Chisinau there is an increase tendency of deaths from alcohol intoxication, from 1.4⁰/₀₀₀₀ cases in 2009 to 4⁰/₀₀₀₀ cases in 2014, following a decrease of up to 1.6⁰/₀₀₀₀ cases in 2018. In total per country the data decreased twice, from 5.3⁰/₀₀₀₀ cases to 2.5⁰/₀₀₀₀ cases in 2018. The number of deaths caused by carbon monoxide poisoning is decreasing over the entire period studied, data per country range from 8⁰/₀₀₀₀ cases to 5.1⁰/₀₀₀₀ cases. In the municipality the cases decreased from 5.7⁰/₀₀₀₀ cases to 1.7⁰/₀₀₀₀ cases.

Regarding injuries that occur during sport, athletic activities, or exercising, the researcher Cebanu S. [11] found out that the level injuries recorded among athletes is $83.2 \pm 23,25^0/_{00}$, being one of the pathology that precedes only respiratory diseases. The most common injuries among athletes are dislocations, sprains and ligament strains ($29.9 \pm 4.52^0/_{00}$), followed by superficial traumatic injuries ($16.8 \pm 1.91^0/_{00}$) and fractures ($5.6 \pm 0.38^0/_{00}$). Such injuries as sprains are characterized by maximum incidence among young people who play football - 185.0 cases per 1000 footballers. The 2nd place is

characteristic for handball - 140.0 cases per 1000 handball players, and the 3rd place for volleyball - 107.1 cases per 1000 volleyball players.

A particular interest is reflected in the injury analysis registered among junior athletes who play sports games. The author Cebanu S. [11] found out the occurrence of injury which induced absences from training sessions and competitions in 53.2% of people, fractures or bone cracks - in 32.9% of people, superficial injuries - in 15.6% of people. Dislocations, sprains and ligament extensions in junior athletes specializing in sports games in 51.1% of cases occurs in the joints of the lower limb, thighs and back, in 35.6% of cases - in the joints of the upper limb and neck, and in 13, 3% cases - joints of the upper, lower and back limbs.

In the etiology of sports injury, an important role is played by internal and external factors, each of them may be a morbid condition. Very often the external factors, producing some or other changes in the body lead to the activation of the internal factors, which favor the appearance of injury. Injuries incurred as a consequence of sports activity are relatively less compared to such types of injuries as production, domestic, street, etc. and constitutes 3% of their total number. In most cases they are not dangerous for life but they have a negative impact on the work capacity of athletes and there are frequent cases of exclusion the athletes from training sessions and competitions for a long time [12, 13, 14].

According to road injury analyses in the country over the last 10 years, there is an approximate constant number of road accidents, the data ranging from 77.3 cases to 100 thousand pop. to 74.4 cases respectively. During 2018, a total of 2613 accidents (previous year- 2640) were registered in the country, both serious and minor accidents, as a result of which 272 people (previous year- 302) died and 3114 people (previous year- 2993) were injured, form them 2227 (previous year- 2163) with mild injury and 887 (previous year- 830) with severe injury [15].

There is also a continuous trend of decreasing deaths number caused by road accidents: in the country from 13.5⁰/0000 cases to 8.4⁰/0000 cases), in Chisinau Municipality (from 11.5⁰/0000 cases to 5.1⁰/0000 cases). We notice a slight tendency to decrease of the total number of accidents ending with deaths, from 1.2 cases to 10 thousand pop. to 0.7 cases respectively in Chisinau municipality and from 1.3 cases at 10 thousand pop. to 0.9 cases respectively per country. The total number of injured persons as a result of road accident decreases, from 18.3 cases per 10 thousand pop. to 17.1 cases respectively in Chisinau municipality and from 9.2 cases per 10 thousand pop. to 8.2 cases respectively per country.

Taking into account the above, it is worth mentioning that injuries caused by road accidents are a major public health problem and a leading cause of death and injury worldwide; around 1.3 million people lose their lives annually in the world and up to 50 million people are injured with serious health consequences. That is the leading cause of death among people aged between 15 to 29 years old. Worldwide, almost half (49%) of people who die on the roads are pedestrians, cyclists and motorcyclists. In the United States, more than 180,000 people die each year of injury, and 1 in 10 people suffer a severe injury that requires treatment in an intensive care unit, death rate being 46 per 100,000 populations [16].

According to the World Health Organization's report on road safety, the problem of road safety is getting worse every year. Millions of people are injured or die from a road injury, and the financial impact is equally staggering, costing the world economy billions of pounds in medical treatment, healthcare and other forms of human suffering. This public health problem is widespread thanks to the social and economic sequel that can influence the development and stability of countries. It is also attested that the negative social and economic impact for the affected people, for their families and for the country as a whole is very high [17, 18].

In addition to social costs for individuals, families and communities, road injuries represent a heavy burden for health services and for economy. Costs for countries, which may already be struggling with other development issues, can range from 1% to 2% of their gross national product [1, 3]. With the increasing process of motorization, road accidents are becoming a rapidly developing problem, especially in developing countries. If current trends will continue over the next twenty years, the injury caused by road accidents will increase dramatically in most countries of the world, with a greatest impact on the most vulnerable citizens.

Based on this knowledge, a technical package for road safety has been developed to support decision makers and practitioners in their efforts to reduce road traffic deaths and injuries and achieve sustainable development goals 3.6 and 11.2. According to the Sustainable Development Goals, it is predetermined to reduce by 2030, with 50% the number of deaths and injuries due to road accidents. The road trauma ranks 8th after the main causes of death and according to forecasts it will occupy the 5th place by 2030 [19, 20, 21, 22, 23].

Road accidents are the main cause of hospitalization among adolescents, aged between 18 and 24 years, which represent 23% of deaths caused by road accidents. The recurrence rate is also high, so that 1 in 4 teenagers relapses as a result of a car accident the following year [24].

Among children and adolescents, according our own research based on data provided by the General Inspectorate of the Police, for the last 9 years (2010 – 2018) injuries occurred as a result of road accidents have registered an insignificant decrease. In the Republic of Moldova, most road injuries among children and adolescents were registered in 2012, 2015 and 2016. Although, road injuries in children show a slight decreasing trend until 2014, in the next two years there was a significant increase with 240 cases and it remains at the same level in the coming years. In the last year, road injuries in children have a slight upward trend compared to last year with 74 cases. Of the total number of injuries among children in the Republic of Moldova, 1.4% of road injuries account for road injuries. In Chisinau municipality, injuries among children reach the maximum level in 2014 and constitute 38482 cases, and the lowest level is registered in 2013 with 12349 cases. In the last four years, injury among children is at the same level, which we cannot say about road injury in children, which registered a slight decrease in 2015 from 343 cases to 256 cases in 2017, followed by a slight increase by 27 cases in 2018. The highest level of road injury was registered in 2010 - 426 cases, and the lowest level was recorded in 2013 - 113 cases. Of the total injuries among children in the Republic of Moldova, 1.2% count for road injuries.

Injury prevention strategies that have been implemented so far have proven to be extremely effective, while preventive costs are much lower than the costs of treating and rehabilitation of the injury consequences.

The common goal of injury prevention and health promotion is to reduce the morbidity and mortality of various etiologies by developing and implementing educational, behavioral and structural initiatives and strengthening joint actions and efforts by all stakeholders from different bodies and structures [25, 26].

Injury prevention must be based on a structured scientific approach and a multitude of cost-effective strategies, although not all effective efforts and interventions are fully implemented or applied in the community. Because of the fact that injury is considered the leading cause of death and disability among children worldwide, the promotion of safety and prevention of injury is also linked to other children's health issues. Injury prevention must be a key part of all health promotion initiatives to improve the situation of injury morbidity and mortality and the general well-being of the person.

Successfully used health promotion interventions can lead to major changes in all determinants of health toward improvement, behavior change, education promotion, and service improvement [27]. The application of health promotion to the prevention and control of injury can help reduce health

care costs and improve the quality of life and should be encouraged by health agencies and health systems [28]. A major need in promoting and preventing injury is to raise awareness and strengthen the need to classify injury as a public health issue and to identify and implement evidence-based interventions [29].

Within the National Health Policy in the Republic of Moldova for the years 2007 – 2021, among its specific objectives are: health promotion and disease prevention; ensuring a healthy start in life; maintaining the health of the young generation; creating a healthy and safe environment; guaranteeing life without violence and injury; obtaining new performances in the health care system. Injuries prevention is one of the interest areas of state surveillance in public health, the main directions being mentioned in the Law on state supervision in public health no. 10 – XVI of 2009. Within the National Strategy of Public Health for the years 2014 – 2020, is mentioned that the general mortality of the population in the Republic of Moldova registers increased values, ranking among the countries with the highest mortality in the European Region.

The issue of general injury and road injury is reflected in the legislative, normative and methodological framework of the country of the Republic of Moldova. Among them are: Law no. 131/2007 on road traffic safety from 7.06.2007; Road Transport Code No. 150 of 17.07.2014; the Regulation of road traffic approved by Government Decision no. 357 of 13.05.2009; the Action Plan for the implementation of the National Strategy for road safety approved by Government Decision no. 972 of 21.12.2011.

According to the General Inspectorate of Police, despite the slow dynamics of decreasing road injuries in the Republic of Moldova, its level far exceeds the average of the same indicator in other European countries. It is worth mentioning that among the main factors that contribute to road accidents are: driving with high speed and exceeding the maximum allowable one, driving a car in a state of drunkenness and overwork, non-compliance with traffic rules by pedestrians and drivers, insufficient knowledge of traffic rules by children and drivers of means of transport, incorrect organization of traffic on the streets, etc. In this sense, in order to exclude road accidents and prevent road injuries, several preventive measures have been provided: compliance with traffic rules when crossing streets, checking the work condition of the car, observing and adapting driving speed, educating children how to behave in the yard and in street, avoiding drunk driving or being overworked, using the lights correctly at night, etc.

Addressing unintentional injuries and preventing violence through public health has been proposed as a resolution to the European Region by the WHO and the European Commission, and its key elements are oriented

towards: development of national plans, surveillance, capacity building, research on effective intervention measures, risk communication, dissemination of evidence-based good practice, networking / partnership and provision of services for victims [23, 30].

There is evidence that within the injury prevention campaigns, the use of effective communication or media as part of strategies to disseminate prevention messages contributes significantly in reducing accidents [31].

Globally in many high- and middle-income countries [32], multiple intervention strategies and projects have contributed to a significant reduction in road traffic accidents. A multidisciplinary and intersectoral cooperation is needed for this purpose. The multidisciplinary approach in the prevention of injuries, as well as road injury is followed by all countries, which directly contribute to the achievement of the objectives proposed in the official documents.

As an example, is the UN Global Road Safety Week, which recognizes the need for strong leadership to promote road safety in countries and communities and to achieve the goal of sustainable development and other related global goals. Thousands of lawyers around the world that week are freely addressing #Speak Up # for road safety and call for urgent action on concrete interventions that have been shown to save lives. These measures are presented in the WHO "Save LIVES" technical package, which includes improving road safety management; ensuring the safety of roads, vehicles and road users; and improving emergency care following an accident. Despite progress in many countries, road traffic deaths continue to rise, Whether we travel as pedestrians, cyclists, motorcyclists or drivers, we can all - as parents, students, employees, volunteers and citizens - be leaders in contributing to road safety. Thus, the right to safe travel is a priority for everyone [33]. To this end, a practical guide to road safety has been developed, based on evidence of priority interventions, focusing on speed management, leadership, infrastructure design and improvement, vehicle safety standards, traffic law enforcement and post-crash survival. The 6 strategies and 22 interventions recommended in the package are interrelated and should be implemented in an integrated manner to effectively address road accident deaths and injury. As countries are at various stages in addressing this issue, road safety policy package should not be seen as a one-size-fits-all solution, but rather as a decision - making guide for expanding road safety efforts [33, 34].

International projects and campaigns engaged to encourage a responsible behavior by providing relevant and important information for drivers, motorcyclists, pedestrians or cyclists are organized annually in several countries around the world, which through their impact have helped reduce accidents and

injuries. Thus, in the official WHO reports, the EU countries with the best safety score are: Sweden, Great Britain and the Netherlands and the countries with the lowest road safety records are Romania, Bulgaria and Croatia.

Children and adolescents need a safety environment on the way to school and back to home, at playgrounds, at home, in gyms, etc. Environments are better suited for adults compared to children, but children and adults cannot respond appropriately to risky situations in the environment. For these reasons it is necessary to take these circumstances into account when promoting safety for this population group. In general, in health promotion it is necessary to focus on the prevention of injuries before they occur, on primary prevention.

A program of public health interventions regarding injuries and accidents prevention should include the following parts: identify the risk factors; identify and implement targeted common and universal interventions to reduce inequalities between different population groups; training and implementation of specific courses in different population groups on identifying risks and opportunities throughout life, as well as their effects on health; address the issue in promoting health and injury prevention intersectoral, provide support and service those involved in changing the behavior both individually and in the community; as a result the interventions offered by different structures and institutions (education system, health system, socio-economic factors, etc.) must have an impact on the population health.

Health promotion include an action plan in control of risk factors within the unhealthy lifestyle and strengthen the health status of the person and entire society. Sport and physical activity are essential for improving health and well-being. Unfortunately, the increase in the ability to practice sports, those have led to a higher rate of sports injuries. An essential role in the educational process of people who practice systematic physical activities belongs to health education, which has the mission to educate in the spirit of a scientific conception of health and disease, and follows the formation of a conscious attitude towards their own health.

Planning health education aimed to prevent sports injuries is often incomplete and not explicitly specified. Health education, along with regulations and facilities, is the strategy to promote health in the prevention of sports injuries. For most types of sports, there seems to be a strong need for further research on the etiology and determinants of behavior before effective prevention could be achieved [35, 36].

Every 5th unintentional injury treated at a medical care unit in developed countries is associated with the practice of sport or physical exercises. The prevention of sports injuries involves the implementation of specific

interventions in terms of structural or educational measures. Promoting sports safety includes organizing wider campaigns and not just individual activities. Sports federations, sports facility authorities and civil society need to be involved in health promotion and health education activities [37].

The high level of superficial injuries indicates [38] that however, athletes are largely cautious in their actions, striving not to allow serious injury, although the effort to achieve major results shifts dominance to performance in detriment of anti-injury vigilance. This also explains the fact that the effort made for the development of the necessary capacities and for obtaining high results lead to predominance of dislocations, sprains and ligament extensions.

It is well known that the risk factors which lead to an injury are divided into 3 groups: organizational factors; methodical factors and factors related to the individual athletes' characteristics. In this way, the appearance of a pathological condition among athletes is caused more frequently by the influence of certain risk factors and less by being involved in different types of sports. Studying these factors, taking into account the specificity of each type of sport, highlighting, preventing and avoiding them will obviously reduce the morbidity among athletes and give them the opportunity to maintain their health status even in harder training sessions. Thus, it will be possible to improve the training process, raise the sports performance and the social importance of the sport [39, 40, 41].

The authors believe that athletes need to be convinced that health care is a top personal priority. Prevention of sports injuries includes permanent improvement of organizational methodological principles in the long-term preparation of athletes. The number of sports injuries must be kept to minimum. Prevention of sports injuries include strict compliance with all requirements for conducting training, taking into account the level of physical development, development of rational regimes of training sessions, improving the conditions for carrying out sports activities, with a regular medical checkup. Long-term study will identify the public health impact of sports injuries. Sport should not become an adventure with one's own health, but an element of rational satisfaction.

The implementation of effective educational programs for the prevention of injuries in athletes allows maintaining a good health, to increase sports longevity and to reduce the costs of treatment and subsequent rehabilitation. One of the most obvious advantages is the potential to improve the performance of athletes. This advantage is particularly important as a means of motivating coaches to apply injury prevention strategies among athletes [42, 43].

Sports injuries prevention programs [44] can reduce the number of injuries, as well as the severity and injuries extensions. The three areas where

injury prevention in sport is focused on is: training strategies, modification of sport rules and changes in policies, equipment recommendations.

Considering the economic, environmental and patient-centered imperatives in the process of preparing medical students to become health-promoting physicians, the health promotion course remains relatively ignored in the medical curriculum [45]. The health promotion course must become a compulsory one in medical education, despite the fact that the popularity of studying public health in our country is decreasing.

In the Republic of Moldova, activities for teaching health promotion are provided for all study programs within the “Nicolae Testemitanu” State University of Medicine and Pharmacy (SUMPh). The Health Promotion and health education course is compulsory - for the 6th year students at the Faculty of Public Health (120 hours), optional - for 2nd year students at the Faculty of Medicine 2 (30 hours), compulsory for resident doctors of the Faculty of Residency and Clinical Secondary Education, Hygiene specialty (252 hours). At the same time, the course is included in the continuous trainings of doctors (75 hours). For foreign students the course is read in English. Among the topics addressed are: lifestyle, population health risk factors, preventive measures in promoting healthy lifestyle, global health, prevention of injury and violence. Within the Health promotion and health education course, students and doctors have the opportunity to develop knowledge and skills to promote the change of population behavior in a new lifestyle, favorable to health. Different modern methods of adult training and education techniques are used such as: lecture, brainstorming, individual exercises, pair work, case study, "mosaic" method, plenary discussion, explanation, role play, simulation, self-assessment, group work, energizing. These educational programs contribute in providing quality services in the aspect identifying and prioritizing health problems and risk factors, developing and running programs / campaigns, by training and developing the necessary professional skills in addressing the contents, ways and methods of communication for different target groups (students, various professional contingents, employees in industry and agriculture, etc.), as well by cultivating proactive and creative attitudes.

Also, within the “Nicolae Testemitanu” SUMPh is recently introduced Prevention and injury control course, in which interventions are applied by teachers and students in order to promote injury prevention among the population. This intervention is incorporated as a result of the implementation of the international project ICREATE – Increasing Capacity in Research in Eastern Europe (2016 – 2021). At the same time, it is worth mentioning that we are at the stage of implementing for the first time in the country a trauma

register developed based on WHO and ICD-10 recommendations, such a register would facilitate the development of evidence-based data, contribute to the development of programs and public health strategies.

Starting with 2020, within the Program of Continuing Medical Education at the Department of Hygiene of "Nicolae Testemitanu" SUMPh will be taught Health Promotion and Behavior Change course in close collaboration with the National Agency for Public Health, Healthy Life Project: reducing the burden of non-communicable diseases, funded by the Swiss Cooperation Office and carried out by the Swiss Tropical and Public Health Institute. The course is dedicated to health promotion specialists in the state health surveillance system, primary and hospital care, medical students from the V-VI years and "Nicolae Testemitanu" SUMPh residents, and also for health promoters from other sectors, such as education, catering, industry or occupational safety.

Several informative events were organized due to the World Day of Remembrance for Road Traffic Victims (November 15) and World Road Safety Week. Among the campaigns which promote a responsible traffic behavior in the country are the actions organized by the National Patrol Inspectorate, one of them being the pedestrian awareness campaign with the slogan "Be different - prudent and responsible!"

Another injury prevention action was the Novateca Project, through which public libraries across the country were involved in informing the population about methods of injuries prevention, intoxications and poisoning among children, as well as in distributing informative materials to the population. This project is a local partnership with public health centers, inviting family doctors and police officers to talk to participants about the risks to which children are exposed both in households and on the streets. In this way, inside the libraries, through public lessons, adults and children have the opportunity to listen to current and truthful information regarding household and road risks.

Another example is the REPEMOL Project – Regionalization of Emergency Pediatric Services and Intensive Care in the Republic of Moldova [46], according to, were organized periodically safety weekend. In the district libraries of the country some activities take place with the involvement of health centers representatives, firefighters and police, to inform about prevention of household and road risks. Several behavioral videos were also developed to prevent injury among children and were conducted road safety education lessons for all children as part of the campaign "Do you know how to avoid the dangers of the street?"

Within "Healthy Life project – reducing the burden of non-communicable diseases in Moldova", in 2018 the situation regarding the

existence of courses/ curricula in health promotion in Chisinau municipality was analyzed and evaluated. From the total 12 institutions with health-related issues, 8 institutions provided information on their training courses in the field of health promotion; others do not offer a formal training program. It was found that training courses in the field of health promotion are mostly offered by educational institutions or by institutions/NGOs that provide education in the medical field. In most cases, they are addressed to specialists from other fields than medical. Strengths points were identified such as: a thorough approach to the most important theories and concepts in the field of health promotion and training in this field; available of specialized literature on health promotion theories in Romanian language (textbooks, books, journals); complex approach to health problems and risk factors. Among the weaknesses were pointed out as: lack of recent references, international articles and last-minute revision; the range of activities applied in the field of health promotion are often limited to only organizing campaigns / distributing flyers / celebrating the days dedicated to health; lack of innovative approaches.

The health sector is an important partner in the process of preventing and controlling road injuries. But the role of medical professionals in advocacy for the prevention and control of road traffic accidents is always underestimated. The role of the health sector is to provide appropriate pre-hospital and inpatient care and rehabilitation to victims, improve data collection, contribute to policies, develop prevention activities, advocacy and contribute to the implementation and evaluation of interventions [47].

Reducing adult trauma requires working with various stakeholders across multiple sectors and levels. At the local level, public health professionals need to effectively bring together, facilitate and support community partners to initiate evidence-based efforts [48]. However, there has been no formal review of the literature to inform how these professionals can best create actions between community partners to address adult injuries.

If injury prevention were considered fundamental by many health promotion practitioners, if more attention were offered to the promotion part, perhaps we could prevent much more of these injuries, deaths and disabilities. Injury prevention and health promotion is closely correlated with the prevention of health determinants [28], among which:

- Changing individual behavior: people's choices about their own behaviors, such as alcohol and drug use, car speed, helmet use, not wearing seat belts or other risks, are often prone to accidents and are often related to factors from the social and physical environment;

- Environment issues: environments at home, in the community and on the road can affect the rate of injuries related to falls, fires and burns, road injuries, drowning and violence. Behavioral safety could be improved by changing the environment;
- Access to health care services: access to healthcare services such as clinics, hospitals and diagnostic centers may determine the outcome of an injury event. By improving the access to pre-hospital emergency services, acute care facilities and rehabilitation services could reduce the consequences of fatal and non-fatal injuries, long-term disability and death.

Literature

1. Injuries and violence: the facts. Geneva, World Health Organization, 2010, http://www.who.int/violence_injury_prevention/key_facts/en/.
2. Songer T., Stephens-Stidham S., Peek-Asa C., Bou-Saada I., Hunter W., Lindemer K. and Runyan C., Core Competencies for Injury and Violence Prevention, *American Journal of Public Health*, April 2009, Vol 99, No. 4, pag.600.
3. WHO. Injuries. <https://www.who.int/topics/injuries/about/en/>.
4. Injury Prevention Guideline, Population and Public Health Division, Ministry of Health and Long-Term Care, 2018, Ontario.
5. APOLLO Policy briefing: The role of public health in injury prevention, 2007.
6. Injuries in the WHO European Region: Burden, challenges and policy response, Regional Committee for Europe Fifty-fifth session, 2005.
7. World report on child injury prevention, World Health Organisation/United Nations Children's Fund, 2008, https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/.
8. Krug EG, Sharma GK, Lozano R, The global burden of injuries. *Am J Public Health* 2000, 90: 523–26.

9. European report on child injury prevention. World Health Organization, Europe, 2008, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf.
10. <https://ansp.md/index.php/statistici-rapoarte>.
11. Cebanu S., The health of junior athletes: risk factors and prevention measures, Chisinau, Print Caro, 2019, 184 p.
12. Malisoux L., Frisch A., Urhausen A., Seil R., Theisen D. Injury incidence in a sports school during a 3-year follow-up. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2013, 21:2895–2900.
13. Jayanthi N., Dugas L., Fisher D et al., Risks of intense, specialized training and growth for injury in young athletes: a clinical evaluation, *Br J Sports Med*, 2014, 48:7.
14. Moreira N.B, Vagetti G.C., Oliveira V., Campos W., Association between injury and quality of life in athletes: A systematic review, 1980–2013, *Apunts Med Esport.*, 2014, 49(184):123-138.
15. Cociu S., Unele aspecte ale traumatismelor rutiere în rândul populației adulte din municipiul Chișinău, *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2019, nr. 4 (82), ISSN 1729-8687, p. 143-147.
16. Haegerich TM, Dahlberg LL, Simon TR, et al., Prevention of injury and violence in the USA, *Lancet* 2014, 384(9937):64 –74, Pub Med: 24996591.
17. Ghid pentru măsuri la nivel național. Cele mai bune practici în siguranta rutiera, Uniunea Europeana, 2010, ISBN 978-92-79-15267-2, doi:10.2832/39438, https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/pdf/projects_sources/supreme-c_ro.pdf.
18. Ciobanu Gh, Traumatismele prin accidente rutiere în Republica Moldova și măsurile de intervenție pentru diminuarea consecințelor acestora, *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei*, 2 (30), 2011, p. 25).
19. Global status report on road safety, WHO: time for action. 2009, www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009.

20. Goniewicz K., Goniewicz M., Pawłowski W., Lasota D., Epidemiology of road traffic accidents in adults, A systematic review. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017; p. 7(7):92-100, eISSN 2391-8306, <https://zenodo.org/record/823475#.XiWWkv4zbIU>.
21. Rus D., Epidemiology of Road Traffic Injuries Treated in a Large Romanian Emergency Department in Tîrgu-Mureş Between 2009 and 2010., *Traffic Injury Prevention Journal*, Volume 16, Issue 8. 2015, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15389588.2015.1030501?scroll=top&needAccess=true>
22. Palanciuc M., Cemîrtan V., Epidemiologia traumatismelor rutiere în Republica Moldova., *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, nr.3 (60), 2015, p. 39-41.
23. Global Status Report on Road Safety, WHO, 2018, https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/.
24. Gicquel L., Ordonneau P., Blot E., Toillon C., Ingran P. and Romo L., Description of various Factors Contributing to Traffic Accidents in Youth and Measures Proposed to Alleviate Recurrence. *Frontiers in Psychiatry*, 2017, Volume 8, Article 94, doi: 10.3389/fpsyt.2017.00094.
25. Rippe JM., Injury prevention: a medical and public health imperative, *American J Lifestyle Med*, 2010, 4(1):6-7.
26. Stevenson M., Thompson J., On the road to prevention: road injury and health promotion, *Health Promotion Journal Austral*. 2014, 25(1):4-7).
27. Sleet DA, Moffett DB., Framing the problem: injuries and public health. *Fam Community Health*, 2009; 32(2): 88- 97.
28. Injury prevention and health promotion: A global perspective. *Health Promot J Austral.*, 2018, 29:113-116, DOI: 10.1002/hpja.191, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hpja.191>.
29. Matthews BL, Franklin RC., Examination of a pilot intervention programme to change parent supervision behaviour at Australian public swimming pools. *Health Promot J Austra.*, 2018, 29(2): 153-159.
30. Policy briefing: The role of public health in injury prevention. APOLLO, 2007.

31. Phillips RO, Ulleberg P, Vaa T, Meta-analysis of the effect of road safety campaigns on accidents. *Accident Analysis & Prevention*, Volume 43, Issue 3, 2011, p. 1204-1218, <https://doi.org/10.1016/j.aap.2011.01.002>.
32. Staton C., Vissoci J, Gong E., Toomey N., Wafula R., Abdelgadir J, Zhou Y, Liu C., Pei F, Zick B, Ratliff CD, Rotich C., Jadue N, Andrade L., von Isenburg M, Hocker M., Road Traffic Injury Prevention Initiatives: A Systematic Review and Metasummary of Effectiveness in Low and Middle Income Countries, *PLOS ONE*, DOI:10.1371, journal.pone.0144971, 2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4703343/>.
33. <https://www.who.int/roadsafety/week/2019/en/>.
34. <https://www.who.int/publications/i/item/save-lives-a-road-safety-technical-package>.
35. Kok G, Bouter LM., On the importance of planned health education: Prevention of ski injury as an example. *American Journal Sports Medicine*, 1990, 18(6):600-605.
36. Zurc J., Health professions and health promotion: challenges in health and wellbeing among elite athletes. *JAHS*, 2016, 2(2): 87-100.
37. Timpka T, Ekstrand J, Svanstrom L., From sports injury prevention to safety promotion in sports. *Sports Med*, 2006, p. 36, 733-745.
38. Cebanu S., Ștefanț Gh., Assessment of health status of junior athletes practicing basketball and volleyball, *Medicina Sportiva*, 2019, vol. XV, no 1, 3045-3051.
39. Brooke Pengel K., Common Overuse Injuries in the Young Athlete. *Pediatr Ann*. 2014, 43(12):e297-e308.
40. Keats MR., Emery CA., Finch CF, Are we having fun yet? Fostering adherence to injury preventive exercise recommendations in young athletes. *Sports Med*. 2012, 42 (3):175-84.
41. Dobnic M., Injury risk factors in children and youth in physical/sports activity. *Annales Kinesiologiae*, 2015, Vol. 6, No.1, p.39-57.

42. Luke A., Lazaro RM., Bergeron MF et al., Sports-related injuries in youth athletes: is overscheduling a risk factor? *Clin J Sport Med.*, 2011 Jul, 21(4):307-14.
43. Макарова Г.А. [Macarova G.A], Локтев С.А.[Loctev S.A], Системный подход к профилактике травматизма в спорте: зарубежный опыт. Краснодар: КГУФКСТ, 2012, с. 82.
44. Injury Prevention in Sport, https://www.physio-pedia.com/index.php?title=Injury_Prevention_in_Sport&oldid=227798, (accessed June 15, 2020)
45. Фриптуляк Г.[Friptuleac G.], Чебану С. [Cebanu S.], Сазаку-Страту А.[Cazacu-Stratu A.], Кирлич А.[Chirlici A.], Делеу Р.[Deleu R], Рубанович В.[Rubanovici V.], Проблемы и решения в области формирования здорового образа жизни у подрастающего поколения Республики Молдова. *Здоров'я суспільства*. Том 7, No 6, 2018, с.278-283.
46. www.parinti.md (accessed June 5, 2020).
47. Gopalakrishnan S., A Public Health Perspective of Road Traffic Accidents, *Front. Psychiatry*, 01 June 2017, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00094>.
48. Crizzle AM, Dykeman C., Laberge S, MacLeod A., Olsen-Lynch E, Brunet F., Andrews A, A public health approach to mobilizing community partners for injury prevention: A scoping review, 2019, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210734>.

The role of health promotion and health education in injuries prevention

Summary

Prevention and protection of public health should be a top priority for any state. This chapter of the monograph reflects the situation with injuries in the Republic of Moldova. These data illustrate the lack of a fundamental injury monitoring system for effective prevention campaigns. We also highlighted the role of promoting healthy lifestyles and health education in the prevention of road, sports, domestic and other injuries. Injury prevention should be a key part of all health promotion initiatives to improve injury, death and overall well-being. Improving and strengthening the health of the population can be achieved only through fruitful intersectoral cooperation and the achievement of partnerships between the state, civil society, medical and educational institutions, legal entities, society and every citizen.

Keywords: injuries, formation of a healthy lifestyle, health education, prevention

Димитр Т. Черкезов

Клиника по дерматологии и венерологии, Аджибадем Сити Клиник,
Многопрофильная больница для активного лечения (МБАЛ) „Токуда”, г. София

Елена Кирилова

Университет им. проф. д-ра Асена Златарова, г. Бургас

Тодор Д. Черкезов

Многопрофильная больница для активного лечения (МБАЛ)
им. д-ра Атанаса Дафовского АО, г. Кырджали

Деятельность больниц в современных условиях с учетом специфики регионов

Больница является самой сложной организацией в системе здравоохранения и в каждой стране занимает важное место в предоставлении медицинской помощи населению.

С конца XX и начала XXI века современная больница является бесспорным фактором в реализации европейской политики здравоохранения, направленной на доступность медицинских услуг для всех граждан, улучшение здоровья населения за счет эффективного использования ресурсов, достижения высокого качества и оперативности в удовлетворении запросов и ожиданий пациентов.

Несмотря на существующий общий консенсус по всем этим принципам, в ходе реформ здравоохранения в европейских странах тема организационных изменений в больничной помощи почему-то осталась в стороне. В глобальном стратегическом смысле, больница уже больше не является одним из ведущих приоритетов в сфере здравоохранения, где основной упор делается на первичную медицинскую помощь. В целом, о больницах существует значительно меньше публикаций, чем о других секторах системы здравоохранения. Решения и действия политического фактора в отношении больничных изменений являются робкими и непоследовательными. Из-за своей сложности и многослойности, реформы в больницах приводят к непредсказуемости результатов и риску провала. По этой причине они часто бывают частичными и поверхностными.[11]

С другой стороны, для того, чтобы иметь возможность адаптироваться к динамически меняющимся условиям, в самой больнице появляются потребности и тенденции к переменам. Не случайно последние десятилетия были определены как «десятилетия взрыва» - взрыва знаний, информации, коммуникаций и технологий. Глобальные изменения в экономике, социальной политике, культуре и общественной жизни, акцент на человеческий фактор, индивидуальную автономию и индивидуальные права - все это ставит новые задачи перед социальными системами, такими как здравоохранение и, в частности, больницы. [14]

Современная больница должна приспосабливаться к изменениям внешних условий: к новой демографической ситуации, характеризующейся, с одной стороны, сокращением молодого и активного населения и увеличением численности пожилых людей, а с другой стороны - сильной волной мигрантов на европейском континенте, с другой системой ценностей, санитарной культурой и поведением, с неизвестным состоянием здоровья. [11] Появление эпидемий и пандемий, таких, например, как с COVID-19, бросают новый вызов деятельности каждой больницы.

В больнице необходимо учитывать постоянно меняющуюся картину заболеваний. Это требует внедрения новых диагностических и терапевтических методов и увеличивает затраты. Именно в больницах всплывают наружу последствия недостаточной и неэффективной профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Если такое положение вещей не изменится, будущее бремя болезней будет еще тяжелее, связанные с ним издержки будут все больше расти, а здоровье будет все хуже. [13, 15]

Ориентация больниц все больше должна меняться от «лечения болезней» к «созданию здорового образа жизни», что соответствует идее Всемирной организации здравоохранения о создании сети «больниц, способствующих укреплению здоровья». К. Шутцер справедливо отмечает, что больницы должны «поддерживать связь с медицинскими работниками таким образом, чтобы по-настоящему гарантировать и нести институциональную ответственность за укрепление здоровья своих пациентов в самом буквальном и реалистическом смысле этого слова...». [11, 14]

В мировом масштабе, бурный научно-технический прогресс также оказывает непосредственное влияние на медицинские технологии. Периодически появляется новое поколение медицинского оборудования, которое определяет новый алгоритм развития медицинской науки

и практики. Больница не может отставать от этих тенденций и стремится к достаточности, современности и модернизации на своем технологическом уровне, что, в свою очередь, даст ей преимущество в сильной конкурентной среде. Во многих странах, с целью решения технологических задач, обеспечения технического прогресса и повышения качества, больницы объединяются в мультибольничные комплексы холдингового типа. Идея состоит в том, чтобы больницы занимались тем, в чем они наиболее компетентны и что умеют делать лучше всего.[2]

Новые общественные ожидания навязывают тенденцию ориентации больницы на гуманизованное развитие, связанное с удовлетворением потребностей людей и уважением их прав и достоинства.[12]

Медицина, больше, чем любая другая наука, связана с человеком, т.к. отвечает за функцию его существования - здоровье, которое является основой жизни, трудоспособности и свободы. Восприятие медицины как творчества и как искусства позволяет понять глубоко укоренившуюся оценочную природу клинических явлений и их понятий: здоровья, болезни, инвалидности, жизни, смерти. Здесь, в основе научного медицинского мышления и поведения, лежит моральная оценка. Она определяет огромный нравственный потенциал всего спектра деятельности и взаимоотношений в больнице.[1]

В нашем исследовании мы искали ответы на ряд вопросов, связанных с управлением одного из наиболее крупных медицинских учреждений для стационарной медицинской помощи в Болгарии - Многопрофильной больницы активного лечения (МБАЛ) им. доктора Атанаса Дафовского АО г. Кырджали.

Эта больница расположена в самом сердце Восточных Родопов и является крупнейшим медицинским учреждением в этом географическом районе страны. Ее важность определяется ее статусом областной больницы для всей области Кырджали, расположенной в самой южной части Болгарии. С годами она превратилась в своего рода, не только диагностический центр, но и в центр лечения, медицинского ухода и профилактики. В 2013 году, с открытием перевала Маказа и границы с Грецией, вдоль транспортного коридора № 9 появились новые возможности для приграничного сотрудничества, в том числе в сфере здравоохранения. Однако, увеличение движения людей и транспортных средств в оба направления границы привело к появлению новых проблем, связанных с травмами на транспорте и некоторыми заболеваниями. Новая роль МБАЛ им. д-ра Атанаса Дафовского АО г. Кырджали теперь состоит в том, чтобы оправдывать ожидания людей в

отношении предоставления им адекватных и качественных медицинских услуг, а также своевременно реагировать при возникновении неотложных случаев и чрезвычайных ситуаций в приграничном регионе Юго-Восточной Европы.

Регион, обслуживаемый больницей, имеет некоторые черты, схожие в целом с демографической, медицинской и социально-экономической ситуацией в Болгарии, а именно:

- снижение рождаемости, увеличение заболеваемости и смертности, старение населения, внешняя и внутренняя миграция, низкий уровень жизни, наличие различных групп риска среди населения с повышенным социальным и медицинским риском.
- в период с 2000 г. по 2017 г. ожидаемая продолжительность жизни в Болгарии увеличилась более чем на три года, но более высокое увеличение продолжительности жизни в других государствах-членах ЕС увеличило разрыв между Болгарией и средним показателем по ЕС.
- за период 2000-2017 гг. значительно снизилась младенческая смертность, с 13,3 до 5,8 смертей на 1000 живорождений, но при этом сохраняются региональные различия и диспропорции.
- основной причиной смерти в Болгарии и в регионе являются сердечно-сосудистые заболевания - более 1100 на 100 000 человек в 2016 году (примерно в три раза больше, чем в среднем по ЕС - 360 на 100 000). Одна пятая всех смертей вызвана инсультом. Благодаря улучшению ранней диагностики и лечения, смертность от ишемической болезни сердца с 2000 года до наших дней снизилась вдвое.
- более половины всех случаев смерти (51%) связаны с поведенческими факторами риска. Риски, связанные с дисбалансом питания, включая низкое потребление фруктов и овощей и высокое потребление сахара и соли, сыграли решающую роль в 33% всех смертей в 2017 году, что представляет собой самую высокую долю в ЕС и почти вдвое выше среднего показателя для ЕС (18%). Курение стало причиной 21% всех смертей, 5% смертей были вызваны употреблением алкоголя, а 4% - низкой физической активностью.
- избыточный вес и ожирение у детей являются серьезной проблемой общественного здравоохранения.
- низкая физическая активность населения - только 58% взрослых проявляют умеренную физическую активность каждую неделю.
- более половины болгар старше 65 лет имеют одно или несколько хронических заболеваний.

- социально-экономическое неравенство усугубляет риски для здоровья. Многие поведенческие факторы риска преобладают среди людей с более низким уровнем образования и доходов, среди обездоленных групп, что в значительной степени способствует неравенству в отношении здоровья и продолжительности жизни.[9]

Наряду с упомянутыми общими тенденциями в медико-демографическом состоянии населения в Кырджалийской области, имеется ряд специфических региональных особенностей: общая тенденция к уменьшению численности населения замечена в области Кырджали, но эта тенденция значительно менее выражена по сравнению с другими областями Болгарии. Даже, в последние годы, можно говорить о небольшом росте. С точки зрения места проживания населения, в Кырджалийском регионе всегда сильно преобладало сельское население и по сравнению с городским населением составляло пропорцию 60/40.

Из-за гористой местности и плохой дорожной сети, населенные пункты, в основном небольшие деревни и хутора, разбросаны и удалены друг от друга, и доступ к ним затруднен. В последние годы, из-за отсутствия средств к существованию, большинство людей покинули деревни и переехали в города в поисках лучшей экономической и профессиональной реализации. Большое количество молодых людей и молодых семей предпочли жить и работать за границей.

Отличительной чертой населения Кырджалийской области является этническое разнообразие - согласно данным последней переписи, болгары составляют 34,11% населения, представители турецкой этнической группы - 61,65%, ромской этнической группы - 0,77%, других этнических групп - 0,23%. Это предполагает принятие таких управленческих решений в области здравоохранения, которые бы учитывали специфические традиции, религиозные верования и обычаи, и другие культурные особенности (санитарные привычки, медицинская культура и образование) для достижения более высокого качества медицинского обслуживания и максимального удовлетворения потребностей отдельных граждан.

Медицинское обслуживание населения осуществляется в трудных условиях при явной нехватке медицинского персонала. [6] В звене первичной медико-санитарной помощи существует большое количество незанятых медицинских мест - более трети от запланированных. На 40 врачей общей практики приходится около 100 000 человек. Специализированная медицинская помощь сосредоточена в основном в областном городе, а население отдаленных деревень имеет затрудненный доступ к врачам-

-специалистам: эндокринологам, кардиологам, онкологам, ревматологам, аллергологам, специалистам сосудистой хирургии, нейрохирургии и токсикологии. Не хватает специализированных больниц для длительного лечения и реабилитации. Таким образом, комплексная медицинская помощь в этом регионе может быть предложена только в областном центре в Многопрофильной больнице активного лечения (МБАЛ) им. д-ра А. Дафовского.

С другой стороны, 43 000 человек не имеют медицинской страховки и постоянно остаются за рамками медицинского страхования, что еще больше затрудняет им доступ к медицинским услугам и усложняет предоставление им своевременной и адекватной медицинской помощи.

Вот в таких специфических условиях больница должна адаптироваться к потребностям населения и сосредотачивать свои усилия, в основном, на ограничении воздействия негативных факторов на здоровье населения, на улучшении состояния здоровья населения не только путем оказания адекватной медицинской помощи, но также путем усиления пропаганды и профилактической направленности здравоохранения.

Наступившие в последние годы внутренние и внешние изменения повлекли за собой соответствующие перемены в деятельности больницы. Введением новых услуг и внедрением новых диагностических и терапевтических методов увеличили расходы за пребывание в стационаре. [5]. С другой стороны, учитывая потребность пациентов в более современном обслуживании и более высоком качестве услуг, увеличился и средний доход, получаемый с одного пациента. Все это в результате повысило эффективность госпитализации. [4]

МБАЛ им. д-ра Атанаса Дафовского АО является таким медицинским учреждением, в котором в последние годы осуществляется масштабная инвестиционная программа, работающая в двух направлениях: первое – это инвестиционные фонды Министерства здравоохранения и второе – реализация проектов с фондами Европейского Союза, особенно в области приграничного сотрудничества. С этой программой больница успешно справляется, что позволяет ей внедрять новые и высокотехнологичные методы диагностики и лечения.

В больнице установлено современное медицинское оборудование – компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), система видеоэндоскопии, 4D - УЗИ, ангиограф, открыты кабинеты инвазивной кардиологии, молекулярно-генетическая лаборатория с современной ПЦР-диагностикой и многое другое.

При медицинском учреждении открыт медицинский центр, где проводятся амбулаторные медицинские осмотры и анализы. Также

работает хоспис на 36 коек, где после выписки из больницы лежат пациенты с тяжелыми формами инвалидности, и оказывается паллиативная помощь больным раком.

Общее количество больничных коек составляет 345. Количество сотрудников больницы составляет 610 человек, из которых 130 врачей, 264 медсестры и 215 человек обслуживающего персонала.

По данным за 2018 г., в обслуживаемом регионе проживают 152 873 человека. В среднем, ежегодно через больницу проходят от 18 200 до 19 400 пациентов. Здесь лечатся пациенты со всей Кырджалийской области, при этом, как правило, наиболее тяжелые клинические случаи. Ежегодно в стационаре принимают от 600 до 800 родов. Смертность составляет около 2% от госпитализированных пациентов. Коэффициент использования койко-мест составляет от 70 до 80%. Средний срок пребывания в больнице составляет 5-6 дней. В последние 5-6 лет наблюдается стабильность показателей.

Таблица 1. Данные по Кырджалийской области о численности населения, зарегистрированных заболеваниях, госпитализированных пациентах и умерших из них.

Год	Население	Заболевшие	В процентах %	Число спитализированных	В процентах %	Число умерших из числа госпитализированных	В процентах %
2014	152053	57553	37,9	19448	33,9	319	1,6
2015	151319	52849	34,9	18875	35,7	351	1,9
2016	150837	48015	31,8	18392	38,3	363	2,0
2017	151113	57295	37,9	18185	31,7	390	2,1
2018	152873	51683	33,8	18216	35,2	375	2,1

Источник: собственная разработка

Основными причинами госпитализации в больнице являются заболевания системы кровообращения, сахарный диабет и его осложнения и травмы - транспортные и бытовые.

Таблица 2. Основные причины госпитализации и смертельного исхода.

Год	Заболевания системы кровообращения						Сахарный диабет	Травматизм				
	Сердечно-сосудистые		В процентах %.	цереброваскулярные		В процентах %						
	госпитализированные	умершие		госпитализированные	умершие							
2014	2097	58	2,8	1472	107	7,3	1118	3	0,3	1298	19	1,5
2015	2088	65	3,1	1543	105	6,8	1098	9	0,8	1404	18	1,3
2016	2235	75	3,4	1463	109	7,5	1178	11	0,9	1252	19	1,5
2017	2222	75	3,4	1400	120	8,6	1294	7	0,5	1182	22	1,9
2018	2070	69	3,3	1503	118	7,9	1491	4	0,3	1301	17	1,3
2019	2197	80	3,6	1552	86	5,5	1697	9	0,5	1462	25	1,7

Источник: собственная разработка

Вызывает беспокойство как высокое число заболеваний, связанных с системой кровообращения, так и количество госпитализированных пациентов и смертельных исходов. Основное место в структуре занимают цереброваскулярные заболевания, ишемическая болезнь сердца и острый инфаркт миокарда. С возрастом, показатели возрастают у обоих полов, но наиболее они выражены в группах после 35 лет у мужчин и 45 лет у женщин. Снижение возраста можно объяснить с характерными чертами населения, которые включают в себя высокую частоту курения, гипертонию, недоедание, ограниченную физическую активность, психоэмоциональный стресс и целый ряд социальных факторов.

Для того, чтобы больница имела возможность адекватно реагировать на эту социально значимую в региональном масштабе проблему, в 2010 году была открыта лаборатория для инвазивной диагностики и лечения, благодаря которой возросли охват нуждающихся и доступ к адекватной медицинской помощи, а смертность от острого инфаркта миокарда снизилась. с 14% до 8-9%.

Таблица 3. Острый инфаркт миокарда – госпитализации и смертность (2005-2019 г.г.)

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА (ОИМ)			
Год	Число госпитализированных с ОИМ	Число умерших от ОИМ	В процентах %
2005	130	18	14
2006	132	18	14
2007	122	18	15
2008	125	26	21
2009	125	14	11
Данные об ОИМ до открытия инвазивной кардиологии (5-летний период)	634	94	15
2010	150	13	9
2011	142	13	9
2012	139	8	6
2013	186	20	11
2014	177	10	6
Данные об ОИМ после открытия инвазивной кардиологии (5-летний период)	794	64	8
2015	197	17	9
2016	231	23	10
2017	198	17	9
2018	182	12	7
2019	209	22	11
Данные об ОИМ после открытия инвазивной кардиологии (10-летний период)	1811	155	9

Источник: собственная разработка

Смертность от острого инфаркта миокарда

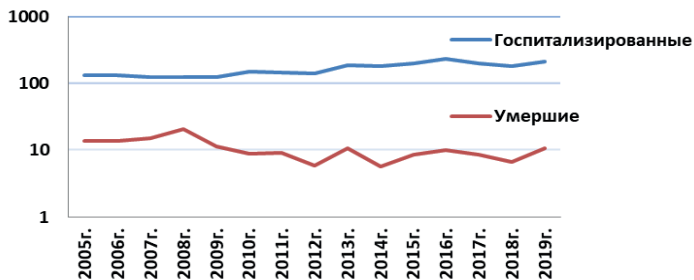


Рис. 1. Смертность от острого инфаркта миокарда

СМЕРТНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ДО ОТКРЫТИЯ ИНВАЗИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ



Рис. 2. Смертность – до инвазивной кардиологии

СМЕРТНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОСЛЕ ОТКРЫТИЯ ИНВАЗИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ



Рис. 3. Смертность – после инвазивной кардиологии

Ухудшение качества жизни и более высокая частота факторов риска объясняют рост частоты инсультов. Увеличивается число пациентов в относительно молодом возрасте, перенесших инсульт, и, к сожалению, увеличивается число случаев инвалидности и серьезных остаточных последствий после лечения. Эта проблема ложится бременем не только на здравоохранение, но и на социальную систему общества и на каждую конкретную семью.

В стремлении быть полезной для каждого отдельного индивида, семьи и общества в целом, в последние годы в больнице начали применять более современные методы терапии, успешно внедряя тромболитическое лечение для тех пациентов, состояние которых это позволяет. Эффектом такого лечения стало снижение уровня смертности, а также инвалидности пострадавших пациентов.

Таблица 4. Острое цереброваскулярное заболевание

Год	Число госпитализированных с инсультом	Число умерших от инсульта	В процентах %	Количество выполненных тромболизисов
2014	1472	107	7,3	0
2015	1543	105	6,8	0
2016	1463	109	7,5	0
2017	1400	120	8,6	0
2018	1503	118	7,9	19
2019	1552	86	5,5	22

Источник: собственная разработка

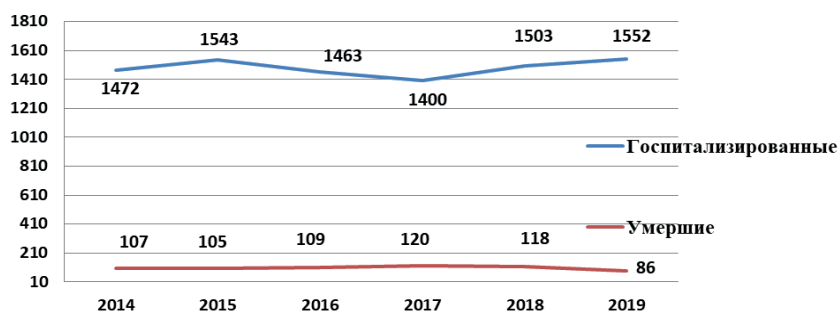


Рис. 4. Количество госпитализированных с инсультом и умерших из числа госпитализированных с инсультом

Сахарный диабет является одним из самых распространенных и имеющих неоспоримое социальное значение заболеваний в современном мире. Считается, что к 2040 году у каждого десятого взрослого будет развиваться сахарный диабет. [7] В Болгарии за период 2012-2016 г.г. число новых диагностированных случаев сахарного диабета увеличилось на 52 639, что указывает на высокий уровень прогрессирования этого заболевания. Высока смертность от осложнений от диабета. В возрасте старше 65 лет сердечно-сосудистые заболевания являются причиной смерти более чем у двух третей диабетиков. Становятся все более частыми госпитализации пациентов с диабетом, у которых развился инфаркт миокарда, инсульт, диабетическая гангрена, терминальная почечная недостаточность, гипергликемическая кома. Несмотря на то, что благодаря инновационному лечению и обучению пациентов справляться с этим заболеванием в некоторых развитых странах частота осложнений начинает спадать, больницы должны продолжать готовиться к неизбежному присутствию больных диабетом и к индивидуализации лечения инсулином и соответствующего поведения.

Таблица 5. Сахарный диабет

ГОД	Число госпитализированных с сахарным диабетом	Число умерших от сахарного диабета	В процентах %
2014	1118	3	0,3
2015	1098	9	0,8
2016	1178	11	0,9
2017	1294	7	0,5
2018	1491	4	0,3
2019	1697	9	0,5

Источник: собственная разработка



Рис. 5. Госпитализированные больные с сахарным диабетом

Травматизм является неотъемлемой чертой современной динамичной жизни. В последние годы дорожно-транспортный травматизм растет как в Болгарии в целом, так и в Кырджалийской области в частности. Значительная доля приходится на бытовые травмы. Растет количество переломов, вызванных дегенеративными заболеваниями суставов. Так например, переломы шейки бедра составляют 50% всех переломов тазобедренного сустава. Число их постоянно растет вместе с увеличением продолжительности жизни. Благодаря появлению минимально инвазивных методов, короткого пребывания в стационаре, сокращения срока начала движения и технологического развития имплантатов, аллопластика тазобедренного сустава становится все более предпочтительным методом лечения. Количество выполненных аллопластик в МБАЛ им. д-ра Атанаса Дафовского с каждым годом растет.

Таблица 6. Травмы тазобедренного сустава и нижних конечностей.

Год	Число госпитализированных с травмой ТБС/нижних конечностей	Число умерших в результате травмы ТБС/нижних конечностей	В процентах %
2014	397	9	2,3
2015	410	8	2,0
2016	412	11	2,7
2017	386	12	3,1
2018	452	8	1,8
2019	426	12	2,8

Источник: собственная разработка



Рис. 6. Выполненная аллопластика тазобедренного сустава

Чтобы оправдать ожидания людей в отношении доступного и качественного медицинского обслуживания, в МБАЛ им. д-ра Атанаса

Дафовского была внедрена и успешно применяется система управления качеством, подтвержденная двумя сертификатами Intertek, подтверждающими, что медицинское учреждение соответствует требованиям стандарта. EN ISO 9001: 2000, а с 2010 г. соответствует требованиям стандарта EN ISO9001: 2008.

В 2008 году больница вошла в десятку лучших больниц страны.

В 2011 году больница была включена в список европейских больниц, гарантирующих качественную медицинскую помощь. [10]

В ноябре и декабре 2019 г. группой авторов был проведен опрос среди 300 госпитализированных лиц в медицинском учреждении в отношении их удовлетворенности пребыванием в больнице. Опрошенные были разделены поровну на две группы - жители городов (группа I) и жители деревень (группа II). Результаты опроса показаны в таблице 7:

Таблица. 7. Рейтинг удовлетворенности по показателям (в %).

Показатели	Группа I	Группа II
1. Удовлетворенность отношением врачей	97,34%	94,00%
2. Удовлетворенность отношением медсестер	92,67%	90,67%
3. Удовлетворенность информацией о необходимых исследованиях и результатах	82,00%	84,67%
4. Удовлетворенность соблюдением прав пациентов	96,00%	94,00%
5. Удовлетворенность полученной информацией о заболевании и лечении	84,67%	85,33%
6. Удовлетворенность полученной информации о внутреннем распорядке в больнице и отделении	72,00%	82,67%
7. Удовлетворенность бытовыми условиями	84,00%	86,67%
8. Удовлетворенность количеством и качеством пищи	82,67%	70,67%

Источник: собственная разработка

Больница активно работает в области пропаганды здорового образа жизни и укрепления контактов с пациентами до их поступления в больницу и после их выписки. При больнице были созданы: Школа для будущих мам, Кабинет планирования семьи и репродуктивного здоровья, Школа для детей с атопическим дерматитом, Кабинет для обучения диабетиков, Кабинет профилактической медицины и Центр эстетической медицины.

Исследования состояния здоровья населения и направления ожидаемых госпитализаций являются важной частью стратегии больницы

с целью корреляции между спросом и предложением больничных медицинских услуг и прогнозирования профиля потока пациентов. [3, 8]

В январе и феврале 2020 года на территории Кырджалийской области - в муниципалитете Крумовграда команда районной больницы провела скрининговое исследование, направленное на определение степени риска для здоровья населения. Целью данного исследования было желание обратить внимание муниципальных властей на адекватные меры по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Было обследовано 501 человек, отобранных по случайному принципу, из города и муниципалитета Крумовграда в возрасте от 20 до 70 лет. Из них 357 - женщины, 144 - мужчины или 71,25% женщин и 28,75% мужчин.

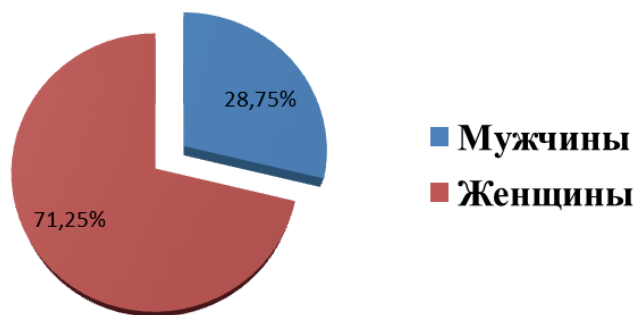


Рис. 7. Соотношение мужчин и женщин в группе обследованных лиц

Независимо от возраста и пола, всем обследуемым лицам были сделаны клинические и лабораторные анализы: анализ крови - гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты; биохимические показатели - уровень сахара в крови, ферменты печени, липидный профиль; гормоны щитовидной железы. Были заданы вопросы и относительно образа жизни, которые не являются предметом данной публикации.

После медико-статистической обработки данных были получены следующие результаты:

Результаты – женщины

В ходе исследования было обследовано 357 женщин: исследования 137 женщин не показали отклонений от эталонных значений (38,47%), а исследования 220 женщин (61,6%) показали отклонения от эталонных значений соответствующих показателей.

Таблица 8 Отклонение результатов от эталонных значений (женщины)

Отклонение от эталонных значений	Показатель	Количество человек	в %
Отклонение от эталонных значений	Сахар в крови	29	8,12 %
Отклонение от эталонных значений	Ферменты печени (ASAT, ALAT)	10	2,8 %
Отклонение от эталонных значений	Липидный профиль (Холестерин, HDL-холестерин, LDL-холестерин, Триглицериды)	134	37,53 %
Отклонение от эталонных значений	Гемоглобин (Hb)	44	12,32 %
Отклонение от эталонных значений	Лейкоциты (Levc)	20	5,6 %
Отклонение от эталонных значений	Тромбоциты (Tr)	13	3,64 %
Отклонение от эталонных значений	Тироитропный гормон (TSH)	45	12,6 %
Отклонение от эталонных значений	Активный гормон щитовидной железы (FT ₄)	17	4,75 %
Отклонение от эталонных значений	Антитела против клеток щитовидной железы (MAT)	83	23,24 %
Отклонение от эталонных значений	Эритроциты (Ergt)	44	12,32 %

Источник: собственная разработка

Обнаружено, что наиболее частыми нарушениями у женщин являются: повышенный липидный профиль, повышенный уровень антител к щитовидной железе (MAT), повышенный (или пониженный) тиреотропный гормон (TSH), низкий гемоглобин и эритроциты из-за латентной железодефицитной анемии или синдрома талассемии.

Результаты - мужчины

В ходе исследования было обследовано 144 мужчины: результаты обследования 41 мужчины не показали отклонений от эталонных значений показателей (28,4%), а результаты анализов 103 мужчины (71,6%) показали отклонения от эталонных значений ряда показателей.

Таблица 9. Отклонения результатов анализов от эталонных значений (мужчины)

Отклонение от эталонных значений	Показатель	Количество человек	в %
Отклонение от эталонных значений	Сахар в крови	17	11,8 %
Отклонение от эталонных значений	Ферменты печени (ASAT, ALAT)	24	16,6 %
Отклонение от эталонных значений	Липидный профиль (Холестерин, HDL-холестерин, LDL-холестерин, Триглицериды)	84	58,33 %
Отклонение от эталонных значений	Гемоглобин (Hb)	5	3,47 %
Отклонение от эталонных значений	Лейкоциты (Levc)	5	3,47 %
Отклонение от эталонных значений	Тромбоциты (Tr)	5	3,47 %
Отклонение от эталонных значений	Тироитропный гормон (TSH)	4	2,77 %
Отклонение от эталонных значений	Общий простат-специфический антиген (TPSA)	5	3,47 %
Отклонение от эталонных значений	Антитела против клеток щитовидной железы (MAT)	6	4,16 %
Отклонение от эталонных значений	Эритроциты (Eryt)	5	3,47 %

Источник: собственная разработка

У мужчин преобладает повышенный процент липидного профиля (внеконтрольногодиапазона),чтов основномсвязаносналичиемизбыточноговеса и неподвижностью. Увеличение ферментов печени является результатом частого употребленияалкоголя.Потреблениеалкоголя среди этихотносительно закрытых сообществ начинается в дружественной и домашней обстановке относительно рано и с годами увеличивается. Повышенный уровень сахара в крови обусловлен несбалансированным питанием, неподвижностью, употреблением алкоголя, возрастом и генетическими факторами.

В возрасте 20-30 лет патологические изменения встречаются редко. В этом возрасте мужчины социально и трудоспособны, находятся в хорошей физической форме и чаще с нормальной массой тела. Снижение

гемоглобина (из-за железодефицитной анемии или минимальной талассемии) и повышенные уровни антител против клеток щитовидной железы иногда обнаруживаются у молодых женщин.

Задача нашего исследования состояла в том, чтобы по результатам клинического и лабораторного скрининга определить **факторы риска для здоровья населения.**

А. Дислипидемии - высокий уровень холестерина, нарушение баланса между фракциями холестерина (HDL/LDL), высокий уровень триглицеридов.

В проведенном клиническом исследовании с помощью лабораторных анализов крови случайно выбранных жителей муниципалитета Крумовграда было подтверждено, что 58,33% обследованных мужчин и 37,53% обследованных женщин имеют ту или иную форму нарушения липидного профиля.

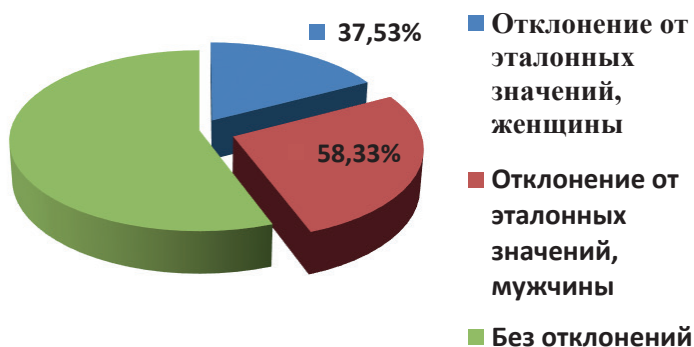


Рис. 8. Липидный профиль
(Холестерин, HDL-холестерин, LDL-холестерин, Триглицериды)

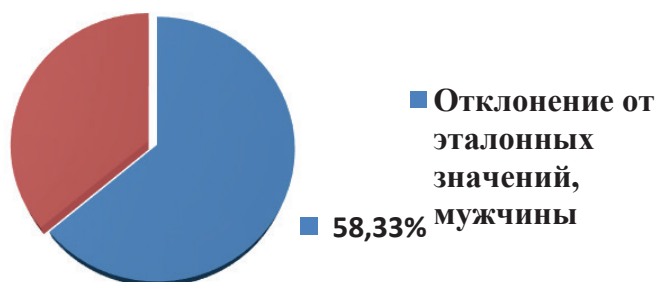


Рис. 9. Липидный профиль
(Холестерин, HDL-холестерин, LDL-холестерин, Триглицериды) – мужчины

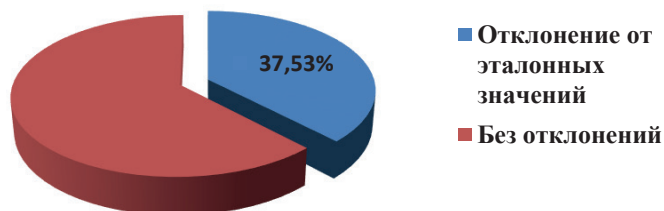


Рис. 10. Липидный профиль
(Холестерин, HDL-холестерин, LDL-холестерин, Триглицериды) – женщины

Видно, что процент высокий, что создает серьезные риски для здоровья населения.

Для целей практики, ориентации в значениях показателей липидного профиля и их интерпретации мы рекомендуем использовать следующую таблицу:

Таблица 10 Содержание холестерина в сыворотке крови, ммоль/л

Содержание холестерина в сыворотке крови, ммоль/л			
Показатель	Желательно	Критично	Заболевание
Общий холестерин	< 5,2	5,2 – 6,5	> 6,5
LDL-C	< 4	4 – 5	> 5
HDL-C	> 1	1 – 0,9	< 0,9
LDL-C/HDL-C	< 4	4 – 5	> 5

Риски для здоровья населения в результате нарушений липидного профиля:

- 1) Развитие сердечно-сосудистых заболеваний - гипертонии, стенокардии, нарушения ритма и проводимости, инфаркт миокарда;
- 2) Развитие цереброваскулярных заболеваний - преходящие нарушения мозгового кровообращения, инсульт;
- 3) Развитие раннего атеросклероза с полным повреждением кровеносных сосудов большого, среднего и малого калибра периферического и органного кровообращения.

- 4) Ухудшение состояния при уже существующих метаболических заболеваниях, таких как сахарный диабет, метаболический синдром, ожирение и т. д.

Одним из основных факторов риска развития сосудистых и метаболических заболеваний является неспособность организма бороться с высоким уровнем холестерина и его отложение на стенках кровеносных сосудов с последующим разрушительным воздействием на сосудистую стенку.

Причины нарушений липидного профиля:

- 1) Генетическая предрасположенность;
- 2) Неправильное питание на основе повышенного потребления углеводов и жиров; избыточный вес.
- 3) Иммобилизация или недостаточная физическая активность;
- 4) Системное употребление алкоголя и курение;
- 5) Стресс и психоэмоциональное напряжение;
- 6) Физическая и умственная усталость;
- 7) Социальные проблемы - безработица, бедность, хронические заболевания,
- 8) инвалидность (плохие показатели качества жизни)

Б. Повышенные показатели антител против клеток щитовидной железы и изменения уровня гормонов, стимулирующих щитовидную железу

Это одно из самых распространенных отклонений в анализах крови обследованных женщин из муниципалитета Крумовграда.

Почти 19% болгарского населения страдает от аутоиммунного заболевания щитовидной железы. Каждый десятый человек в нашей стране имеет дисфункцию щитовидной железы. При этом у большинства людей обнаружено снижение функции щитовидной железы, а у меньшего числа – эта функция повышена и наблюдается перепроизводство гормонов.

В прошлом, аутоиммунный тиреоидит Хашимото считался относительно редким заболеванием, но настоящее исследование, как и многие другие, опровергает этот факт. Оказывается, женщины во много раз чаще предрасположены и страдают от болезни Хашимото. Показатель заболеваемости в данном исследовании составил: 23,24% женщин и 4,16% мужчин.

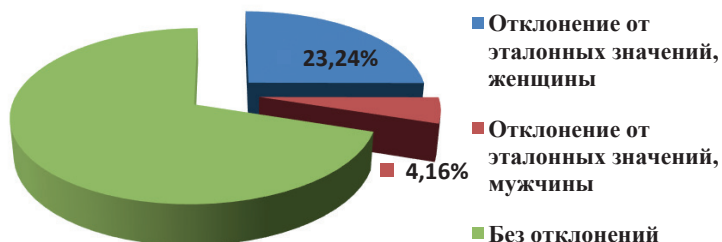


Рис. 11 Анализ антител против клеток щитовидной железы (МАТ)

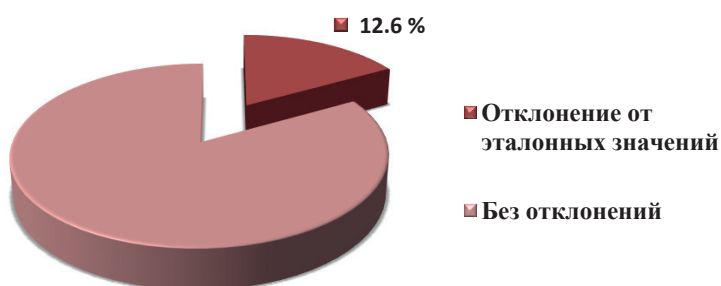
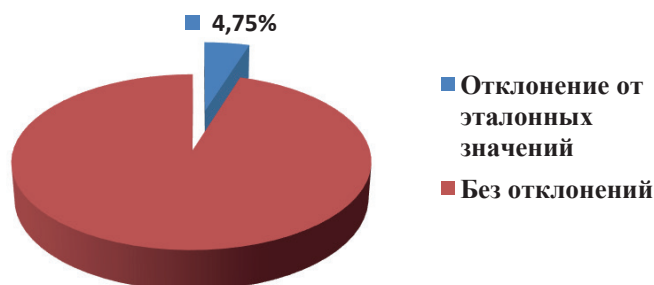


Рис.12 Тироитропный гормон (TSH)

Рис. 13. Активный гормон щитовидной железы (FT₄)

Факторы риска заболевания щитовидной железы:

- 1) Возраст старше 50 лет;
- 2) Плохая наследственность;
- 3) Наличие других аутоиммунных заболеваний
- 4) Неблагоприятная окружающая среда с повышенными параметрами радиационного фона.

С. Низкий гемоглобин - наличие анемического синдрома

Это отклонение в анализе крови встречается в основном у женщин, что подтверждается опросом, проведенным среди жителей муниципалитета Крумовграда.

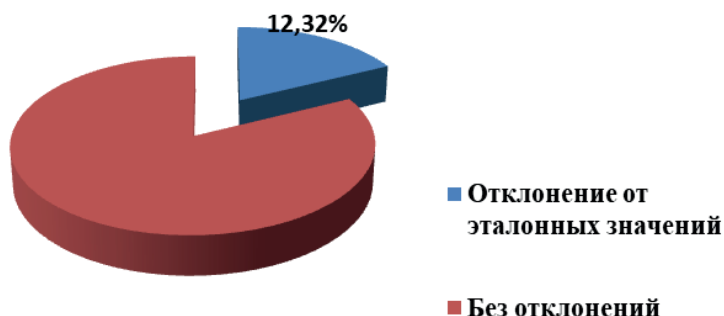


Рис. 14. Отклонения от эталонных значений гемоглобина

Анемический синдром довольно распространен среди населения Восточных Родопов. С одной стороны, это связано с наличием врожденной анемии, известной как средиземноморская анемия (талассемия), которая является эндемичной в этом регионе и часто протекает бессимптомно (в более легких формах). С другой стороны, это связано с традиционно ухудшенным питанием населения, особенно в деревнях и отдаленных хуторах.

Воздействие анемического синдрома на здоровье:

- 1) Снижение снабжения органов кислородом - организм находится в состоянии кислородного голодания, страдает функция органов;
- 2) Развитие усталости и слабости;
- 3) Апатия и депрессия;
- 4) Низкое кровяное давление и коллапс.

Г. Повышенный уровень ферментов печени

В настоящем исследовании это явление встречается в основном у мужчин и связано с тенденциями к системному употреблению алкоголя.

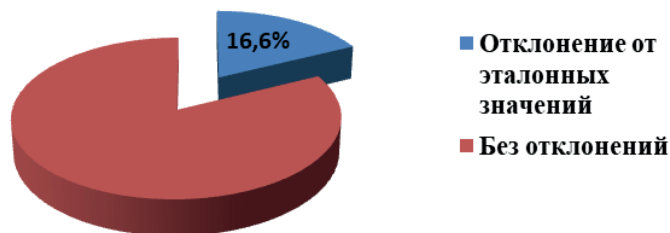


Рис. 15. Ферменты печени

Последствия системного употребления и злоупотребления алкоголем:

- 1) Заболевания печени - стеатоз, гепатит, цирроз печени
- 2) Повреждение центральной нервной системы - психоз, делирием, энцефалопатия
- 3) Системное повреждение других органов и систем по типу протоплазматического отравления

Способ организации свободного времени в поддержку позитивного здоровья является еще одним аспектом, которому следуют авторы путем опроса респондентов. Полученные результаты дополняют картину одной из составляющих качества жизни населения Кырджалийской области.

На вопрос: есть ли у вас свободное время? – опрошенные ответили следующим образом:

- 1) Да – 43,4%
- 2) Иногда – 39,8%
- 3) Нет – 16,8%

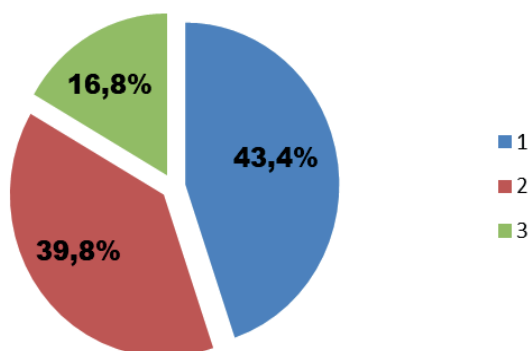


Рис. 16. Наличие свободного времени

На вопрос: чем вы занимаетесь в свободное время? - опрошенные ответили более чем одним ответом:

- 1) Смотрю телевизор – 40%
- 2) Гуляю на улице – 27%
- 3) Встречаюсь с друзьями – 15%
- 4) Сажу в Интернете – 10%
- 5) Занимаюсь спортом – 5%
- 6) Валяюсь на диване – 3%

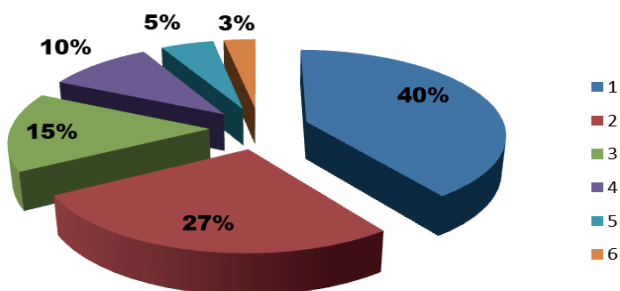


Рис. 17. Досуг

Значительно меньшее количество опрошенных проводят свое свободное время за покупками, путешествиями, чтением книг, посещением выставок и концертов.

ВЫВОДЫ:

Клинико-лабораторные исследования и анкетирование, проведенные больницей среди жителей Кырджалийской области, позволяют сделать следующие выводы о состоянии здоровья населения и об ожидаемом профиле пациента в больнице:

- 1) Основной проблемой среди мужчин и женщин являются нарушения липидного профиля с преимущественно высоким уровнем холестерина среди мужчин - более чем у 50% опрошенных. Основными причинами являются: рацион питания, неподвижность и стресс. Это создает высокий риск сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, включая инфаркт и инсульт. Мужчины более подвержены опасности.

- 2) Значительный процент женщин имеет повышенный показатель антител к клеткам щитовидной железы - свидетельство аутоиммунного заболевания желез, в основном тиреоидита Хашимото. В большинстве случаев это происходит с минимальными симптомами или вообще без симптомов и может быть случайно обнаружено при профилактическом осмотре.
- 3) На третьем месте среди женщин стоит анемический синдром, вызванный генетическими факторами - наличием талассемии и талассемических состояний или неправильной и несбалансированной диетой. В начале, протекает скрыто и незаметно, без явных симптомов, но иногда переходит в тяжелую анемию, которая требует специального лечения.
- 4) Исследования мужчин показывают определенные данные об увеличении ферментов печени, что говорит о систематическом употреблении алкоголя и о возможности нанесения вреда физическому и психическому здоровью в результате постоянного опьянения.
- 5) Социально-этический маркетинг, который сочетает в себе удовлетворение потребностей и интересов пациентов с морально-этическим фундаментом медицинской науки и практики, расширяет традиционный имидж больницы как места для лечения заболеваний и как общественное благо приносит долгосрочные выгоды потребителям.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

- 1) Пропаганда здорового образа жизни, начиная с детского сада и дошкольного возраста, с помощью специальных программ, посвященных санитарному просвещению и медицинскому образованию детей и подростков.
- 2) Санитарное просвещение среди населения всеми возможными способами, в т.ч. с применением современных информационных технологий, с привлечением широкого участия СМИ, Болгарского Красного креста и других неправительственных организаций.
- 3) Ознакомление населения с принципами правильного и рационального питания, включая информацию о продуктах с высоким содержанием холестерина.

- 4) Разъяснение среди населения о вредном воздействии алкоголя и курения на здоровье и содействие соблюдению режима трезвости и прекращения курения.
- 5) 5. Пропаганда режима подходящих физических нагрузок для всех возрастов, техническое обслуживание спортивных сооружений, велосипедных дорожек, зон отдыха и туризма.
- 6) 6. Поощрение систематической заботы о своем здоровье путем регулярных посещений профилактических осмотров у врачей общей практики, выполнения календаря иммунизации и т. д.
- 7) 7. Обеспечение беспрепятственного доступа населения к личному врачу, специалистам по внутренним болезням, эндокринологам и кардиологам, а при необходимости - к надлежащему и своевременному стационарному лечению.
- 8) 8. Подготовка муниципальной программы по борьбе с хроническими инфекционными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, эндокринными, интоксикациями вредными ноксами), включая укрепление и профилактику здоровья и меры по преодолению выявленных рисков - профилактика и, при необходимости, расширенная диагностика и лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

В начале нового тысячелетия человечество проходит серьезные испытания, связанные с его выживанием и будущим развитием. Растет осознание того, что мы живем во взаимосвязанном мире, в котором здоровье является не только универсальной ценностью, но и реальным фактором благосостояния общества, необходимым условием биологического воспроизводства, экономической производительности и процветания любой страны.

Больницы и управление больницами сегодня находятся на распутье - сосредоточиться только на своей традиционной роли диагностических и лечебных учреждений, ориентированных на заболевания, или стать центрами, нацеленными на укрепление здоровья и пропаганду здорового образа жизни, без нанесения урона их основной миссии.

Быстро меняющаяся среда, сложность получения необходимых ресурсов, изменение ценностей, взглядов и ожиданий требуют адаптивных изменений для защиты здоровья.

В контексте вышеизложенного, современную больницу необходимо рассматривать как динамичную систему, в которой, с учетом исторического развития, новых реалий, общественных потребностей и ресурсных возможностей, организационные изменения представляют собой непрерывный процесс.

Библиография

1. Борисов, В. Концептуален модел за нова синтетична обща теория на науката за общественото здраве, сп. Здравна политика и мениджмънт, 2015, бр. 4, с. 61-68
2. Борисов, В., Здравна глобалистика - зората на една нова наука, сп. Медицински меридиани, 2010, бр. 2, с. 33-39
3. Воденичаров, Ц., Здравна политика базирана на доказателства, сп. Здравен мениджмънт, 2008 г., бр. 3
4. Златанова, Т.,Р. Златанова-Великова, С. Великов, Мениджмънт на капацитета и разходите на пациента в болницата, сп. Здравен мениджмънт, 2007 г., бр. 1
5. Златанова, Т.,Ц. Петрова-Готова, Решени и нерешени стратегически проблеми на финансирането на здравеопазването, сп. Медицински меридиани ,бр.1, 2014 г.
6. Кехайов,А. Подходи за управление на риска в болничните дейности, сп..Здравна политика и мениджмънт, бр.3, 2016 г.
7. Национальная стратегия здоровья 2014-2020 г., МЗ, 2013 г.
8. Павлова, Г., Д. Сиджимова, Здравноосигурителни системи в страните от Централна и Източна Европа, сп. Здравна политика и мениджмънт, бр.3, 2016 г.
9. Петрова,Зл., Т. Черкезов, Здравна политика. Управление на ресурсите икачеството на медицинските дейности, сб., изд. МУ - София, 2017.

10. Черкезов, Т., Удовлетвореност на пациентите от болнично лечение /социологическо проучване/, сп. „Медицински меридиани”, бр. 3, 2013 г., стр. 8-14
11. Черкезов, Т. Болничният мениджмънт в новите проекции на общественото здраве, 2018, изд. АБ, стр.108
12. European Commission. White Paper, Together for health A strategic approach for the EU, 2008-2013, Brussels, EC, 2007
13. The European files. Towards More sustainable Healthcare Systems in Europe. EFIPIA, 2014.
14. Макки М, Дж. Хилли, Реформа болниц в новой Европе, изд. „Весь Мир” Москва, 2002, часть I ,с. 3-88, часть II, с. 89-224, часть III, с. 225-308, часть IV, с. 309-315
15. Neumann, P., Rosen, Weinstein, M. Medicare and cost-effectiveness analysis, N Engl J Med, 2005

Hospital healthcare facing the new challenges and it's regional specifics

Summary

The hospital management in the current condition is facing the crossroads. The fast changing managerial environment, the complexity of the resource provision, the changings in the values, attitudes and expectancies make the reaching of the goals – the optimization of hospital expenses and improvement of the quality very difficult. The need of adaptation and change in the organization becomes permanent, which is the main conclusion in this article.

Keywords: hospital, changings, needs, orientation, rule

Елена Пыхтеева

Дмитрий Валерьевич Большой

Украинский НИИ медицины транспорта, Одесса, Украина

Пыхтеева Елена Дмитриевна

Одесский областной клинический центр

Алексей Дмитриевич Меленевский

Одесский национальный медицинский университет

Микроэлементы и здоровье в XXI веке

Изменение условий производства и структуры потребления разных странах в последние 30 лет, глобализация мировой экономики привели к значительным изменениям в режиме труда и отдыха, подходам к питанию и образу жизни основной массы населения разных стран. Рост мирового населения требует новых технологий производства продуктов питания, интенсификации сельского хозяйства, поиска новых, более эффективных технологий использования пищевого сырья и приготовления продуктов питания населения, кормов для сельскохозяйственных животных и т.п. Значительно изменились также технологии промышленного производства: в нашу жизнь стремительно ворвались различные типы полимерных и комбинированных материалов, электронных устройств, облегчающих жизнь, но в то же время создающих постоянный электромагнитный фон, который был значительно ниже у жителей середины, и тем более начала XX века.

Таким образом, профилактическая и клиническая медицина в настоящее время столкнулась с новыми вызовами. Одним из таких вызовов стало обеспечение населения основными жизненно необходимыми (эссенциальными) микроэлементами (ЭМ) и снижение экспозиции токсичными элементами (ТМ). Интерес к этой проблеме велик во всем мире, что подчеркивает ее глобальный характер. Именно поэтому во всех странах активно развивается микроэлементология – новое научное направление медицинской химии, изучающее количественные и качественные показатели микроэлементного обмена и их связь со здоровьем конкретного человека и популяции в целом, влияние микроэлементов на биохимические процессы

и их участие в патогенезе различных заболеваний. Тесно пересекается с микроэментологией токсикология тяжелых металлов. На сегодня однозначно установлено, что проявления токсического действия металлов-токсикантов (прежде всего ртути, свинца, кадмия, таллия) зависит от обеспеченности основными эссенциальными элементами [1].

В последние десятилетия в научном медицинском сообществе и у практикующих врачей значительно возрос интерес к роли микроэлементов в патогенезе различных заболеваний и, что еще более важно, сохранении здоровья и активного долголетия.

Работы в этом направлении, начатые в середине прошлого века, позволили выяснить роль, а часто и механизмы участия основных макро- и микроэлементов в биохимических процессах. Так в основном выяснены биологические функции основных макроэлементов: щелочных (натрий, калий) и щелочноземельных (кальций, магний) металлов, а также микроэлементов, находящихся в организме в значительной концентрации, прежде всего, железа, цинка и меди. Кроме того, достаточно хорошо изучено токсическое действие основных металлов-токсикантов (свинца, кадмия, ртути). Сотни тысяч токсикологических экспериментов и анализ тысяч клинических случаев позволили сформулировать основные механизмы токсического действия и выявить пороги острого и хронического действия для разных групп населения. Несмотря на тенденцию к постоянному снижению максимально допустимых норм содержания токсикантов в биосубстратах, существуют признанные ВОЗ концентрации в крови, моче, волосах, при превышении которых необходимо врачебное вмешательство, детоксикация и борьба с последствиями отравления.

Однако, кроме хорошо изученных элементов, в организм человека постоянно поступает в разных дозах значительный ассортимент минорных химических элементов, многие из которых имеют важные биологические функции. С развитием инструментальной базы, позволившей определять в биосубстратах элементы на уровне мкг/кг (мкг/л), возрос интерес к минорным микроэлементам (марганец, кобальт, хром, молибден, никель, селен, литий и др.). Химико-аналитические возможности измерительных лабораторий в настоящее время значительно опережают возможности специалистов в интерпретации полученных результатов измерений.

В вопросах нормирования таких элементов существует значительное расхождение в различных источниках информации. Зачастую, в качестве «нормального содержания» микроэлемента приводятся среднепопуляционные значения для неэкспонированного населения,

проживающего в экологически чистых условиях в горах, например, при отсутствии промышленности и транспортных потоков, без учета воды, почв и продуктов питания конкретного региона. Такие значения, например, приводят американские медицинские центры, которые кроме анализа на содержание микроэлементов предлагают услуги по детоксикации или нормализации микроэлементного статуса. При этом сравнение со «среднепопуляционными значениями для неэкспонированного населения» результатов измерения у жителей мегаполиса, вполне закономерно, показывает значительное, иногда в несколько раз, превышение, что дает возможность назначать БАДы и проводить детоксикационную терапию.

Аналогично обстоит дело с содержанием цинка в волосах. Существует диапазон допустимых концентраций (т.е. это значения, обеспечивающие биохимические потребности организма), и диапазон «рекомендованных», «оптимальных» концентраций, который обеспечивает запас прочности, способствует активному образу жизни и долголетию. Такой диапазон входит в диапазон допустимых концентраций, но уже.

Еще в 1974 на основе глубокого изучения глобальных и региональных экологических проблем ВОЗ были определены 8 классов приоритетных загрязнителей окружающей среды, которые в наибольшей степени влияют на динамику экологической ситуации на нашей планете с учетом фактического и потенциально возможного негативного воздействия на человека, экосистемы и климат, способности к накоплению в пищевых цепочках, биохимических свойств загрязнителей и продуктов их химической трансформации, подвижности в окружающей среде, объемов производства и использования, а также ряда других факторов. В число приоритетных глобальных загрязнителей вошли ТМ - кадмий, свинец и ртуть [2].

За прошедшие без малого полвека усилия экологических организаций увенчались успехом – содержание ТМ в воде, воздухе, продуктах питания значительно снизилось. Это подтверждается как результатами прямых измерений, так и опосредованно, по анализу биосубстратов людей. Например, по нашим данным в 1999 году среднее содержание свинца в моче взрослых людей без профессионального контакта со свинцом было 47 ± 19 мкг/л, в 2020 г – 26 ± 17 мкг/л (максимально допустимым уровнем считается 90 мкг/л). В принципе, схожая картина наблюдается для кадмия и ртути. Значит ли это, что контроль уровня ТМ потерял свою актуальность? Мы не сомневаемся, что нет. Значит ли это, что нужно добиться нулевого поступления ТМ в организм путем ужесточения нормативов содержания в окружающей среде? Убеждены, что это не только невозможно, но и не целесообразно.

В последние годы становится актуальным изучение низкодозового влияния ТМ с учетом комплексного, системного анализа микроэлементного статуса на популяционном, организменном и клеточном уровне.

Поступление ТМ в том или ином виде в клетку еще не означает обязательности его токсического действия. До определенной «пороговой» концентрации адаптационные резервы достаточны для связывания и/или выведения токсиканта из клетки. Действующие концентрации значительно отличаются для разного типа клеток (например, клетки почек и печени более устойчивы за счет развитой системы синтеза специализированных белков-транспортеров (например, МТ) и ферментов), чем более чувствительные секреторирующие клетки, нейроны, яйцеклетки, сперматозоиды и др.). Кроме того, действующие концентрации оказывают разное влияние при разных физиологических состояниях организма (беременность, психоэмоциональный стресс, ослабленное после перенесенной болезни состояние иммунной системы, ранний детский или старческий возраст и т.п.). [3]

Установление порогов острого и хронического действия представляет собой сложную задачу, поскольку практически ежегодно мировым научным сообществом предоставляются новые маркерные показатели, способные отразить ответ организма на поступление токсичных или недостаточность эссенциальных элементов. Если еще 100 лет назад в основном опирались на макрофизиологические проявления (диарея, рвота, потеря или нарушение сознания и др.), то в последние годы для определения действующих концентраций все чаще применяют «омикс»-технологии (геномику, протеомику). Регистрируются изменения в экспрессии генов компетентных белков и тонкие биохимические отклонения. В связи с этим за последние годы значительно понижены концентрации ТМ в биосубстратах, которые рассматриваются как максимально допустимые уровни. Так МДУ для ртути был понижен со 100 мкг/л до 10 мкг/л, а свинца с 500 до 100 мкг/л. Этому способствовал также прогресс в развитии методологии и аппаратурной базы аналитической химии, снизившей пределы обнаружения в тысячи раз за последние 100 лет.

Таким образом сегодня существует теоретическая (*научная, экспериментальная микроэлементология*), которая занимается

- Экспериментальным изучением влияния ЭМ и ТМ на животных
- Экспериментами *in vitro* на альтернативных моделях
- Изучением новых материалов (наночастиц)

Клиническая (*практическая, прикладная*) микроэлементология, в задачи которой входят:

- Измерение содержания химических элементов в биосубстратах людей и интерпретация результатов;
- Поиск причин дисмикроэлементозов и металлотоксикозов конкретного пациента;
- Оценка роли дисмикроэлементоза в патогенезе заболеваний;
- Коррекция элементдефицитных состояний или отравлений ТМ;
- Профилактика элементдефицитных состояний (хотя бы у групп риска);
- Использование знаний о микроэлементном статусе для улучшения результатов в спорте, профессиональной деятельности и т.п.
- Гигиенические исследования условий труда в плане воздействия ТМ
- Экологические исследования условий жизни в плане исследования поступления ТМ и ЭМ с водой, пищей и вдыхаемым воздухом

Диагностика микроэлементоза у конкретного пациента достаточно сложна. Во-первых, микроэлементы в организме представляют собой систему со сложными взаимосвязями с другими системами. Во-вторых, проявления недостаточности МЭ и интоксикации крайне разнообразны. В-третьих, эссенциальные МЭ при определенных условиях вызывают токсические реакции, а отдельные токсичные МЭ при определенной дозировке и экспозиции обнаруживают свойства эссенциальных МЭ. Кроме того, симптомы дефицита многих элементов совпадают или схожи между собой.

На протяжении последних 20 лет отдел гигиены и токсикологии НИИ медицины транспорта занимается системным анализом содержания химических элементов в объектах окружающей среды (атмосферный воздух, питьевая и морская вода, грунты), продуктах питания в южном регионе Украины, а также с привлечением практикующих врачей проводит измерение содержания микроэлементов в биологических субстратах людей (кровь, моча, волосы, сперма) для выяснения роли элементного дисгомеостаза в патогенезе различных заболеваний. Кроме того, мы проводим экспериментальные исследования на животных для изучения механизмов токсичности ТМ.

Материалы и методы

Изучены биосубстраты 3500 человек на содержание цинка, меди, марганца, хрома, молибдена, селена, кобальта, кальция, магния, свинца,

кадмия, ртути, платины, серебра. Программа анализа устанавливалась в зависимости от текущих задач: мониторинг популяционной обеспеченности ЭМ, анализ связи дефицита ЭМ или металлоксикоза с различными видами заболеваний (мужское и женское бесплодие, невынашиваемость беременности, аутизм, аллопедия, невроты, онкологические заболевания, химиотерапия, термические ожоги с большой поверхностью поражения), а также анализ микроэлементного статуса в рамках персонализированной медицины и антиэйджинговых программ.

Измерено содержание цинка, меди, свинца, кадмия и ртути во всех основных типах продуктов питания населения (хлебобулочные изделия, крупы, овощи и фрукты, мясо и птица, молоко и молочные продукты (более 1000 образцов). Дополнительно проводился мониторинг содержания элементов в питьевой воде (2 раза в год) и атмосферном воздухе (4 раза в год, район промышленных предприятий). Все измерения проводились современными физико-химическими методами: атомно-абсорбционной (электротермической и пламенной) и атомно-эмиссионной спектроскопией с использованием современных методов отбора проб и рациональной пробоподготовки, исключающей потерю элементов и/или загрязнение пробы.

Результаты и обсуждение

1. Оценка суточного поступления микроэлементов с продуктами питания

Немаловажным, хотя и неочевидным на первый взгляд фактором участвовавших микроэлементозов является изменение режима питания современного жителя мегаполиса, переход к рафинированной пище, повышение ее жирности, что обеспечивает повышенную калорийность без обеспечения питательной ценности по основным микроэлементам. Изменившиеся технологии сельского хозяйства, появление новых более урожайных сортов, а также изменение технологий пищевой промышленности привели в существенному снижению содержания ЭМ в конечных продуктах питания.

Содержание основных микроэлементов (железо, цинк, медь), измеренное нами в основных группах продуктов питания, значительно ниже тех данных, которые приведены в таблицах пищевой ценности в литературе, изданной в середине прошлого века (табл. 1).

Таблица 1 Годовое поступление микроэлементов с основными продуктами питания*

Наименование продукта	Норма, кг/год [4]	Содержание*, мг/кг		Поступление, мг/год	
		Zn	Cu	Zn	Cu
<i>Хлебобулочные продукты и изделия из муки:</i>					
хлеб ржаной	38	6,9	1,7	262,2	64,6
хлеб пшеничный	62	8,1	1,8	502,2	111,6
макаронные изделия	4,1	7,6	1,2	31,16	4,92
мука пшеничная	9,1	6,2	1,6	56,42	14,56
<i>Крупы:</i>					
Рисовая	2,3	8,1	2,3	18,63	5,29
Пшеничная	0,9	11,1	2,2	9,99	1,98
Гречневая	2	14,1	2,4	28,2	4,8
Овсяная	1,1	11,42	2,3	12,562	2,53
Другие	1,4	9,2	1,9	12,88	2,66
Бобовые	1,9	10,2	3,2	19,38	6,08
Картофель	108	3,1	1,2	334,8	129,6
<i>Овощи (в т.ч. соленые, квашенные):</i>					
Капуста	27,5	0,3	0,2	8,25	5,5
Помидоры, огурцы	22	0,35	0,17	7,7	3,74
Морковь	8	0,4	0,2	3,2	1,6
Свекла	8	0,5	0,2	4	1,6
Лук	7,1	0,4	0,2	2,84	1,42
Чеснок	0,9	1,1	0,4	0,99	0,36
<i>Сезонные овощи (кабачки, тыквы)</i>	10	0,3	0,2	3	2
Баштаные	14,5	0,2	0,1	2,9	1,45
<i>Фрукты и ягоды:</i>					
Фрукты, ягоды свежие	31	4,6	0,72	142,6	22,32
Сухофрукты	1,8	20,3	6,5	36,54	11,7
Сахар, Кондитерские изделия	22,5	0,05	0,01	1,125	0,225
Масло	6,7	0,2	0,1	1,34	0,67
Маргарин	1,5	0,2	0,1	0,3	0,15
<i>Мясо, мясные продукты:</i>					
Говядина	12,9	8,29	1,1	106,94	14,19
Свинина	9,5	10,5	0,9	99,75	8,55
Субпродукты	2	15,2	2,3	30,4	4,6
Птица	5	5,27	0,7	26,35	3,5
Сало	2	2,1	0,9	4,2	1,8
Колбасные изделия	6,6	7	0,8	46,2	5,28

<i>Рыба, морепродукты:</i>					
Рыба свежая, свежемороженая	9,5	9,4	2,1	89,3	19,95
Селедка	0,7	5,3	1,7	3,71	1,19
Рыбные продукты	1,3	5,3	1,7	6,89	2,21
<i>Молоко, молокопродукты:</i>					
Молоко	63	1,9	0,4	119,7	25,2
Кисломолочные напитки (кефир, ряженка, йогурт)	42	1,9	0,4	79,8	16,8
Масло сливочное	3,9	0,8	0,2	3,12	0,78
Сир плавленный	1,8	3,2	0,9	5,76	1,62
Творог	7,6	3,4	0,9	25,84	6,84
Сметана	4	3,1	0,8	12,4	3,2
Яйца (1 штука 60 г, 187,5 шт.)	11,25	5,2	0,3	58,5	3,375
Чай	0,4	0,3	0,1	0,12	0,04
Какао	0,3	8,2	1,4	2,46	0,42
Кофе	0,13	2,7	1,1	0,351	0,143
Соль	2,5	0,001	0,001	0,0025	0,0025
Специи (лавровый лист)	0,2	0,2	0,1	0,04	0,02
Всего, мг				2225	521
Годовая потребность [5], мг				5490	366

Примечания: Для удобства восприятия приведены средние содержания цинка и меди, полученные нами при анализе пищевых продуктов в г. Одесса в 2010-2020 гг. Различия в концентрациях не превышали 25 %.

Анализ табл. 2 показывает, что «продовольственная корзина» не обеспечивает необходимого поступления цинка. Особенно ситуация усугубляется при вегетарианском питании, поскольку из растительных продуктов даже с относительно высоким содержанием цинка, всасывание этого элемента затруднено из-за нахождения его в комплексе с фитиновыми кислотами. Попадая в желудочно-кишечный тракт из растительной продукции (зерно, орехи, бобовые), фитиновые кислоты ухудшают усвоение железа, цинка, кальция, фосфора и других микроэлементов из того продукта, вместе с которым поступают.

Наши исследования показали, что мука первого сорта содержит вчетверо больше цинка и втрое больше меди, чем мука высшего сорта, полученная из того же зерна. Современные сорта яблок, выращенные в хозяйствах Украины, содержат в реальности в десятки раз меньше железа, чем принято считать. Аналогичные результаты получены независимо

от нас Любарской Л.С. [6], которая показала, что рационы в детских садах не обеспечивают достаточного поступления ЭМ при установленной калорийности. Питаясь рафинированной пищей, подавляющее большинство населения, не употребляющее достаточного количества морепродуктов, орехов и мясных субпродуктов (печень, почки) с высоким содержанием микроэлементов, ощущает дефицит основных ЭМ, о чем свидетельствуют пониженные концентрации цинка, меди, железа, марганца, селена в основных диагностических биосредах (кровь, волосы). Об этом свидетельствуют проведенные нами обследования разных групп населения (табл. 2).

Таблица 2 Распределение обследованных жителей Украины по содержанию основных микроэлементов в волосах, % (собственные данные)

	Железо	Цинк	Медь	Селен	Марганец	Хром
<i>Условная норма</i>	7-70	120-250	7-20	0,2-2,0	0,3-3,0	0,5-4,1
Дети до 18 лет (257 чел)						
Ниже нормы	35,4	40,1	48,6	60,7	12,8	14,4
Норма	61,9	59,1	51,4	39,3	81,7	82,1
Выше нормы	2,7	0,8	-	-	5,4	3,5
Взрослые (416)						
Ниже нормы	21,2	28,6	18,3	46,6	2,9	13,7
Норма	67,8	66,3	72,6	52,9	89,2	81,7
Выше нормы	11,1	5,0	9,1	0,5	7,9	4,6
Пожилые (старше 70 лет) 113 чел.						
Ниже нормы	15,9	46,9	9,7	37,2	4,4	16,8
Норма	83,2	53,1	61,9	62,8	88,5	77,9
Выше нормы	0,9	0,0	28,3	-	7,1	5,3

Анализ табл. 2 показывает, что дефицит основных ЭМ испытывает в той или иной степени более трети населения. Особенно выражен дефицит во время активного роста в у детей 5-10 лет, подростков 14-18 лет, людей пожилого возраста.

Причины возникновения дефицита микроэлементов достаточно разнообразны.

Первичные:

- несбалансированное питание;
- недостаточное поступление МЭ с пищей;
- однообразное лечебное питание.

Вторичные:

- патология желудочно–кишечного тракта, в том числе синдром мальабсорбции;
- нарушения функции печени;
- повышенная экскреция МЭ (повышенный диурез);
- нарушение всасывания МЭ в кишечнике;
- врожденные дефекты метаболизма;
- нарушение биодоступности МЭ. Поступление МЭ в биодоступной форме;
- повышение потребности при обычном уровне поступления (период интенсивного роста; беременные, кормящие женщины).
- ухудшение самочувствия;
- снижение умственной и физической работоспособности;
- нарушение процессов детоксикации ксенобиотиков;
- нарушение функционирования иммунной системы (снижение сопротивляемости к инфекциям);
- замедление темпов физического и психического развития;
- предрасположенность к развитию различных патологических состояний, хронизации заболеваний.

Дефицит основных микроэлементов особенно важен при ряде патологических состояний. Например, по нашим данным, полученным при анализе крови пациентов с обширными ожогами, на 5-7 день лечения содержание цинка и меди находится ниже критических уровней. Если в среднем у взрослых здоровых мужчин содержание цинка составляет 5-6 мг/л, а уровень ниже 1,5 мг/л считается критическим, то у ожоговых пациентов уровень цинка находится в пределах 0,7-2,4 мг/л. Аналогичная картина наблюдается для меди. Обычно содержание меди составляет 0,8-1,2 мг/л. При обширных ожогах содержание меди снижается до 0,3-0,7 мг/л. Причиной этого, вероятно, является потеря связанных с белком микроэлементов в раневом отделяемом. Как известно, раневое отделяемое содержит большое количество лейкоцитов, которые, в свою очередь, содержат повышенное количество цинка. Кроме того, происходит мобилизация цинка из тканевых депо, активизируется синтез металлопротеиназы (I и II), активизируются факторы роста для регенерации тканей, усиливаются процессы перекисного окисления липидов, для противостояния которым требуется активация ферментов антиоксидантной

защиты, кофакторами которых выступают цинк и медь. Все это требует повышенного поступления цинка. Нами показано, что дополнительное введение 20-25 мг цинка и 5 мг меди в день позволяет поднять содержание этих микроэлементов в крови практически до нормальных уровней и значительно ускоряет процесс заживления.

Еще одной важной категорией пациентов, особо критичных к недостатку цинка, являются мужчины репродуктивного возраста, особенно занятые на работах с контактом с тяжелыми металлами (кадмием, свинцом и ртутью) или проживающие на загрязненных промышленных территориях. Известно [7], что кадмий, свинец и ртуть являются антагонистами цинка, способны замещать его в биомолекулах, препятствуя осуществлению ими своих биологических функций – транспортных, ферментативных и т.п. Поскольку связывание этих металлов с биомолекулами более прочное (термодинамический фактор), препятствовать этому связыванию может только значительное концентрационное превосходство цинка (кинетический фактор). Так нами было обследовано более 100 мужчин из бесплодных пар. Как известно, качество спермы определяется концентрацией сперматозоидов, из жизнеспособностью, подвижностью и количеством морфологически нормальных клеток. В таблице 3 представлены статистически обработанные результаты сравнительного анализа показателей спермограммы в зависимости от концентрации сперматозоидов в эякуляте.

Таблица 3 Сравнение показателей спермы (среднее, 5-95 перцентиль) в зависимости от концентрации сперматозоидов в эякуляте (собственные данные)

	Кол-во < 20 млн/мл, 11 чел.	Кол-во > 20 млн/мл, 92 чел.
Подвижных (кат. a+b+c), %	50,3	60,4
Жизнеспособных, %	53,3	60,4
Лейкоциты, шт. в поле зрения	4	5,6
Морфологично-нормальных, %	7,3	24,0
Лютеинизирующий гормон, мМЕ/мл	3,54	4,04
Пролактин, нг/мл	10,58	9,31
Фолликулостимулирующий гормон, мМЕ/мл	3,16	3,92
Тестостерон общий, нмоль/л	13,54	15,77
Тестостерон свободный	10,02	15,93
ГСПГ, пг/мл	26,3	28,9
Zn/Cu, мг/мг	343,7	456,8
Ca/Mg, мг/мг	2,57	2,48
Zn/Cu, на 1 сперм	334,2	444,2

Ca/Mg, шт/шт на 1 сперм	1,56	1,51
Zn/Pb, на 1 сперм	4,16 x 103	9,58 x 103
Zn/Cd, на 1 сперм	3,69 x 105	3,79 x 105
Ca/Pb, на 1 сперм	1,31 x 104	2,47 x 104
Ca/Cd, на 1 сперм	9,21 x 105	10,29 x 105
Mg/Pb, шт/шт	9,23 x 104	15,15 x 104

Как видно из данных таблицы 3, на каждый сперматозоид приходится в 1000 раз больше атомов цинка, чем свинца, и в 100000 раз больше, чем кадмия, при этом соотношение Zn/Cu, Zn/Pb, Zn/Cd больше, при нормальной концентрации сперматозоидов, что косвенно подтверждает факт пороговости действия токсичных металлов: токсичное действие наблюдается после превышения определенной концентрации, которая индивидуальна для человека и зависит от содержания основных эссенциальных металлов и детоксикационной способности клеток (достаточный синтез металлсвязывающих белков металлотioneинов).

Нами показано, что на юге Украины количество мужчин с содержанием кадмия в сперме выше 10 нг/г не превышает 10 % обследованных, в основном это курящие мужчины с профессиональной вредностью. В то же время более 25% обследованных мужчин из бесплодных пар испытывают дефицит цинка в сперме, что часто может быть скорректировано дополнительным введением этого микроэлемента и нормализацией белкового питания.

Выводы.

20 летний опыт работы нашей лаборатории в сотрудничестве с клиницистами показал, что:

- 1) Микроэлементы в организме представляют собой сбалансированную систему, обусловленную общностью транспортных белков и биологических мишеней, включенных в микроэлементный обмен. Изменение концентрации основных эссенциальных элементов изменяет поступление, распределение и биологические функции других микроэлементов.
- 2) Значительная часть обследованного населения испытывает дефицит основных эссенциальных элементов, прежде всего цинка, железа и меди. Для этих элементов установлены физиологически оптимальные концентрации в основных биосредах, доступных для анализа (кровь, моча, волосы). В большинстве случаев после установления факта

алиментарного дефицита микроэлемента можно провести коррекцию путем подбора соответствующих микроэлементных комплексов.

- 3) Основными группами риска дефицита микроэлементов являются дети и подростки, пожилые люди (старше 65 лет), вегетарианцы и лица с коморбидными заболеваниями, связанными с нарушением обмена веществ и заболеваниями ЖКТ.
- 4) Особенно критичным недостаток микроэлементов может быть при ожоговой болезни, при которой одновременно происходит потеря микроэлементов с раневым выделяемым и имеет место потребность в повышенном содержании микроэлементов для противостояния воспалению и окислительному стрессу.
- 5) Недостаточность цинка в рационе на фоне профессионально или экологически обусловленного повышенного поступления токсичных металлов может быть одним из триггеров мужского бесплодия.
- 6) Отравления тяжелыми металлами на юге Украины достаточно редки. Наиболее часто встречаются случаи повышенной экспозиции парами ртути. Превышение содержания кадмия или свинца достаточно редки и связаны в основном с профессиональной деятельностью.
- 7) Достаточное сбалансированное поступление основных микроэлементов, сопровождающееся поступлением основных незаменимых аминокислот (т.е. нормальным белковым питанием) является неизменным условием здорового долголетия.

Источники финансирования: Исследования не были профинансированы государственными или негосударственными структурами. Конфликт интересов отсутствует.

Литература:

1. ПИХТЄЄВА О.Г. Металотіонеїн у токсикології важких металів : автореф. дис. ... д-ра біол. наук: 14.03.06 / Олена Гераклітівна Пихтеева, ДП „Наук. центр превентив. токсикол., харч. та хіміч. безпеки ім. Л. І. Медведя МОЗ України”.– Київ : [б.в.], 2015.– 39 с.
2. Occupational Health for All. Biological Monitoring of Chemical Exposure in the Workplace /Ed. by MIKHEEV M.I.. Chapter 3.4. K.H. Schaller. Inorganic mercury. – Geneva: WHO, 1996. – Vol. 1. – P. 132-155.

3. БИНГАМ Ф.Т. и др. Некоторые вопросы токсичности ионов металлов //М.: Медицина. – 1993.
4. Постанова КМУ №780 від 11.10.2016 «Про затвердження наборів продуктів харчування, наборів непродовольчих товарів та наборів послуг для основних соціальних і демографічних груп населення»
5. «Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії». Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1073 від 03.09.2017, Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 02 жовтня 2017 р. за № 1206/31074
6. ЛЮБАРСЬКА Л.С. Гігієнічна оцінка забезпечення харчового раціону населення України цинком і міддю : автореф. дис. ... канд. біол. наук : 14.02.01 – Гігієна та професійна патологія. К., 2016. 20 с.
7. ШАФРАН Л.М., ПЫХТЕЕВА Е.Г., БОЛЬШОЙ Д.В. Тяжелые металлы: система биологического транспорта. Монография. Одесса, 2018. 320 С.

Trace elements and health in the 21st century

Summary

The globalization of the world economy, the change in production and consumption have led to significant changes in the mode of work and rest of the bulk of the population of different countries. Interest in the role of trace elements and toxic metals in the pathogenesis of various diseases, maintaining health and active longevity has increased significantly in recent decades. The content of chemical elements in the blood, urine and hair of healthy people, as well as in case of burn disease, male infertility, endocrine pathology and in the case of metallotoxicosis, are considered in the article. It was shown that the number of alimentary microelementoses associated with insufficient intake of the main essential elements (Zn, Se, Fe, Cu, Mn) in recent years has increased dramatically. Normalization of mineral metabolism is important for the course of almost all biochemical processes in the body.

Keywords: microelements, toxic metals, food, diagnostics of microelements, burns, infertility

Светлана Власова

Белорусский государственный медицинский университет

Здоровье здоровых: современные проблемы и перспективы

*Когда нет здоровья, молчит мудрость,
не может расцвести искусство, не играют силы,
бесполезно богатство и бессилён ум
Геродот*

Современное общество, наполненное благами цивилизации, предъявляет все новые и новые требования к существованию и выживанию человека. Многочисленные вызовы настоящего времени, сопряженные сурбанизацией, информатизацией и социально-экономическими проблемами на планете актуализируют вопросы изучения и совершенствования подходов к укреплению и поддержанию здоровья, формированию «моды на здоровье». Повсеместно в последние десятилетия наблюдается снижение показателей здоровья во всех возрастных группах. Уже в 2013 году в журнале Lancet было опубликовано исследование, «согласно которому в только 4,3% населения земного шара считалось абсолютно здоровым... треть живущих людей - около 3,2 миллиардов человек, страдали одновременно от пяти разных заболеваний, а 52 % - от десяти» [6]. Кроме того, все чаще употребляется термин «практически здоровые» люди, так как «абсолютно здоровый» человек скорее понятие теоретическое. Это подтверждается многочисленными фактами, один из которых констатирует, что половина здоровых людей страдают избытком массы тела и ожирением. Согласно данным ВОЗ, в мире около полмиллиона человек, а в Европе - около 20% страдают от психических расстройств. «По мнению специалистов, хотя бы раз в жизни серьезное психическое расстройство поражает каждого четвертого человека» [8]. Учитывая современную эпидемиологическую ситуацию и карантинные меры по всему миру, проведенное исследование с участием 775 взрослых из США,

71% респондентов обеспокоены потенциальным негативным воздействием изоляции на психическое здоровье американцев [19].

Хотя проблемы психического здоровья составляют примерно треть всех случаев инвалидности в мире среди взрослых, эти проблемы, как правило, недооцениваются и игнорируются в обществе [20].

Согласно данным Национального статистического комитета Республики Беларусь уровень общей заболеваемости населения сохраняет тенденцию роста и составил в 2018 году 168521,2 случаев на 100000 населения.

Значительное число исследований показывают, что практически здоровых детей с каждым годом становится меньше [6,8,10,24]. У половины детского населения отмечаются функциональные отклонения, а в школьном возрасте в 5 раз возрастает частота нарушений органов зрения и нарушений осанки, а также плоскостопия [10].

Исследования Казина Э., Блиновой Н., Литвиновой Н. [Kazina E., Blinova N., Litvinova N.] подтверждают данную тенденцию и констатируют, что только 12-15% первоклашек при поступлении в школу являются здоровыми, а удельный вес детей, имеющих хроническую патологию и сниженную резистентность достигает 22-25%. К третьему классу число практически здоровых детей резко снижается за счет нарушений в деятельности сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, дыхательной систем и органов зрения [4, 22].

Согласно данным Национального статистического комитета Республики Беларусь в структуре общей заболеваемости детей нашей страны преобладают болезни органов дыхания (65,5%) и болезни глаза (6,3%). Отмечается рост показателей первичного выхода на инвалидность населения в возрасте до 18 лет (21,6 случаев на 10 000 населения), а в структуре инвалидности постепенно увеличивается доля лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, которая в 2018 году достигла уровня 18,3% [7].

Родиться здоровым не означает, что здоровье будет постоянным спутником человека. После рождения человека основные усилия направлены на сохранение жизни и укрепление здоровья детей значимыми взрослыми.

В этом отношении взрослые, окружающие ребенка, принимают на себя миссию проводника здоровья и способствуют (в случае осознанного личного примера здорового образа жизни (ЗОЖ), реальной ответственности за жизнь маленького человека, активной жизненной позиции и содействия обществу по охране здоровья) или препятствуют его становлению и сохранению на долгие годы.

Некоторые исследования показывают, что в современном обществе «только около 40% семей могут заложить у подрастающего поколения

основы ответственного отношения к здоровью, способствуют сохранению и укреплению здоровья».

По данным Тюмaseвой З., Ореховой И. [Tyumaseva Z., Orekhova I.] 14,3% опрошенных родителей демонстрируют отношение отстраненности и непонимания своих детей, а более половины опрошенных молодых людей, участвовавших в исследовании, свидетельствуют об отсутствии примера для подражания в семье [14]. В выходной день незначительная часть взрослых трудоспособного возраста (27% мужчин и 19% женщин) занимаются спортом и активными видами деятельности, а также используют свое свободное время для увлечений и игр (31% мужчин, 17% женщин). На средства массовой информации (просмотр телепередач, чтение и другое) приходится почти половина свободного времени населения старше трудоспособного возраста (48% у женщин и 54% у мужчин) и шестая часть – на прочие виды отдыха (курение, размышление, ожидание, ничегонеделание) [3].

Важно отметить роль и значение педагогов, находящихся в системе «значимых взрослых», формирующих ценности здоровья ребенка на протяжении длительного (дошкольного, школьного, студенческого) периода в жизни человека.

Как показывают результаты проведенного исследования Цибульниковой В. [Tsibulnikova V.], в котором приняли участие 1232 преподавателя, все исследуемые, подтверждают серьезное влияние значимых взрослых на формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) ребенка в детстве в семье, в обществе, а также факт последующего переноса в жизнедеятельность и в профессиональную деятельность, полученных навыков. Значительное число респондентов считают, что в принятии решения о формировании здоровьесориентированного стиля профессиональной деятельности имеет значение внутренняя позиция педагога в отношении здоровья и ее формирование происходит в осмыслении ценностей жизни, в понимании конечности жизни и необходимости ЗОЖ для повышения качества активного долголетия (97,89%).

Однако при наличии категорий «жизнь» и «здоровье» среди наивысших ценностей у подавляющего большинства респондентов (97,15%) и высоких результатов самооценки духовного (72,16%) и социального здоровья (78,00%) лишь 22% преподавателей в действительности поддерживают свое здоровье и могут личным примером вдохновить молодежь.

Кроме того, симптомы эмоционального выгорания отмечены у 67,94% исследуемых, 6,66% учителей имеют стаж курильщика более 3-х лет, 6,82% педагогов не могут полноценно осуществлять оптимальный

режим двигательной активности в связи с особенностями здоровья, а 78,98% учителей испытывают дефицит двигательной активности в условиях интенсификации умственного труда[17].

Здоровых людей в нашем обществе становится все меньше, в связи с чем человечество предпринимает серьезные усилия по изучению феномена здоровья, факторов его определяющих и совершенствованию подходов к его формированию[22, 24, 25, 27, 30, 31, 33, 36, 37].

Показатели здоровья с возрастом в основной массе населения имеют тенденцию к снижению, хотя, безусловно ресурсы здоровья имеются во всех возрастных группах [9, 23].

Согласно Устава Всемирной организации здравоохранения «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»[11]. Это определение является результатом консенсуса специалистов. Многочисленные попытки уточнить это определение и существующие концепции теории медицины (социальной, медико-биологической и др.) обусловленности здоровья лишь подтверждают необходимость учета комплекса факторов и взаимодействия всех социальных институтов общества.

Поддержание и укрепление здоровья непосредственно обращены к группам населения, относящимися к категориям «абсолютно здоровый» и «практически здоровый» человек, который имеет сформированные ценности. Однако формирование «моды на здоровье», в основе которой лежат ценности здорового образа жизни, представляет собой долговременный и непрерывный (на протяжении всей жизни индивидуума) процесс, в который осознано или нет вовлечено все общество.

Сам термин «укрепление здоровья» (Health Promotion) был предложен после второй мировой войны Генри Э. Сигеристом [Sigerist H.], инициатором переосмысления понятия здоровья, впечатленным советским здравоохранением. Генри Э. Сигерист среди задач медицины первой указывал именно укрепление здоровья, а лишь потом профилактику заболеваний, восстановление пациентов и реабилитацию [12,13].

По мнению специалистов ВОЗ укрепление здоровья позволяет человеку ощущать больший контроль над своим здоровьем, который не всегда доступен самому человеку, «носителю здоровья». Это требует особой концентрации внимания общества на здоровье наиболее уязвимых групп населения, среди которых «лица, объединенные по демографическому признаку (дети, старики, одинокие и др.)... лица с девиантным поведением

(алкоголики, наркоманы, неформальная молодежь и др.)..., а также лица социально и экономически неустроенные («бомж», безработные и др.). Факторы и уязвимые группы риска способствуют действию причин заболеваний, нередко сами являются такими причинами» [8].

Хорошо известна «Формула здоровья», предложенная академиком РАМН Лисицыным Ю.П. [Lisitsyn Yu.], который наглядно представил научно обоснованный вариант вклада основных «факторов риска» для здоровья, среди которых на долю образа жизни приходится 49-53% [16]. Это общепопулярная и доступная для понимания населением классификация имеет лично ориентированный характер.

С другой стороны, Пилипцевич Н. [Pilipstseвич N.] с соавторами акцентирует внимание на группировку факторов, имеющих практическую значимость и позволяющую разграничить, детализировать ответственность в отношении рисков для здоровья на различных уровнях социума. Так, на уровне государство-общество, важное значение имеют социально-экономические (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и т.д.); социально-биологические (возраст родителей, пол, течение антенатального периода и т.д.); экологические и природно-климатические (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, уровень солнечной радиации и т.д.); организационные медицинские (доступность и качество медицинской помощи и т.д.), субъективные факторы риска [8].

Кошкарлова И. [Koshkarova I.] с коллегами предлагает рассматривать систему поддержания здоровья в разрезе шести уровней: биологического, личного (психологического); общественного (социально-психологического); коммерческого; корпоративно-медицинского; государственного [18].

В последние несколько десятилетий растет понимание того, что одни лишь биомедицинские вмешательства не могут гарантировать лучшее здоровье. На здоровье сильно влияют факторы, не входящие в сферу здравоохранения, особенно социальные, экономические и политические силы [13].

Социально-экономические изменения конца двадцатого века в постсоветских республиках актуализировали переоценку ценностей в пользу «здоровья индивидуума», но не решили проблемы отсутствия осознанной потребности в сохранении и укреплении здоровья и реализации мер по устранению рисков его потери.

Важно отметить, что только в конце XX века стали оформляться научные направления, «ориентированные на нужды» здорового человека, такие как валеология и санология, дополнившие профилактические подходы в медицине Остроумова А. [Ostroumova A.], предложенные в XIX веке.

Профилактика как «система комплексных государственных, общественных и медицинских мероприятий, имеющих целью устранение факторов, вредно действующих на здоровье людей...», как известно, включает три основных раздела: первичную, вторичную и третичную. В советском здравоохранении большее значение уделялось последним двум разделам и основным центром притяжения и воздействия здравоохранения был больной человек, а в синтезе лечебного и профилактического направлений медицины предпочтение отдавалось лечебной работе, особенно высокотехнологичной медицинской помощи, что было более понятным, результативным и финансово обеспеченным[18].

Высокая нагрузка врачей, а также отсутствие личной вовлеченности и заинтересованности в валеологическом просвещении населения все меры профилактики теряют свою актуальность и превращаются в профанацию.

Еще в на I Всесоюзном съезде врачей в 1988 году известный академик Чазов Е. [Chazov E.] очень точно подметил, что «профилактика, сыгравшая большую роль на первом этапе здравоохранения в борьбе с эпидемиями, постепенно обросла пустыми декларациями, общими лозунгами и благими пожеланиями, на деле перестала быть основным методом активной борьбы за сохранение здоровья народа»[8].

До сих пор многочисленные научные исследования, подтверждающие значение и пользу ЗОЖ, носят больше теоретический или констатационный характер, нежели руководство к действию, а реализация ЗОЖ превращается в прокрастинацию, препятствующую здоровьесбережению населения планеты[4,9, 15, 18, 21].

Прокрастинация является значимой эмоциональной реакцией современного человека, проявляющейся в откладывании и избегании мыслей о здоровье, принятии решения следовать ЗОЖ. Отсутствие желания следовать здоровьесберегающему поведению, среди выделенных Milgram N. и Tenpe R. видов прокрастинаций (академической (откладывание выполнения учебных заданий); ежедневной (откладывание повседневных бытовых дел); невротической (откладывание жизненно важных решений); компульсивной (сочетание нескольких видов прокрастинации), может быть связано с особенностями изменившейся в настоящее время иерархией ценностей человека, отсутствием реальных проблем со здоровьем или игнорированием их значимости для активного долголетия.

В связи с этим возрастает интерес к изучению мотивации к формированию «моды на здоровье» с учетом особенностей значимых «поощрительных стимулов» и поведенческих стратегий для различных

возрастных групп населения. Как показывают исследования, «необходимым принципом мотивации к ведению ЗОЖ, формированию здорового стиля профессиональной деятельности и повышению объема двигательной активности... является подкрепление данных процессов положительными эмоциями, что способствует увеличению вероятности достижения поставленной мотивационной цели. Положительная эмоция говорит о приближении удовлетворения потребности, в связи с чем, субъект стремится усилить, повторить и продолжить данное состояние» [17].

В Республике Беларусь, с момента провозглашения независимости, вопросы сохранения и укрепления здоровья населения были и остаются важнейшими элементами построения и развития социально ориентированного государства.

Вопросы охраны здоровья и пропаганды ЗОЖ нашли свое отражение в многочисленных нормативно-правовых актах (Конституции Республики Беларусь; Законах «О здравоохранении»; «О демографической безопасности»; «О санитарно-эпидемиологическом благополучии»; Приказе Министерства здравоохранения «О совершенствовании работы по формированию здорового образа жизни» и др.

Так, в принятом в 1993 году Законе Республики Беларусь № 2435-ХІІ (последняя ред. от 21.10.2016) «О здравоохранении», направленном на обеспечение правовых, организационных, экономических и социальных основ государственного регулирования в области здравоохранения в целях сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения, обозначена реализация диспансеризации населения, представляющей «комплекс медицинских услуг, оказываемых в целях проведения медицинской профилактики, пропаганды здорового образа жизни и воспитания ответственности граждан за свое здоровье».

В охрану здоровья населения вовлечены «республиканские органы государственного управления, местные исполнительные и распорядительные органы, иные государственные органы, общественные объединения, юридические и физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели». Степень вовлеченности каждого участника осуществляется в рамках их компетенций.

Важно отметить реализацию в Беларуси важнейшей государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 годы, в которой среди сводных целевых показателей предусматривается увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74,6 года, уменьшение распространенности потребления табака среди лиц

в возрасте от 16 лет до 24,5%, увеличение физической активности взрослого населения до 40 %, уменьшение потребления поваренной соли в сутки до 5 граммов, снижение содержания трансизомеров жирных кислот в продуктах переработки растительных масел до 2% и менее, снижение потребления алкоголя на душу населения до 9,2 литра и др.

Среди мероприятий по формированию ЗОЖ, на организацию и проведение которых выделяется не менее 3% прибыли от приносящей доходы деятельности организациями здравоохранения, следует отметить эффективность массовых профилактических мероприятий (дней здоровья), издание и тиражирование информационно-образовательных и методических материалов по формированию ЗОЖ, создание и обслуживание интернет-ресурсов.

Безусловно, важнейшим элементом работы является индивидуализация подходов по пропаганде ЗОЖ в разных возрастных группах. В рамках данного направления деятельности эффективным оказалась деятельность волонтерских отрядов образовательных учреждений, в том числе Полесского государственного университета, Белорусского государственного медицинского университета, работающих по принципу «равный обучает равных»; организация клубов здоровья для лиц старшей возрастной группы под патронажем и в рамках практико ориентированного обучения студентов профильных специальностей («Оздоровительная и адаптивная физическая культура», «Медико-профилактическое дело» и др.).

На базе Полесского государственного университета был реализован учебно-научно-производственный проект «Здоровье», в рамках которого по вопросам формирования здорового образа жизни введена в учебный план всех специальностей дисциплина «Валеология», создан электронный вариант «паспорта здоровья» каждого студента, проведен мониторинг состояния и оздоровление студентов в рамках студенческого санатория-профилактория университета на протяжении срока обучения с первого по четвертый курс обучающихся факультета организации здорового образа жизни, банковского и экономического факультетов. Проведена работа по оздоровлению сотрудников университета.

По результатам проведенного исследования были обозначены возможные направления повышения эффективности работы по сохранению и укреплению здоровья здоровых, среди которых важнейшим является координация реализации комплексных национальных программ профилактики на всех уровнях взаимодействия, разработка мер и сопровождение реализации по укреплению здоровья, охране здоровья

здоровых с привлечением общественных организаций, лидеров социальных групп, активное участие населения в осуществлении программ профилактики.

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что расстройства здоровья современного человека в большей степени связаны с неэпидемическим типом патологии, ухудшением физического и нервно-психического здоровья, последствиями загрязнения окружающей среды. Свои коррективы в основные тенденции заболеваемости в мире и общее жизнеустройство мира вносит коронавирусная инфекция COVID-19, влияние которой необходимо учитывать в практической реализации валеологической деятельности. Среди основных проблем «здоровья здоровых» важно отметить прокрастинацию ЗОЖ, изменение ценностных установок и недооценка важности своевременной и комплексной реализации личностно- и социально- ориентированных подходов предотвращения и противодействия факторам риска для здоровья, проблемы координации взаимодействия на различных уровнях формирования и поддержания здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. МЕДВЕДЕВ И. [*MIEDWIEDIEW I.*] (ред.), Беларусь в цифрах. Статистический справочник, Минск, 2019, с.72.
2. Global Health Expenditure Database [онлайн], обновленный 2020-06-29, <http://apps.who.int/nha/database>, [доступ: 29.06.2020].
3. Как мы используем свое время, Национальный статистический комитет Республики Беларусь, Минск, 2015, с.17.
4. КАЗИН Э., БЛИНОВА Н., ЛИТВИНОВА Н. [*KAZIN E., BLINOVA N., LITVINOVA N.*] Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, Москва, ВЛАДОС, 2018, с. 192.
5. Ученые подсчитали количество здоровых людей на планете, [онлайн], 2015-06-08, <https://korrespondent.net/lifestyle/health/352-4724-uchenye-podschytyaly-kolychestvo-zdorovykh-luidei-na-planete>, [доступ: 29.06.2020].

6. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник за 2018 год, [онлайн], Минск, ГУ РНПЦ МТ, 2019, с.261., 2019-01-01, <https://korrespondent.net/lifestyle/health/3524724-uchenye-podschytyaly-kolychestvo-zdorovykh-luidei-na-planete>, [доступ: 29.06.2020].
7. ПИВОВАРОВА А., МАТЮШКОВА С. [*PIVOVAROVA A., MATYUSHKOVA S.*] Психическое здоровье населения - одна из основных проблем современного общества, Витебск, 2018, С. 193-196.
8. ПИЛИПЦЕВИЧ Н. [*PILIPTSEVICH N.*] Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие, Минск, Новое знание, 2015, 784 с.
9. ВАСИЛЕНКО И., ИСМАИЛОВА Т. [*VASILENKO I., ISMAILOVA T.*] Ресурсы личности как основа здоровьесберегательного поведения современного российского городского населения, Волгоград, Международный научно-исследовательский журнал, 2020, № 3-2 (93), с. 68-73.
10. ВАХИТОВА Г., ПОЗДЕЕВА С. [*VAKHITOVA G., POZDEEVA S.*] Теория и практика здоровьесбережения в современной начальной школе, Томск, №12, с.194–196.
11. Всемирная организация здравоохранения, [онлайн], <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>, [доступ: 29.06.2020].
12. TERRIS M. The Contributions of Henry E. Sigerist to Health Service Organization, [онлайн], 1975, <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume-53/issue-04/53-4-The-Contributions-of-Henry-E.-Sigerist-to-Health-Service-Organization.pdf>, [доступ: 29.06.2020].
13. KUMARS., PREETHA G., Health Promotion: An Effective Tool for Global Health In Indian, Journal of Community Medicine : Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 2012, 37 (1), pp. 5–12.
14. ТЮМАСЕВА З., ОРЕХОВА И. [*TYUMASEVA Z., OREKHOVA I.*], Семейная среда как средство сохранения, укрепления здоровья обучающихся и формирования самосохранительного поведения, Вестник Мининского университета, Нижний Новгород, 2019, Т. 7, № 3 (28), С. 5.

15. ВАЕЕВ М. [VAEV M.], Формирование ценностей здорового образа жизни студентов в процессе занятий физической культурой, Педагогический журнал, Ногинск, 2016, (№ 4.), с. 151-161.
16. ЛИСИЦЫН, Ю. [LISITSYN, YU.], Общественное здоровье и здравоохранение: учебник, ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2010, с.512.
17. ЦИБУЛЬНИКОВА В. [TSIBULNIKOVA V.], Двигательная активность и соматическое здоровье учителя: нормирование, оценка, мотивация: монография, МПГУ, Москва, 2020, с. 224.
18. КОШКАРОВА И. [KOSHKAROVA I.] (ред.), Система поддержания здоровья в современной России: сб. ст. и материалов полевых исследований, 2012, с. 400.
19. World Health Organization. Mental health and COVID-19, [онлайн], 2020-04-10, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus/covid-19>, [доступ: 27.06.2020].
20. LAKE J, TURNER M. Urgent need for improved mental health care and a more collaborative model of care, Perm J, 2017, 21:17- 024.
21. БЛИНОВА Н., ВАРИЧ Л., ПОДДУБНЯК А., СКАЛОЗУБОВА Л., ВИТЯЗЬ С.[BLINOVA N., VARICH L., PODDUBNYAK A., SKALOZUBOVA L., VITYAZ S.], Здоровьеформирующие аспекты образа жизни студентов, обучающихся на разных направлениях подготовки вуза, Кемерово, 2020, 22 (1), pp. 115–122.
22. БОРЗОВА З., АЛИЕВА М., ГАСАНОВА А., БАЙРАМОВА М. [BORZOVA Z., ALIYEVA M., HASANOVA A., BAYRAMOVA M.]: Забота о здоровье ученика - важнейшая задача учителя, XLI международная научно-практическая конференция, Пенза, 2018, МЦНС «Наука и Просвещение», с.141-144.
23. ВОЙНОВ В., БРИКУНОВА С. [VOINOV V., BRIKUNOVA S.], Психофизиологический подход к здоровью с позиций здоровьесберегающей педагогики, SP-Journal, 2020, (1), pp. 134–145.
24. ПРОЦИНО Е. [PROTSINO E.], Здоровый образ жизни, как средство профессиональной готовности руководителя, Современные здоровьесберегающие технологии, 2020, № 1., с. 108-115.

25. САВВИНА О. [SAVVINA O.], Проблема ответственности за здоровье в современном мире, *Философия и общество*, 2020, 1, pp. 82–95.
26. ХАЙРУЛЛАЕВ Р. [KHAYRULLAEV R.], Характеристика системы здравоохранения в США на современном этапе, 2020, № 4-3, с. 371-375.
27. ЧУДАЙКИНА А. [CHUDAYKINA A.], Концепция здоровья человека: комплексный подход, 2020, с.255-259.
28. ФЕДОРИЩЕВА Н., САЛЬНИКОВА А. [FEDORISHCHEVA N., SALNIKOVA A.], Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе, *Наука, образование и культура*, 2019, № 1 (35), с. 41-42.
29. ТЕРЕЩЕНКО О. [TERESHCHENKO O.], Международная программа «Поколения и гендер» в Беларуси, *Социология*, 2018, № 2, с. 76-84.
30. ПЛОТНИКОВА К. [PLOTNIKOVA K.], Развитие мотивации к формированию здорового образа жизни обучающихся на уроках биологии, *Бийск*, 2018, 70 с.
31. JANGHORBAN R., MAHARLOUEI N., Reproductive Health: A Priority of Health for All. In *Women Health Bull*, 2017, 4(4), 60476.
32. ЯКОВЛЕВА Н., ФАУСТОВА А., ФРОЛОВ А. [YAKOVLEVA N., FAUSTOVA A., FROLOVA A.], Психологические подходы к исследованию мотивации здорового образа жизни, 2014, 2(5), pp. 17-30.
33. АЛЕКСЕЕВА А. [ALEKSEEVA A.], Система работы по созданию здоровьесберегающей среды в учреждениях образования Республики Беларусь, *Минск*, с.279-285.
34. КОСЯЧЕНКО Г. [KOSYACHENKO G.], Научное обеспечение деятельности органов государственного санитарного надзора по сохранению здоровья трудоспособного населения Республики Беларусь, *Минск*, 2018, с.38-46.
35. ТРУЩЕНКО В., ЛОСЕВ В. [TRUSHCHENKO V., LOSEV V.], Индивидуальная двигательная активность студентов как фактор сохранения их здоровья, *Физическая культура, спорт, здоровый образ жизни в XXI веке*, Сборник научных статей международной научно-практической конференции, *Минск*, 2020, с.157-159.

36. ЧЕСЕБИЕВА С., УДЫЧАК М. [*CHESEBIEVA S., UDYCHAK M.*], Мотивация формирования здорового образа жизни у студенческой молодежи, Вестник Майкопского государственного технологического университета, 2014, no. 4, pp. 122-126.
37. ШКЛЯРУК В., ВАСЕКИН Ю., ДЕВЯТКОВ М. [*SHKLYARUK V., VASEKIN YU., DEVYATKOV M.*], Сохранение здоровья личности в условиях современного социума, Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета, 2019, № 2 (76), с.174-178.

The health of the healthy person: current challenges and perspective

Summary

The chapter discusses modern approaches to health maintenance and promotion taking into account the main trends in the development of modern society. Considered fundamental components of health and its various support systems under the age-related factors are considered. It is discussed some theoretical concepts and proposals aimed at the health maintenance and promotion, forming fashion to health and personal responsibility for health. The results of a study of physical health and the attitude of students to a healthy lifestyle as a factor of well-being are presented.

Keywords: health; health-saving behavior; personality resources, healthy lifestyle, age-related factors.

**CZEŚĆ DRUGA.
EDUKACJA DLA ZDROWIA**

**PART 2.
EDUCATION FOR HEALTH**

**ЧАСТЬ ВТОРАЯ.
ОБРАЗОВАНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ**

Alicja Kozubska

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Współpraca szkoły i rodziny dzieci głuchoniewidomych

Wstęp

Rodzina i szkoła, to dwa podstawowe środowiska wychowawcze. Ich wspólnym celem i zadaniem jest troska o prawidłowy rozwój dziecka, co nabiera szczególnego znaczenia, gdy mamy do czynienia z dzieckiem z niepełnosprawnościami. Współpraca rodziny i szkoły ma znaczący wpływ na przebieg i rezultaty procesu wychowania, warunkuje harmonijny rozwój uczniów, wpływa na ich postępy w nauce i w zachowaniu. Wspólnotę szkolną tworzą głównie trzy grupy osób: uczniowie, nauczyciele, rodzice. Relacje między tymi osobami mogą napotykać na wiele raf i trudności, a ze względu na emocjonalne zaangażowanie ich w pełnienie swoich ról - nie należą do najłatwiejszych. Należy jednak nie ustawać w pracy nad ich budowaniem i doskonaleniem, ze względu na czynniki zagrażające rozwojowi dzieci i młodzieży tkwiące w otoczeniu, takie jak: poczucie alienacji i osamotnienia, zagubienie w sferze wartości, odrzucenie norm i dotychczas uznawanych autorytetów. Osłabiają one oddziaływanie zarówno rodziny jak i szkoły. „Dlatego tak ważne jest, aby te dwa środowiska wychowawcze, dążąc do intensyfikacji swoich działań, wspierały się wzajemnie podejmując rzeczywistą współpracę. Zrozumienie zarówno przez nauczycieli, jak i rodziców roli tej współpracy jest kluczem do sukcesu. Żadne z tych środowisk współcześnie, działając w zatamizowany sposób nie jest w stanie uporać się z problemami wychowawczymi, zaburzeniami w zachowaniu uczniów i zjawiskami patologicznymi. A jeśli nawet odnosić będą jakieś sukcesy, to będzie to wymagało znacznie większego nakładu sił, dłuższego czasu i zapewne efekty nie będą tak trwałe. Ponieważ rodzice mają zróżnicowany poziom świadomości pedagogicznej i gotowości do współpracy, to na nauczycielach, jako profesjonalistach, spoczywa obowiązek nawiązywania współpracy, szukania skutecznych metod jej podtrzymywania. To oni powinni zadbać o to, aby współpraca ta była

świadoma, przemyślana, planowa i satysfakcjonująca obie strony. Współczesna pedagogika priorytetowo traktuje odpowiedni udział środowiska rodzinnego w rozwoju dziecka, a praca pedagogiczna nauczyciela z rodzicami jest jednym z najważniejszych elementów wychowania i kształcenia. Jeden z wyraźnie zaznaczających się kierunków przemian, jakie mają miejsce w naszym systemie oświaty, polega na wzroście udziału rodziców w kreowaniu szkolnej rzeczywistości, w decydowaniu o istotnych sprawach szkoły.¹

Poziomy i cele współpracy rodziny i szkoły

Diagnozowanie współpracy rodziny i szkoły pozwoliło wyodrębnić określone poziomy tej współpracy, które odnajdujemy w literaturze przedmiotu. Są to poziomy:

- 1) partycypacji (współdziałania, współdziałania, inspiracji),
- 2) przystosowania (akomodacji),
- 3) inercji (bierności, obojętności),
- 4) opozycji (odrzućenia, sprzeczności interesów, konfliktu).²

Partycypacja oznacza partnersko-inspiracyjną postawę rodziców wobec zadań szkoły. *Akomodacja* – polega na pozytywnym stosowaniu się rodziców do wymagań szkoły, ale jednocześnie ograniczaniu się wyłącznie do tych zachowań. Cechą tej relacji jest jednokierunkowość inicjowania działalności – od szkoły do rodziców.

Inercja – przejawia się w obojętnym stosunku rodziców do działań szkoły. Rodzice nie chodzą na wszystkie zebrania, nie podejmują wobec swoich dzieci prób uświadamiania i wychowania seksualnego. Inicjatywy wychowawcze mają charakter jednokierunkowy - od szkoły do rodziców, nie spotykają się z akceptacją, są ignorowane przez rodziców, nie powodują żadnego pozytywnego odzewu. Jest to więc poziom powiązań, który należy ocenić negatywnie.

Opozycja – charakteryzuje się szkodliwymi postawami wychowawczy, które w wielu wypadkach graniczą wręcz ze zjawiskami patologii opiekuńczo-wychowawczej. To wyraźnie opozycyjne nastawienie rodziców do zadań szkoły uniemożliwia wręcz konstruktywne rozwiązywanie problemów na linii

1 Kozubska A., *Wybrane problemy pedagogicznego funkcjonowania nauczyciela-wychowawcy*, w: *Nauczyciel w drodze do profesjonalizmu*, A. Kozubska, R. Koc, P. Ziółkowski, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki, Bydgoszcz 2014, s.125

2 Janke A.W., Kawula S., *Integracja i syntonja w relacji rodzina-szkola*, w: *Pedagogika rodziny*, S. Kawula, J. Brągiel, A.W.Janke, Adam Marszałek, Toruń 2000, s.209

szkoła-dom i nawiązanie dialogu między tymi dwoma podstawowymi środowiskami wychowawczymi.³

Badania S. Kawuli z końca lat 90-tych ujawniają, że najczęściej w polskich szkołach mamy do czynienia z „przystosowaniem” i „inercją” w zakresie relacji rodzina-szkoła.⁴ Większość rodziców i nauczycieli deklaruje gotowość do współpracy, praktyka jednak często wskazuje, że istnieje wiele barier, które utrudniają jej skuteczne prowadzenie. Każda ze stron ma określone oczekiwania, potrzeby, które nie zawsze są zaspokajane, mimo że wydają się być uświadomiane. Oczekiwania rodziców są następujące:

- „Chcą, by nauczyciele na bieżąco informowali ich o postępach dziecka, lecz także o ewentualnych problemach, gdy te się pojawiają.
- Oczekują od nauczyciela nie tylko informacji o ocenach dziecka, lecz także wskazówek nad czym i w jaki sposób pracować.
- Chcieliby móc liczyć na radę i pomoc nauczycieli w rozwiązywaniu problemów wychowawczych. Oczekują od nich fachowej wiedzy, która mogłaby być im przekazywana w formie ciekawych i dobrze przygotowanych prelekcji, wykładów, dyskusji.
- Oczekują od nauczycieli zrozumienia, wsparcia, nie zaś obarczania odpowiedzialnością za kłopoty dziecka.
- Chcieliby mieć poczucie wpływu na to, co dzieje się z ich dzieckiem w szkole, dlatego oczekują od nauczyciela otwartości na sugestie, prośby.
- Oczekują poszanowania swoich uczuć, więc nie chcą, by zastrzeżenia wobec nich samych oraz ich dzieci były zgłaszane w obecności innych rodziców.”⁵

Skuteczna współpraca wymaga przede wszystkim wysokiej świadomości potrzeby i sensu tego działania, zarówno po stronie nauczycieli jak i rodziców. Zasadne byłoby oparcie owej współpracy na następujących stwierdzeniach:

- „istnieje wspólny cel: zarówno rodzicom, jak i nauczycielom zależy na rozwoju dziecka;
- rodzice ponoszą odpowiedzialność za opiekę i wychowanie dziecka i nie są z niej zwolnieni, gdy posyłają dziecko do szkoły;

3 Tamże, s. 210-211

4 Kawula S., *Studia z pedagogiki społecznej*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1999

5 Babiuch M., *Jak współpracować z rodzicami „trudnych” uczniów?* WSiP, Warszawa 2002, s.12; por. też Seligman M., *Conducting effective conference with parents of children with disabilities*, New York & London 2000 The Guilford Press; Żłobicki W., *Rodzice i nauczyciele w edukacji wczesnoszkolnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000

- szkoła uczy i wychowuje dzieci, dla których niezwykle istotne są jednolite zasady postępowania w sprawach wychowawczych wszystkich dorosłych;
- rodzice wywierają ogromny wpływ na przyswajane przez dzieci wartości, przekonania i zachowania – szkoła dopełnia działanie domu;
- bez współdziałania z rodzicami szkoła nie poradzi sobie np. z takimi problemami jak agresja i inne patologie (...);
- szkoła może pomóc rodzicom w ich kłopotach wychowawczych;
- rodzice mogą pomóc szkole w jej kłopotach organizacyjnych;
- oczekiwania rodziców to ważna informacja dla szkoły planującej swoje zadania;
- opinia rodziców o szkole może być pozytywną informacją i służyć poprawie jakości jej pracy;
- rodzice mają prawo do rzetelnej informacji o swoim dziecku;
- rodzice mają prawo do wyrażania swojej opinii o szkole (...)⁶

Na poziomie deklaracji zarówno rodzice jak i nauczyciele zdają sobie sprawę z tych prawidłowości i uwarunkowań. Dlaczego zatem w prowadzonych badaniach tego obszaru ocena współpracy między rodziną i szkołą nie wypada pozytywnie? Prawdopodobnie między innymi dlatego, że jest to tylko poziom deklaracji a nie rzeczywistej potrzeby opartej na motywacji wewnętrznej.

Korzyści wynikających z nawiązania rzeczywistej współpracy między tymi dwoma środowiskami wychowawczymi jest wiele. Są one następujące:

- 1) Przyczynia się ona do pogłębiania wiedzy nauczycieli o uczniach, ich rodzinach, wypełnianiu przez nich podstawowych funkcji, napotykanym przez rodziców problemach.
- 2) Umożliwia rodzicom uzyskanie i pogłębienie wiedzy i umiejętności wychowawczych. Dostarcza rodzicom informacji o funkcjonowaniu szkoły, o nauczycielach w niej pracujących, ich kompetencjach i zaangażowaniu, czy też o zachowaniu ich dzieci w szkole.
- 3) Współpraca sprzyja pojawianiu się postaw nacechowanych tolerancją, empatią, gotowością do niesienia pomocy.
- 4) Bezpośrednie kontakty i dialog ograniczają wzajemne negatywne nastawienia, nieufność w postrzeganiu siebie.
- 5) Nastawienie na współpracę umożliwia włączanie rodziców w życie szkoły, co sprzyja wspieraniu pracy nauczycieli, a u rodziców rodzi

6 Dzierżgowska I., *Rodzice w szkole*, CODN, Warszawa 1996, s. 11-12

- poczucie współodpowiedzialności i ogranicza ich ewentualne postawy roszczeniowe.⁷
- 6) „Zwiększanie świadomości pedagogicznej rodziców między innymi przez poszerzanie ich wiedzy, współudział i współodpowiedzialność za przebieg edukacji dzieci i młodzieży odgrywa istotną rolę w tworzeniu właściwej atmosfery wychowawczej w domu, jak również w szkole.
 - 7) Nawiązanie relacji o charakterze osobowym, a nie jedynie przedmiotowym, między rodzicami a nauczycielami, jest pierwszym i niezbędnym krokiem do upodmiotowienia tych relacji i przekształcenia andragocentrycznej (dotychczas dominującej) relacji dwupodmiotowej (rodzice-nauczyciele) w relację trójpodmiotową (nauczyciele-uczniowie-dzieci-rodzice) lub wielopodmiotową (obejmującą innych członków rodziny i pracowników szkoły).
 - 8) Współdziałanie rodziców i nauczycieli może stanowić przykład dla uczniów sprzyjający krzewieniu idei współpracy międzyludzkiej. To z kolei sprzyja wyższym osiągnięciom dydaktycznym uczniów, ich większej aktywności pozalekcyjnej i zaangażowaniu w życie klasy, szkoły, czyli ich społecznieniu.
 - 9) Dzięki współpracy możliwa jest wzajemna pomoc w sytuacjach, w których rodzina albo szkoła nie są w stanie samodzielnie przezwyciężyć trudności. Może ona przybierać ze strony szkoły formę pomocy materialnej dzieciom z rodzin ubogich, ułatwiania kontaktów z instytucjami wspomagającymi rodziców, takiego organizowania godzin pracy szkoły, aby możliwe było wydłużenie czasu opieki nad dzieckiem.
 - 10) Współdziałanie rodziców i nauczycieli, a w konsekwencji również dzieci, przyczynia się do humanizacji i demokratyzacji relacji edukacyjnych.”⁸

Uwarunkowania zakłóceń relacji rodzina-szkoła

Typ związków rodziny i szkoły uzależniony jest od wielu czynników natury psychologicznej i społecznej, mających subiektywny bądź obiektywny charakter. Nawiązanie współpracy wymaga rzeczywistej, a nie jedynie deklarowanej, gotowości stron ją podejmujących.

7 Kozubska A., *Rodzice w zreformowanej szkole. Mity czy rzeczywistość*, w: *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań*, Janke A.W. (red.), Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń 2004, s.314-315

8 Tamże

Można wskazać pewne obszary zakłócające harmonijny przebieg relacji między nauczycielami, dziećmi i rodzicami, blokujące skuteczne działanie. Należą do nich:

- 1) Różnice koncepcji wychowania prezentowanych przez rodziny i szkołę oraz poszczególnych nauczycieli. Dotyczy to zarówno systemu wartości jak i zasad i norm, którymi te dwa środowiska się kierują w wychowaniu dzieci. Emocjonalne zaangażowanie obu podmiotów w swoje role często utrudnia dialog i porozumienie.
- 2) Różnice instytucjonalne pomiędzy rodziną i szkołą. „Nauczyciele regulują swoje stosunki z uczniami głównie na płaszczyźnie rzeczowej. Rodzice głównie na płaszczyźnie emocjonalnej”⁹
- 3) Każda ze stron traktuje dziecko jak swoją własność (konflikt przywłaszczenia). Nauczyciele i rodzice wyraźnie określają obszary, na których ich zdaniem kompetencje drugiej strony są raczej wątpliwe, co z kolei rodzi opór i znacząco utrudnia osiągnięcie konsensusu.
- 4) Konflikty informacyjne wynikające zazwyczaj z jednokierunkowego przepływu informacji. Nauczyciele znają dzieci głównie z sytuacji szkolnych, a rodzice z domowych. Zbyt rzadko obie strony dopuszczają, że zachowanie dziecka w tych typach sytuacji może być znacząco różne. Informacja nauczycieli o rodzicach jest efektem zazwyczaj krótkich kontaktów grupowych. Komunikaty dzieci na temat nauczycieli stanowiące podstawowe źródło wiedzy dla rodziców, często są obarczone subiektywizmem. W ten sposób buduje się zniekształcona rzeczywistość, co może przyczyniać się do powstawania określonych nastawień u każdej ze stron.
- 5) Konflikt odpowiedzialności, z reguły współwystępujący z innymi konfliktami. „W świadomości rodziców zakres ich odpowiedzialności redukowany jest poczuciem, że jest to ich dziecko. Nauczyciel natomiast jest co prawda osobą obcą, reprezentującą instytucję zewnętrzną wobec rodziny, ale jest profesjonalistą w sprawach wychowawczych. W związku z tym wyobrażenia rodziców o odpowiedzialności nauczyciela są z reguły daleko wykraczające poza przepis roli zawodowej nauczyciela. W wyobrażeniach

⁹ Jaskot K., *Konflikty w relacjach pedagogicznych z rodzicami ich uczniów*, w: Janke A.W. (red.), *Pedagogiczna relacja rodzina-szkoła, dylematy czasu przemian*, Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 1995, s. 237

tych rodzice lokalizują bowiem różne wpływy odpowiedzialności, których mniej lub bardziej świadomie sami chcieliby się wyzbyć¹⁰

Poza tym okazuje się, że:

- „Współdziałanie ma głównie charakter nakazowo-administracyjny. Zarówno nauczyciele jak i rodzice bardziej mają świadomość, że muszą współpracować niż odczuwają wewnętrzną potrzebę takiej współpracy. Motywacja zewnętrzna naznaczona przymusem wywołuje postawy defensywne.
- U każdej ze stron (bardziej jednak u rodziców) ujawniają się znaczące braki w zakresie świadomości pozytywnych skutków współdziałania, co oczywiście nie sprzyja podejmowaniu i podtrzymywaniu go.
- Relacje nauczyciel-rodzic mają z reguły charakter asymetryczny. Nauczyciele sytuują się w roli ekspertów, pouczających, często nie znoszących sprzeciwu, nie liczących się ze zdaniem rodziców. Taka asymetryczna relacja praktycznie uniemożliwia partnerstwo, prowadzenie dialogu, a w konsekwencji porozumienie się.
- Podmiotowość interakcji ma, szczególnie ze strony nauczycieli, wymiar głównie deklaracyjny. Traktują oni często rodziców jako niekompetentnych w kwestiach nauczania, a nawet wychowania. W związku z tym ich wzajemne relacje mają bardziej charakter rzeczowy niż osobowy. Uczestnicy interakcji zazwyczaj nie starają się poznać i zrozumieć siebie wzajemnie. Nauczyciele z reguły boją się „rozprzestrzeniania się” rodziców w szkole, ponieważ uważają, że przyniesie ono głównie wielość potrzeb, a raczej roszczeń, którym nie będą w stanie sprostać, a z którymi na pewno będą mieli wiele kłopotów (...).
- Nauczycielom jak i rodzicom brakuje kompetencji w zakresie prowadzenia poprawnej komunikacji, unikania, a przede wszystkim rozwiązywania konfliktów, skupienia się na zadaniach i problemach a nie wzajemnym oskarżaniu się. Takie postawy uruchamiają mechanizmy ześrodkowujące energię obu stron na obronie przed spodziewanym atakiem i paradoksalnie powodują, że znika z pola widzenia centralny podmiot jakim jest dziecko-uczeń i jego dobro, a więc główny i jedyny powód dla jakiego spotykają się rodzice i nauczyciele.

10 Tamże, s.239; por. też Kozubska A., *Humanizacja relacji edukacyjnych jako czynnik wspierający proces integracji*, w: *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*, (red.) Dykcik Wł., Kosakowski Cz., Kuczyńska-Kwapisz J., Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Olsztyn-Poznań-Warszawa 2002, s. 199

- Drugoplanowa rola jaką wyznacza się rodzicom w szkole, nawet w dobie reformy, deklaracji zawartych w dokumentach i płynących ze strony nauczycieli, ograniczając ich rzeczywiste poczucie sprawstwa wpływa na zmniejszenie poczucia współodpowiedzialności. Ich aktywność sprowadza się więc głównie do biernego udziału w zebraniach, udzielania pomocy materialnej, „załatwiania” środków lokomocji, pomocy w remontach i dekoracji sal.
- Jednorodność i ubóstwo form organizacyjnych kontaktów między rodziną i szkołą stosowanych niemal niezmiennie od wielu lat, nie uwzględniających dorobku pedagogiki, psychologii, prakseologii, nie odpowiada na potrzeby współczesnych rodziców. (...)
- Przeważający andragocentryczny charakter relacji, znacząco ograniczający lub wręcz wykluczający udział dzieci-uczniów, sprzyja zakłóceniom w procesie wzajemnego komunikowania się, zniekształcaniu i zakłamywaniu informacji, powstawaniu nieporozumień. Wpływa to niekorzystnie na demokratyzację, uspołecznienie i upodmiotowienie szeroko pojętych relacji edukacyjnych.¹¹

Istnieje wiele czynników zakłócających współpracę rodziny i szkoły, co należy ocenić negatywnie. A przecież ta współpraca powinna być prowadzona głównie dla dobra dziecka, ale również rodziców i nauczycieli, co podkreślają w swoich pracach między innymi: S. Kawula, M. Mendel.¹²

Specyfika funkcjonowania i rehabilitacji osób głuchoniewidomych

Bardzo często zdarza się, że u osób z niepełnosprawnościami, mamy do czynienia z więcej niż jedną dysfunkcją. W literaturze przedmiotu określa się to jako niepełnosprawność sprzężoną, złożoną, połączoną, wieloraką (we wcześniejszych publikacjach upośledzenie).¹³ Podkreśla się trudności

11 Kozubska A., *Rodzice w zreformowanej szkole. Mity czy rzeczywistość*, w: *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań*, Janke A.W. (red.), Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń 2004, s. 316-317

12 Kawula S., *Zagadnienie integracji oddziaływań wychowawczych w środowisku*, w: Kawula S., (red.), *Pedagogika społeczna dokonania-aktualności-perspektywy*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2001; Mendel M., *Aktywna szkoła- bierni rodzice: anomia, mit, czy przemieszczenie znaczeń?* w: *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań*, Janke A.W., (red.), Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń 2004

13 Doroszewska J., *Pedagogika specjalna*, T.1, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1989; Kirejczyk K., (red.), *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika*, PWN, Warszawa 1981

w zdefiniowaniu niepełnosprawności wielozakresowej ze względu na różnorodność uwarunkowań, objawów i skutków do jakich prowadzi.

Możliwość pogłębionej analizie terminu „niepełnosprawność sprzężona” pojawiła się m.in. dzięki Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 r. Zakłada ona, konieczność uwzględniania przy analizie niepełnosprawności trzech wymiarów, które są (lub mogą być) ze sobą powiązane i mogą wzajemnie się warunkować:

- uszkodzenie narządów organizmu;
- niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna organizmu;
- upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna.¹⁴

Najczęściej niepełnosprawność wielozakresowa powstaje w okresie prenatalnym, jako skutek działania tej samej przyczyny, np., patologicznych genów, nieprawidłowych chromosomów. Czynniki wywołujące niepełnosprawność wielozakresową mogą działać:

- w tym samym czasie, np. niepełnosprawność dotycząca wzroku, słuchu i padaczka jako skutek rozległego udaru mózgu;
- w różnym czasie, np. jako następujące po sobie utraty wzroku, słuchu, sprawności ruchowej spowodowane schorzeniem neurologicznym.¹⁵

Z niepełnosprawnością wielozakresową mamy do czynienia, gdy „u danej osoby występują dwie lub więcej dysfunkcji spowodowane przez jeden lub więcej czynników endo- lub egzogennych działających jednocześnie lub kolejno w różnych okresach życia człowieka.”¹⁶

Biorąc pod uwagę elementy charakteryzujące niepełnosprawność wieloraką, zdaniem F. Sowy i F. Wojciechowskiego, osoby głuchoniewidome – „(..) są to osoby, u których zmysł wzroku i słuchu został uszkodzony całkowicie lub częściowo. Głuchoślepotą może wystąpić od urodzenia lub być nabyta w ciągu życia. Istnieją także osoby, które od urodzenia są niewidome lub głuche, a w ciągu życia straciły całkowicie lub częściowo zdolność słyszenia lub widzenia.”¹⁷

14 Bobik B., *Stymulacja dziecka ze sprzężoną niepełnosprawnością w elastycznym systemie edukacji. Zalecany model a rzeczywistość*, w: „Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania”, Nr II/2012, s. 86

15 Sowa F., Wojciechowski F., *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 2001, s. 279-280

16 Tamże, s. 280

17 Tamże

Niepełnosprawność sprzężona jest definiowana również jako „[...] współistniejące, złożone, wielorakie zaburzenie stanowiące odrębną formę upośledzenia. Niepełnosprawność sprzężona jest wynikiem wystąpienia u dziecka: niesłyszącego lub słabo słyszącego, niewidomego lub słabowidzącego, z niepełnosprawnością ruchową, z upośledzeniem umysłowym albo autyzmem, co najmniej jeszcze jednej z wymienionych niepełnosprawności, spowodowanych przez jeden lub więcej czynników endo lub/i egzogennych działających łącznie lub kolejno w różnych okresach życia dziecka”.¹⁸

Osoba głuchoniewidoma to osoba, która wskutek współwystępującego, poważnego uszkodzenia wzroku i słuchu napotyka trudności odmienne niż te spowodowane wyłącznie uszkodzeniem wzroku lub słuchu, widoczne we wszystkich sferach funkcjonowania, zwłaszcza w komunikowaniu się, samodzielnym poruszaniu i dostępie do informacji.¹⁹

Głuchoniewidomi nie stanowią jednorodnej grupy. Ze względu na stopień uszkodzenia wzroku i słuchu, wyróżnia się wśród osób głuchoniewidomych:

- osoby jednocześnie niesłyszące i niewidome,
- osoby niesłyszące i jednocześnie słabowidzące,
- osoby niewidome i jednocześnie słabosłyszące,
- osoby jednocześnie słabowidzące i słabosłyszące.

Jeśli za kryterium przyjmimy czas, w którym wystąpiła ta niepełnosprawność, wyróżnia się:

- osoby z głuchoślepotą wrodzoną;
- osoby z głuchoślepotą nabytą.²⁰

Typowe cechy zachowania osób ze sprzężoną niepełnosprawnością obejmują:

- stereotypie, autostymulacje lub zachowania autodestrukcyjne, nazywane często dziwnymi zachowaniami;
- apatię i nadpobudliwość (hiperaktywność);
- percepcję i motorykę; percepcja jest zawsze ściśle związana ze zdolnością poruszania się, nasze możliwości percepcji zależą całkowicie od umiejętności wykonywania celowych ruchów badawczych, nastawionych na

18 Kupisiewicz M., *Słownik pedagogiki specjalnej*, PWN, Warszawa, 2013, s.215

19 Puls Medycyny, *Głuchoniewidomi w Polsce*. Raport <https://pulsmedycyny.pl/głuchoniewidomi-w-polsce-2016-raport-893935> (data pobrania: 21.06.2020)

20 Tamże

poszukiwanie bodźców, dzięki którym gromadzimy informacje w różnych sferach, dzieci, które mają ograniczoną motorykę, mają też ograniczoną percepcję.²¹

Pojawienie się dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie, a szczególnie z niepełnosprawnością wieloraką jest sytuacją trudną i rodzi potrzebą poszukiwania możliwości łagodzenia różnorodnych skutków w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej.

Rodzice tych dzieci, po uzyskaniu informacji o niepełnosprawności dziecka zazwyczaj przechodzą wszystkie etapy reakcji emocjonalnych opisanych w literaturze przedmiotu poczynając od szoku, poprzez okres kryzysu emocjonalnego, okres pozornego przystosowania, aż po konstruktywne przystosowanie. Nie wszyscy rodzice osiągają ostatni najbardziej pożądaną poziom konstruktywnego przystosowania.

Celem rehabilitacji omawianej grupy osób jest zapewnienie jak najbardziej korzystnych warunków ich rozwoju, w ramach posiadanych przez nich możliwości, z maksymalnym wykorzystaniem istniejących potencjałów, a także przygotowanie ich do życia w różnych jego obszarach. Wiele dzieci z niepełnosprawnością sprzężoną, w tym głuchoniewidomych, trafia do szkolnictwa specjalnego, do specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, gdzie pozostają do 18 a nawet 21 roku życia. Dla każdego wychowanka przygotowywany jest na podstawie wyników badań medycznych i psychologicznych oraz na podstawie oceny funkcjonowania, indywidualny program rehabilitacji odpowiadający na jego potrzeby rozwojowe (możliwości i ograniczenia).²²

Podstawową, najważniejszą dla tworzenia możliwości funkcjonowania w otaczającym świecie, jest dla wychowanków głuchoniewidomych umiejętność komunikowania się z otoczeniem. Rozwój tej umiejętności może być podzielony na etapy:

- komunikowanie się poprzez posługiwanie się konkretnymi przedmiotami;
- komunikowanie się za pomocą naturalnych znaków;
- komunikowanie się za pomocą symboli.

Najczęstszymi przykładami metod komunikowania się tych uczniów są:

- język migowy odbierany dotykowo (znaki przekazywane do ręki),
- alfabet punktowy do dłoni,

21 Bobik B., *Stymulacja dziecka ze sprzężoną...* dz.cyt. s. 91

22 Sowa F., Wojciechowski F., *Proces rehabilitacji...* dz.cyt., s.282

- kreślenie drukowanych liter na dłoni,
- posługiwanie się metodami opartymi o pismo wypukłe Braille'a.

Dla ucznia ze sprzężoną niepełnosprawnością, na podstawie orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej, należy opracować dokumentację obejmującą:

- Wielospecjalistyczną Ocenę Funkcjonowania Ucznia;
- Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny;
- program pracy rewalidacyjnej.

Dokumentację opracowuje zespół specjalistów: pedagog, psycholog, logopeda, nauczyciele pracujący z dzieckiem, rodzice (lub opiekunowie) oraz (w razie potrzeby) przedstawiciele poradni psychologiczno-pedagogicznej lub innej poradni specjalistycznej.

Specjalne potrzeby edukacyjne dzieci głuchoniewidomych – trudności zaspokajania

Praca z dzieckiem głuchoniewidomym uwzględniająca jego specyficzne potrzeby edukacyjne, oznacza konieczność dostosowania: metod pracy, oprzyrządowania, pomocy dydaktycznych, otoczenia, programu nauczania oraz treści, tempa pracy, organizacji nauczania, sposobów weryfikacji uzyskiwanych przez nich efektów uwzględniających ich niepełnosprawność.²³ Podstawą funkcjonowania dziecka głuchoniewidomego w placówce ogólnodostępnej i właściwej pomocy powinno być stworzenie Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego (IPET), a w tym celu powołanie zespołu nauczycieli i specjalistów, współpracujących ze sobą oraz z rodzicami dziecka. Współpraca z rodzicami jest niezwykle istotna, ponieważ to oni jednak najczęściej najlepiej znają dziecko i mogą stanowić dla specjalistów źródło cennej wiedzy i zrozumienia zachowania dziecka oraz jego specyfiki. „Fundamentem udanego procesu włączania jest zrozumienie specyficznych potrzeb ucznia głuchoniewidomego i jego akceptacja. Chociaż więc edukacja włączająca wydaje się stwarzać szanse dla uczniów z jednoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku na pozostanie w rodzinnym domu i pobieranie nauki oraz przebywanie wraz z innymi uczniami, w szkole ogólnodostępnej, znajdującej się w miejscu zamieszkania dziecka, warunki jej powodzenia są (jak widać) bardzo

23 <http://tpg.org.pl/dis/archiwum/nr-3-2011-2/potrzeby-edukacyjne-dzieci-gluchoniewidomych/> (data pobrania: 22.06.2020), por. też Paradowska E., *Praca z dzieckiem głuchoniewidomym, w: Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnym iw szkole ogólnodostępnej. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Wydawnictwo APS, Warszawa 2011

wymagające.²⁴ Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym (TPG) dysponuje doświadczeniami z kilku placówek integracyjnych, do których uczęszczają dzieci głuchoniewidome – wspólnie z dziećmi widzącymi i słyszącymi, tj. placówek, które miały być w Polsce pierwszym krokiem w kierunku nauczania włączającego.²⁵ Na tej podstawie wyodrębniono następujące problemy dotyczące organizacji nauczania dzieci głuchoniewidomych.

- Niedobór odpowiednio dostosowanych pomocy edukacyjnych.
- Brak wśród nauczycieli (również wspomagających) wystarczającej wiedzy na temat specyfiki niektórych wrodzonych zespołów słuchowo-wzrokowych, a tym samym na temat uczniów głuchoniewidomych. Nauczyciele często są przygotowani do pracy z innymi niepełnosprawnościami.
- Brak właściwego zrozumienia realnych problemów ucznia głuchoniewidomego, przypisywanie mu złej woli.
- Brak konsekwencji w stosowaniu pomocy wzmacniających słyszenie, co uniemożliwia dziecku pełne uczestnictwo w lekcji.
- Nieuwzględnianie większej męczliwości takiego ucznia
- Niedostosowywanie niekiedy tempa pracy do możliwości ucznia.²⁶

Wszystko to doprowadza do nieefektywnego wykorzystania czasu pracy na lekcji i przenoszenia jego ciężaru na dom. Nawet przy zaangażowaniu rodziców i ich współpracy z nauczycielem, taka sytuacja powoduje przeciążenie dziecka i brak czasu na regenerację.

- Brak pełnej akceptacji dziecka z jego problemami, a w związku z tym niedostatek atmosfery życzliwości wokół niego.
- Niechęć niektórych rodziców dzieci pełnosprawnych do uczęszczania ich dzieci do jednej klasy z dzieckiem głuchoniewidomym.
- Brak adekwatnego, konsekwentnego wsparcia ze strony nauczycieli w budowaniu przez dziecko kontaktów z rówieśnikami.
- Brak właściwych relacji z rodzicami dziecka głuchoniewidomego; często są oni postrzegani jako osoby roszczeniowe.
- Brak sieci wsparcia dla nauczycieli/ szkół, głównie w zakresie szkoleń.

24 Tamże

25 Por. Gajda, M., *Dwugłos w sprawie edukacji*, w: „Integracja” Nr 5/ 2008

26 <http://tpg.org.pl/dis/archiwum/nr-3-2011-2/potrzeby-edukacyjne-dzieci-gluchoniewidomych/> (data pobrania: 22.06.2020),

- Brak upowszechniania przykładów dobrych praktyk, w zakresie nauczania dzieci głuchoniewidomych wspólnie z dziećmi pełnosprawnymi.
- Poczucie nadmiernego obciążenia wśród nauczycieli.²⁷

Analiza trudności wskazuje, że nauczanie włączające dzieci głuchoniewidomych zależy w dużej mierze od przygotowania nauczycieli, ich życzliwości i akceptacji, od dyrekcji oraz od poziomu i jakości współpracy z rodzicami. „Można więc przypuszczać, że skoro na tego typu problemy natrafiają placówki o charakterze integracyjnym, to podobnych problemów można się spodziewać w systemie nauczania włączającego (tym bardziej, że nauczyciele szkół ogólnodostępnych, nie są w istocie rzeczy przygotowani do tego typu wyzwań). Warto dodać, że niekiedy również dla szkół specjalnych, przeznaczonych dla dzieci z wadami słuchu czy wzroku – edukacja dziecka głuchoniewidomego bywa bardzo dużym wyzwaniem; nawet wówczas, gdy ma ono indywidualny system nauczania (szczególnie, gdy występują u niego dodatkowe zaburzenia).”²⁸

Założenia metodologiczne własnych badań empirycznych

Motywacja do rozpoczęcia badań o charakterze diagnostycznym dotyczących tej właśnie grupy ma charakter osobisty i jest związana z jednej strony z miejscem mojej pierwszej pracy po studiach – właśnie w grupie dzieci głuchoniewidomych, z moimi wieloletnimi zainteresowaniami badawczymi dotyczącymi współpracy rodziny i szkoły, a także z realizowaną obecnie współpracą między Wyższą Szkołą Gospodarki w Bydgoszczy a Kujawsko-Pomorskim Specjalnym Ośrodkiem Szkolno-Wychowawczym Nr 1 im. L. Braille’a w Bydgoszczy. Ze względu na ograniczone ramy tej wypowiedzi wskażę podstawowe informacje dotyczące przeprowadzonych badań, które w moim zamyśle stanowią początek badań pogłębionych. W trakcie badań szukałam odpowiedzi na następujące problemy badawcze:

Problem główny: Jak badani nauczyciele oceniają przebieg współpracy z rodzicami dzieci głuchoniewidomych?

Problemy szczegółowe:

- 1) *Jakie czynniki zakłócają współpracę z rodzicami dzieci głuchoniewidomych?*
- 2) *Jakie czynniki wspierają współpracę z rodzicami dzieci głuchoniewidomych?*

²⁷ <http://tpg.org.pl/dis/archiwum/nr-3-2011-2/potrzeby-edukacyjne-dzieci-gluchoniewidomych/>
(Data pobrania 12.07.2020)

²⁸ Tamże

Ze względu na typowo diagnostyczny charakter przeprowadzonych badań opinii na wskazany temat, świadomie odstąpiłam od formułowania hipotez badawczych. „Szkodliwość hipotez w badaniach takich polega na tym, że mogą one w sposób tendencyjny i stronniczy wpływać na gromadzenie i selekcję materiału badawczego zgodnie z przyjętymi z góry założeniami.”²⁹ W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz następujące techniki: ankietę, analizę dokumentów, rozmowę kierowaną. Ankieta była skierowana do nauczycieli, wychowawców, opiekunów, terapeutów dzieci głuchoniewidomych przebywających w Kujawsko-Pomorskim Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym Nr 1 im. L. Braille’a w Bydgoszczy. Kwestionariusz ankiety był przesłany w formie elektronicznej, miał charakter anonimowy. Badani odnosili się do pytań, bądź twierdzeń dotyczących sformułowanych problemów badawczych. Ankietę wypełniło 56 osób. Dodatkowo przeanalizowałam następujące dokumenty: Program współpracy z rodziną wychowanka, stronę internetową K-P SOSW nr 1 im. Louisa Braille’a w Bydgoszczy.

Kujawsko-Pomorski Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 1 im. Louisa Braille’a w Bydgoszczy, w którym prowadziłam badania jest najstarszą w Polsce (rok założenia:1872) szkołą zajmującą się edukacją, wychowaniem i rewalidacją dzieci i młodzieży z dysfunkcją wzroku. Obejmuje swoim oddziaływaniem dzieci i młodzież z terenu województwa kujawsko-pomorskiego oraz trzech kolejnych województw Polski północnej: pomorskiego, warmińsko-mazurskiego oraz zachodniopomorskiego. Placówka dysponuje pracownikami internetowymi, do praktycznej nauki zawodów (np. masażu i innych), tablicami multimedialnymi i salą doświadczania świata, jak również specjalistycznymi pomocami dydaktycznymi. W skład najstarszej w Polsce szkoły dla niewidomych i słabo widzących wchodzi obecnie: szkoła podstawowa, liceum ogólnokształcące, technikum masażu i technikum kelnerskie, branżowa szkoła 1 stopnia /dawna zasadnicza szkoła zawodowa/, szkoła policealna (technik administracji, technik tyfloinformatyk). Placówka zapewnia specjalistyczną opiekę w ramach wczesnego rozwoju dla dzieci w wieku 0-6 lat, a także kwalifikacyjne kursy zawodowe dla dorosłych (gastronomia, tyfloinformatyka, administracja, florystyka).

W placówce znajduje się również oddział dla dzieci i młodzieży głuchoniewidomej i z inną złożoną niepełnosprawnością oraz szkoła przysposabiająca do pracy. Szkoła została wielokrotnie wyróżniona w programach, projektach, konkursach, grantach i różnych przedsięwzięciach na terenie kraju i województwa.

29 Tamże, s. 127

Internat umożliwia pobyt uczniom zamieszkałym w odległych regionach Polski. Mogą przebywać w nim wychowankowie od młodszego wieku szkolnego do końca nauki szkolnej (24 lat). „Obecnie jest 17 grup wychowawczych: pięć grup dziewcząt, dziesięć grup chłopców i dwie grupy dzieci głuchoniewidomych. Wszystkie grupy dobrane są w taki sposób, ażeby wychowankowie do nich należący byli zbliżeni wiekowo. W każdej z nich przebywa pod opieką specjalistów około 8-10 osób.”³⁰

Współpraca z rodzicami dzieci głuchoniewidomych w świetle własnych badań empirycznych

Oddział dla Dzieci i Młodzieży Głuchoniewidomej i z Całościowymi Zaburzeniami w Komunikacji, w tym z Autyzmem istniejący przy Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym Nr 1 dla Dzieci i Młodzieży Słabo Widzącej i Niewidomej im. L. Braille’a w Bydgoszczy realizuje zróżnicowane metody pracy z dziećmi głuchoniewidomymi. Został on powołany we wrześniu 1985 roku. Jako jeden z nielicznych w Polsce kształci na wszystkich etapach edukacyjnych dzieci i młodzież, u których występuje równoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku oraz dodatkowe dysfunkcje, m.in. upośledzenie umysłowe, autyzm, porażenie mózgowe. Pracę w 1985 roku rozpoczęto z trójką dzieci. W marcu 2014 roku, ze względu na rozszerzenie profilu działalności, nazwę Oddziału zmieniono na Oddział dla Dzieci i Młodzieży Głuchoniewidomej i z Całościowymi Zaburzeniami w Komunikacji, w tym z Autyzmem. Obecnie w Oddziale kształci się 10 uczniów w wieku od 6 do 20 lat. Wiek fizjologiczny nie pokrywa się z wiekiem rozwojowym. Oddział realizuje zadania dydaktyczne, wychowawcze, rewalidacyjne oraz diagnostyczne. Uczniowie pracują w oparciu o indywidualne, programy nauczania, wychowania i rewalidacji, dostosowane do możliwości i potrzeb dziecka głuchoniewidomego.

Wychowankowie spoza Bydgoszczy mieszkają w internacie. Przy Oddziale istnieje Punkt Konsultacyjny złożony z zespołu specjalistów, którzy:

- udzielają wskazówek i rad rodzicom oraz nauczycielom dotyczących wychowania i nauczania dziecka głuchoniewidomego,
- prowadzą wszechstronną obserwację dziecka głuchoniewidomego zakończoną wstępną diagnozą oraz na jej podstawie udzielają wskazań do pracy z dzieckiem i kwalifikują je do przyjęcia do Oddziału.

30 <http://www.braille.bydgoszcz.pl/przeglad-szkol-i-internatu>

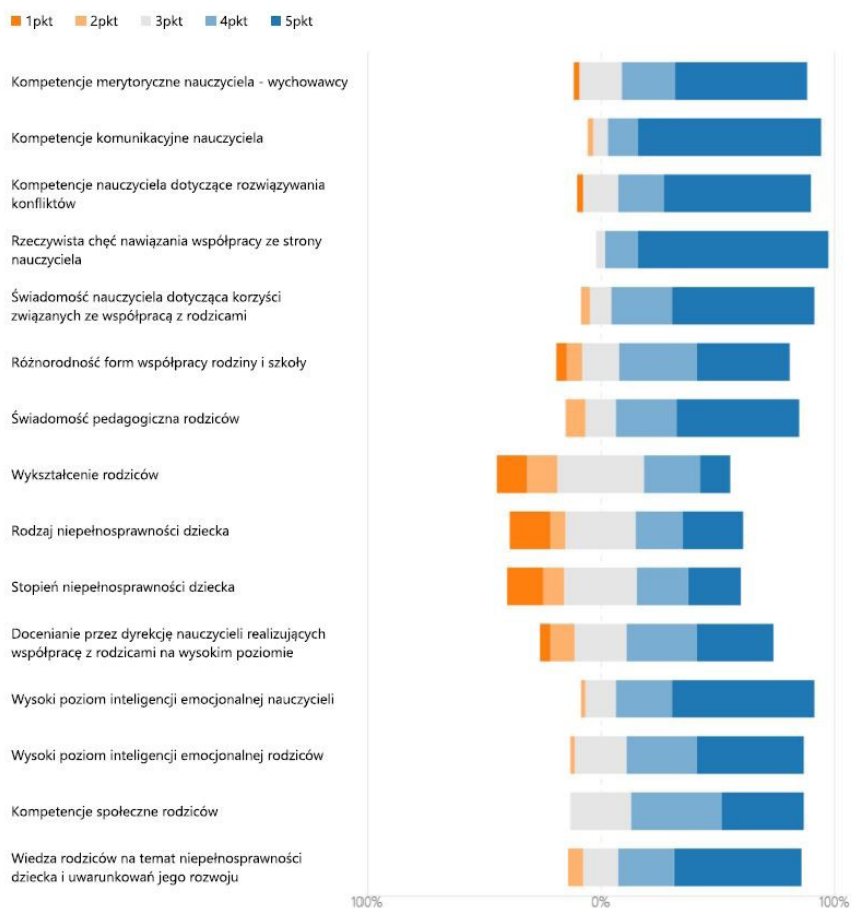
Doświadczenia zdobyte podczas pracy z dzieckiem głuchoniewidomym wykazują, iż jego rewalidacja jest celowa i efektywna. Wymaga jednak wielkiego wysiłku nauczyciela, a przede wszystkim ucznia. Jest długotrwała i trudna, ale daje dziecku, jego rodzicom i nauczycielom nadzieję na sukces.³¹

Opinie badanych nauczycieli na temat czynników wspierających współpracę z rodzicami

Diagnoza czynników wspierających współpracę z rodzicami stanowi podstawę do optymalizacji tej współpracy. Świadomość ich rangi u badanych jest punktem wyjścia do podjęcia takich działań, które będą podnosiły poziom współpracy aż do postaci partycypacji, czyli partnerstwa, wzajemnego podmiotowego traktowania się nauczycieli i rodziców, bez asymetrii relacji. Sprzyja to zwiększaniu korzyści, które z takiej współpracy wynikają. Znaczenie współpracy rodziny i szkoły rośnie wraz ze wzrostem świadomości pedagogicznej rodziców, a także kompetencji psychologiczno-pedagogicznych nauczycieli. Z moich wieloletnich obserwacji, dotychczas prowadzonych badań i rozmów w placówkach kształcenia specjalnego, placówkach integracyjnych, na studiach podyplomowych, wynika, że pedagodzy specjaliści bardziej uświadamiają sobie potrzebę i konieczność współpracy z rodzicami niż inni nauczyciele. Skuteczność ich pracy znacznie wzrasta, jeżeli rodzice aktywnie włączają się w proces rewalidacji dziecka z niepełnosprawnością. W przypadku niepełnosprawności złożonych często konieczna jest współpraca całego zespołu specjalistów, lekarzy, fizjoterapeutów, logopedów, psychologów, a rola rodziców w integrowaniu tych działań wzrasta. Podstawą współpracy jest wiedza na temat jej znaczenia, wzajemny szacunek i szczerść, poszukiwanie takich jej form, które odpowiadają na potrzeby i możliwości rodziców.

Analiza literatury przedmiotu wskazuje na zróżnicowane czynniki sprzyjające nawiązywaniu owej współpracy zarówno po stronie rodziców jak i nauczycieli.

31 <http://www.braille.bydgoszcz.pl/uslyszec-i-zobaczyc-swiat> Oprac. mgr Jolanta Rybka



Wykres 1. Czynniki sprzyjające skutecznej współpracy z rodzicami w opinii badanych nauczycieli
Źródło: Badania własne

81.8% badanych nauczycieli za najważniejszy czynnik sprzyjający nawiązaniu skutecznej współpracy rodziny ze szkołą uznało rzeczywistą chęć współpracy ze strony nauczyciela. Literatura przedmiotu potwierdza, że gotowość nauczycieli zbyt często ma charakter deklaracyjny, co skutkuje asymetrycznością relacji, ustawianiem się w roli eksperta i przedmiotowemu traktowaniu rodziców.³² Taka wysoka ranga tego czynnika w badaniach, z jednej

32 Kozubska A., *Wybrane problemy pedagogicznego funkcjonowania nauczyciela wychowawcy*, w: A. Kozubska, R. Koc, P. Ziółkowski, *Nauczyciel w drodze do profesjonalizmu*, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki, Bydgoszcz 2014, s. 125-128

strony potwierdza istniejące w literaturze przedmiotu wyniki badań, z drugiej zaś, świadczy o wysokiej samoświadomości badanych nauczycieli. 78,5% badanych duże znaczenie przypisuje kompetencjom komunikacyjnym nauczyciela. W relacji nauczyciel-rodzic trzeba wysokich kompetencji w tym zakresie, aby nie wpaść w pułapki komunikacyjne, stosowanie blokad, wzajemne oskarżanie się. Rodzice kochają swoje dzieci, czują się odpowiedzialni za ich zachowanie, identyfikują się z nimi, a w związku z tym każda krytyka dziecka budzi sprzeciw i silne emocje. Nauczyciele zaś identyfikują się ze swoją rolą zawodową i krytykę formułowaną przez rodzica zbyt często traktują bardzo osobiście. Jeśli relacje nauczyciel-rodzic charakteryzują się wysokim poziomem świadomości pedagogicznej, obie strony mają wgląd w swoje emocje i potrafią nad nimi panować, to szanse na zbudowanie relacji osobowej a nie przedmiotowej, szanse na porozumienie, wzrastają. Istotne jest, aby zarówno rodzice jak i nauczyciele w trakcie komunikacji mieli ustawiczną świadomość, że najważniejsze jest dobro dziecka i to jest właśnie ta płaszczyzna, ta sytuacja zadaniowa, która ich łączy. Znajduje to odzwierciedlenie w przeprowadzonych badaniach, bowiem jako kolejne czynniki wspierające skuteczność współpracy z rodzicami badani wymieniali:

- kompetencje nauczyciela dotyczące rozwiązywania konfliktów 63%;
- świadomość nauczyciela dotyczącą korzyści wynikających ze współpracy z rodzicami oraz wysoki poziom inteligencji emocjonalnej po 60,9%;
- kompetencje merytoryczne nauczyciela-wychowawcy 56,8%;
- wiedzę rodziców na temat niepełnosprawności dziecka i uwarunkowań jego rozwoju 54,3%.

Wiedza rodziców na temat uwarunkowań rozwoju dziecka z niepełnosprawnością sprzężoną, na temat jego ograniczeń i możliwości, jest bardzo istotna, bowiem ogranicza ona postawy roszczeniowe, albo obojętność rodziców nie dostrzegających szans na kształtowanie określonych umiejętności własnego dziecka. Obie wymienione postawy charakteryzują się nieadekwatnością, a w związku z tym działania rodziców też nie są skuteczne.

Gdyby jednak analizować łącznie rangę jaką przyznali badani nauczyciele poszczególnym czynnikom, przypisując im najwyższą (5pkt) i wysoką (4pkt) wartość, to kolejność czynników wspierających współpracę przedstawia się następująco:

- rzeczywista chęć współpracy po stronie nauczyciela 95,4%
- kompetencje komunikacyjne nauczyciela 91,3%,
- świadomość nauczyciela dotycząca korzyści związanych ze współpracą z rodzicami 87%;

- wysoki poziom inteligencji emocjonalnej nauczycieli 84,8%,
- kompetencje nauczyciela dotyczące rozwiązywania konfliktów 82,6%,
- świadomość pedagogiczna rodziców 78,3%
- wiedza rodziców na temat niepełnosprawności dziecka i uwarunkowań jego rozwoju 78,2%.

Czyli niezależnie od tego, czy patrzymy na wyniki analizując najwyższą punktację (5pkt), czy łącznie 5 pkt i 4 pkt, wysokie pozycje przypisywane gotowości do współpracy po stronie nauczycieli, inteligencji emocjonalnej i kompetencjom komunikacyjnym – nie zmieniają się. Interesujące i korzystne w mojej ocenie jest to, że nauczyciele mają świadomość, iż odpowiedzialności za jakość współpracy rodzina-szkoła ciąży głównie na nauczycielu, ze względu na jego rolę zawodową i profesjonalne przygotowanie.

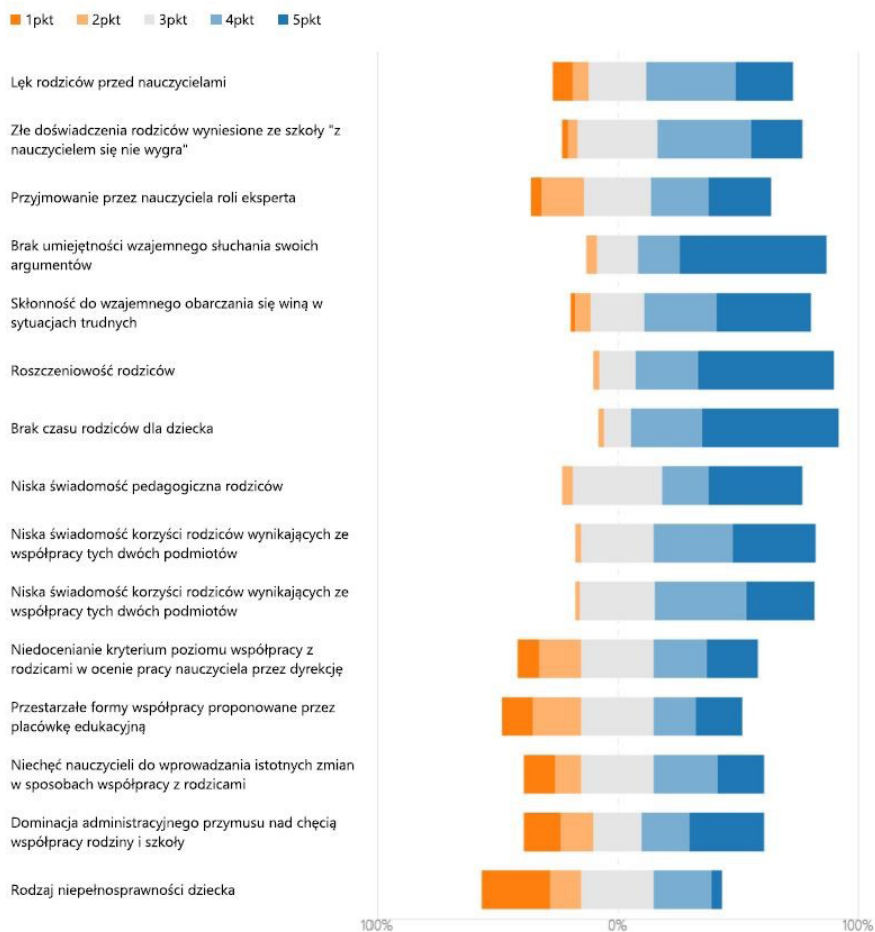
Wśród czynników o najmniejszym znaczeniu dla nawiązywania współpracy rodziny i szkoły badani nauczyciele wymienili:

- rodzaj niepełnosprawności dziecka 17,4%;
- stopień niepełnosprawności dziecka 15,6%;
- wykształcenie rodziców 13,0%.

Powyższe dane świadczą o tym, że poziom współpracy zależy od czynników tkwiących głównie w nauczycielach i rodzicach.

Czynniki zagrażające współpracy rodziny i szkoły w opinii badanych nauczycieli

Dla planowania procesu optymalizacji współpracy duże znaczenie mają również te czynniki, które jej zagrażają, dlatego poddano je badaniom.



Wykres 2. Czynniki zagrażające współpracy rodziny i szkoły w opinii badanych nauczycieli

Źródło: Badania własne.

Istnieje wiele czynników opisanych już w literaturze przedmiotu, które stanowią bariery współpracy rodziny i szkoły. Wskazano na nie również w rozdziale pierwszym.³³

33 Kawula S., *Zagadnienie integracji oddziaływań wychowawczych w środowisku*, w: Kawula S., (red.), *Pedagogika społeczna dokonania-aktualności-perspektywy*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2001; Mendel M., *Aktywna szkoła- bierni rodzice: anomia, mit, czy przemieszczenie znaczeń?* w: *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań*, Janke A.W., (red.), Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń 2004; Kozubka A., *Rodzice w zreformowanej szkole. Mity czy rzeczywistość*, w: *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań*, Janke A.W. (red.), Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń 2004, s. 316-317

Niewielkie znaczenie, w kategorii zagrożeń współpracy rodziny i szkoły, badani przypisywali następującym czynnikom:

- rodzaj niepełnosprawności dziecka - 28,3% badanych;
- dominacja administracyjnego przymusu nad chęcią współpracy – 15,6%
- po 13% uzyskały: niechęć nauczycieli do wprowadzania istotnych zmian w sposobach współpracy z rodzicami oraz przestarzałe formy współpracy proponowane przez placówkę edukacyjną.

Badani nauczyciele za najważniejszy czynnik, który zagraża współpracy rodziny i szkoły uważają umiejętności wzajemnego słuchania swoich argumentów - 60,9%. Kolejne czynniki, którym nauczyciele przyznali największe znaczenie w zakłócaniu owej współpracy, to:

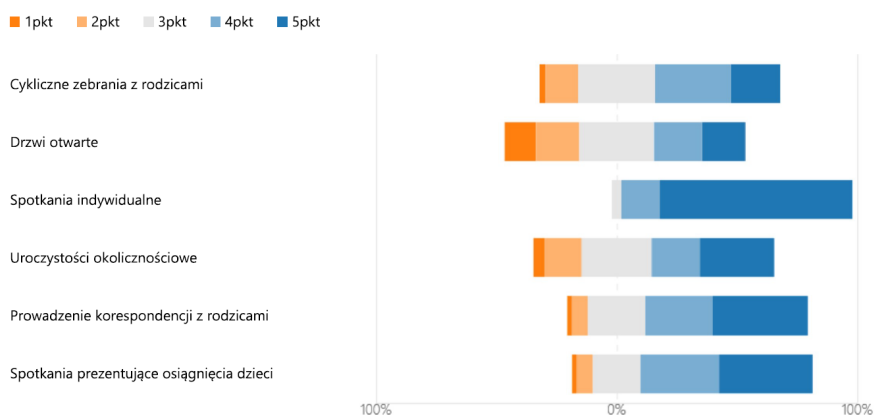
- brak czasu rodziców dla dziecka - 56,8%,
- roszczeniowość rodziców - 56,5%,
- niska świadomość pedagogiczna rodziców - 39,1%,
- skłonność do wzajemnego obarczania się winą w sytuacjach trudnych - 39,1%
- niska świadomość rodziców dotycząca korzyści wynikających ze współpracy tych dwóch podmiotów - 34,8%.

Badani nauczyciele często podkreślali to, że rodzice w niewystarczającym stopniu zajmują się dzieckiem oraz ich roszczeniowe postawy rodziców, a także oczekiwanie, że to nauczyciele w szkole lub wychowawcy w internacie wykonają całą pracę rewalidacyjną, niemalże bez udziału rodziców. Jeśli takie postawy prezentują rodzice, to budowanie współpracy jest bardzo trudne, a w związku z tym efekty rewalidacji na pewno będą niższe. Istotną bowiem cechą pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością, a tym bardziej, gdy ma ona charakter sprzężony, jest respektowanie zasady utrwalania wiedzy i umiejętności niemal przez cały czas i w każdej możliwej sytuacji. Im bardziej dana sytuacja jest naturalna, im bardziej wiąże się z potrzebami dziecka, tym bardziej jest ono zmotywowane do określonego pożądanego rewalidacyjnie zachowania.

Podobnie jak w odpowiedziach dotyczących czynników wspierających współpracę, tak również tutaj, wysoką rangę nadawano kompetencjom komunikacyjnym oraz umiejętności panowania nad własnymi emocjami i świadomości korzyści wynikających ze współpracy, która stanowi element świadomości pedagogicznej zarówno rodziców jak i nauczycieli. Wysoki poziom tych wskaźników uznawano za czynnik sprzyjający współpracy, a niski za jej zagrożenie.

Ocena przebiegu współpracy z rodzicami – opinie nauczycieli

Badani nauczyciele wypowiedzieli się na temat form współpracy, które występują w ich miejscu pracy, jak również dokonywali oceny poziomu tej współpracy i wskazywali na problemy na jakie napotykać w relacjach z tzw. „trudnym rodzicem”.



Wykres 3. Ocena form współpracy z rodzicami dzieci głuchoniewidomych przez badanych nauczycieli
Źródło: Badania własne

Badani nauczyciele oceniając skuteczność stosowanych w Ośrodku form współpracy z rodzicami najwyżej ocenili spotkania indywidualne. Kolejne dwie formy wysoko oceniane przez nauczycieli, to: spotkania prezentujące osiągnięcia dzieci oraz prowadzenie korespondencji z rodzicami. Takie opinie nauczycieli są świadectwem doceniania i realizowania w pracy zasady indywidualizacji nie tylko w procesie nauczania i wychowanie dzieci głuchoniewidomych, ale również we współpracy z rodzicami. Ze względu na specyfikę rozwojową uczniów głuchoniewidomych bezpośredni kontakt z rodzicem umożliwia dokonanie oceny tego konkretnego ucznia-wychowanka, ze wszystkimi jego potencjałami oraz ograniczeniami, których wzajemne relacje są najczęściej bardzo specyficzne i umieszczone w indywidualnym kontekście. Poza tym rodzice dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a szczególnie obciążonych niepełnosprawnością sprzężoną charakteryzują się, z powodów zrozumiałych, nieco wyższym poziomem lęku, a spotkanie indywidualne umożliwia wielopłaszczy-

znowe wyjaśnienie, udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania i wątpliwości rodzica. Wysoka ocena spotkań, na których prezentowane są prace dzieci wiąże się, jak wynika z rozmów kierowanych, z dużym poziomem satysfakcji wszystkich podmiotów uczestniczących w takich spotkaniach. Rodzice mają okazję dostrzec dziecko w świetle jego potencjałów a nie głównie ograniczeń. Postrzeganie dziecka przez pryzmat ograniczeń zdarza się niestety częściej ze względu na niepełnosprawność dziecka. Nauczyciele i dzieci czują dumę z prezentowanych osiągnięć. Spotkania takie przebiegają więc w bardzo przyjaznej i radosnej atmosferze, co sprzyja komunikacji i nawiązywaniu relacji osobowych między nauczycielami a rodzicami. Często są to spotkania okolicznościowe, np. z okazji Dnia Matki, Babci, Dziadka, co potęguje emocje pozytywne przeżywane przez rodziców, opiekunów i dzieci.

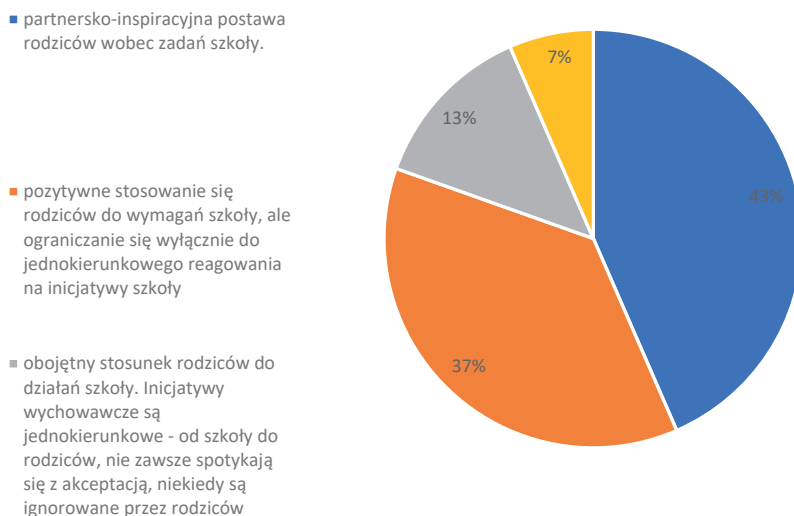
Prowadzenie korespondencji z rodzicami, które w opiniach nauczycieli uzyskało trzecią pozycję pod względem skuteczności ma dwa walory: nadal jest to relacja indywidualna a nie grupowa, poza tym dająca szansę na zastanowienie się, porządkująca wypowiedź, umożliwiającą przekazanie wskazówek, z których rodzic może wielokrotnie korzystać, np. do pracy z dzieckiem w domu.

W wypowiedziach otwartych dotyczących innych sugerowanych przez nauczycieli form współpracy z rodzicami, którym przypisują oni wysoką skuteczność, wyraźnie badani wskazują na formy aktywizujące rodziców, włączające ich w pracę, szkoły, internatu, np.

- organizacja imprez okolicznościowych, przedstawień,
- udział w warsztatach umiejętności wychowawczych,
- pedagogizacja rodziców w zakresie pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością,
- wspólne zajęcia o charakterze praktycznym budujące relacje, np. warsztaty kulinarne,
- zajęcia socjoterapeutyczne.

Gotowość nauczycieli do angażowania rodziców w pracę Ośrodka świadczy o rozumieniu znaczącej roli rodziców w procesie rewalidacji, a także o podmiotowym ich traktowaniu przez nauczycieli, którzy potrzebują wiedzy i wsparcia rodziców w swojej pracy. Zazwyczaj taka postawa jest przez rodziców odczuwana i skutkuje większym zaangażowaniem, dając szansę na budowanie relacji osobowych. Na wykresie 4 przedstawiono opinie nauczycieli podsumowujące typy postaw rodziców, z którymi stykają się w swoim doświadczeniu zawodowym najczęściej. Analiza tych odpowiedzi wskazuje na ich spójność z poprzednimi wynikami w przeprowadzonych badaniach. Stwarzana w Ośrodku atmosfera współpracy owocuje zaangażowaniem rodziców.

Postawy rodziców wobec szkoły w opinii badanych nauczycieli



Wykres 4. Postawy rodziców wobec szkoły w opinii badanych nauczycieli

Źródło: Badania własne

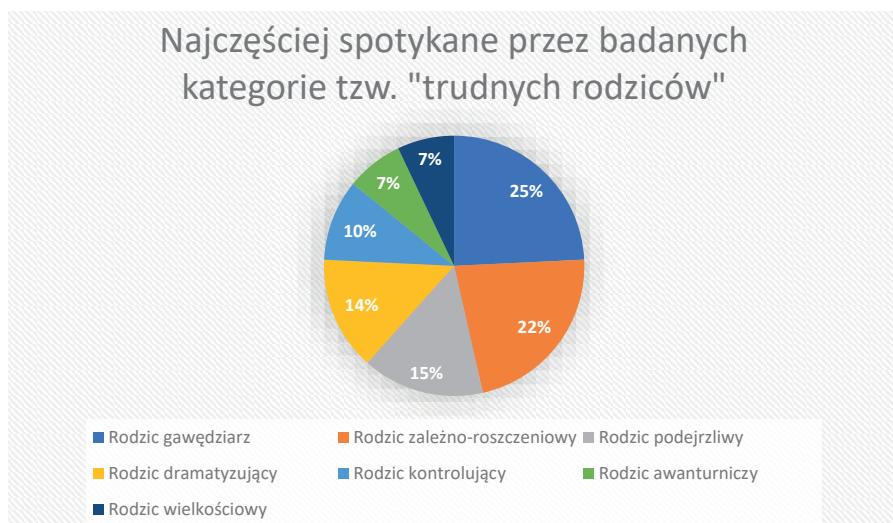
Zdaniem badanych nauczycieli dominującą w ich doświadczeniu zawodowym jest partnersko-inspiracyjna postawa rodziców, co stanowi 43% wypowiedzi. Z pedagogicznego punktu widzenia należy pozytywnie ocenić tę informację. Ponad połowa rodziców, z którymi stykają się nauczyciele przejawia aktywność w relacji rodzina-szkoła, czyli nie tylko dostosowuje się do wymagań szkoły, ale zgłasza swoje pomysły i modyfikacje. Jednym z warunków przejawiania takiej postawy przez rodziców jest sprzyjająca atmosfera w szkole, otwartość nauczycieli na dialog, na przyjmowanie pomysłów rodziców i ich wdrażanie. Często rodzice aktywizują się, jeśli ze strony placówki edukacyjnej dostrzegają przyzwolenie, a nawet zachętę, jeśli są podmiotowo traktowani. Gdyby połączyć tę postawę nazywaną w literaturze przedmiotu *partycypacją*, z 37% rodziców, którzy zdaniem badanych nauczycieli charakteryzują się pozytywnym stosunkiem do wymagań szkoły, reagują na oczekiwania i zalecenia, które szkoła formułuje, (postawa *akomodacji*), to w 80% należy ocenić postawy rodziców jako pozytywne. Znacząco wykracza to ponad wyniki uzyskane w badaniach S. Kawuli, który stwierdził, że dominują w szkołach postawy *inercji* - które w moich badaniach stanowią jedynie 13%.³⁴ Szkodliwe postawy rodziców na-

34 Kawula S., *Studia z pedagogiki społecznej*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1999

zywane *opozycją*, to w opinii nauczycieli jedynie 7% rodziców. Większe niż przeciętne zaangażowanie rodziców w życie szkoły wynika prawdopodobnie z niepełnosprawności dziecka, wyższego poziomu lęku rodziców o dziecko, większej gotowości do rozbudowywania funkcji opiekuńczej.

Grupa rodziców nigdy nie jest jednorodna. Mimo wysokiej gotowości do współpracy ze szkołą badani nauczyciele oczywiście stykają się z rodzicami, którzy sprawiają im problemy, z którymi trudno się porozumieć. Przyczyn takiego stanu rzeczy można szukać po obydwu stronach relacji, a ich wyodrębnienie w tej grupie wymagałoby pogłębionych, dodatkowych badań. Nie było ono przedmiotem moich badań. Uzyskane wyniki mogą jednak już stanowić podstawę refleksji nauczycieli i nadawać kierunek podnoszeniu własnych kompetencji w określonych obszarach. Postrzeganie kogoś jako tzw. „trudnego rodzica” często wiąże się z jakimś niedostatkiem kompetencji u danego nauczyciela, który z określonym zachowaniem rodzica nie radzi sobie lub radzi sobie gorzej. Świadomość ta może więc stanowić zadanie/szansę rozwojową dla nauczyciela, a także korzystnie wpłynąć na relację nauczyciel-rodzic, a w konsekwencji na rozwój dziecka.

Analiza grup rodziców, z którymi badani najczęściej spotykali się w ciągu ostatnich 3 lat swojego doświadczenia zawodowego została przedstawiona na poniższym wykresie nr 5.



Wykres 5. Najczęściej spotykane przez badanych nauczycieli kategorie tzw. „trudnych rodziców”

Najczęściej nauczyciele spotykają rodzica „gawędziarza” i zależno-rozszczeniowego.

- Rodzic *gawędziarz*, to miłośnik dygresji i wątków pobocznych. Lubi rozmawiać na wiele tematów, najczęściej nie tych, które są przedmiotem spotkania. Jest szczególnie uciążliwy na zebraniach z rodzicami.
- Rodzic *zależno rozszczeniowy* – idealizuje nauczyciela, przypisuje mu nadzwyczajne umiejętności. Dąży do tego, aby jego relacja z nauczycielem była jak najlepsza, zwracając się do niego z najmniejszymi problemami. Jego oczekiwania wobec nauczyciela rosną bardzo szybko. Całą odpowiedzialność za swoje trudności próbuje zrzucić na wychowawcę, często przychodzi poza zebraniem, domagając się indywidualnego traktowania.

Kolejne miejsca według częstotliwości występowania zajęli: rodzic podejrzliwy i dramatyzujący.

- Rodzic *podejrzliwy* - ma skłonności do obwiniania innych o powodowanie kłopotów własnego dziecka. Charakteryzuje go nadmierne zaniepokojenie, że dziecko jest celowo krzywdzone, krytykowane, wykorzystywane.
- Rodzic *dramatyzujący* - robi wrażenie zrozpaczonego lub podekscytowanego. Rozmowa z takim rodzicem może mieć charakter „wylewu rozpaczy”, lub „spektaklu o wysokim poziomie emocjonalności”.

Kolejne pozycje w wypowiedziach badanych zajmowały następujące kategorie rodziców:

- Rodzic *kontrolujący* - to osoba dążąca do panowania nad sytuacją. Wykazuje się zamiłowaniem do władzy i kontroli. Często pod tym kryje się niepokój i poczucie bezradności.
- Rodzic *awanturniczny* - ma trudności ze znoszeniem frustracji, niemal na wszystko reaguje wybuchami złości, próbuje wyrzucić presję na nauczyciela tak, aby doprowadzić do sytuacji przeforsowania swoich sugestii i żądań. Uważa on, iż wszystkiemu winna jest szkoła i nauczyciele, a nie on czy jego dziecko.
- Rodzic *wielkościowy* - to rodzic, który jest skoncentrowany na budowaniu i upowszechnianiu swojego pozytywnego wizerunku (rodzic gwiazda – podczas rozmowy z nauczycielem np. odbiera telefony, itp.). Rodzice tacy uważają się za osoby nie popełniające błędów, niemal

bez skazy. Zazwyczaj oczekują uznania i podziwu. Każdą krytyczną uwagę pod adresem swoich dzieci traktują jako atak na siebie.³⁵

Umiejętność pracy z takimi rodzicami wymaga wysokich kompetencji społecznych, w tym komunikacyjnych, a także umiejętności składających się na inteligencję emocjonalną. Wymagana jest także współpraca i wymiana informacji między wszystkimi specjalistami pracującymi z dzieckiem z niepełnosprawnością, a tym samym jednak – z jego rodzicami bądź opiekunami prawnymi.

Podsumowanie

Celem przeprowadzonych badań było zebranie opinii nauczycieli i wychowawców na temat współpracy z rodzicami dzieci głuchoniewidomych, czyli z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Badani nauczyciele mieli ocenić poziom tej współpracy, określić czynniki ją wspierające i zagrażające jej. W badaniach poszukiwano odpowiedzi na sformułowane problemy badawcze.

Problem główny: Jak badani nauczyciele oceniają przebieg współpracy z rodzicami dzieci głuchoniewidomych?

Problemy szczegółowe

- 1) *Jakie czynniki zakłócają współpracę z rodzicami dzieci głuchoniewidomych?*
- 2) *Jakie czynniki wspierają współpracę z rodzicami dzieci głuchoniewidomych?*

Świadomie, ze względu na typowo diagnostyczny charakter przeprowadzonych badań opinii na wskazany temat, odstąpiono od formułowania hipotez badawczych.

W badaniach wzięło udział 56 nauczycieli i wychowawców pracujących w Kujawsko-Pomorskim Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym nr 1 im. Louisa Braille'a w Bydgoszczy.

Dokonując analizy ilościowej i jakościowej uzyskanych wyników badań można sformułować następujące uogólnienia:

- 1) Badani nauczyciele raczej dobrze oceniają współpracę z rodzicami dzieci głuchoniewidomych. Współpraca ta przebiega głównie na poziomie partycypacji i akomodacji (razem 80% rodziców). Są to dwa najbardziej pożądane z pedagogicznego punktu widzenia i opisane w literaturze przedmiotu poziomy współpracy między szkołą a rodzi-

35 Garstka T., *Rodzice trudni w kontakcie, w: Współpraca z rodzicami w szkole*, T Garstka i in., Wydawnictwo Raabe, Warszawa 2012,

ną. Ich występowanie wymaga spełnienia pewnych warunków zarówno po stronie nauczycieli jak i rodziców, przy czym ciężar odpowiedzialności za jakość współpracy spoczywa jednak głównie na nauczycielach jako profesjonalistach.

- 2) Oceniając skuteczność realizowanych w Ośrodku różnorodnych form współpracy z rodzicami badani najwyżej ocenili spotkania indywidualne, następnie spotkania prezentujące osiągnięcia dzieci oraz prowadzenie korespondencji z rodzicami. Takie opinie wskazują, że nauczyciele doceniają znaczenie indywidualizacji nie tylko w procesie nauczania i wychowania dzieci głuchoniewidomych, ale również we współpracy z ich rodzicami. W wypowiedziach otwartych dotyczących innych sugerowanych przez nauczycieli form współpracy z rodzicami, którym przypisują oni wysoką skuteczność, badani wskazywali na te formy współpracy, które aktywizują rodziców, włączając ich w pracę szkoły, internatu, pozwalają na budowanie poczucia współtworzenia procesu rewalidacyjnego i współodpowiedzialności za jego przebieg oraz budowanie relacji osobowych.
- 3) Badani nauczyciele wskazywali również kategorie rodziców, których postrzegają jako „trudnych”, z którymi sobie gorzej radzą, a współpraca nie układa się optymalnie. Do najczęściej opisywanych w literaturze przedmiotu kategorii rodziców, a występujących w badaniach należą: rodzic „gawędziarz”, „zależno-roszczeniowy”, „podejrzliwy” i „dramatyzujący”.
- 4) W badaniach zebrano opinie rodziców na temat czynników wspierających jakość współpracy rodziny i szkoły. Zdaniem 81,8% badanych nauczycieli najważniejszym czynnikiem sprzyjającym skutecznej współpracy rodziny ze szkołą jest - rzeczywista chęć współpracy ze strony nauczyciela oraz jego kompetencje komunikacyjne - 78,5%. Znamienne i pozytywne moim zdaniem jest to, że badani nauczyciele poszukują głównie w swoich kompetencjach tego, co może tę współpracę umocnić i udoskonalić. Świadczy to o samoświadomości i autorefleksji badanych nauczycieli. Planuję poszerzenie tych wyników o opinie rodziców dzieci głuchoniewidomych na temat współpracy rodzina-szkoła. Zwiększy to szansę na określenie, na ile samoświadomość nauczycieli znajduje odzwierciedlenie w ich działaniach.
- 5) Do czynników zagrażających w największym stopniu współpracy badanych nauczycieli z rodzicami dzieci głuchoniewidomych należy zaliczyć: umiejętności wzajemnego słuchania swoich argumentów - 60,9%,

brak czasu rodziców dla dziecka - 56,8% oraz roszczeniowość rodziców dzieci głuchoniewidomych - 56,5%. Wysoką rangę badani nauczyciele nadawali również kompetencjom komunikacyjnym oraz umiejętności panowania nad własnymi emocjami i świadomości korzyści wynikających ze współpracy, która stanowi element świadomości pedagogicznej zarówno rodziców jak i nauczycieli.

Przeprowadzone badania dotyczyły szczególnej grupy rodziców, bo- wiem rodziców dzieci głuchoniewidomych, czyli z niepełnosprawnością sprzężoną. Proces wychowania dziecka z taką niepełnosprawnością ma charakter złożony, wymagający współpracy i zaangażowania wielu specjalistów. To oni razem z rodzicami stanowią system wsparcia dla dziecka, dlatego tak istotne jest diagnozowanie i doskonalenie działania zarówno poszczególnych podmiotów tej struktury, jak i całego systemu. Badania tego obszaru powinny służyć wypracowywaniu modelu współpracy między rodzicami i szkołą, który ze względu na zmieniającą się rzeczywistość społeczną, również musi być aktualizowany.

Bibliografia

1. Apanowicz J., *Metodologia ogólna*, Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej „Bernardinum”, Gdynia 2002
2. Babiuch M., *Jak współpracować z rodzicami „trudnych” uczniów?* WSiP, Warszawa 2002
3. Bobik B., *Stymulacja dziecka ze sprzężoną niepełnosprawnością w elastycznym systemie edukacji. Zalecany model a rzeczywistość*, w: „Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania”, Nr II/2012
4. Doroszewska J., *Pedagogika specjalna*, T.1, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1989; Kirejczyk K., (red.), *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika*, PWN, Warszawa 1981
5. Dutkiewicz W., *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2001
6. Dzierzgowska I., *Rodzice w szkole*, CODN, Warszawa 1999
7. Gajda, M., *Dwugłos w sprawie edukacji*, w: „Integracja” Nr 5/ 2008,

8. Garstka T., *Rodzice trudni w kontakcie*, w: *Współpraca z rodzicami w szkole*, T Garstka i in., Wydawnictwo Raabe, Warszawa 2012,
9. Janke A.W., Kawula S., *Integracja i syntonía w relacji rodzina-szkoła*, w: *Pedagogika rodziny*, S. Kawula, J. Brągiel, A.W.Janke, Adam Marszałek, Toruń 2000
10. Jaskot K., *Konflikty w relacjach pedagogicznych z rodzicami ich uczniów*, w: Janke A.W. (red.), *Pedagogiczna relacja rodzina-szkoła, dylematy czasu przemian*, Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 1995
11. Kawula S., *Studia z pedagogiki społecznej*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1996
12. Kawula S., *Zagadnienie integracji oddziaływań wychowawczych w środowisku*, w: Kawula S., (red.), *Pedagogika społeczna dokonania-aktualności-perspektywy*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2001
13. Kozubska A., *Humanizacja relacji edukacyjnych jako czynnik wspierający proces integracji*, w: *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*, (red.) Dykcik Wł., Kosakowski Cz., Kuczyńska-Kwapisz J., Wydawnictwo naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Olsztyn-Poznań-Warszawa 2002
14. Kozubska A., *Rodzice w zreformowanej szkole. Mity czy rzeczywistość*, w: *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań*, Janke A.W. (red.), Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń 2004
15. Kozubska A., *Wybrane problemy pedagogicznego funkcjonowania nauczyciela wychowawcy*, w: *Nauczyciel w drodze do profesjonalizmu*, A. Kozubska, R. Koc, P. Ziółkowski, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki, Bydgoszcz 2014
16. Kupisiewicz M., *Słownik pedagogiki specjalnej*, PWN, Warszawa, 2013
17. Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Wyd. Impuls, Kraków 2003

18. Mendel M., *Aktywna szkoła- bierni rodzice: anomia, mīt, czy przemieszczenie znaczeń?* w: *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań*, Janke A.W., (red.), Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń 2004
19. Paradowska, E., *Praca z dzieckiem głuchoniewidomym [w:] Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Wydawnictwo APS, Warszawa 2011
20. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 1995
21. Seligman M., *Conducting effective conference with parents of children with disabilities*, New York & London 2000 The Guilford Press
22. Sołoma L., *Metody i techniki badań socjologicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2002
23. Sowa F., Wojciechowski F., *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 2001
24. Żłobicki W., *Rodzice i nauczyciele w edukacji wczesnoszkolnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000

Netografia

1. Puls Medycyny, *Głuchoniewidomi w Polsce*. Raport <https://pulsmedycyny.pl/glauchoniewidomi-w-polsce-2016-raport-893935> (data pobrania: 21.06.2020)
2. <http://tpg.org.pl/dis/archiwum/nr-3-2011-2/potrzeby-edukacyjne-dzieci-glauchoniewidomych/> (data pobrania 21.06.2020)
3. <http://tpg.org.pl/dis/archiwum/nr-3-2011-2/potrzeby-edukacyjne-dzieci-glauchoniewidomych/> (data pobrania 01.07.2020)
4. <http://www.braille.bydgoszcz.pl/uslyszec-i-zobaczyc-swiat> oprac. mgr Jolanta Rybka (data pobrania 11.07.2020)
5. <http://www.braille.bydgoszcz.pl/przeglad-szkol-i-internatu> (data pobrania 01.07.2020)

Cooperation between the school and families of deafblind children

Summary

The article concentrates on the cooperation between families and schools in the light of the factors which regulate the issue and their diverse levels. The analysis of the literature on the subject and own empirical and diagnostic research concentrate on the collaboration between a school / educational center and the family of a child with conjugated disabilities, namely the families of deafblind children. In this regard, opinions of alumni and educators working in the L. Braille's Kuyavian-Pomeranian Special Educational Center in Bydgoszcz were examined. The results emphasize that diverse forms of cooperation with parents are employed and evolve veritable contact. The surveyed teachers indicated producers disrupting family and school cooperation as well as supporting factors. A positive assessment has to be pointed out, that the teachers would firstly choose: „The true will of cooperation offered by the teachers; teacher's communication competencies, skills to control one's emotions”. An important threat factor was the lack of mutual listening skills and lack of time for children, for which the respondents accused parents. Types of parents who seem to cause difficulties were set as follows: the „storyteller”, dependent-claim, suspicious and dramatizing parent. The conducted research concerns a base to improve the collaboration of teachers and parents. Thus, developing a model of such cooperation of the families of children with conjugated disabilities, requires further in-depth research.

Keywords: family, school, cooperation, deafblind children, improvement

Karolina Muzyczka

Kolegium Jagiellońskie-Toruńska Szkoła Wyższa

Zasady polityki ochrony zdrowia w prawie Unii Europejskiej

Wstęp

Współdziałanie państw europejskich przewidziane jest na poziomie regulacji traktatowych i regulacji prawa wtórnego. Wyrażają się one przez współpracę administracyjną państw członkowskich UE. Współpraca ta polega na tworzeniu odrębnych jednostek w strukturze administracyjnej państwa, odpowiedzialnych za transgraniczną opiekę zdrowotną w wymiarze ponadnarodowym oraz na tworzeniu sieci podmiotów zajmujących się wysokospecjalistyczną opieką medyczną. Zakres współdziałania państw członkowskich UE ma wymiar szerszy, niż poziom regionalnego prawa międzynarodowego, ponieważ regulacje traktatowe zawierają postanowienia mające na celu zachęcenie do współpracy z państwami trzecimi i kompetentnymi organizacjami międzynarodowymi w dziedzinie zdrowia publicznego¹. Zatem prawo Unii Europejskiej wskazuje na kierunek zmian międzynarodowego prawa zdrowia publicznego na poziomie uniwersalnym. A przyczym, który wymaga intensyfikacji współpracy między państwami, specjalistycznymi organizacjami międzynarodowymi oraz między państwami a podmiotami prywatnymi w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego w zakresie zdrowia².

W dziedzinie zdrowia UE nie posiada władzy ustawodawczej i nie może wpływać na wykonywanie tych kompetencji przez państwa członkowskie inaczej niż poprzez wspieranie, koordynację lub uzupełnianie działań tych państw. Mimo to wiele problemów zdrowotnych można skuteczniej rozwiązać na szczeblu UE. Służą temu opisane poniżej regulacje traktatowe oraz budowane na ich

1 Bach-Golecka D., *Współczesne dylematy ochrony zdrowia w prawie Unii Europejskiej* [w:] *Kierunki rozwoju współczesnego prawa międzynarodowego*, Karski K. (red.), Warszawa, Bellona 2015, s. 245.

2 Ibidem, s. 246.

podstawie decyzje Parlamentu Europejskiego i Rady, a także programy Komisji Europejskiej i niewiążące akty prawa unijnego. Podkreślić należy, że przepisy dotyczące zdrowia oraz cała polityka zdrowotna powinna być uwzględniona, przy realizacji postanowień traktatowych niezwiązanych bezpośrednio ze zdrowiem, np. w polityce rolnej, gospodarczej itd. Stąd szczególnie istotne są rozwiązania na poziomie traktatów³.

Uwzględniając perturbacje ze stosowaniem unormowań dotyczących organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Unii Europejskiej, niniejsze opracowanie ma na celu określenie kompetencji Unii Europejskiej oraz państw członkowskich dotyczących ochrony zdrowia. Następnie przedstawienie zasad polityki zdrowotnej UE, a także współczesne koncepcje zarządzania i korzystania z nowoczesnych środków komunikacji elektronicznej.

1. Zadania i kompetencje Unii Europejskiej w ramach ochrony zdrowia

Ochrona zdrowia stała się przedmiotem wyraźnych kompetencji UE wraz z momentem wejścia w życie Traktatu Maastricht z 1992. Niemniej jednak w tym miejscu należy zaznaczyć, że problematyka ochrony zdrowia została z charakteryzowana w pierwszym dokumencie związanym ze zdrowiem znajdującym się, w regulacjach traktatowych stanowiących podwaliny dla całej Unii Europejskiej. W 1951 r. podpisano Traktat Paryski (TEWWiS) powołujący do życia Europejską Wspólnotę Węgla i Stali (EWWiS)⁴. Dążeniem EWWiS był rozwój gospodarczy, zwiększenie zatrudnienia i podniesienie stopy życiowej w państwach założycielskich oraz stworzenie warunków, które zapewniłyby racjonalny podział produktów⁵. Dostrzeżono znaczenie zdrowia dla obywateli,

3 Saganek P., *Prawo Unii Europejskiej – prawo materialne i polityki*, „Prawo i Polityka Gospodarcza”, Warszawa 2003, s. 418.

4 Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Węgla i Stali (EWWiS), czyli traktat paryski, został podpisany w dniu 18 kwietnia 1951 r., a wszedł w życie w dniu 23 lipca 1952 r. Po raz pierwszy sześć państw europejskich zgodziło się wejść na drogę integracji. Traktat ten umożliwił stworzenie podstaw struktury wspólnotowej dzięki powołaniu organu wykonawczego, tzw. Wysokiej Władzy, a także Zgromadzenia Parlamentarnego, Rady Ministrów, Trybunału Sprawiedliwości i Komitetu Doradczego. Zawarty na okres 50 lat Traktat EWWiS wygasł w dniu 23 lipca 2002 r. zgodnie z art. 97 tego traktatu. Zgodnie z protokołem (nr 37) załączonym do Traktatu o Unii Europejskiej i Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej wartość netto aktywów EWWiS z chwilą jej rozwiązania przeznaczono na badania naukowe związane z przemysłem węglowym i stalowym, co umożliwiło utworzenie Funduszu Badawczego Węgla i Stali oraz odpowiedniego programu. Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Węgla i Stali – traktat EWWiS dostępny pod adresem: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:xy0022&from=PL>, dostęp: 08.06.2020.

5 Wrześniewska-Wal I., *Zdrowie publiczne w regulacjach Unii Europejskiej*, „Postępy Nauk Medyczne” XXIX(5), Warszawa, Wydawnictwo Medyczne Borgis 2016, s. 322 i 324.

jak i dla realizacji celów integracji. EWWiS stwierdziło, że lepszy stan zdrowia ludności przyczynia się do zwiększenia wydajności pracy, która jest podstawowym czynnikiem kształtującym stopę życiową społeczeństwa. Pojęcie zdrowia zostało użyte w art. 69 TEWWiS, który zobowiązał państwa członkowskie do usunięcia ograniczeń opartych na przynależności państwowej w zatrudnianiu, w przemyśle węglowym i stalowym. Przepis ten nakazał zlikwidować ww. ograniczenia z wyjątkiem ograniczeń wynikających z konieczności ochrony zdrowia i porządku publicznego.

Następnymi regulacjami traktatowymi, gdzie zawarta jest problematyka zdrowia, są dwa Traktaty Rzymskie z 25 maja 1957 r. Zawierają one przepisy dotyczące kontroli sanitarnej, wymiany towarów oraz swobody przemieszczania się zarówno pracowników służby zdrowia, jak i obywateli – pacjentów w obrębie krajów Wspólnoty. Pierwszy z traktatów ustanawiał Europejską Wspólnotę Gospodarczą (EWG)⁶, a drugi – Europejską Wspólnotę Energii Atomowej (EWEA), bardziej znaną pod nazwą Euratom⁷. W Traktacie ustanawiającym Europejską Wspólnotę Gospodarczą (TEWG)⁸ istotnym elementem urzeczywistnienia zasady swobodnego przepływu towarów jest eliminacja barier ilościowych i środków o skutku równoważnym, które obejmują zakazy eksportowe, importowe i tranzytowe. Należy tu zaznaczyć, że nakaz eliminacji barier nie ma charakteru bezwzględny, dopuszcza wyjątki ustanowione w samym Traktacie. Artykuł 36 TEWG dopuszczał stosowanie zakazów lub ograniczeń

6 Wspólnota Europejska, WE, znana głównie pod nazwą Europejska Wspólnota Gospodarcza, EWG (fr. Communauté Économique Européenne, CEE; ang. European Economic Community, EEC) – historyczna organizacja ponadnarodowa państw europejskich, powołana do życia 1 stycznia 1958 na mocy traktatów rzymskich jako EWG, istniejąca do 30 listopada 2009. Była pierwszym filarem Unii Europejskiej wraz z Europejską Wspólnotą Energii Atomowej (Euratom), a do 2002 również z Europejską Wspólnotą Węgla i Stali. W 1992 na podstawie traktatu z Maastricht zmieniono nazwę EWG na Wspólnota Europejska, co miało być wyrazem pragnienia państw narodowych, by rozszerzyć współpracę na obszary inne niż tylko gospodarka, <https://www.eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=LEGISSUM:xy0023>, dostęp: 8.06.2020 r.

7 Europejska Wspólnota Energii Atomowej (EWEA, także Euratom) – jedna z trzech Wspólnot Europejskich, powstała na mocy traktatów rzymskich 25 marca 1957 r. (Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Energii Atomowej). Decyzja o powstaniu Euratomu zapadła podczas obrad konferencji mesyńskiej w 1955 roku, <https://www.eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=LEGISSUM:xy0023>, dostęp: 08.06.2020 r.

8 Wspólnota Europejska, WE, znana głównie pod nazwą Europejska Wspólnota Gospodarcza, EWG (fr. Communauté Économique Européenne, CEE; ang. European Economic Community, EEC) – historyczna organizacja ponadnarodowa państw europejskich, powołana do życia 1 stycznia 1958 na mocy traktatów rzymskich jako EWG, istniejąca do 30 listopada 2009. Była pierwszym filarem Unii Europejskiej wraz z Europejską Wspólnotą Energii Atomowej (Euratom), a do 2002 również z Europejską Wspólnotą Węgla i Stali. W 1992 na podstawie traktatu z Maastricht zmieniono nazwę EWG na Wspólnota Europejska, co miało być wyrazem pragnienia państw narodowych, by rozszerzyć współpracę na obszary inne niż tylko gospodarka <https://www.eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=LEGISSUM:xy0023>, dostęp: 08.06.2020 r.

przywozowych, wywozowych lub tranzytowych, jeżeli były one uzasadnione m.in. ochroną zdrowia i życia ludzi. Art. 56 TEWG zezwalał na przyjęcie krajowych przepisów przewidujących szczególne traktowanie cudzoziemców, uzasadnione względami zdrowia publicznego. Swoboda przepływu pracowników z krajów i terytoriów pozaeuropejskich, które utrzymywały szczególne stosunki z Belgią, Francją, Włochami i Holandią, do państw członkowskich została uzależniona od braku zagrożenia zdrowia publicznego (art. 135 TEWG). W TEWG ustanowiono stopniowe znoszenie ograniczeń i skoordynowanie krajowych przepisów dotyczących zawodów medycznych oraz farmaceutycznych w celu ułatwienia podejmowania i wykonywania działalności prowadzonej na własny rachunek przez obywateli jednego państwa członkowskiego w innym państwie członkowskim.

W Traktacie ustanawiającym Europejską Wspólnotę Energii Atomowej (EWEA) pojęcie zdrowia pojawia się już w preambule, która deklaruje, że eliminacja zagrożeń dla życia i zdrowia ludności jest jednym z najistotniejszych elementów tworzenia i rozwijania przemysłu jądrowego. W rozdziale III omawianego Traktatu „Ochrona zdrowia i bezpieczeństwo” art. 30 przyznał Komisji i Radzie kompetencję do ustanowienia podstawowych norm ochrony zdrowia pracowników i ludności przed niebezpieczeństwem promieniowania jonizującego, w tym podstawowych zasad opieki medycznej nad pracownikami. Następne artykuły, tj. art. 33 i 34 EWEA, zobowiązały państwa członkowskie do przyjęcia przepisów zapewniających przestrzeganie tych norm i nałożyły na państwa, na których obszarze prowadzone są szczególnie niebezpieczne doświadczenia, obowiązek podjęcia dodatkowych środków w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa.

Następny Traktat to Jednolity akt europejski, który wszedł w życie 1 lipca 1987 roku. Miał on na celu reformę istniejących instytucji UE w ramach przygotowań do członkostwa Portugalii i Hiszpanii oraz przyspieszenie procesu decyzyjnego w ramach przygotowań do jednolitego rynku. Wprowadził obowiązujące w prawie Wspólnoty przepisy dotyczące wymogu wysokiego poziomu ochrony zdrowia, w szczególności poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska naturalnego człowieka. Najważniejsze zmiany dla zdrowia w tej regulacji to dodanie w części III EWG tytułu VII w brzmieniu: „Środowisko naturalne”. Artykuł 130r tej regulacji stanowi, iż działania Wspólnoty w dziedzinie środowiska naturalnego mają na celu zachowanie, ochronę i poprawę, jakości środowiska naturalnego, przyczynianie się do ochrony zdrowia ludzkiego oraz zapewnianie ostrożnego i racjonalnego wykorzystywania zasobów naturalnych. Działania Wspólnoty w dziedzinie środowiska natural-

nego opierają się na zasadach działania zapobiegawczego, naprawiania szkody w pierwszym rzędzie u źródła oraz na zasadzie „zanieczyszczający płaci”.

Należy nadmienić, że zgodnie z art. 3 ust. 1 lit. p TWE działalność Wspólnot Europejskich odnosiła się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia, przy poszanowaniu zasady pomocniczości (subsydiarności). Przy czym działania te mogły być podejmowane tylko wówczas i tylko w takim zakresie, w jakim cele proponowanych działań nie mogą być osiągnięte w sposób wystarczający przez państwa członkowskie, natomiast z uwagi na rozmiary lub skutki proponowanych działań możliwe jest lepsze ich osiągnięcie na poziomie Wspólnoty (art. 5 TWE).

Kolejna zmiana w regulacjach traktatowych nastąpiła 1 grudnia 2009 roku, kiedy to wszedł w życie reformujący UE Traktat z Lizbony. Na jego mocy została zniesiona Wspólnota Europejska, a jej następcą prawnym została Unia Europejska. Istotne jest to, że dotychczasowy Traktat o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej zmienił nazwę na Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE⁹). W związku z tym obecnie podstawami normatywnymi UE są dwa równorzędne traktaty, a mianowicie Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej i gruntownie zmieniony Traktat z Maastricht, obecnie Traktat o Unii Europejskiej (TUE). Artykuł 6 TFUE podkreśla, że Unia ma kompetencje do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań państw członkowskich. Do dziedzin takich działań o wymiarze europejskim należy między innymi „ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego”. W art. 168 TFUE, który jest jedynym przepisem tytułu XIV „Zdrowie publiczne” znajdującego się w części trzeciej TFUE, co oznacza, iż polityka zdrowotna jest samodzielną polityką unijną. W zdaniu pierwszym art. 168 TFUE ust. 1 ustanowiono, że przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Nadmienić należy, że w systemie Unii Europejskiej prawo do ochrony zdrowia ustanawia art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej (KPP)¹⁰, usytuowany w rozdziale IV „Solidarność”. Oznacza to, że prawo

9 Główny akt prawa pierwotnego Unii Europejskiej (obok Traktatu o Unii Europejskiej). Stanowi część dorobku prawnego Unii od 2009 roku, kiedy to wszedł w życie traktat z Lizbony. Wcześniej funkcjonował pod nazwą Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Gospodarczą (1958–1993) oraz Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską (1993–2009), <https://www.eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/ALL/?uri=OJ:C:2010:083:TOC>, dostęp: 08.06.2020 r.

10 Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (ang. Charter of Fundamental Rights of the European Union, fr. Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne) – zbiór fundamentalnych praw człowieka i obowiązków obywatelskich uchwalony i podpisany w dniu 7 grudnia 2000 r. podczas szczytu Rady Europejskiej w Nicei w imieniu trzech organów Unii Europejskiej: Parlamentu, Rady UE oraz Komisji, powtórnie, z pewnymi poprawkami, podpisany przez przewodniczących tych organów podczas szczytu w Lizbonie 12 grudnia 2007 r. Moc wiążąca dokumentu została mu nadana przez traktat lizboński podpisany 13 grudnia 2007 r., który wszedł w życie 1 grudnia 2009 r., Dz. Urz. UE 2016 C202.

do ochrony zdrowia umieszczone zostało w grupie innych praw socjalnych, w tym prawa do pracy, do zabezpieczenia społecznego i pomocy społecznej. Ponadto art. 168 TFUE powtarza większość postanowień dawnego art. 152 Traktatu Amsterdamskiego. Określa on w siedmiu ustępach kompetencję UE do działania w sferze zdrowia publicznego, wyznacza cele do osiągnięcia, wskazuje działania, jakie powinny lub mogą być podejmowane do ich realizacji oraz definiuje środki (art. 90-222 TFUE). Zgodnie z tym przepisem Unia ma zachęcać do współpracy między państwami członkowskimi w obszarze zdrowia publicznego i wspierać ich działania, o ile jest to konieczne. Działania Unii, które uzupełniają polityki krajowe, są nakierowane na zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz na usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego, co jest nowością w regulacjach traktatowych. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również wspieranie informacji i edukacji zdrowotnej. Nowością w stosunku do Traktatu Amsterdamskiego jest monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeżenie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie. Ponadto Unia uzupełnia działanie państw członkowskich w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii. Państwa członkowskie, w powiązaniu z Komisją, koordynują między sobą własne polityki i programy w ww. dziedzinach. Jednak Komisja może podjąć, w ścisłym kontakcie z państwami członkowskimi, każdą użyteczną inicjatywę w celu wsparcia tej koordynacji, w szczególności inicjatywy mające na celu określenie wytycznych i wskaźników, organizowanie wymiany najlepszych praktyk i przygotowanie elementów niezbędnych dla prowadzenia okresowego nadzoru i oceny. W razie zaistnienia takiej sytuacji wprowadzono obowiązek informowania Parlamentu Europejskiego. Artykuł 168 ust. 3 TFUE stanowi, iż Unia i państwa członkowskie współpracują z państwami trzecimi i organizacjami międzynarodowymi właściwymi w dziedzinie zdrowia publicznego. Przepis ten wskazuje, że dla UE współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia publicznego ma bardzo istotne znaczenie.

Tymczasem polska ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym¹¹ jedynie w art. 2 pkt 7 wymienia formy i zasady tej współpracy, jako: „inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego”. Przyjęta w polskim prawie redakcja przepisu nie jest właściwa, gdyż sugeruje, że współpraca międzynarodowa wiąże się tylko z badaniami naukowymi. Zapisane w ustawie zadania z za-

11 Ustawa z dnia 11 września 2015 r., o zdrowiu publicznym, t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 322.

kresu zdrowia publicznego na forum międzynarodowym należałoby wyraźnie wyodrębnić oraz uzupełnić, określając konkretne kompetencje i obowiązki, precyzujące, na czym aktywność Polski na forum międzynarodowym miałaby polegać i w jakich formach miałaby być realizowana¹².

W następnym przepisie Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej nastąpiły odstępstwa od wspomnianego już podziału kompetencji UE na wyłączne, dzielone i w obszarze ochrony zdrowia jedynie wspierające (równoległe). Artykuł 168 ust. 4 przewiduje szczegółowe środki prawne, jakie Parlament Europejski i Rada powinny przyjąć w ramach zwykłej procedury ustawodawczej, tj. środki harmonizacji w celu sprostania wspólnym problematycznym kwestiom związanym z bezpieczeństwem. Na tej podstawie Parlament Europejski i Rada przyjmują, że środki ustanawiające wysokie standardy, jakości i bezpieczeństwa organów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i pochodnych krwi; środki te nie stanowią przeszkody dla państwa członkowskiego w utrzymaniu lub ustanawianiu bardziej rygorystycznych środków ochronnych; środki w dziedzinach weterynaryjnej i fitosanitarnej, mające bezpośrednio wpływ na ochronę zdrowia publicznego; środki ustanawiające wysokie standardy, jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Przykładem takich kompetencji dzielonych w ochronie zdrowia jest m.in. dyrektywa nr 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustalenia norm, jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich¹³.

Ponadto Parlament Europejski i Rada, zgodnie ze zwykłą procedurą ustawodawczą mogą ustanowić środki zachęcające, zmierzające do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, w szczególności zwalczania epidemii transgranicznych, środki dotyczące monitorowania poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesnego ostrzegania w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczania, jak również środki, których bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego w związku z tytoniem i nadużywaniem alkoholu. Inną drogą ustawodawczą są kompetencje Rady. Rada, na wniosek Komisji, może przyjąć zalecenia służące osiągnięciu celów określonych w tym artykule. Uwzględniając powyższe kompetencje, powstał ważny dla zdrowia

12 Bosek L., *Opinia prawna na temat rządowego projektu ustawy o zdrowiu publicznym*, „Zeszyty Prawnicze”, nr 3, Warszawa, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego 2015, s. 23-42.

13 Dyrektywa nr 2004/23/WE z 31 marca 2004 r. Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich. Dz. U. L 102 z 7.4.2004, s. 48-58.

publicznego dokument w formie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 282/2014. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014-2020)¹⁴.

Art. 168 TFUE podkreśla, że powyższe działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów. Jednakże zasada, iż w UE organizacja systemu ochrony zdrowia należy do kompetencji poszczególnych państw członkowskich, została zachowana. „W tym kontekście istotne są nie tylko bezpośrednie odniesienia do ochrony zdrowia (art. 168 TFUE), ale także pośredni wpływ na ochronę zdrowia poprzez regulacje odnoszące się do wspólnego rynku czy reguł konkurencji. Szczególne istotne oddziaływanie regulacji europejskich na krajowe systemy ochrony zdrowia jest widoczne w przypadku tych unormowań wewnętrznych, które oparte są zasadach liberalizacji, prywatyzacji, konkurencji i swobodnego wyboru konsumenta (pacjenta)”¹⁵. Należy tu podkreślić, że wpływ prawa europejskiego wyraża się w regulacji dotyczącej narzędzi medycznych oraz lekarstw, poprzez unormowania związane z uznaniem kwalifikacji zawodowych oraz innymi aspektami związanymi z udzielaniem świadczeń medycznych.

2. Ochrona zdrowia publicznego w Unii Europejskiej

Po raz pierwszy zagadnienia zdrowia publicznego zostały wyraźnie uwzględnione w Traktacie o Unii Europejskiej podpisanego w z Maastricht 7 lutego roku 1992, który został ratyfikowany i wszedł w życie w 1993 r. Traktat ten ustanowił nowe zasady udziału Wspólnoty „w osiągnięciu wysokiego poziomu ochrony zdrowia”, określając w artykule 129 prawne kompetencje w zakresie zdrowia publicznego. Powyższy przepis stanowi, że Wspólnota będzie czynnie działać na rzecz ochrony zdrowia poprzez stymulowanie współpracy pomiędzy państwami członkowskimi, zwracając szczególną uwagę na profilaktykę, a w tym na zapobieganie głównym zagrożeniom zdrowotnym. W sposób szczególny podkreślono rolę informacji i edukacji zdrowotnej na szczeblu Unii. Artykuł ten stanowi ponadto, iż Komisja Europejska może podejmować działania promujące koordynację polityki i programów zdrowotnych, popieraných

14 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014- 2020). Dz. U. L 086.

15 Bach-Golecka D., op. cit., s.226.

przez państwa członkowskie, a także popierać współpracę w zakresie zdrowia publicznego z państwami spoza UE. Zatem zgodnie z Traktatem z Maastricht Wspólnota otrzymała ponadnarodowe kompetencje do prowadzenia polityki zapobiegania chorobom i poprawy zdrowia. Instrumentami realizacji polityki zdrowotnej w UE były programy wspólnotowe¹⁶. Artykuł 129 stanowi również, iż „wymagania w zakresie ochrony zdrowia będą stanowić nieodłączną część polityki Wspólnoty”, co oznacza, że dbałość o zdrowie powinna być uwzględniana w pozostałych obszarach polityki Wspólnoty. Cała dziedzina usług zdrowotnych nadal pozostaje w gestii rządów państw członkowskich.

Kolejny Traktat zawierający regulacje dotyczące zdrowia to Traktat Amsterdamski, podpisany 2 października 1997 r., a wprowadzony w życie 1 maja 1999 r. Jednak w tym czasie doświadczenia związane z „chorobą szalonych krów” sprawiły, że Komisja dostrzegła zasadnicze powiązanie pomiędzy sprawami zdrowia publicznego, żywności i ochrony środowiska. Traktatowe regulacje dotyczące zdrowia publicznego zostały poddane analizie w komunikacie Komisji z dnia 15 kwietnia 1998 r. w sprawie rozwoju polityki zdrowia publicznego we Wspólnocie Europejskiej, który wskazywał, iż w związku ze zmieniającymi się postanowieniami Traktatu Amsterdamskiego, nowymi wyzwaniem i dotychczasowymi doświadczeniami, potrzebna jest inna strategia i program dotyczący zdrowia¹⁷.

W myśl art. 6 TFUE Unia Europejska „ma kompetencje do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań członkowskich” w obszarze ochrony zdrowia i poprawy zdrowia ludzkiego. Należy tu podkreślić, że uregulowanie to zastąpiło regulację z art. 3 ust 1 lit. p TWE, zgodnie, z którą działalność Wspólnot Europejskich ma na celu przyznanie się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia. Artykuł 6 TFUE podkreśla, że Unia ma kompetencje do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań państw członkowskich. Do dziedzin takich działań o wymiarze europejskim należy między innymi ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego.

Zwołano międzyrządową konferencję dotyczącą wniesienia poprawek do Traktatu Amsterdamskiego i włączenia zagadnień zdrowia publicznego w proces tworzenia polityki europejskiej. Owocem tych prac był znowelizowany

16 Wrześniewska-Wal J., op. cit., s. 323-324.

17 Opinia Rady UE z 26 listopada 1998 r. w sprawie przyszłej struktury działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego Dz. U. C 390, z 15.12.1998, s. 1; Komitet Ekonomiczno-Społeczny opinia z 9 września 1998 r. Dz. U. C 407, z 28.12.1998, s. 21; Parlament Europejski rezolucja A4-0082/99, z dnia 12 marca 1999 r., Dz. U. C 175, 21.6.1999, s. 135.

kształt art. 152 Traktatu¹⁸, który stanowi, iż działalność UE w dziedzinie zdrowia publicznego nie będzie, jak poprzednio, ograniczona wyłącznie do profilaktyki chorób. Traktat ten przewidywał szersze działania zmierzające do poprawy zdrowia publicznego w jego znaczeniu zbliżonym do definicji Światowej Organizacji Zdrowia. Nowe obszary przyszłych wzmoczonych działań Unii miały objąć m.in.: monitorowanie ogólnego bezpieczeństwa żywności i realne włączenie zasad bezpieczeństwa żywności do polityki UE; zdrowie publiczne, jako nieodłączna część problematyki integracyjnej, – wielosektorowe podejście do zagadnień zdrowia (rolnictwo, wspólny rynek, edukacja)¹⁹. Ostateczne umocowanie postanowień dotyczących zdrowia publicznego w Traktacie Amsterdamskim spowodowało, że Komisja Europejska zaproponowała, aby nowa polityka w obszarze zdrowia publicznego zawierała trzy elementy: poprawę informacji, szybką reakcję na zagrożenia dla zdrowia oraz podjęcie walki z negatywnymi czynnikami determinującymi zdrowie poprzez poprawę zdrowia i zapobieganie chorobom²⁰. Znowelizowany art. 152 Traktatu z Amsterdamu zezwalał Wspólnocie na większy wpływ na politykę państw członkowskich w zakresie zdrowia publicznego. Stanowi on m.in., że „Rada może przyjmować postanowienia mające na celu ustanowienie wysokich standardów, jakości i bezpieczeństwa organów i substancji pochodzenia ludzkiego”, a także, że „Rada może również przyjmować postanowienia w dziedzinie weterynaryjnej i fitosanitarnej, jeżeli ich bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego”. Zatem znowelizowany artykuł 152 Traktatu Amsterdamskiego zapewniał wyższą rangę zdrowia publicznego w podejmowanej przez Unię Europejską działalności. Mimo to nadal wykluczał harmonizację przepisów w tym obszarze ze względu na wspomniane wcześniej podział kompetencji w ochronie zdrowia²¹. Nie odbierając jednak państwom członkowskim (na rzecz Komisji Europejskiej) właściwych kompetencji, artykuł ustanowił zasadę, iż zdrowie publiczne jest nieodłączną częścią problematyki integracyjnej. Głównymi zadaniami, dotyczącymi poprawy sytuacji w zakresie zdrowia publicznego, nie będą (tak jak w przeszłości) specjalistycz-

18 Komunikat Komisji na temat zdrowia konsumentów i bezpieczeństwa żywności, COM (97) 183 z dnia 30 kwietnia 1997; Wrześniewska-Wal I, *Wspólnotowe regulacje w zakresie zdrowia publicznego*, „Prawo i Medycyna” nr 17(4), Warszawa 2004, s. 100.

19 Turlejska H, Szponar L., *Programy ochrony zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa żywności w Polsce i Unii Europejskiej*. „Żywność, Żywnienie, Prawo a Zdrowie”, Warszawa, Instytut Żywności i Żywienia 2001, s. 11

20 Nowacki W., Wymogi Unii Europejskiej w ochronie zdrowia. „Biblioteka Zdrowia Publicznego”, nr 5, Warszawa, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia 2000, s. 42-43

21 Saganek P., *Prawo Unii Europejskiej – prawo materialne i polityki*, „Prawo i Polityka Gospodarcza”, Warszawa 2003, s. 418.

ne programy zdrowotne, bo problematyka zdrowia publicznego ma obejmować wszystkie kierunki polityki Wspólnoty, takie jak: wspólny rynek, rolnictwo, transport, badania naukowe, edukacja itp. W porównaniu z Traktatem z Maastricht w Traktacie Amsterdamskim wyraźnie zwraca się uwagę, że polityka w zakresie zdrowia publicznego jest integralnym elementem wszystkich polityk, jakie Wspólnota prowadzi, a w szczególności łączy się z polityką dotyczącą bezpieczeństwa żywności, ochrony konsumenta i ochrony środowiska naturalnego²². Nadmienić należy, że zdrowie według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia²³. „[...] umożliwiający człowiekowi prowadzenie produktywnego, sensownego, twórczego życia w sferze społecznej i ekonomicznej, adaptacji do zmian środowiska, radzenia sobie z tymi zmianami. Przyjęte zasady równości, sprawiedliwości partycypacji w zdrowiu stanowią istotną przesłankę w realizacji podstawowego prawa do zdrowia i korzystania z usług służby zdrowia”²⁴. Zatem należy przytoczyć tu pogląd D. Bach-Goleckiej, że „[...] działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego mają charakter uzupełniający politykę krajową, zaś podstawowe podmioty odpowiedzialne są za organizację polityki medycznej i świadczenie usług zdrowotnych to państwa członkowskie”²⁵.

3. Polityka zdrowia publicznego

W myśl art. 168 TFUE Unia Europejska dąży do osiągnięcia wyższego poziomu ochrony zdrowia. Polityka UE w zakresie zdrowia ma na celu poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom oraz zagrożeniom zdrowotnym. Następnie, zwalczaniu poważnych plag zdrowotnych poprzez promowanie badań.

Niemniej jednak państwa członkowskie uzupełniają działania Unii Europejskiej w zakresie polityki zdrowotnej²⁶. Zatem państwa członkowskie są odpowiedzialne za określenie polityki zdrowia, czy organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki państw członkowskich związane

22 Wrześniewska-Wal I: Wspólnotowe regulacje w zakresie zdrowia publicznego. „Prawo i Medycyna”, nr 17(4) Warszawa 2004, s. 100.

23 Działczyk B., Modele opieki zdrowotnej, [w:] Procesy globalizacyjne, a myśl ekonomiczna Kościoła Katolickiego, red. Pierzchalska M., Radom, WSB 2006, s. 204.

24 Głąbicka K., *Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej*, „Studia Medyczne”, nr. 26(2), Kielce 2012, s. 93.

25 Bach-Golecka D., op. cit., s. 227.

26 Mokrzycka A., *Europejskie prawo do ochrony zdrowia, czyli o tym, jak w chorej Europie wszyscy będą zdrowi*, [w:] *Namysły nad problemami polityki zdrowotnej globalnie europejskiej krajowej. Księga jubileuszowa Prof. C. W. Włodarczyka*, [red.] Kowalska I., Mokrzycka A., Warszawa 2013, s. 228-229.

zarządzaniem oraz usługami medycznymi, a także opieką medyczną powinny być wykonywane z poszanowaniem innych regulacji traktatowych, a w szczególności swobód fundamentalnych oraz prawa konkurencji. W tym kontekście problematyka ochrony zdrowia nie stanowi obszaru suwerennego władz państw członkowskich, które nie podlegają regułom integracji gospodarczej²⁷.

Wyniku tego, że system gospodarczy i ochrony zdrowia znacznie ogranicza się w państwach członkowskich, zostały ukształtowane inne instrumenty, zmierzające do koordynowania działań dotyczących ochrony zdrowia na szczeblu unijnym. Wśród nich należy wymienić powstanie agencji, jako podmiotów zewnętrznych względem instytucji Unii, np. Europejska Agencja ds. Leków (EMA), Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) oraz przyjmowanie instrumentów prawa miękkiego, czyli soft law, które bądź bezpośrednio bądź pośrednio nawiązują do idei zarządzania publicznego (New Public Governance)²⁸. Należy tu zaznaczyć, że mechanizmy te nie mają formalnej mocy wiążącej, nie stanowią elementu struktury hierarchicznej, także ich celem nie jest osiągnięcie jednakowych rezultatów we wszystkich państwach członkowskich. Ich cel zmierza w kierunku nawiązania współpracy, zaangażowania w konstruktywny dialog czy wymiany doświadczeń. Jednakże brak jest tu gwarancji, co do ich skuteczności w ramach wymiany informacji, rozpowszechniania dobrych praktyk czy monitoringu, czy efektywności normatywnej²⁹.

Agencje stanowią niezależne struktury, działające w ramach instytucjonalnych kompetencji UE, których celem jest wykonywanie określonych zadań o charakterze eksperckim. Podstawowym zadaniem agencji stanowi wypracowywanie standardów obowiązujących w ramach jednolitego rynku. Większość europejskich agencji nie posiada kompetencji porównywalnych z ich krajowymi odpowiednikami. Koncentrują się na zbieraniu i analizie danych, upowszechnianiu informacji oraz nawiązywaniu kontaktów z partnerami, bądź działającymi na poziomie państw członkowskich, czy też na forum międzynarodowym. Tym samym z reguły mają jedynie doradczy charakter. Zatem nie są projektowane w celu podejmowania indywidualnych działań, czy też wyniku wpływów krajów członkowskich. Stanowią one węzłowe punkty sieci regulacyjnych sieci obejmujących krajowe i międzynarodowe. Tym samym stanowią trzon tworzącego modelu sieciowej współpracy, opierającego się na profesjonalizacji działań

27 Ibidem.

28 Białynicki Birula P., *Wykorzystywanie metod nowego zarządzania publicznego w kształtowaniu polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, „Zarządzanie publiczne”, nr 4 (18), Kraków, Instytut Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011, s. 46.

29 Bach-Golecka D., op. cit., s. 230.

i niezależności. Ich zadaniem ma być ograniczanie konfliktów o charakterze jurysdykcyjnym zarówno między krajowymi regulatorami, jak i organami UE³⁰.

Szczególnie istotne znaczenie dla kształtującej się europejskiej polityki zdrowotnej posiadają następujące instrumenty: normy tzw. miękkiego prawa (soft law); europejskie; agencje regulacyjne. „Przez określenie miękkiego prawa, czy też miękkich form koordynacji (soft law) należy rozumieć nienormatywne reguły postępowania, zakładające mniej lub bardziej dobrowolne i nieformalne, bądź małym stopniu sformalizowane zasady współdziałania”³¹. Obejmują one różnorodne mechanizmy służące przygotowaniu, wywołania i przeprowadzenia niezbędnych zmian poprzez proces zbiorowego uczenia się. Odznaczają się dominacją indykatywnych form zarządzania. Ze swej istoty są nakierowane na współdziałania różnych interesariuszy, czy to w drodze wymiany doświadczeń, promocji dobrych praktyk, prowadzenia dialogu, deliberacji, czy też budzenia określonej świadomości. Do grupy miękkich form koordynacji stosowanych w UE w zakresie zdrowia należy zaliczyć: otwartą metodę koordynacji (Open Method of Coordination, OMC), benchmarking oraz dialog społeczny³². Grupy te obejmują podobne etapy: zebranie informacji przygotowawczych; interpretację i zastosowanie narzędzi podejmowania decyzji, nakierowane na zapewnienie pomocy w stosowaniu prawa UE; stosowanie narzędzi politycznej koordynacji (steering instruments)³³.

OMC umożliwia krajom członkowskim poprzez wymianę informacji, porównania, recenzowanie prowadzonej polityki, deliberację, obwinianie czy zawstydzanie, korzystanie z doświadczeń w drodze wspólnego uczenia się. A które składa się z trzech etapów: definiowania wspólnych celów na poziomie UE ustalanych na podstawie wielostronnych konsultacji; przenoszenia przez kraje członkowskie wytycznych UE do Narodowych Planów Działań przygotowanych we współpracy z partnerami społecznymi (National Action Plans – NAP); monitorowania przez Komisję Europejską funkcjonowania opieki zdrowotnej w krajach członkowskich pod kątem realizacji celów oraz stosowanie systemu porównań w celu wychwycenia najlepszych praktyk³⁴. Ponadto OMC stanowi próbę wyjścia poza traktatowe ograniczenia Komisji Europejskiej,

30 Białynicki Birula P., op. cit., s. 48.

31 Ibidem, s. 45

32 Ibidem.

33 Harvey T., K., *EU law and national health policies: problem or opportunity?*, „Health Economics” vol. 2, Policy and Law, 2007, s. 1-6.

34 Lamping W., Steffen M., *European Union and Health Policy [w:] The “Chaordic” Dynamics of Integration*, Social Science Quarterly, Vol. 90, No 5, December 2009.

a także ma na celu poszerzenie pola oddziaływania w obszarze, w którym brak jest jej formalnych kompetencji. Jednocześnie umożliwia odejście od nieadekwatnego dla sektora zdrowia tzw. agresywnego przywództwa na rzecz bardziej miękkich i wyidealizowanych jego form. Tym samym pozwala na koordynację polityki zdrowotnej z pominięciem konieczności zabiegania o prawną i polityczną legitymację, niezbędne upoważnienia i polityczny konsensus. W zakresie procedowania OMC cechuje się następującymi założeniami: pozostawienia definowania celów polityki w gestii krajów członkowskich, jako tzw. przedmiot wspólnej troski (common concern); koncentracji na próbach osiągnięcia porozumień, co do wspólnych celów i wskaźników; zobowiązaniu rządów do przedstawiania planów do porównawczej dyskusji i recenzji; współpracy zasadzającej się na dobrowolnej koordynacji i braku formalnych sankcji przeciwko krajowi członkowskiemu, którego funkcjonowanie nie spełnia uzgodnionych standardów³⁵.

Rolą transformacji systemów opieki zdrowotnej jest dążenie do sprecyzowania oraz ograniczenia kosztów ekonomicznych udzielanych świadczeń, w celu osiągnięcia rezultatów związanych z poprawą stanu zdrowia pacjentów, zapewnieniem jakości, skuteczności, przewidywalności usług medycznych, ograniczeniem kosztów ekonomicznych udzielanych świadczeń. Zatem uwzględnia się takie czynniki, jak: jakość usług medycznych; efektywność wydawanych środków oraz zarządzanie ryzykiem. W myśl art. 6 Dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. transgraniczna opieka zdrowotna opiera się na współpracy administracyjnej państw członkowskich, która opiera się na specjalnie wyodrębnionych krajowych punktach kontraktowych, które wraz z komisją wzajemnie współpracują³⁶. Podstawowym ich zadaniem jest przekazywanie właściwych, aktualnych i kompletnych informacji potencjalnym pacjentom na temat wszystkich istotnych aspektów transgranicznej opieki zdrowotnej. Dodatkowo, punkty kontaktowe ułatwiają wymianę informacji poprzez konsultowanie się z organizacjami pacjentów, świadczeniodawcami oraz podmiotami oferującymi ubezpieczenia zdrowotne³⁷. Zgodnie art. 10 Dyrektywy 2006/123 państwa członkowskie są także zobowiązane do udzielania sobie wzajemnie pomocy w zakresie norm i wytycznych dotyczących, jakości i bezpieczeństwa, a także

35 Białynicki-Birula P., op. cit., s. 45.

36 Dyrektywa 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym, Dz. U. UE z dnia 27 grudnia 2006 r., L 376/36. Dyrektywa ta stanowi fundamentalny akt prawa UE regulujący świadczenie usług w Unii, jednak w myśl art. 2 ust. 2 lit. F dyrektywa nie ma zastosowania do „usług zdrowotnych, niezależnie od tego czy są one świadczone w placówkach opieki zdrowotnej, jak również niezależnie od sposobu ich zorganizowania i finansowania na poziomie krajowym oraz tego czy są to usługi publiczne czy nie”.

37 Ibidem.

w procesie uznawania recept wystawionych w innym państwie członkowskim (art. 11 Dyrektywy 2006/123). Następnie, w ramach współpracy państw członkowskich jest tworzenie i uczestniczenie w działaniach dobrowolnej sieci, skupiającej wyznaczone organy krajowe odpowiedzialne za e-zdrowie (art. 14 dyrektywy). Cele współpracy w zakresie sieci e-zdrowia mają z jednej strony charakter techniczny, związany z opracowaniem wspólnych środków identyfikacji i uwierzytelnienia, z zapewnieniem interpretacyjnych zastosowań użytkowych, z drugiej zaś, odnoszą się do intencji komunikacyjnych, związanych z przekazywaniem i udostępnieniem informacji medycznych. Współpraca ta, bowiem jest przewidziana w odniesieniu do tworzenia i uczestniczenia w dobrowolnej sieci skupiającej wyznaczone organy lub podmioty krajowe odpowiedzialne za ocenę technologii medycznych (art. 15 Dyrektywy 2006/123). Celem tej sieci jest opracowanie; przekazywanie obiektywnych, rzetelnych i terminowych informacji na temat skuteczności technologii medycznych i porównywalnych informacji na temat skuteczności technologii oraz zapobieżenie marnotrawstwu ograniczonych środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Zgodnie z art. 15 ust. 3-7 Dyrektywy 2006/123 możliwe jest przekazywanie sieci pomocy unijnej, mającej na celu ułatwienie jej funkcjonowania w zakresie administracyjnym i technicznym, wspieranie udostępniania informacji naukowych oraz zachęcanie do współpracy między siecią a innymi właściwymi instytucjami i organami unijnymi³⁸.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że istotną rolę w transformacji opieki zdrowotnej odgrywa odpowiednie zarządzanie danymi, które prowadzi do powstania współzależności nowego typu między sferą biznesową związaną ze świadczeniem usług medycznych a podlegającymi rozwojowi naukami medycznymi oraz pacjentami traktowanymi, jako indywidualni konsumenci usług medycznych. „W tym kontekście ma znaczenie stosowanie zaawansowanej analityki oraz technologii informatycznych dla badania procesów zachodzących w środowisku medycznym, analogicznie do procesów zachodzących w innych otoczeniach biznesowych”³⁹.

Podsumowanie

Dzisiejsze skłonności związane z ochroną zdrowia dotyczą prób liberalizacji krajowych systemów ochrony zdrowia, wyniku na zwiększone koszty

38 Włodarczyk C., Kowalska I., Mokrzycka A., *Innowacyjne wielowymiarowe narzędzie oceny polityki zdrowotnej i polityki zdrowia publicznego - matryca ewaluacyjna HPA [Health Policy Assessment]. Podstawy metodologiczne, opis narzędzia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie publiczne i zarządzanie”, tom VIII, nr 2, Kraków Instytut zdrowia publicznego 2010, s. 6.

39 Bach-Golecka D., op. cit., s. 230.

ekonomiczne usług medycznych, wyzwania demograficzne związane ze zmianą struktury wiekowej społeczeństw, a także coraz większych oczekiwań pacjentów. Sytuacja ta, pokaźnie utrudnia w jednoznaczny sposób przeprowadzić podział usług przynależnych do sfery publicznej oraz do sfery prywatnej, czy regulacji o charakterze wertykalnym, tzn. zgodnie z linią podziału pomiędzy instytucje Unii Europejskiej oraz państwa członkowskie oraz horyzontalnym, tzw. podział w ramach danego państwa członkowskiego.

Powyższy problem Polityki zdrowotna Unii Europejskiej powstał u źródeł, ponieważ prawo traktatowe wyraźnie przesądza, że zarządzanie opieką zdrowotną leży w kwestii odpowiedzialności krajów członkowskich, a także, że podstawowe elementy konstytuujące sektor opieki zdrowotnej będą podlegać zasadzie swobody przepływu czynników produkcji. Zatem powstała tu konstytucyjna asymetria między polityką rynkowej efektywności a tą nakierowaną na kwestie socjalne i równość. W przypadku braku ustanowionej regulacji traktatowej i sprzecznych interesów krajów członkowskich, to także orzecznictwo ETS w decydującej mierze determinuje kierunek rozwoju europejskiej polityki zdrowotnej. Proces ten następował, jako uboczny skutek uznawania możliwości stosowania zasad wolnego rynku do usług zdrowotnych. Zarazem mające pierwszeństwo i bezpośrednie zastosowanie europejskie prawo spowodowało znaczące perturbacje dla funkcjonowania systemów zdrowotnych państwach członkowskich.

W związku z powyższym zaproponowane rozwiązania w sferze polityki zdrowotnej należy poszukiwać w idei zarządzania publicznego (New Public Governance) zakładającej istnienie przestrzeni dla szeregu „miękkich” form koordynacji. Wśród nich szczególne znaczenie posiada zaliczana do tzw. miękkiego prawa otwarta metoda koordynacji (OMC) oraz działalność europejskich agencji regulacyjnych. Metody (nowego) zarządzania publicznego wypełniając braki formalnych kompetencji UE w obszarze zdrowia, stanowią sposób na stopniowe poszerzanie zakresu „zainteresowania” Wspólnoty o kwestie opieki zdrowotnej. Tym samym mogą być postrzegane narzędzie realizacji stopniowej, „pełzającej” strategii poszerzania kompetencji UE w zakresie zdrowia.

Zarządzanie zdrowiem w UE zawiera złożone, hierarchiczne i wzajemnie powiązane sieci obejmujące instytucje znajdujących się na różnych poziomach organizacji i regulacji. Tym samym polityka zdrowotna UE może być postrzegana, jako złożony konglomerat o charakterze sieciowym, obejmującym różnorodnych instytucji, z coraz bardziej eksponowaną rolą koordynacyjną agencji regulacyjnych („patchwork”). Jest ona współkształtowana przez różnego rodzaju postanowienia należące do różnych obszarów wewnętrznego rynku,

takich jak: sfera społeczna, handel, czy gospodarka. Współdziałanie zróżnicowanych czynników: narodowych i europejskich, szczególnej charakterystyki sektora zdrowotnego oraz niejednoznacznych postanowień traktatowych, sposób kreacji europejskiej polityki zdrowotnej można określić za pomocą terminu „chaordic” - oznaczającego połączenie chaosu i porządku⁴⁰.

Rosnąca rola UE w kwestiach zdrowotnych jest zgodna z ogólnym wzorcem zmniejszającej się suwerennej kontroli nad sferą społeczną przez kraje członkowskie. Nie należy zarazem zakładać możliwości szybkiej utraty ich wpływu na sferę świadczeń zdrowotnych czy społecznych. Redystrybucja stanowi, bowiem zbyt istotny element legitymizacji władzy państw narodowych. W związku z tym będzie kontynuowany proces negatywnie ujmowanej integracji wraz z destabilizującą rolą orzeczeń sądowych oraz dalszym rozwojem metod zarządzania publicznego w sferze polityki zdrowotnej UE.

Ścisła współpraca międzynarodowa transponowana gwarantuje właściwą opiekę medyczną. Należy tu pamiętać, że współpraca ta powinna mieć charakter zróżnicowany pod względem składu podmiotowego, z wykorzystaniem doświadczeń sektora prywatnego, w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, korzystać z nowoczesnych narzędzi analitycznych i komunikacyjnych (telemedycyna). Powyższe gwarancje umożliwią władzom publicznym zrealizować zobowiązania zakresu ochrony zdrowia w sposób adekwatny do wyzwań społeczności.

Należy też podkreślić, że polityka zdrowotna, będąc częścią polityki społecznej (socjalnej) państwa, wpływa na regulacje dotyczące zatrudnienia oraz takie sfery życia kulturowo cywilizacyjnego, jak: kształcenie, kultura, struktura dochodów i wydatków oraz zabezpieczenie społeczne (emerytury i renty). Poczucie bezpieczeństwa socjalnego i zdrowotnego stanowi dla obywateli istotny czynnik decydujący o poziomie zaufania do władzy. Jako część polityki społecznej polityka zdrowotna powinna być osadzona w realiach społecznych i ekonomicznych oraz być zorientowana na zapewnienie warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia społeczeństwa. Wspólnotę polityki społecznej i zdrowotnej można zauważyć np. w założeniach aksjologicznych, wykorzystywaniu tych samych zasad teoretycznych i metodologicznych oraz w działaniach władzy publicznej, dla której obszar zainteresowań polityki zdrowotnej jest konsekwencją realizowanej polityki społecznej⁴¹.

40 Lamping W., Steffen M., European Union and Health Policy [w:] The “Chaordic” Dynamics of Integration, Social Science Quarterly, Vol. 90, No 5, December 2009.

41 Kawalko Sz., *Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia*, „Studia Gdańskie, Wizje i rzeczywistość”, t. XI, Gdańsk, Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna 2014 s. 328.

Bibliografia

1. Bach-Golecka D., *Współczesne dylematy ochrony zdrowia w prawie Unii Europejskiej* [w:] *Kierunki rozwoju współczesnego prawa międzynarodowego*, Karski K. red., Warszawa, Bellona 2015;
2. Białynicki Birula P., *Wykorzystywanie metod nowego zarządzania publicznego w kształtowaniu polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, „Zarządzanie publiczne”, nr 4 (18), Instytut Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011;
3. Bosek L., *Opinia prawna na temat rządowego projektu ustawy o zdrowiu publicznym*, „Zeszyty Prawnicze”, nr 3, Warszawa, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego 2015;
4. Dzidaczyk B., *Modele opieki zdrowotnej*, [w:] *Procesy globalizacyjne, a myśl ekonomiczna Kościoła Katolickiego*, red. Pierzchalska M., WSB, Radom 2006;
5. Głąbicka K., *Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej*, „Studia Medyczne”, nr. 26(2), Kielce 2012;
6. Harvey T. K., *EU law and national health policies: problem or opportunity?*, „Health Economics” vol. 2, Policy and Law, 2007;
7. Kawalko Sz., *Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia*, „Studia Gdańskie, Wizje i rzeczywistość”, t. XI, Gdańsk, Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna 2014;
8. Lamping W., Steffen M., *European Union and Health Policy* [w:] *The “Chaordic” Dynamics of Integration*, Social Science Quarterly, Vol. 90, No 5, December 2009;
9. Mokrzycka A., *Europejskie prawo do ochrony zdrowia, czyli o tym, jak w chorej Europie wszyscy będą zdrowi*, [w:] *Namysły nad problemami polityki zdrowotnej globalne europejskiej krajowej. Księga jubileuszowa Prof. C. W. Włodarczyka*, [red.] Kowalska I., Mokrzycka A., Warszawa 2013;
10. Nowacki W., *Wymogi Unii Europejskiej w ochronie zdrowia*, „Biblioteka Zdrowia Publicznego”, nr 5, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia 2000;

11. Saganek P., *Prawo Unii Europejskiej – prawo materialne i polityki*, „Prawo i Polityka Gospodarcza” 2003;
12. Turlejska H, Szponar L., *Programy ochrony zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa żywności w Polsce i Unii Europejskiej*, „Żywność, Żywnienie, Prawo a Zdrowie”, Warszawa, Instytut Żywności i Żywienia 2001;
13. Włodarczyk C., Kowalska I., Mokrzycka A., *Innowacyjne wielowymiarowe narzędzie oceny polityki zdrowotnej i polityki zdrowia publicznego - matryca ewaluacyjna HPA [Health Policy Assessment]. Podstawy metodologiczne, opis narzędzia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie publiczne i zarządzanie”, tom VIII, nr 2, Kraków Instytut zdrowia publicznego 2010;
14. Wrześniewska-Wal I, *Wspólnotowe regulacje w zakresie zdrowia publicznego*. „Prawo i Medycyna”, nr 17(4) Warszawa 2004;
15. Wrześniewska-Wal I., *Zdrowie publiczne w regulacjach Unii Europejskiej*, „Postępy Nauk Medyczne” XXIX(5), Warszawa, Wydawnictwo Medyczne Borgis 2016.

Akty prawne

1. Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską (1993–2009), <https://www.eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/ALL/?uri=OJ:C:2010:083:TOC>, dostęp: 08.06.2020 r.
2. Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (ang. Charter of Fundamental Rights of the European Union, fr. Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne), który wszedł w życie 1 grudnia 2009 r., Dz. Urz. UE 2016 C202;
3. Wspólnota Europejska, WE, znana głównie pod nazwą Europejska Wspólnota Gospodarcza, EWG, <https://www.eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=LEGISSUM:xy0023>, dostęp: 8.06.2020 r.;
4. Europejska Wspólnota Węgla i Stali (EWWiS), czyli traktat paryski, został podpisany w dniu 18 kwietnia 1951 r., a wszedł w życie w dniu 23 lipca 1952 r., <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/PL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:xy0022&from=PL>, dostęp: 08.06.2020;

5. Europejska Wspólnota Energii Atomowej (EWEA, także Euratom), <https://www.eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=LEGISSU-M:xy0023>, dostęp: 08.06.2020 r.;
6. Dyrektywa nr 2004/23/WE z 31 marca 2004 r. Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich. Dz. U. L 102 z 7.4.2004;
7. Dyrektywa 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym, Dz. U. UE z dnia 27 grudnia 2006 r., L 376/36;
8. Opinia Rady z 26 listopada 1998 r. w sprawie przyszłej struktury działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego Dz. U. C 390, z dnia 15 grudnia 1998;
9. Komitet Ekonomiczno-Społeczny opinia z 9 września 1998 r. Dz. U. C 407, z 28.12.1998;
10. Parlament Europejski rezolucja A4-0082/99, z dnia 12 marca 1999 r., Dz. U. C 175, 21.6.1999;
11. Komunikat Komisji na temat zdrowia konsumentów i bezpieczeństwa żywności, COM (97) 183 z dnia 30 kwietnia 1997.

Principles of health policy in European Union law

Summary

Responsibility for health protection and social security lies with the governments of individual European Union (EU) Member States, while the EU complements national policies, especially those with a cross-border dimension. EU health policy aims to promote health, protect citizens against health threats, and support dynamic health systems. It should be clearly emphasized that the European Union is increasingly influencing the shaping of Member States' health policies. Thanks to the interaction with various entities at the national, supranational and international level, the EU institutions create a peculiar, atypical governance system that affects policy formulation, lawmaking and the allocation of funds in this field. The European Union does not have exclusive competence in the field of health protection, but it has quite broad powers in the area of public health that affect the organization of national health systems.

Keywords: health care, health policy in the EU, EU electronic means of communication, EU tasks and competences in the field of health protection.

Nino Chikhladze
Nato Pitskhelauri
Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Public health education at times of Covid-19: challenges and opportunities on TSU's example

Introduction

Public Health as an „art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health..” [1, p.1] is focused on population health and wellbeing; it „promotes and protects the health of people and the communities where they live, learn, work and play...” [2] “by developing, evaluating and implementing effective and equity-oriented public health programs” [3, p.163] and „through the organized efforts of society” [1, p.1].

WHO defines health workers as "all people engaged in actions whose primary intent is to enhance health" [4, p.2], among them the public health workforce represents „people who are only indirectly involved in public health activities, but whose work can contribute to improving population health” [5, p.7] and whose „prime responsibility is the provision of core public health activities, irrespective of their organizational base” [6, p.4].

Public health systems vary across the countries around the world; countries have different capacities not only in the public health services and practices, but also in public health education. According to the assessment results of countries in European Region, western and northern European countries with multidisciplinary education and well developed continued professional development (CPD) systems have a stronger public health service and capacities [7, p.51].

Public health issues vary across countries and over decades, however in the era of globalization public health does not have any borders; decisions, which are made at the national level have not only local but also global consequences.

Situation around the world during Pandemic of Covid-19 was good illustration of this. Public health education gained transnational significance and profile [8, p.4].

Public Health Education

Education and training of public health professionals is an essential prerequisite for effective public health services and high-quality practice. The importance of education and training of public health professionals is emphasized by the WHO, European Union, Council of Europe and other organizations. According to the EU strategy „Europe 2020” knowledge is the key to achieving success in health and well-being of the society [9, p.11]. The new paradigm for public health is to ensure that public health services are timely and relevantly adjusted to respond to the challenges of 21st century: globalization, aging, social inequality, re-emerging infections evolving health threats, etc. [10, p.1697], [11, p.1237]. The Council of Europe recognized the role of relevant education in preparing skilled public health professionals who will be ready to face and solve the actual challenges [12, p.393]. In this context WHO with collaboration with ASPHER has developed an Action Plan for Strengthening Public Health Services [13] and Capacity and Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region [14].

Besides the need of qualified and skilled public health workforce [5, p.2], WHO has reported the imbalance between the needs of society and qualified health professionals and public health workforce [15, p.7]. This mismatch is greater in low-income and middle-income countries due to disproportionality in public health education, namely in traditions, culture, and experience. In developed countries the public health schools were mostly founded in 20th century whereas in developing countries, including EU Eastern Neighborhood countries, the field of public health and relevant educational programs has been established only in 21th century.

It is recognized that public health education and foundation of the first school in public health area is linked with the Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health which was opened in USA in 1918 during the epidemic of influenza [16, p.60], however the report on public health schools was published already in 1915 [17]. In 1930s, the public health education was more focused on public health administration, statistics, health education, etc. According to the IOM, in 1936 the number of schools in USA offering degrees or certificates in public health was 10; in 1960 the number of accredited schools

was 12, in 1998 the number of accredited schools in public health was 29 and in community health education 45 [16, p.60]. Despite the trend of growing numbers of public health schools and programs, at the beginning of new millennium it was reported by Turnock that there was a shortage of workforce with education in public health [18, 101].

Across WHO European Region the first public health programs with learning outcomes in essential public health core competences were offered in Nordic countries and UK [19 p.260]. In western and eastern European countries public health schools were established at different times: first School of Public Health in Estonia was established at the University of Tartu in 2001 [20, p.108], in Serbia - in 2004 with EU financial support at the University of Belgrade [21, p.128], in Albania - in 2007 [21, p.61].

According to the WHO estimate in 2006 approximately 400 schools offered degree in public health [3, p.163]. The Council on Education for Public Health estimated that in average the total number of schools and department of public health needed in the European Region are 783 [22, p. 809].



It is widely accepted that competency-based education „can improve individual performance, enhance communication and coordination across courses and programs” [23, p.2], as well as learner and patient/population health outcomes [24 p.645]. During last two decades public health programs worldwide were revised and were reorganized on competence-based programs, however, it is evaluated that in many former Soviet countries (Kyrgyzstan, Tajikistan and others) public health education still has medical orientation [19, p.262]. Demand on qualified public health professionals highlights that there is an urgent need to offer high-quality public health education with harmonized learning outcomes in public health in European Higher Education Area, especially in low-income and middle-income countries. The idea of harmonizing educational system „based on institutional autonomy, academic freedom, equal opportunities and democratic principles that will facilitate mobility, increase employability...” is stated in the Bologna Declaration [25].

Reforms in the System of Higher Education in Georgia

Georgia joined the Bologna Process in 2005. A year earlier, a new Law on Higher Education was adopted in the country. The public expectations and demands for higher education institutions increased. These changes led to the need of reforming the higher education system, including public health education [26, p.466]. The Law on Higher Education created a legal basis for

reforms. The important changes have been made in the higher educational system of Georgia in the light with the Bologna process (Table 1).

Table 1 Main outcomes of reform of Higher Educational System in Georgia

<p>Higher Education System of Georgia and Bologna Process</p>  	<p>Three-Cycle of Education (BA, MA and PhD) was introduced.</p> <hr/> <p>Unified National Examination System was introduced for admission to higher education institutions.</p> <hr/> <p>• National Center for Education Accreditation as an independent body was founded. Center is in charge of the accreditation of higher education institutions ensuring quality in higher education.</p> <hr/> <p>National Qualifications Framework in accordance to European Qualification Framework was worked out.</p> <hr/> <p>Unified System of the Diploma Supplement with detailed description of Teaching courses and their learning outcomes was introduced.</p> <hr/> <p>National Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) was implemented for improving the credits recognition in European Higher education area and support students mobility.</p> <hr/> <p>Multi-component 100-point Assessment System was introduced.</p> <hr/> <p>• Quality Assurance Structures were established at the level of higher education institutions.</p>
--	---

In 2007, the National Center for Educational Quality Enhancement (NCEQE) was founded in order to evaluate and enhance the quality of education in country. National Qualifications Framework (NQF) was approved in 2010, which combines seven fields/specialties in Health Care including Public Health [27]. Institutional accreditation of higher education schools was completed and the preparatory stage for program accreditation was launched throughout the whole country. Changing the educational program paradigm and the traditional academic approach, implementation of outcomes-based and student-oriented curricula were defined as one of the most important challenges for the integration of Georgia into European Higher Education Area.

In 2010, working groups were formed including the representatives of TSU and other institutions, for elaboration of the first sectoral documents in Health Care, namely in Medicine within the framework of the project "University Curriculum Development Programs" of the Ministry of Education and Science of Georgia. The working process on benchmarks was carried out with the participation of the international experts, and international standards were taken into consideration.

The paradigm of accreditation has changed since 2014, and existed standard quantitative evaluation focused mostly on procedures was replaced by the qualitative evaluation of developmental processes in Higher Education Institutions. As a result, accreditation procedures and standards were updated and outcomes-oriented accreditation was implemented. International experts were involved in evaluation processes, and elaboration of Benchmark Statement in different fields, among them benchmark for public health education was launched.

Public Health Education at Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University (TSU) is the oldest and biggest University in Georgia. Approximately 20-25% of students in Georgia study at TSU. University has seven Faculties, and among them is the Faculty of Medicine. The Faculty of Medicine was one of the first faculties established in 1918.

Department of Public Health has close link with National Center for Disease Control and Public Health (NCDC) in Georgia and has affiliated and invited professors, who are leading experts in public health, epidemiology, biostatistics, environmental health, health promotion, health economics, health policy and ethics. Currently the Department of Public Health offers different teaching courses in Georgian and in English (Public Health, Epidemiology, Statistics, Environmental Health, Health Promotion, Ethics, Injury Prevention) for undergraduate Medical programs (medicine, dentistry), herewith 3 degree programs: Master Programs in Public Health (in Georgian and in English languages) and PhD Program in Public Health and Epidemiology (in Georgian Language).

The master's program covers 120 ECTS in total, including 30 ECTS for a Master's thesis, the doctoral program - 180 ECTS, including educational (60 ECTS) and research (120 ECTS) components. According the Law on Higher Education scientific research is part of the master's as well as of doctoral programs. However, it requires a different input from the student. A master's program should include research elements and, therefore, a student of the master's program should have appropriate research skills and should be able to conduct research independently. After the graduation from the master's program, the student becomes an expert of the relevant field and has a right to continue studying at the doctoral level or to get employed. During PhD studies

scientific research becomes student's main activity, hereby he/she must create new innovative knowledge based on original research.

Georgian medium master's program in public health has been introduced at the Faculty of Medicine in 2002, doctoral program in public health and epidemiology was launched in 2006. In accordance with the decisions of the NCEQE accreditation was granted to both educational programs in public health in 2011.

It is recognized that schools of public health should have collaboration with other schools at the national and international level [29, p.241]. One of the main priorities of the TSU Department of Public Health is to ensure high quality of public health education and research, and harmonisation of public health education with International standards.

The development of a new, international, high-quality public health master's program in Georgia, focused on the registers and epidemiology of population studies, was set as the primary goal for Georgian-Norwegian collaborative project in public health. In cooperation with the University of Tromsø (Norway) work for elaboration of the new English language program started in 2016. The sectoral committee was formed with the involvement of all interested parties and Norwegian representatives. The experience of the University of Tromsø, as well as the International standards of teaching at the Master's Program from the World Federation of Medical Education, European competences for the Master's program in public health, Tuning guidelines of competence development in the study field of public health were used in the process of elaborating the program [30, p.447]. The first enrollment of the students in the new public health English language program was performed in 2018 academic year.

The purpose of the ongoing EU project on Doctoral Programmes in Public Health and Social Science is to promote development of effective collaboration and professional partnership in order to share the best European educational experiences and strengthen public health education on PhD level [31, p. 176]. Project team have been working on the development of a new model of doctoral program (regulation, curricula, resources, environment) with strong partnership with stakeholders, including NCDC, and networking with experienced International collaborators. Since the end of 2018 Project participant were involved in the updating process of regulations at University level. Renewed version of minimal standard of doctoral education was approved on 27 December 2018, and the „Statement about planning, elaboration, evaluation and development” was approved by TSU academic Council in July

2019. Since then project team continuing to work on reviewed regulations at the level of faculty of medicine, in accordance with the university regulations, which are directly linked with doctoral program in public health, namely: the statement about faculty of medicine was updated (Chapter IX-Dissertation Board, Chapter XI-Student), the Statement about Standing Committee on Doctoral Program Administration was elaborated and number of new forms of reports, assessments etc were introduced. Elaborated regulations clarifies the minimal requirement for admission, enrolment and access criteria to the programs, requirement for the PhD thesis, supervisor, evaluation etc.

Era of Covid-19

On December 31, 2019 the Wuhan Municipal Health Commission in Wuhan City (Hubei province), China reported a novel coronavirus (later named SARS-CoV-2, the virus causing COVID-19). COVID-19 has aggressively and quickly spread around the world. According to the NCDC of Georgia the first laboratory-confirmed case in Georgia was identified on February 26, 2020 [32].

Following this, the educational process has been suspended at the Georgian educational institutions. Since March 12, the State and private institutions have switched to remote working process. On March 21st 2020 Georgia declared the State of Emergency (lockdown) which was in force until 22 May.

Due to the pandemic, the challenges of COVID-19 were not only country, nor HEIs specific. Based on World Bank calculation 97% of total number of students were out-of-school in Europe and Central Asia, and 99%-Globally [33, p.1]. According to the data of Global Education Coalition approximately 1 billion students and youth are globally affected by the COVID-19 outbreak [34].

Based on WHO data after 6 months of COVID -19 outbreak the total number of confirmed cases globally is - 10,021,401, in Europe – 2,673,131 and in Georgia – 926 [35]. In some countries the number of Covid-19 cases is rising. Some countries, including Georgia, started to loosen the restrictions, nevertheless the second wave of coronavirus is expected.

Legislative and Institutional initiatives for support distance education

Legislation for higher education in Georgia was not aligned with distance learning and did not acknowledge it, that's why Amendments to the law related to the distance education (chapter 47) was enacted in June 2020 and

definition and right of distance learning was approved. Based on changes in legislation distance learning can now be provided on all three levels of Higher Education by using synchronous or asynchronous ways of communication.

Due to Covid-19 outbreak the decision was made to postpone the beginning of the spring semester at the University. Shortly after that the Georgian Government announced national closure of entire educational system, of campuses and in-person classes, which forced TSU to shift to the distance learning in order to ensure continuity of education, and the health and well-being of students and staff.

On the initial stage institutional capacity (available infrastructure, licenses, hardware, software, human resources etc.) for transition to the distance education was rapidly evaluated, weaknesses were identified and all human and financial resource were mobilized. A needs assessment was done and University managed to communicate timely with all students in accordance to the establishing protocols. Additionally, specific issues on individual level were identified such as problem access to internet, lack of computers, learning environment at home. Action plan was elaborated in order to meet student's and staffs' needs, and different types of assistance was offered regularly, including psychological, financial and technical support during the whole semester.

The concepts for all educational programs with description of new model of organizing and delivering the Curriculum, pedagogical approaches and design of online assessment methods was proved by TSU Quality Assurance Department, which had close collaboration with other universities and educational experts, in order to exchange the experience and implement the best practice, recommendation and advices for structuring and quality enhancement of online teaching at national and international level. Guides and trainings for effective on-line learning and digital learning management tools were provided for academic staff and students.

Work pages of Public Health Department during Covid-19

In practice distance learning is successfully used in public health education for many years, for example Public Health Training Network (PHTN) offered a variety of subjects in a wide range of formats [16, p.56]. In Georgia, and particularly at TSU public health educational programs and subjects were constructed just for face-to-face interaction, however they were very quickly reorganized and shifted to the distance learning.

Department of public health has elaborated new concept of public health education based on distance learning method. Tools, software and platforms for distance learning have been discussed, and along with internal LMS system and Moodle, Zoom, Microsoft Teams, Google Classroom have been selected to be used as digital learning management tools by staff. Moodle has been used at TSU for years, but since March 2020 this modality of teaching was dramatically enhanced.

It was decided to start semester by elective subject of the Department of Public Health „Injury Prevention”. This elective course was elaborated and implemented in the medical curricula by staff and experiential learning scholars of two International projects: iCREATE and INITIatE. This elective Course was offered for the first time. During the preparatory time project team developed all teaching materials and converted theme in to el. version in Georgian as well as in English, including syllabi, lectures, presentations, tutorials, tests for intermediate and final exam, and criteria of assessment. Reading materials, including textbook in Georgian which was published in the framework of the project, were transformed into digital format. Preparation of teaching materials for English medium program was facilitated with supportive materials, such as an on-line lecture of Project Coordinator from Iowa University (USA), materials of the Cluj School of Public Health, Babesh-Bolyai University (Romania) and WHO TEACH-VIP modules. All documents were uploaded on Moodle platform. Real-time interaction was offered to students. At the end of course evaluation was done. Results of survey was analyzed and shared with academic and administrative staff in order to consider the strong and weak sides of the first experience of students with distance learning, at the same time respond to feedback was provided to the students and lecturers.

Piloting of new on-line model of teaching was very important experience for academic staff in order to test the tools of e-teaching, communication and interaction with students during distance learning, opportunity of e-system for students' assessment etc. Collaborative platform was created, for sharing lesson learned with staff of Public Health Department in order to enhance the teaching and learning within master and doctoral programs in public health.

In 2020 due to the Covid-19 outbreak planned activities (trainings, workshops, conferences) linked to travel were postponed, however the emphasis was done on paper work, and continuing strengthening concept of doctoral education based on experience gained from ongoing EU Project. The new Curriculum Committees in public health, for doctoral and master programs were establishing, in which 8 project participants were invited. The description

(aim, admission requirements, learning outcomes, teaching and assessment methods, requirement for planning and designed the research component, defence of PhD thesis etc), curricula (structure and distributions of teaching and research components, obligatory and elective subjects) and syllabi (aim, prerequisites, learning outcomes, teaching and assessment methods) of the doctoral program in public health and epidemiology were updated by authorship of project participants according new regulations for doctoral programs.

Updated teaching component of the doctoral program combines 6 mandatory and 4 elective courses. Modifications were also made in the research component based on the University regulations, performing two research projects (within the framework of the dissertation thesis) and completion and defense of the dissertation thesis are required from the research components. In the first research project PhD candidate should present aim and objectives of research, hypothesis, methods and application for ethics committee. The second research project is actually an approbation of the research results.

Evaluation and analysis of research activities at the Department of Public Health have shown that it is important to increase the quality of research and international recognition, mainly through promoting publications in high-ranking international journals and enhancing the component of internationalization. Therefore, the requirements for obtaining the right to defend a necessary scientific publications related to the dissertation thesis published or accepted for publishing in the peer-reviewed journals, with an ISSN code and international editorial board, which are disseminated on an international scale are required. At least one of those three publications should be published in an international journal indexed in the Scopus or Web of Science databases - with the first authorship of a PhD student, moreover the journal indexed in Scopus must have Q1 or Q2 Quartile assigned by Scimago Lab. In case if the article is published or is accepted for publication in the journal indexed in Web of Science, the journal should have Clarivate Analytics Impact Factor.

Next activities during 2020 spring semester was preparation of updated doctoral program in public health and epidemiology for the program accreditation following the valuable guidance from international collaboration. Self-evaluation group was established at the department and self-evaluation report was prepared in a team-based manner. The doctoral program was evaluated in accordance with the strategic development plan of the Faculty of Medicine. Self-evaluation group relied upon the following documentation and data during the preparation of the report: regulatory documents related to doctoral programs, human and financial resources for program implementation,

labor market research, including analysis of the demands of market and employers, which were carried-out in the framework of the project in 2019.

Swot-analysis was done in accordance with program accreditation standards (Figure 1).



Figure 1. Georgia: Program accreditation standards

The results are giving a better understanding of strength and weakness of the doctoral program. Self-evaluation report and relevant annexes was presented to NCEQE. Modified doctoral program in public health and epidemiology was evaluated according to the renewed standards by external experts and accreditation was issued by the National Center for Educational Quality Enhancement, which received the recognition status from the World Federation for Medical Education (WFME).

Since accreditation and validation postgraduate program in public health has continued the development and quality enhancement.

Research components of master and doctoral programs were delayed for next semester, in order to ensure continuity of research, on the individual level, the options of working on relevant NCDC database, or conducting online survey instead of face-to-face survey in different hospitals were suggested to the students. Beside this, emphasis was done on teaching component, and on-line mentoring and regular communication with students. Therefore, it was clear, that the “focus” of public health education became issues related with core principles and values of human rights, social justice, inclusion and equality, civic spiritedness, empathy, cultural diversity, ethics and decision making.

Era of Covid-19 was linked with uncertainty related with new virus, and with high demands of society to receive information from professionals. Beside public health education at the University, Professors of TSU Faculty of Medicine were actively engaged on daily bases in medical and public health practice, as well in raising awareness and transfer of specific information and knowledge regarding prevention of the new coronavirus, which was demonstration of high level of commitment to the society and population health in line with third mission of the University.

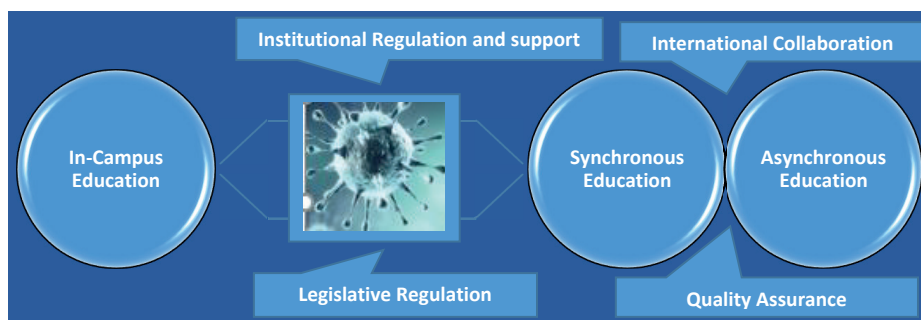


Figure 2. Model of transformation of Public Health Education due the Covid-19 Pandemic

Quo Vadis...

Spring semester is over and it is time to summarize the lessons learnt from introduced „experiential learning at Universities” during the first wave of COVID-19 and set the plans for the upcoming academic year and for the future.

Covid-19 forced TSU to re-shape the model of Public Health Education; TSU succeeded in coping with emerged challenges through different initiatives and approaches (Figure 2). Students and staff of the Faculty of Medicine and the Department of Public Health are rapidly adapting to the new „architecture’ of public health education. It has been identified that the distance education is convenient especially for master and doctoral students. Teaching materials systemized by staff and all on-line lectures and seminars are uploaded to the internal platform of the University. The re-evaluation of assessment system positively affected the validity of assessment, the quality of exam questions and tests. It is planned to establish the assessments committee in order to continue enhancing quality of exam questions and tests.

For the department of Public Health the “blended” or hybrid learning will become a new venue for next academic year and as well for the future. It is evident, that the cooperation based on International partnerships is an opportunity for exchanging the best practices and building a capacity to make relevant changes in the public health education via remote teaching. At the Department of Public Health, we are still exploring the way, which will help us to find more approaches in order to effectively influence societal and population health.

Covid-19 pandemic has revealed not only the educational challenges for the Universities, but also gave them impetus to improve the public health education based on the advantages of online learning and teaching, to reconsider the social responsibility and the vital role of Academia in supporting society and meeting its social demands, as well sustaining population health and well-being.

References

1. Acheson D., *Acheson Report: Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, London, The Stationery Office, 1988.
2. American Public Health Association [online], <https://www.apha.org/what-is-public-health>, [accessed: 10 June 2020].
3. Sadana R., Chowdhury A., Petrakova A., *Strengthening public health education and training to improve global health*, Bulletin of the WHO, 2007, Vol. 85, Number 3, pp.163-164.
4. WHO, *World health report 2006: working together for health*, Geneva, World Health Organisation, 2006.
5. Bjegovic-Mikanovic V., Czabanowska K., Flahault A., Otok R., Shortell S., Wisbaum W., Laaser U., *Addressing needs in the public health workforce in Europe*, WHO, 2014.
6. Beaglehole R., Dal Poz M., *Public health workforce: challenges and policy issues*, Hum. Resour Health, 2003, 1(1), 4.
7. WHO, *Review of public health capacities and services in the European Region*, World Health Organisation, 2012.

8. Bjegovic-Mikanovic V., Otok R., *Preparation of European Public Health Professionals in the Twenty-first Century*, Front Public Health, 2017, Volume 5, Article 18, pp.1-6.
9. European Commission, *EUROPE 2020 A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. Brussels, 2010.
10. Koplan JP, Fleming DW., *Current and future public health challenges*, JAMA, 2000, 284(13), pp.1696-1698.
11. Handler A., Issel M., Turnock B., *A conceptual framework to measure performance of the public health system*, Am J Public Health, 2001, 91(8), pp.1235-1239.
12. Committee of Ministers, *Recommendation CM/Rec (2010)6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems*, Eur J Health Law, 2010,17(4), pp.389-401.
13. WHO, *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*, World Health Organisation, 2012.
14. WHO-ASPHER, *Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region*, World Health Organisation, 2013.
15. Buchan J., Perfilieva G., *Making progress towards health workforce sustainability in the WHO European Region*, World Health Organisation, 2015. (p7)
16. Gebbie, K., Rosenstock, L., Hernandez, L., *Who Will Keep the Public Healthy? Educating Health Professionals for the 21st Century*, Washington, D, The National Academies Press, 2003.
17. *Welsh-Rose report on schools of public health*, NY, Rockefeller Foundation, 1915.
18. Turnock BJ., *Public Health: What It Is and How It Works*, Gaithersburg, MD, Aspen Publishers, Inc, 2001.
19. WHO, *Facets of Public Health in Europe*. The European Observatory on Health Systems and Policies, 2014.

20. Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Laura Aaben L, van Ginneken, *Estonia: Health system review*, Health Systems in Transition, 2018; 20(1), pp. 1 – 193.
21. WHO, Council of Europe Development Bank, *Evaluation of public health services in south-eastern Europe*. 2009.
22. Bjegovic-Mikanovic V, Vukovic D., Otok R., Czabanowska K., Laaser U., *Education and training of public health professionals in the European Region: variation and convergence*, Int J Public Health. 2013 Dec; 58(6), pp.801-810.
23. Maerlender A.,Parent-Nichols J.,Lichtenstein J., *Concussion Competencies: A Framework for School-Based Concussion Management*, Cambridge Scholars Publishing, 2020.
24. Carraccio C, Englander R, Van Melle E, et al. *Advancing Competency-Based Medical Education: A Charter for Clinician-Educators*. Acad Med. 2016;91(5), pp.645-649.
25. *Bologna Declaration of 19 June, 2007*, [on-line] http://www.magna-charta.org/resources/files/BOLOGNA_DECLARATION.pdf , [accessed: 10 June 2020].
26. Pitskhelauri N., Lobzhanidze G., Balakhadze M., Chochua T, Japaridze T., Chikhladze N., Tamar Lobjanidze T., *PhD education and research at Tbilisi State University (TSU) Faculty of Medicine in the dimension of International collaboration*, International Journal of Scientific Research, Vol. 4, Issue 7, 2015, pp.466-468.
27. National Qualifications Framework (NQF) [on-line] <https://eqe.ge/eng/static/125/education-system/national-qualifications-framework>, [accessed: 10 June 2020].
28. Law of Georgia on Higher Education [on-line] <https://www.eqe.ge//res/docs/2014120816022280962.pdf> [accessed: 10 June 2020].
29. M. Meslin M., Garba I., *International Collaboration for Global Public Health*, Chapter 8 In the Book: *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe* Editors: Barrett, D.H., Ortmann, L.H., Dawson, A., Saenz, C., Reis, A., Bolan, G. (Eds.), 2016/

30. Chikhladze N., Pitskhelauri N, Lobzhanidze G. (2017). Implementation of competence-based Georgian-Norwegian master program in public health. *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue suppl_3, 1, 2017, pp.446-447.
31. Chikhladze N, Tsiskaridze A, Kordzaia D., Pitskhelauri N., *Medical Education at the University*, TSU publishing house, 2019.
32. National Center for Disease Control and Public Health, Georgia [on-line]. www.ncdc.ge[accessed: 10 June 2020].
33. World Bank, *The COVID-19 Crisis Response: Supporting tertiary education for continuity, adaptation, and innovation*, 2020, pp.1-9.
34. Giannini S., *COVID-19 – Education is the bedrock of a just society in the post-COVID world*, The Global Education Coalition, 02/06/2020 [on-line] <https://en.unesco.org/news/covid-19-education-bedrock-just-society-post-covid-worl> [accessed: 10 June 2020].
35. WHO, *WHO Coronavirus Disease (Covid-10) Dashboard*. [on-line] <http://covid19.who.int> [accessed: 29 June 2020].

Public health education at times of Covid-19: challenges and opportunities on TSU's example

Summary

Public health education and training of professionals is an essential prerequisite for effective public health services and high-quality practice. In the era of globalization, public health does not have borders and decisions made during pandemics at the national level have not only local but also global consequences. Public health education gained transnational significance and profile. Pandemic of Covid-19 greatly affected education institutions, students, academics. How the School of Public Health addressed the challenges of Covid-19 and how the public health education was provided to students? The purpose of this article is to describe experience of transition to the distance education and activities during pandemic on the example of Department of Public Health at Ivane Javakishvili Tbilisi State University (TSU), Georgia.

The article concludes that era of Covid-19 stresses not only challenges for Universities, but also gave impetus for improving public health education based on advantages of online learning and teaching, for reconsidering social responsibility and vital role of Academia in supporting society and meeting its social demands, as well sustain population health.

Keywords: education, public health, teaching, distance learning, low-income and middle-income countries.

Бямбаагийн Ариунсанаа

Чойжилын Отгон

Батцагааны Баясгалан

Mongolian National University of Medical Sciences

Влияние на студенческие ценности, ориентацию и мотивацию для достижения успеха

Введение. Любая человеческая деятельность не возникает спонтанно никаким потоком, но при определенных условиях и по определенной причине. Мотивация является предметом таких наук, как философия, психология и управление. Предметом потребностей и мотивов личности является предмет современной философии со времен древнегреческой философии (Аристотель, Х.А. Бердяев, Р. Декарт, И. Кант, М.Монтай, Платон, Г.Рикер и др.) всегда были в центре внимания. Психологи, многие российские исследователи (В.Г. Асеев, А.А. Ухтомский, В.К. Вилюнас, В.И. Ковалев, А.Н. Леонтьев, П.В. Симонов, Д.Н. Узнадзе, А.А. Файзуллаев) провели исследования по мотивации. Это также привлекло внимание западных ученых (Дж. Аткинсон, Г. Холл, К. Мэдсен, А. Маслоу, Х. Хекхаузен и др.). Основы теории мотивации успеха были заложены американским ученым Д. Представлено Дэвидом Макклелландом, Джоном Уильямом Аткинсоном и Хайнцем Хекхаузеном. Термин «два типа мотива к успеху», «мотив успеха» и «мотив, побуждающий избегать неудач» происходит от Аткинсона (1957 г.).

Теория трудовой мотивации Дж. Аткинсона основана на положении, что поведение работника является результатом взаимодействия индивидуальных качеств личности и ситуации, ее восприятия. Каждый человек имеет два мотива – мотив успеха и мотив, побуждающий избегать неудач.

Многие монгольские ученые считают, что мотивация, обучение студентов (Д. Солонго, Д. Нямжав), профессиональная деятельность (Г. Пурэвсүрэн), коллектив. В процессе творчества студент изучал развитие личной мотивации к обучению (Б.Туяа), а Д.Отгонцегг проводила исследования по мотивации к успеху.

Понятие ценности является наиболее устойчивым выражением психологического образования, которое коренится в фундаментальных потребностях человечества и развивалось в ходе их исторического развития. Первыми человеческими ценностями являются: безопасность, здоровье, материальное благополучие, любовь, дружба и воспитание детей, но позже они становятся более сложными социальными ценностями, такими как традиции и права, ценности силы, силы, красоты, равенства, справедливости и т. д. Проблема определения природы ценностей стоит не только в античной философии, но и в трудах психологов (Д. Н. Узнадзе, С. Л. Рубинштейн, Г. Олпорт, К. Роджерс). Выготский, (1984), Леонтьев и (1972) изучали важную роль ценностей в формировании индивидуальной мотивации в процессе социализации. Существует также несколько теорий о ценностях (Rokeach, 1979; Hofstede, 1980, 2001; Schwartz, 1992; Kluckhohn and Strodtbeck, 1961;). А.Г.Здравомыслов, В.Б.Ольшанский, Д.Н.Узнадзе, В.Г. Об ориентации индивидуальных ценностей в российской науке Лисовский В.А., Ядов С.Л. Рубинштейн Е.С. Волков внесли огромный вклад в решение этой проблемы. Для монгольских ученых понятие ценностей изучались с точки зрения деятельности (Д. Отгонцэцэг, П. Батхуяг), личного (Д. Алтанцэцэг, Ц. Цэцэнбилэг) и общества (Д. Ганбат, Х. Сэлэнгэ).

Теоретические основы исследования

Мотивация - это стимул, который выбирается из множества потребностей и желаний человека и побуждает его принять меры для удовлетворения этой потребности, а источник и стимул создают действие. В.Ф. Ломов отмечает, что изучение мотивации играет ведущую роль в изучении функциональной психологии.

Понятие мотив было отражено в трудах древнегреческих философов. Во многих дисциплинах психологии бихевиористы утверждают, что мотивация - это действие внешних и внутренних стимулов, стимулирующих поведение человека. Представители психоанализа объясняют, что биологические инстинкты и желания, которые присущи человеку под влиянием социальных и экологических условий, являются мотивами (З. Фрейд).

Когнитивные теории объясняют мотивацию посредством когнитивных явлений, в то время как гуманистические психологи изучают роль и важность воспринимаемых потребностей. В науке о психологии теория мотивации человека началась в 1920-х годах. Первым был К. Левин

(1926). За ним последовали представители гуманитарной психологии. Работы Маслоу, Дж. Оллпорта и К. Роджерса были опубликованы. Мотивация неразрывно связана с потребностями. А. Маслоу сказал, что все человеческие потребности являются врожденными и инстинктивными, и выразил их в пирамиде с иерархической системой. Мюррей разделил потребности на первичные и вторичные. Первичные потребности являются врожденными и биологически необходимыми. Вторичные потребности включают социальные вещи, такие как любовь, уважение, отношения и искусство.

Процесс мотивации себя и других для достижения определенной цели называется мотивацией и имеет два значения. 1. Тенденции, определяющие поведение человека и систему факторов, стимулирующих активную природу организма. Д. Ванчигсурени др. «Индивидуальное поведение рассматривается как причинно-следственная система сознательных установок. Мотивация включает в себя множество факторов, таких как мотивация, потребности, интересы, желания, стремления, психологическая готовность, эмоции, нормы, стимулы и ценности. 2. Это мотивационный процесс, который в определенной степени создает и стимулирует активное поведение.

Мотивационная сила и ее структура играют важную роль в успехе учебной деятельности. Закон Йеркса-Додсона утверждает в психологии, что лучшие результаты достигаются при умеренных раздражителях. По мере увеличения средней интенсивности результаты ухудшаются, поэтому устанавливаются определенные границы. В 1908 году Роберт Мернс Йеркс и Джон Диллингем Додсон использовали электрические удары, чтобы научить животных ориентироваться в лабиринте, в течение которого умеренная стимуляция была идеальной. Эксперименты показали, что существует «оптимальный уровень мотивации» для конкретного человека для выполнения деятельности лучше всего в данной ситуации. Уровень, который достигает максимальных результатов для множества сложных задач: для более сложных задач менее мотивированный уровень - 2-3 из 10, промежуточный уровень - около 5, а более высокий уровень - 7-8 или более. Эти различные ориентации влияют на чувства и поведение во всех сферах жизни, а не только на обучение.

Для задачи различной трудности максимальная результативность достигается: для сложных задач при слабой мотивации (при 2-3 по 10 бальной шкале), для средних — средней (около 5) и простых — высокой (7-8 и даже выше).

Мотивация делится на четыре состояния: поведенческое, гуманитарное, когнитивное и социальное. В состоянии мотивационного поведения внешние

награды и наказания подчеркиваются как ключ к определению мотивации студента. Этот стимул является положительным или отрицательным стимулом или событием, которое может вызвать поведение ученика.

Педагоги, которые используют стимулы, сосредотачиваются на соответствующем поведении, чтобы привлечь внимание класса и держать их подальше от ненадлежащего поведения, таким образом увеличивая интерес или волнение. Рост индивидуального организма, свобода выбора своей судьбы и положительные качества рассматриваются в гуманитарном состоянии мотивации. Авраам Маслоу разработал теорию иерархии потребностей, которая представляет собой иерархию индивидуальных потребностей, физиологических потребностей, потребностей безопасности, потребностей собственности, потребностей уважения и самооценки. Внутренняя мотивация студентов к успеху в когнитивном состоянии мотивации, их характеристики (причина успеха, особенно представление о том, что усилие является важным фактором успеха) и способность эффективно взаимодействовать с окружающей средой.

Ученый Д.Нямжав сказал: «Мотивация студентов является внутренним фактором, который мотивирует их учиться, создает новые потребности и мотивирует их».

Учебная деятельность включает как внутренние, так и внешние формы мотивации. Внутренняя мотивация - это сила, которая управляет внутренним потенциалом и интересами человека. Этот тип мотивации согласуется с желанием выразить себя посредством выбранных действий и поведения в различных ситуациях. Внутренняя мотивация зависит от опыта независимости и способностей, а факторы окружающей среды, которые отвлекают от этого опыта, уменьшают внутреннюю мотивацию, а факторы, повышающие опыт, повышают внутреннюю мотивацию (Ричард Райан и Эдвард Л. Деци). Внешняя мотивация заставляет человека действовать под влиянием внешних факторов. Мотивация, которая классифицируется как позитивная (мотивация к успеху) и негативная (избегание, защитная мотивация).

Мотивация - ключ к успеху. Большой словарь монгольского языка гласит «Успех - это хороший результат, результат чего-то - это результат достижения цели».

Давайте рассмотрим некоторые концепции мотивации к успеху. Мотивация к успеху различна для всех и связана с желанием выполнить трудную задачу. Теория Дэвида Макклелланда гласит, что мотивация фокусируется на самых высоких потребностях, таких как сила, успех

и связь, и, исходя из этого, четвертой необходимостью является избегание препятствий, барьеров и негативных влияний. Основываясь на теории Маккелланда, Аткинсон обнаружил, что ряд факторов способствуют успеху, и они отличаются от позиции человека, что выражается в уравнении Аткинсона.

$$T_s = M_s \times P_s \times I_s$$

Отношение к успеху (T_s) определяется мотивацией (M_s), вероятностью успеха (P_s) при выполнении задания и личной ценностью (I_s) для достижения цели. Успех является результатом этих трех факторов, и если один из них намного выше или ниже, чем другие, результат может быть перемещен вверх или вниз.

Тенденция избегать ошибок определяется составом результата, таким как мотивация неудачи (M_{AF}), ожидание неудачи (P_f) и значение стимула неудачи (I_f).

$$T_{-f} = M_{AF} \times P_f \times I_f$$

Страх неудачи включает в себя тенденцию стыдиться неудачи и избегать смущения перед другими. В таких случаях система мотивации направлена на то, чтобы избежать нежелательного.

Мотивационные исследования ранее были сосредоточены на выборе задач. Например, Elbe, Wenhold и Mueller (2005) изучали эту проблему в волейболе и гольфе. Те, кто стремился к успеху в обоих видах спорта, выбрали задачи среднего уровня с вероятностью успеха 50% (субъективно). Люди, которые боялись неудачи, выбирали задачи, которые были слишком легкими или слишком сложными. Облегченный выбор задачи можно объяснить моделью риска Аткинсона (1957). Согласно этой модели люди выбирают свои задачи на основе эмоционального возбуждения и субъективной вероятности успеха. По словам Аткинсона, они обратно пропорциональны или менее склонны к успеху в простых задачах с высокой вероятностью успеха и с меньшей вероятностью будут гордиться успехом. Но сложные задачи, которые мало кто может решить, могут быть эмоционально сильными.

Ценности - это общие понятия, которые важны для людей и общества, основанные на опыте предыдущих поколений, и их содержание предназначено для того, чтобы направлять людей в мышлении, принятии

решений и действиях. Ценности - это этический кодекс, который управляет действиями людей, и они отражают значение и значение действий людей. Эта проблема играет важную роль в объяснении основ человеческого поведения и взглядов в психологии.

Ценности всегда были ключевым понятием в социальных науках. Понимание ценности Дюркгеймом и Вебером было важно для объяснения социальной и личной организации и изменений. Сознание человека начинает поглощать внешние ценности всего народа и всей нации. Поэтому выбор образа жизни человека зависит от его соответствия общепринятым моральным нормам. способность устанавливать и поддерживать необходимые отношения с другими людьми во всех сферах жизни. В свою очередь, общие ценности человечества передаются через их восприятие и общепринятые региональные и национальные особенности (Знаков, Залевский, 2008).

Многие теоретики утверждают, что ценности важны для понимания социального поведения (Allport et al, 1960; Kluckhohn, 1951; Rokeach, 1973; Williams, 1968). Это потому, что они считают, что ценности направляют, оправдывают и объясняют отношение, нормы, взгляды и действия (Feather, 1985; Halman and de Moor, 1994; Rokeach, 1973; Schwartz, 1992).

Психологи считают, что потребность в значении в жизни является характеристикой взрослой жизни. С 14-18 лет эта потребность начинает проявляться среди школьников, о чем свидетельствует их рост. Однако такая ориентация на социальные потребности заставляет молодых людей задумываться о ценностях и позициях, которые они занимают.

Широко признано, что поиск инструментов для поиска и измерения ценностей может внести ценный вклад в выявление сходств и различий между людьми разных культур.

В науке о психологии А. Леонтьев предложил проводить различие между реальными ценностями и мнимыми ценностями, содержащимися в сознании. Он описывает это в следующих главах.

- 1) Ценности - это знания социальной психики, которые развиваются в общественном сознании и возникают в различных сферах общественной жизни и содержат общие идеи;
- 2) Ценность - это действие и фактическая реализация социальной идеи, которая требует определенных действий от людей. Эти действия благородны, бескорыстны, направлены на общее благо и могут не вступать в противоречие с личными желаниями человека;

- 3) Ценности являются личными целями и поощряют создание личных мотиваций (подходящих моделей), чтобы включить их в вашу жизнь и работу.

Эти группы ценностей взаимосвязаны и переносимы. По словам Леонтьева, человек поглощает социальные цели (например, образовательные ценности), а затем стремится стать активным и получить образование. Когда человеку удается стать студентом, ценности, которые он или она намеревались достичь, будут реализованы. Образование, которое он получает, становится реальной ценностью и, в свою очередь, основой для определения конечных личных и социальных целей (идеалов) будущих поколений. Это ценность образования.

В психологической науке Д. А. Леонтьев предлагает различать собственно ценности и рефлексивные ценностные представления, присутствующие в сознании. Он выделяет три группы явлений:

- 1) **ценность как знание** об общественных идеалах, которые выработаны общественным сознанием и присутствуют в обобщенных представлениях о должном в различных сферах общественной жизни;
- 2) **ценность как действие, к которому стремятся**, то есть предметное воплощение общественных идеалов, которые требуют конкретных действий людей. Эти действия могут быть благородными, бескорыстными, направленными на общее благо и не противоречить личным устремлениям индивида;
- 3) **ценности как личные идеалы**, которые присутствуют в мотивационных структурах личности (моделях должного) и побуждают ее к предметному воплощению в своей жизни и деятельности.

Ценности включают в себя нужды, потребности, привязанности, желания, ожидания, в связи с которыми формируется тенденция выбора.

Идея о том, что основные человеческие ценности измеримы, была развита Аллпортом, Верноном и Линдзи в 1931 году и изучалась психологами в течение многих лет. Rokeach (1979) определили 36 ценностей студентов.

Во второй половине двадцатого века социальные психологи изучали понятия «ценности» и «ценностная ориентация» в отношении человеческого поведения и факторов, которые регулируют человеческие отношения. Ценностная ориентация - это понятие, отражающее положительное или

отрицательное значение социальных явлений и вещей. Поэтому формирование ценностной ориентации тесно связано с развитием личности и его или ее ориентацией. В то время как Ядов рассматривал социальные ценности как основную цель жизни человека и основное средство различения его успеха, А.Г. Здравомыслов «- это относительно стабильный и избирательный подход, направленный на обеспечение всего идеального, материального и духовного богатства, которое считается объектом, целью и средством жизни человека. Согласно ценностям, весь жизненный опыт накапливается в процессе развития человека ». Но С.Л. Как сказал Рубинштейн: «Ценности важны для всего в мире, и только принятые ценности могут служить поведенческими ориентирами». Именно благодаря использованию социально значимых видов деятельности для удовлетворения потребностей человека чувствуются отношения между человеком и обществом и отношения между человеком и обществом ».

В целом ориентация человеческих ценностей рассматривается в трех основных областях: социально-структурная ориентация и планирование; конкретные жизненные ориентации и планы; Это человеческая деятельность и взаимоотношения в разных общественных организациях. Например, Э. Шпрангер выделил шесть идеальных черт личности, которые определяются ориентацией личности на ту или иную объективную ценность. Это:

- теоретический характер или основной интерес - отрасль науки, вопрос истины;
- экономические характеристики - материальные блага и выгоды;
- эстетические качества - стремление формализовать и выразить себя;
- социальные характеристики - общественная деятельность, вызовы чьей-то жизни;
- политический характер - выражение ценности власти и управления;
- религиозный характер - поиск смысла в жизни.

Социальные психологи обратились к понятиям «ценности» и «ценностные ориентации» во второй половине XX в. в связи с исследованием факторов регуляции человеческого поведения и отношений между людьми. Небольшой экскурс в историю исследования ценностей показывает, что первыми их начали изучать психологи, занимавшиеся типами личности и их ценностными ориентациями. Например, Э. Шпрангер (E. Spranger) выделил шесть основных идеальных типов индивидуальности, каждый из которых обусловлен ориентацией на те или иные объективные ценности. Это:

- теоретический тип, основные интересы – область науки, проблема истинности;
- экономический – материальные блага, полезность;
- эстетический – стремление к оформлению, к самовыражению;
- социальный – общественная деятельность, обращенность к чужой жизни;
- политический – тип, для которого власть есть ценность;
- религиозный тип – поиск смысла жизни.

Есть шесть основных характеристик, которые многие ученые описали в своих трудах о ценностях. Это включает:

- 1) Ценности неразрывно связаны с человеческими убеждениями. Они чувствуют это, когда значения активизируются. Во времена человеческой угрозы и зависимости он отчаивается и становится неспособным защищать себя и других, но он радуется, когда он может реализовать свою независимость, что является важной ценностью.
- 2) Ценности выражают желание мотивировать действия. Общественный порядок, справедливость и польза мотивируют людей на достижение своих целей.
- 3) Ценности зависят от определенных действий и обстоятельств. Такие ценности, как послушание и честность, зависят от норм и установок, которые представляют конкретное действие, объект или ситуацию.
- 4) Ценности служат стандартами и критериями. Ориентирован на выбор или оценку действий, политик, людей и событий. Люди решают, привлекать ли их к хорошему или плохому, оправданному или незаконному, или ценному, или избегать его. Однако влияние ценностей на повседневное принятие решений неосознанно. Когда действия и выводы вступают в конфликт с чем-то другим, ценности создают сознание.
- 5) Значения ранжируются в соответствии с их относительной важностью. Народные ценности образуют последовательную систему, которая определяет их как личность. Эта иерархическая природа отличает ценности от норм и отношений.
- 6) Важность множества ценностей направляет действия.

Отношение и поведение часто имеют более одного значения. Конкуренция за соответствующие ценности определяет отношение и поведение (Schwartz, 1992, 1996).

Ценности - это убеждения, неразрывно связанные с влиянием. Когда ценности активируются, они наполняются чувствами. Люди, для которых независимость является важной ценностью, становятся возбужденными, если их независимость находится под угрозой, отчаиваются, когда они беспомощны, защищают ее, и счастливы, когда могут ею пользоваться.

- 1) Ценности относятся к желаемым целям, которые мотивируют действия. Люди, для которых социальный порядок, справедливость и полезность являются важными ценностями, мотивированы для достижения этих целей.
- 2) Ценности выходят за рамки конкретных действий и ситуаций. Например, ценности послушания и честности могут иметь значение на рабочем месте или в школе, в бизнесе или в политике, с друзьями или незнакомцами. Эта особенность отличает ценности от норм и отношений, которые обычно относятся к конкретным действиям, объектам или ситуациям.
- 3) Ценности служат стандартами или критериями. Значения определяют выбор или оценку действий, политик, людей и событий. Люди решают, что хорошо или плохо, оправдано или нелегитимно, стоит ли делать или чего избегать, исходя из возможных последствий для своих ценностей. Но влияние ценностей в повседневных решениях редко бывает осознанным. Значения входят в осознанность, когда рассматриваемые действия или суждения имеют конфликтующие последствия для различных ценностей, которыми дорожат.
- 4) Значения упорядочены по важности относительно друг друга. Народные ценности образуют упорядоченную систему приоритетов, которые характеризуют их как личностей. Они придают большее значение достижению или справедливости, новизне или традиции? Эта иерархическая особенность также отличает ценности от норм и отношений.
- 5) Относительная важность нескольких значений направляет действия. Любое отношение или поведение обычно имеет значение для более чем одного значения. Например, посещение церкви может выражать и продвигать традиции и ценности соответствия за счет ценностей стимулирования гедонизма. Компромисс между соответствующими, конкурирующими ценностными ориентирами и поведением (Schwartz, 1992, 1996). Ценности влияют на действие, когда они

релевантны в контексте (следовательно, могут быть активированы) и важны для субъекта.

Значения относятся к контенту (вероятно, будут активированы) и влияют на действия, когда они активно значимы. Все вышеперечисленные значения являются уникальными. У одного есть цель или мотив, который отличает его от другого. Шварц (1992) делит ценности на три категории, основанные на основных человеческих потребностях, таких как мотивационные цели. Это биологические потребности человека, необходимость регулировать себя с другими и потребности группы в выживании и процветании. Исходя из этого, Шварц разработал следующие десять основных ценностей: каждая основная ценность объясняется в соответствии с целью мотивации.

- 1) Доброжелательность: защита, помощь и верность тем, с кем у вас близкие отношения, особенно вашей семье (прощение, ответственность, настоящая дружба, настоящая любовь).
- 2) Универсализм: понимание природы и благополучия всех людей, уважение, оценка и прощение их (прекрасный мир, защита окружающей среды, социальная справедливость, равенство, мир и гармония). делай мудрость)
- 3) Самонаправленность: самостоятельное мышление, выбор, создание и исследование деятельности (самостоятельной, творческой, свободной, любознательной, независимой).
- 4) Безопасность: общество, отношения, уверенность в себе, безопасность, единство, стабильность (социальный порядок, семейная и национальная безопасность, чистота, уважение, здоровье, связь).
- 5) Соответствие: ограничение действий, которые могут оскорблять, причинять вред, ожидать или нарушать нормы (послушание, дисциплина, вежливость, уважение к родителям и старшим).
- 6) Гедонизм (гедонизм): самоудовлетворение или удовольствие (наслаждение жизнью, независимость)
- 7) Достижение: достижение личного успеха путем демонстрации способностей в соответствии с социальными стандартами. (амбициозный, успешный, способный, влиятельный)

- 8) Традиция: уважение, приверженность и принятие человеческой культуры, религии и идей. (уважение к традициям, смирение, верность, принятие моей доли в жизни)
- 9) Стимуляция: инновации в жизни, волнение во время испытаний (возбуждение в различных жизненных интересах).

Основные результаты эмпирического исследования

Давайте познакомимся с результатами опроса. В исследовании участвовали 132 студента из Школы биомедицины, Школы народной медицины, Школы фармации и Основного медицинского образования при Монгольского Национального Университета Медицинских наук, Школы экономики и бизнеса, Школы агроэкологии, Школы техники и технологий и Школы животноводства и биотехнологии Сельскохозяйственного университета. Что касается возраста, 42.4% респондентов были 18-19 лет, 32.5% были 20-21 лет и 25% были 22 года или старше. 17.4% исследователей были мужчины и 82.6% были женщины.

Мы определили структуру мотивации студентов на основе их жизненной и профессиональной ориентации. Каждый из показателей структуры мотивации исследователей были разделены на 3 уровня: 23.61-58.33% на высоком уровне, 34.72-68.06% на среднем уровне и 5.56-12.50% на низком уровне (Таблица 1).

Таблица 1. Уровень мотивационной структуры

уровень	Ориентация жизни				Ориентация на работу				сего в среднем
	жизнеобеспечение	обеспечение комфорта	стремление к общению	Средний	Общая активность	творческая активность	Социальный статус	Средний	
низкая	8.33	9.72	6.94	8.33	6.94	5.56	12.50	8.33	8,33
средняя	68.06	38.89	34.72	47.22	36.11	43.06	50.00	43.06	45,14
высокая	23.61	51.39	58.33	44.45	56.94	51.39	37.50	48.61	46,53
%	100	100	100		100	100	100		

Теперь давайте проанализируем цифры для каждой ориентации. 58.33% респондентов выбрали высокий уровень «стремление к общению» как

часть своей жизненной ориентации. «Стремление к общению» активируется в результате раскрытия личности и навыков общения, направленных на привлечение других. Участники подчеркивают взаимное уважение и равное сотрудничество, а не доминируют друг над другом. На высоком уровне (58.33%) респондентам была предоставлена «стремление к общению», и они могли взаимодействовать с другими в открытой, поддерживающей и уважительной манере.

Среди вариантов с высокой мотивацией следует «стремление к общению» и «обеспечение комфорта» с 51.39%. Обеспечение комфорта – это чувство внутреннего комфорта, физиологического и психического благополучия.

Состояние окружающей среды и чувство комфорта способствуют прежде всего поддержанию психического и физиологического здоровья человека и являются источником творческого возбуждения, радости и желания жить вместе. Душевное спокойствие указывает на оптимистический уровень умственной деятельности и рациональность психических процессов. Физиологический мир отражается на всей жизни человека, что сопровождается положительными психофизиологическими изменениями в организме человека. 51.39% исследователей с высоким уровнем «душевного спокойствия» в области жизненной ориентации предпочитают душевное и физиологическое спокойствие (комфорт). Взятые вместе, результаты показывают, что исследователи ценят отношения и мир в своей жизни и хотят быть в мире с другими, быть в мире с собой и быть физиологически здоровыми.

Давайте познакомимся с результатами исследований в области профориентации. Исследователи достигли высокого уровня общей и творческой активности – 56.94% и 51.39% соответственно. Общий активизм – это сочетание внутренних потребностей человека и его личных качеств, которые создают тенденцию выразить себя во внешнем мире, эффективно распознавать и осваивать явления реальности. Творчество – это способность ставить цели, самостоятельно исследовать и передавать определенные явления, действия, знания, навыки и практики из одного региона в другой.

По результатам тестов некоторых исследователей для определения структуры личной мотивации, исследователь с 41 кодом получил 18 баллов за жизнеобеспечение, 26 баллов за мир, 24 балла за общение, 21 балл за общую активность, 29 баллов за творческую активность и 27 баллов за социальное обеспечение является. Это означает, что все изучаемые мотивации находятся на высоком уровне. Однако, исследователь из 16 кодов набрал 6, 8, 5, 10, 11 и 7 баллов по этим мотивациям, которые были низкими баллами мотивации.

Таблица 2. Корреляция параметров мотивационной структуры

Показатели	Поддержание жизнеобеспечения	Комфорт	Стремление к общению	Общая активность	Творческая активность
Комфорт	0.585				
Стремление к общению	0.626	0.672			
Общая активность	0.541	0.394	0.601		
Творческая активность	0.541	0.653	0.571	0.612	
Социальный статус	0.610	0.542	0.740	0.728	0.660

Рассматривая взаимосвязь между структурными параметрами мотива, можно увидеть следующие особенности. В этом случае соотношение между общей активностью исследователя и спокойствием составляет 0,394, что является умеренно коррелированным, и две переменные появляются вместе в случайном порядке. Творчество и общая активность, с другой стороны, обеспечивают жизнеобеспечение на уровне 0,541; показатели социального обеспечения и мира 0,542; Соотношение между творческой деятельностью и общением 0,571; показатели мира и благополучия 0,585; общая активность и общение 0,601; социальное обеспечение и средства к существованию 0,610; творчество и общая активность 0,612; коммуникация и средства к существованию 0,626. Также мотивировано творчеством и миром 0,653; Корреляция между социальным благосостоянием и творчеством составила 0,660, а показатели корреляции и мира - 0,672. Эти корреляции заметны, и две переменные появляются вместе с определенной частотой. Эти две переменные часто встречаются вместе, с сильной корреляцией между общественной полезностью, общей активностью (0,728) и социальной полезностью и отношениями (0,740).

Важной формой мотивации студента является мотивация к успеху. Вот результаты исследования мотивации к успеху.

Таблица 3 Статистика мотивационных исследований для мотивация достижения

Статистика	<i>n</i>	<i>X</i>	M_c	M_o	max	min	<i>m</i>	σ
	132	20.39	21.00	21.00	26.00	11.00	.293	3.36

Согласно мотивационной статистике успеваемости учащихся, наиболее повторяющиеся значения в данных (M_o) составляют 21.0, значения в центре распределения (M_c) 21.0, а их средние значения (*X*) 20.39. Кроме того,

минимальное (**min**) значение мотивации успеха равно 11.0 максимальное (**max**) равно 26.0 средняя ошибка (**m**) составляет 0.29, а стандартное отклонение (**σ**) составляет 3.36.

Таблица 4 Количество исследователей (по количеству, полу)

Баллы	Уровень мотивации достижения	Общее количество исследователей		Из этого процента исследователей (по полу)	
		тоо	Процент числа	мужской	женский
1-10 баллов	Низкий уровень	0	0	0	0
11-16 баллов	Средний уровень	20	15.15	14.29	15.32
17-20 баллов	Высокий уровень	34	25.76	28.57	25.23
Более 21 очка	Чрезвычайно высокий	78	59.09	57.14	59.46
Все		132	100	100	100

В нашем опросе 59.09% или 78 исследователей были мотивированы на успех “Чрезвычайно высокий уровень”, 25.76% были мотивированы на успех “высокий уровень”, а 15.15% или 20 были мотивированы на успех “Средний уровень”. При сравнении уровня мотивации к успеху с долей каждого пола их показатели относительно схожи.

Таблица 5 Уровень мотивации достижения(по возрасту)

Уровень мотивации	18-19лет		20-21лет		старше 22 лет	
	число	%	число	%	число	%
Низкий уровень	0	0	0	0	0	0
Средний уровень	15	25.86	5	11.11	4	13.79
Высокий уровень	13	22.41	14	31.11	19	65.52
Слишком высокий	30	51.72	26	57.78	6	20.68
	58	100	45	100	29	100

В таблице 5 сравниваются уровни мотивации исследователей к успеху по возрасту. В общей сложности 74,13% исследователей в возрасте 18–19 лет (высокий уровень 22,41, сверхвысокий уровень 51,72), 88,89% студентов в возрасте 20–21 года (31,11 и 57,78) и 86,2% студентов в возрасте 22 лет и старше имеют высокую мотивацию для достижения успеха. Ответ выбран слишком высоко. Он отражает надежду человека на успех или ожидание успеха. Успешные люди выбирают ориентированные на успех, сложные

задачи. Таким образом, система мотивации ориентирована на приближение к желаемой ситуации.

Давайте познакомимся с результатами исследования “Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности” С.С. Бубнова.

Таблица 6. Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности

Ценность	Приятное времяпровождение, отдыха	Высокое материальное благосостояние	Поиск и наслаждение прекрасным	Помощь и милосердие к другим людям	Любовь
5-6 баллов	55.30	17.42	37.12	71.21	71.21
3-4 балла	39.39	43.18	46.97	25.76	28.03
1-2 балла	5.30	39.39	15.91	3.03	0.76
Процент	100	100	100	100	100

Согласно исследованию структур ценностных ориентаций (Таблица 6), наиболее часто выбираемыми исследователями ценностями было «Признание и уважение людей и влияние на окружающих», при этом 74.24% проголосовали за. Исследователи показали, что иметь много друзей, уважать их за то, кто они есть, и влиять на своих друзей и коллег, является важной личной ценностью. «Любовь» и «Помощь и милосердие к другим людям» также являются важными ценностями, причем 71,21% из них выбирают друг друга. Этот ответ соответствует категории ценностей Шварца, таких как «защищать, помогать и быть верным тем, с кем у вас есть близкие отношения, особенно вашей семье (прощение, ответственность, настоящая дружба, настоящая любовь)». Исследователи, выбравшие значение «любовь» на высоком уровне, сделали выбор, выражающий их любовь к маленьким детям, полагая, что чувство любви - это первая основа жизни и что брак заключается в любви. Исследователи, которые ценят ценность «Помощь и милосердие к другим людям» показывают, что они помогают своим семьям и родственникам, возвращаются к больным, помогают тем, кто устал, и понимают, что дети требуют помощи. Это,

- Всегда стремиться к истинному порядку.
- Вспоминая и возрождая учения наших предков.
- Возвращаясь к высшим заслугам кармы.

- Познакомьтесь с миром дарения.
- Укрепление подмышек.

Соответствует монгольскому учению о 5 ценностях.

Ценности, с одной стороны, связаны с удовлетворением жизненно важных биологических потребностей, а с другой стороны, основаны на социальных взаимодействиях и играют роль в регулировании поведения человека. Ценности разделяются другими и хранятся в течение нескольких поколений.

С точки зрения ценностной ориентации, которой респонденты уделяли меньше внимания, 17.42% выбрали «да» для «Высокое материальное благосостояние», 43.18% выбрали 3-4 из 6 возможных ответов, а 39.39% выбрали 1. -2 ответил. Наиболее важно, чтобы студенты получали жилье, автомобили и другие материальные товары; выбрал эту профессию, потому что можно заработать большую сумму материального дохода; стоит ли выбирать высокооплачиваемую работу; Самое важное в жизни - зарабатывать деньги. Это показывает, что материальные вещи не самая важная вещь в жизни.

Резюме:

Мы изучали, как мотивация студента и ценностная ориентация влияют на его достижения, и делаем следующие выводы.

- 1) Изучение структуры мотивации студента показало, что «коммуникационная мотивация» (58,33%) и «душевное спокойствие» (51,39%) были важны в жизненной ориентации.
- 2) Средний уровень мотивации к успеху исследователей составил 20,39 балла, что выше среднего уровня методологии исследования (11–16 баллов). Мотивация к успеху имеет тенденцию возрастать с возрастом.
- 3) Целью нашего исследования было изучение влияния человеческих ценностей на мотивацию к успеху. Исследования показали, что здоровье зависит от мотивации к успеху (0,267), влияния на окружающих и принятия и уважения к людям (0,256). Все остальные значения (0,010-0,197) были слабо связаны.

В будущем это исследование необходимо расширить и изучить более подробно в связи с учебной деятельностью исследователей.

Библиография

На монгольском:

1. Батсайхан Б, М.Дэлгэржав. (2013) Сэтгэл судлалын бага тайлбар толь. Улаанбаатар.
2. Ванчигсурэн Д, Б.Энхтүвшин. (1994) Боловсрол судлалын ухааны товч тайлбар толь. Улаанбаатар.
3. Жавзан Б, Б. Энхбаяр (2009) Боловсролын сэтгэл судлал. Улаанбаатар.
4. Нямжав Д, (2002) Орос хэлний сургалтын сэтгэл зүйн зарим асуудал. Докторын диссертацийн хураангуй. Улаанбаатар.
5. Санжжав, Д, С.Энхболд (2000) Сэтгэл судлалын ухааны тайлбар толь. Улаанбаатар.
6. Томас Гётц. (2018) Сэтгэлийн хөдөлгөөн, сэдэлжилт болон өөрийн удирдлага зохицуулалттай суралцах. орч. Б.Туяа. Улаанбаатар.

На монгольском:

7. *Леонтьев Д.А.* Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции//СОВРЕМЕННЫЙ СОЦИО-АНАЛИЗ Сборник работ авторов, получивших гранты Московского отделения Российского научного фонда и Фонда Форда. МОСКВА.1996 г <http://ecsocman.hse.ru>
8. Ломов Б.Ф. Вопросы общей, педагогической и инженерной психологии. М., 1991.
9. Методика Диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности С.С. Бубнова. <https://hr-portal.ru>
10. Мильман В.Э. Метод изучения мотивационной сферы личности / Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. – М., 1990.

11. Раитина М. С. Ценности и ценностные ориентации, их формирование и роль в развитии личности. // Научный электронный архив. URL: <http://econf.rae.ru>
12. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М., 2001. с-623. <http://yanko.lib.ru/>
13. Почебут Людмила Георгиевна, Ирина Альбертовна Мейжис Социальная психология. Глава 6 Ценности в жизни людей. <https://psy.wikireading.ru/>
14. Шиляева Л.Б.К. вопросу изучения ценностных ориентаций как составляющей жизненной перспективы личности. *International Journal of Experimental Education* № 6, 2014.
15. Ядов В.А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности : Диспозиционная концепция. 2-е расширенное изд. — М. : ЦСПиМ, 2013. — 376 с. https://www.isras.ru/files/File/publ/Yadov_2013. <http://www.bs.u.ru>

На английском:

16. Allan Wigfield. Expectancy–Value Theory of Achievement Motivation. *Contemporary Educational Psychology* 25, 68–81 (2000) doi:10.1006/ceps.1999.1015, available online at <http://www.idealibrary.com>
17. Atkinson, John W. 1964 *An Introduction to Motivation*. Princeton, N.J.: Van Nostrand. p. 240–268, “A Theory of Achievement Motivation.”
18. Makarova, Agrafena. (2018). ЦЕННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ. *Sovremennye issledovaniya sotsialnykh problem*. <http://ecsocman.hse.ru>
19. McClelland, D. C. (1961). *The achieving society*. Princeton, NJ: Van Nostrand. <https://ru.wikipedia.org/>
20. Richard Ryan and Edward L. Deci. (2017) *Self determination theory. (Basic Psychological Needs in motivation, Development and Wellness)*. New York. <https://books.google.mn>

21. Santrock, John W. (2004) Educational psychology: classroom update: preparing for praxis and practice. [2nd ed.update]
22. Schwartz, S. H. (2012). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. Online Readings in Psychology and Culture, 2(1). <https://doi.org/>
23. Hills, M. D. (2002). Kluckhohn and Strodtbeck's Values Orientation Theory. Online Readings in Psychology and Culture, 4(4). <https://doi.org/>
24. THE SCHWARTZ THEORY OF BASIC VALUES AND SOME IMPLICATIONS FOR POLITICAL PHILOSOPHY.

Электронная версия:

25. <http://scholarworks.gvsu.edu>
26. <http://www.gurustestov.ru>
27. <https://hr-portal.ru>
28. <http://www.econf.rae.ru>
29. <https://www.science-education.ru>
30. <https://www.expeducation.ru>
31. <http://www.stf.mn/>
32. <https://mongoltoli.mn/dictionary/>

Термины:

Мотивация к успеху -The Achievement Motive

Мотив - motive

Мотивация – motivation

Ценность ориентация - value orientation

Influence on student values, orientation and motivation for success

Summary

Motivation is the key to success. Success means setting goals and achieving them. The educational activity of students is motivated by the desire to acquire certain knowledge and skills.

As part of this study, we aimed to study how this affects the values and motivation of students to succeed, as well as find ways to develop them. Our study involved students from the Mongolian National University of Medical Sciences and the Agricultural University. The concept of Atkinson, H. Murray, A. Maslow, David McClelland, Schwartz, D. A. Leontiev was based on theory and the methodology was studied by V. E. Milmana, S. Bubnova and T. Ehlers.

Keywords: needs, motives, activity

Виктория Федорчук

Каменец-Подольский национальный университет имени Ивана Огиенка

Технологии здоровьесбережения в системе подготовки специалистов социэкономической сферы

На современном этапе развития общества жизнь и здоровье человека определяются как высшие ценности, поскольку именно они являются показателем цивилизованности общества, важным критерием эффективной деятельности всех его институтов. Актуальной проблемой образования XXI века становится формирование у учащихся разного возраста привычки вести здоровый образ жизни, формировать у них желание и умение беречь свое здоровье в течение жизни, ценить здоровье окружающих. Решение этой задачи, на наш взгляд, может быть обеспечено правильно организованным и целенаправленным образовательным процессом, который предусматривает использование технологий здоровьесбережения.

Именно поэтому важным является введение в систему подготовки специалистов социэкономической сферы (в частности педагогов и психологов), в образовательную деятельность соответствующих учреждений высшего образования, системы технологий здоровьесбережения. Ведь содействие, сохранения, укрепления и формирования здоровья через образование, могут быть реализованы только при наличии педагогов и психологов, подготовленных к использованию технологий здоровьесбережения в профессиональной деятельности.

Оптимизация профессиональной подготовки работников социэкономической сферы должна быть сфокусирована на будущем, связанным с современными изменениями, которые, в частности, ориентированы на сохранение главного – здоровья подрастающего поколения. Поэтому в приоритете сегодня социальный заказ на педагога, психолога, которые владеют здоровьесберегающими технологиями обучения и воспитания, способны организовывать инновационную деятельность

в условиях здоровьезберегающего образовательного процесса и развивать здоровьесберегающую компетентность учащихся.

Технологический процесс всегда предусматривает четкую последовательность операций с использованием необходимых средств (материалов, инструментов) при определенных условиях. А главным в любой технологии, по мнению И.Дычкивской [*Dyczkowska I.M.*] считается подробное определение конечного результата и точное его достижение [1]. Социальные технологии (к которым относятся в том числе и здоровьесберегающие технологии обучения и воспитания) более гибкие, чем промышленные. Однако неукоснительное соблюдение последовательности даже самых результативных процессов в социальной сфере еще не гарантирует достижения требуемой эффективности. Ведь человек – слишком сложная система, на нее влияет много внешних факторов разной силы и направленности, поэтому заранее предсказать эффект конкретного воздействия на нее невозможно. Специфика социальных технологий заключается в возможности приспособления их к любым условиям, поскольку они способны скорректировать недостатки процессов и методик образовательного процесса.

В отечественной и зарубежной литературе исследовались различные аспекты проблемы сбережения здоровья подрастающего поколения, а именно: теоретические и практические основы технологий здоровьесбережения (С. Алещенко, Н. Беседа, Ю. Бойчук, Л. Горячая, Л. Гривняк, К. Даэн, А. Дубогай, С. Иванкова, С. Лапаенко, Л. Логинова Л., Попова и др.); факторы формирования здоровьесберегающей образовательной среды в учреждениях среднего и высшего образования (А. Ващенко, С. Дудко, В. Звекон, А. Клестова, К. Оглоблин и др.). Вопрос внедрения технологий здоровьесбережения в профессиональной деятельности специалистов различных направлений интересовал многих ученых и педагогов-практиков: Т. Амельцева, Т. Басюк, А. Беспалько, Ю. Бойчука, Т. Журавель, Н. Зимивец, Т. Лях, В. Молочного, С. Омельченко, Г. Радчук, А. Сущенко, Л. Сущенко, А. Тиунова, С. Харченко и др.

Однако, проблема требует постоянного развития, особенно что касается внедрения теории в практическую деятельность. Анализ научных трудов по воспитанию здорового образа жизни свидетельствует об отсутствии однозначного подхода к проблеме. Различные направления воспитательной работы в школе по формированию здорового образа жизни разрабатывали Г. Власюк, А. Дубогай, В. Кузь, и др.; психологические особенности воспитания личности рассматривали И. Бех, Н. Максимова, И. Никитина, И. Романишин; вопросам формирования ценностных ориентаций молодежи

уделяли внимание С. Лапаенко, А. Турянская, К. Шамлян и др., результаты исследования которых нашли широкое распространение в педагогической практике и имеют теоретическое обоснование.

В конце XX века понятие «здоровьесберегающие технологии» распространилось в педагогических системах развитых стран мира.

Учитывая актуальность здоровьесберегающих технологий, стоит изучить, как современные ученые определяют данное понятие. Как утверждает Ефимова В.М. [*Jefimowa W.M.*], И.А.Ерохина определяет понятие «здоровьесберегающие технологии в образовании» как совокупность форм, средств и методов, направленных на достижение оптимальных результатов в поддержке физического, психического, нравственного и социального благополучия человека, в формировании здорового образа жизни; А.И. Ковалева – как средство организации последовательных действий в учебно-воспитательном процессе, реализации образовательных программ на основе всестороннего учета особенностей индивидуального здоровья учащихся, особенностей их возрастного, психофизического, духовно-нравственного состояния и развития [за 2].

В.Р. Кучма [*Kuczma W.R.*], М.И. Степанова [*Stepanowa M.I.*] определяют понятие «технологии здоровьесбережения» как педагогические технологии обучения, основанные на: возрастных особенностях познавательной деятельности детей; обучении на оптимальном уровне сложности; вариативности методов и форм обучения; оптимальном сочетании двигательных и статических нагрузок; обучении в малых группах; использовании наглядности и сочетания различных форм предоставления информации; создании эмоционально благоприятной атмосферы; формировании положительной мотивации к обучению («педагогика успеха»), на культивировании у школьников знаний по вопросам здоровья [3, с. 23].

Как отмечает И.Усатова [*Usatowa I.A.*], исследователь Л. Гаращенко обосновывает сущность понятия «технология здоровьесбережения» как последовательную целенаправленную систему взаимодействия субъектов педагогического процесса, которая содержит научно обоснованные формы, методы, способы формирования и сохранения здоровья, совокупность психолого-педагогических методов и приемов работы с детьми, подходов к реализации проблем, связанных с оздоровлением и направлена на создание условий для сохранения и укрепления здоровья, а также осознание педагогом ценности собственного здоровья и здоровья воспитанников». При этом сама И. Усатова [*Usatowa I.A.*] определяет понятие «здоровьесберегающих

технологий» как целенаправленную и валеологически аргументированную систему педагогических мероприятий, имеющих целью сохранение, укрепление и повышение уровня здоровья субъектов образовательно-воспитательного процесса, формирование культуры здорового и безопасного образа жизни учащихся, привитие интереса к активной двигательной (физкультурной) деятельности [4].

Таким образом, теоретико-методологический анализ современных подходов к определению понятия «здоровьесберегающие технологии» дает основания толковать его как оптимальное сочетание традиционных технологий обучения с совокупностью методов, средств и форм организации учебно-воспитательной работы, благодаря применению которых создаются благоприятные условия для формирования, сохранения и укрепления здоровья субъектов образовательного процесса.

Базовая классификация здоровьесберегающих технологий, разработанная М.Гончаренко [Honczarenska M.S.] [5, с. 33], включает:

- медико-гигиенические технологии (соблюдение санитарно-гигиенических норм, предоставление полноценной медицинской помощи субъектам учебно-воспитательного процесса и т.п.);
- физкультурно-оздоровительные технологии (закаливание, развитие физических качеств (силы, быстроты, гибкости, выносливости));
- экологические здоровьесберегающие технологии (повышение уровня духовно-нравственного здоровья учащихся, формирование у них экологического сознания и стремление к сохранению окружающей среды);
- технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности (соблюдение правил пожарной безопасности, охраны труда, гражданской обороны и т.п.);
- лечебно-оздоровительные технологии (реализация принципов лечебной педагогики и лечебной физкультуры);
- социально-адаптирующие и личностно-развивающие технологии (внедрение в учебно-воспитательный процесс программ социальной и семейной педагогики, социально-психологических тренингов для учителей, учеников и их родителей);
- здоровьесберегающие образовательные технологии (применение психолого-педагогических методов и приемов, направленных на здоровьесбережение и повышения эффективности учебно-воспитательного процесса).

А. Ващенко [*Waszczenko A.*] технологии сохранения здоровья дифференцирует по следующим типам:

- здоровьесбережения (технологии, которые создают безопасные условия для пребывания, обучения и труда, а также те, которые решают задачи рациональной организации воспитательного процесса (с учетом возрастных, половых, индивидуальных особенностей и гигиенических норм), соответствие учебной и физической нагрузок возможностям организма);
- оздоровительные (технологии, направленные на решение задач укрепления физического здоровья, повышение потенциала здоровья: физическая подготовка, физиотерапия, ароматерапия, закаливание, гимнастика, массаж, фитотерапия, музыкальная терапия);
- технологии обучения здоровью (гигиеническое обучение, формирование жизненных навыков (управление эмоциями, разрешение конфликтов и т.д.), профилактика травматизма и злоупотребления психоактивными веществами, половое воспитание);
- воспитание культуры здоровья (воспитание личностных качеств, способствующих сохранению и укреплению здоровья, формированию представлений о здоровье как ценности, усилению мотивации на ведение здорового образа жизни, повышению ответственности за личное здоровье, здоровье семьи) [6, с. 3].

Среди здоровьесберегающих технологий, которые используются в системе образования, Н.К. Смирнов [*Smirnow N.K.*] предлагает выделить несколько групп, в которых применяются различные подходы, формы и методы работы: медико-гигиенические, физкультурно-оздоровительные, экологические здоровьесберегающие технологии; технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности; здоровьесберегающие образовательные технологии.

Так,

- 1) медико-гигиенические технологии направлены на обеспечение медицинской помощи в рамках первичной и вторичной профилактики; контроль за надлежащими гигиеническими условиями; проведение прививок, оказание консультативной и неотложной помощи в медицинском кабинете; мониторинг динамики здоровья школьников; профилактические мероприятия накануне эпидемий (например,

гриппа) создание в школе стоматологического, физиотерапевтического и других медицинских кабинетов; контроль проведения занятий по лечебной физической культуре, организация фитобаров и тому подобное.

- 2) Физкультурно-оздоровительные технологии направлены на физическое развитие учащихся, реализуются на уроках физической культуры и в работе спортивных секций.
- 3) Экологические здоровьесберегающие технологии направлены на создание природосоответствующих, экологически оптимальных условий жизни и деятельности людей, гармоничных отношений с природой и др.
- 4) Технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности направленные на сохранение жизни и обеспечиваются благодаря изучению учащимися дисциплины „Основы безопасности жизнедеятельности”, будущими педагогами и психологами – курсов „Безопасность жизнедеятельности человека”, „Основы охраны труда” и т.п.
- 5) Здоровьесберегающие образовательные технологии подразделяют на три подгруппы: а) организационно-педагогические технологии, которые определяют структуру учебного процесса, способствуют предотвращению состояния переутомления, гиподинамии и других дезадаптационных состояний школьников;
- б) психолого-педагогические технологии связаны с непосредственной работой учителя на уроке, действием, которое он оказывает на учащихся; с психолого-педагогическим сопровождением всех элементов образовательного процесса; в) учебно-воспитательные технологии включают программы по формированию культуры здоровья учащихся, развитие мотивации к здоровому образу жизни, предупреждению вредных привычек, образование родителей и др. [7, с. 17].

Использование психолого-педагогических здоровьесберегающих технологий в системе подготовки специалистов социэкономической сферы – актуальная, на наш взгляд, проблема. Во-первых, для того, чтобы быть эффективным, современное образование должно быть нацелено в будущее, должно использовать передовые технологии и знания. Кроме этого, использование здоровьесберегающих технологий в работе с будущими педагогами и психологами поможет сформировать у них представление

о необходимости, важности и эффективности здоровьесберегающих технологий в профессиональной деятельности работников социэкономической сферы.

Для того, чтобы выяснить, насколько различные психолого-педагогические технологии способствуют установлению психологического комфорта в студенческой аудитории, нами было проведено анкетирование среди студентов 3 курса педагогического факультета Каменец-Подольского национального университета имени Ивана Огиенко.

Характерно, что при изучении психолого-педагогических дисциплин помимо традиционных методов использовались различные педагогические технологии: проектные, интерактивные, ТРИЗ, игровые и др. Результаты опроса показали, что наиболее привлекательными с точки зрения психологического, эмоционального комфорта для студентов оказались: интерактивные технологии, которые выбрали 27% респондентов, игровые - 26%; в меньшей степени технология проектирования - 15%, ТРИЗ - 12%. Хотели бы использовать в своей профессиональной деятельности интерактивное обучение - 32%; игровые технологии - 28%, технологии проектирования - 22% опрошенных. Результаты проведенного опроса и определили наш выбор.

Поэтому цель данной публикации – рассмотреть возможности использования интерактивных технологий здоровьесберегающих психолого-педагогических технологий в системе подготовки специалистов социэкономической сферы, в частности в процессе преподавания психолого-педагогических дисциплин.

Проблемой интерактивного обучения в современном образовании активно занимается группа ученых под руководством О.И.Пометун [Pometun O.I.], сотрудничая с большим количеством учителей, которые способствуют реализации и распространению интерактивного обучения в средних общеобразовательных учебных заведениях. Они определяют интерактивное («inter» - взаимный, «act» - действовать) обучение как специальную форму организации познавательной деятельности; диалоговое обучение, во время которого происходит взаимодействие учителя и ученика [8, с. 8-9].

Именно интерактивное обучение как диалоговое, взаимодействующее дает возможность участникам образовательного процесса обмениваться мыслями, идеями, предложениями, а преподаватель становится организатором совместной деятельности, делового сотрудничества, творческого поиска, создает атмосферу искренности, уважения. При этом

учебная деятельность становится интересной и полезной, растет мотивация студентов, снижается уровень их тревожности. Интерактивное обучение позволяет организовать образовательный процесс таким образом, что практически все оказываются вовлеченными в процесс познания, при этом каждый делает свой индивидуальный вклад в общее дело. Обмен знаниями, идеями, мыслями происходит в доброжелательной атмосфере, в условиях взаимной поддержки, взаимопонимания, взаимодействия. У участников интерактивного обучения развивается диалоговое общение, что исключает доминирование личности или определенной точки зрения. Благодаря этому у будущих педагогов и психологов развивается критическое мышление, коммуникабельность, самостоятельность, умение точно высказываться, аргументировать собственное мнение.

Интерактивные технологии можно отнести к здоровьесберегающим психолого-педагогическим технологиям, поскольку они позволяют создать комфортные условия обучения для всех участников образовательного процесса, в частности при организации групповой работы, не вызывают тревоги, негативных ощущений, характерной чертой также является то, что в интерактивном обучении каждый ответ является правильным, что тоже способствует созданию положительной психологической атмосферы в учебной аудитории.

Сегодня педагогической наукой разработано и апробировано большое количество интерактивных технологий. О.Пометун [Pometun O.I.] и Л.Пироженко [Pyrozenko L.W.] [8, с. 33] выделяют четыре группы интерактивных технологий:

- интерактивные технологии кооперативного обучения (работа в парах, два - четыре - все вместе, работа в малых группах);
- интерактивные технологии коллективно-группового обучения (микрофон, незаконченные предложения, мозговой штурм, обучая - учусь, ажурная пила);
- технологии ситуационного моделирования (симуляции, имитации, разыгрывание ситуации по ролям);
- технологии обработки дискуссионных вопросов (займи позицию, измени позицию, дебаты, дискуссия).

Практически каждую из этих и других интерактивных технологий можно использовать в подготовке будущих педагогов и психологов. Например, при изучении педагогики, общей психологии и основ научного исследования можно применять технологию кооперативного обучения – работа в парах,

что будет способствовать усвоению, закреплению, проверке знаний и т.п. Такая деятельность дает возможность высказаться всем студентам, улучшает коммуникативные навыки, критическое мышление, умение оценивать себя и других.

Работа в динамических парах используется нами при изучении принципов обучения (на занятиях по педагогике) или методов научного исследования (в курсах «Основы научных исследований», «Общая психология»). Каждый слушатель выступает «знатоком» одного из принципов (методов), разрабатывая 3-4 вопроса о нем. После этого, будущие специалисты социономической сферы объединяются в пары и задают друг другу подготовленные вопросы о «своем» принципе (методе), оценивая ответы друг друга. Далее происходит обмен партнерами по общению. В результате каждый должен опросить всех остальных членов группы и ответить на их вопросы. Благодаря такой работе можно за короткое время проверить и оценить знания большого количества студентов, а взаимодействие, взаимооценивание в студенческой аудитории создает благоприятную атмосферу психологической поддержки и комфорта.

Кроме этого, педагоги обязательно сталкиваются с проблемой контроля в учебном процессе. Для лучшего осознания возможностей, функций и места оценки в педагогическом процессе им предлагается работа по технологиям «займи позицию» и «измени позицию». Так, студентам предлагается для обсуждения тезис: «Оценка мешает учиться», который записывается на доске. В противоположных концах аудитории размещают надписи: «Да», «Нет» и «Не могу ответить на этот вопрос». А всем студентам раздают роли: учащихся, учителей, родителей учеников, работодателей. После этого просим каждого стать возле надписи, что соответствует мнению их «персонажа» по проблеме обсуждения, то есть нужно «проголосовать ногами» [8, с. 69]. Определившись, участники обосновывают свою позицию. После выслушивания различных точек зрения можно спросить, изменил ли кто-то свое мнение, предложить перейти к другой надписи, объяснив свое решение. «Вживаясь» в роли учеников, их родителей, педагогов и работодателей будущие учителя имеют возможность выразить свое отношение к оценке, ее значение в педагогическом процессе, сделав это в максимально доброжелательной атмосфере, которая создается посредством использования здоровьесберегающих интерактивных технологий обучения.

В работе с будущими педагогами и психологами хорошо зарекомендовала себя технология «ажурная пила» (или «мозаика»). Ее использование целесообразно в ситуациях, когда за короткий промежуток

времени необходимо усвоить большое количество информации. Для работы по данной технологии необходимо подготовить цветные карточки с цифрами, которые определяют принадлежность студентов к двум группам: «домашней» (по цифрам - 1, 2, 3 ...) и «экспертной» (по цветам). Вначале студенты изучают определенную часть информации (у каждой группы своя отдельная завершенная часть). После этого создаются «экспертные» группы (объединяются в них участники с карточками одинакового цвета) таким образом, чтобы в каждой группе был представитель «домашней» группы, который выступает здесь «экспертом» по определенной проработанной проблеме. Каждая «экспертная» группа должна выслушать всех представителей «домашних» групп, то есть, проанализировать весь материал в целом. После завершения работы можно предложить студентам вернуться «домой». Здесь каждый должен поделиться информацией, полученной в экспертной группе. Студенты пытаются донести информацию качественно и в полном объеме за определенное время. Задачей «домашних» групп в данном случае является окончательное обобщение и коррекция всей информации. Материал для обработки может быть разным: биографии выдающихся педагогов прошлого или особенности школ в разные исторические периоды (при изучении истории педагогики), основные черты отдельных психологических течений (в курсе «Введение в специальность «Психология»), особенности творчества в разные исторические периоды (при изучении психологии творчества) и т.п.

При изучении психолого-педагогических дисциплин эффективным также выглядит применения «мозгового штурма». Например, при изучении компонентов педагогического мастерства учителя в курсе «Основы педагогического мастерства» (во время рассмотрения важных качеств практического психолога в курсе «Введение в специальность «Психология»). Так, на первом этапе мы просим подумать, какого учителя (психолога) можно назвать искусным, какие черты присущи идеальному педагогу (психологу)? И предлагаем коллективно создать образ такого специалиста. На втором этапе каждый участник самостоятельно (письменно) определяет не менее пяти основных, по его мнению, качеств идеального учителя (психолога). После этого, на третьем этапе, просим создать группы по 3-5 человек. В каждой группе в процессе совместного обсуждения нужно определить 5 главных особенностей эффективного педагога (психолога). Следующий, четвертый этап, заключается в том, что представители от каждой группы записывают на доске результаты сотрудничества ее участников (то есть, 5 основных черт эффективного учителя или психолога), а также обосновывают выбор своей группы. Тогда же в процессе коллективного обсуждения определяются

4-5 основных (важнейших, тех, что наиболее часто встречающихся качеств идеального педагога / психолога). Последний, пятый этап «мозговой атаки», посвящается сравнению полученных результатов с компонентами педагогического мастерства, определенными в качестве основных в современной педагогической науке (с важными чертами психолога, определенными в учебнике).

Обычно, студенты с интересом относятся к участию в «мозговой атаке», активно вовлекаются в работу. При этом запоминание и осознание компонентов педагогического мастерства или важнейших качеств идеального психолога происходит эффективнее, но ненавязчиво, поскольку студенты выступают активными участниками познания и сами находят ответ на поставленный вопрос.

Технологии коллективно-группового интерактивного обучения предусматривают одновременную совместную (фронтальную) работу всех участников образовательного процесса. Разновидностью общего обсуждения является технология «Незаконченное предложение». Она дает возможность каждому по очереди высказаться или ответить на вопрос преподавателя или иного студента. Этот способ работы мы используем при настройке группы на работу или в конце занятия для анализа проведенной деятельности. При этом формулировать мысли следует быстро и лаконично (0,5-1 мин.). При этом ответы не комментируются и не оцениваются. Работа по этой методике дает возможность эффективно работать над формой выражения собственных соображений, сравнивать их с другими, отрабатывать умение говорить кратко, но по сути и убедительно. Вместе с тем, отсутствие внешних характеристик ответов преподавателем позволяет студентам высказываться максимально непринужденно, что позволяет создать

При изучении темы «Мастерство учителя в организации индивидуальной беседы» возможно привлечение студентов к разыгрыванию ситуаций по ролям. Участники объединяются в пары. Каждая пара получает описание определенной проблемной ситуации, на основе которой нужно смоделировать беседу учителя с учеником или кем-то из его родителей. После этого происходит коллективное обсуждение и анализ увиденного и услышанного, выдвигаются альтернативные варианты решения проблемы, указываются ошибки «учителя» и «ученика» в ролевой игре.

Подобное обсуждение или анализ других предложенных педагогических ситуаций может проводиться с помощью технологии «микрофон». Она дает возможность каждому по очереди высказаться или ответить на вопрос преподавателя или студента. Передавая друг другу

воображаемый «микрофон» (ручку, карандаш, линейку и т.д.), студенты по очереди высказываются по поводу предложенной ситуации или проблемы. При этом говорить имеет право лишь тот, у кого в руках «микрофон». Формулировать мысли следует быстро и лаконично (0,5-1 мин.). При этом ответы не комментируются и не оцениваются, только в конце обсуждения делается общий вывод.

Ролевая игра успешно используется также в процессе профессиональной подготовки практического психолога. С помощью такого метода удастся эффективно и максимально комфортно для студентов усваивать особенности типов темперамента или акцентуаций характера, когда предлагаем будущим психологам смоделировать диалог между личностями с различными типами темперамента или различными акцентуациями характера.

Работа по этой методике дает возможность эффективно работать над формой выражения собственных соображений, сравнивать их с другими, отбатывать умение говорить кратко, но по сути и убедительно.

Подобная деятельность происходит и в процессе дискуссии, которую рассматривают как публичное обсуждение определенного спорного вопроса. Участие в дискуссионных обсуждениях развивает критическое мышление, дает возможность определить свою позицию, углубляет знания по обсуждаемой проблеме.

К участию в дискуссионном обсуждении мы привлекаем студентов при рассмотрении вопросов «Классно-урочная система и ее альтернативы», «Педагогическое наследие А.С.Макаренка и современность» и т.д. в ходе изучения педагогических дисциплин.

Эффективным способом развития навыков участия в дискуссии, на наш взгляд, является метод ПРЕСС [8, с. 67]. Эта технология учит вырабатывать и формулировать аргументы, высказывать мнения по дискуссионному вопросу в выразительной и сжатой форме, убеждать других. Студенты получают карточки, в которых указано четыре этапа:

- 1) выскажите свое мнение, объясните, в чем заключается Ваша точка зрения (начиная со слов Я считаю, что ...);
- 2) объясните причину появления этой мысли, то есть на чем основываются доказательства (начинайте со слов Потому что ...);
- 3) приведите примеры, дополнительные аргументы в поддержку Вашей позиции, назовите факты, которые демонстрируют Ваши доказательства (например ...);

4) обобщите свое мнение, сделайте вывод (Таким образом ...).

Предложенная структура позволяет более четко и логично строить собственное высказывание, аргументировать свое мнение и влиять на собеседника в процессе дискуссии.

Особую популярность в последнее время приобрели деловые игры. Их используют для тренировки, развития творческого мышления, формирование практических умений и навыков. Деловая игра – это в определенном смысле репетиция производственной или общественной деятельности человека. Она дает возможность проиграть практически любую конкретную ситуацию в лицах, что позволяет лучше понять психологию людей, встать на их место, понять мотивы их поведения в реальных условиях. Так, участники учебного процесса, выполняя роль учителя, классного руководителя или директора школы, учатся учитывать интересы других: учителей, родителей, учащихся, коллег; строить с ними диалоги; принимать верные решения в конкретных ситуациях и тому подобное.

А.А.Балаев [Balaiew A.A.] [9, с. 49-51] выделяет пять модификаций деловой игры, которые можно использовать в интерактивном обучении: имитационные игры; операционные игры; игры-инсценировки; психодрамы и социодрамы. В своей работе мы используем некоторые из них.

В процессе имитационной игры могут имитироваться определенные события, конкретная деятельность людей (деловое совещание, проведения беседы, обсуждение плана и т.п.) и обстановка, условия, в которых происходит событие или осуществляется деятельность. Игроки имеют возможность проанализировать и творчески использовать собственный опыт для имитации событий и поступков.

Деловая имитационная игра «Педагогический консилиум» позволяет повторить и закрепить основную теоретическую информацию раздела «Мастерство педагогического общения», развивать умения применять знания на практике. Процедура игры содержит несколько этапов.

На первом этапе происходит подготовки аудитории, участников и экспертов. Определяется режим работы, формулируется главная цель занятия. Раздаются необходимые материалы. Студенты знакомятся с предложенной им педагогической ситуацией:

«Слава Бородюк, ученик X класса, на уроки приходил, когда хотел. Открывал дверь, как у себя дома, и, не спрашивая ни у кого разрешения, садился на свое место. Сидел, точнее, полулежал за последней партой. Некоторых учителей еще кое-как слушал, но на замечания большинства не обращал никакого внимания. Его хотели исключить из школы,

но в управлении образованием не дали разрешения. Сказали, что надо воспитывать. К сожалению, сдвиг в поведении Славы не происходило. Нина Васильевна, новый классный руководитель, не захотела мириться с его поведением. Когда Слава появился среди урока, она стала перед ним и решительно сказала:

– Во время урока заходить в класс я вам не позволю. Ждите, когда он закончится.

Бородюк ответил, что он не в гости пришел, а к себе в класс, потом он отстранил рукой Нину Васильевну так, что она чуть не упала, и спокойно пошел на свое место.

– Вы - хулиган! - не выдержала Нина Васильевна.

– А с «хулиганами» легче – мрачно сказал Бородюк. В школе ученики, а не хулиганы. Учительнице не мешало бы знать об этом.

Директор решил провести «педагогический консилиум». Пригласить на него Бородюка, актив класса».

Далее происходит распределение таких ролей:

- ученик Слава Бородюк;
- учительница Нина Васильевна;
- ведущий педагогического консилиума, то есть директор школы; его задача управлять педагогическим консилиумом, предоставлять слово его участникам, задавать им вопросы, резюмировать выступления и т.п. ;
- одноклассники С.Бородюка (3-4 человека)
- учителя школы – специалисты по таким основным вопросам педагогического общения: «Культура общения учителя с учениками», «Стили педагогического руководства», «Педагогический влияние как основа педагогического взаимодействия», «Мастерство постановки педагогических требований», «Обеспечение обратной связи в общении», «Педагогический такт и тактика учителя», «Мастерство учителя в решении педагогических конфликтов».

Задача каждого из «учителей-специалистов» заключается в том, чтобы проанализировать педагогическую ситуацию, опираясь на изученный теоретический материал и собственный опыт. (Например, знаток педагогического такта и тактики обращает внимание на то, был ли учитель тактичным с учеником, была ли эффективной и целесообразной его педагогическая тактика и т.д.).

Кроме этого, назначаются эксперты, которые оценивают работу каждого участника игры по 5-балльной системе, аргументируя свои оценки.

На втором этапе происходит изучение ситуации, инструкций участниками. Допускаются предварительные контакты между участниками игры.

Следующий этап – собственно процесс игры. С момента начала игры никто не имеет права вмешиваться и изменять ее ход, только преподаватель при необходимости может корректировать действия участников, если они отходят от главной цели.

Четвертый этап – это анализ, обсуждение и оценка результатов игры. Слово предоставляется экспертам, происходит обмен мнениями, защита слушателями своих решений и выводов. В завершение преподаватель констатирует достигнутые результаты, отмечает ошибки, формулирует окончательный вывод занятия.

Имитационная игра используется нами также при изучении основ педагогического мастерства и основ психологического консультирования. Участники объединяются в пары. Каждая пара получает описание определенной проблемной ситуации, на основе которой нужно смоделировать беседу учителя с учеником, кем-то из его родителей (психолога с ребенком или его родителями). После этого происходит коллективное обсуждение и анализ увиденного и услышанного, выдвигаются другие варианты решения проблемы, указываются ошибки «учителя» и «ученика» («психолога» и «ребенка») в имитационной игре.

Другой вид деловых игр – операционные игры (тренинги) – помогают отрабатывать выполнение конкретных специфических операций в профессиональной деятельности. Термин «тренинг» обычно рассматривается как метод активного обучения, направленный на развитие знаний, умений и навыков, а также социальных установок, как форма интерактивного обучения, целью которого является развитие компетентности межличностного и профессионального поведения в общении [10]. В нашей ситуации операционные игры применяются с целью отработки методики использования мимики и пантомимики в профессиональной деятельности будущих педагогов и психологов. В частности, с целью формирования навыков мимической выразительности мы предлагаем студентам карточки с индивидуальными заданиями: в описанной ситуации с помощью только мимики отобразить заданное эмоциональное состояние.

Примеры задач:

«Контрольная работа. Вы за столом. Видите, как ученик пытается воспользоваться шпаргалкой. Ваши взгляды встречаются. Вы смотрите с укором».

«Ученик у доски. Выполнил задание. Ваша реакция: удивление (Ты уверен, что выполнил правильно?)»

Точность мимических реакций, изображенных студентами в процессе операционной игры, определяется тем, насколько адекватно аудитория смогла интерпретировать увиденное. Таким образом, участники учатся не только выражать себя, свое состояние, но и «считывать» эмоции, состояние собеседника, что поможет будущим педагогам и психологам самовыражаться и устанавливать обратную связь в процессе коммуникативной деятельности. Операционные игры помогают также в отработке навыков рефлексивного и нерефлексивного слушания. Так, на занятии мы предлагаем в парах смоделировать диалоги, где каждый по очереди демонстрирует умение нерефлексивно реагировать на высказывания собеседника (поддерживать разговор покачиванием головы, словами „Да-да” и т.п.), учится обращаться за уточнением, перефразировать слова собеседника, резюмировать услышанное.

Большой интерес проявляют студенты, участвуя в играх-инсценировках. Игры такого типа – это своеобразный „деловой театр”, когда разыгрывается какая-нибудь ситуация, поведение в ней людей. Здесь педагог или психолог должен мобилизовать весь свой опыт, знания, навыки, суметь «вжиться» в образ определенного лица, понять особенности его деятельности и т.п.

При подготовке специалистов социономических профессий мы предлагаем студентам «вживаться» в образы известных педагогов или психологов прошлого. Это помогает им лучше понимать педагогические концепции, психологические теории, основные идеи выдающихся деятелей: Я.А.Коменского, И.-Г.Песталоцци, К.Д.Ушинского, А.С.Макаренко, В.А.Сухомлинского, С. Фрейда, К. Юнга, А. Маслоу, К. Роджерса и др. Работу на таких занятиях мы организовываем в виде встречи, например, Коменского, с современными учителями. На первом этапе «Коменский» освещает суть «своих» дидактических принципов, обосновывает эффективность классно-урочной системы и т.п. На втором этапе участники, выполняющие роль современных учителей, задают «выдающемуся педагогу» вопросы, указывают на недостатки (например, классно-урочной системы) и т.п.

На такие «встречи» можно приглашать также одновременно двух „психологов” или «педагогов» для обсуждения определенных актуальных

проблем. Например, «Проблема личности и коллектива в творческом наследии А.С.Макаренка и В.А.Сухомлинского» или «Актуальность педагогических взглядов А.С.Макаренка и В.А.Сухомлинского в современной школе».

В процессе такого обучения студенты имеют возможность обмениваться мнениями, идеями, предложениями, а преподаватель становится организатором совместной деятельности, делового сотрудничества, творческого поиска. При этом учебная деятельность становится интересной и полезной, растет мотивация обучения. Во время интерактивного обучения образовательный процесс организуется таким образом, что практически все студенты оказываются вовлеченными в процесс познания, имеют возможность рефлексировать по поводу того, что они знают и думают. В ходе совместного познания происходит обмен знаниями, идеями, способами деятельности, развивается диалоговое общение.

Таким образом, интерактивные технологии обучения способствуют сохранению здоровья (прежде всего, психологического) участников образовательного процесса, ведь использование интерактивного обучения исключает доминирование одного участника над другим, создает атмосферу искренности, уважения, благодаря чему снижается уровень тревожности будущих специалистов социономической сферы.

Конечно, здесь приведены лишь отдельные возможности использования интерактивных технологий как технологий здоровьесбережения в профессиональной подготовке будущих педагогов и психологов. Но очевидно, что их применение способствует формированию здоровой, эмоционально комфортной психологической атмосферы в студенческой аудитории, помогает обеспечению положительного настроения на учебную деятельность участников образовательного процесса.

Дальнейшие исследования, по нашему мнению, должны быть направлены на теоретическое изучение, практическую разработку и внедрение других образовательных технологий, которые имеют потенциал здоровьесбережения и будут создавать психологически комфортные условия для практической подготовки специалистов социономической сферы.

Бібліографія

1. ДИЧКІВСЬКА І.М. [*Dyczkowska I.M.*] Інноваційні педагогічні технології, Київ, Академвидав, 2004..
2. ЄФІМОВА В.М. [*Jefimowa W.M.*] Здоров'язбережувальні технології в системі підготовки майбутніх учителів природничих дисциплін, «Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Педагогічні науки», Випуск 1.33.
3. КУЧМА В.Р. [*Kuczma W.R.*], СТЕПАНОВА М.І. [*Stepanowa M.I.*] Концепція «Общие подходы к формированию гигиенических требований к условиям реализации основных общеобразовательных программ», Проект «Разработка компонентов стандарта общего образования второго поколения»: Разработка гигиенических требований к условиям реализации основных общеобразовательных программ, Москва, 2006.
4. УСАТОВА І. А. [*Usatowa I.A.*] Формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до реалізації здоров'язбережувальних технологій у спеціальних медичних групах, Черкаси, Видавець Чабаненко Ю. А., 2014.
5. ГОНЧАРЕНКО М. С. [*Honczarenko M.S.*], ЛУПАРЕНКО С.Є. [*Luparenko S.J.*] Поняття «валеопедагогіка» та «педагогічна валеологія» у психолого-педагогічній літературі, «Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології» [науковий журнал], Суми, СумДПУ, 2010, № 1 (3).
6. ВАЩЕНКО А. [*Waszczenko A.*], СВИРИДЕНКО С. [*Swyrydenko S.*] Готовність учителя до використання здоров'язбережувальних технологій у навчально-виховному процесі, «Здоров'я і фізична культура», 2006, № 8.
7. СМІРНОВ Н.К. [*Smirnow N.K.*] Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе, Москва, АРКТИ, 2006.
8. ПОМЕТУН О.І. [*Pometun O.I.*], ПИРОЖЕНКО Л.В. [*Pyrozenko L.W.*] Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання, Київ, Видавництво А.С.К., 2004, с. 8-9.

9. БАЛАЕВ А.А. [*Balaiew A.A.*] Активные методы обучения, Москва, Профиздат, 1986.
10. Тренинг [онлайн], // <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%B3> [доступ: 28.06.2016.

Health Keeping Technologies in the System of Training of Specialists of Socionomy Sphere

Summary

This article reflects different approaches to the understanding of the notion “health keeping technologies”. Some groups of health keeping technologies are defined here. We also described some educational health keeping technologies especially psychological and pedagogical ones, which are connected with the work at the lessons. Among all psychological and pedagogical health keeping technologies the author considers interactive technologies to be the most effective. We described the advantages of interactive technologies as the means of providing organizing of educational process in the most comfortable way for its participants and their psychological condition. There are the examples of possible usage of interactive technologies of different types at the lessons of Psychology and Pedagogics.

Keywords: health keeping technologies, psychological and pedagogical technologies, interactive technologies, training.

Наталья Бушная

Maxim Tank Belarusian State Pedagogical University

Концепция формирования социальной компетентности старшеклассников

Динамика социокультурных процессов и кардинальные изменения мирового информационного пространства выявили глобальные проблемы XXI века, которые бросают вызов человечеству. Доступность любой информации, расширение среды жизнедеятельности, повышение степени свободы, усложнение социальных связей, отношений, проблем – это те вызовы, на которые должно ответить общее среднее образования. Готовность и способность выпускников школы к самоопределению и самореализации в новых условиях социальности XXI века во многом обусловлены наличием у них социальной компетентности. Это объясняет высокие требования общества и государства к формированию социальной компетентности старшеклассников.

В возрасте завершения общего среднего образования перед учащимися встают проблемы самоидентификации, формирования адекватной ориентированности относительно различных социальных явлений и ситуаций, определения своего места в системе социальных отношений, профессионального и жизненного самоопределения. Способность старшеклассников справляться с многообразными социальными проблемами и через их разрешение реализовывать себя в социуме мы связываем с наличием у них сформированной социальной компетентности.

Концепция формирования социальной компетентности старшеклассников разрабатывалась в опоре на социально-антропологический подход, который определяет возрастные и индивидуальные особенности социализации старшеклассников (Кадол Ф.В., Кон И.С., Слободчиков В.И. и др.); компетентностный подход, который выступает стратегическим вектором оценки качества образования с позиции его социальной

значимости и нацеливает на постановку и решение старшеклассниками определенных социальных задач (Загвязинский В.И., Зимняя И.А., Леонтьев А.Н., Рубинштейн С.Л., Хуторской А. В. и др.); средовой подход, который рассматривает среду в качестве потенциального средства педагогического управления личностным становлением человека, способного реализовывать себя в постоянно меняющемся мире (Выготский Л.С., Гибсон Дж., Мануйлов Ю.С., Ясвин В.А. и др.).

В основе идей концепции формирования социальной компетентности старшеклассников лежат следующие теоретические положения и опытные факты: социализация личности с позиций развития личностного «Я» в соотношении личности и общества, собственной активности личности и изменчивости поведения в зависимости от ситуации (Громыко Ю.В., Гуров В.Н., Мудрик А.В.); развитие личности старшеклассников в соответствии с основной социальной задачей в данном возрасте – определением своего места в жизни, обществе (Кадол Ф.В., Кон И.С., Торхова А.В. и др.); развитие «самости», формирование пространства накопления и интериоризации социального и культурного опыта учащегося (Газман О.С., Караковский В.А., Новикова Л.И., Селиванова Н.Л.); становление и развитие ученического коллектива как воспитательного фактора, в котором формируются важные качества и характеристики личности учащегося, позволяющие ему эффективно действовать в социуме, такие как ответственность, готовность подчинить собственные интересы общественным (Блонский П.П., Божович Л.И., Куракин А.Т., Макаренко А.С., Сухомлинский В.А.); диалог как основа педагогического взаимодействия и общения учащихся в социуме (Ананьев Б.Г., Бахтин М.М., Библер В.С., Гавриловец К.В., Кабуш В.Т., Казимирская И.И., Леонтьев А.Н., Мамардишвили М.К., Торхова А.В., Чечет В.В.); деятельностное усвоение социального опыта (Выготский Л.С., Гальперин П.Я., Леонтьев А.Н., Рубинштейн С.Л.).

Результаты теоретического и эмпирического исследования феномена социальной компетентности старшеклассников дают основание трактовать его как потребность, готовность и способность учащихся старших классов решать социальные проблемы в единстве социальной и личностной значимости на основе сформированных знаний и умений, опыта самостоятельной социальной практики. Потребность определяет мотивационно-ценностный аспект социальной компетентности старшеклассников, готовность – ее когнитивный ресурс, а способность – аспект, который проявляется непосредственно в деятельности.

Мотивационно-ценностный компонент социальной компетентности старшеклассников находит выражение в мотивах саморазвития социальной компетентности, включения в различные виды деятельности по достижению социально значимых целей, осуществлению социального взаимодействия, соотношению своих личностных ценностей с ценностями социума. Возраст старшеклассников характеризуется тем, что в этот период у них активно формируется индивидуальная аксиосфера на основе выстраивания иерархии ценностей, наполнения социальных ценностей личностными смыслами. Трансформация ценностей из общественного сознания в индивидуальное, становление их в качестве регуляторов собственной жизни происходит в процессе приобретения старшеклассниками социального опыта. Данный процесс сопровождается осознанием и переживанием социальной значимости своей личности, проявлением интереса к социальным проблемам, устройству общества и механизмам его развития, проектированию своей жизни. Потребность строить социальные отношения, решать социальные проблемы с пользой для себя и социального окружения, проектировать свое будущее свидетельствует об устойчивой положительной динамике мотивационно-ценностного компонента социальной компетентности старшеклассника.

Когнитивный компонент социальной компетентности создает ту платформу, которая позволяет старшеклассникам ориентироваться в социальной действительности, осознавать себя активными субъектами саморазвития в данной сфере, обеспечивает готовность решать социальные проблемы, строить социальные отношения. Когнитивный компонент формируется посредством приобретения и наращивания старшеклассниками знаний о самопознании и саморазвитии, обустройстве социальных институтов и социальной действительности в целом, о социальном взаимодействии (в группе, классе, коллективе, социуме), достижении социально и лично значимого результата деятельности, проектировании своего будущего и др. Положительная динамика сформированности этого компонента социальной компетентности предполагает движение от владения старшеклассниками готовыми алгоритмами и сценариями социальных знаний к творческому их применению в ситуациях неопределенности и неоднозначности [2].

В качестве определяющей характеристики операционального компонента социальной компетентности старшеклассников мы рассматриваем социальную активность. Активность как высшая форма деятельности человека в контексте способности изменять окружающую действительность опирается на конкретную ситуацию, предполагает преодоление

определенных трудностей и требует от человека способности согласовывать свои потребности с достижением социально значимой цели. Социальная активность старшеклассника – конкретная мера его социальной деятельности, степень реализации им коммуникативных и организаторских способностей, непосредственная включенность в различные виды деятельности на основе гармонизации сформированных мотивов, ценностных ориентаций и осознаваемой социальной действительности. В оценке сформированности данного компонента следует ориентироваться на динамику систематичности и автономности старшеклассников в реализации своей социальной активности.

Формирование потребности, готовности и способности молодого человека справляться с социальными проблемами и разрешать социальные ситуации происходит посредством постановки и решения определенных задач. Поэтому важно определиться в типологии и содержании социальных задач, в которых социальная компетентность старшеклассников находит свое реальное воплощение. Сделать это представляется возможным в ориентации на основные функции социальной компетентности в старшем школьном возрасте.

Согласно социально-антропологическим особенностям старшеклассников и в соответствии с запросом общества на личность выпускника школы, готового и способного реализовывать себя за пределами учебных занятий и образовательных программ в современном социальном окружении, в качестве основных функций социальной компетентности применительно к возрасту учащихся старших классов мы рассматриваем адаптацию, личностный рост, достижение баланса личностных и социально значимых целей, самоактуализацию и самореализацию, жизненное самоопределение. Данные функции социальной компетентности определяют содержание социальных задач, посредством которых у старшеклассников формируется социальная компетентность. Это задачи, которые призваны обогатить опыт старшеклассника технологиями личностного развития, технологиями работы в группе, коллективе, социуме, а также технологиями, позволяющими проектировать свою жизнь.

На основании сказанного мы выделяем три группы социальных задач – индивидуально-личностного, общественного и жизненно-футурологического содержания, – которые определяют содержательное наполнение образовательного пространства школы. Эти социальные задачи обеспечивают условия и предоставляют возможности для включения старшеклассников в различного рода социальные отношения, которые отражают всю палитру взаимодействий, социальных ситуаций и проблем, складывающихся в социуме.

Образовательное пространство школы рассматривается нами как динамическая сеть различных взаимодействий учащихся и взрослых внутри школы и вне ее, обеспечивающих образование, развитие и социализацию личности обучающегося через решение образовательных и социальных задач, отражающих процессы, происходящие в социальном и пространственно-временном окружении. К основным элементам образовательного пространства школы относятся субъекты, события, ситуации и социально-образовательные практики.

Субъектов образовательного пространства будем классифицировать как индивидуальные (учащийся, взрослый) и коллективные или групповые (группы – детские, детско-взрослые, социальные общности).

Событие, в котором происходит совместное бытие, со-бытие взрослого и учащегося, направлено на выявление социальных проблем и совместный поиск средств их решения.

Ситуация как элемент образовательного пространства рассматривается нами в качестве совокупности условий и обстоятельств, описывающих действительность, которую проектирует взрослый субъект во взаимодействии со старшекласниками. Социально-образовательные ситуации являются средством формирования социального опыта старшекласников, наращивания их субъектности в решении социальных задач.

Социально-образовательная практика выступает в качестве ситуативной самостоятельной деятельности, направленной на приращение знаний, ценностных установок, обогащение опыта взаимодействия, построения отношений в группе, коллективе, социуме. Ее можно рассматривать в качестве формы образовательной деятельности, с одной стороны, а с другой, – формы социальной активности старшекласников, направленной на решение как образовательных, так и социальных задач.

Системообразующим элементом образовательного пространства школы является образовательный процесс. Структуру образовательного пространства образуют отношения, которые связывают все его элементы и обеспечивают коммуникации, благодаря чему создается пространство, в котором самоопределяется, саморазвивается и самореализуется личность старшекласника, формируется его социальная компетентность. Отношения, определяющие структуру образовательного пространства, представлены отношениями между субъектами, видами деятельности, предметными формами.

Среди условий, определяющих эффективность отношений между субъектами в формировании социальной компетентности старшекласников,

мы выделяем диалог, единое информационное поле, осознание каждым субъектом своей социальной значимости в образовательном пространстве школы, направленность на постановку социальных задач и включение в деятельность по поддержке старшеклассников по их решению. Все виды деятельности (познавательная, творческая, игровая, трудовая, исследовательская, проектная и др.), в которые включаются старшеклассники, приобретают характер коллективно организованного социального творчества, направленного на решение ими социальных задач.

Возможность – это мостик между субъектом и средой [5]. Значительные возможности в формировании социальной компетентности несет в себе предметно-пространственная среда школы, в которой учащийся пребывает ежедневно. Среди условий, обеспечивающих реализацию потенциала отношений между элементами предметно-пространственной среды в формировании социальной компетентности старшеклассников, выделим следующие: отражение социальных процессов, происходящих в обществе; информационное сопровождение социальной проблематики; демонстрация социально значимых достижений учащихся; участие старшеклассников в их содержательном наполнении; информационное разнообразие и насыщенность.

Важнейшими сущностными характеристиками образовательного пространства школы являются целостность, многовекторность, динамичность, мобильность, активность, открытость, многоуровневость, событийность и социальная направленность. Сущностные характеристики образовательного пространства определяют его потенциал в формировании социальной компетентности старшеклассников. Он проявляется в возможностях вовлечения старшеклассников в активную деятельность по постановке и решению социальных задач, посредством которых происходит: формирование ценностного отношения к социальной действительности и мотивации достижения социально значимого результата деятельности; стимулирование социальной ответственности за происходящее, в том числе за смысл собственной жизни; развитие механизмов рефлексии, направленной на поиск старшеклассниками индивидуальных путей формирования своей социальной компетентности;

- наращивание знаний о социальной действительности и о себе как о субъектах формирования социальной компетентности;
- построение отношений с людьми разного возраста, социального положения, наращивание социального опыта в совместной деятельности с учащимися и взрослыми, в которой старшеклассники

реально могут проявить себя как субъекты деятельности, способные самостоятельно определять и решать социальные задачи.

Формирование социальной компетентности старшеклассников в образовательном пространстве школы происходит в опоре на концептуальные регулятивы, которые ориентируют в определении целей образовательного процесса и механизмов их достижения. Последние раскрываются через ценности, закономерности, принципы и нормы, в соответствии с которыми выстраивается процесс формирования социальной компетентности старшеклассников в образовательном пространстве школы.

Аксиологическую основу концепции определяют ценности, задающие цель-результат исследуемого процесса, и ценности, ориентирующие в выборе механизмов достижения цели [4]. Первая группа ценностей является смыслообразующей и отражает желание старшеклассников приобрести качества социально компетентной личности для успешной самореализации в обществе. Эти ценности служат основанием для формирования социальной компетентности старшеклассников в единстве ее мотивационно-ценностного, когнитивного и операционального компонентов. Вторая группа ценностей выступает ориентиром в определении механизмов формирования социальной компетентности старшеклассников в образовательном пространстве школы. Механизмы призваны обеспечить стимулирование мотивации достижения старшеклассников, включение их в развивающее взаимодействие с различными субъектами образовательного пространства с опорой на творчество и инновации, возрастающую рефлексивность старшеклассниками социальной значимости своей личности, наращивание у них социального опыта.

Формирование социальной компетентности старшеклассников в образовательном пространстве школы будет успешным, если образовательный процесс строится в опоре следующие закономерности:

- уровень сформированности социальной компетентности находится в прямой зависимости от включенности старшеклассников в практическую деятельность по решению социальных задач, в которых сущность социальной компетентности находит свое реальное воплощение;
- социальные задачи, посредством которых формируется социальная компетентность старшеклассников, находятся в поле социальной значимости, личностного смысла и жизненной перспективы в единстве их индивидуально-личностного, общественного и жизненно-футурологического содержания;

- сформированность социальной компетентности обусловлена устойчивостью мотивационно-ценностной сферы личности старшеклассника, которая развивается в ее направленности от фрагментарного к устойчивому интересу к решению социальных задач;
- становление социальной компетентности обеспечивается наращиванием социальных знаний от уровня владения готовыми сценариями и алгоритмами деятельности до творческого уровня, позволяющего применять эти знания в незнакомой ситуации и создавать самостоятельно новые социальные знания;
- успешность формирования социальной компетентности старшеклассников зависит от наращивания автономности деятельности старшеклассников в постановке и решении социальных задач.

В соответствии с выявленными закономерностями процесс формирования социальной компетентности старшеклассников должен опираться на обусловленные ими принципы. Принцип *социальной детерминации* предполагает социально обусловленный характер образовательного процесса. Это достигается за счет конструирования этого процесса в ориентации на решение социальных задач индивидуально-личностного, общественного, жизненно-футурологического содержания. Принцип *инициативности* в формировании социальной компетентности старшеклассников ориентирует на организацию образовательного пространства школы, в котором созданы возможности для вовлечения учащихся в самостоятельное решение социальных задач. Инициативность выступает в качестве сложной личностной характеристики, которая в контексте формирования социальной компетентности выражается в стремлении старшеклассников к самостоятельным общественным и социальным начинаниям и связана с умением оценить ситуацию, поставить цель, организовать самостоятельные действия и проявить волевые качества в решении социальных задач. Содержательно образовательное пространство должно включать в себя определенные зоны или смысловые сферы, которые предоставляют старшеклассникам возможность самостоятельно ставить задачи, реализовывать новое знание, принимать альтернативные решения. Принцип *диалога* основан на понимании Другого и открытости в общении, позволяет выявлять, соотносить и связывать ценности различных субъектов образовательного пространства школы. Диалог выступает одним из важнейших средств формирования у старшеклассников

способности конструктивного разрешения ситуаций неоднозначности и неопределенности, выявления социальных проблем, определения путей их решения.

Формирование социальной компетентности находится в прямой зависимости от реализации старшекласниками субъектной позиции в образовательном пространстве школы. В данном контексте принцип субъектности требует опоры на личный опыт старшекласников, что формирует способность самостоятельно проектировать и реализовывать готовые и создавать новые алгоритмы действий, приводящие к решению социальных задач. Субъектность обуславливает рефлексивность собственных действий, недетерминированность поведения внешними воздействиями, формирует способность осуществлять ответственный выбор [3]. В заданном контексте освоение старшекласником образовательного пространства движется от самоопределения через саморазвитие к самореализации и сопровождается наращиванием его субъектности.

Принцип проблемности реализуется в процессе освоения материала на учебных занятиях и разворачивается во всех видах деятельности по решению социальных задач, в которые включается старшекласник в образовательном пространстве школы. Проблемность основана не на простом усвоении знаний, а на понимании, осознании и поиске нового знания. Данный принцип содержательно определяет модель формирования социальной компетентности через постановку социальных задач, содержащих вариативные, неоднозначные, противоречивые ситуации, решение которых требует их смысловой интерпретации и поиска различных способов. Принцип проблемности ориентирует на проектирование таких зон образовательного пространства, в которых старшекласник встретит определенные познавательные затруднения и построит свои планы по их преодолению. Он позволяет разрешать противоречие между имеющимся уровнем социальной компетентности и тем уровнем, который планируется достичь.

Принцип *когерентности* требует достижения согласованности в формировании социальной компетентности во времени и пространстве. Горизонтальная когерентность означает, что все виды активности старшекласников должны соотноситься с контекстом социальной компетентности. Вертикальная когерентность означает, что социальная компетентность формируется и развивается в течение всего периода обучения учащихся. Она предполагает наращивание субъектности старшекласников в освоении образовательного пространства посредством решения

социальных задач, двигаясь от этапа к этапу, формируя устойчивость мотивационно-ценностной сферы, двигаясь от знаний готовых алгоритмов к творческому их применению, развивая автономность деятельности [1].

Выделенные принципы позволяют определить педагогические нормы формирования социальной компетентности старшекласников:

- формирование социальной компетентности старшекласников выступает в качестве органичного элемента целостного образовательного процесса школы;
- образовательный процесс строится в опоре на преобразование знаний, умений, навыков в убеждения, смыслы и ценностные ориентации, позволяющие старшекласникам справляться с различными социальными проблемами;
- формирование социальной компетентности старшекласников происходит посредством решения социальных задач, которые находятся в поле социальной значимости, личностного смысла и жизненной перспективы;
- постановка и решение социальных задач обеспечиваются смысловой вариативностью, событийностью взаимодействия старшекласников с другими субъектами образовательного пространства школы, наличием в нем различных зон как зон с ориентациями, так и зон с ситуативной неопределенностью;
- формирование социальной компетентности сопровождается наращиванием субъектности старшекласников в освоении образовательного пространства школы в направленности от самоопределения к самореализации через саморазвитие, которое основано на опыте самостоятельных эффективных социальных действий и возрастающей роли рефлексии в самостоятельном решении старшекласниками социальных задач;
- развивать устойчивость мотивационно-ценностной сферы, выходить за пределы предметных знаний, познавать новое, неизвестное знание, проявлять инициативу в постановке и самостоятельном решении социальных задач позволяет ориентация на инновационность и творчество.

Таким образом, в концепции раскрыты сущность, структура и функции социальной компетентности старшекласников, концептуальные регулятивы ее формирования в образовательном пространстве школы.

Социальная компетентность старшеклассника представляет собой интегративную личностную характеристику, отражающую потребность, готовность и способность учащегося старших классов разрешать социальные проблемы с позиции личностной значимости, норм и ценностей социума посредством решения задач индивидуально-личностного, общественного и жизненно-футурологического содержания, обеспечивающих его самореализацию в социуме.

Формирование социальной компетентности старшеклассников происходит в образовательном пространстве школы, построение которого детерминировано ценностями социально-антропологического, компетентностного и средового подходов и осуществляется с учетом закономерностей, принципов и норм, охарактеризованных в статье. В результате все виды деятельности, в которые включаются старшеклассники, приобретают характер коллективно организованного социального творчества, а сами учащиеся становятся субъектами развития своей социальной компетентности посредством постановки и решения социальных задач на этапах самоопределения, саморазвития и самореализации в образовательном пространстве школы.

Библиография

1. Бушная, Н. В. Концептуальные регулятивы формирования социальной компетентности старшеклассников в образовательном пространстве школы / Н. В. Бушная // Вестник МГИРО. – 2017. – № 1 (29). – С. 3 – 7.
2. Бушная, Н.В. Сущность, структура и функции социальной компетентности старшеклассников / Н.В. Бушная // Сборник научных трудов БГПУ «Образование и наука в XXI веке» / Бел. гос. пед. ун-т им. М. Танка, – Минск, 2018. – Вып. 2. – С. 12 – 19.
3. Слободчиков, В. И. Антропологическая перспектива отечественного образования / В. И. Слободчиков. — М.; Екатеринбург, 2010. – 263 с.
4. Торхова, А.В. Педагогическая поддержка саморазвития учащихся / А.В. Торхова, И.А. Царик. – Минск: НИО, 2016. – 216 с.
5. Ясвин, В.А. Образовательная среда от моделирования к проектированию / В. А. Ясвин. – Изд. 2-е. – Москва: Смысл, 2001. — 365 с.

The concept of the formation of social competence of senior students

Summary

The article presents the essence, framework, functions and conceptual regulations of the formation of social competence of senior school students. Social competence of senior school students is presented as an integrative characteristic of senior school students and acts as the result of education. Three components form the framework of social competence of senior school students: motivational and valued, cognitive and operational. The formation of social competence of senior students is realized in the school educational environment by means of solving social problems of personal, public, life-futurological content. The conceptual regulations of the formation of social competence of senior students are presented by values, regularities, principles and norms.

Keywords: essence of social competence of senior students, concept, educational environment, values, regularities, principles, pedagogical norms

**CZEŚĆ TRZECIA.
POLITYKA SPOŁECZNA I USŁUGI SPOŁECZNE**

**PART 3.
SOCIAL POLICY AND SOCIAL SERVICES**

**ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ.
СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА
И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ В КОНТЕКСТЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Magdalena Bergmann

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Polityka spójności Unii Europejskiej w opiniach młodych mieszkańców regionu kujawsko-pomorskiego

Polityka spójności jest jednym z głównych narzędzi strategicznych i inwestycyjnych Unii Europejskiej, stawiającym sobie za fundamentalny cel wyrównywanie różnic rozwojowych pomiędzy państwami członkowskimi organizacji i ich regionami. Jest on osiągalny poprzez fundusze i ich poszczególne programy, nakierowane na wspieranie wzrostu gospodarczego, zwiększanie zatrudnienia, edukację i inwestycje w kapitał ludzki oraz promocję zrównoważonego rozwoju. Polska od początku swojego członkostwa w Unii Europejskiej aktywnie korzysta z funduszy tworzących finansowe ramy polityki: Europejskiego Funduszu Społecznego, Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności. Jak pisze Marek Kozak, w okresie pierwszych 10 lat członkostwa Polski w Unii Europejskiej oddziaływanie polityki, szczególnie finansowe, wyraźnie przyczyniło się do poprawy jakości życia tak w naszym kraju, jak i innych nowych państwach członkowskich i pozwoliło przynajmniej częściowo nadrobić kilkudziesięcioletnie opóźnienia rozwojowe dzielące je od państw Europy Zachodniej¹. Poza swoją funkcją konwergencyjną polityka spójności odegrała także dużą rolę w łagodzeniu negatywnych skutków socjoekonomicznych transformacji ustrojowej². W swojej metaanalizie ocen polityki spójności Stanisława Golinowska wymienia niewątpliwe korzyści, jakie przyniosło Polsce jej wdrażanie już w pierwszych latach po akcesji do UE, m.in.: pozytywny wzrost na wzrost gospodarczy i zatrudnienie, zwiększanie innowacyjności (choć głównie na obszarach wielkomiejskich), wysoką stopę zwrotu z inwestycji w kapitał ludzki i rozszerzanie zintegrowanego spojrzenia na rozwój kraju³.

1 Kozak M., *10 lat polityki spójności w Polsce*, „Studia Regionalne i Lokalne”, 2014, nr 15, s. 43.

2 Popielawska J., *Piętnastolecie Polski w Unii Europejskiej - podsumowanie* [W:] A. Radwan-Rohrenscheff (red.), *15 lat Polski w Unii Europejskiej. Raport*, Warszawa, Instytut In.Europa, 2019, s. 154-161

3 Golinowska S., *O spójności i kapitale społecznym oraz europejskiej i polskiej polityce spójności*, „Polityka Społeczna”, 2011, nr 5-6, s. 13-21.

Celem badania było rozpoznanie stanu świadomości oraz opinii młodych mieszkańców regionu kujawsko-pomorskiego, będących bezpośrednimi i pośrednimi odbiorcami działań edukacyjno-informacyjnych Punktów Informacji Europejskiej Europe Direct (PIE ED) w Bydgoszczy i Toruniu, w zakresie polityki spójności UE – jej celów i efektów oraz wpływu na rzeczywistość społeczno-ekonomiczną. Charakter badania można określić jako głównie eksploracyjny, pozwalający nakreślić ogólny obraz znajomości głównych tez polityki spójności i dostrzegania jej efektów w przestrzeni społecznej przez młode osoby z terenu oddziaływania PIE ED, mogący być jednocześnie punktem wyjścia do refleksji nad skutecznością dotychczasowych działań i możliwości ich ewentualnej modyfikacji. Badanie zrealizowano techniką ankietową⁴ w okresie czerwiec – lipiec 2020 r. Link do anonimowego kwestionariusza ankiety dystrybuowany był we wszystkich kanałach komunikacji internetowej bydgoskiego oraz toruńskiego PIE ED (strony WWW, profile serwisie Facebook, newslettery).

W badaniu wzięło udział 241 respondentów w wieku 15-35 lat, zamieszkujących wszystkie jednostki terytorialne województwa. Wobec braku możliwości stworzenia kompletnego operatu odbiorców działań PIE (szczególnie tych prowadzonych kanałami online, adresowanych do szerszych i anonimowych z zasady grup) i tym samym dobrania ich reprezentatywnej próby należy przyjąć, że grupa respondentów biorąca udział w dostępnej online, dobrowolnej ankiecie jest w sensie metodologicznym najbliższa próbie dobranej na zasadzie dostępności (convenience sampling). W zbadanej zbiorowości znalazło się 45,23% kobiet oraz 54,77% mężczyzn. Zdecydowana większość respondentów (79,25%) to osoby w wieku 15-19 lat, 12,45% przynależy do grupy wiekowej 20-24 lata, zaś 8,3% to osoby powyżej 25 a 35 rokiem życia. Poniższa tabela przedstawia z kolei rozmieszczenie terytorialne respondentów, rozumiane jako ich miejsce zamieszkania.

Tabela 1. Miejsce zamieszkania respondentów (w %, N=241)

m. Bydgoszcz	20,75
m. Toruń	13,28
pow. inowrocławski	8,71
pow. bydgoski	6,22
pow. toruński	4,98
m. Włocławek	4,98
pow. świecki	4,56
m. Grudziądz	4,56

4 Sołoma L., *Metody i techniki badań socjologicznych*, Olsztyn, Wydawnictwo WSP, 1999, s. 82-87.

pow. wrocławski	4,15
pow. aleksandrowski	3,32
pow. chełmiński	2,90
pow. żniński	2,90
pow. sępoleński	2,49
pow. golubsko-dobrzyński	2,49
pow. tucholski	2,07
pow. radziejowski	2,07
pow. rypiński	2,07
pow. brodnicki	2,07
pow. mogileński	1,66
pow. nakielski	1,24
pow. wąbrzeski	1,24
pow. lipnowski	0,83
pow. grudziądzki	0,41

Źródło: badania własne

Najliczniej reprezentowani byli mieszkańcy Bydgoszczy i Torunia, a w dalszej kolejności – pozostałych miast prezydenckich województwa oraz powiatów położonych wokół nich (za wyjątkiem powiatu grudziądzkiego, z którego pochodziło najmniej badanych).

Tabela 2. Status respondentów (w %, N=241, możliwe wskazania wielokrotne)

uczeń	75,93
osoba pracująca	14,11
student	13,69
osoba bezrobotna/poszukująca pracy	3,32
właściciel firmy	2,49
osoba przebywająca na dłuższym urlopie (rodzicielski/macierzyński, wychowawczy)	0,41

Źródło: badania własne

Powyższa tabela dostarcza informacji o statusie społecznym badanych. Ponad trzy czwarte stanowili uczniowie szkół ponadpodstawowych. Grupami o zbliżonej, kilkunastoprocentowej reprezentacji były kolejno osoby pracujące i studenci.

Ankiętę otwierało pytanie o zaznajomienie z podstawowymi dla tematyki badania pojęciami – zarówno samej polityki spójności, jak i terminów z nią powiązanych: *Czy spotkałaś/eś się z co najmniej jednym z pojęć: Europejski Fundusz Społeczny (EFS), Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR), Fundusz Spójności (FS), fundusze europejskie?* Jak pokazuje poniższa tabela, 9 na 10 respondentów spotkało się wcześniej z wymienionymi pojęciami, co stanowi sygnał, elementarny wskaźnik świadomości ich istnienia.

Tabela 3. Zaznajomienie z pojęciami odnoszącymi się do polityki spójności (w %, N=241)

tak	91,29
nie	8,71

Źródło: badania własne

Kolejne pytanie: *W jakich okolicznościach spotkałaś/eś się ze wspomnianymi pojęciami?* stanowiło uszczegółowienie poprzedniego. Zastosowano tu mechanizm filtrowania, polegający na zadaniu tegoż pytania wyłącznie respondentom, którzy zadeklarowali wcześniej zaznajomienie z pojęciami odnoszącymi się do polityki spójności (220 os.). Wyniki przedstawia poniższa tabela.

Tabela 4. Okoliczności zaznajomienia z pojęciami polityki spójności (w %, N=220, możliwe wskazania wielokrotne)

tablice informacyjne, plakaty, ulotki w miejscach, które odwiedzam	69,55
w internecie (www, social media, itp.)	66,36
w mojej szkole, uczelni, pracy jest/była realizowana inwestycja finansowana ze środków UE	61,36
w mediach tradycyjnych (TV, radio, prasa)	59,09
biorę lub brałam/em w przeszłości udział w projekcie finansowanym ze środków UE	29,55
ktos z mojej rodziny, znajomych, współpracowników bierze lub brał udział w takim projekcie	18,64
inne wskazania (np. lekcje i wykłady europejskie, festyny)	4,09
nie pamiętam dokładnie	3,64

Źródło: badania własne

Blisko 7 na 10 odpowiadających zetknęło się z określeniami opisującymi politykę spójności UE dzięki informacji tekstowo-wizualnej w odwiedzanych przez siebie miejscach, zawartej na tablicach, plakatach bądź ulotkach. Są one nieodzownymi elementami każdego realizowanego z udziałem funduszy europejskich przedsięwzięcia i tak wysoki wynik uznać można za dowód ich

dobrego komunikacyjnego oddziaływania w miejscach, w których są umieszczone. Podobnym źródłem informacji jest trzecie najpopularniejsze wskazanie – w miejscach codziennego funkcjonowania respondentów (szkole, uczelni, pracy) realizowane są projekty finansowane z funduszy europejskich, które obowiązkowo zawierają wizualny komponent informacyjny. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że z informacjami obu tych rodzajów respondenci stykają się jako użytkownicy infrastruktury stworzonej lub zmodernizowanej dzięki funduszom tworzącym politykę spójności UE. Dwie trzecie respondentów znających pojęcia polityki spójności wiedzę tę zawdzięcza źródłom internetowym, m.in. stronom i mediom społecznościowym, a niemal 60% - mediom tradycyjnym. W przypadku 3 na 10 badanych znających wspomniane pojęcia wiedza ta płynie z faktu uczestnictwa w projekcie finansowanym ze środków UE przez nich samych, nieco rzadziej (ponad 18%) – przez osoby z najbliższego otoczenia.

W dalszej części kwestionariusza badanych poproszono o wskazanie dostrzeganych przez nich zmian gospodarczych, społecznych, środowiskowych bądź technologicznych, które odnoszą się do obszarów oddziaływań polityki spójności. Polecenie brzmiało: *Wybierz obszary życia w Polsce, w których Twoim zdaniem zaobserwowałaś/eś zmiany w ostatnich latach - poprawę sytuacji lub większą intensywność działań*. Opisy te sformułowano w oparciu o zapisy z dokumentów strategicznych tejże polityki (11 celów strategicznych na lata 2014-2020), jednak w sposób nieco zmodyfikowany, uproszczony i dopasowany do zróżnicowanych kompetencji poznawczych respondentów. Wyniki przedstawia poniższa tabela.

Tabela 5. Percepcja zmian w obszarach polityki spójności
(w %, N=221, możliwe wskazania wielokrotne)

zwiększanie dostępności i wykorzystania nowych technologii	57,47
inwestowanie w edukację (przez całe życie)	43,89
wsparcie badań naukowych i innowacji	42,08
ochrona środowiska naturalnego	34,39
promowanie zrównoważonego transportu	32,58
aktywizacja zawodowa i promocja zatrudnienia	30,77
usprawnienie administracji publicznej	27,15
podnoszenie konkurencyjności małych i średnich firm	26,24
adaptacja do zmian klimatu i zapobiegania zagrożeniom	24,89
zwalczanie ubóstwa i dyskryminacji	22,17
przechodzenie do gospodarki niskoemisyjnej	20,81

Źródło: badania własne

Ponad połowa badanych, którzy dostrzegli zmiany (221 os. - pytanie miało charakter opcjonalny) uznała, że w Polsce zintensyfikowano działania na rzecz dostępności i wykorzystywania nowych technologii. Ponad 40% respondentów wskazało obszary edukacji, badań naukowych i innowacji. Dla jednej trzeciej badanych zmiany są zauważalne jeśli chodzi o sfery środowiska naturalnego oraz promocji zrównoważonego transportu. Do najrzadziej wskazywanych obszarów zmian należały z kolei zwalczanie ubóstwa i dyskryminacji oraz przechodzenie ku gospodarce niskoemisyjnej.

Kolejne pytanie w badaniu ankietowym miało charakter pokrewny do poprzedniego. Respondentów poproszono o wskazanie siły wpływu polityki spójności UE na określone procesy i zjawiska społeczno-gospodarcze, których listę oparto na zdefiniowanych w dokumentach strategicznych oczekiwane efekty jej realizacji. Polecenie brzmiało: *Na poniższej liście znajdują się przykłady zmian gospodarczych i społecznych. Jaki wpływ na każdą z nich - Twoim zdaniem - mają fundusze Unii Europejskiej?* Respondenci oceniali wpływ polityki spójności na określone stany docelowe za pomocą czterostopniowej skali. Wyniki prezentuje tabela poniżej.

Tabela 6. Ocena wpływu polityki spójności na określone obszary (w %, N=241)

	brak wpływu	mały	średni	duży
wzrost PKB na mieszkańca w mniej rozwiniętych regionach UE	10,79	29,46	37,34	22,41
tworzenie nowych miejsc pracy, szczególnie w małych i średnich firmach	12,03	30,29	31,12	26,56
budowa nowych dróg i linii kolejowych	10,37	16,60	25,31	47,72
bezpośrednie wsparcie finansowe dla małych i średnich firm	12,03	32,37	34,85	20,75
pomoc nowym przedsiębiorstwom w rozpoczęciu działalności gospodarczej	14,94	26,97	31,95	26,14
wsparcie dla naukowców, doktorantów i uczelni na prowadzenie badań	11,62	24,90	36,51	26,97
umożliwienie mieszkańcom krajów UE dostępu do internetu szerokopasmowego	26,14	21,58	24,48	27,80

Źródło: badania własne

Zadaniem powyższego pytania było zdobycie informacji o postrzeganiu sprawczości polityki spójności i jej instrumentów finansowych w świadomości badanych. Jakkolwiek w oficjalnych dokumentach efekty te mają charakter równorzędny i jednakowo ważny, w oczach respondentów mają zróżnicowaną

gradację. Blisko połowa uczestników badania przekonana jest o dużym wpływie funduszy UE na rozwój transportu kolejowego i jest to jednocześnie obszar, w którym dominuje wybór dużego stopnia wpływu. W przypadku pozostałych obszarów – poza wspieraniem dostępu do szerokopasmowego internetu - najczęściej wybierany był stopień średni. Ponad jedna czwarta badanych uznała, że wdrażanie funduszy UE w żaden sposób nie przekłada się na upowszechnienie sieci typu *broadband*.

Ostatnie z merytorycznych pytań ankiety dotyczyło oceny ważności wyzwań, przed jakimi Unia Europejska i polityka jej spójności staną w nadchodzących latach – szczególnie w kolejnej perspektywie finansowej, określonej cezurą nowej perspektywy finansowej, tj. lat 2021-2027. Lista wyzwań oparta została o cztery obszary, wymieniane w dokumentach i publikacjach nt. przyszłości polityki spójności w kolejnym okresie programowania. Respondentom zadano tak brzmiące pytanie: *Poniżej znajduje się pięć obszarów. Zapoznaj się z nimi i zaznacz na skali 1-10, na ile każdy z nich może być dla Ciebie istotny w przeciagu najbliższych kilku lat. Jak duży wpływ może mieć na Twoją przyszłość - osobistą, zawodową, edukacyjną, rodzinną?* Rozkład ocen przedstawia poniższa tabela.

Tabela 7. Ocena ważności przyszłych wyzwań polityki spójności w skali 1-10 (w %, N=241)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
innowacje, cyfryzacja, zmiana gospodarcza, wsparcie dla firm	2,07	1,24	3,73	4,15	6,64	11,20	18,67	17,84	13,69	20,75
zmiany w energetyce, troska o środowisko, walka ze zmianą klimatu, odnawialne źródła energii	7,47	2,49	2,49	4,56	2,49	7,88	3,73	11,20	14,94	42,74
rozwój komunikacji, transportu, sieci cyfrowych										
rynek pracy, edukacja, równy dostęp do opieki zdrowotnej, integracja społeczna	2,07	1,66	3,73	4,56	3,32	11,20	12,86	14,11	20,33	26,14
rozwój lokalny i zrównoważony rozwój miast	3,73	2,07	2,90	4,56	3,32	5,81	4,15	12,03	21,16	40,25

Źródło: badania własne

Jak pokazuje rozkład ocen, respondenci za najważniejszą kwestię uznali rozwój lokalny oraz zrównoważony rozwój miast – ponad 60% bada-

nych przyznało temu zagadnieniu krańcowe, najwyższe rangi (tj. oceny 9 lub 10 w 10-stopniowej skali). Niewiele mniej analogicznych ocen (od ok. 48% badanych) zebrały postulaty klimatyczne – zmian energetycznych, walki z antropogenicznymi skutkami oddziaływania na środowisko i klimat, rozwój odnawialnych źródeł energii. Wskazania te wydają się być spójne z podkreślanymi w ostatnich latach na poziomie polityki tak unijnej, jak i krajowej hasłami kryzysu klimatycznego, które przyciągają zainteresowanie i budzą zaangażowanie młodych obywateli krajów UE (np. szkolne strajki klimatyczne, ruch społeczny Extinction Rebellion) oraz redefinicji działań miast w walce z tymże kryzysem (zrównoważony transport, recykling, tworzenie stref zieleni, itp.).

Reasumując, stwierdzić można, iż wyniki badania potwierdzają dobrą orientację i zainteresowanie młodych mieszkańców ogólnymi tezami polityki spójności. Opinie respondentów świadczą o dostrzeganiu zależności między członkostwem Polski w UE, wykorzystywaniem funduszy spójnościowych a obserwowalnymi z punktu widzenia obywatela kraju i mieszkańca społeczności lokalnej namacalnymi zmianami w otoczeniu, rynku pracy czy infrastrukturze publicznej. Z perspektywy realizatora działań edukacyjnych oraz informacyjno-promocyjnych w zakresie problematyki europejskiej wyniki badania mogą dawać satysfakcję i potwierdzać adekwatność założonych metod działania. Odrębnym wątkiem, mogącym stanowić zaczątek kolejnych badań, mogłoby być zresztą zebranie opinii o oczekiwanych przez młode pokolenie konkretnych działaniach, jakie należy podjąć w ramach programów polityki spójności dla rozwiązania ponadnarodowych, ogólnoeuropejskich problemów społecznych, gospodarczych i środowiskowych.

Bibliografia

1. Kozak M., *10 lat polityki spójności w Polsce*, „Studia Regionalne i Lokalne”, 2014, nr 15, s. 25-50.
2. Popielawska J., *Piętnastolecie Polski w Unii Europejskiej - podsumowanie* [W:] A. Radwan-Rohrenscheff (red.), *15 lat Polski w Unii Europejskiej. Raport*, Warszawa, Instytut In.Europa, 2019, s. 154-161.
3. Golinowska S., *O spójności i kapitale społecznym oraz europejskiej i polskiej polityce spójności*, „Polityka Społeczna”, 2011, nr 5-6, s. 13-21.
4. Sołoma L., *Metody i techniki badań socjologicznych*, Olsztyn, Wydawnictwo WSP, 1999.

EU cohesion policy in the opinions of young inhabitants of the Kujawsko-Pomorskie region

Summary

The text presents the results of a survey of young inhabitants of Kujawsko-Pomorskie region conducted in mid 2020. The topic of the survey included the perception of EU cohesion policy. The results show the level of knowledge and recognition of this policy, assessment of its impact on social and economic changes in Poland as well as identification of challenges which cohesion policy will tackle in its new financial perspective.

Keywords: cohesion policy, European Union, public opinion, youth

Martin Balazs Zsarnoczky
Kodolanyi Janos University

The challenges of ageing focus on solidarity and equal opportunities in the European Union

Introduction

Decision-makers of the member states of the European Union agree that the respective pension systems, health care and social assistance structures have to be reconsidered and restructured. The changing political cycles give rise to the idea of cutting state budgets, the improvement of (public) employment opportunities, and the increasing of industrial productivity. One of the greatest related difficulties is the time required for the realization of these strategies as the restructuring of such major pillars of society requires the full system-level harmonization of all relevant areas and the development of a competitive economic background with a uniform market.

Presently, however, instead of uniform systems particular or specific areas and reforms are being emphasized. As a result of reforms, such strategic agreements are elaborated, which are capable of producing results despite the shorter political cycles. Thus it is easier to carry out reforms with a narrower scope instead of restructuring the major social pillars of the given social systems to assure the effectiveness of the latter. Differing generations show varying attitudes to such measures as the younger generation is more interested in the expansion of employment opportunities, while senior citizens insist on the continuing availability of social service options (Zsarnóczky 2018).

One of the prioritised goals of political efforts aimed at improving the living conditions and well-being of senior citizens on a personalized level is the promotion of lifelong learning, physical activity, self-help, self-care schemes and the encouragement of volunteerism. Volunteerism involving a wide spectrum of society can promote equal opportunities. One of the biggest problems of any political approach toward the elderly is the elimination of discrimination

and guaranteeing equal opportunities. Several older citizens are vulnerable to social exclusion via isolation, health problems, or the unpredictability of access to social services. At the same time, it must be pointed out that individual participation in such processes depends on how, to what extent, and with what intensity the given person utilizes their skills, knowledge, and unique personal features for the benefit of other people and smaller or larger communities.

Moreover, it must be clear, to what extent people use opportunities provided by others to improve their lives as well. In this sense, active social participation in community life means that the individual can impact not only his, but other communities' lives via adding their knowledge, norms, work, trust, and colourful aspects of their personality to the whole community (Zsarnoczky 2019).

Interactive solidarity among elderly

The effectiveness of social services and the concept of social fairness mutually reinforce each other. The harmonization, reconciliation, and modernization of human service systems bear relevance to all layers of society ranging from the youth to the elderly. Consequently, such aspirations should guide the improvement of social fairness, justice, and cohesion (Khun et al. 2019). The faster ageing-related tasks can be performed, the more successful can a developmental effort become along with increased client satisfaction. During the implementation of such measures, the elderly should be presented with a wider selection as people can rely on their own experience to decide which services they need. To provide such transparent opportunities not only the selection of available services has to be broadened, but the respective standards as well.

The protection and service systems of a well-functioning society can help in the formation of a more diverse image about ageing reflecting the given social context in a more reliable manner thereby reducing the prevalence of stereotypical views concerning the elderly. Political measures considering the needs of the elderly must reiterate the positive aspect of biological ageing via strengthening the channels of social communication and the adaptation of appropriate legal practices. A proper strategy can determine quality-based and professional objectives that can prevent the social exclusion of the elderly.

The knowledge, wisdom, and skills of senior citizens should be integrated into the service systems to promote the social acceptance of ageing. Older people can and should be treated as crucial resources regardless of their background, activity, or respective service-related needs. Consequently, their contribution to the public good has to be recognized as well. While from

a strategy design point of view the elderly cannot be considered a homogeneous group, modern and appropriate elderly policy principles should treat life quality and well-being as equally accessible rights for everyone involved (Zsarnoczky 2020).



Photo 1. After my lecture together with the advanced senior academy members at the College of Tomori, Budapest, Hungary.

Source: own picture

The respective social and cultural transfer should reinforce the social importance and value of the elderly. Reaching the age of retirement leads to ample free time and the way such leisure time is utilized can greatly determine not only the self-image and social position of the given individual, but their family members as well. The active and useful spending of one's newly free time can become an important means of self-actualization and the promotion of cohesion and positive social identity from the standpoint of the individual and community as well. The fulfilment of previous life goals or participation in civic organisations can help the transfer of elderly people from the labour market to the private sphere, ease the exit from the world of work, and promote the social integration of the aged along with the acknowledgement of their efforts in a narrower social circle. In addition to the positive aspects of acknowledgement for a volunteering activity, intergenerational connections can be strengthened, along with that of the transfer of knowledge and experience, and the passing of values and creative problem-solving methods to the younger generation.

Different interpretations of solidarity among the generations

Due to the lack of appropriate or adequate social or intergenerational communication the various generations are not aware of their respective values or the ways of transmitting them to promote the public good (Litwin 2005). As a result of an adequate perspective shift, the triangle of health-qualification-knowledge can become universal components of life with appropriate quality regardless of one's age. Results concerning life-span research confirm that the lack of optimal health conditions, qualifications, or knowledge can harm previous labour market positions and the chances of finding a job or successful job search have a strong influence on financial and social status. Therefore, in light of the above, we can conclude that the quality of one's previous stages of life can have a major impact on the quality of life at old age, thus the quality of the stages of the given life span can determine the living standards or general standards of the remaining phases.

Since from a design and system analysis point of view the actions during one's life cannot be examined separately, only in a holistic manner, the implementation of said goals is determined by the respective level of social solidarity. Solidarity should apply to all involved groups of society and the continuous expansion of one's life span should coincide with the increasing importance of the elderly, a continuously growing segment of the population. Younger generations must be made aware that people of all age groups can be valuable and today's young will become the elderly of the future (Zsarnóczky 2020).

Equality of opportunity and a level playing field has been the focus of several international and domestic research programs. The aim of the assessment or exploration of social inequality is to identify governmental and society-based means for the limitation of such differences via the promotion of an appropriate attitude to reduce or prevent discrimination in all aspects of social life. Equality-related research focuses on age, sex, health status, place of residence and other features determining the given level of social protection. A positive attitude towards issues related to the elderly can promote a paradigm shift concerning ageing and senior citizens as well. Mass communication, media presence and the public role of the elderly can become essential in shaping the respective opinions.

Such public platforms or forums can include events and programs focusing on senior citizens, conferences, and related best practices. Bilateral social communication can help in more efficient dissemination of the concerns

of the elderly. One of the most important tasks of the promotion of social cohesion is the maintenance of the independence of differing groups, the respect for the individual, and the formation of a new consensus-based social contract. As a result of such contract, the currently ageing generation can preserve its independence and avoid being at the mercy of the social service sector or even their family members. Thus self-care and the assumption of individual and community responsibility can create the foundations of long-term solidarity.

The elderly includes a high number of people living with disability and requiring special services. Since such individuals are compelled to cope with a multiplicity of disadvantages, they are often marginalized in society. The assertion of human rights and the preservation of human dignity for these people is essential. The fostering of a general accessibility-oriented perspective and an overall positive attitude is a shared responsibility of all members of society. There is a close connection between security, equality of opportunity, and well-being.

In an environment supporting the preservation of human dignity, public and economic security, and personalized services can guarantee the sustainability of a pension or social security schemes designed on a system level. One of the main obstacles to the sustainability of social security systems is the inability to provide personalized and differentiated services based upon individual preferences and needs. Modern developments and digitalization-related options can lead to the formation of a society-wide service standard emphasizing an overall humanistic approach with a primary focus on the individual (European Commission 2019).

Political measures aimed at senior citizens in a strongly affected member state of the EU

The framework and main areas of political measures toward senior citizens are determined by the National Aging Strategy (heretofore NAS) developed almost a decade ago. The NAS became effective via Parliamentary Resolution (81/2009. X.2.) introduced by the Minister of Social Issues and Labour, in Hungary. The completion of the strategy coincided with international analyses and strategy-design efforts warranted by global trends (Figure 1).

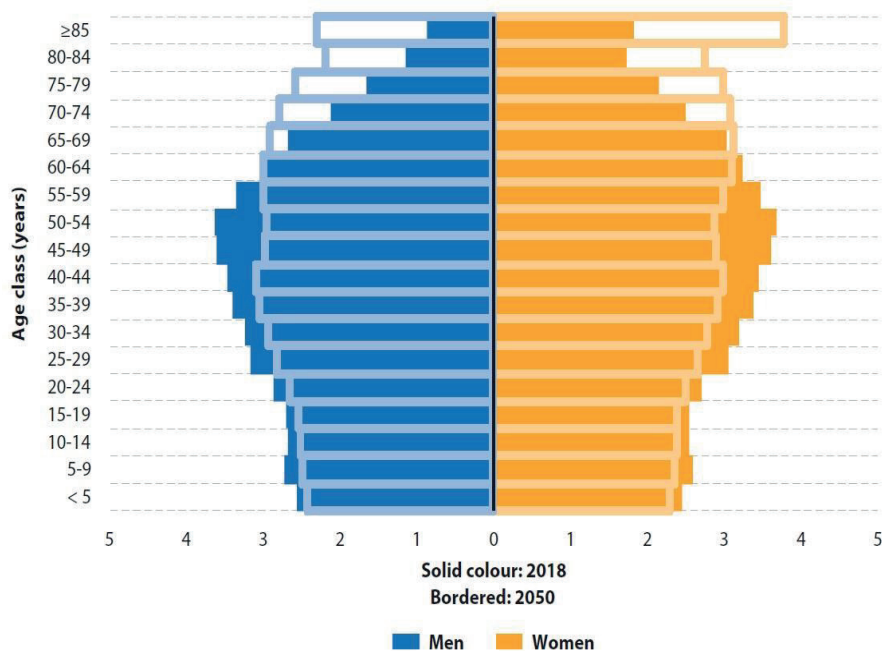


Figure 1. The current and expected changes in age groups in Europe.
Source Eurostat Ageing Report 2019.

The most important component of the given strategy was a long term action plan utilizing the results of comprehensive research efforts and analyses. The National Aging Strategy was based on the Senior Citizen Charter, certain components of the Governmental Senior Citizen National Action Plan, and the main tenets of the Four Year Interest Assertion Strategy of the National Pensioners' Association along with other professional recommendations. The strategy was prepared via a multi-step effort. The first phase included the exploration of the given situation, the listing of problems and the identification of areas in need of development followed by the implementation of complex tasks. The last segment forwards recommendations for the implementation process for 25 years spanning over governments and generations.

The long term plan of the NAS focus on the following areas:

- *“raising the average life expectancy to catch up with the same figure of the European Union,*
- *increasing the number of years during which the given individual is healthy,*

- *increasing the sustainability of active life,*
- *income security for the elderly,*
- *the promotion of social integration,*
- *the harmonization of various services (health care, social welfare, education, culture etc) with the needs and interests of the elderly,*
- *supporting the lifelong learning efforts of the elderly via providing access to digital educational materials,*
- *strengthening the conditions of active ageing implying not only physical activity or retention of one's position on the labour market, but active participation in social, cultural, and community life,*
- *raising awareness of the management of the ageing process already at a younger age,*
- *a shift of perspective regarding the economic and societal attitudes and experiences related to the ageing process.”*

Following the parliamentary ratification of the National Aging Strategy, it started to be implemented in various fields. The problems and challenges emerging during the realization of said objectives highlighted the specific features and respective differences concerning political measures addressing the elderly. It was revealed that access to the respective services can differ according to various settlement or community types. While in cities social services are readily available, in smaller communities, or isolated farms the selection is much lower if existing at all. One crucial finding of the individual situation analyses was that in settlements with lower population or isolated communities the available social and another type of infrastructure is not at the same level of quality.

Consequently, to explore and identify problems at the local level, the priority was shifted to such activities, which are comparable to each other. Therefore, such issues as guaranteeing equal rights, communication, availability of information, education, lifelong learning, health care, rehabilitation, health and welfare services, pension, employment, general education, recreation, leisure time activities, equal opportunity, and prevention of social exclusion suggested the development of a management perspective related to ageing. Thus the implemented local ageing management models were expanded to include volunteerism, modelling of one's life span and cooperation.

It is crucial from a research perspective that this type of management-oriented or system-level approach facilitates the exploration of the life quality and well-being of separate groups. If such processes result in the determination

of the individual variables, personalized services could be offered to the elderly living in remote areas or at the margin of society. At the same time, the examination of the respective geographical or spatial data should be coupled with the analysis of domestic demographic processes. Such efforts can serve as the foundation of effective social systems in the future.

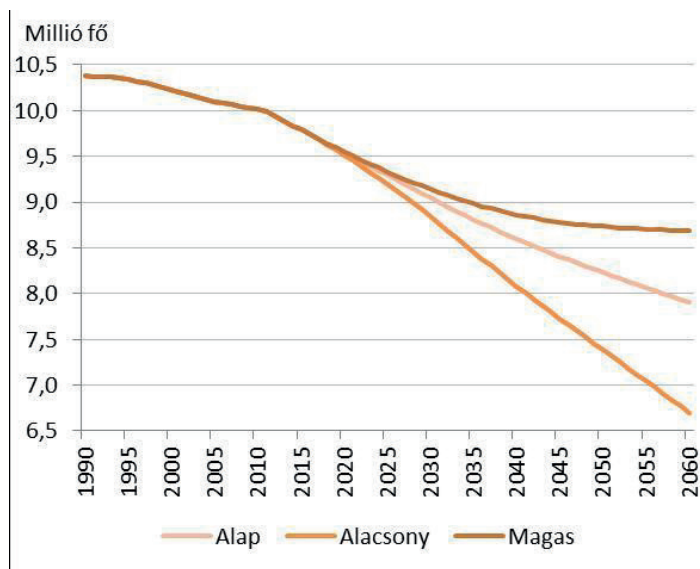


Figure 2. The predicted changes in the population of Hungary in the 1990-2060 period based upon the basic, low, and high version of population projection formulae. (Alap = base, alacsony = low, magas = high)

Source: demografia.hu/hu/tudastar/nepesseg-eloreszamitas

The variables of population projection indicate a declining tendency. The dual trends of ageing and population decline will impact all generations. In addition to the practical aspects of dealing with the elderly, stakeholders in this process have to undertake personalized missions encompassing the future perspectives of the total society. We can conclude that all members of society should prepare for their old age and related challenges.

The action plan of Social Agenda

As a form of an action plan on the part of the European Union, a Social Agenda was developed. This document, on the one hand, fulfilled a gap-filling function while laying down the foundation of the national ageing

strategies. The significance of the effort is found in the fact that it established the long-term strategic objectives of well-being, solidarity, and security. As a result of the analysis several concepts, including legal and financial security and the protection of privacy rights were defined. The overall aim of the Agenda was to protect against all potential hazards facing the elderly including physical and psychological abuse, violence, and financial exploitation (Eurostat 2019).

The Agenda directed the attention of stakeholders and decision-makers to several compound or multisided factors. One observation based on research results confirmed that 45% of people qualified as disabled are over age 60. Such finding pointed out that the use of medical assistance devices coincides with the need for special services related to vision, hearing, mobility, movement, and taking public transportation. A new directive addressed the protection of the human rights and safety of people struggling with a mental decline or dementia associated with the ageing process.

This progressive strategy and the related programs launched such processes in the past decade which made the principle of European solidarity and equal opportunity a decisive component of everyday life. While increasing feedback and the respective data indicate the success of the initial program, a continuous steady commitment and determination is a prerequisite to the sustainability or maintenance of positive results and procedures. Although not much was mentioned about the role of the non-governmental sector, it plays a significant and essential role in the processes taking place between the state and the individual (Verschraegen et al. 2016). The human service aspect of society is different from that of the rigid and technocratic public administration system. Conversely, civilian associations emerging from various layers of society are capable of maintaining a dialogue between the state and the individual and can represent and reconcile the respective needs and interests as well.

Summary

While the public discourse in the European Union is dominated by endless disputes over such issues as the definition of “illiberalism”, the utopian national perspective in the 21st century, the migration challenge, and the Brexit quagmire, these concerns cannot be reconciled with the social and economic problems impacting everyday life.

Various social groups are much more sensitive to the consequences of political compromises made behind closed doors, the growth of the digital economy, the emergence of the Industry 4.0 phenomenon, the main trends

of the Asian economic miracle along with the uncertain international perspective. Unfortunately, a potential lack of social cohesion and insufficient priority on the needs of marginalized social groups professing differing values could lead to the exclusion of the most important actor from the European political process, the citizen of the member states.

Nevertheless, a certain phenomenon potentially applicable to all social groups has emerged. The promotion of accessibility can lead to greater use of community spaces, parks, and public transport options while strengthening the connection between the individual and the environment. The most important indicator of appropriate life quality and well-being is the improvement of the immediate environment. Appropriate housing and access to services can guarantee physical and mental fitness. Furthermore, along with adequate health care, cultural and community activities and services can play a role in this process.

Consequently, the recognition of the advantages of the education process and lifelong learning can lead to a perspective prioritising life quality and improved well-being generating a positive impact on ageing. The chances of self-actualization can be increased in old age via a holistic perspective implying community support, high-quality leisure time activity, the formation of a healthy environment, and safe residential surroundings.

References

1. European Commission (2019) *European Social Agenda*. Brussels
2. Eurostat (2019) *Ageing Report*. Brussels.
3. Khun Theresa & Kamm Aaron (2019) *The national boundaries of solidarity: a survey experiment on solidarity with unemployed people in the European Union*. *European Political Science Review*, Cambridge University Press. pp. 179-195.
4. Litwin Howard (2005) Intergenerational relationship in an aging world. *European Journal of Aging* 2, 213-215.
5. Országgyűlés - Hungarian Parliament (2009) *Határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról* (NAS 81/2009. X.2.)
6. Verschraegen Gert & Sabato Sebastiano (2016) *The interrogation of place-based social innovations into EU social agenda*. Herman Deleeck Centre for Social Policy, University of Antwerp.

7. Zsarnoczky, M. (2018) *Subjective life quality research among elderly people in one of the happiest Hungarian towns*. Book of Papers of the Masterclass of 6th European Week of Regions and Cities, Brussels. pp. 64-73.
8. Zsarnoczky, M. (2019) *A coaching és szociális munka kapcsolata az akadálymentes desztinációk tervezésében*. In: Zsarnoczky, M.; Rátz, T.; Michalkó, G. Magyar Turizmusföldrajzi Szimpózium 2019, Kodolányi János Egyetem, Budapest. pp. 102.
9. Zsarnoczky, M. (2020) *The essence of successful aging: life quality and well-being*. Ebizont, Toronto, Canada.

The challenges of ageing focus on solidarity and equal opportunities in the European Union

Summary

The cohesion policy of the European Union emphasizes the improvement of the well-being and quality of life of the citizens of Europe. Such an approach prioritises solidarity based upon European values facilitating equal access to well-being and appropriate quality of life. One such measure to promote solidarity is the accessibility concept re-phrased and reconsidered in 2015. The new accessibility perspective determines complex strategic objectives according to which senior citizens are considered subjects of accessibility programs. Demographic predictions confirm the overall ageing of Europe, and senior citizens are expected to become a dominant social segment. Presently primarily due to the respective unique cultural traditions and contexts, member states show a differing attitude toward the increasing social role of the elderly. A uniform accessibility concept would be beneficial for well-being and the quality of life for society as a whole. Decision-makers of the member states of the European Union agree that the respective pension systems, health care and social assistance structures have to be reconsidered and restructured. The changing political cycles give rise to the idea of cutting state budgets, the improvement of (public) employment opportunities, and the increasing of industrial productivity. One of the greatest related difficulties is the time required for the realization of these strategies as the restructuring of such major pillars of society requires the full system-level harmonization of all relevant areas and the development of a competitive economic background with a uniform market..

Keywords: Ageing, solidarity, social cohesion, European Union

Marzena Sobczak-Michałowska

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Nowe rozwiązania w polityce społecznej wobec procesów demograficznych

Polityka społeczna jest nieodłączną częścią funkcjonowania państwa. Możemy zdefiniować ją jako pewną działalność państwa i różnych organizacji obejmującą kształtowanie warunków życia i pracy ludzi, ale także stosunków społecznych. Polityka ta ma na celu przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego¹. J.Auleytner do najważniejszych celów polityki społecznej zalicza poprawę sytuacji materialnej, wyrównywanie znacznych różnic socjalnych, wyrównywanie szans życiowych i asekurację przed skutkami ryzyka socjalnego². Polityka społeczna jak sama nazwa wskazuje związana jest ze społeczeństwem, a więc idąc tym tropem, z demografią i procesami demograficznymi. Jak wyglądają działania Polski w odniesieniu do tych procesów? Artykuł zawiera aktualne informacje na temat urodzeń i płodności, małżeństw i rozwodów, migracji, umieralności i trwania życia w Polsce oraz działania polityki społecznej uwzględniające lub będące reakcją na te procesy we współczesnej polskiej rzeczywistości.

1. Urodzenia i płodność.

Jednym z podstawowych procesów demograficznych są urodzenia. Urodzenia wg. definicji zaproponowanej przez GUS to *całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki produktu zapłodnienia niezależnie od czasu trwania ciąży*³. Możemy wyróżnić urodzenia żywe i martwe. O martwym urodzeniu mówimy, że jest to *całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie*

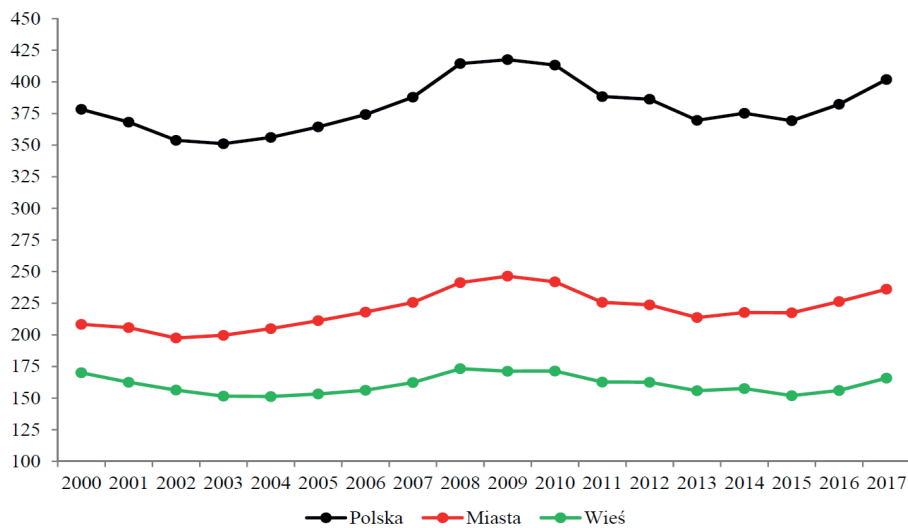
1 Encyklopedia PWN, (encyklopedia.pwn.pl), dostęp: 24.01.2018

2 Szarfenberd R. (2003), *Definicje polityki społecznej*, W: *Wokół teorii polityki społecznej*, Rysz -Kowalczyk B., Szatur-Jaworska B. (red.), Warszawa

3 GUS, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2017-2018*, Warszawa 2018.

22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli⁴. Pierwsze z nich stanowią podstawę do wyliczenia przyrostu naturalnego i prognozowania sytuacji społeczno-ekonomicznej kraju, czyli zastępowalności pokoleń. Przyrost naturalny to różnica pomiędzy liczbą urodzeń żywych a liczbą zgonów w danym czasie. Wyróżniamy przyrost dodatni, wówczas rodzi się więcej dzieci niż umiera wszystkich ludzi, a także przyrost ujemny tzw. ubytek naturalny (przeważają zgony nad urodzeniami).

W Polsce na rok 2017 zanotowano 401982 urodzeń żywych, co przedstawia wykres 1. Rok później liczba ta wynosiła 388178, to o prawie 13 tys. więcej (w miastach 228714, na wsiach 159464). W 2018 roku, podobnie jak w 2017 urodziło się więcej chłopców, o przeszło 10 tys. Jeśli zaś chodzi o urodzenia martwe na rok 2018 było ich 1277, z czego 629 stanowiły dziewczynki. Rok wcześniej urodziło się mniej martwych dzieci, było ich o 176 mniej⁵.



Wykres1. Urodzenia żywe na przestrzeni lat (źródło GUS) ⁶

4 GUS. Rocznik Demograficzny 2019, red. Rozkrut D., Warszawa: ZAKŁAD WYDAWNICTW STATYSTYCZNYCH.

5 GUS. Rocznik Demograficzny 2019, red. Rozkrut D., Warszawa: ZAKŁAD WYDAWNICTW STATYSTYCZNYCH.

6 GUS, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2017-2018*, Warszawa 2018.

W latach 2000–2018 występowały zarówno okresy spadku, jak i wzrostu liczby urodzeń żywych. Trend rosnący występował w Polsce w latach 2004–2009. W późniejszych latach notowano coraz mniejsze liczby urodzeń żywych, w 2014 obserwowano minimalny wzrost, jednak 2015 rok przyniósł już spadek liczby urodzeń. Liczba urodzeń w miastach była wyższa niż na wsi z powodu większej liczby mieszkańców miast. W 2018 r. zarejestrowano o prawie 8 tys. mniej niż rok wcześniej. Przyrost naturalny w roku 2017 i 2018 był ujemny. Liczba zgonów przewyższała liczbę urodzeń o ok. 0,9 tys, a rok później o 26 tysięcy.

*Natężenie urodzeń żywych w badanej populacji kobiet, będących w wieku rozrodczym*⁷ nazywamy płodnością. Natomiast *teoretyczna liczba dzieci, jaką urodziłaby przeciętna kobieta, gdyby przez cały jej okres rozrodczy (między 15. a 49. rokiem życia), jej płodność była taka, jak w badanym okresie*⁸ to dzietność. Na rok 2017 wskaźnik dzietności wyniósł 1,45. W 2018 roku nie zanotowano większych różnic w tym zakresie. Korzystny wskaźnik, zapewniający zmienność pokoleń powinien wynosić powyżej 2.

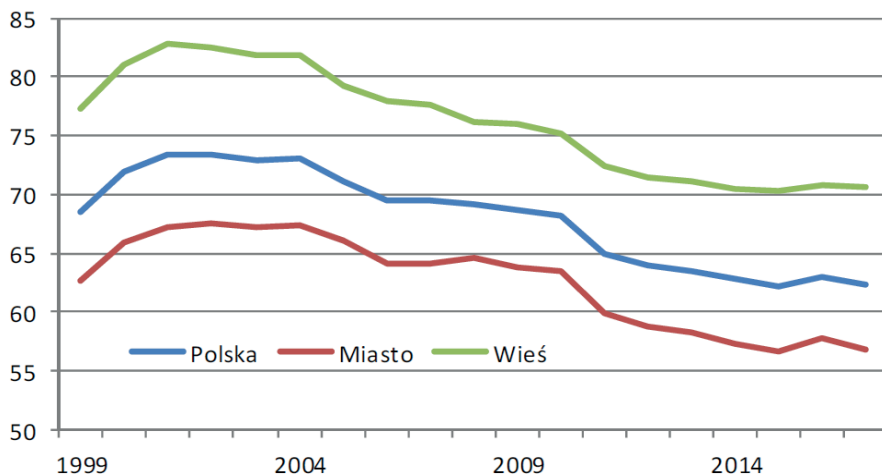
2. Małżeństwa i rozwody

W Polsce małżeństwo określa się jako trwały związek między kobietą a mężczyzną, który powstał tylko i wyłącznie z ich woli w sposób sformalizowany, swoistą dwustronną czynność prawną bardzo zbliżoną do umowy. Zawarcie małżeństwa następuje po złożeniu przez osoby przeciwnej płci oraz stanu wolnego zgodnego oświadczenia o wstąpieniu w związek małżeński w obecności kierownika Urzędu Stanu Cywilnego lub duchownego Kodeks rodzinny i opiekuńczy określa dolną granicę wieku dla obojga małżonków na 18 lat, jednakże z ważnych powodów sąd opiekuńczy może zgodzić się na zawarcie małżeństwa kobiecie, która ukończyła 16 lat. Kodeks postępowania cywilnego wymaga złożenia wniosku przez zainteresowaną. $\frac{3}{4}$ przychodzących na świat dzieci rodzi się w związkach małżeńskich, częstość formowania zatem tego typu związków i ich trwałość bezpośrednio rzutuje na zachowania rozrodcze Polek i Polaków. W 2017 r. zawarto ponad 192 tys. nowych związków małżeńskich – o 0,9 tys. to mniej niż rok wcześniej. W 2018 roku małżeństwa wyznaniowe (czyli zawarte w kościołach i jednocześnie zarejestrowane w urzędach stanu cywilnego) stanowiły w Polsce ok. 62% zawieranych prawnie związków (wykres 2), na wsi było to aż 70% wszystkich związków. Nieustająco wśród nowo zawartych związków

7 Ibidem.

8 Encyklopedia PWN (encyklopedia.pwn.pl, 24.01.2018).

ok. 79% stanowią małżeństwa pierwsze, czyli panien z kawalerami (na wsi jest ich około 83%).



Wykres 2. Małżeństwa wyznaniowe w latach 1999 – 2017 (źródło GUS)⁹

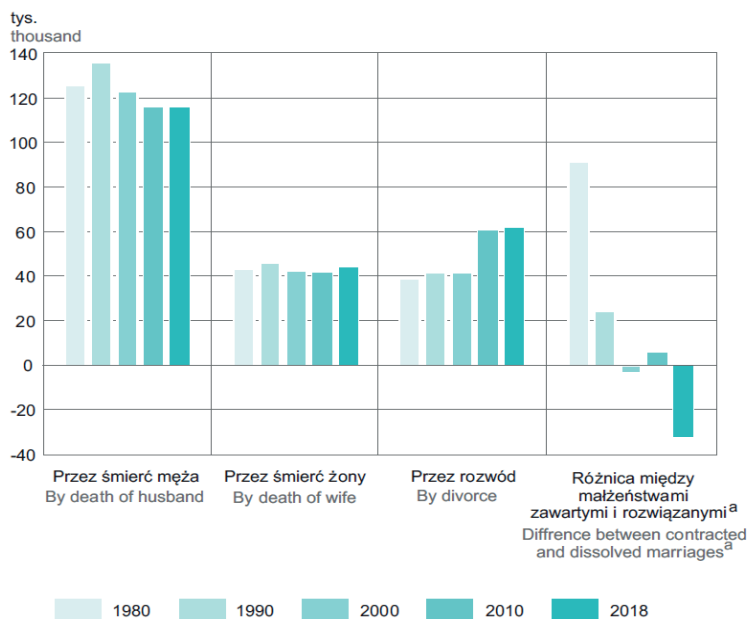
Na przestrzeni minionego ćwierćwiecza mocno podwyższył się wiek nowożeńców. Na początku lat 90-tych ponad połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie osiągała wieku 25 lat, w 2018 roku – już tylko 11% (w 2000 roku – było ich ok. 42%). Wśród kobiet udział ten nieznacznie zmniejszył się z 73% w 1990 r. do 62% w 2000 r., a aktualnie wynosi on 24%.

Zazwyczaj mężczyźni żenią się „przed trzydziestką”; w 2017 roku mediana zawierania małżeństwa wynosiła ponad 26 lat, to o prawie 5 lat więcej niż na początku lat 90-tych (jednak w 2000 roku mieli średnio po niespełna 26 lat). Panny młode teraz też są starsze, w 2017 roku miały – średnio 26 lat, wobec niespełna 23 lat na początku lat 90-tych ubiegłego wieku i prawie 24 – w 2000 roku. W rezultacie nastąpiło przesunięcie wieku najczęstszego zawierania małżeństwa z 20-24 na 25-29 lat. Małżonkowie w miastach są o ok. 2 lata starsi od mieszkających na wsi. Zmianie ulega też struktura poziomu wykształcenia nowożeńców.

W 2018 roku 51% panien młodych posiadało wykształcenie wyższe – w 1990 roku udział ten wynosił tylko 4%. Wzrósł też poziom wykształcenia wśród mężczyzn: w 2018 roku – 41% spośród nich wskazywało wykształceniem średnie (w 1990 roku – 28%, w 2000 roku – 35%), studia wyższe ukończyło 36%

9 GUS, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2017-2018*, Warszawa 2018.

(wobec 5% na początku lat 90-tych oraz 13% w 2000 oku.). W końcu 2018 roku w Polsce zawartych było ponad 192 tys. małżeństw. Od 2011 roku ich liczba maleje. Każdego roku liczba nowych małżeństw jest niższa od liczby małżeństw rozwiązanych przez śmierć i przez rozwód (wykres nr 3)¹⁰.



Wykres nr. 3. Bilans małżeństw

Rozwód jest to rozwiązanie ważnego związku małżeńskiego przez sąd na żądanie jednego lub obojga małżonków. Rozwód oprócz owdowienia i unieważnienia małżeństwa jest jedną z okoliczności kończących małżeństwo. Możemy wyróżnić dwa typy rozwodów:

- rozwody z orzekaniem o winie (kończący małżeństwo z winy któregoś z małżonków). Sąd może zasądzić alimenty od osoby, przez którą ustaje związek małżeński na korzyść poszkodowanej osoby;
- rozwody bez orzekania o winie (za porozumieniem stron). Małżonkowie zrzekają się praw roszczeniowych w stosunku do drugiej osoby.

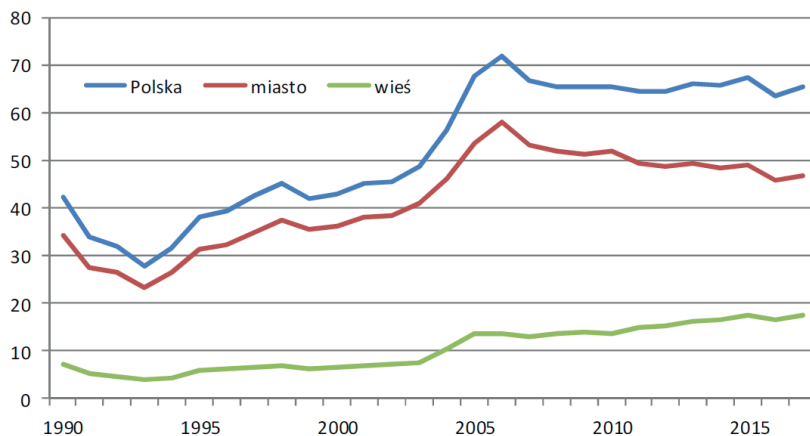
Kościół katolicki nie uznaje rozwodów w przypadku zawarcia ślubu kościelnego istnieje tylko możliwość stwierdzenia nieważności małżeństwa

¹⁰ Ibidem.

w dowolnym czasie jego trwania. Oznacza to, że w przypadku małżonków, którzy zawarli ślub kościelny i cywilny, to po rozwodzie – uzyskanym na gruncie prawa świeckiego – ich małżeństwo (w rozumieniu prawa kanonicznego) wciąż trwa, a więc ponowne zawarcie ślubu kościelnego jest niemożliwe.

W Polsce i według prawa polskiego rozwód jest to trwały i zupełny rozpad małżeństwa. Po mimo dopuszczalności rozwodu czasami zdarza się, że takiego rozwodu nie można udzielić ze względu na dobro małoletnich dzieci lub jeżeli rozwód byłby sprzeczny z zasadami współżycia społecznego¹¹.

W 2018r. rozwiodło się ponad 62 tys. par – o prawie 3 tys. mniej niż rok wcześniej. W latach 1995-2002 orzekano ok. 40-45 tys. rozwodów rocznie, po czym – w 2006 r. – nastąpił szybki wzrost ich liczby do 72 tys. Na przełomie ostatnich lat rozwodzi się ok. 65 tys. małżeństw rocznie (wykres 4).



Wykres 4. Liczba rozwodów w latach 1990-2017 (źródło GUS¹²)

W roku 2016 na prawie każde 10 tys. zawartych małżeństw 71 zostało zakończone orzeczeniem sądu, podczas gdy na początku lat 90-tych było ich blisko 50. W miastach liczba rozwodów jest ok. 2-krotnie wyższa niż na wsi – w 2016 r. wyniosła: 86 i 46 na 10 tys. istniejących małżeństw. Rozwiedzione pary przeżywają ze sobą średnio ok. 14 lat (staż małżeński minimalnie się wydłuża). W okresie ostatnich lat podwyższa się wiek małżonków decydujących się na rozwód – w roku 2016 rozwiedziony mężczyzna miał 41 lat, a kobieta 39 lat, byli już o 2 lata starsi niż w 2000 r. i o 3 lata niż w 1990 r. Osoby rozwodzące

11 Art. 56 ustawy z dnia 11 lipca 2012 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (DU rok 1964 numer 9 poz. 59).

12 GUS, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2015-2016*, Warszawa 2016.

się są coraz bardziej wykształcone, chociaż nadal wśród mężczyzn dominuje wykształcenie zawodowe (w 2016 r. stanowiło 35%, w 2000 r. – 43%, a w 1990 r. – 40%). Obecnie najliczniejsza grupa legitymuje się wykształceniem średnim – 35% (w 2000 r. 28% i 25% w 1990 roku) oraz wyższym – 20% (w 1990 r. stanowiła 10%). Rozwodzące się kobiety są dużo lepiej wykształcone. Obecnie w dużym stopniu posiadają wykształcenie średnie – 39% (w 2000 roku – 40%, w 1990 roku – 38%), z wyższym jest to 31% (w 2000 roku – 11%, a w 1990 roku – 9%), a z wykształceniem podstawowym – 21% (w latach 1990 i 2000 – ok. 27%). Warto zaznaczyć, że na początku lat 90-tych zeszłego wieku osoby z wykształceniem maksymalnie podstawowym stanowiły ponad $\frac{1}{4}$ rozwodzących się, a obecnie nieco ponad 8%.

3. Migracje

Migracje to przemieszczenia terytorialne związane ze względnie trwałą zmianą miejsca zamieszkania. Wyróżniamy migracje wewnętrzne (wewnątrz kraju) i zewnętrzne (zagraniczne). Dla procesów demograficznych większe znaczenie mają migracje zagraniczne. Wiążą się bowiem ze zmianą liczby ludności kraju. Migracje wewnętrzne na rok 2016 przedstawia Tab. nr 1. Migracje dzielimy także na imigracje oraz emigracje. Pierwsze z nich rozumiemy jako przybycie do kraju osoby zamieszkującej wcześniej inny kraj na co najmniej 12 miesięcy (napływ). Emigracja to opuszczenie kraju przez jego rezydenta z zamiarem przebywania za granicą przez okres również co najmniej 12 miesięcy (odpływ). Według szacunków GUS poza Polską przebywało ok. 2,4 mln Polaków (na rok 2015). Obserwuje się też stały „trend wyjazdowy”, co oznacza, że więcej Polaków wyjeżdża niż wraca do swojego kraju. Z Polski wyemigrowało w 2016 roku 47126 (w tym 20102 kobiet). Najczęściej Polacy wyjeżdżali na Ukrainę (8802), do Niemiec (8280), oraz do Wielkiej Brytanii (6674). W 2106 roku zarejestrowano 61150 osób czasowo nieobecnych w związku z wyjazdami za granicę (na czas przekraczający 6 mies.) Jeśli chodzi o imigracje do Polski, na rok 2016 zanotowano 61739 przyjazdów do Polski (na okres co najmniej 12 miesięcy), z czego 35497 stanowili imigranci płci męskiej. Największą część imigrantów z Unii Europejskiej stanowiły osoby z Wielkiej Brytanii (9788) oraz z Niemiec (6231). Spośród krajów spoza UE byli to zdecydowanie obywatele Ukrainy (17690).

Z migracjami wiążą się pojęcia salda migracji oraz przyrost rzeczywisty. Saldo migracji to *różnica liczby osób przybyłych w danym okresie do danej jednostki administracyjnej/kraju z zagranicy i liczby osób, które w tym okresie wyje-*

chały z tej jednostki/kraju za granicę¹³. Innymi słowy jest to różnica imigrantów i emigrantów zgłaszających pobyt stały. Saldo migracji w 2014 wyniosło -15,8 tys., w 2015 zmalało do -1,4, natomiast w 2016 roku wynosiło już +1,1 tysiąca. Oznacza to, że w 2016 roku więcej ludzi przybywało do Polski, niż Polaków imigrowało do innych krajów. Jako ciekawostkę można przytoczyć liczbę studiujących cudzoziemców w Polsce, na rok 2016/2017 było ich aż 65793. Pracujących obcokrajowców (którzy uzyskali pozwolenie na pracę) było 127394. Tendencja w tym zakresie przedmiotowym ma charakter przyrostowy. Przyrost rzeczywisty to przyrost naturalny uwzględniający saldo migracji. Przyrost naturalny na rok 2016 wynosił -6 tys., a saldo migracji +1,1 tys, z czego wynika, że przyrost rzeczywisty wynosił -4,9 tysiąca.

Tabela 1. Migracje wewnętrzne w Polsce na rok 2016 (źródło GUS)

	Napływ (w tysiącach)			Odpływ (w tysiącach)		
	Ogółem	Z miast	Ze wsi	Ogółem	Do miast	Na wieś
Ogółem	391,7	225,0	153,2	390,2	200,0	178,2
Miasta	209,1	209,1	93,4	233,5	106,6	118,4
Wsie	182,5	118,4	59,8	156,7	93,4	59,8

4. Umieralność i trwałość życia

Umieralność jest to następstwo po urodzeniach, wyznaczające stan i strukturę społeczeństwa. W Polsce duża umieralność występowała podczas II wojny światowej, znacznie się zmniejszyła jednak w latach 70 XX wieku. Wówczas nastąpił znaczny wzrost urodzeń i zmniejszenie się ilości zgonów w społeczeństwie polskim. przez regresywny proces radzenia sobie z chorobami układu krążenia oraz wpływu przyczyn zewnętrznych. W 2016 r. w Polsce na każde 100 tys. ludności zmarło 873 osób. Z umieralnością bezpośrednio wiąże się pojęcie zgonu. Definiujemy go jako nieodwracalny proces organizmu zachodzący w skutek zatrzymania czynności narządów niezbędnych do funkcjonowania. Źródłem zgonu jest nieprawidłowy rozwój, choroba bądź inny powód zewnętrzny. Klasyfikację przedstawia Tabela 2 (źródło GUS).

13 GUS, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2015-2016*, Warszawa 2016.

Tabela 2. Przyczyny zgonów w % (źródło GUS¹⁴)

Grupa przyczyn zgonów	ICD-10*	2002	2005	2010	2013	2014
Ogółem		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Choroby układu krążenia	I00-I99	47,1	45,7	46,0	45,8	45,1
Nowotwory	C00-D48	25,0	25,4	25,4	25,5	26,6
Przyczyny zewnętrzne	V01-Y98	7,1	6,9	6,2	5,8	5,7
Choroby układu oddechowego	J00-J98	4,3	5,1	5,1	5,9	5,4
Choroby układu trawiennego	K00-K92	4,1	4,5	4,3	4,3	4,1
Pozostałe przyczyny dokładnie określone		5,9	6,6	6,5	6,3	5,7
Przyczyny niedokładnie określone	R00-R99	6,5	6,6	6,5	6,4	7,4
Brak danych o przyczynie zgonu		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

*ICD – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD-9 – Rewizja 9, ICD-10 – Rewizja 10).

Trwanie życia to pojęcie, które składa się z wielu czynników wpływających na wiek, ze szczególnym nastawieniem na liczbę dożywających, liczbę zmarłych, prawdopodobieństwo zgonu oraz przeciętne dalsze trwanie życia określając przy tym prawdopodobny przebieg wymierania społeczeństwa w miarę jego starzenia się. Korzyści wynikające z rozwoju nowych technologii medycznych i nowoczesnych metod diagnostycznych oraz poprawa kondycji zdrowotnej Polaków (będąca skutkiem popularyzacji prozdrowotnego stylu życia) mają swoje odzwierciedlenie w trwającym już od około dwudziestu lat spadku natężenia zgonów, a tym samym wydłużaniu przeciętnego trwania życia.

W latach 2002–2014 przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej zwiększyło się o ponad 3 lata, z 70,42 do 73,75, a w przypadku kobiet nastąpił wzrost z 78,78 do 81,61 lat, czyli o prawie 3 lata. Przyrosty długości trwania życia, jakie wystąpiły w Polsce od 2008 r., były większe dla mężczyzn niż kobiet. W obu przypadkach przyrosty roczne podlegały wahanom. Należy podkreślić, że te zanotowane w latach 2013–2014 były jednymi z największych od 2002 roku. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, występowała i nadal występuje nadumieralność mężczyzn, jednak skala tego zjawiska w Polsce jest znacznie wyższa. Obecnie różnica długości życia wynosi 8 lat.

Tabela 3. Przeciętna długość trwania życia (źródło GUS¹⁵)

Rok	0		15		30		45		60	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
2002	70,42	78,78	56,23	64,51	42,01	49,77	28,48	33,35	17,19	22,15
2005	70,81	79,40	56,49	65,04	42,23	50,27	28,71	35,84	17,51	22,65
2010	72,10	80,59	57,64	66,10	43,34	51,30	29,67	36,80	18,25	23,47
2011	72,44	80,90	57,97	66,38	43,67	51,61	30,01	37,10	18,52	23,76
2012	72,71	80,98	58,23	66,45	43,92	51,65	30,17	37,13	18,59	23,77
2013	73,06	81,14	58,57	66,61	44,25	51,83	30,45	37,27	18,73	23,86
2014	73,75	81,61	59,21	67,06	44,87	52,28	31,04	37,73	19,17	24,27
2015	73,58	81,57	59,04	66,99	44,69	52,18	30,84	37,62	18,98	24,14

Dane w tabeli wyrażają średnią liczbę lat, jaką w danych warunkach umieralności ma jeszcze do przeżycia osoba pochodząca z danej zbiorowości.

Polityka społeczna wobec procesów demograficznych – nowe rozwiązania

Państwo polskie oferuje szereg działań w zakresie polityki społecznej. Wszystkie one są odpowiedzią na zaobserwowane procesy demograficzne i dążą do tego, by zapewnić państwu, czyli ludziom, jak najlepszą przyszłość. Oto wybrane programy i formy działania polityki społecznej w Polsce:

1) ZA ŻYCIEM (lata projektowe 2017-2021).

Program kompleksowego wsparcia „Za życiem” skierowany jest do rodzin, w których przyszło lub przyjdzie na świat ciężko chore dziecko (cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu). Program ma na celu rzeczywistą pomoc w zakresie integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych oraz zapewnienie wsparcia ich rodzin, w tym także w zakresie potrzeb mieszkaniowych. Zapewnia także pomoc i wsparcie kobietom w okresie ciąży (zwłaszcza powikłanej), porodu, połogu oraz z małoletnimi dziećmi. Oferuje szerszy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, do rehabilitacji dzieci. W ramach programu „Za życiem” każda kobieta w ciąży i jej rodzina może skorzystać z bezpłatnej pomocy i wsparcia w różnorodnym zakresie, np. asystenta rodziny. Rodzice dziecka z orzeczoną niepełnosprawnością mogą skorzystać z pomocy psychologicznej, wyrobów medycznych (tj. pieluchomajtki), opieki „wytechnieniowej” (120h), jednorazowego świadczenia pieniężnego (4000zł).

15 GUS, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2015-2016*, Warszawa 2016.

2) RODZINA 500+ i inne.

a) Program RODZINA 500+.

Jest finansowym fundamentem wsparcia rodzin. Wszedł w życie 1 kwietnia 2016 roku i przyczynił się do znacznej poprawy sytuacji materialnej rodzin, wzmocnił je i nadał należny priorytet. W 2015 roku łączne wydatki budżetu państwa na rzecz rodzin wyniosły 1,78 proc. Produktu Krajowego Brutto. W 2017 roku wyniosły one już 3,11 proc. PKB. Jest to wzrost o 75 proc. Program realizuje trzy podstawowe cele: wpływa na wzrost liczby urodzeń (współczynnik dzietności wzrósł z 1,29 w 2015 roku do 1,45 w 2017 roku) ogranicza ubóstwo, w szczególności wśród dzieci (w latach 2015-2017 ubóstwo skrajne spadło z 6,5 do 4,3 proc.) oraz stanowi inwestycję w rodzinę.

Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w programie, od 1 lipca 2019 roku świadczenie wychowawcze przysługuje na każde dziecko do ukończenia 18. roku życia, bez względu na dochód osiągniany przez rodzinę. Rozszerzona formuła Programu pozwala na poprawę jakości życia wszystkich polskich rodzin mających dzieci na utrzymaniu i stanowi dopełnienie kompleksowej polityki państwa wobec rodzin. Prawo do świadczenia jest ustalane na okres roku. Wsparcie otrzymują rodzice, opiekunowie prawni lub opiekunowie faktyczni dziecka, także domy dziecka.

b) Dobry Start.

Program to inwestycja w edukację polskich dzieci. To 300 zł jednorazowego wsparcia dla wszystkich uczniów rozpoczynających rok szkolny. Rodziny otrzymają świadczenie bez względu na dochód. To wsparcie dla 4,6 miliona uczniów. Świadczenie przysługuje raz w roku na dziecko uczące się w szkole, aż do ukończenia przez nie 20-ego roku życia. Dzieci niepełnosprawne, uczące się w szkole, otrzymają świadczenie do ukończenia przez nie 24 roku życia. Aby otrzymać wsparcie, należy złożyć wniosek. Może to zrobić matka, ojciec, opiekun prawny dziecka lub opiekun faktyczny dziecka (opiekun faktyczny to osoba faktycznie sprawująca opiekę nad dzieckiem, która wystąpiła do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka). Wniosek o świadczenie dla dzieci, które przebywają w pieczy zastępczej składa rodzic zastępczy, osoba prowadząca rodzinny dom dziecka lub dyrektor placówki opiekuńczo-wychowawczej. Wniosek o świadczenie dobry start

– podobnie jak wniosek o świadczenie wychowawcze z Programu „Rodzina 500+” - można składać online od 1 lipca każdego roku przez stronę <https://empatia.mpips.gov.pl/> lub przez bankowość elektroniczną oraz od 1 sierpnia także drogą tradycyjną (w formie papierowej). Wniosek należy złożyć do 30 listopada. Wniosek można złożyć w tych samych instytucjach, co wniosek o 500+, czyli w urzędzie miasta lub gminy, ośrodku pomocy społecznej lub innej jednostce wyznaczonej w gminie (np. w centrum świadczeń). Wnioski o świadczenie dla dzieci przebywających w pieczy zastępczej są z kolei przyjmowane przez powiatowe centra pomocy rodzinie. Złożenie wniosku w lipcu lub sierpniu gwarantuje wypłatę świadczenia nie później niż do 30 września. Gdy wniosek zostanie złożony w kolejnych miesiącach (we wrześniu, październiku lub listopadzie), to wsparcie trafi do rodziny w ciągu 2 miesięcy od złożenia wniosku. Świadczenie dobry start nie przysługuje na dzieci uczęszczające do przedszkola oraz dzieci realizujące roczne przygotowanie przedszkolne w tzw. zerówce w przedszkolu lub szkole. Program Dobry Start nie obejmuje również studentów.

c) Program „Maluch+”.

Wspiera rozwój instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 - żłobków, klubów dziecięcych i dziennych opiekunów. Beneficjenci programu mogą otrzymać dofinansowanie do tworzenia i funkcjonowania miejsc opieki. „Maluch+” jest programem rocznym. Celem programu „Maluch+” jest zwiększenie dostępności terytorialnej i finansowej miejsc opieki w żłobkach, klubach dziecięcych i u dziennych opiekunów dla wszystkich dzieci, w tym dzieci niepełnosprawnych oraz wymagających szczególnej opieki.

d) Mama 4+.

Program jest rodzicielskim świadczeniem uzupełniającym. Jest przeznaczony dla osób, które wychowując co najmniej czworo dzieci nie mogły podjąć pracy zarobkowej lub z niej zrezygnowały, a dziś żyją na granicy ubóstwa, nie mając prawa do świadczeń nawet na minimalnym poziomie. Rodzicielskie świadczenie uzupełniające zapewni podstawowe środki do życia.

e) KARTA DUŻEJ RODZINY.

Ogólnopolska KDR to system zniżek i dodatkowych uprawnień dla rodzin z trojgiem lub więcej dzieci. Karta Dużej

Rodziny funkcjonuje zarówno w instytucjach publicznych, jak i w prywatnych firmach. Posiadacze KDR mają możliwość tańszego korzystania z oferty podmiotów; między innymi z branży spożywczej, paliwowej, bankowej czy rekreacyjnej. KDR wspiera budżety rodzin wielodzietnych oraz ułatwia dostęp do dóbr i usług. Aby z niej skorzystać, konieczne należy ją mieć przy sobie.

Karta obowiązuje do ukończenia 18 roku życia przez jedno dziecko lub 25 lat, gdy dziecko kontynuuje naukę i pozostaje na utrzymaniu rodziców, a w przypadku dzieci z orzeczeniami o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności na czas trwania orzeczenia. Od 2018 roku Karta Dużej Rodziny jest coraz bardziej atrakcyjna. Można z niej korzystać w formie tradycyjnej, ale także z aplikacji na urządzenia mobilne (Mobilna Karta Dużej Rodziny). Aplikacja posiada różne funkcje np. możliwość posiadania na swoim smartfonie Karty swoich dzieci oraz małżonka; możliwość wyszukiwania partnerów udzielających zniżek w okolicy przebywania użytkownika aplikacji dzięki geolokalizacji; możliwość dodawania partnerów KDR do listy „ulubionych” i inne.

3) ŚWIADCZENIA RODZINNE.

Do świadczeń rodzinnych zaliczymy: zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego; jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowe); świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne i specjalny zasiłek opiekuńczy; zasiłek dla opiekuna oraz świadczenie rodzicielskie.

a) ZASIŁEK RODZINNY.

Przyznanie prawa do zasiłku rodzinnego uzależnione jest m.in. od spełnienia kryterium dochodowego, 674zł na osobę, lub 764zł dla rodzin z dzieckiem posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności. Wysokość zasiłku rodzinnego wynosi miesięcznie od 95,00 zł na dziecko w wieku do ukończenia 5 roku życia; 124,00 zł na dziecko w wieku powyżej 5 roku życia do ukończenia 18 roku życia; do 135,00 zł na dziecko w wieku powyżej 18 roku życia do ukończenia 24 roku życia. Zasiłek rodzinny ma na celu częściowe pokrycie wydatków na utrzymanie dziecka. Osoba mająca prawo do zasiłku rodzinnego może ubiegać się o następujące dodatki: z tytułu urodzenia dziecka; z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego; z tytułu

samotnego wychowywania dziecka; z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej; z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego; z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania; z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego.

b) „BECIKOWE”.

Z tytułu urodzenia się żywego dziecka rodzice mogą starać się o jednorazową zapomogę z wysokości 1000 zł na jedno dziecko, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekroczy kwoty 1922,00 zł netto. Zapomoga ta przysługuje tylko wtedy, kiedy matka dziecka pozostawała pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do dnia rozwiązania.

c) ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZE.

- c1) Zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153zł miesięcznie może uzyskać niepełnosprawne dziecko; osoba niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności; osoba niepełnosprawnej (powyżej 16 roku życia) z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 roku życia. Przysługuje także osobie, która ukończyła 75 lat.
- c2) Świadczenie pielęgnacyjne może otrzymać rodzic, który nie podejmuje lub rezygnuje z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: *konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, albo osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności*¹⁶. Od 1 stycznia 2018 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosi 1477zł.
- c3) Specjalny zasiłek opiekuńczy w wysokości 520zł otrzymują osoby, które także zrezygnowały z pracy w celu opiekowania

¹⁶ <http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swiaadczen-rodzinnych-kryteria-uzyskania-/test-swiaadczenia-pielegnacyjne/swiadczenie-pielegnacyjne/24.1.2018>

się dorosłymi niepełnosprawnymi. Otrzymanie specjalnego zasiłku uzależnione jest od mieszczania się w kryterium dochodowym (764zł na osobę).

- c4) **ZASIŁEK DLA OPIEKUNA** przysługuje opiekunom osób dorosłych, którzy utracili prawo do pobierania świadczenia pielęgnacyjnego. Wynosi 520zł. Prawo do zasiłku dla opiekuna ustala się na czas nieokreślony, chyba że orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zostało wydane na czas określony. Jest ono jednak weryfikowane co pół roku.
- c5) **ŚWIADCZENIE RODZICIELSKIE** przysługuje rodzicom, którzy nie otrzymują zasiłku macierzyńskiego. Obecnie do pobierania zasiłku macierzyńskiego mają prawo rodzice będący pracownikami, a także osoby niepracujące, ale podlegające ubezpieczeniu chorobowemu. Świadczenie rodzicielskie mogą więc otrzymywać m.in. studenci, bezrobotni, osoby zatrudnione na umowie cywilno-prawnej. Świadczenie jest przyznawane niezależnie od dochodu rodziny. Wynosi 1000zł miesięcznie i można korzystać z niego przez rok (52 tygodnie) w przypadku urodzenia bądź przyjęcia na wychowanie jednego dziecka, przez 65 tygodni w przypadku dwójki dzieci, 67 tygodni - trójki, 69 tygodni - czwórki, a przy piątce i więcej - 71 tygodni. Świadczenie rodzicielskie wlicza się do dochodu w innych systemach wsparcia rodzin.

4) **MIESZKANIE DLA MŁODYCH.**

Program „Mieszkanie dla Młodych” przewiduje dopłaty o zróżnicowanej wysokości, które uzależnione są od spełnienia konkretnych warunków. Jest to 10% dopłaty dla osób niebędących w związkach małżeńskich oraz bezdzietnych małżeństw lub 15% dopłaty dla osób i małżeństw, które wychowują jedno dziecko, lub 20% dopłaty dla osób i małżeństw, które wychowują dwoje dzieci, lub 30% dopłaty dla osób i małżeństw, które wychowują przynajmniej troje dzieci. Warto pamiętać, że beneficjentom przysługuje jednorazowe dofinansowanie w wysokości 5% na spłatę kredytu, którym w rodzinie urodzi się lub zostanie przysposobione trzecie lub kolejne dziecko do 5 lat od dnia zakupu lokalu mieszkalnego. Wniosek o dodatkowe dofinansowanie należy złożyć do 6 miesięcy od urodzenia się albo przysposo-

bienia dziecka. Wsparcie pieniężne może zostać wykorzystane tylko i wyłącznie na spłatę kredytu za lokal mieszkaniowy. W przypadku wcześniejszej spłaty wymienionych wyżej 5% wartości kredytu, bank nie pobiera dodatkowych opłat.

Z limitu wieku zwolnione są osoby, wychowujące co najmniej troje dzieci, które: są małoletnie; pobierają zasiłek pielęgnacyjny lub rentę socjalną; uczące się i mające nie więcej niż 25 lat.

Mieszkanie Plus jest następstwem programu MDM. Nadal występuje w Polsce deficyt mieszkaniowy, dlatego też głównym założeniem nowego projektu jest zwiększenie liczby tanich mieszkań na wynajem z opcją późniejszego wykupu na własność. Z tego programu korzystać może każda osoba fizyczna. Różnicą w tych programach jest fakt braku górnej granicy wiekowej, brak wpływu ilości członków rodziny ani ich zarobków. Jedyny warunek uczestnictwa to opłacanie rachunków na czas oraz opłat za mieszkanie.

5) RODZINA NA SWOIM.

Jest przeznaczony dla małżeństw oraz osób samotnie wychowujących dzieci. Ma na celu pomoc w nabywaniu własnych mieszkań lub też domów jednorodzinnych właśnie takim osobom, które nie mogłyby sobie pozwolić na normalny kredyt. W przypadku małżeństw nie ma znaczenia czy posiadają oni dzieci czy nie. Jeżeli chodzi o osoby samotnie wychowujące dzieci to muszą one spełnić pewne warunki. Aby wziąć udział w programie dziecko musi spełniać warunek odnośnie wieku. Nie może mieć więcej niż 25 lat. Ponadto musi kontynuować naukę chyba, że na dziecko jest pobierany zasiłek pielęgnacyjny. W takim przypadku nie jest ważny wiek dziecka.

Rządowy program oferuje preferencyjne kredyty z dopłatą ze Skarbu Państwa na zakup mieszkania lub domu. Zakup nieruchomości na preferencyjnych warunkach dotyczy rynku pierwotnego (od dewelopera) oraz rynku wtórnego. Dopłaty Skarbu Państwa do kredytów trwają nawet przez 8 lat, dzięki temu koszt raty kredytu jest niższy nawet o kilkadziesiąt procent.

6) POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC SAMOTNYCH MATEK.

Matki samotnie wychowujące dzieci mają pierwszeństwo dostępu do żłobków, przedszkoli czy świetlicy. W przypadku pozostawania bez dachu nad głową mogą liczyć na przyjęcie do domu samotnej matki. Wystarczy zgłosić się do miejskiego lub gminnego ośrodka pomocy społecznej. Tam zostanie wystosowane skierowanie do najbliższego domu

samotnej matki, w którym zapewnione jest na pewien czas mieszkanie, ale też utrzymanie, opieka medyczna i pomoc psychologa, a opiekunowie społeczni pomagają w znalezieniu pracy, mieszkania i miejsca dla dziecka w żłobku lub przedszkolu.

Innym wsparciem jest możliwość pozyskania dofinansowania dla dziecka na obiady, wycieczki, języków, zajęcia pozalekcyjne zgodne z zainteresowaniami, potrzebami rozwojowymi dziecka.

Samotne matki otrzymują zasiłek jeśli nie zostały zasądzone alimenty na dziecko: Samotna matka ma wszystkie prawa, które przysługują kobietom w ciąży czy będącym w związku małżeńskim, czyli prawo do urlopu macierzyńskiego, wychowawczego, specjalnego traktowania w pracy. Jak inne matki (po spełnieniu określonych warunków) ma też prawo do konkretnej pomocy finansowej w postaci zasiłku rodzinnego i dodatków do niego, w tym dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka. Dodatek ten przysługuje, jeżeli nie zostały zasądzone alimenty na rzecz dziecka od drugiego z rodziców dziecka, ponieważ: ojciec dziecka nie żyje; lub ojciec dziecka jest nieznan; powództwo o ustalenie świadczenia alimentacyjnego od drugiego z rodziców zostało oddalone.

Przysługuje refundacja kosztów za opiekę na dziecko do lat 7. Jeśli kobieta jest bezrobotna i samotnie wychowuje dziecko do 7 lat, w momencie podjęcia pracy może liczyć na refundację kosztów opieki nad dzieckiem (pod warunkiem, że dochód na członka rodziny nie przekracza 351 złotych). Jeśli kobieta podjęła pracę na co najmniej pół roku - refundacja przysługuje przez 3 miesiące, jeśli na co najmniej rok - przez 6 miesięcy. Refundacja (wyplaca ją starosta) należy się także, jeśli kobieta dostała z urzędu pracy skierowanie na staż, szkolenie lub przygotowanie zawodowe

Możliwy jest także preferencyjny sposób rozliczeń fiskusa. Po orzeczeniu sądu o rozpadzie małżeństwa, matka samotnie wychowującą dziecko może skorzystać z preferencyjnego sposobu rozliczeń z fiskusem, pod warunkiem uprawomocnienia się orzeczenia sądu o rozwiązaniu małżeństwa. Prawo obowiązuje za rok podatkowy, w którym rozwód się uprawomocnił. Wystarczy aby w roku podatkowym kobieta wychowywała samotnie dziecko tylko przez jeden dzień.

7) POMOC SPOŁECZNA DLA IMIGRANTÓW.

Świadczenia pomocy społecznej dla imigrantów w 2016 roku udzielane były w formie: zasiłku stałego, zasiłku celowego (na zakup leków,

odzieży, żywności i na uregulowanie opłat), zasiłku okresowego, zasiłku celowego oraz posiłku przyznawanego w ramach programu „Pomoc państwa w zakresie dożywiania”, posiłków dla dzieci w szkole, schronienia, świadczenia pieniężnego na utrzymanie i naukę języka polskiego w ramach realizacji indywidualnego programu integracji, opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Średnia wysokość świadczenia miesięcznego wyniosła 418,60zł dla rodziny oraz 139,53zł na 1 osobę. Pomocą objęto 1209 rodzin, a wśród nich były osoby posiadające status uchodźcy, ochronę uzupełniającą, zgodę na pobyt tolerowany bądź zgodę na pobyt ze względów humanitarnych (tab. Nr 3)

W Polsce prowadzone są także różne kampanie mające na celu pomoc w aklimatyzacji imigrantów zarówno ze strony rządowej jak i przez organizacje pozarządowe, fundacje etc. Pomocą służy na przykład powstały w 1992 roku program Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka Pomoc Prawna dla Uchodźców i Migrantów. Skupia się on na udzielaniu bezpłatnych porad prawnych cudzoziemcom oraz podejmowaniu działań litygacyjnych. Program ów obejmuje również monitorowanie przestrzegania przez polskie władze Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, postanowień Konwencji Genewskiej z 1951 r. dotyczącej Statusu Uchodźców, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz polskiego ustawodawstwa w sprawach cudzoziemców¹⁷

17 <http://programy.hfhr.pl/uchodzcy>, dostęp: 01.03.2018r.

Tabela 4. Polityka społeczna wobec cudzoziemców¹⁸

DZIAŁ POLITYKI SPOŁECZNEJ /USŁUG SPOŁECZNYCH	CHARAKTERYSTYKA	PROBLEMY / REKOMENDACJE
Polityka wobec rynku pracy i usług społecznych	<ul style="list-style-type: none"> • Otwarty rynek pracy dla obywateli krajów zza wschodniej granicy • Nastawienie na migracje cyrkularne i krótkookresowe • Samoorganizacja imigrantów • Względnie wysoka stopa aktywności ekonomicznej • Imigranci jako płatnicy netto systemu ubezpieczeń społecznych 	<ul style="list-style-type: none"> • Konieczność zróżnicowania polityki rynku pracy ze względu na kraj pochodzenia imigrantów • Potrzeba wprowadzenia instrumentów integracji migrantów na rynku pracy • Uporządkowanie statystyk dotyczących pobierania świadczeń z ubezpieczenia społecznego
Edukacja	<ul style="list-style-type: none"> • Konstytucja RP gwarantuje dostęp do edukacji wszystkim 	<ul style="list-style-type: none"> • Wypracowanie mechanizmów współpracy podmiotów lokalnych
Polityka wobec rodziny	<ul style="list-style-type: none"> • Możliwość połączenia rodziny na wniosek legalnie przebywającego na terenie kraju imigranta • Prawo do korzystania z programów wsparcia rodziny dla zatrudnionych 	<ul style="list-style-type: none"> • Całościowe podejście do sytuacji materialnej i rodzinnej imigranta w rozpatrywaniu wniosku o połączenie rodziny • Konieczność zróżnicowania polityki wobec różnych grup imigrantów
Pomoc społeczna i program integracyjne	<ul style="list-style-type: none"> • Świadczenia z pomocy społecznej przysługują rezydentom UE, uchodźcom, osobom posiadającym ochronę uzupełniającą i ofiarom handlu ludźmi 	<ul style="list-style-type: none"> • Konieczność poprawy podstawowych warunków bytowych cudzoziemców przebywających w polskich ośrodkach!
Dostęp do opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> • Formalnie dostęp do opieki zdrowotnej gwarantowany jest dla wszystkich ubezpieczonych (głównie dla pracujących) i objętych ochroną międzynarodową oraz ich rodzin 	<ul style="list-style-type: none"> • Bariery świadomościowe, komunikacyjne i kulturowe często ograniczają realny dostęp do opieki zdrowotnej. • Konieczność wzmocnienia kompetencji międzykulturowych i lekarzy i ulepszenia informacji o uprawnieniach imigrantów oraz dostępności różnych usług w przypadku konkretnych osób, rodzin i sytuacji

Źródło: KE 2012, tabela 1.1

Innym przykładem może być Program Krajowy Funduszu Azylu, Migracji i Integracji (PK FAMI 2014-2020). Jego działania obejmują wzmocnienie systemu azylowego i recepcji, rozwój odpowiednich metod identyfikacji grup szczególnego traktowania i udzielania im niezbędnej pomocy, rozwój mechanizmów integracji obywateli państw trzecich pozostających w Polsce. Celem FAMI jest *przyczynianie się do skutecznego zarządzania przepływami migracyjnymi i do realizacji, wzmocnienia i rozwoju wspólnej polityki w zakresie azylu, ochrony uzupełniającej i ochrony czasowej oraz wspólnej polityki imigracyjnej z pełnym poszanowaniem praw i zasad zapisanych w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej*¹⁹.

18 Polakowski M., Szelewa D. (2013), *Polityka społeczna a problemy migracji*, Warszawskie Debaty o Polityce Społecznej, Wydawnictwo Friedrich-ebert-stiftung i ICRA, str 22.

19 <http://copemswia.gov.pl/fundusze-2014-2020/fami/>, dostęp: 01.03.2018r.

W Internecie możemy znaleźć również szereg serwisów skierowanych dla migrantów. Jednym z nich jest serwis powroty.gov.pl, który oferuje szeroki zakres pomocy dla osób powracających do Polski z emigracji. Znajdują się tam praktyczne porady dotyczące przepisów i procedur związanych z powrotem do kraju, wskazówki przydatne przy otwieraniu własnych działalności, poszukiwaniu pracy. Możliwe jest także skorzystanie z darmowej pomocy ekspertów.²⁰ Inną propozycją jest serwis Fundacji Polskie Forum Migracyjne powstałej w 2007r. prowadzącej działania na rzecz pomocy i integracji cudzoziemców z Polakami. Realizuje swoje cele głównie przez szeroko rozumiane działania informacyjne i edukacyjne Fundacja stworzyła internetowy system doradztwa i informacji dla migrantów, pierwsze szkoły rodzenia dla migrantek, sieć bibliotek z literaturą o migracji etc.²¹

8) POLITYKA SENIORALNA.

a) PROGRAM SENIOR+.

Od 2015 roku Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wprowadziło dla osób starszych w Polsce Program „Senior +” mający na celu zmotywowanie seniorów do uczestnictwa w życiu społecznym. Program polega na wsparciu tworzenia placówek typu „Senior +”, w tym Dziennych Domów „Senior +” i Klubów „Senior +” przez jednostki samorządu, których strategie rozwoju pomocy społecznej uwzględniają rozwój infrastruktury dla osób starszych lub w których brak jest innej infrastruktury pomocy społecznej tego typu. W ramach Programu uprawnione podmioty, w trybie otwartego konkursu ofert, mogą ubiegać się o uzyskanie środków finansowych przeznaczonych na:

- MODUŁ I - jednorazowe wsparcie finansowe na utworzenie lub wyposażenie placówki w wysokości do 80% całkowitego kosztu realizacji zadania, które nie może być wyższe niż 300 tys. zł w przypadku Dziennego Domu „Senior +” oraz 150 tys. zł w przypadku Klubu „Senior +”;
- MODUŁ II - zapewnienie funkcjonowania już istniejących placówek. Dofinansowaniu z budżetu państwa w każdym roku kalendarzowym, w trybie konkursowym mogą podlegać działania związane z bieżącym utrzymaniem placówki.

²⁰ [Powroty.gov.pl](http://powroty.gov.pl), dostęp: 01.03.2018r.

²¹ <http://www.forummigracyjne.org/pl/projekty.php>, dostęp: 01.03.2018r.

Podstawowy zakres usług świadczonych przez Dzienny Dom „Senior+” może obejmować w szczególności usługi socjalne, w tym posiłek; edukacyjne; kulturalno-oświatowe; aktywności ruchowej lub kinezyterapii; sportowo-rekreacyjne; aktywizujące społecznie (w tym wolontariat międzypokoleniowy);terapii zajęciowej.

b) OPIEKA 75+.

Jest to program mający na celu poprawienie jakości i zwiększenia dostępności do usług opiekuńczych. Program „Opieka 75+” jest adresowany do małych gmin, w tym gmin wiejskich, miejskich (do 20 tys. mieszkańców) i gmin miejsko-wiejskich (do 20 tys. mieszkańców). Na wsparcie mogą liczyć jednak tylko te gminy, które świadczą usługi opiekuńcze samodzielnie. Środki finansowe z programu „Opieka 75+” mogą być przeznaczone z jednej strony na zwiększenie liczby godzin usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych u osób, które już korzystają z takich usług lub korzystały z nich w ostatnim roku, a z drugiej – na dofinansowanie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, które dotychczas ich nie otrzymywały.

c) ASOS - AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA OSÓB STARSZYCH.

Program został opracowany jako odpowiedź na wyzwania jakie stawiają przed Polską procesy demograficzne i społeczne. Jego głównym celem jest tworzenie warunków do rozwoju aktywności społecznej osób starszych, które w związku z wyżem demograficznym lat 50. wchodzi lub w najbliższej przyszłości będą wchodzić w wiek 60+, a kończąc aktywność zawodową pozostają nadal w dobrej kondycji psychofizycznej, mają potencjał, kwalifikacje, życiowe doświadczenie i czas wolny, który można i należy zagospodarować dzięki tworzeniu odpowiedniej oferty aktywności społecznej.

- I. Edukacja osób starszych – obejmuje działania mające na celu rozwój oferty edukacyjnej skierowanej do seniorów, wykorzystanie potencjału wzajemnego uczenia się, rozwój innowacyjnych form edukacji, w tym nieformalnej i pozaformalnej, promowanie tzw. wolontariatu kompetencji;
- II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową – zakłada rozwój różnych form aktywności

osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej (takich jak np. biblioteki publiczne, domy kultury) oraz włączenie do wspólnych działań młodszego pokolenia, co pozwoli na budowanie wzajemnego zrozumienia oraz rozwój umiejętności społecznych;

- III. Partycypacja społeczna osób starszych – działania na rzecz zwiększenia udziału osób starszych w życiu publicznym, społecznym, gospodarczym, kulturalnym i politycznym, co przyczyni się do rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. Bardzo istotną rolę odgrywają w tym zakresie organizacje reprezentujące interesy i potrzeby osób starszych, które sprzyjają ich zaangażowaniu w życie lokalnych społeczności, jak np. rady seniorów działające przy samorządach.
- IV. Usługi społeczne dla osób starszych – działania służące rozwojowi różnych form wsparcia poprzez zwiększenie dostępności i podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych. Kluczowe znaczenie ma tutaj tworzenie lokalnych sieci wsparcia opartych na działaniach wolontariuszy w celu tworzenia środowiska samopomocy.

d) SOLIDARNOŚĆ POKOLEŃ.

To działania prowadzone dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+. Program obejmuje wiele inicjatyw, których celem jest lepsze wykorzystanie zasobów ludzkich osób w wieku 50 i więcej lat. Celem Programu „Solidarność pokoleń” jest osiągnięcie w perspektywie do 2020 r. wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata na poziomie 50%.

e) KAMPANIA BEZPIECZNY I AKTYWNY SENIOR.

Której celem jest podwyższenie świadomości społeczeństwa na temat bezpieczeństwa oraz aktywności osób starszych.

I. Bezpieczeństwo

Zagwarantowanie bezpieczeństwa seniorom jest podstawowym elementem polityki społecznej wobec osób starszych. Kładzie się tu nacisk na wzmacnianie świadomości społecznej w zakresie bezpieczeństwa osób starszych, a co za tym idzie ograniczenie liczby nadużyć popełnianych na szkodę osób starszych, ochronę interesów seniorów oraz promocję zdrowego i bezpiecznego stylu życia.

II. Aktywność

Stan zdrowia oraz samodzielność w dużej mierze zależy od prowadzonego stylu życia. W obszarze aktywności cel realizuje się poprzez podnoszenie świadomości społecznej, *w szczególności świadomości seniorów na temat znaczenia uczestnictwa osób w wieku podeszłym w życiu społecznym, kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie, promocję zdrowego stylu życia i aktywnego starzenia się, propagowanie idei i działań mających na celu przygotowanie się do starości i jak najdłuższe zachowanie samodzielności*²².

f) BEZPIECZEŃSTWO. UCZESTNICTWO. SOLIDARNOŚĆ

Premier Mateusz Morawiecki i minister rodziny, pracy i polityki społecznej Elżbieta Rafalska zaprezentowali założenia dokumentu „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność”, który w styczniu trafi do konsultacji resortowych. Program opiera się na trzech filarach – bezpieczeństwie, uczestnictwie i solidarności. Dokument przewiduje realizację różnych działań tj:

1. Kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie;
2. Uczestnictwo w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, artystycznej i sportowej;
3. Tworzenie warunków umożliwiających wykorzystanie potencjału osób starszych jako aktywnych uczestników życia gospodarczego i rynku pracy, dostosowanych do ich możliwości psychofizycznych oraz sytuacji rodzinnej;
4. Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
5. Zwiększanie bezpieczeństwa fizycznego – przeciwdziałanie przemocy i zaniedbaniom wobec osób starszych;
6. Tworzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej;

²² <https://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/kampania-informacyjna-bezpieczny-i-aktywny-senior/26.01.2018>.

7. Edukacja dla starości (kadry opiekuńcze i medyczne), do starości (całe społeczeństwo), przez starość (od najmłodszego pokolenia) oraz edukacja w starości (osoby starsze).

Dodatkowo w „Polityce społecznej wobec osób starszych 2030” po raz pierwszy zaprojektowane zostały działania skierowane do niesamodzielnych osób starszych:

1. Zmniejszenie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych tych osób;
2. Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb starszych osób niesamodzielnych;
3. Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych starszym, niesamodzielnym osobom;
4. System wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych przez instytucje publiczne.

Podsumowanie

Polityka społeczna aktualnie koncentruje się na dwóch priorytetach. Pierwszy dotyczy zwiększenia liczby urodzeń i tym samym zbliżenia się do granicy zastępowalności pokoleń. Stąd liczne programy kierowane ku rodzinom i przyszłym matkom mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa, a co za tym idzie stworzenia dobrych warunków do planowania założenia rodziny. Skuteczna polityka prorodzinna w obecnej chwili jest bardzo potrzebna. Zgodnie z prognozami GUS w 2050 roku, przeszło 30% społeczeństwa stanowić będą seniorzy w wieku emerytalnym. To oznacza, że jedynie 1/3 ludności będzie w wieku produkcyjnym. Drugi priorytet związany jest ze starzeniem się społeczeństwa. Dotyczy funkcjonowania w społeczeństwie osób starszych, których z roku na rok jest coraz więcej. W ramach polityki senioralnej państwo podejmuje różnorakie działania związane z sytuacją materialną i mieszkaniową seniorów, zapewnieniem im dostępu do opieki zdrowotnej, jak również z aktywnością zawodową, społeczną, edukacyjną, kulturalną czy sportową osób starszych. Polityka społeczna ma niełatwe zadanie, musi spróbować „pokierować” przyszłość naszego kraju na efektywniejsze i stabilniejsze tory.

Bibliografia

1. Chabior A., Fabiś A., Wawrzyniak J. K., *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*, Warszawa 2014.
2. Czapiński J., Błędowski P., *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna - Raport 2013*. Warszawa 2014.
3. Encyklopedia PWN (encyklopedia.pwn.pl, 24.01.2018). GUS, *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, 2009. Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa 2012.
4. GUS, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2017-2018*, Warszawa 2018.
5. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (www.mpips.gov.pl, 26.01.2018).
6. Polakowski M., Szelewa D. (2013), *Polityka społeczna a problemy migracji*, Warszawskie Debaty o Polityce Społecznej, Wydawnictwo Friedrich-ebert-stiftung i ICRA, str. 22.
7. Szarfenberd R. (2003), *Definicje polityki społecznej*, W: *Wokół teorii polityki społecznej*, Rysz -Kowalczyk B., Szatur-Jaworska B. (red.), Warszawa.

New solutions in social policy towards demographic processes.

Summary

The aim of this article is to present the contemporary demographic situation in Poland as an important factor of social policy activities. The text presents the current state of demographic processes regarding natural movement, migration and challenges for social policy related to these processes.

Keywords: social policy, demography, demographic processes, natural movement, migrations

Michał Cichoracki

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy,
PIE Europe Direct Bydgoszcz – ED Toruń

Główne tendencje determinujące zmiany demograficzne w państwach członkowskich Unii Europejskiej

Zgodnie z danymi statystycznymi przedstawionymi przez Komisję Europejską (KE) w najnowszym raporcie demograficznym – *The Impact of Demographic Change* (czerwiec 2020 r.- wszystkie dane, jeśli nie zaznaczono inaczej, podawane są za rok 2018) możemy stwierdzić, iż zmiany demograficzne w państwach należących do Unii Europejskiej (UE) charakteryzują się obecnie pięcioma głównymi tendencjami¹:

(1) – systematycznie rośnie średnia długość życia (*life expectancy at birth*) mieszkańców UE. W ciągu ostatnich 50 lat zwiększyła się ona o ok. 10 lat – zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn – i w roku 2018 r. wyniosła, średnio, 81 lat, tzn. 83.7 lat, jeśli chodzi o kobiety i 78.2 lat, jeśli chodzi o mężczyzn. Generalnie rzecz biorąc – pomiędzy rokiem 2002 (pierwszy rok, w którym wskaźnik średniej długości życia stał się dostępny badawczo we wszystkich krajach UE) a 2018 r. średnia długość życia w 27 państwach UE zwiększyła się z 77.6 lat do 81.0 lat, 2.8 lat w przypadku kobiet oraz 3.9 lat w przypadku mężczyzn. Na podstawie dostępnych opracowań statystycznych przewiduje się, iż średnia długość życia w krajach UE wyniesie w 2070 r. 90.3 lat dla kobiet oraz – odpowiednio – 86.1 lat dla mężczyzn. Oblicza się również, iż w latach 2000 – 2018 wskaźnik średniej długości mężczyzn wzrósł od 3.1 lat (Bułgaria) do 8.4 lat (Estonia) a w przypadku kobiet wzrósł z poziomu 2.1 lat (Niemcy) do poziomu 6.3 lat (ponownie Estonia).

¹ *The European Commission Report on the Impact of Demographic Change*:
- https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography_report_2020_n.pdf
- https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/commission-staff-working-document-impact-demographic-change-17june2020_en.pdf

Pomimo tych zauważalnie wzrostowych tendencji ciągle istnieją silne, niekiedy, dysproporcje pomiędzy poziomami średniej długości życia charakterystycznymi dla poszczególnych krajów wspólnoty – w przypadku kobiet różnice te są już wyraźnie widoczne (7.7 lat – najwyższy wskaźnik we Francji; najniższy w Bułgarii) a w przypadku mężczyzn są one już mocno zastanawiające (11.1 lat – najwyższy wskaźnik we Włoszech; najniższy na Łotwie). Mówiąc bardzo ogólnie – różnica między średnią oczekiwaną długością życia kobiet a średnią oczekiwaną długością życia mężczyzn zamieszkujących państwa UE waha się na poziomie ok. 5.5 lat na korzyść kobiet – dysproporcja ta jest najbardziej zauważalna na Litwie, Łotwie, Estonii oraz Polsce (8-9 lat) zaś najmniejsze różnice w tym względzie występują w Holandii, Szwecji, Irlandii oraz Danii (3-4 lata).

Jeszcze wyraźniej różnice między średnią oczekiwaną długością życia kobiet oraz mężczyzn żyjących na terenie Unii Europejskiej widać, jeśli weźmiemy pod uwagę wskaźnik nazwany średnią długością lat zdrowego życia (*healthy life years at birth/disability-free life expectancy*) a denotujący średnią liczbę lat przeżytych w pełnym zdrowiu tzn. do momentu pojawienia się pierwszych poważnych dysfunkcji zdrowotnych. Średnia dla mieszkańców UE wahała się na poziomie 64.2 lat w przypadku kobiet oraz 63.7 lat dla mężczyzn. I ponownie - tak, jak w przypadku średniej oczekiwanej długości życia - średnia długość lat zdrowego życia różni się – czasami nawet znacząco – w zależności od państwa /regionu UE, na terenie którego żyjemy. I tak na przykład – przeciętna kobieta żyjąca na Malcie oraz w Szwecji może oczekiwać dożycia w pełnym zdrowiu do okresu 72-73 lat w przeciwieństwie do przeciętnej kobiety żyjącej na Łotwie, gdzie wskaźnik średniej długości lat zdrowego życia waha się na poziomie 52-53 lat. Podobne różnice charakteryzują średnią długość lat zdrowego życia wśród mężczyzn – przeciętny mężczyzna żyjący w Szwecji może oczekiwać dożycia w pełnym zdrowiu okresu nawet prawie 74 lat podczas gdy mężczyźni zamieszkujący Łotwę i Estonię mogą liczyć na to samo tylko do 51-52 roku życia.

(2) – od 2000 r. wolno, choć systematycznie rósł **stopień dzietności kobiet** (*total fertility rate/live births per woman*) - rozumiany jako średnia liczba dzieci urodzonych przez jedną kobietę - a, mniej więcej, od roku 2010 tendencja ta ustabilizowała się na pewnym stałym poziomie 1.5-1.6, czyli 150-160 urodzonych dzieci przypadających na liczbę 100 kobiet. Obecnie w żadnym z państw Unii Europejskiej wskaźnik ten nie jest niższy niż 1.2, ale nie ma też państwa, w którym przekraczałby on poziom 2.0, czyli był już bardzo bliski wskaźnika zastępowalności pokoleń w sytuacji braku impulsu migracyjnego (2.1). W roku 2018 średni wskaźnik liczby urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w całej UE wahał się na poziomie 1.55.

W 2009 r. w państwach Unii Europejskiej urodziło się 5.4 mln. dzieci; i choć w porównaniu do roku 1964, w którym liczba urodzonych dzieci wyniosła 7.7 mln. ta pierwsza liczba nie robi specjalnego wrażenia, to w raporcie sugeruje się, iż stabilizacja liczby urodzonych dzieci w ciągu ostatniej dekady na poziomie z roku 2009 umożliwiła czasowe powstrzymanie – a przynajmniej widoczne, chwilowe opóźnienie - negatywnych konsekwencji społeczno-gospodarczych związanych z malejącym sukcesywnie przyrostem naturalnym. O ile w latach 1980-2002 liczba urodzonych dzieci szybko oraz systematycznie spadała osiągając najniższy wskaźnik 5.0 mln. w roku 2002, o tyle już od 2003 r. następuje wyraźny wzrost liczby urodzonych dzieci oraz stabilizacja tej tendencji w latach 2010-2018. Najwyższe wskaźniki, jeśli chodzi o średnią liczbę dzieci przypadających na jedną kobietę charakterystyczne są dla Francji (1.88) oraz Szwecji, i Rumunii (1.76); najniższe natomiast notowane są na Malcie (1.23 oraz w Hiszpanii (1.29). W Polsce wskaźnik ten sytuuje się na poziomie 1.46.

Warto również zauważyć, iż pomimo wspomnianych wcześniej stabilizujących tendencji ciągle istnieją – choć już w znacznie mniejszej skali – widoczne dysproporcje pomiędzy różnymi poziomami średniego stopnia dzietności kobiet charakterystycznymi dla poszczególnych państw wspólnoty. O ile w roku 1970 różnice stopnia dzietności kobiet wahały się na poziomie prawie 2.0 (Irlandia – 3.85; Finlandia – 1.83), o tyle od roku 1990 są one systematycznie redukowane do poziomu wyraźnie poniżej 2.0 (Cypr – 2.41; Włochy – 1.33), niemal 0.7 w 2010 r. (Irlandia – 2.05; Łotwa – 1.36), by w końcu oscylować na poziomie 0.5-0.6 w roku 2018. Oblicza się, iż różnice te nadal będą występować, ale ok. roku 2070 zostaną ograniczone do poziomu 0.37.

Warto również dodać, iż nadal systematycznie rośnie wskaźnik średniego wieku urodzenia pierwszego dziecka wśród kobiet zamieszkujących państwa Unii Europejskiej (*older average age of women at childbirth*) i w połowie z nich przekroczył on już barierę 30 lat. Jeszcze w roku 2001 średni wiek urodzenia pierwszego dziecka wahał się na poziomie 29 lat a w 2018 r. wzrósł on do poziomu 30.8.

Ustabilizowanie średniego stopnia dzietności kobiet na poziomie 1.5-1.6 oraz znaczny wzrost średniego wieku urodzenia pierwszego dziecka są, oczywiście, jeszcze dość dalekie od możliwości osiągnięcia wskaźnika 2.1, czyli trwałej trajektorii zastępowalności pokoleń, ale w dłuższej perspektywie – wraz z sukcesywnym przyrostem Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, postępującą digitalizacją przestrzeni publicznej oraz impulsami migracyjnymi – mogą przyczynić się do powstrzymania negatywnych konsekwencji procesu starzenia się społeczeństw europejskich.

(3) – równie systematycznie – wskutek wspomnianych powyżej procesów wzrostu średniej, oczekiwanej długości życia oraz spadku średniego stopnia dzietności kobiet (w porównaniu do lat wcześniejszych) – rośnie **średni stopień starzenia się** społeczeństw europejskich.

Z danych statystycznych, którymi aktualnie dysponujemy wynika, iż odsetek ludności w wieku 65+ zamieszkującej państwa Unii Europejskiej wzrósł w latach 1990-2013 z 13.7 % do 17.4 % a średnia wieku mieszkańca wspólnoty sukcesywnie rosła osiągając w latach 2001- 2019 poziom 38.4 - 43.7 lat, czyli rosnąc średnio 0.3 lat każdego roku (5.3 lat w całym okresie). Oznacza to, iż populacja zamieszkująca Unię staje się z roku na rok coraz starsza a średni wiek mieszkańca UE rośnie systematycznie od wielu lat. Przewiduje się, że będzie on nadal rósł w tym samym tempie, co dotychczas – przez okres najbliższych kilkudziesięciu lat – i ok. roku 2070 średnia wieku mieszkańca wspólnoty wyniesie 49 lat, czyli będzie o 5 lat wyższa niż obecnie. Co ciekawe – wzrost średniego wieku mieszkańców zamieszkujących państwa UE był charakterystyczny dla wszystkich państw wspólnoty, ale nie wszędzie rósł w tym samym tempie – najwyższy wzrost o ponad 7 lat w okresie 2001-2019 zanotowały Rumunia, Litwa oraz Portugalia a najniższy – na poziomie 2 lub 3 lat – wystąpił w Belgii, Szwecji, Luksemburgu.

Już za 10 lat odsetek ludności w wieku powyżej 65 lat ma wahać się od 10.4 % do 37.3 % w zależności od zamieszkiwanego regionu. Liczba osób starszych rośnie obecnie w tempie dwa razy szybszym niż jeszcze dziesięć lat temu – oblicza się, iż każdego roku w całej Unii Europejskiej przybywa ok. dwa miliony osób w wieku 60 +. Na podstawie analizowanych danych statystycznych wyraża się przypuszczenie, iż do roku 2060 ok. 30 % ludności zamieszkującej państwa UE będzie w wieku wyższym niż 65 lat. Najszybsze tempo przyrostu tej grupy osób w ogóle populacji wspólnoty będzie miało miejsce w latach 2020-2040.

Szczególnie istotną zmianą jest jednakże znaczące i sukcesywne zwiększanie się liczby osób najstarszych, tzn. osób w wieku 80 +. Prognozuje się, iż do roku 2060 odsetek osób określanym tym mianem zwiększy się w ogóle populacji Unii Europejskiej czterokrotnie w porównaniu do roku 1990. Dane statystyczne, którymi aktualnie dysponujemy wskazują wyraźnie, że odsetek ludności w wieku 80 + rośnie obecnie znacznie szybciej, niż liczba osób reprezentujących wszystkie pozostałe, młodsze kohorty wiekowe (0-19; 20-64; 65-79). W ciągu ostatnich 25 lat udział osób najstarszych w całej populacji wspólnoty zwiększył się z 3 % do ok. 5 %, przy czym będzie on nadal dynamicznie rósł osiągając w roku 2050 poziom 11 % a w roku 2060 poziom 12.1 % - w latach 2019-2070 odsetek osób w wieku 80 + zwiększy się ponad dwukrotnie i wyniesie ok. 13 %

W tym samym czasie liczba osób w wieku produkcyjnym (20-64) zmniejszy się z 59 % do 51 % w roku 2070 a liczba dzieci i młodzieży (0-19) zmniejszy się o 12.5 mln. osób. Dane statystyczne zaprezentowane i analizowane przez Eurostat wyraźnie sugerują, iż w latach 2020-2070 udział grupy osób w wieku 20-64 w ogóle populacji Unii Europejskiej będzie w sposób nieprzerwany spadać na rzecz powiększającego się udziału osób reprezentujących starsze kohorty wiekowe. Oznacza to, w praktyce, sytuację, w której średnia liczba osób pracujących przypadająca na każdą osobę w wieku 65+ w całej UE waha się obecnie na poziomie trzech, choć w 2009 r. wynosiła jeszcze 3.5 osoby przypadającej na każdego seniora. Oczywiście, również w tym względzie istnieją istotne i zarazem zauważalne różnice pomiędzy różnymi państwami wspólnoty – na przykład w Luksemburgu, oraz Irlandii na każdą osobę w wieku 65+ przypada 4.5 osoby w wieku produkcyjnym a we Włoszech i Finlandii nawet mniej niż trzy. Wspomniana powyżej korelacja będzie, z biegiem czasu, coraz bardziej widoczna – w latach 1980-2040 liczba osób w wieku produkcyjnym przypadających na jedną osobę w wieku 65+ zmniejszy się z poziomu 4.5 aż do poziomu mniej niż 2 a udział grupy osób najstarszych w ogóle populacji Unii Europejskiej zwiększy się z 20.3 % w 2019 r. do 30.3 % w roku 2070.

Oznacza to rosnącą nieprzerwanie dysproporcję między liczbą osób w wieku produkcyjnym a liczbą osób w wieku przedprodukcyjnym oraz poprodukcyjnym, co będzie miało ogromne konsekwencje dla europejskiego rynku pracy. O ile jeszcze w roku 2019 liczba osób w wieku produkcyjnym w całej UE wahała się na poziomie 265 mln., o tyle w 2070 r. spadnie ona do 220 mln. Konieczność uczynienia unijnego rynku pracy jeszcze bardziej inkluzywnym staje się zatem oczywista – Komisja Europejska przewiduje, iż w dłuższej perspektywie da się ten cel osiągnąć dzięki wprowadzeniu w życie polityk umożliwiających wzmoczoną aktywizację zawodową czterech kategorii osób:

- **kobiety** – różnica w stopie zatrudnienia między kobietami a mężczyznami kształtuje się aktualnie na poziomie 12 % a biorąc pod uwagę fakt, iż trzy na dziesięć kobiet pracuje w niepełnym wymiarze czasu pracy oraz to, iż stopa zatrudnienia kobiet wychowujących dzieci poniżej 6 roku życia jest o 14 % mniejsza, niż stopa zatrudnienia kobiet bezdzietnych, można nawet zasadnie założyć, że ta pierwsza liczba 12 % jest lekko niedoszacowana,
- **seniorzy** – w roku 2019 stopa zatrudnienia osób w przedziale wiekowym 55-64 lata ustabilizowała się na poziomie 59.1 %, co oznacza znaczący wzrost o 15 % w stosunku do roku 2009. W dłuższej perspektywie czasowej warunkiem koniecznym utrzymania wzrostu gospodarczego

(co jest szczególnie istotne w sytuacji/ach *postcovidowej/ych*) będzie sukcesywny przyrost liczby osób najstarszych pracujących coraz dłużej,

- **najmłodszy** – już *EUROPA 2020 - Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* zakładała, iż należy szybko ograniczyć liczbę osób przedwcześnie kończących naukę do 10 %, a co najmniej 40 % osób z młodego pokolenia powinno zdobywać wyższe wykształcenie umożliwiając, tym samym, dopływ do europejskiego rynku pracy siły roboczej posiadającej wysokie umiejętności zawodowe. 10 % młodych osób w wieku 18-24 lat kończy edukację na poziomie niskich lub bardzo niskich kwalifikacji – w niektórych regionach Unii Europejskiej liczba ta przekracza nawet 20 %. Kluczowe zatem wydaje się – zdaniem Komisji Europejskiej – nie tylko ograniczanie liczby osób przedwcześnie kończących edukację, ale również inwestowanie w podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób, które już zakończyły naukę – tym bardziej, że ok. 45 % spośród nich jest aktywna zawodowo,
- szersze otwarcie się unijnego rynku pracy na **osoby z niepełnosprawnościami** – w praktyce byłaby to realizacja zasady sprawiedliwości sformułowanej przez amerykańskiego filozofa politycznego J. Rawlsa, która zakładała, iż każdej osobie przysługuje takie samo prawo do w pełni adekwatnego pakietu podstawowych wolności, dającego się pogodzić z podobnym pakietem wolności dla wszystkich (*fairer society* w nomenklaturze unijnej)². Społeczne i ekonomiczne nierówności – jeśli istnieją – powinny spełniać, zdaniem J. Rawlsa, dwa warunki:
 - a) muszą być związane z urzędami i funkcjami dostępnymi dla wszystkich w warunkach autentycznej równości szans,
 - b) muszą przynosić **największe** korzyści **najmniej** uprzywilejowanym członkom społeczeństwa.

Stopa zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami jest na terenie UE ciągle na niezadowalająco niskim poziomie a przecież zakłada się, iż **największe** korzyści, w sensie dostępu do dóbr pierwotnych, trzeba zapewnić **najmniej** uprzywilejowanym, gdyż różnice związane z płcią, wiekiem, wyposażeniem genetycznym, stopniem niepełnosprawności oraz wieloma innymi cechami przekładają się na wyraźne zróżnicowanie możliwości zagwarantowania sobie wolności – w tym swobodnego wyboru zakresu zatrudnienia – nawet, jeśli na początku dysponujemy tym samym zestawem dóbr pierwotnych (zasada dyferencji).

² Zob. J. Rawls, *Justice as fairness: A Restatement*, Cambridge, Massachusetts, Belknap Press, 2001. Por. J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1994.

(4) – systematycznie rośnie liczba gospodarstw domowych na terenie Unii Europejskiej, ale z roku na rok stają się one coraz mniejsze.

Całkowita liczba gospodarstw domowych w Europie wahała się na poziomie 195 mln., co oznacza wzrost o 13 mln. w stosunku do roku 2010. Co ciekawe – największy wzrost w tym względzie (18 %) dotyczy gospodarstw domowych zamieszkiwanych przez dorosłych singli i jest on najbardziej znaczący wśród dorosłych bezdzietnych singli (19 %). Oznacza to w praktyce, iż co trzecie gospodarstwo domowe w UE składa się tylko z jednej osoby.

Zaprezentowane w raporcie demograficznym dane statystyczne wyraźnie sugerują, iż dynamiczny wzrost liczby gospodarstw domowych w państwach Unii Europejskiej spowodowany jest zwiększającą się liczbą gospodarstw domowych zamieszkiwanych przez osoby żyjące w związkach kohabitacyjnych (partnerskich); dotyczy to zwłaszcza grupy osób żyjących w związkach bezdzietnych. Największy wzrost w tym zakresie w latach 2010-2019 odnotowano na Malcie, Cyprze, Łotwie oraz Estonii – odpowiednio o 125 %, 64 % i 55 % dla dwóch ostatnich państw. Największy wzrost liczby osób samotnie wychowujących dzieci odnotowano natomiast w Hiszpanii oraz we Włoszech (32 %).

Warto podkreślić, iż w latach 2010-2019 zmniejszyła się o 6 % w całej Unii Europejskiej liczba gospodarstw domowych zamieszkiwanych przez dwie lub więcej osoby nie będące w związku partnerskim. O ile w przypadku Szwecji oraz Estonii spadek ten jest bardzo wyraźny (56 %; 42 %), o tyle w Luksemburgu, i Holandii liczba tych specyficznych gospodarstw domowych wzrosła o 67 % i 23 %.

W związku z tym przewiduje się, że w najbliższej przyszłości rozpowrzechnią się na terenie wspólnoty trzy główne typy gospodarstw domowych:

- gospodarstwa domowe składające się z bezdzietnych osób żyjących w związku partnerskim,
- gospodarstwa domowe składające się z pojedynczych osób żyjących samotnie,
- gospodarstwa domowe składające się z osób samotnie wychowujących dzieci

Warto również zaznaczyć, iż wzrostowi liczby gospodarstw domowych towarzyszy wolny, lecz systematyczny spadek średniej liczby osób zamieszkujących te gospodarstwa. W roku 2010 przeciętne gospodarstwo domowe w Unii Europejskiej składało się z 2.4 osób podczas, gdy w roku 2019 zamieszkiwane było już przez średnio 2.3 osoby.

W większości państw członkowskich Unii Europejskiej średnia liczba osób przypadających na jedno gospodarstwo domowe systematycznie spadała w latach 2010-2019 - największy spadek w tym względzie - o prawie 10 % - zanotowano na Łotwie, Malcie, w Estonii oraz Szwecji. Wyjątkiem od tej reguły są Belgia, Dania i Holandia, gdzie średnia liczba osób zamieszkujących przeciętne gospodarstwo domowe utrzymuje się na względnie stabilnym poziomie.

Najwięcej osób zamieszkuje gospodarstwa domowe w Chorwacji – wskaźnik na poziomie 2.8 – tuż za nią plasują się Irlandia, Rumunia, Cypr, Polska i Słowacja ze średnią 2.6. Na drugim końcu, z kolei, mamy państwa takie, jak: Finlandia, Estonia, Niemcy oraz Dania ze średnią osób zamieszkujących gospodarstwo domowe utrzymującą się na poziomie 2.0 lub nawet 1.8, jak jest w przypadku Szwecji.

Co ciekawe – bardzo szybko rośnie liczba osób najstarszych żyjących samotnie. W kohorcie wiekowej obejmującej osoby w wieku 65+ 19 % mężczyzn i aż 40 % kobiet deklaroowało samotne zamieszkiwanie gospodarstwa domowego. Największa liczba samotnie mieszkających mężczyzn występuje w Szwecji, Irlandii oraz na Łotwie (ponad 25 %). Jeśli chodzi zaś o kobiety, to najwięcej samotnych kobiet zamieszkiwało gospodarstwa domowe na Łotwie, w Słowenii oraz Niemczech (powyżej 45 %).

W przypadku grupy osób w wieku 15-64 te dysproporcje nie są już tak widoczne i rozkładają się idealnie po równo: 19 % w przypadku kobiet oraz mężczyzn. W tej kohorcie wiekowej zwiększa się za to systematycznie liczba osób deklarujących zamieszkiwanie gospodarstwa domowego wspólnie z inną dorosłą osobą – nie będącą z nią w związku partnerskim – lub z innymi dorosłymi osobami. Zamieszkiwanie tego typu gospodarstwa domowego deklaruje 30 % kobiet oraz 33 % mężczyzn.

Prawie połowa wszystkich gospodarstw domowych na terenie Unii Europejskiej zamieszkiwana jest przez tylko jedno dziecko – najwięcej tego typu gospodarstw domowych jest w Portugalii, Bułgarii, na Litwie oraz Łotwie (58 %- 55 %). Stosunkowo mała liczba gospodarstw domowych z jednym dzieckiem występuje w Irlandii, Szwecji oraz Holandii, gdzie wskaźnik ten utrzymuje się na poziomie, mniej więcej, 40 %.

Konsekwentnie – największa liczba gospodarstw domowych zamieszkiwanych przez dwoje dzieci charakterystyczna jest dla Szwecji (50 %) a najmniejsza, zaś, dla Bułgarii (35 %). Tylko w jednym państwie członkowskim Unii Europejskiej liczba gospodarstw domowych, na które przypada trzy lub więcej dzieci przekroczyła w roku 2019 pułap 25 % - tym państwem jest Irlandia. Średnia dla całej wspólnoty nie przekracza – w tym ostatnim zakresie – poziomu 12 %.

(5) – równie systematycznie rośnie **stopień mobilności** społeczeństw europejskich liczony ilością osób imigrujących do państw członkowskich Unii Europejskiej z krajów trzecich, ilością osób emigrujących do krajów nie należących do UE oraz ilością osób zamieszkujących państwa członkowskie inne niż kraj pochodzenia/urodzenia. Pod pojęciem imigracji rozumie się w raporcie pobyt na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej przez okres, co najmniej, 12 miesięcy po uprzedniej bytności w innym państwie członkowskim UE lub w innym państwie trzecim.

W 2018 r. 2.4 mln. osób imigrowało do państw wspólnoty z krajów trzecich, choć trzeba również wyraźnie podkreślić, iż 1.1 mln. osób wyemigrowało do państw nie będących członkami Unii Europejskiej. Wcielenie w życie idei wolnego i swobodnego przemieszczania się mieszkańców UE (strefa Schengen) spowodowało dynamiczny przyrost liczby osób osiedlających się w krajach członkowskich wspólnoty innych niż kraj pochodzenia/urodzenia. I choć ten ostatni proces nie ma bezpośredniego wpływu na liczbę ludności, czy też strukturę wiekową mieszkańców UE jako całości, to wywiera, niewątpliwie, znaczące efekty w wymiarach narodowych, regionalnych oraz lokalnych – tylko w 2018 r. aż 1.4 mln. obywateli Unii Europejskiej zdecydowało się zmienić miejsce zamieszkania na inne państwo członkowskie unii.

1 stycznia 2019 r. Unię Europejską zamieszkiwało 21.8 mln. osób pochodzących z krajów trzecich (nie posiadających obywatelstwa zamieszkiwanego aktualnie państwa członkowskiego) stanowiąc, tym samym, 4.9 % całej unijnej populacji. W tym samym czasie 13.3 mln. obywateli wspólnoty zamieszkiwało państwo członkowskie inne niż kraj pochodzenia/urodzenia. Roczne fluktuacje opisanych powyżej tendencji mogą, oczywiście, ulegać drobnym korektom, ale główna trajektoria rozwoju w tym zakresie jest i będzie nadal raczej stabilna – w ciągu ostatnich 35 lat Europa stała się kontynentem charakteryzującym się znacznym wzrostem wskaźnika imigracji netto. Od połowy lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku – niemal każdego roku – więcej osób przyjeżdża do państw członkowskich Unii Europejskiej niż z nich wyjeżdża, co skutkuje osiągnięciem pozytywnych wskaźników migracji netto.

Rozpatrując tę problematykę całościowo – bez odniesienia do poszczególnych państw członkowskich UE – można wyraźnie stwierdzić, iż osoby imigrujące na teren wspólnoty z krajów trzecich i nie posiadające obywatelstwa aktualnie zamieszkiwanego państwa – są coraz młodsze w stosunku do obywateli państw członkowskich. W roku 2019 średni wiek mieszkańca/obywatela unii wahał się na poziomie 45 lat, podczas gdy w przypadku przeciętnego imigranta średnia ta oscylowała na poziomie 36 lat. Najliczniejszymi grupami imigrującymi

na teren Unii Europejskiej – zarówno kobiet, jak i mężczyzn – są grupy wiekowe w przedziale 25-30 lat, podczas gdy najliczniejszymi grupami wiekowymi kobiet oraz mężczyzn posiadających obywatelstwo aktualnie zamieszkiwanego państwa członkowskiego UE są grupy osób liczące ok. 50 lat.

Najliczniejszy odsetek osób zamieszkujących państwo członkowskie inne niż kraj pochodzenia/urodzenia występuje w Luksemburgu (prawie 40 %) a największe populacje osób nie posiadających obywatelstwa aktualnie zamieszkiwanego państwa członkowskiego UE są charakterystyczne dla Austrii, Łotwy, Estonii oraz Niemiec.

Generalnie rzecz biorąc można stwierdzić, iż populacja krajów UE-27 rosła nieprzerwanie od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku i w roku 2019 liczyła 447 mln. osób, tzn. zwiększyła się w tym czasie niemal o 25 %. Oczywiście, istnieją znaczne dysproporcje w tym względzie pomiędzy różnymi państwami wspólnoty – podczas gdy populacje Belgii, Irlandii, Cypru, Luksemburga, Malty oraz Szwecji rosły w tym czasie w stosunkowo stabilnym tempie, o tyle w przypadku Bułgarii, Chorwacji, Litwy, Łotwy, Rumunii – szczególnie po roku 1990 – odnotowano drastyczne, niekiedy, spadki liczby ludności.

Przewiduje się, iż wspomniany powyżej trend wzrostowy potrwa jeszcze przez najbliższe kilka lat, po czym zacznie delikatnie wyhamowywać ok. roku 2030. Od 2012 r. liczba zgonów notowana w Unii Europejskiej przewyższa liczbę nowo narodzonych dzieci, co oznacza, iż w dłuższej perspektywie – dodatkowo biorąc pod uwagę ciągle znaczący impuls emigracyjny - liczba ludności zamieszkująca państwa członkowskie wspólnoty zacznie spadać.

Zakłada się, że tempo oraz wielkość populacji zamieszkującej UE pozostaną stabilne na obecnym poziomie przez najbliższe 20 lat – przed rokiem 2025 trajektoria rozwojowa ma osiągnąć swój szczyt na poziomie 449 mln. osób, po czym zacznie ona sukcesywnie maleć przed rokiem 2030, do poziomu 424 mln. mieszkańców w 2070 r., co oznacza spadek liczby ludności państw członkowskich Unii Europejskiej o 5 % w ciągu najbliższych 50 lat.

Wspomniany powyżej proces dotknie różne państwa członkowskie z odmiennym stopniem intensywności:

- a) Bułgaria, Grecja, Chorwacja, Włochy, Łotwa, Litwa, Węgry, Polska i Rumunia mają notować stały i sukcesywny spadek liczby ludności,
- b) w Dani, Irlandii, Cyprze, Luksemburgu, Malcie oraz Szwecji zaobserwujemy delikatny, ale stabilny wzrost populacji tych państw,
- c) Belgia, Czechy, Estonia, Hiszpania, Francja, Niemcy, Holandia, Austria, Portugalia, Słowenia, Słowacja oraz Finlandia odnotują natomiast

początkowy wzrost a następnie zauważalny – choć nie katastrofalny – spadek liczby ludności.

Opisane powyżej procesy demograficzne powodują, iż całościowy udział populacji państw członkowskich Unii Europejskiej w ogóle populacji zamieszkującej naszą planetę wolno, lecz systematycznie spada. Jeszcze w roku 1960 udział ten kształtował się na poziomie ok. 12 %; dzisiaj natomiast tylko ok. 6 % ogółu populacji zamieszkuje Unię Europejską a odsetek ten jeszcze spadnie do poziomu poniżej 4 % w 2070 r.

Podobne zależności możemy zauważyć analizując specyficzną sytuację demograficzną społeczeństw zamieszkujących już nie tylko Unię Europejską, ale cały kontynent europejski. Jeszcze w roku 1960 całościowy udział populacji zamieszkującej Europę w ogóle populacji świata oscylował na poziomie ok. 20 %, by spaść niemal dwukrotnie do poziomu 10 % w roku 2020 – odsetek ten spadnie jeszcze do poziomu ok. 5 % w 2070 r.

W tym samym czasie największy przyrost liczby ludności jest/będzie charakterystyczny dla kontynentu afrykańskiego – udział populacji Afryki w ogóle populacji zamieszkującej naszą planetę zwiększył się z 9 % w roku 1960 aż do 32 % w 2070 r. Jeśli dodamy do tego wszystkiego fakt, iż mieszkańcy Azji niezmiennie stanowią ok. 47 % ogółu mieszkańców naszej planety, to okaże się, iż w roku 2070 ok. 80 % populacji świata zamieszkiwać będzie tylko na dwóch kontynentach – w Afryce oraz w Azji.

Europa nie jest jedynym kontynentem, którego dotyka proces starzenia się społeczeństw – proces ten jest właściwie charakterystyczny dla całego współczesnego świata. Wskaźnik średniej oczekiwanej długości życia rośnie systematycznie na wszystkich kontynentach dokładnie tak samo, jak wskaźnik średniego wieku mieszkańca konkretnej części świata. Niewątpliwie jednak w Europie proces ten przybrał najdynamiczniejszą trajektorię rozwojową – oblicza się, że wszędzie na świecie średnia wieku przeciętnego mieszkańca wolno, lecz systematycznie rosła na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat, ale tylko w Europie wzrośnie ona do poziomu 47-48 lat w roku 2070.

W tym samym czasie najszybszy wzrost średniej wieku przeciętnego mieszkańca odnotowano/odnotowuje się w Afryce – jeszcze obecnie średnia ta oscyluje na poziomie poniżej 20 roku życia. Oblicza się, iż do roku 2070 wskaźnik ten szybko poszybkuje w górę (w porównaniu do lat poprzednich) – do poziomu 25 lat – co oznacza, iż Afryka jest i pozostanie nadal kontynentem zamieszkiwanym przez najmłodsze społeczeństwo.

Jeśli do tego wszystkiego dodamy fakt, iż udział europejskiej produkcji w globalnym Produkcie Krajowym Brutto spadł w latach 2004-2018 z 18.3 %

do 14.3 % - a wskutek opisanych powyżej procesów będzie się on nadal obniżać w tym samym lub nawet szybszym tempie – wszystko to może budzić słuszne obawy/pytania o możliwość geopolitycznej marginalizacji państw członkowskich Unii Europejskiej, samej wspólnoty oraz Europy jako takiej.

Bibliografia

1. J. Rawls, *Justice as fairness: A Restatement*, Cambridge, Massachusetts, Belknap Press, 2001,
2. J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1994,
3. *The European Commission Report on the Impact of Demographic Change*:
4. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography_report_2020_n.pdf
5. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/commission-staff-working-document-impact-demographic-change-17june2020_en.pdf

Main trends determining demographic changes in the member states of the European Union

Summary

The demographic change is about people and their lives. It is about what we do, how we work and where we call home. It is about our communities and the way we all live together. It is about embracing the variety of people and backgrounds that enrich and shape our societies bringing to life the EU's motto – *United in Diversity*. As we slowly reimpose new restrictions across Europe, we are reminded of the importance of understanding and responding to the impact that demographic change has on our society – understanding of this correlation is the main topic of the following article. Over the last weeks and days, the link between demographic structures and the impact and potential recovery has been sharply and often exposed. We see our oldest generation suffer the most, with the elderly being the most vulnerable in this crisis. Managing the impact of long-term demographic change has many different faces – how we manage our public health, public budgets, but also on how we tackle issues like loneliness, care in the community and access to vital services. Addressing these issues will be important for a successful recovery and will determine the speed and the extent to which we will be able to rebuild our everyday lives, social networks and economic..

Keywords: demographic, change, society, community, recovery

Przemysław Ziółkowski

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Stymulowanie funkcji poznawczych u seniorów na przykładzie Dziennych Domów Pobytu oraz Uniwersytetów Trzeciego Wieku

Wstęp

W analizie biologicznych zmian, jakie zachodzą w rozwoju człowieka na etapie późnej dorosłości, uwzględniono te, które dotyczą fizyczności starzejącego się człowieka, wymieniono rodzaje starzenia się, teorie biologicznego starzenia się oraz zmiany zachodzące w mózgu. W sferze psychologicznej skupiono się przede wszystkim na przedstawieniu procesów poznawczych: percepcji, uwagi, pamięci, myślenia, języka, a także ukazano główne teorie uczenia się. W kontekście późnej dorosłości, przedstawione zostały zmiany funkcjonowania poznawczego oraz wyniki badań dotyczące trenowania tych procesów. W artykule ukazane zostały także koncepcje przystosowania się do starości. Zaprezentowana została definicja oraz subdyscypliny gerontologii, a następnie skupiono się na formach edukacji, charakterystyce uczenia się osób starszych oraz rodzajów aktywności przez nich podejmowanych.

1. Późna dorosłość

Spojrzenie na starość z perspektywy biologicznych procesów zachodzących w organizmie, starość odbierana jest jako produkt ewolucji, który jest nieadaptacyjny, natomiast psychologia mówi o tym, że rozwój jest ciągłym wzrostem i trwa całe życie, zatem późna dorosłość może być ostatnim momentem na

ważne zmiany rozwojowe¹. Późna dorosłość rozpoczyna się w wieku 60/65 lat i Bromley wyróżnia jej trzy etapy:

- 1) przedemerytalny między 60 a 65 rokiem życia,
- 2) emerytalny między 65 a 70 rokiem życia,
- 3) starczy, którym określa się osoby po 70 roku życia².

Starzenie się można opisywać w sferach biologicznej, psychologicznej i społecznej, które wzajemnie się przenikają³. Ponadto przy analizowaniu późnej dorosłości, należy posłużyć się pojęciami wieku: chronologicznego (liczba przeżytych lat), biologicznego i psychologicznego⁴. Wiek biologiczny określa „stopień utraty ogólnej sprawności i żywotności organizmu, typowej dla zaawansowania procesu starzenia się biologicznego”⁵. Wiek psychologiczny odnosi się do sprawności intelektualnych, zmysłowych i przystosowawczych osoby.

1.1. Biologiczne aspekty starzenia się

Biologiczne spojrzenie na proces starzenia się oznacza obniżenie sprawności fizycznej ciała⁶. Jest to proces naturalny, który powoduje zmniejszenie możliwości adaptacyjnych i dotyczy on tkanek i narządów⁷. W procesie tym zachodzi więcej zmian regresyjnych, niż regeneracyjnych⁸. Starzenie się obejmuje szereg zmian, które dzieli się na uniwersalne dla wszystkich ludzi (np. zmniejszenie elastyczności skóry) oraz prawdopodobne, czyli takie o dużych szansach na pojawienie się (np. artretyzm)⁹. Ponadto wyróżnia się takie pojęcia jak starzenie naturalne, pozytywne oraz patologiczne. Pierwsze z nich dotyczy zmian, które są spowodowane przez upływ czasu. Drugie przypisuje się osobom, u których zmiany związane z wiekiem są wolniejsze, natomiast patologiczne starzenie się łączy ze

1 M. Straś-Romanowska, *Późna dorosłość*, [w] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, wyd. PWN, Warszawa 2015, s. 326-350.

2 A. Gawroński, *Etapy rozwojowe człowieka dorosłego z wyszczególnieniem okresu starości*, [w] Zeszyty Naukowe WSHE tom 40 (nr 14), *Wiek senioralny w teorii i w codziennosci*, wyd., WSHE, Włocławek 2015, s. 85-96.

3 J.K. Wawrzyniak, *Starzenie się i jego charakterystyka* [w] A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość: wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, wyd. Impuls, Kraków 2015, s. 42-78.

4 M. Straś-Romanowska, op. cit.

5 B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, wyd. ASPRA-JR, Warszawa 2006.

6 I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006.

7 M. Straś-Romanowska, op. cit.

8 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, wyd. PWN, Warszawa 2014.

9 M. Straś-Romanowska, op. cit.

sobą zmiany narządów, które są spowodowane poza czasem, również czynnikami chorobowymi. Pierwsze dwa typy dotyczą około 10% ludzi.¹⁰

Starzenie się opisują różne teorie biologiczne. Jedną z nich jest hipoteza genów śmierci, czyli zaprogramowane umieranie komórek, która mówi o tym, że proces starzenia się wynika z zakodowanego genetycznie programu, powodujący usuwanie tych komórek, które są stare lub nieużyteczne. Dotyczy to genu 53, czyli genu śmierci^{11,12}. Jedną z hipotez dotyczących genów śmierci jest hipoteza telomerowa. Podział komórki ludzkiej następuje 60 razy i przy każdym jej odnowieniu część telomerów (segmenty DNA bez genów, które skracają się przy podziale komórki do śmierci) jest utracona. Organizm, który jest starszy, ma coraz krótsze telomery i są mniejsze szanse na podział komórek. Komórki są w stanie wyczerpania, gdy długość telomerów jest już zbyt mała, czyli około 70 roku życia¹³. Kolejna hipoteza zakłada, że przy podziałach komórki, te nowe zawierają błędy genetyczne, które się kumulują i przy tym słabną mechanizmy regeneracyjne komórek. Jest to hipoteza mutacji genetycznych^{14,15}. Kolejna z nich, czyli teoria starzenia się układu immunologicznego opisuje procesy starzenia się, bazując na starzeniu się układu odpornościowego. Komórki z czasem niszczą własne komórki, nie rozpoznając ich i przez to organizm się osłabia. Prowadzi to do większej podatności na choroby¹⁶. Hipoteza wolnych rodników opisuje atakowanie komórek przez wolne rodniki. Podatność na to zwiększa się z wiekiem¹⁷.

W późnej dorosłości następuje obniżenie sprawności fizycznej spowodowanej między innymi mniejszą gęstością struktury kostnej, wytrącaniem się wapnia, cholesterolu i przewagi procesów katabolicznych nad anabolicznymi w metabolizmie. To prowadzi do negatywnych zmian w układzie krążenia, oddechowym, pokarmowym, nerwowym, wydalniczym, pojawia się wiotczenie skóry, ciało sztywnieje i zwiększa się kruchość kości¹⁸.

10 K. WieczorowskaTobis, *Zmiany narządowe w procesie starzenia*, [w] Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tom 118 (suppl. 1), Kraków 2008, Medycyna Praktyczna. DOI: 10.20452/pamw.578, s. 63-69.

11 S. Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

12 M. Straś-Romanowska, op. cit.

13 Ibidem

14 S. Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

15 M. Straś-Romanowska, op. cit.

16 S. Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

17 M. Straś-Romanowska, op. cit.

18 Ibidem

Zmiany dotyczą narządy zmysłów, przede wszystkim wzroku i słuchu. Zaburzona staje się ostrość widzenia przy słabym oświetleniu, zmierzchu oraz rzeczy w oddali. Obniża się zdolność akomodacji oka. Chorobami, które dotyczą seniorów jest zaćma i jaskra. Pierwsza z nich to zmętnienie soczewki oka i powoduje duże pogorszenie widzenia: nieostrość, widzenie w dal¹⁹. Jaskra to zwyrodnienie plamki żółtej. Powoduje, że nerw wzrokowy w sposób postępujący zanika, oraz nieodwracalnie uszkodzane są komórki zwojowe siatkówki²⁰. Prowadzi to do zawężenia pola widzenia.

W przypadku słuchu pojawia się niedosłyszenie starcze: zmniejszenie zdolności słyszenia wysokich częstotliwości lub słyszenie ich za głośno. Gorszy słuch dotyczy 32% seniorów w wieku 70-80 lat i ponad 50 % osób starszych powyżej 80 roku życia. Jednym z powodów niedosłyszenia starczego są zwapnienia lub stany zapalne ucha środkowego, co przyczynia się do sztywnienia jego składowych elementów. Maleje również nerw słuchowy, który jest łącznikiem ucha wewnętrznego i mózgu. 10% seniorów dotyka szum w uszach, co utrudnia słyszenie innych dźwięków. Mężczyźni doznają większych strat związanych ze słuchem i zaczynają się one wcześniej²¹.

Późna dorosłość powoduje zmniejszenie się ilości receptorów czuciowych, co jest jednym z czynników wpływających na zwiększenie progu bólu i nie dostrzeganie bólu o małym nasileniu. Osoby starsze potrzebują mocniejszych bodźców dotykowych, ponieważ zwiększa się próg dotyku oraz zmniejsza się próg odbierania temperatury ze środowiska zewnętrznego. Spowodowane jest to również cieńszą skórą, zmniejszeniem się w niej ilości receptorów oraz zmianami mózgowymi^{22,23}. W przypadku zmysłu smaku negatywne zmiany zauważa się w smaku gorzkim i słonym. Węch pozostaje niezmieniony, ale dotyczy to seniorów zdrowych²⁴.

1.2. Zmiany zachodzące w mózgu

Późna dorosłość wiąże się ze zmniejszeniem ilości neuronów oraz połączeń synaptycznych, zmniejsza się objętość istoty szarej, co przede wszystkim dotyczy kory przedczołowej i ciemieniowej, a także zjawisko to dotyczy hipo-

19 S., Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

20 Ibidem

21 Ibidem

22 I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, op. cit.

23 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

24 Ibidem

kampa, ciała modzelowatego, mózdzku i jądra ogoniastego²⁵. Zakłócone jest funkcjonowanie między innymi układu dopaminergicznego i cholinergicznego.

Warto jednak podkreślić, że istotną rolą systemu nerwowego jest jego adaptacyjna funkcja, a możliwe jest to dlatego, że jego działanie ma charakter dynamiczny i plastyczny²⁶. Plastyczność neuronalna umożliwia przystosowanie się systemu nerwowego do zmieniającego się środowiska zewnętrznego, ale też wewnętrznego, zmian strukturalnych mózgu, nawet w okresie późnej dorosłości²⁷. Neuroplastyczność poznawcza widoczna jest, kiedy wyrównywane są deficyty możliwości ludzkiego organizmu albo w zwiększeniu poziomu działalności poznawczej, w związku z wpływem środowiska (np. poprzez ćwiczenia)²⁸. Kompensacja podczas rozwiązywania ćwiczeń poznawczych dotyczy kory przedczołowej (i tych jej obszarów o niskiej aktywności wśród młodszych ludzi) lub tych obszarów kory przedczołowej, które są również aktywne u młodych ludzi, ale u osób starszych są aktywne w przeciwnej półkuli²⁹.

Badania fMRI i PET pokazują, że u osób starszych mniejszą aktywność wykazują przyśrodkowe obszary skroniowe oraz lewa kora przedczołowa, które uaktywniają się podczas zadań wykorzystujących pamięć. Mimo to inne badania pokazują, że seniorzy mieli lepszą aktywność kory przedczołowej od ludzi młodych³⁰.

1.3. Przystosowanie się do starości

Przystosowanie się do starości jest procesem indywidualnym i nie jest jednolity dla wszystkich seniorów³¹. Zjawisko to jest opisywane przez klasyczne teorie:

- 1) Teoria wycofania się - Cumming, Henry;
- 2) Teoria stresu starości - Neugarten, Havighurst, Tobin;
- 3) Teoria aktywności - Neugarten, Havighurst, Tobin³².

25 L. Zając-Lamparska, *Kompensacyjna aktywność mózgu osób starszych* [w] *Gerontologia Polska*, t. 26 (nr 1), wyd. Akademia Medycyny, Warszawa 2018, s. 54-58.

26 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

27 Ibidem

28 L. Zając-Lamparska, op. cit.

29 Ibidem

30 Ibidem

31 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

32 Ibidem

Pierwsza z nich mówi o tym, że senior ma potrzebę wycofania się z dotychczas prowadzonego życia, zwolnić jego tempo, odsunąć na dalszy plan absorbujące obowiązki i zmniejszają swoje kontakty z zewnętrznym światem.^{33,34} Teoria stresu starości mówi o tym, że osoba starsza dostosowuje się do możliwości jakie posiada oraz do wymagań stawianych przez środowisko zewnętrzne, które postrzegane są jako stresory³⁵. W teorii aktywności wskazuje się na to, że senior może zachować swoją dotychczasową aktywność i zaangażowanie w różnych dziedzinach życia, aktywnie uczestniczy w życiu towarzyskim i ma poczucie satysfakcji^{36,37}.

Ostatnia teoria odnosi się do aktywnego stylu przystosowania. Ponadto wyróżnia się styl przystosowany bierny (*bujanego fotela*) i dotyczy on seniorów, którzy akceptują swoje aktualne położenie życiowe, wolą spokój, zmniejszają swoje aktywności i widzą dobre strony emerytury. Styl przystosowany obronny odnosi się do osób, które są mało refleksyjne, nie chcą prosić o pomoc innych, mają potrzebę samowystarczalności, a stres związany ze starzeniem się rozładowują poprzez aktywności, mające zastępczy charakter, jak nadmierna aktywność. Dodatkowo istnieją style nieprzystosowane. Jeden dotyczy seniorów agresywnych wobec otoczenia, co przejawia się w złośliwości, zawiści, podejrzliwości, konfliktowości, pesymizmie oraz izolacji społecznej, natomiast w drugim agresja skierowana jest w swoją osobę, człowiek jest pasywny, ma poczucie samotności, nie ma zainteresowań, ma trudne stosunki z najbliższymi i czeka na śmierć, jako wybawienie³⁸.

Zając-Lamparska³⁹ opisuje Model Selekttywnej Optymalizacji i Kompensacji autorstwa Paula Baltesa i jego współpracowników, który mówi o tym, że człowiek całe życie uczy się różnych form adaptacji, a starzenie się powoduje, że człowiek musi przystosować się do sytuacji, w której straty przeważają nad zyskami, w różnych dziedzinach jego życia. Pomocne wtedy okazują się dwa mechanizmy. Pierwszy z nich, to selektywna optymalizacja, czyli wybór takich obszarów funkcjonowania, w których sprawność będzie wysoka i zrezygnowa-

33 I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, op. cit.

34 M. Straś-Romanowska, op. cit.

35 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

36 P. Zielazny, P. Biedrowski, D. Mucha, *Późna dorosłość – okres strat czy nowych wyzwań?* [w] *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, t. 19 (nr 3), wyd. Instytutu Medycyny Wsi, Lublin 2013, s. 284-287.

37 M. Straś-Romanowska, op. cit.

38 Ibidem

39 Zając-Lamparska L. (2015). *Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się*. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 419-431). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.

nie z takiej sprawności w innych obszarach. Drugi mechanizm, czyli kompensacja, to proces powstania mechanizmów, dzięki którym zostaną wyrównane te obszary, które nie funkcjonują już na wysokim poziomie.

Brandtstadter i współpracownicy stworzyli teorię oscylacji między asymilacją a akomodacją, w której to uwzględniono fakt, że u seniorów mogą pojawić się dylematy, które związane będą z tym, jakie mają oczekiwania, a jakie mają w związku z nimi możliwości⁴⁰. Asymilacja związana jest ze zmienianiem środowiska przez seniora, by było zgodne z jego celami i oczekiwaniami, natomiast akomodacja to zmiana tych celów, z uwzględnieniem ograniczeń na przykład zdrowotnych, fizycznych, psychicznych, środowiskowych. Seniorzy skłonni są do zachowań akomodacyjnych oraz stosowanie akomodacji i asymilacji przyczynia się do większej satysfakcji z życia⁴¹.

Carstensen stworzył teorię społeczno-emocjonalnej selektywności, która opisuje, że ludzie starsi ograniczają swoje kontakty społeczne do utrzymywania relacji z grupą najbliższych⁴². Wartość zyskującą dla nich wspierające formy kontaktów i skupiają się na dbaniu o relacje ze współmałżonkiem⁴³. Ponadto teoria ta podkreśla, że ograniczane są relacje, mające na celu poszerzenia swojej wiedzy⁴⁴.

2. Edukacja osób starszych

Już w starożytnym Egipcie, Chinach, Indiach i Babilonie zajmowano się kształceniem osób dorosłych⁴⁵. Komeński postulował o edukację dla osób w późnej dorosłości, by mieli możliwość rozwoju i osiągnięcia swoich celów. Ponadto podkreślał, że należy wspierać ten „najsłabszy okres życia”⁴⁶. Pedagog określany jest prekursorem myśli, aby uczyć się przez całe życie. W XIX wieku zaczęły pojawiać się szkoły dla dorosłych, uniwersytety ludowe. Po zakończeniu I wojny światowej pojawia się edukacja dorosłych, jako dyscyplina naukowa, a w 1926 powstał Amerykański Związek na rzecz Edukacji Dorosłych. Jedną

40 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

41 Ibidem

42 K.P. Kaleta, A. Jaśkiewicz, *Miłość i bliskie związki w okresie późnej dorosłości*, [w] A. I. Brzezińska (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2007, s. 63-79.

43 Ibidem

44 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

45 Ł. Tomczyk, *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów*, wyd. Difin, Warszawa 2015.

46 Ibidem

z subdyscyplin andragogiki jest gerontoandragogika, zajmująca się teorią kształcenia i wychowania seniorów w tym ostatnim etapie rozwoju⁴⁷.

Fabiś⁴⁸ opisuje, że w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku edukacja osób starszych skupiała się na zapewnieniu im rozrywki i pomocy, oraz postrzegano ich jako osoby pasywne. Dekadę później poszerza się oferta edukacyjna skierowana do osób w późnej dorosłości, zgodnie z przyjętymi tezami, że seniorzy mają możliwości, by uczyć się, ale dalej postrzegano ich jako „ograniczonych” w tym wymiarze. W latach osiemdziesiątych badania pokazały, że gotowość do podejmowania nauki w późnej dorosłości zależna od przeszłych doświadczeń edukacyjnych osoby, a nie od jej wieku. To przyczyniło się do poglądu, że seniorzy powinni się uczyć. W latach dziewięćdziesiątych edukację zaczęto dostosowywać do potrzeb seniorów, gdyż rozwój psychologii spowodował zmianę sposobu myślenia na temat starości i dostrzeżono potencjał się w niej kryjący.

Obecnie dla osób starszych są różne propozycje edukacyjne, między innymi uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora, stowarzyszenia, organizacje społeczne, ponadto organizowane są różne warsztaty i zajęcia w domach kultury, czy bibliotekach⁴⁹. Poza tym mówi się o tym, że edukacja seniorów często ma charakter nieformalny i zachodzi w sposób nieświadomy w ramach codzienności⁵⁰.

Występują trzy rodzaje edukacji dorosłych (także osób starszych):

- 1) Edukacja formalna, czyli szkolna edukacja według programu kształcenia, co skutkuje otrzymaniem na koniec certyfikatu;
- 2) Edukacja nieformalna, czyli praktyczna, nie związana z głównym systemem edukacji;
- 3) Edukacja pozaformalna, czyli incydentalna, która często jest nieświadomiona, ponieważ jest częścią życia codziennego człowieka, zatem są to różne rozmowy z innymi ludźmi, dostarczające wiedzę o świecie⁵¹.

47 Ibidem

48 A. Fabiś, *Starość jako zadanie rozwojowe*, op. cit.

49 Z. Szarota, *Uczenie się starości*, op. cit.

50 A. Fabiś, *Starość jako zadanie rozwojowe*, op. cit.

51 A. Richert-Kaźmierska, M. Forkiewicz, *Kształcenie osób starszych w koncepcji aktywnego starzenia się*, [w] A. Rączaszek, W. Koczur (red.), *Problemy edukacji wobec rozwoju społeczno-gospodarczego*, wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2013, s. 127-139.

2.1. Uczucie się seniorów

W przypadku procesu uczenia się przez osoby starsze, zmiany jakie w tej kwestii zachodzą, nie są tak duże, jak można przypuszczać⁵². Związane są one z takimi procesami poznawczymi jak: percepcja, uwaga, ale też dotyczą motywacji i stanu fizjologicznego, nie zaś samego procesu uczenia się. Różnice z osobami młodymi w uczeniu się związane są z łatwiejszym zakłóceniem tego procesu, technikami uczenia się, ponadto przerwy u seniorów są dystraktorem. Osoby starsze preferują materiał, którego mają się nauczyć w całości. Ważna staje się też motywacja, która przejawia się w obniżonej pewności siebie, gdy dochodzi do uczenia się. Zwraca się jednak uwagę na doświadczenie życiowe osób starszych oraz ich stan zdrowia, które dobrze wpływają na osiągnięte przez nich wyniki⁵³.

W przypadku motywacji, u osób starszych ważne jest, aby uczona się umiejętność miała zastosowanie w ich życiu i pomogła im rozwiązać dotykające ich problemy. Wiodącą jest tutaj motywacja wewnętrzna, która wiąże się między innymi z potrzebą satysfakcji, samodzielności, samorozwoju, przyjemności⁵⁴. Na uczenie się osób starszych wpływa wydłużony czas reakcji na przykład w rozwiązywaniu nowych zadań, dlatego istotne jest zachowanie odpowiedniego tempa podczas uczenia się. Procesy uwagi ulegają osłabieniu w późnej dorosłości, co wpływa na czas jej utrzymywania, ze względu na szybszą męczliwość. Pojawia się również trudność z rozróżnianiem istotnych informacji⁵⁵.

Martin i Kliegel⁵⁶ podają, że w pracy z osobami starszymi ważne jest, aby wykorzystywać informacje z życia codziennego oraz, aby senior miał możliwość regulowania tempa pracy, nie pracował pod presją czasu. Autorzy wskazują, że istotne jest korygowanie trudności, wynikających z deficytów sensorycznych, poprzez środki dydaktyczne, wydawanie poleceń jasno sprecyzowanych oraz dostosowanie treści do indywidualnego zapotrzebowania seniorów.

2.2. Funkcje edukacji osób starszych

Twierdzi się, że branie udziału w edukacji w ciągu całego życia, sprawia, że lepiej adaptuje się do zmian, jakie niesie ze sobą późna dorosłość⁵⁷.

52 B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, op. cit.

53 Ibidem

54 A. Fabiś, *Starość jako zadanie rozwojowe*, op. cit.

55 Ibidem

56 Ibidem

57 A. Richert-Kaźmierska, M. Forkiewicz, *Kształcenie osób starszych w koncepcji aktywnego starzenia się*, op. cit.

Według teorii aktywnego starzenia się istnieją cztery funkcje edukacji:

- 1) Właściwa – ciągle aktualizowanie wiedzy i umiejętności, oraz ich uzupełnianie, szczególnie tych, które są potrzebne do odpowiedniego wypełniania ról społecznych i zawodowych⁵⁸;
- 2) Zastępcza – uzupełnianie wiedzy i umiejętności osób dorosłych takimi, których nie zdobyli w edukacji szkolnej;
- 3) Społeczna – uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych ułatwia podtrzymywanie oraz nawiązywanie nowych relacji. Dodatkowo wpływa ono na podtrzymanie samodzielności i autonomii przez seniorów, ponieważ zdobywają oni wiedzę na temat profilaktyki zdrowotnej oraz umiejętności korzystania z nowych technologii. Udział osób starszych w edukacji powoduje, że łamane są stereotypy o tej grupie wiekowej, jako ludzi niedołączonych i wyalienowanych;
- 4) Psychoterapeutyczna – umożliwienie zachowania sprawności intelektualnej oraz daje poczucie wspólnoty, co przeciwdziała pojawieniu się depresji⁵⁹.

Istotne w edukacji osób starszych jest osiągnięcie przez nich niezależności, na co wskazuje teoria kompetencyjna⁶⁰. Ewa Skibińska⁶¹ podaje trzy globalne cele kształcenia seniorów. Pierwszy z nich to przybliżenie osobom starszym współczesnego świata, by umożliwić im jego zrozumienie oraz interpretację. Drugi to ukształtowanie poczucia odpowiedzialności za siebie, za swoje decyzje, także w perspektywie przyszłości. Ostatni z celów to umiejętność praktycznego wykorzystania zdobytych umiejętności w rozwiązywaniu trudności życia codziennego. Analizując powyższe założenia, przyjęto, że celem kształcenia seniorów jest osiągnięcie samowystarczalności i możliwości stanowienia o sobie, przy uwzględnieniu aktywności społecznej osób starszych, posiadających mądrość lub do niej dążących⁶². Na tej podstawie wyróżniono trzy funkcje edukacji osób w późnej dorosłości:

- 1) Emancypacyjna, czyli dbanie o zapewnienie odpowiedniej pozycji w hierarchii społecznej ludzi starszych, uwolnienie ich od stereotypów.

58 Ibidem

59 Ibidem

60 A. Fabiś, *Starość jako zadanie rozwojowe*, op. cit.

61 Ibidem

62 Ibidem

- Funkcja emancypacyjna, to również zapewnienie rozwoju seniorom, podniesienie ich samodzielności i odpowiedzialności za siebie i innych;
- 2) Egotyczna, to skupienie się na samorozwoju i samorealizacji, poprzez czerpanie przyjemności z uczenia się, spełnianie ambicji. Te działania pozwalają także na rozwój duchowy oraz radzenie sobie z problemami natury egzystencjalnej (takimi jak śmierć), życia codziennego;
 - 3) Altruistyczna, czyli możliwość, dzięki edukacji, rozumienia współczesnego świata i drugiego człowieka, oraz gotowość do podejmowania działań na rzecz innych. Jest to uczestniczenie w wolontariatach, czy udzielanie się w lokalnej polityce⁶³.

2.3. Uniwersytet Trzeciego Wieku

Pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku został założony we Francji, w Tuluzie w 1973 roku przez profesora Pierre'a Vellasa⁶⁴. Jednym z powodów jego powołania było danie szansy nauki osobom starszym, które nie miały możliwości uczenia się w młodości. Kolejne to poszerzenie działalności uczelni oraz chęć zajęcia się badaniem tematyki starości. Celem stała się poprawa życia osób w późnej dorosłości oraz profilaktyka zdrowotna, wzbudzanie aktywności twórczej, intelektualnej i fizycznej. Z końcem XX wieku powstało ponad 2100 Uniwersytetów Trzeciego Wieku, które należą do Międzynarodowego Stowarzyszenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku (AIUTA)⁶⁵. W Polsce pierwsza taka placówka powstała w 1975 roku, za sprawą profesor Haliny Szwarc, w Warszawie i była trzecią na świecie^{66,67}. Początkowo były one zakładane przy uczelniach wyższych, jednak z czasem zaczęły się pojawiać w domach kultury, przy stowarzyszeniach, bibliotekach, parafiach, ośrodkach pomocy społecznej, czy placówkach władzy regionalnej⁶⁸.

Na Uniwersytety Trzeciego Wieku mogą zapisać się dorośli wyrażający chęć uczestnictwa. Najczęściej są to emeryci, osoby po 60 roku życia. Koszty jakie ponoszą uczestnicy są zazwyczaj symboliczne. Obecnie uniwersytety dla se-

63 A. Fabiś, *Starość jako zadanie rozwojowe*, op. cit.

64 B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, op. cit.

65 Ibidem

66 A. Błachnio, *Starość non profit: wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*, wyd. UKW, Bydgoszcz 2012.

67 A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, *Definiowanie gerontologii i jej subdyscyplin*, op. cit.

68 A. Błachnio, *Starość non profit...*, op. cit.

niorów powstają również w mniejszych miejscowościach, a nawet na wsiach, co ułatwia dostęp ludzi nie zamieszkujących duże miasta, do zdobywania wiedzy⁶⁹. Na rok 2017 statystki podają, że w Polsce istnieje 614 Uniwersytetów Trzeciego Wieku, z czego 78 znajduje się w województwie kujawsko-pomorskim, przy czym tylko województwo mazowieckie ma dwie placówki więcej⁷⁰. Konieczna⁷¹ wskazuje na następujące funkcje takich placówek:

- 1) Edukacyjna – dostarczanie wiedzy, stymulowanie aktywności i działania profilaktyczne;
- 2) Psychoterapeutyczna – poprawa samopoczucia oraz przeciwdziałanie alienacji i poczucia bezużyteczności osób starszych;
- 3) Integracyjna – nawiązywanie oraz wzmacnianie relacji z rówieśnikami, ale także osobami młodszymi.

W Polsce najczęstszą formą zajęć są wykłady, których tematyka dostosowana jest do potrzeb seniorów i najczęściej są to prelekcje dotyczące medycyny, historii, kultury, literatury, religii, czy turystyki. Zajęcia dodatkowe prowadzone są z zakresu informatyki, języków obcych, sportu oraz zajęcia plastyczne, taneczne. Ponadto organizowane są dla seniorów wycieczki⁷². Wszystkie te inicjatywy i przedsięwzięcia podejmowane w ramach uniwersytetów trzeciego wieku sprzyjają stymulowaniu funkcji poznawczych u seniorów – słuchaczy UTW.

2.4. Dzielne Domy Pobytu

Dzienny dom to jednostka organizacyjna pomocy społecznej dziennego pobytu, działająca w formie jednostki budżetowej. Przeznaczony jest dla osób starszych, samotnych, chorych po 60. roku życia, nieaktywnych zawodowo. Zakres działalności domów dziennego pobytu jest bardzo szeroki, pomaga zorganizować czas w ciągu dnia, zaspokoić potrzeby towarzyskie i kulturalne, dbać o kondycję fizyczną i psychiczną, zapewnia podstawową opiekę zdrowotną.

Do zadań dziennego domu należy:

- aktywizacja i integracja osób starszych,
- tworzenie nowych więzi społecznych poprzez organizowanie wzajemnej pomocy,

69 A. Fabiś, *Starość jako zadanie rozwojowe*, op. cit.

70 <https://zdrowy-senior.org/universytety-trzeciego-wieku-w-polsce-w-liczbach/> (dostęp: 28.06.2020, godz. 19:12)

71 A. Fabiś, *Starość jako zadanie rozwojowe*, op. cit.

72 Ibidem

- budowanie więzi międzypokoleniowej poprzez zapobieganie rosnącej przepaści między seniorami a aktywnym młodym pokoleniem,
- kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z problemami życia codziennego,
- kształtowanie umiejętności organizowania i zagospodarowania czasu wolnego z uwzględnieniem indywidualnych zainteresowań, możliwości oraz umiejętności uczestnika,
- zapobieganie wykluczeniu społecznemu,
- twórcze przeżywanie okresu starości,
- pogłębianie życia duchowego,
- dbałość o kondycję fizyczną i intelektualną poprzez rehabilitację ruchową i terapię zajęciową,
- rozwijanie funkcji poznawczych,
- zaspokajanie potrzeb bytowych, kulturalnych i towarzyskich.

Powyższe działania dzienny dom pobytu realizuje poprzez:

- usługi opiekuńcze,
- terapię zajęciową grupową i indywidualną dla podtrzymania kondycji psychofizycznej,
- usługi rehabilitacyjne,
- zapewnienie w ciągu dnia jednego ciepłego posiłku,
- poradnictwo specjalistyczne,
- zaspokajanie potrzeb towarzyskich, rekreacyjno-kulturalnych⁷³.

Warto zauważyć, że nierzadko podopiecznymi Dziennych Domów Pobytu są seniorzy po zawałach, udarach czy wylewach posiadający opinie o niesamodzielności czy orzeczenia o niepełnosprawności. Ich obecność w placówce opieki dziennej jaką jest Dzienny Dom Pobytu ma za zadanie przede wszystkim stymulować i rozwijać u seniorów funkcje poznawcze w celu umożliwienia im jak najdłuższego cieszenia się funkcjonowaniem w społeczeństwie.

2.5. Wartości płynące z edukacji osób starszych

Henry Ford powiedział: „Każdy kto przestaje się uczyć jest stary, nieważne, czy ma dwadzieścia czy osiemdziesiąt lat. Każdy, kto ciągle się uczy jest

73 P. Ziółkowski, *Szkice z pedagogiki senioralnej*, wyd. WSG, Bydgoszcz 2017,

młody. Najwspanialszą rzeczą w życiu jest mieć młody umysł⁷⁴. Cytat ten pokazuje jak ważna staje się edukacja seniorów. Służy ona podtrzymaniu ich aktywności nie tylko umysłowej, ale również społecznej, poprzez poszerzanie sieci społecznych. UNESCO podaje, że Uniwersytety Trzeciego Wieku pozytywnie wpływają również na rozwój osobowości oraz możliwość dzielenia się własnymi doświadczeniami, które mogą być wartościowe dla młodszych⁷⁵. Ponadto nauka pozwala na zaistnienie zjawiska tutoringu rówieśniczego, rozumianego jako dzielenie się swoją wiedzą i umiejętnościami z pozostałymi seniorami⁷⁶.

Nawiązując do ostatniej z wyżej wymienionych wartości uczenia się w późnej dorosłości, można dołączyć kolejny walor tego procesu, czyli pokazanie społeczeństwu, że seniorzy również mogą być aktywnymi jednostkami⁷⁷. Ponadto Szatur-Jaworska, Błądowski, Dziegielewska podają, że dzięki uczestniczeniu w Uniwersytetach Trzeciego Wieku osoby starsze rozwijają swoje zainteresowania oraz mają możliwość zrozumieć współczesny świat. Dzieje się tak chociażby poprzez uczestniczenie w zajęciach z nowych technologii. Dzięki nauce seniorzy poszerzają swoją wiedzę na temat zdrowia i przyczynia się ona do poprawy jakości życia⁷⁸.

Brzezińska⁷⁹ odwołując się do badań różnych autorów wskazała, że uczenie się w późnej dorosłości przynosi wiele pozytywnych skutków. Glendenning⁸⁰ wskazuje, że edukacja w późnej dorosłości sprzyja braniu odpowiedzialności za swoje czyny. Ardel⁸¹ twierdzi, że proces ten przyczynia się do wzbudzenia w seniorach większej niezależności, co sprzyja poczuciu samodzielności w codziennym życiu. Ponadto Brzezińska odwołuje się do badań, które wskazują na to, że u osób starszych dzięki nauce wzrasta refleksyjność, co sprzyja lepszemu zorientowaniu we własnych problemach oraz zaznajamianiu się we własnych prawach, co umacnia ich miejsce w społeczeństwie⁸².

74 K. Osak, P. Ziółkowski, *Regionalna Sieć Uniwersytetów Trzeciego Wieku WSG 2007-2017*, wyd. WSG, Bydgoszcz 2017.

75 B. Szatur-Jaworska, P. Błądowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, op. cit.

76 N. G. Piłkuła, *Senior w centrum oddziaływań edukacyjnych* [w] *Przegląd Pedagogiczny* (nr 2), wyd. UKW, Bydgoszcz 2014, s. 130-139.

77 B. Szatur-Jaworska, P. Błądowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, op. cit.

78 N. G. Piłkuła, *Senior w centrum oddziaływań edukacyjnych*, op. cit.

79 Brzezińska A. I., Hejmanowski Sz., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* [w] A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, wyd. GWP, Gdańsk 2016.

80 Ibidem

81 Ibidem

82 Ibidem

3. Aktywność osób starszych

Aktywność człowieka ma na celu zaspokojenie jego potrzeb w różnych obszarach życia. Wyróżnia się aktywność formalną, nieformalną i samotniczą⁸³. Pierwsza z nich dotyczy angażowania się w wolontariat, politykę, stowarzyszenia społeczne, działanie dla środowiska lokalnego. Kolejna odzwierciedla utrzymywanie różnych relacji społecznych, natomiast aktywność samotnicza związana jest z działaniami na rzecz rozwoju własnych zainteresowań, ale również spędzanie czasu oglądając telewizję, czy czytając książki⁸⁴. Aktywność zatem wiąże się z funkcjonowaniem w społeczeństwie, a jej brak wpłynąć może na nieakceptowanie człowieka w środowisku i samotność⁸⁵.

Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska podają, że aktywność seniorów zależy może od ich wykształcenia, ponieważ im jest ono wyższe, tym aktywność jest większa. Wpływ na nią mają również relacje z bliskimi, osobowość, stan zdrowia oraz warunki materialne. Jak się okazuje, płeć również ma znaczenie, ponieważ jest więcej kobiet-seniorek, które podejmują różne aktywności. Ponadto wiąże się to z miejscem zamieszkania oraz działalnością ośrodków kultury w danej miejscowości.

3.1. Formy aktywności osób starszych

Orzechowska⁸⁶ podaje różne formy, jakie może przybierać aktywność seniorów. Jedną z nich wiąże się z zajmowaniem się domem i życiem rodziny i nazywana jest domowo-rodzinna. Kulturalna to czytanie, spędzanie czasu przed telewizorem, uczestnictwo w życiu kulturalnym, jak teatr, czy uczęszczanie do klubu seniora. Aktywność zawodowa, która pozwala na zachowanie poczucia bycia użytecznym, wpływa na lepsze samopoczucie i ocenę własnego zdrowia. Aktywność społeczną charakteryzuje fakt, iż jest ona najrzadszą wśród seniorów, a podtrzymywana jest głównie przez tych, którzy na wcześniejszym etapie życia wykazywali się zaangażowaniem społecznym. Kolejną formą jest edukacja, której korzyści w późnej dorosłości zostały opisane w poprzednim rozdziale, ale należy zaznaczyć, że chodzi o samodoskonalenie i ćwiczenie umysłu. Aktywność religijna zajmuje ważne miejsce w życiu wielu seniorów i wykazano pozytywny jej wpływ na przystosowywanie się do późnej dorosłości.

83 Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnictwa ASPRA-JR

84 B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, op. cit.

85 Ibidem

86 Ibidem

Ostatnią wymienioną przez Orzechowską formą jest rekreacja, taka jak ruch fizyczny, praca na działce, rozwijanie własnych zainteresowań, odpoczynek, uczestnictwo w różnego rodzaju klubach, czy turystyka, które powodują, że wypełniony zostaje czas wolny seniora.

Mielczarek⁸⁷ podaje pięć funkcji, jakie pełnią aktywności podejmowane przez seniorów. Pierwszą z nich jest funkcja adaptacyjna aktywności, która pomaga w adaptacji osób starszych do nowego etapy życia. Kolejna funkcja integracyjna, dotyczy wzajemnego integrowania się osób w późnej dorosłości. Kształcząca, wspomagająca rozwój osobowościowy. Rekreacyjno-rozrywkowa, która odnosi się do czasu wolnego i relaksu. Ostatnia, funkcja psychospołeczna, która wpływa na zwiększenie jakości i satysfakcji z życia.

4. Procesy poznawcze

Procesy poznawcze to takie procesy psychiczne, jak pamięć, myślenie, percepcja, uwaga, język, uczenie się, a nauka zajmująca się nimi to psychologia poznawcza⁸⁸. Poznanie to tworzenie wiedzy z wykorzystaniem wyżej wymienionych procesów poznawczych oraz treść poznania, czyli wspomnienia, fakty, pojęcia. Najbardziej podstawowym z procesów poznawczych, są procesy spostrzegania, czyli przypisywanie znaczenia bodźcom, które są odbierane, umożliwiające adaptację do środowiska fizycznego i właściwe w nim funkcjonowanie⁸⁹. Skuteczne przystosowanie jest możliwe dzięki: selekcji bodźców (uwaga) i wykorzystywaniu własnych doświadczeń (pamięć)⁹⁰.

4.1. Percepcja

Percepcja nazywana jest również spostrzeganiem, jest ona zbiorem procesów poznawczych, polegającym na „aktywnej interpretacji danych zmysłowych, z wykorzystaniem wskazówek kontekstualnych, nastawienia i wcześniejszej nabytej wiedzy. W wyniku percepcji dochodzi do rozpoznania obiektu, np. przedmiotu”⁹¹. Należy wyróżnić bodziec dystalny oraz bodziec proksymalny przy opisie percepcji. Pierwszy z nich to każdy bodziec, który znajduje się na

87 A. Mielczarek, *Człowiek stary w domu pomocy społecznej*, wyd. AKAPIT, Toruń 2010.

88 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, wyd. PWN, Warszawa 2012.

89 A. Falkowski, T. Maruszewski T., E. Nęcka, *Procesy poznawcze*, [w] J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia akademicka. Podręcznik*, tom 1, wyd. GWP, Gdańsk 2012, s. 339-510.

90 Ibidem

91 E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura, *Psychologia poznawcza*, wyd. PWN, Warszawa 2006.

zewnątrz naszego organizmu i działa na nasze zmysły⁹². Drugi to taki, który pojawia się, gdy bodziec wyżej wymieniony kontaktuje się z narządem zmysłów. Kolejne ważne pojęcie związane z percepcją, to wrażenie, pojawiające się dzięki rejestracji bodźca proksymalnego i jest najprostszym rodzajem procesów psychicznych⁹³. Wrażenia powodują, że w umyśle odtwarzane są cechy spostrzeganych obiektów. Zmysły dostarczają nam wrażeń w postaci kolorów, rozmiarów bodźca, jego kształtu, złożoności dźwięków⁹⁴.

Psychologia Gestalt sformułowała zasady grupowania percepcyjnego, zaś samo słowo Gestalt, oznacza całość i psychologowie tej dziedziny badali, jak dochodzi do stworzenia całości z układów percepcyjnych⁹⁵. Prawa, które zostały wyróżnione, to:

- 1) Prawo bliskości, które mówi o tym, że człowiek jest skłonny grupować ze sobą te elementy, które są najbliżej.
- 2) Prawo podobieństwa, czyli grupowanie podobnych do siebie obiektów.
- 3) Prawo ciągłości, to zasada mówiąca, że jednostki postrzegają linie jako ciągłe, mimo ich przerwania.
- 4) Prawo domykania – ludzie domykają małe przerwy w spostrzeganych obiektach.
- 5) Prawo wspólnego losu, czyli zestawianie w grupy tych obiektów, które spostrzegane są jako poruszające się w tę samą stronę⁹⁶.

Percepcja bodźców jest nazywana procesem oddolnym, ponieważ najpierw dochodzi do recepcji wrażeń, a następnie do rozpoznawania obiektów⁹⁷. Dzięki uwadze selektywnej bodziec zostaje uchwycony, detektory cech odbierają i kodują to co dostarczane jest zmysłom i to gromadzone jest w magazynie pamięci krótkotrwałej, czyli informacji sensorycznych. Rozpoznawanie obiektów jest możliwe, ponieważ w pamięci trwałej przechowywana jest wiedza⁹⁸. Drugą z koncepcji spostrzegania jest proces typu góra-dół (odgórny), który polega na tym, że doświadczenie człowieka, jego wiedza, wpływają na percepcję obiektów⁹⁹.

92 T. Maruszewski, *Psychologia poznania*, wyd. GWP, Gdańsk 2001.

93 E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura, *Psychologia poznawcza*, op. cit.

94 Ibidem

95 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

96 Ibidem

97 E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura, *Psychologia poznawcza*, op. cit.

98 Ibidem

99 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

4.2. Uwaga

Uwaga określana jest jako koncentracja świadomości na konkretnych informacjach dostępnych dzięki spostrzeganiu. Redukuje ona tę część informacji, które są zbędne. Wyróżnia się dwa mechanizmy, które umożliwiają koncentrację na danym bodźcu: selekcję ukierunkowaną na cel, a także pochwylenie przez bodziec. Pierwszy z nich dotyczy wyborów obiektów, jakie dokonuje człowiek, uwzględniając przy tym swoje cele, zatem wybierane są tylko niektóre z spośród dostępnych bodźców, natomiast drugi mechanizm dotyczy sytuacji, w których właściwości obiektów w sposób automatyczny przyciągają uwagę jednostki¹⁰⁰.

Wyróżnia się trzy funkcje uwagi: selekcja docierających bodźców, ukierunkowanie procesów poznawczych oraz formułowanie zbioru, zasobów poznawczych, które są potrzebne do wykonania danych zadań¹⁰¹.

Pierwsza funkcja dzieli się na selekcję pierwotną, wtórną i trzeciego rzędu. Selekcja pierwotna dotyczy bodźców uchwyconych przez zmysły. Wtórna następuje w procesach pamięciowych i wykorzystywana jest tu pamięć krótkotrwała i długotrwała, a sam mechanizm powoduje, że informacje, które nie są istotne są osłabiane. Selekcja trzeciego rzędu występuje, kiedy człowiek wykorzystuje informacje z pamięci trwałej i tworzy plan działania. Ukierunkowanie procesów poznawczych przyczynia się do szukania tej wiedzy, która będzie potrzebna do rozwiązania problemów. Trzecia funkcja pozwala na dostosowanie energii, jaką człowiek wykorzystuje do wykonania danej czynności, a decydują o tym wymagania zadania, wielkość zasobów poznawczych oraz stopień, w jakim czynność jest zautomatyzowana¹⁰².

4.3. Myślenie

Myślenie jest jednym z najbardziej rozwiniętych procesów psychicznych i charakteryzuje się tym, że jest świadome i pozostaje pod wpływem kontroli, jednak duży wpływ mają na ten proces emocje. Myślenie jest scalaniem fragmentów wewnętrznych reprezentacji świata¹⁰³.

Jedną z funkcji tego procesu poznawczego jest możliwość symbolicznego działania, przed zrobieniem czegoś w rzeczywistości, co przyczynia się do przewidywania konsekwencji, czy zachowania innych osób. Kolejną ważną

100 Ibidem

101 T. Maruszewski, *Psychologia poznania*, op. cit.

102 Ibidem

103 A. Falkowski, T. Maruszewski T., E. Nęcka, *Procesy poznawcze*, op. cit.

funkcją myślenia jest umiejętność rozwiązywania problemów, jednak gdy podczas działania symbolicznego jednostka kieruje się błędnymi przesłankami lub zbyt małą wiedzą, może dojść do porażek w kwestii rozstrzygnięcia jakiegoś dylematu¹⁰⁴.

Myślenie umożliwia rozumowanie i podejmowanie decyzji. Pierwsze z pojęć to celowe wyciąganie wniosków, z tego co człowiek spostrzega, czy faktów i przesłanek, które do niego docierają¹⁰⁵. Dzięki rozumowaniu formalnemu możliwe jest rozwikłanie problemu poprzez wykorzystanie algorytmu albo przez myślenie dedukcyjne i indukcyjne. Wyróżnia się także rozumowanie nieformalne, które nie musi się kończyć jednym, konkretnym rozwiązaniem, dlatego wykorzystywane są w takich przypadkach heurystyki, czyli zasady wyjaśniające, jak w praktyczny sposób dojść do rozwiązania, jednak bez pewności, że wynik będzie optymalny¹⁰⁶.

Podejmowanie decyzji pozwala na dokonanie wyboru z różnych możliwości¹⁰⁷. Składa się z trzech etapów. Pierwszy z nich, to etap przeddecyzyjny, gdzie osoba ustala, co jest problemem i gromadzi informacje, które są konieczne do podjęcia decyzji oraz informacje o samym problemie. Drugi etap, to właściwy proces decyzyjny i wybranie jednej z dostępnych opcji rozwiązania problemu, a wpływają na to: kontekst, doświadczenie i inne procesy poznawcze. Ostatni etap podejmowania decyzji, to procesy postdecyzyjne, mogą pojawić się tu wątpliwości odnośnie dokonanego wyboru¹⁰⁸.

4.4. Pamięć

Pamięć to umiejętność do przechowywania pewnych faktów i ich wykorzystywania¹⁰⁹. Można ją traktować, jako zdolność lub proces psychiczny. Pierwsze jej ujmowanie było charakterystyczne dla starożytnych filozofów, natomiast drugie podkreśla już złożoność pamięci, to że zachodzi w czasie i składa się z następujących po sobie faz¹¹⁰.

Wyróżnia się trzy procesy pamięciowe: kodowanie, przechowywanie i wydobywanie¹¹¹. Pierwszy z nich polega na przetwarzaniu informacji, co umoż-

104 Ibidem

105 C., Tavis, C. Wade C., *Psychologia: podejścia oraz koncepcje*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2008.

106 Ibidem

107 A. Falkowski, T. Maruszewski T., E. Nęcka, *Procesy poznawcze*, op. cit.

108 Ibidem

109 E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura, *Psychologia poznawcza*, op. cit.

110 T. Maruszewski, *Psychologia poznania*, wyd. GWP, Gdańsk 2001.

111 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

liwia stworzenie reprezentacji umysłowej, a to w jaki sposób informacje te będą kodowane, zależy od rodzaju pamięci, gdzie będą przechowywane^{112,113}. To co jest zakodowane, utrzymywane jest w pamięci, dzięki przechowywaniu. Fakty, które w pamięci człowieka pozostają na krótko, nieznacznie zmieniają się pod względem treści, natomiast, te które pozostają w niej na długo, ulegają dużo większym zmianom¹¹⁴. Ostatni proces pamięciowy, czyli wydobywanie, polega na odzyskiwaniu tego, co znajduje się w pamięci^{115,116}.

Pamięć dzieli się ze względu na czas przechowywania i mówi o tym magazynowa koncepcja pamięci¹¹⁷. Wyróżnia się w niej pamięć sensoryczną, krótkotrwałą i trwałą. Pierwsza z nich może przechowywać 18 elementów, a w zależności od zmysłu, którym dostarczane są informacje: 0,5 sekundy, dla wzroku, kilku sekund dla słuchu, informacje przechowywane w tej pamięci znikają¹¹⁸. Magiczna liczba Millera wskazuje, że pamięć krótkotrwała jest w stanie przechować +/- 7 elementów, a czas ich przechowywania to około 5,4s, co może zostać wydłużone poprzez stosowanie powtórek. Fakty kodowane są w formacie akustycznym lub semantycznym, a zapominanie ich polega na zanikaniu albo przez zakłócenia informacjami podanymi wcześniej, bądź później (interferencja). Ostatnia w tym podziale, pamięć trwała ma wręcz nieograniczoną pojemność i czas przechowywania informacji, które zapisywane są w formie semantycznej lub dzięki zmysłom słuchu i wzroku¹¹⁹.

Ponadto wyróżnia się jeszcze pamięć semantyczną i epizodyczną, którego to podziału dokonał Endel Tulving, a jego warunkiem jest rodzaj wskazówek koniecznych do odtworzenia wspomnień¹²⁰. Pamięć semantyczna przechowuje kategorie oraz znaczenia słów i pojęć. Pamięć epizodyczna dotyczy zdarzeń z przeszłości, w tym osobistych dla każdego człowieka (pamięć autobiograficzna), oraz ich kontekstu^{121,122}. Tulving stworzył także koncepcję HERA (*Hemispheric*

112 Maruszewski T. (2001). *Psychologia poznania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

113 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

114 C. Tavis, C. Wade C., *Psychologia: podejścia oraz koncepcje*, op. cit.

115 T. Maruszewski, *Psychologia poznania*, wyd. GWP, Gdańsk 2001.

116 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

117 T. Maruszewski, *Psychologia poznania*, wyd. GWP, Gdańsk 2001.

118 A. Falkowski, T. Maruszewski T., E. Nęcka, *Procesy poznawcze*, op. cit.

119 Ibidem

120 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

121 A. Falkowski, T. Maruszewski T., E. Nęcka, *Procesy poznawcze*, op. cit.

122 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

Encoding/Retrieval Asymmetry), czyli asymetrii kodowania i wydobywania z obu rodzajów pamięci¹²³. Kodowanie faktów w pamięci epizodycznej powoduje silniejsze uaktywnienie się lewej kory przedczołowej, a przy odtwarzaniu prawej, natomiast odwrotnie dzieje się w przypadku pamięci semantycznej¹²⁴.

4.5. Uczenie się

Uczenie się to proces, którego skutkiem są względnie trwałe zmiany w zachowaniu człowieka, wynikające z doświadczenia¹²⁵. Samo uczenie się jest nieobserwowalne, można natomiast o nim wnioskować na podstawie zachowania osoby uczącej się¹²⁶. Wyróżnia się trzy podstawowe teorie uczenia się w psychologii behawioralnej: warunkowanie klasyczne Pawłowa oraz warunkowanie instrumentalne Thorndike'a i sprawcze Skinnera. Ponadto wyróżnić należy uczenie się społeczne – przez obserwację, Bandury oraz poznawcze Tolmana.

Warunkowanie klasyczne, to sposób uczenia się, gdzie zachowanie wywołwane jest przez bodziec warunkowy, poprzez skojarzenie go z bodźcem bezwarunkowym, czyli takim, który jest znaczący biologicznie¹²⁷. Warto dodać, że powyższy proces powinien być systematyczny¹²⁸. Warunkowanie zostało odkryte przypadkowo przez Pawłowa, podczas badań nad trawieniem, które były przeprowadzane na psach¹²⁹. Psu systematycznie prezentowano dźwięk, którego nie znał, po czym otrzymywał on karmę, co wywoływało u zwierzęcia reakcję orientacyjną, a po wielu powtórzeniach ślinienie, czyli odruch, który stanowi podstawowe pojęcie opisywanego procesu. Karma była bodźcem bezwarunkowym, ponieważ wywoływała reakcję bezwarunkową, niezależną od procesów uczenia się. Proces, który prowadzi do wywoływania reakcji warunkowej (w tym przypadku ślinienia na dźwięk), poprzez prezentację na bodziec warunkowy, to nabywanie, natomiast gdy bodziec warunkowy (dźwięk) coraz rzadziej zapowiada bodziec bezwarunkowy (karmę), to reakcja warunkowa, jaką było ślinienie na dźwięk zmniejsza się, aż do całkowitego zniknięcia i jest to wygaszanie¹³⁰.

123 A. Falkowski, T. Maruszewski T., E. Nęcka, *Procesy poznawcze*, op. cit.

124 Ibidem

125 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

126 G. Mietzel, *Wprowadzenie do psychologii*, wyd. GWP, Gdańsk 2014.

127 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

128 G. Mietzel, *Wprowadzenie do psychologii*, op. cit.

129 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

130 Ibidem

Warunkowanie instrumentalne bierze pod uwagę konsekwencje w procesie uczenia się oraz wpływ człowieka na środowisko, co skutkuje tym, czy dane zachowanie znowu się pojawi¹³¹. Badaniem warunkowania instrumentalnego zajmował się Thorndike, przeprowadzając eksperymenty na kotach umieszczonych w klatce, których zadaniem było odsunięcie zasuwki i sięgnięcie kawałka ryby (skrzynka problemowa Thorndike'a¹³². Na początku ich działania były chaotyczne, jednak po kolejnych satysfakcjonujących próbach stworzone zostało skojarzenie bodziec-reakcja i zwiększała się liczba pożądanych zachowań przez kota. Takie uczenie się, w którym reakcje nieskuteczne są rzadsze, a te, które prowadzą do celu są wzmacniane poprzez satysfakcję, nazywane jest prawem efektu¹³³. Warunkowanie sprawcze opisywał Skinner, badający zachowania szczurów i szukał odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób móc sprawować kontrolę na zachowaniem organizmów. Wyróżnił on pojęcie zachowania sprawczego, czyli takiego, którego wpływ na środowisko można kontrolować, by kontrolować częstość jego występowania¹³⁴.

Uczenie się społeczne, przez obserwację, badał i opisywał Albert Bandura, który uważał, że obserwując zachowania innych osób, człowiek może nabyć takie zachowanie, którego wcześniej nie przejawiał. Ponadto zachowanie modela wpływa na zwiększanie lub zmniejszanie występowania zachowań obserwatora. Eksperyment Bandury, który polegał na obserwowaniu przez dzieci modela (dorosłej osoby/postaci z kreskówki), który bije dużą lalkę „Bobo”, a następnie obserwowano wzrost takich samych zachowań u dzieci, a proces ten nazywa się modelowaniem zachowania¹³⁵. Bandura¹³⁶ wspomina o czterech procesach, które najbardziej wpływają na siłę oddziaływania zachowania modela:

- 1) Uwaga, której skupienie obserwatora na zachowaniu i jego konsekwencjach u modela;
- 2) Przechowanie reprezentacji umysłowej zachowania w pamięci;
- 3) Odtwarzanie zachowania przez obserwatora musi być możliwe pod względem jego fizyczności i zdolności umysłowych;
- 4) Motywacja, czyli istotny powód do powtórzenia zachowania.

131 C. Tavis, C. Wade C., *Psychologia: podejścia oraz koncepcje*, op. cit.

132 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

133 G. Mietzel, *Wprowadzenie do psychologii*, op. cit.

134 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

135 Ibidem

136 Ibidem

Tolman był pionierem badań procesów poznawczych w uczeniu się¹³⁷. Przeprowadzał on eksperymenty na szczurach, które musiały wydostać się z labiryntu. Dzięki nim badacz określił pojęcie utajonego uczenia się, które odnosi się do zachowań, które początkowo pozostają ukryte i się nie ujawniają, jednak są wykorzystywane zgodnie z potrzebą¹³⁸. Ta forma uczenia się wykorzystywana jest w sytuacji, gdy chodzi o zachowania wykorzystujące orientację i mają umożliwić dotarcie do celu. Do tego służy mapa poznawcza, czyli reprezentacja umysłowa otaczającego człowieka środowiska¹³⁹.

4.6. Język

Kurcz¹⁴⁰ definiuje język, jako system znaków dźwiękowych oraz zasad, jak się nim posługiwać, który jest abstrakcyjny i stworzony przez społeczeństwo. Można wyróżnić trzy najważniejsze funkcje języka: komunikacyjną, poznawczą i ekspresyjną.

Pierwsza z nich odnosi się do porozumiewania się ludzi między sobą, co może mieć charakter niewerbalny (na przykład mimika) albo parawerbalny (na przykład ton głosu), mimo to najczęstszą formą komunikowania się jest sam język¹⁴¹. Funkcja poznawcza to przede wszystkim pomoc procesom poznawczym, jak rozumowanie, czy pamięć oraz język umożliwia myślenie pojęciowe. Ponadto dzięki językowi człowiek jest w stanie kontrolować się emocjonalnie i pod względem poznawczym, zwracając się do siebie w formie różnych nakazujących lub zakazujących komunikatów. Funkcja ekspresyjna wskazuje na stosunek człowieka do rzeczywistości oraz wskazuje na regulacyjne, pod względem emocjonalnym, możliwości języka, ponieważ człowiek za jego pomocą wyraża swoje uczucia¹⁴².

Język można analizować na poziomie fonologicznym, semantycznym i syntaktycznym. Pierwszy, to dźwięki budujące wyrazy. Drugi związany jest z całymi słowami, a co za tym idzie, tym co znaczą, natomiast syntaktyczny odnosi się do gramatyki zdań¹⁴³.

137 P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, op. cit.

138 G. Mietzel, *Wprowadzenie do psychologii*, op. cit.

139 Ibidem

140 A. Falkowski, T. Maruszewski T., E. Nęcka, *Procesy poznawcze*, op. cit.

141 E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura, *Psychologia poznawcza*, op. cit.

142 A. Falkowski, T. Maruszewski T., E. Nęcka, *Procesy poznawcze*, op. cit.

143 Ibidem

5. Procesy poznawcze w późnej dorosłości

Przyjmuje się, że późna dorosłość rozpoczyna się w 60 roku życia. Przez pierwsze 15 lat tego okresu funkcje poznawcze nie ulegają zmianie i są takie same, jak w średniej dorosłości i dopiero po 75 roku życia widać różnice w tej sferze funkcjonowania psychicznego¹⁴⁴. Przemiany dotyczą głównie procesów pamięciowych, percepcyjno-motorycznych i intelektualnych, które ulegają spowolnieniu, co prawdopodobnie spowodowane jest zmniejszoną masą mózgu i połączeń nerwowych¹⁴⁵.

5.1. Zmiany w funkcjonowaniu poznawczym

W przypadku funkcji wzrokowo-przestrzennych, spostrzeganie u osób starszych ulega niewielkiemu obniżeniu, natomiast wnioskowanie przestrzenne i ruchy celowe, pozostają na podobnym poziomie¹⁴⁶. W późnej dorosłości osłabieniu ulega wrażliwość zmysłów oraz koncentracja uwagi, a także jej możliwości selekcyjne i podzielność, istotne jest spowolnienie czasu reakcji¹⁴⁷.

Kleemeier¹⁴⁸ stworzył teorię krańcowego spadku do opisanie rosnących deficytów poznawczych od pięciu do siedmiu lat przed śmiercią, co dotyczy głównie inteligencji, pamięci pierwotnej, abstrakcyjnego rozumowania. Ponadto w innych badaniach osoby w późnej dorosłości uzyskały słabsze wyniki z zakresu pamięci krótkotrwałej, umiejętności rozpoznawania obrazów i płynności werbalnej, a Ci seniorzy z najslabszymi rezultatami, zmarli do trzech lat po testach¹⁴⁹.

Najlepiej zachowana zostaje pamięć skojarzeniowa i logiczna, natomiast największy spadek obserwuje się w procesach pamięci bezpośredniej i mechanicznej¹⁵⁰. Wskazuje się na dwa powody, wyjaśniające zmniejszanie możliwości procesów pamięciowych z wiekiem: poznawcze i systemowe. Pierwszy dotyczy tego, że pamięć to proces, składający się z etapów i związana jest z przetwarzaniem informacji, którego działanie zmniejsza się wcześniej, co

144 J. Janiszewska-Rain, *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?* [w] A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, wyd. GWP, Gdańsk 2016, s. 591-622.

145 M. Straś-Romanowska, op. cit.

146 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

147 M. Straś-Romanowska, op. cit.

148 J. Janiszewska-Rain, *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?*, op. cit.

149 Ibidem

150 M. Straś-Romanowska, op. cit.

wpływa na działanie pamięci roboczej i wnioskować należy, że zmiany w procesach uwagi są główną przyczyną deficytów pamięci¹⁵¹.

Drugi powód odnosi się do podziału pamięci na różne rodzaje. Pamięć proceduralna pozostaje bardzo długo bez zmian, a kłopoty w wykonywaniu codziennych aktywności, mają związek z ograniczoną fizycznością seniorów. W przypadku pamięci semantycznej również nie mówi się o znacznych zmianach, natomiast kłopot może sprawiać przywoływanie imion sławnych ludzi, ale za to nazwy przedmiotów lepiej od młodszych przypominają sobie starsi. Badania wykazały, że osoby w późnej dorosłości nie używają mnemotechnik, jednak trening tej strategii zapamiętywania, wpływa na ich efektywność u ludzi w wieku 75-78 lat. Pamięć materiału werbalnego jest u osób starszych na tym poziomie, co wcześniej, a negatywnie wpływa na nią presja czasu¹⁵². Słabiej od wcześniej opisanej pamięci, zachowuje się pamięć epizodyczna¹⁵³. Formą tego rodzaju pamięci jest pamięć autobiograficzna, odnosząca się do wspomnień osób starszych, które zazwyczaj tracą na swojej szczegółowości i odzwierciedlają ogólny zarys przeszłych zdarzeń oraz ich interpretację, dla zrozumienia sensu życiowych doświadczeń¹⁵⁴.

Zaburzenia pamięci zaczynają pojawiać się po 60. roku życia¹⁵⁵. Seniorzy z reguły stosują strategie o mniejszej wydajności podczas kodowania informacji, co związane jest głównie z porcjowaniem dużej partii informacji¹⁵⁶. Istotne jest też zwrócenie uwagi na fakt, iż osoby starsze mają kłopoty z przypominaniem i/lub przechowywaniem informacji, na co wskazuje między innymi to, że ludzie w późnej dorosłości lepiej radzą sobie z rozpoznawaniem, niż przypominaniem, gdy wymaga tego zadanie. Badacze wskazali również, że osoby starsze nie kodują i nie odtwarzają z pamięci tak samo spontanicznie, jak osoby młodsze, szczególnie dotyczy się to sytuacji, gdy materiał do zapamiętania podawany jest szybko¹⁵⁷.

W przypadku sfery intelektualnej, spadkowi ulegają wszystkie jej procesy, jednak sam iloraz inteligencji nie zmienia się w znaczny sposób^{158,159}.

151 Ibidem

152 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

153 M. Straś-Romanowska, op. cit.

154 Ibidem

155 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

156 I. Stuart-Hamilton I, *Psychologia starzenia się*, op. cit.

157 Ibidem

158 M. Straś-Romanowska, op. cit.

159 I. Stuart-Hamilton I, *Psychologia starzenia się*, op. cit.

Schaie¹⁶⁰ prowadził Podłużny Projekt Badawczy Starzenia się w Seattle, w którym udowodnił, że poziom inteligencji płynnej (wrodzona, umiejętność rozwiązywania nowych trudności) spada już od około 65. roku życia, natomiast skryształizowanej (wiedza nabyta) pozostaje bez zmian. Rozumowanie indukcyjne, wyobrażenia przestrzenne, obniżają się, natomiast umiejętności z zakresu arytmetyki, wiadomości i zdolności słowno-pojęciowe, pozostają na tym samym poziomie u osób starszych¹⁶¹.

5.2. Styl życia a funkcje poznawcze

Według badań nad wpływem stylu życia dla pozytywnego funkcjonowania poznawczego w późnej dorosłości, znaczenie ma aktywność w tym okresie oraz w poprzednich etapach życia, przede wszystkim aktywność poznawcza, na przykład rozwiązywanie angażujących intelektualnie zadań¹⁶².

Innym rodzajem aktywności, która sprzyja sprawniejszemu funkcjonowaniu poznawczemu, ale także dodatnio koreluje ze zmniejszonym ryzykiem demencji, jest aktywność społeczna. Istotne okazują się także w tym przypadku zajęcia rekreacyjne, jak aktywność kulturalna, turystyczna, towarzyska, intelektualna, czy zajęcia w ogrodzie, spacerowanie, rękodzielnictwo. Ważne jest, aby wspomnieć tutaj o „wychowaniu do starości” Kamińskiego, czyli pomoc osobom na różnych etapach życiowych, w taki sposób, by osiągnęły pomyślne starzenie się¹⁶³.

5.3. Mądrość życiowa

Według Eriksona, ostatnią cnotą rozwoju psychospołecznego, jaką można osiągnąć, jest mądrość życiowa, która dotyczy osób powyżej 41 roku życia¹⁶⁴. Osiągnięcie jej następuje, gdy człowiek zaakceptuje swoje dotychczasowe życie, siebie i pogodzi się ze zbliżającą go śmiercią, co jest osiągnięciem integralności ego. Według Baltesa i Staudinger¹⁶⁵ mądrość to wiedza o praktycznym funkcjonowaniu w życiu i na temat ludzi, która wpływa na to, w jaki

160 Ibidem

161 M. Straś-Romanowska, op. cit.

162 Zajac-Lamparska L., *Kompensacyjna aktywność mózgu osób starszych* [w] *Gerontologia Polska*, t. 26 (nr 1), wyd. Akademia Medycyny, Warszawa 2018, s. 54-58.

163 Ibidem

164 P. Ziółkowski, *Szkice z pedagogiki senioralnej*, wyd. WSG, Bydgoszcz 2017.

165 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

sposób człowiek radzi sobie w sytuacjach problemów życiowych, jest to dbanie o dobro wspólnoty. Osoba starsza odznacza się mądrością wynikającą ze swoich doświadczeń życiowych, którymi lubi dzielić się z innymi, szczególnie młodszymi od siebie¹⁶⁶. Jest ona formą kompensacji trudności w innych sferach życia, które pojawiają się wraz z wiekiem¹⁶⁷.

Mądrość zawiera w sobie komponenty z różnych obszarów życia: motywacyjnego, poznawczego i emocjonalno-społecznego¹⁶⁸. Pierwszy z nich związany jest z zamiarami zachowań, które dotyczą mądrości, drugi to przede wszystkim zasoby intelektualne, wiedza, doświadczenie i umiejętne ich wykorzystywanie, otwartość na doświadczenia oraz krytyczne ocenianie, natomiast trzeci komponent kryje za sobą empatię, zdolności społeczne, troszczenie się o innych. Zych¹⁶⁹ twierdzi, że jednostka, która posiadała mądrość życiową cechuje się wnikliwością podczas rozwiązywania problemów i umiejętnością pomocy i udzielania rady. Osoba taka akceptuje swój los i potrafi cieszyć się własną egzystencją.

Mickler i Staudinger¹⁷⁰ wyróżniają mądrość odnoszącą się do własnego życia (osobista) i mądrość odnoszącą się do życia w ogóle (ogólna). Pierwsza związana jest z wiedzą jednostki na temat jej umiejętności, wartości, odczytywania i kontrolowania swoich emocji, sensu własnej egzystencji, ale także zdolność kierowania własną osobą i umiejętności budowania i trwania w relacjach interpersonalnych. Ten typ mądrości związany jest między innymi z wiekiem i osiągnięciem dojrzałej osobowości. Mądrość ogólna dotyczy otwartości na nowe doznania, poszerzające perspektywę myślenia, umożliwia refleksję, co rozwija wcześniej opisany rodzaj mądrości¹⁷¹.

U seniorów mądrość życiowa objawia się również tym, że zmieniają oni swoje życiowe priorytety związane ze sprawami materialnymi, zawodowymi, czy statusem społecznym, jednak to, w jaki sposób wcześniejsze osiągnięcia są oceniane, wpływa na to, jak osoby w późnej dorosłości podsumowują swoje życie. W ujęciu Tornstama¹⁷² taka zmiana priorytetów na kosmiczne, czyli ujmowanie rzeczywistości w formie początku i końca, i transcendentalne, to gerotranscendencja, która prowadzi do mądrości duchowej – „całościowe ust-

166 A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, *Definiowanie gerontologii i jej subdyscyplin*, op. cit.

167 Ibidem

168 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

169 A. Fabiś, *Starość jako zadanie rozwojowe*, op. cit.

170 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

171 Ibidem

172 M. Straś-Romanowska, op. cit.

sunkowanie do świata, stanowiące owoc rozwoju osobowego¹⁷³. Taki rodzaj mądrości charakteryzuje zmiana perspektywy od rzeczywistości materialnej, społecznej oraz sprawia, że jednostki, które się nią odznaczają, odczuwają sens życia, spokój i odejście od oceniającej strony własnego Ja, a osiągnięcie jej jest możliwe między innymi dzięki chęci rozwoju¹⁷⁴.

Mądrość życiowa to przymiot, który kojarzony jest przede wszystkim z ludźmi w późnej dorosłości, którym przypisuje się także cierpliwość, umiejętność odmawiania sobie, rozagę, uczciwość, umiejętność zdystansowania się od różnych spraw¹⁷⁵. Mądrość życiowa osób starszych wiąże się z akceptacją nieuchronności losu, własnych deficytów, a przy tym zachowania pogody ducha oraz dbanie o relacje społeczne¹⁷⁶.

5.4. Stymulacja funkcji poznawczych

We wcześniejszej części pracy pisano o tym, że funkcjonowanie poznawcze w późnej dorosłości ulega pogorszeniu, dlatego stosuje się różnego rodzaju interwencje poznawcze, w tym trening funkcji poznawczych¹⁷⁷. Wspomagają one procesy poznawcze seniorów, skupiając się głównie na inteligencji płynnej. Plastyczność rozwojowa umożliwia zwiększenie sprawności między innymi rozumowania, pamięci, orientacji przestrzennej, prędkości przetwarzania, które są aktywizowane podczas treningu¹⁷⁸.

Działania treningowe są skuteczne zarówno w warunkach laboratoryjnych, jak i domowych, a ich skuteczność stwierdza się nie tylko wśród osób starzejących się w sposób normalny, ale również u tych, ze stwierdzonymi zaburzeniami poznawczymi (choć ta skuteczność jest mniejsza)¹⁷⁹. Badania pokazują, że treningi skomputeryzowane wpływają w pozytywny sposób na funkcjonowanie poznawcze seniorów z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi oraz nie do końca znane są efekty takich ćwiczeń u osób z otępieniami¹⁸⁰.

Część badań wskazuje, że w czasie ćwiczenia konkretnej funkcji poznawczej, oddziałuje się tylko na nią, bez możliwości wspomagania innych oraz

173 Ibidem

174 M. Straś-Romanowska, op. cit.

175 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, op. cit.

176 Ibidem

177 Zając-Lamparska L., *Kompensacyjna aktywność mózgu osób starszych*, op. cit.

178 Ibidem

179 P. Ziółkowski, *Student 50+. Poradnik dla uniwersytetów trzeciego wieku*, wyd. WSG, Bydgoszcz 2013.

180 Zając-Lamparska L., *Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się*, op. cit.

badania pokazują brak wpływu takich ćwiczeń na aktywności wykonywane na co dzień. Doniesienia naukowe dotyczące osób w późnej dorosłości wskazują jednak, że ćwiczenie funkcji wykonawczych oraz pamięci operacyjnej, pozytywnie wpływa nie tylko na wykonywanie danych zadań, ale również na inne (transfer bliski i daleki). Funkcjonalne pole widzenia jest jedną z badanych funkcji, której ćwiczenie spowodowało wpływ na całościowe funkcjonowanie poznawcze oraz przełożenie tego na działania w życiu codziennym¹⁸¹.

Przypuszcza się, że istotne jest, aby zadania wykorzystywane w czasie treningu funkcji poznawczych, miały związek z codziennością osób starszych, co potwierdzają badania, których wyniki wskazały na zwiększenie sprawności danej aktywności. Ponadto pozytywne rezultaty przynoszą ćwiczenia pamięci codziennej¹⁸².

Podsumowanie

W niniejszym artykule przedstawione zostały formy edukacji osób starszych oraz wartości, jakie płyną z uczestniczenia w takich zajęciach. Zaznaczyć należy, że poza możliwością poszerzania swojej wiedzy oraz podtrzymywania aktywności umysłowej, uczestniczenie w takich miejscach jak Uniwersytety Trzeciego Wieku, Kluby Seniora, służą także zapobieganiu izolacji społecznej, szerzeniu i podtrzymywaniu relacji oraz dają sposobność do dzielenia się własnymi doświadczeniami życiowymi z innymi ludźmi. Ważny jest również wpływ takiej aktywności osób w późnej dorosłości na ich samoocenę i satysfakcję z życia. Wolontariat podejmowany przez seniorów daje im poczucie bycia potrzebnym.

Starzenie się prowadzi do pogorszenia funkcjonowania poznawczego. Obniżeniu ulega poziom inteligencji płynnej, działanie uwagi, pamięci, przede wszystkim bezpośredniej, przypomnianie. Istnieją jednak treningi poznawcze, które w pozytywny sposób wpływają na ćwiczone funkcje poznawcze oraz przypuszcza się, że efekty są lepsze, gdy zadania odnoszą się do codziennego życia seniorów. Ponadto udowodniono, że wykonywanie ćwiczeń poznawczych w domu, również przynosi efekty, co jest ważnym argumentem w przypadku seniorów, którzy nie mają możliwości systematycznego uczestniczenia w zajęciach organizowanych przez instytucje. Warto również wspomnieć o plastyczności neuronalnej, dzięki której system nerwowy ma możliwość przystosowania się do zmieniających się warunków środowiska zewnętrznego oraz wewnętrznego, co zachodzi również w przypadku seniorów. W tekście wspomniano również

181 Ibidem

182 Ibidem

o mądrości życiowej seniorów, która jest umiejętnością korzystania z własnych doświadczeń, dzielenia się nimi z innymi, przede wszystkim młodszymi ludźmi oraz pogodzeniem się z nieuchronnością śmierci, a przy tym zachowaniem pogody ducha oraz spokoju.

Bibliografia

1. Błachnio A., *Starość non profit: wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*, wyd. UKW, Bydgoszcz 2012.
2. Brzezińska A. I., Hejmanowski Sz., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* [w] A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, wyd. GWP, Gdańsk 2016.
3. Chabior A., *Aktywność społeczna ludzi starszych*, [w] A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość: wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, wyd. Impuls, Kraków 2015.
4. Fabiś A., *Edukacja osób starszych*, [w] A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość: wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, wyd. Impuls, Kraków 2015.
5. Fabiś A., *Starość jako zadanie rozwojowe*, [w] A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość: wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, wyd. Impuls, Kraków 2015.
6. Fabiś A., Wawrzyniak J.K., *Definiowanie gerontologii i jej subdyscyplin*, [w] A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość: wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, wyd. Impuls, Kraków 2015.
7. Falkowski A., Maruszewski T., Nęcka E., *Procesy poznawcze*, [w] J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia akademicka. Podręcznik*, tom 1, wyd. GWP, Gdańsk 2015.
8. Gawroński A., *Etapy rozwojowe człowieka dorosłego z wyszczególnieniem okresu starości*, [w] Zeszyty Naukowe WSHE tom 40 (nr 14), *Wiek senioralny w teorii i w codzienności*, wyd., WSHE, Włocławek 2015.

9. Janiszewska-Rain J., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?* [w] A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, wyd. GWP, Gdańsk 2016.
10. Kaleta K.P., Jaśkiewicz A., *Miłość i bliskie związki w okresie późnej dorosłości*, [w] A. I. Brzezińska (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2007.
11. Maruszewski T., *Psychologia poznania*, wyd. GWP, Gdańsk 2001.
12. Mielczarek A., *Człowiek stary w domu pomocy społecznej*, wyd. AKAPIT, Toruń 2010.
13. Mietzel G., *Wprowadzenie do psychologii*, wyd. GWP, Gdańsk 2014.
14. Nęcka E., Orzechowski J., Szymura B., *Psychologia poznawcza*, wyd. PWN, Warszawa 2006.
15. Osak K., Ziółkowski P., *Regionalna Sieć Uniwersytetów Trzeciego Wieku WSG 2007-2017*, wyd. WSG, Bydgoszcz 2017.
16. Pikuła N. G., *Senior w centrum oddziaływań edukacyjnych*, [w] *Przegląd Pedagogiczny (nr 2)*, wyd. UMK, Bydgoszcz 2014.
17. Polak A., Porzych K., Kędziora-Kornatowska K., Motyl J., Porzych M., Słupski M., Lackowska D., *Poznawczy i praktyczny wymiar gerontologii - interdyscyplinarnej nauki o starzeniu się i starości*, [w] *Gerontologia Polska*, t. 15 (nr 3), wyd. Akademia Medycyny, Warszawa 2007, s. 51-53.
18. Richert-Kaźmierska A., Forkiewicz M., *Kształcenie osób starszych w koncepcji aktywnego starzenia się*, [w] A. Rączaszek, W. Koczur (red.), *Problemy edukacji wobec rozwoju społeczno-gospodarczego*, wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2013.
19. Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, wyd. PWN, Warszawa 2014.
20. Straś-Romanowska M., *Późna dorosłość* [w] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, wyd. PWN, Warszawa 2015.
21. Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006.

22. Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki*, wyd. Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.
23. Szarota Z., *Uczenie się starości*, [w] *Edukacja dorosłych* (nr 1), wyd. ATA, Warszawa 2015, s. 22-35.
24. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, wyd. ASPRA-JR, Warszawa 2006.
25. Tavis C., Wade C., *Psychologia: podejścia oraz koncepcje*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2008.
26. Tomczyk Ł., *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów*, wyd. Difin, Warszawa 2015.
27. Wawrzyniak J.K., *Starzenie się i jego charakterystyka*, [w] A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość: wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, wyd. Impuls, Kraków 2015.
28. Zając-Lamparska L., *Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się*, [w] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, wyd. PWN, Warszawa 2015.
29. Zając-Lamparska L., *Kompensacyjna aktywność mózgu osób starszych* [w] *Gerontologia Polska*, t. 26 (nr 1), wyd. Akademia Medycyny, Warszawa 2018, s. 54-58.
30. Zielazny P., Biedrowski P., Mucha D., *Późna dorosłość – okres strat czy nowych wyzwań?* [w] *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, t. 19 (nr 3), wyd. Instytutu Medycyny Wsi, Lublin 2013, s. 284-287.
31. Zimbardo P. G., Gerrig R. J., *Psychologia i życie*, wyd. PWN Warszawa 2012.
32. Ziółkowski P., *Student 50+. Poradnik dla uniwersytetów trzeciego wieku*, wyd. WSG, Bydgoszcz 2013.
33. Ziółkowski P., *Szkice z pedagogiki senioralnej*, wyd. WSG, Bydgoszcz 2017.

Stimulating cognitive functions in seniors on the example of Third Age Universities and Elderly Day Care Centres

Summary

The aim of this article is to present selected aspects of a human development phase that is late adulthood, with a special emphasis on cognitive functions. Biological and psychological spheres of aging, as well as seniors' participation in various educational forms were presented. A brief characteristics of cognitive processes and condition of cognitive functioning of elderly persons was given. The article also focuses on two institutions supporting the development of cognitive functions – third age universities and elderly day care centres.

Keywords: cognitive functions, seniors, elderly day care center (DDP), third age university (UTW)

Євгеній Клопота

Zaporizhzhia National University, Ukraine

Комплексна система психологічного супроводу інтеграції в суспільство людей з особливими потребами

Проблема розробки теоретико-методологічних і організаційних основ соціально-психологічної допомоги людям з особливими потребами на різних етапах соціалізації набуває особливого значення в умовах інклюзивної освіти.

Зараз в Україні відбувається реформування спеціальної освіти й формування нових стратегій навчання таких осіб у загальноосвітніх закладах. Можна стверджувати, що розвиток інклюзивного навчання є закономірним етапом розвитку системи спеціальної освіти, який тісно пов'язаний з переосмисленням суспільством і державою свого ставлення до людей з особливими потребами, визнанням їх прав реалізовувати свої здібності в різних сферах життєдіяльності й освіти. Саме тому, однією з основних умов успішної інтеграції людей з особливими потребами вважаємо організацію їх психологічного супроводу в родині, школі, закладі вищої освіти та у подальшій професійній сфері, а також створення позитивного їх образу в суспільстві.

Метою нашої статті є теоретичний аналіз та систематизація психологічного супроводу інтеграції в суспільство людей з особливими потребами.

Перш за все, необхідно акцентувати увагу на тому, що інтеграція в суспільство людей з особливими потребами передбачає взаємодію двох сторін: самої особистості та її близького й далекого соціального оточення.

На сучасному етапі вивченням та розвитком актуальних питань людей з особливими потребами займаються такі українські фахівці та вчені як Данілавичюте Е., Душка А., Гладченко І., Засенко В., Жук В., Кобильченко В., Коваль Л., Клопота Є., Клопота О., Колупаєва А., Литовченко С., Ліщук Н., Омельченко І., Прохоренко Л., Рібцун Ю., Скрипник Т., Сухіна І., Таранченко О., Трикоз С., Федоренко О., Блеч Г., Чеботарьова О. та інші.

Так, у старшому дошкільному віці перед батьками дитини з особливими потребами постає питання про те, де доцільніше її навчати: у спеціальній школі, на дому, у загальноосвітній школі серед звичайних однолітків.

Успішність інтеграційного процесу визначається тим, наскільки активною, позитивною, змістовною є взаємодія і підготованість усіх її суб'єктів, адже соціокультурна ситуація включає в себе соціально-культурне середовище та відповідні сфери життєдіяльності, де формуються й реалізуються основні складові образу життя таких людей (цінності, мотиви й мета діяльності, особистісний потенціал).

Варто відзначити, що учні спеціальних шкіл для дітей з особливими потребами не мають достатніх умов для успішного включення в соціокультурне середовище, адже заклади даного типу не завжди цілеспрямовано працюють в цьому напрямку. Найчастіше сім'я недостатньо активно впливає на інтеграційний процес дітей внаслідок незнання потенціалу їх особистості, віддаленості проживання. Старшокласники та студенти з порушеннями здоров'я не готові до спільної соціокультурної діяльності з іншими людьми тому що зіштовхуються із труднощами, які відсутні у їх однолітків. Ці труднощі обумовлені й неадекватними суспільними уявленнями про різноманітні порушення здоров'я, стереотипами щодо навчальної й професійної діяльності осіб з особливими потребами. Такі учні, здебільшого, зайняті пасивними видами діяльності, і недостатньо взаємодіють зі своїми однолітками.

Надання психологічної допомоги має суттєвий вплив на психологічні новоутвори особистості й відповідно на розвиток особистісного потенціалу людей з особливими потребами. На нашу думку, у якості такої допомоги доцільно розглядати психологічний супровід. Під терміном «супровід» у психолого-педагогічній літературі пропонуються різні визначення.

У межах системно-орієнтаційного підходу актуалізувалася ідея комплексного супроводу як нова освітня технологія. При цьому основна увага дослідників була спрямована на особистісний потенціал розвитку суб'єкта. Супровід можна визначити як «допомога особистості в ухваленні рішення в ситуації життєвого вибору». Інші дослідники визначають супровід як систему професійної діяльності психолога, спрямованої на створення соціально-психологічних умов для успішного навчання й психологічного розвитку учня в ситуаціях шкільної взаємодії. Фокусується увага на змістовних аспектах, на вмінні досягти бажаного результату, за рахунок взаєморозуміння в ході спілкування. У даному контексті під супроводом розуміється «психолого-педагогічні технології, призначені для надання допомоги особистості на певному етапі її розвитку у вирішенні або попередженні проблем.

Реалізація психологічного супроводу можлива при наявності актуальної особистісної проблеми у людини. При цьому, психологічний супровід обмежується часом рішення проблеми, і є залежним від ступеня рішення проблеми й можливості широкого його використання в межах індивідуальної й групової роботи. Використання технології супроводу поряд із рішенням проблеми визначає реалізацію індивідуально-орієнтованого підходу, посилення самостійності об'єкта в ухваленні рішення, забезпечує не просто «зняття» проблеми, а розвиток і саморозвиток особистості.

Основною метою психологічного супроводу є створення максимально комфортних умов перебування учнів з особливими потребами в закладі освіти, які б дозволили повною мірою реалізувати їх можливості та здібності, сформувати успішність, адекватну самооцінку й прагнення до самореалізації. Тобто, психологічний супровід має забезпечувати умови для емоційного благополуччя і повноцінного особистісного розвитку таких учнів в ситуаціях соціальної взаємодії, що існують в межах навчально-виховного простору. Крім того, психологічний супровід передбачає своєчасне виявлення труднощів у психосоціальному розвитку особистості, визначення умов та засобів їх корекції та профілактики, включення усіх учасників навчально-виховного процесу, в тому числі й батьків до системи неперервного комплексного психологічного супроводу.

Провідну роль у формуванні готовності учнів та студентів до одержання професійної освіти відіграє ідея супроводу даного процесу, тобто забезпечення умов для прийняття суб'єктом розвитку оптимальних рішень у різних ситуаціях життєвого вибору. Ідея комплексного супроводу розвитку особистості ґрунтується на програмах індивідуального та групового супроводу, спрямованого на всебічний розвиток здібностей та можливостей осіб з особливими потребами.

Таким чином, психологічний супровід є системою заходів, який спрямований на створення психологічних умов для ефективної діяльності особистості з особливими потребами у процесі інтеграції в суспільство, формування позитивного образу таких людей у соціумі, а також сприйняття їх як рівних партнерів.

Психологічний супровід інтеграції в суспільство осіб з особливими потребами складається з таких структурних компонентів:

- 1) Орієнтаційний - принципи психологічної роботи щодо успішної інтеграції в суспільство людей з особливими потребами.
- 2) Цільовий, який визначає мету та завдання психологічного супроводу людей з особливими потребами.

- 3) Змістовий компонент, який включає сферу та напрямки психологічного супроводу осіб з особливими потребами.
- 4) Діяльнісний компонент - форми реалізації поставленої мети психологічного супроводу людей з особливими потребами.
- 5) Оцінювальний (аналіз результативності психологічного супроводу осіб з особливими потребами).

Орієнтаційний компонент психологічного супроводу включає такі принципи:

Загальні принципи визначають організацію комплексного психологічного супроводу розвитку особистості у цілому:

- 1) Принцип відповідальності суб'єкта розвитку за ухвалення рішення.
- 2) Принцип дотримання пріоритету інтересів супроводжуваного.
- 3) Принцип комплексного підходу.
- 4) Принцип безперервного характеру супроводу.

Спеціальні принципи визначають зміст і організацію роботи з людьми, які мають порушення здоров'я:

- 1) Принцип єдності діагностики, корекції й компенсації відхилень розвитку особистості з порушеннями здоров'я.
- 2) Принцип урахування вікових, типологічних і індивідуальних особливостей розвитку таких людей.
- 3) Принцип компенсаторно-розвиваючої спрямованості.
- 4) Принцип індивідуального й диференційованого підходу.

Специфічні принципи визначають своєрідність роботи, спрямованої на формування й мобілізацію таких особистісних, специфічних характеристик:

- 1) Принцип урахування ціннісних орієнтацій, спрямованості особистості як чинника системи психологічної інтеграції в суспільство. Реалізація даного принципу будується на визнанні висновку про те, що ціннісні орієнтації відіграють важливу роль в інтеграційному процесі.
- 2) Принцип формування особистісної мотивації. Домінантний вплив на процес і характер інтеграції виявляє відповідність «мотиваційного ядра» особистості, змісту, цілям і умовам реальної діяльності; мотивування людей з особливими потребами, які перебувають в умовах депривації до саморозвитку й удосконалення власного комунікативного потенціалу.

- 3) Принцип орієнтації на розвиток самосвідомості особистості як самостійний елемент і інтегративний чинник системи психологічної інтеграції в суспільство. Реалізація даного принципу будується на визнанні того, що ієрархія компонентів самоставлення за значущістю визначається ієрархією мотивів, стосовно яких «Я» індивіда наділяється особистісним змістом. Розуміння порушення здоров'я як чинника своєрідності або виправдання своїх невдач характерно для таких людей.
- 4) Принцип урахування базової соціальної потреби особистості в позитивному само ставленні.
- 5) Принцип комплексного підходу до формування базової комунікативної культури осіб з особливими потребами.
- 6) Принцип превентивної та соціокультурної спрямованості психологічного впливу.

Аналіз цільового компонента моделі варто почати з того, що психологічний супровід осіб з особливими потребами розуміється як органічна комбінація закономірностей психічного розвитку (у дошкільному, шкільному, довузівському, вузівському і післявузівському періодах) в умовах зорової депривації з адекватними психологічними засобами впливу. Структурування різних підходів до надання психологічної допомоги для розвитку особистості з порушеннями здоров'я має за результат постановку мети та завдань психологічного супроводу. Метою психологічного супроводу є підвищення особистісної готовності людей з порушеннями здоров'я до інтеграції в суспільство та готовності соціального оточення (на різних його рівнях) до сприйняття як рівних партнерів й необхідності забезпечення умов для їх самореалізації.

Для реалізації мети психологічного супроводу інтеграції в суспільство осіб з особливими потребами необхідно виконувати такі завдання:

- 1) Дотримання закономірностей і особливостей процесу інтеграції.
- 2) Подолання бар'єрів інтеграції в суспільство осіб з особливими потребами.
- 3) Оптимізація впливу соціально-психологічних чинників на інтеграцію осіб з особливими потребами в суспільство.
- 4) Налагодження взаємодії людей з особливими потребами у різних сферах життєдіяльності.

- 5) Систематизація психологічної роботи з людьми із порушеннями здоров'я та соціальним оточенням (родина, навчальні та професійні колективи).

Змістовний компонент психологічного супроводу інтеграції в суспільство людей з особливими потребами включає наступні сфери.

- а) Родина.
- б) Загальноосвітня школа.
- в) Заклад Вищої освіти.
- г) Професійний колектив.
- д) Макросоціум.

Діяльнісний компонент включає такі форми реалізації мети психологічного супроводу:

- 1) Психологічна діагностика.
- 2) Психологічна профілактика.
- 3) Просвітницька діяльність.
- 4) Індивідуальні консультації.
- 5) Групові тренінгові заняття.

Оцінювальний компонент психологічного супроводу - це аналіз результативності психологічного супроводу людей з особливими потребами в процесі інтеграції в суспільство на різних етапах. Ефективність супроводу визначається єдністю діагностики, інформаційного пошуку, планування, консультування й надання первинної допомоги в реалізації плану, його безперервним характером, опорою на позитивний особистісний потенціал розвитку особистості. Ефективність супроводу значною мірою залежить від психологічного забезпечення цього процесу.

Таким чином, у процесі здійснення психологічного супроводу людей з особливими потребами необхідно враховувати відхилення розвитку особистості, що можуть бути викликані наявними порушеннями здоров'я.

Руйнуючи біологічну лінію розвитку, наявність порушень здоров'я створює перешкоди і для соціально-психологічного розвитку. Явища психічного недорозвинення, які виникають вторинно, а також особистісні установки та соціальні стереотипи в соціумі нерідко стають основними бар'єрами для успішної інтеграції в суспільство осіб з особливими потребами. Тому психологічний супровід має бути пов'язаний переважно з характером вторинного порушення, проявами якого можуть бути обмежені можливості

спілкування, складнощі у набутті життєвого досвіду, відчуття неуспіху, емоційний дискомфорт, низький рівень самоусвідомлення та неадекватне сприйняття суспільством людей з особливими потребами.

Можна виділити такі форми психологічного супроводу інтеграції в суспільство людей з особливими потребами як психологічна діагностика, психологічна профілактика, просвітницька діяльність, індивідуальні консультації та групові тренінгові заняття.

Необхідно зазначити, що психодіагностика спрямовується на визначення рівня розвитку таких аспектів соціально-перцептивної компетентності, як обсяг і глибина уявлень про однолітків, диференційованість і точність міжособистісного розуміння, здатність до оцінки міжособистісних стосунків у колективі та визначення елементів статусної структури. Крім цього, діагностуються біологічні, індивідуально-психологічні та соціально-психологічні передумови формування соціально-перцептивної компетентності, зокрема: здатність до зорового розрізнення елементів невербальної поведінки, рівень екстра-інтроверсії, нейротизму, статусу в структурі колективу.

Усебічне вивчення особистості з метою розкриття причинно-наслідкових зв'язків, встановлення залежності розвитку й проявів психіки від ступеня й характеру відхилень здоров'я й часу виникнення порушень здоров'я, не має бути самоціллю. Вона завжди підпорядковується головному завданню - виробленню рекомендацій щодо оптимізації або корекції психологічного розвитку особистості з особливими потребами.

У процесі психологічної діагностики незрячих та слабкозорих осіб, наприклад, необхідно використовувати спеціальні або адаптовані методики, які мають враховувати індивідуальні особливості зору. Необхідність адаптації стимульного матеріалу для дослідження осіб з особливими потребами обумовлена потребою в забезпеченні його чіткого й точного сприйняття. Це, у свою чергу, вимагає від психолога знання характеру, гостроти, кольорності зору обстежуваного. Труднощі виникають при використанні візуальних зображень, у вигляді різноманітних кольорових карток, таблиць, а також деяких проєктивних тестів. Отже, виникає проблема розробки валідних і надійних тестів для забезпечення повноцінного психологічного обстеження особистості з особливими потребами. Також є важливим проведення діагностики й складання мап розвитку самосвідомості такої особистості.

Інша форма психологічного супроводу осіб, які мають порушення здоров'я, а саме психологічна профілактика розуміється нами як професійна діяльність, спрямована на попередження недоліків особистісного розвитку людей з особливими потребами в цілому та соціально-перцептивної компетентності таких людей зокрема.

Серед основних проблемних сфер, які визначають напрямки психопрофілактичної роботи необхідно назвати такі:

- 1) Звужений обсяг і незначна глибина уявлень про оточення в осіб з особливими потребами.
- 2) Низький рівень диференційованості й точності у сприйнятті комунікативних партнерів.
- 3) Складнощі людей з особливими потребами щодо визначення нюансів міжособистісних відносин, а також елементів статусної структури колективу.

Слід акцентувати увагу на тому, що своєчасно проведені ефективні психопрофілактичні заходи значною мірою знижують необхідність у проведенні корекційної роботи. Важливою формою роботи психолога є просвітницька діяльність, спрямована на асистентів вчителів, педагогів, керівництво навчального закладу, батьків учнів. Одним з основних її напрямків має стати руйнування негативних стереотипів щодо порушень здоров'я, а також формування позитивного соціально-виховного простору осіб з особливими потребами.

Підкреслимо, що просвітницька діяльність має на меті оптимізацію інклюзивного освітнього простору, а саме:

- 1) Підвищення рівня соціально-перцептивної компетентності осіб з особливими потребами.
- 2) Підготовка до подальшої індивідуальної та групової тренінгової роботи.
- 3) Поглиблення інтересу до власного внутрішнього світу й внутрішнього світу інших.
- 4) Засвоєння практики самопізнання, починаючи з перших класів загальноосвітньої школи.
- 5) Підвищення ефективності психологічної допомоги у підлітковому і юнацькому віці.

Наступною формою психологічного супроводу є індивідуальні консультації. Метою консультування є вирішення проблем, пов'язаних з переживаннями щодо існуючих обмежених фізичних можливостей; підвищення самоприйняття; формування адекватної самооцінки; допомога у визначенні життєвої перспективи.

У процесі індивідуальних консультацій здійснюється робота з глибинними екзистенціальними переживаннями, системою стосунків

особистості, індивідуальним і соціальним досвідом. Це включає у себе як активізацію ресурсів, так і аналіз, ускладнень соціально-психологічної адаптації та інтеграції в суспільство. Для цього необхідно психологічно настроїти особистість на роботу з пошуку значущої діяльності, тобто:

- а) Здійснити діагностику ціннісно-значущих установок.
- б) Виділити деструктивні установки, що заважають соціально-психологічної адаптації.
- в) Обґрунтувати необхідність роботи, спрямованої на зміну цих установок

Після цього - відбувається другий етап роботи, який полягає в реконструкції деструктивних установок, пошуку ресурсів, визначення індивідуально-значимої діяльності й допомоги у включенні до неї. Не менш важливим завданням психологічного консультування є підготовка до роботи в групі, адже групова робота спрямована на допомогу в міжособистісній взаємодії, розвиток самосвідомості й комунікативної компетентності.

Ще однією ефективною роботою психологічного супроводу є групові тренінгові заняття. У психологічній науці існує досить велика кількість різновидів тренінгових груп. Соціально-психологічний тренінг належить до активних методів психокорекційної групової допомоги. Зауважимо: що зараз не існує загальноприйнятого визначення поняття «тренінг», що призводить до неоднозначного тлумачення методу і позначення цим терміном найрізноманітніших прийомів, форм, способів і засобів, які використовуються у психологічній практиці.

Підкреслимо, що соціально-психологічний тренінг визначається нами як багатофункціональний метод цілеспрямованих змін психологічних феноменів особистості або групи з метою формування адекватної самосвідомості особистості та її міжособистісній взаємодії з іншими людьми. При складанні програм соціально-психологічних тренінгів для осіб з особливими потребами ми керувалися наступними принципами: активність; дослідницька (творча) позиція; об'єктивність (усвідомлення) поведінки; партнерське (суб'єкт-суб'єктне) спілкування; самодіагностика; оптимізація розвитку; гармонізація інтелектуальної і емоційної сфер; добровільна участь у тренінгах; постійність складу групи; ізольованість; вільний простір; реалістичність; системність. Перераховані принципи є основою ефективної роботи групи соціально-психологічного тренінгу.

Крім специфічних принципів роботи тренінгових груп, слід звернути увагу й на специфічний принцип роботи тренера, який полягає у постійній

рефлексії всього того, що відбувається у групі та забезпечує вирішення основних завдань тренінгу. Групова робота містить у собі чотири стадії: знайомства і самопрезентації; агресії; стійкої працездатності; асиміляції набутого досвіду.

Підкреслимо, що під час тренінгових занять, організованих особливим чином, учасник групової роботи усвідомлює, наявність проблем, схожих із власними, у інших членів групи, а це, у свою чергу, знижує гостроту їх переживання і може стати стимулом до особистісного розвитку. Групова тренінгова робота з особами з особливими потребами, спрямована, у першу чергу, на усвідомлення ними себе і характеру власних взаємодій з оточуючими людьми. Це обумовлено тим, що серед найбільш розповсюджених проблем таких людей існують труднощі в усвідомленні і самостійному аналізі власних особистісних особливостей, а також складнощів у процесах самореалізації, визначенні місця і ролі у житті.

Виходячи з вищевикладеного можна стверджувати, що психологічний супровід людей з особливими потребами є важливим на всіх етапах розвитку особистості. Разом з цим, психологічний супровід має здійснюватися з усіма учасниками інклюзивного освітнього простору.

БІБЛІОГРАФІЯ.

1. Діти з особливими потребами в освітньому просторі України: бібліогр. покажч. / уклад.: Ю. Щеглова, М. Маслова, Г. Мацієвська. Запоріжжя: ЗОУНБ, 2017. 256 с. <https://zounb.zp.ua/node/5808>
2. Душка А. Л. Дитина з розладами аутистичного спектра. Харків: Вид-во «Ранок», 2018. 32 с.
3. Клопота Є. А. Тренінг самопізнання та саморозвитку: навчальний посібник під грифом МОН України. Запоріжжя: ЗНУ, 2013. 208 с.
4. Кобильченко В. Омельченко І. Спеціальна психологія. Київ: ВЦ «Академія», 2020. 224 с.
5. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Педагогічні технології інклюзивного навчання: навч.-метод. посіб. Київ: Атопол, 2015. 136 с.
6. Костенко Т. М. Дитина з порушенням зору. Харків: Вид-во «Ранок», 2018. 40 с.

7. Литовченко С. В., Жук В. В., Федоренко О. Ф., Таранченко О. М. Дитина з порушенням слуху. Харків: Вид-во «Ранок», 2018. 56 с.
8. Прохоренко Л. І., Дитина із труднощами у навчанні. Харків: Вид-во «Ранок», 2018. 48 с.
9. Рібцун Ю. В. Дитина з порушеннями мовленнєвого розвитку. Харків: Вид-во «Ранок», 2018, 40 с.
10. Скрипник Т. В. Діти з аутизмом в інклюзії: сценарії успіху: монографія. Київ: ун-т. ім. Б. Грінченка. 2019. 208 с.
11. Сухіна І. В. Гіперактивна дитина. Харків: Вид-во «Ранок», 2018. 40 с.
12. Трикоз С. В., Блеч Г. О. Дитина з порушеннями інтелектуального розвитку. Харків: Вид-во «Ранок», 2018. 40 с.
13. Чеботарьова О. В., Гладченко І. В., Ліщук Н. І. Дитина із синдромом Дауна. Харків: Вид-во «Ранок», 2018. 48 с.
14. Чеботарьова О. В., Коваль Л. В., Данілавічюте Е. А. Дитина із церебральним паралічем. Харків : Вид-во «Ранок», 2018. 40 с.
15. Gudonis, V. & Klopota, Y. (2017). Features of Interpersonal Interaction of Blind and Visually Impaired Youth with Student Group. *Pedagogika*. 125 (1), 132-142. <http://dx.doi.org/10.15823/p.2017.10>
16. Klopota, Y. & Klopota, O. (2017). Peculiarities Of Interpersonal Cooperation Of Youth With Different Vision Level. *New Educational Review*, 48 (2), 227-238: <http://www.educationalrev.us.edu.pl/e48/a18.pdf>
17. Klopota, Y., Klopota, O. & Gudonis V. (2019). Socio-psychological training for readiness for interaction in professional activity of employers and specialists' with blindness. *Pedagogy*, 134 (2), 224-236. <https://ejournals.vdu.lt/index.php/Pedagogika/article/view/792>
18. Klopota Y., Voronska N. (2019). Peculiarities of the development of personal traits of students under the conditions of an inclusive educational space. *Social Education*, 7(2), 119–126. <http://soced.cz/wp-content/uploads/2019/11/Inspiration-7-2-2019-Ukraine-2-Yevhenii-Klopota.pdf>

The comprehensive system of psychological support for the integration into society of people with special needs

Summary

The article considers a complex system of psychological support of integration into society of people with special needs. Based on the fact that one of the main conditions for successful integration of people with special needs is the organization of their psychological support in the family, school, higher education and further professional sphere, as well as creating a positive image in society, the importance of psychological support as a system of measures, which are aimed at creating psychological conditions for the effective operation of individuals with special needs in the process of integration into society, the formation of a positive image of such people in society, as well as their perception as equal partners. The structure of psychological support of integration into society of persons with special needs is presented, which consists of the following structural components: orientation, target, content, activity, evaluation. Emphasis is placed on the fact that by destroying the biological line of development, the presence of health disorders creates obstacles for socio-psychological development. Secondary mental retardation, as well as personal attitudes and social stereotypes in society, are often the main barriers to the successful integration of people with disabilities into society. Therefore, psychological support should be associated primarily with the nature of the secondary disorder, which may include limited communication opportunities, difficulty gaining life experiences, feelings of failure, emotional discomfort, low self-awareness, and inadequate public perception of people with disabilities. The following forms of psychological support for people with special needs are identified: psychological diagnostics, psychological prophylaxis, educational activities, individual consultations, psychological trainings. As a result, it is argued that the psychological support of integration into society of people with special needs is important at all stages of personality development. At the same time, psychological support should be provided to all participants in the inclusive educational space.

Keywords: psychological support, people with special needs, integration into society

Кохан Сергей

Иванов Сергей

Забайкальский государственный университет

Социальная адаптация студентов с нарушением зрения в вузе

Сфера образования является одной из областей, которая во многом определяет формирование инновационного климата и конкурентоспособности экономики в целом. Образование служит основным инструментом модернизации общества, и в условиях, когда курс на инновационную экономику установлен, инновационный аспект развития образования становится все более актуальным.

Внедрение инклюзивного образования рассматривается как высшая форма развития системы образования в направлении реализации права человека на высококачественное образование в соответствии с его или ее познавательными способностями и окружающей средой в месте проживания, подходящим для его здоровья. Обучение инклюзивному образованию - это долгосрочная стратегия, называемая системным подходом в организации работы общеобразовательной и профессиональной системы по всем направлениям в целом [Kasharova, 2012].

В последние десятилетия в России началось комплексное изучение этой проблемы по разным направлениям, таким как: профессиональная подготовка педагогических кадров для реализации инклюзивного образования; формирование благоприятного психологического отношения к феномену инвалидности у учителей и детей с нормальным развитием; организация учебного процесса для удовлетворения потребностей всех категорий детей; пространственная организация классных комнат для людей с ограниченными возможностями; выбор и использование дидактических материалов учителями инклюзивных классов, определение качественных факторов инклюзивного образования; определение методов исследования

ментальной карты личности; управление в системе инклюзивного образования; модель успешного человека и пути ее развития.

В условиях требований, предъявляемых в настоящее время государством и системой образования к вузам, осуществляющих принцип инклюзии, количество студентов, имеющих проблему по здоровью, неуклонно растет не только в России, но и во всем мире [Иванов, 2018; Lane, 2017].

Интеграция, влияющая на развитие образовательного процесса для лиц, требующих создание специальных условий, является важной предпосылкой в обеспечении доступного образования для людей с ограниченными возможностями [UNESCO, 2004].

Тем не менее, российские авторы в своих работах отмечают, что доступность образовательных пространств университетов все еще достаточно мала [Заир-Бек и др. 2016; Донгаузер, Михалёва, 2017].

В своих работах по инклюзивному образованию в высшей школе авторы указывают на архитектурную недоступность учебных помещений, недостаток специальных технических средств сурдо и тифлоназначения, присутствие интолерантности в социальных группах, недостающих навыков у профессорско-преподавательского состава по обучению данной категории студентов [Холл, Тинклин, 2004].

По данным сайта Министерства образования и науки РФ 2019, соотношение поступивших абитуриентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) (0,04%) не сопоставимы с цифрами поступающих с особыми возможностями в зарубежных странах. Так, во Франции эта цифра составляет 1,17%, Швеции — 2,4%, США-11% [Corre, 2016; Berggren, 2016; minobrнауки.gov.ru].

В настоящее время, реальная статистика такова, что только каждый 33-й инвалид в возрасте до 30 лет поступает в российские вузы, в то время как среди абитуриентов, не имеющих проблем со здоровьем, эта цифра составляет уже — каждый пятый [Ярская — Смирнова, 2019].

Проблема организации целесообразной социальной адаптации, в образовательном пространстве, поступившей молодежи, имеющей проблемы со здоровьем характерна не только для российских вузов. Kobi S. и Pärli K. по результатам своих исследований в университетах Швейцарии отмечают не соответствие пространственных возможностей вузов, потребностям обучающихся студентов с нарушениями здоровья. Так же несовершенство учебных программ, разработанных для данных студентов, включая их физические нарушения и не готовность администрации вузов, в полной мере, оказывать необходимую поддержку в ходе учебы [Kobi & Pärli, 2010].

Учителя для учащихся с нарушениями зрения не имеют возможности сделать упор на изучение социальных навыков [Hatlen, 2004]. Согласно Hatlen P. для слепых изучение социальных навыков так же важно, как и обучение чтению. Надлежащее социальное поведение, которое само собой разумеющееся воспринимается как приобретенное случайно в очень молодом возрасте и о котором сознательно не думают, когда участвуют в социальных взаимодействиях, добавляет к факторам, влияющим на социальную компетентность учащихся с нарушениями зрения. Согласно Friend M. (2005) и Hatlen P. (2004), отсутствие визуального восприятия может повлиять на слабовидящих, особенно при их усилении развития, обучения, приобретения и освоения социальных навыков и поведения. Hill E. и Blasch V. (1980) считают, что нарушение зрения является серьезным ограничением, поскольку 85% социального обучения достигается с помощью зрения. Все стороны, особенно учителя при сотрудничестве и поддержке родителей и школьных администраторов, должны планировать повышение уровня социальных навыков у учащихся с нарушениями зрения. Те студенты, которые не в состоянии овладеть социальными навыками и демонстрируют хорошее социальное поведение, будут страдать от изоляции и сегрегации от зрячих сверстников [Guralnick, 1996; 1987; Sacks, Kekelis and Gaylord-Ross, 1992; Sacks and Silberman, 2000; Sacks and Wolfe, 2006].

Хорошее социальное поведение подразумевает, что человек способен быть общительным и способен приспосабливаться к незнакомой обстановке, привлекать внимание людей и участвовать в социальном дискурсе и других групповых действиях [Kail, 2007].

Для слабовидящих студентов философия услуг не является полной, если она охватывает только академические потребности. Функциональные потребности, особенно социальные потребности людей с нарушениями зрения, должны учитываться в каждом случае всеми, кто участвует в ежедневных программах для инвалидов по зрению. Принятие социального поведения поможет студенту с нарушениями зрения не только эффективно взаимодействовать со зрячими сверстниками и взрослыми [Salleh & Zainal, 2010].

В соответствии со сводом правил СП 59.133330.2016, помимо обеспечения доступности зданий для студентов, имеющих проблемы со здоровьем, существуют и требования к доступности его отдельных помещений. Таким образом, данная категория граждан обязана получать полноценную, качественную и своевременную информацию, которая позволяет ориентироваться в пространстве, использовать специальное оборудование, получать услуги и участвовать в учебном процессе.

Особую категорию студенческой молодежи, поступающей в вуз, составляют студенты с глубокими нарушениями зрения, для которых крайне важно обеспечение доступности образовательной среды и соблюдение необходимых требований в процессе адаптации в условиях инклюзивного обучения.

Опираясь на исследование Бородай И. В. (2017) можно констатировать, что при слепоте у будущих профессионалов отражение свойств и признаков предметов снижено. Понятие «цвет» становится непостижимой задачей, появляются вопросы с эстетическим восприятием предмета, снижается полнота, скорость и целостность восприятия. Однако, отсутствие зрительных впечатлений не может исказить общий ход развития мышления, так как сохраненные анализаторные системы отражают основные свойства и отношение движущейся материи. Тифлопсихологи не выработали целостного подхода к пониманию специфических особенностей проявлений зрительных функций на этапе профессиональной подготовки. Это вызывает трудности в тифлопсихологической и тифлопедагогической практики, организуемой специалистами вуза. По утверждению Земцовой М. И. (1956) и Солнцевой Л. И. (2003) коррекционная направленность образования играет непосредственную роль в развитии нарушенных функций, в частности зрения, устранения когнитивных проблем и исследования скрытых ресурсов в становлении личности слепых.

Реальность чувственного отражения у слепых значительно снижена. Многие данные о внешнем мире они получают опосредствованно, косвенным путём, благодаря работе мышления. Способность отражать свойства и сущность объектов в их общих и существенных определениях лежит в основе материалистического понимания компенсаторной функции мышления [Литвак, 2006].

При слепоте функции мышления практически не изменены, по сравнению со зрячими людьми, но наблюдается затруднение процесса восприятия, а точнее формирование целостного образа. Именно поэтому слепым приходится дополнительно преодолевать относительную успешность, фрагментарность и схематичность образов при осязании. Исходя из этого можно предположить, что с помощью мышления возможно значительно возмещать недостатки чувственного опыта. Однако и здесь есть изъян – такой путь преодоления нарушений в развитии несёт определённую опасность, которую можно назвать «фиктивной компенсацией». Она проявляется в вербализме знаний и образовании ложных понятий, формальных выделении признаков, несущий случайный характер и не отражающих существенные связи и отношения [Минина, 2015].

Некоторые авторы считают, что конкретные представления, образы воображения и понятия, которые отражают невозможные для непосредственного восприятия объекты и формирующиеся у незрячих в результате опосредствованного отражения, помогает в расширении и углублении познавательных возможностей. Уже доказано, что связь чувственного и логического познания, являющейся неразрывной, определяет компенсаторную роль мышления при уменьшении возможностей анализаторной системы [Литвак, 2006; Сорокин, 1982]. Затруднено выполнение операций анализа и синтеза, отражаемых и являющихся объектом познаний различных сторон действительности. Являясь самостоятельными мыслительными операциями, они также непосредственно входят в другие операции, которые способствуют решению мыслительных задач. Также затруднения имеются и в процессе выполнения операции сравнения. На чувственном уровне недостаточная глубина сравнения отражается на научно-теоретическом мышлении, ведь при сравнении понятий необходима опора на их конкретное содержание.

В норме абстрагирование и обобщение берут своё начало на уровне чувственного познания и из этого можно сделать вывод, что в этой сфере дефекты отражаются на всех мыслительных операциях в той или иной степени, отрицательно влияя на развитие мышления слепых людей.

Некоторые тифлопсихологи, такие как Литвак А. Г. (2006), Никулина Г. В. (2017), Ермаков В. П. (2000) называли осязание единственной модальностью восприятия, которая даёт незрячему реальные знания. Оно может сравниться со зрением по своему познавательному значению.

Тотальная слепота приводит к замкнутости, стремлению закрыться со своим собственном мире, отсутствию умения общаться, к сдерживанию в формировании активной позиции, снижению самостоятельности, неспособности принимать решение, нежелание брать на себя ответственность. В результате проявляются специфические личностные черты: эгоизм, эгоцентричность, иждивенчество, отсутствие чувства товарищества и долга, упрямство, раздражительность, негативизм, чёрствость, равнодушие к окружающим. Существенное значение психологической стрессоустойчивости, социальной адаптации и интеграции у слепых играет не только степень снижения зрения, но и условия развития положительной самооценки [Коробейников, 2002].

Результаты исследований, выполненные Zittel L. с соавторами (2016), необходимо учитывать при уже существующем разнообразии взглядов на развитие моторики, психосоциальной и социальной сфер у слепых.

Перспективы социализации людей с данной патологией зависят от индивидуальных характеристик, включающих развитие когнитивных, психических, поведенческих, научных и социальных форм [Rahardja, 2010].

Всё это приводит к тому, что у незрячего формируется очень необычная и своеобразная психологическая система, ввиду того, что в ней протекают процессы, находящиеся на разных уровнях развития по причине воздействия на них первичного дефекта и его коррекции, на основе создания новых компенсаторных путей развития. Balla D., Zigler E. (1979) и Stahl S. (2014) считают, что самооценка занимает доминирующую позицию в психологии личности у слепых. Из этого следует, что процесс личностного развития необходимо анализировать с учетом индивидуальной самооценки и половозрастной индификации. Webster A. (1989) в своей работе отмечает низкую социальную адаптацию, неуверенность в себе, пассивность у подростков с аномальным зрением, что, в конечном итоге, подавляет развитие положительной самооценки и «я-концепции». Однако авторы Мартинес Р. и Сьюэлл К. считают, что у слепых подростков есть объективная возможность развивать свою позитивную «я-концепцию» [Martinez, 1996].

Надо признать, что научные исследования по пространственной ориентировке и мобильности, отражают аспекты и озабоченность многих авторов, исследуемых вопросы социальной реабилитации только среди рано ослепших детей, обучающихся в коррекционных школах. В тифлопедагогической литературе крайне мало статей по теме социальной адаптации поздно ослепших граждан, возникающих проблем, их социализации и мобильности.

Всем известно, что для слепых, обучение пространственному ориентированию крайне необходимо, т.к. проблема мобильности, неспособности к самостоятельному передвижению приводит к ощущению неполноценности, ухудшению самооценки своих возможностей и полной зависимости от сопровождающих лиц [Hojan et al., 2012].

Цель нашего исследования состояла в выявлении индивидуальных возможностей в пространственной ориентировке студентов с глубоким нарушением зрения. Мы предположили, что: - коррекция завышенной и заниженной самооценки должна обеспечить повышенную мобилизационную готовность студентов к освоению приемов ориентировки в образовательном пространстве вуза: - опора на индивидуальные возможности взаимодействия сохранных анализаторов каждого студента должна ускорить и облегчить применение технических средств реабилитации (ТСР).

Материалы и методы.

Использован комплекс методов, включающий в себя: анализ имеющейся общей и специальной литературы по проблемам исследования, педагогический эксперимент с проведением бесед, интервьюирования, коррекционно-практических занятий, статистической обработки.

В исследовании добровольно приняли участие 11 тотально-слепых студентов, поступивших в университет и заявивших пройти обучение по программе пространственной ориентировки, которое проводилось в 2018-2019 году.

По временным показателям утраты зрения, все поздно ослепшие в возрасте от 14 до 24 лет. Средний возраст составил $25,3 \pm 4,9$.

Из анамнеза жизни, установлено отсутствие у близких родственников аномального зрения, что доказывает, что полученные нарушения участников экспериментальной группы не носят наследственный фактор.

10 студентов проживают с родителями, 1 в студенческом общежитии.

Никто из участников исследования не закончил специальную (коррекционную) общеобразовательную школу III-IV вида (нарушения зрения). В результате чего, обучению пространственной ориентировки, в рамках программы для слепых и слабовидящих школьников по курсу «Ориентировка в пространстве», не изучали.

Известно, что самооценка является важным регулятором поведения человека. Она значительно влияет на выбор способа ориентировки в пространстве, на установление позитивных взаимоотношений с окружающими, на критичность к себе. Нарушенная самооценка незрячих студентов:

- деформирует взаимодействие с материальными объектами образовательного пространства вуза;
- дистанцирует их от зрячих сокурсников, преподавателей, методистов кафедр;
- снижает уровень требовательности к себе, а также возможности адекватного восприятия студентов с другими нозологиями в процессе сравнения себя с ними.

Анализ результатов исследования самооценки незрячих студентов I курса показал, что они недостаточно адекватно оценивают себя в образовательном пространстве вуза. У двоих из них проявляется тенденция к завышению самооценки. Они недооценивают значимость своего заболевания в пространственной ориентировке. У шести – к занижению самооценки. Эти студенты демонстрируют большую неуверенность при самооценивании, что доказывает их огромную зависимость от социального окружения.

Инклюзивное обучение в высшей школе предполагает насыщенный и интенсивный ежедневный график посещения занятий, перемещения в учебных корпусах, самостоятельной подготовки и других мероприятий [Кохан и др., 2017; 2019]. Для этого необходимо обладать определенными навыками ориентации и мобильности.

В компенсации зрительного нарушения тифлотехника является одним из мощных факторов. Компенсация, главным образом, реализуется при помощи таких мощных средств как слух и осязание, которые в меньшей степени подвергаются воздействию при зрительных нарушениях. Именно поэтому в истории развития тифлотехники наблюдается приоритетный путь в решении этого вопроса – перекодирование визуальной информации в слуховую и осязательную. В связи с чем обучение ориентирования является одной из основных задач успешного обучения totally слепых студентов. Тифлотехника от греч. «typhlos» - слепой и техника. «Отрасль приборостроения, занимающаяся конструированием и производством тифлотехнических средств (тифлоприборов) для людей с нарушениями зрения» (Педагогический энциклопедический словарь, 2002). К ней относятся, как приспособления и приборы простейшей, так и аппараты очень сложной конструкции. У всех у них одна цель – восполнить недоступный зрительный контроль с помощью возможностей сохранных анализаторов.

Постепенно выявились основные направления развития тифлотехники: учебная – расширяющая содержание и методы обучения незрячих; производственная – помогающая в повышении производительного труда незрячих и делающая доступным освоение новых профессий производственного характера; тифлотехника культурно-бытового назначения – содействующая в расширении познавательной деятельности незрячих в условиях быта и представляющая собой базу для повышения их физического развития и культурного уровня.

Все средства, предназначенные для пространственной ориентации незрячего, можно подразделить на две группы:

- 1) неэлектронные технические средства ориентировки (тактильная трость);
- 2) высокотехнологичные технические средства, основанные на электронных механизмах, представляющие собой довольно сложные устройства (GPS-навигатор, белая трость с ультразвуковым маячком). Более полувековую историю имеет развитие электронных технических средств пространственного ориентирования (ТСО).

В разных странах, в том числе и в России, в настоящее время ведутся работы по созданию матриц, способных стимулировать сохранные участки зрительного нерва незрячего человека.

К основным задачам тифлотехники, связанной с пространственным ориентированием относятся:

- 1) уменьшить ограничения в пространственной ориентировке незрячих, которая вызывается частичным или тотальным нарушением зрения;
- 2) облегчить ориентировку незрячих в быту и создать возможности рациональной организации культурного отдыха и досуга.

Классификация основных направлений ТСО.

- 1) По способу получения пространственной информации бывают системы: со световой локацией в инфракрасном диапазоне частот; с ультразвуковой локацией; телевизионные.
- 2) По способу представления информации: Звуковые излучатели; тактильные датчики (электрические, игольчатые, тепловые, вибрационные); матрица нейростимуляторов.
- 3) По степени информативности: Детекторы препятствия; системы замещения зрения.
- 4) Направления передачи информации: использование слуха; использование кожного зрения; матричного стимулирования глазного нерва или зрительного участка коры головного мозга.

Наиболее широко представлено первое направление среди выпускаемых и используемых устройств. Это объясняется высокой информативностью этих ТСО, технологичностью их производства и отсутствием факторов, подвергающих опасности здоровье пользователя

Средства передвижения дают возможность незрячим доступность, безопасность и самостоятельность в перемещении, пространственной ориентировке. В целях облегчения пространственной ориентировки на сегодняшний день разработаны и выпускаются:

- 1) Специальные трости (складные, нескладные, опорные, лазерные и т.д.); Лазерные, световые локаторы, действие которых основано на отражении волн, испускаемых прибором, от препятствия;
- 2) Разнообразные электронные приборы со тактильной или звуковой сигнализацией;

- 3) Портативный прибор «Ориентир», серийно выпускаемый предприятием телетехники (Россия). Он предназначается для построения на плоскости планов местности, планов зданий и часто посещаемых помещений административных зданий, маршрутов движения и т.д.;
- 4) Электронный компас, предназначенный для облегчения пространственной ориентировки при самостоятельном передвижении по открытому пространству, которое не имеет локальных ориентиров. Информация предоставляется в виде тональных сигналов;
- 5) GPS-навигатор «Oriens», который представляет собой «уникальную разработку – комплекс из навигатора Ornavi и камеры OrCv» (oriense.ru), которые предназначены для использования в качестве вспомогательного устройства при пространственной ориентировке незрячих людей. Устройства обладают полезными функциями: прокладывание маршрутов, описание окружающих предметов (перекрестки, здания), чтение надписей, вывесок и голосовое информирование и др.

Ежегодно, в начале учебного года, специалисты регионального центра инклюзивного образования (РЦИО) ЗабГУ со студентами, имеющими определенные проблемы в пространственной ориентировке, проводят коррекционно-практические занятия по программе, включающей в себя тактильное и аудиальное знакомство с архитектурной структурой учебных зданий.

Цель проводимых занятий сводилась к созданию условий для формирования у незрячих студентов адекватного представления о себе и своих возможностях, обеспечивающих становление готовности к пространственной ориентировке в процессе обучения в вузе, за счет взаимодействия и координации тактильно – кинестически – слуховых сенсорных систем.

Занятия проходили 2 раза в неделю по 1,5 часа в течение 3 месяцев. Незрячие студенты были разбиты на 2 группы. Помимо специалистов РЦИО, в практических занятиях по мобильному ориентированию были задействованы и волонтеры социально-педагогического отряда «Ойкос», прошедшие обучение в школе инклюзивного волонтерства ЗабГУ.

На каждого тотально слепого студента, перед началом занятий, была заполнена индивидуальная карта с его анкетными данными для учета прохождения программы и анализа полученных результатов. Медицинским работником проверено состояние сохранных органов чувств, а психолог, в процессе индивидуальной беседы, выясняет личное отношение каждого

студента к обучению, диагностируя психологические препятствия, которые нужно учитывать в процессе занятий и могут мешать практическому обучению.

По мнению Литвак А. Г. (1998), выполнение данной работы необходимо с целью перестройки межанализаторских связей, включая замещение зрительного компонента на двигательный.

Коррекционно-практические занятия строились, ориентируясь на теорию Сверлова В. С. (1951), в модификации Наумова М. Н. (1982) по двум направлениям:

- 1) Ориентировка в замкнутом пространстве с перемещением тела.
- 2) Подготовка к ориентированию на открытом пространстве.

Преследуемая цель предлагаемых занятий сводилась к формированию тактильно – кинестически – слуховых основ сенсорных групп организма, необходимых в пространственной ориентировке незрячих студентов в процессе обучения в вузе с использованием ТСР.

Пространственная ориентировка представляется, как умение слепого в каждый момент в точности осознавать пространственное соотношение окружающих пространств и свое место относительно каждого из них [Сверлов, 1951].

В начале цикла занятий проводилось интервьюирование студентов с целью выявления личных проблем, препятствующих социальной адаптации и ориентации в процессе обучения. Осуществлялись тренинговые упражнения на: развитие самоуверенности и любви к себе, коррекцию навыков общения, умения слушать, высказывать свою точку зрения, приходиться к компромиссному решению.

После окончания практических занятий подводились итоги полученных результатов в ходе совершенствования своих навыков и возможностей.

На вопрос проходили ли вы социальную реабилитацию 76 % ответили нет, 24 % - положительно.

Необходимо отметить, что поздно-ослепшие студенты имеют определенный опыт социального ориентирования, так как у них, к этому возрасту, уже сформировались определенные образы и представления об окружающем мире, которые помогают им ориентироваться в формах, объемах, величине и расстоянии. Вышеперечисленные величины крайне необходимы для самостоятельного ориентирования в повседневной жизни для людей с проблемным зрением, что подтверждается исследованиями

[Белов и др., 2010; Миллер, 2010]. Вместе с тем, существует ряд проблем психологического плана, связанных с неустойчивостью относительно адекватного восприятия существующей действительности в вопросах повседневной жизни.

Поздно ослепшие ощущают особые переживания, значительно отличающиеся от чувств, испытываемых слепорожденными или потерявшими зрение в раннем возрасте. Образующиеся препятствия в ограничении общения, деформации социального статуса, неизбежно приводят к психоэмоциональным расстройствам и депрессивным состояниям.

Поэтому, принципиально важно комплексно решать существующие проблемы социальной адаптации, включающей в себя оказание психолого-педагогической поддержки и обучения самостоятельному ориентированию, коммуникационным способностям, положительно влияющих на формирование социально-адаптивных навыков.

Результаты исследования.

Стрессовое воздействие негативно влияет на состояние психики поздно ослепшего, вследствие чего происходит изменение личности данного человека [Земцова, 1956]. Сознательное приобретение навыков, крайне необходимых для реализации элементов социальной адаптации, является главной задачей для дальнейшего самоопределения человека с глубокими нарушениями зрения в процессе учебной деятельности. Отсутствие зрения должно быть компенсировано за счет научения и приобретения определенных навыков, способствующих решению собственных проблем пространственной ориентации и мобильности.

Так, основные проблемы, выявленные у слепых студентов, в ходе интервьюирования до и после занятий, сводились (табл. 1):

Таблица 1. Психологические проблемы, выявленные у студентов до и после занятий

Наименование	До занятий	После занятий
боязнь и фобические состояния опоздать на занятия	46%	12%
заблудиться внутри учебного корпуса	68%	6%
стеснение обратиться за помощью к незнакомым студентам в ориентировании и местонахождении	74%	17%
внутренний дискомфорт от большого количества находящихся рядом студентов	49%	9%
неуверенность в своих возможностях определения местонахождения	51%	11%

Источник: собственная разработка

Существенное снижение психологических проблем связано с решением задач по комплексу мероприятий социальной и психолого-педагогической адаптации, включающей личную заинтересованность данных студентов и выстраивание доверительных взаимоотношений внутри группы.

Занятия в замкнутом пространстве

По первому направлению занятий обучение начиналось со знакомств слепых студентов с входной группой, оборудованной звонком тифловызова, табличками Брайля и тактильной разметкой пола. Основное внимание уделялось изучению расположения служебных помещений 1 этажа, нанесенных на мнемосхему. Последующие занятия были предназначены знакомству и закреплению навыков по маршрутизации до необходимых кабинетов и служебных помещений, с ориентированием на имеющиеся препятствия. По всему маршруту нанесены тактильные плитки и имеются в наличии таблички письмом Брайля с названием кабинета.

Второе направление коррекционных занятий предполагало закрепление навыка пространственной ориентировки в корпусе, аудиториях факультета, а также вступление в диалог с окружающими студентами и преподавателями для изменения неэффективного стереотипа ориентирования и «реконструкции» навыков взаимоотношений при посадке в нужный автомобильный транспорт, переходе улицы или прибытия в студенческое общежитие.

По результатам вышеперечисленной работы, в ходе заключительного интервьюирования, получены следующие итоги:

Качество социальной адаптации пространственной ориентировки оценивали по наличию сформированных навыков, которые включали 4 уровня: отличный, хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный. До начала занятий только 2 студента могли относительно (удовлетворительно) ориентироваться внутри учебного корпуса. 9 человек нуждались в сопровождении.

После курса занятий по ориентированию и архитектурной доступности вуза, из 11 участников эксперимента, 4 студента ориентировались на «хорошо», дополнительно используя помощь собаки-проводника и тактильную разметку. 5 человек показали удовлетворительный результат, что в целом приемлемо для взрослых слепых за данный период обучения. 2 человека показали неудовлетворительный результат, так как имели определенные затруднения восприятия речевых подсказок определения своего местонахождения и нуждались в сопровождении, возникающих фобий и неуверенности в своих способностях.

При недостаточном зрении информация об окружающих образах, предметах и явлениях представляют собой сложно формирующийся процесс. Существует проблема выделения составных частей предмета, пространственного расположения и других значимых признаков. Так как зрительный контакт отсутствует или минимален, человек с патологией зрения воспринимает окружающую его действительность, только при включении сохранных анализаторов — слух, обоняние, вкус и тактильные ощущения [Jacobson, 1993].

По данным опроса, из 11 участников обучения пространственной ориентировке в вузе с использованием ТСП и сохранных анализаторов, процент их использования составил (табл.2).

Таблица 2. Использование сохранных анализаторов и ТСП

Наименование	Процент	Ранговое место
Слух + ТСП	47%	2
Тактильный + ТСП	85%	1
Слух + тактильный + ТСП	30%	3

Источник: собственная разработка

ДанлиЭ. отмечает, что незрячие дети могут воспользоваться тактильной и слуховой информацией, исключив зрительную, но акцентировала внимание, что дефицит зрительной информации в полном объеме не восполняется (Dunlea, 1989). Так же она пришла к выводу, что невозможность контролировать слепыми детьми социальную ситуацию, в которой происходит общение, отражается на речевом развитии. У большинства слепых речь сохранная, но снижена сфера активного общения. По сравнению со зрячими, слепые часто имеют более богатый лексический запас слов, но нередко наблюдается вербализм, что означает использование в речи множества слов, чаще, не зная их значения. Специфика речевого развития проявляется также в малом применении неязыковых средств общения – мимики, пантомимики ввиду того, что нарушения зрения затрудняют восприятие выразительных движений и делают недоступным подражание действиям и выразительным средствам, которыми пользуются зрячие [Литвак, 1998].

Наибольшие трудности в формировании коммуникативных средств возникают при создании образов, связанных с выражением и пониманием своего отношения к субъекту и объекту коммуникаций невербальными средствами. Отсутствие или глубокое нарушение зрения ведет к потере

информации о неречевых средствах коммуникации. Это затрудняет обратную связь с партнером [Mills, 1987].

Рука незрячего является незаменимым «инструментом» в восприятии и обработке получаемой информации в повседневной жизни.

Слух является доминирующим анализатором для ориентировки в пространстве, хотя значимость других средств также неоспоримы [Денискина, 2004]. Для здоровых, самая низкая допустимая частота для слуха, являющейся безопасной - 60 дБ, но слепые люди могут слышать с частотой 32 дБ, наиболее слабые шепотные звуки [Heffner & Heffner, 1992]. Дистантное восприятие звуков неценимо в связи с возможностью слепым человеком использовать звук, речь, как сигналы взаимодействия объектов внешнего мира. Непосредственно пространственная ориентировка в обществе зависит от степени восприятия звуковых сигналов и связи в представлении незрячего с предметами и их действиями [Ермаков, Якунин, 2000].

От уровня развития наглядно — образных представлений, пространственной ориентировки и мышления напрямую зависит успешность студента в образовательном процессе. Аудиальное восприятие учебного материала, самостоятельная подготовка и предоставляемая помощь в использовании специальных технических средств (ассистивных) во многом является залогом усвоения материала и свободно излагать свои знания на практических занятиях [Кохан, 2016].

Необходимо отметить, что для незрячего, любое передвижение, это своеобразное испытание, которое они преодолевают с помощью технических реабилитационных средств (ТСР). Приоритетной задачей тифлотехники, относящейся к пространственному ориентированию является:

- возможность уменьшения ограничений в ориентировании незрячих, связанных с частичной или тотальной потерей зрения.
- адаптационное ориентирование в повседневной жизни, с обеспечением возможностей рациональной организации образовательного процесса, социокультурной и физической реабилитации.

К окончанию коррекционных занятий студенты осознали и приняли установку, что передвижение с помощью технических реабилитационных средств значительно снижает риски травматизации и позволяет более гармонично и целостно ориентироваться в пространстве. У них возникло устойчивое желание осваивать новые виды тифлотехники.

В таблице 3 показано распределение студентов по наиболее используемым видам тифлотехники в начале занятий и по наиболее желательным в конце занятий.

Таблица 3. Использование реабилитационных средств в передвижении.

Наименование	До занятий	После занятий
Специальная трость	36%	54%
Помощь сопровождающих	36%	18%
Специальная трость и собака-проводник	18%	18%
Электронные приборы с тактильной и звуковой сигнализацией и специальная трость	9%	9%

Источник: собственная разработка

Анализируя полученные результаты, установлено доминирует специальная трость – 73 %, которая, по мнению незрячих, является незаменимой в процессе жизнедеятельности. Так же позволяет обращать внимание посторонних людей и оказывать, нуждающимся, посильную помощь в ориентировании местонахождении. 36 % слепых студентов пользовались до занятий, только услугами сопровождающих. В процессе интервью они рассказали, что сложившиеся привычки в семейных отношениях, когда, даже без их обращений, родственники и близкие предлагают свою помощь в ориентировании в замкнутом и открытом пространстве. Таким образом, слепые не задумываются о необходимости освоения ТСР. В процессе обучения у этих слепых возникла острая необходимость в мобильности и ориентировании без сопровождающих, так как они не допускаются до посещения занятий. По результатам занятий из четырех слепых студентов, первично освоили правила перемещения со специальной тростью два человека, продолжив занятия. Вполне уверенно себя ощущают тотально слепые – 20 %, которые помимо трости, пользуются услугами собаки-проводника. Электронные приборы с тактильной и звуковой сигнализацией применялись незрячими, как вспомогательное ТСР – 9%. С их слов, отсутствие навыков владения тростью, приводит к низкой эффективности использования данных средств. По их мнению, страдает развитие анализаторных систем, т.к. незрячий начинает надеяться на электронные приспособления, практически не тренируя свои собственные «локаторы», что сказывается на их мобильности. Вторым фактором является дороговизна данных систем.

Мы предполагаем, что при дальнейшем обучении незрячих, пользующихся, только услугами сопровождающих, в последствии не станет. Так как, индивидуальный подход в маршрутизации и практической ориентировке, сначала с инструктором, а затем самостоятельно,

позволит чувствовать себя гораздо увереннее и будет способствовать самостоятельности и эффективности в учебном процессе.

Обсуждение и выводы

Нами установлено, что технологии пространственной ориентировки для поздно-ослепших студентов имеют комбинированный характер. Начальное звено таких технологий связано с формированием адекватной самооценки, обеспечивающей снижение проявлений тревоги, страха, угнетения, переживаний, психологических сдвигов. Только адекватная самооценка собственных возможностей в пространственной ориентировке обеспечивает успех самостоятельного активного передвижения в образовательном пространстве вуза и овладении его ресурсами.

По итогам заключительного интервьюирования у 9 totally слепых студентов, прошедших курс обучения зарегистрировано: отсутствие страха и разнообразных фобических состояний. Они стали увереннее ориентироваться и передвигаться в замкнутом пространстве учебных аудиторий и служебных помещений.

Подтверждено, что важнейшим инструментом пространственной ориентировки незрячего является специальная трость и помощь собаки-проводника. Вместе с тем, отмечается понимание студентами факта, высокотехнологичные средства ориентировки не заменят возможностей собственных сенсорных систем.

Изучив имеющуюся литературу, мы пришли к выводу, что в настоящее время, нет четкого представления о технологиях пространственной ориентировки для поздно-ослепших. По мнению Солнцевой Л. И. (2003), успешная ориентация зависит от возможности активного передвижения в нем. Реалии таковы, что чем больше практико-ориентированных продолжительных видовых занятий в замкнутом и свободном пространстве, тем уверенней и независимо перемещается слепой студент.

По итогам заключительного интервьюирования у 9 totally слепых студентов, прошедших курс обучения зарегистрировано: отсутствие страха и разнообразных фобических состояний, наблюдалось уверенное передвижение и ориентирование в замкнутом пространстве учебных аудиторий и служебных помещений.

Очевидно, что занятия положительно влияют на социальную адаптацию слепых студентов, психологическую устойчивость, а также получение навыков и возможности самостоятельного перемещения в период обучения в вузе.

Важным для инструментальной пространственной ориентировки незрячего, всё же, является владение специальной тростью, а желание использовать высокотехнологичные средства, рекомендуются как вспомогательные.

Вместе с тем, научных исследований по взаимодействию с поздно ослепшими крайне недостаточно, что существенно снижает их социальные связи, сдерживает сферу самореализации и самосовершенствования.

Отмечается положительная динамика формирования у студентов с глубокими нарушениями зрения навыков практической ориентации в окружающей действительности в период обучения. Применение комплексной программы по ориентированию влияющей на доступность высшего образования возможно при своевременном формировании знаний, умений, обретенного опыта социальной адаптации и активной жизнедеятельности в разнообразных сферах общественной жизни.

Список литературы

1. Денискина В. З. Особенности проведения коррекционных занятий по социально-бытовой ориентировке. Уфа, 2004.
2. Донгаузер Е. В., Михалёва Д. В. Проблема доступности высшего образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья в России: История и современность: Сборник научных трудов / научн. ред. М. А. Дьячкова; отв. ред. О. Н. Томюк. - Екатеринбург: УрГПУ, 2017. - С.149 -155.
3. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: Уч. пособие. М.: «Владос», 2000. 240 с.
4. Заир-Бек С. И., Сергеев Ю. Н., Беликов А. А. Доступность и качество высшего образования для инвалидов: миф или реальность? // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. М.: научно-информационный издательский центр и редакция журнала «Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук», 2016. – С. 105-108.
5. Земцова М. И. Пути компенсации слепоты познавательной трудовой деятельности. - М., 1956. – 419 с.

6. Иванов С. А. Забайкальский государственный университет – вуз развивающий инклюзивное образование // Ректор вуза №12. 2018. - С. 40 -43.
7. Как незрячие воспринимают мир / КГКУ АКСБ; сост. И. В. Бородай. – Барнаул, 2017. - 14 с.
8. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация / И. А. Коробейников. - ПЕРСЭ, 2002. - 192 с.
9. Кохан С. Т. Высшее инклюзивное образование: от теории к практике / С. Т. Кохан, В. В. Дегтярева, А. В. Дубовая, И. В. Жданова, [и др.] // Чита: ЗабГУ, 2019. – 210 с.
10. Кохан С. Т. Организация инклюзивного образования в высшем учебном заведении / С. Т. Кохан, А. В. Патеюк, В. Л. Антонов // Чита: ЗабГУ, 2016. – 106 с.
11. Кохан С. Т. Исследование некоторых аспектов инклюзивного образования студентов-инвалидов в Забайкальском крае / С. Т. Кохан, А. В. Патеюк, М. Ю. Плотникова, В. Л. Антонов // Проблемы современного педагогического образования. Журн. - Ялта: РИО ГПА, 2017. – Вып. 54. – Ч.6. - С. 100 – 105.
12. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих: уч. Пособие / А. Г. Литвак; РГПУ им. А.И. Герцена. - СПб.: Изд-во РГПУ, 1998. - 271 с.
13. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. — СПб. 2006. — 336 с.
14. Миллер В. П. Обучение незрячих пространственной ориентации: учебное пособие для тифлопедагогов и работников социальных учреждений. 2010, Бийск. - 154 с.
15. Министерство науки и высшего образования РФ [Электронный ресурс]: сайт <https://minobrnauki.gov.ru/> (дата обращения 3.04.2020).
16. Наумов М. Н. Обучение слепых пространственной ориентировки: уч. пособие. - М.: ВОС, 1982.- 123 с.

17. Никулина Г. В. Обучение слепых и слабовидящих. „Окружающий мир”: учебно-методическое пособие: 1 часть. / Г. В. Никулина, А. В. Потемкина, Т. П. Круглова; Санкт-Петербург: Граница, 2017. - 123 с.
18. Ориентирование и мобильность лиц с нарушением зрения как основа их социально-психологической адаптации. С. С. Белов, М. Г. Чухрова, Т. Г. Орлова, А.С. Шамикаева // Мир науки, культуры и образования 2010. №5 (24). – С. 193-195.
19. Педагогический энциклопедический словарь / Гл. ред. Б. М. Бим-Бад. - М.: Большая российская энциклопедия, 2002. - 527 с.
20. Сверлов В. С. Пространственная ориентировка слепых / Пособие для учителей и воспитателей школ слепых. - М.: Учпедгиз, 1951.-152с.
21. Солнцева Л. И. Дети с нарушением зрения / Л. И Солнцева // Специальная психология М., 2003. – 194-366 с.
22. Сорокин В. М. Особенности воображения слепых и слабовидящих. В сб. Воспитание и обучение слепых и слабовидящих. – Л., 1982.
23. СП 59.13330.2016 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения.
24. Холл Д., Тинклин Т. Студенты инвалиды и высшее образование / пер. с английского // Журнал исследований социальной политики. 2004. №1 С. 115-127.
25. Чванова, М. С. Особенности социализации слабовидящих и незрячих в процессе обучения в Германии, Франции и США / М. С. Чванова, О. В. Дубровина // Профессиональное образование в России и за рубежом : научно-образовательный журнал. - 2018. - N 4 (32). - С. 222-231. - ISSN 2220-3036.
26. Ярская — Смирнова В. И., Зайцев Д. В. Габитус инвалидности в поле высшего образования// Журнал исследований социальной политики 2019. Т. 17, № 4. — С. 585-600.
27. Alves CCF, Monteiro GBM, Rabello S, Gasparetto MERF, Carvalho KM. Assistive technology applied to education of students with visual impairment. Rev Panam Salud Publica. 2009; 26(2):148–52.

28. Berggren U. J., Rowan D., Bergbäck E., Blomberg B. (2016) Disabled Students' Experiences of Higher Education in Sweden, the Czech Republic, and the United States – a Comparative Institutional Analysis. *Disability & Society*, 31 (3): 339–356.
29. Corre F. (2016) Students with Disabilities in Higher Education. In: I. Kabla-Langlois (ed.) *Higher Education and Research in France, Facts and Figures*. Available at: https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/9EN/EESR9EN_ES_25-students_with_disabilities_in_higher_education.php (accessed 1 March 2020).]
30. Dunlea A. (1989) *Vision and the emergence of meaning*. – Cambridge: Cambridge University Press.
31. Friend, M. (2005) *Special Education: Contemporary Perspectives for school professionals*. New York: Pearson Education, Inc.
32. Hatlen, P. H. (2004) Is social isolation a predictable outcome of inclusive education? *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 98 (11): 289-292.
33. Heffner, R. S., & Heffner, H. E. (1992) Hearing and sound localization in blind mole rats (*Spalax ehrenbergi*). *Hearing research*, 62(2), 206-216.
34. Hill, E. W., & Blasch, B. B. (1980) Concept development. In Welsh, R. L., & Blasch, B. B. (Eds). *Foundation of orientation and mobility*, pp. 265 – 290. New York: AFB Press, American Foundation for the Blind.
35. Hojan E., Jakubowski M., Talukder A., Wereda H., Furmann A., Ewertowski R., (2012). A new method of teaching spatial orientation to the blind. *Acta Physica Polonica* 121 (1-A), 5-8.
36. Jacobson, W. H. (1993) *The Art and Science of Teaching Orientation and Mobility to Persons with Visual Impairments*. American Foundation for the Blind, New York.
37. Kail, R. V. (2007) *Children and their development*. Seventh Edition. New Jersey: Prentice-Hall.
38. Kashapova, L. M. (2012). Regulatory support and regulation of the process of implementation of inclusive education. *Bulletin of Ufa State University of Economics and service. Science. Education. Economy. Series: Economy*, 2 (2), 131-136.

39. Kobi S., Pärli K. Bestandesaufnahme hindernisfreie Hochschule. Schweiz: Zürcher Fachhochschule, 2010. - 54 pp.
40. Lane L. (2017) 'Am I Being Heard?' The 'Voice of' Students with Disability in Higher Education: A Literature Review. Pedagogisk utveckling och interaktivt lärande (pil) Göteborgs Universitet Högskolepedagogiska kriftserie. Available at: www.gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/52566/2/gupea_20772.pdf (accessed 20 March 2020)
41. MacCuspie, P. A. (2001) The social acceptance and interaction of visually impaired children integrating setting. In Sacks, S. Z., Kekelis, L. S. & Gaylord-Ross, R. (Eds.). The development of social skills by blind and visually impaired student: Exploratory studies and strategies, pp. 83-102 New York: AFB Press, American Foundation for the Blind.
42. Martinez, R. Self-concept of adults with visual impairments / R. Martinez, K.W. Sewell // Journ. Of Rehabilitation. – 1996. - №62. – P. 55-58.
43. Mills A.E. (1987) The development of phonology in the blind child // B. Dodd & B. Campbell (Eds.), Hearning by eye: The psychology of lip reading. – Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.]
44. Nasibullov R. R., Kashapova L. M. (2015) Conditions of Formation of Social Successfulness of Students with Disabilities in the System of Continuous Inclusive Education on the Basis of Value Approach. International Journal of Environmental & Science Education, 10(4), 543-552.
45. Otkrytoe i distancionnoe obuchenie. Tendenciya, politika i strategii [Open and distance learning. Tendency, policy and strategy]. Division of Higher Education. UNESCO, 2004, 136 p.
46. Rahardja, D. (2010) Sistem Pengajaran Modul Orientasi dan Mobilitas. Bandung: UPI Press.
47. Sacks, S. Z., Kekelis, L. S. & Gaylord-Ross, R. (1992) The development of social skills by blind and visually impaired student: Exploratory studies and strategies. New York: AFB Press, American Foundation for the Blind.
48. Sacks, S. Z & Silberman, R. K. (2000) Social skills. In Keoeing, A. J & Holbrook, M. C. (Eds). Foundation of education: Instructional strategies for teaching children and youth with visual impairment, pp. 616 – 652. New York: AFB Press, American Foundation for the Blind.

49. Sacks, S. Z. & Wolffe, K. E. (2006) Teaching social skills to students with visual impairment: From theory to practice. New York: AFB Press, American Foundation for the Blind.
50. Salleh N. M. and Zainal K. (2010) *Procedia Social and Behavioral Sciences* 9, Published by Elsevier Ltd. 859–863.
51. Zittel, L., Pyfer, J., Auxter, D. (2016) *Principles and Methods of Adapted Physical Education & Recreation*. Jones & Bartlett Publishers.

Social adaptation of students with visual impairment at the university

Summary

The learning process is focused on supporting the integration and social adaptation of each person, including people with special needs. Recognized as fundamental as the right to life, the possibility of obtaining higher education for persons with disabilities may be limited by the absence or presence of an imperfect barrier-free architectural environment of the university, the organization of the educational process, tutoring and psychological and pedagogical support.

Students with various physical and sensory impairments are studying at the Transbaikalian State University. Our research was aimed at identifying individual possibilities in spatial orientation in the university of late-blind students, since individual accompaniment of each such student is impossible.

Based on the use of an integrated approach of our research, we analyzed and assessed the results obtained on the acquisition of skills by blind junior students of self-orientation within academic buildings and classrooms after a cycle of correctional and practical classes.

The positive dynamics of the formation of practical orientation skills in blind students was obtained. Positive results were noted among respondents in terms of psychological stability, which significantly affects social adaptation and sociability. The study of self-esteem of blind students revealed problems that affect adequate self-esteem in the university. More than half of the students under study have low self-esteem. It has been confirmed that a special cane is an indispensable tool in free movement and spatial orientation, not only in the process of study, but also in everyday life.

Keywords: university, student, spatial orientation, blind, disability, cane

Марина Кононова,

Маргарита Васина

Полтавский национальный педагогический университет имени В.Г. Короленко

Богдан Кононов

Украинская медицинская стоматологическая академия

Проблемы и перспективы экологизации образовательной среды в контексте инклюзивного образования

Человек и природа являются неотъемлемыми частями единого целого, поэтому забота об окружающей среде должна быть в приоритете у каждого из нас. Однако экологическая система включает в себя не только отношения между человеком и природой, но и взаимоотношения между людьми, что является базисом педагогической экологии. Согласно результатам исследований, именно создание экологически благополучной педагогической среды, отношений взаимопонимания и взаимной заботы, соблюдения границ дозволенного в требованиях педагогов позволяет пробудить инициативу и истинную радость познания в учащихся.

Особенно актуален данный вопрос в инклюзивном образовании. Дети с особыми образовательными потребностями, как и другие члены общества, имеют равные права и должны участвовать в различных формах образования, культуры и работы. Именно окружающая среда должна предоставлять учащимся возможность получать образование и развитие независимо от их характеристик, нозологии нарушения психофизического развития.

Создание эколого-ориентированного образовательного пространства, в котором живет ребенок с особыми образовательными потребностями, должно выступать одной из задач современного образования, полем проявления его экологической компетентности. И хотя проблемы взаимодействия школы и среды неоднократно поднимались педагогической наукой и практикой, в большинстве исследований соотношение образования (воспитания) и среды

рассматривалось преимущественно с позиций учета влияния среды на учебно-воспитательный процесс. Однако, организация среды, благоприятной для обучения и воспитания школьников, процесс не менее значим. Отсюда вытекает необходимость создания экологического инклюзивного образовательного пространства.

Цель нашего исследования – изучение особенностей готовности будущих дефектологов и психологов к профессиональной деятельности в условиях инклюзивного образования на основе принципов педагогической экологии.

Во время исследования перед нами были поставлены такие вопросы:

- 1) Какую роль играет педагогическая экология в системе образовательной практики в условиях инклюзии.
- 2) Каков уровень готовности (по результатам самооценки в интервью) будущих дефектологов, психологов к профессиональной деятельности, готовности работать с детьми с нарушениями психофизического развития, а именно: уровень теоретических знаний по профессионально ориентированным дисциплинам, необходимым для работы с детьми с особыми образовательными потребностями, знание технологий использования принципов педагогической экологии; развитие практических умений и навыков осуществления необходимой диагностической, коррекционной, консультативной, учебной деятельности в условиях инклюзии, что включает в себя и образовательные практики, в основах которых лежит взаимодействие с природой.
- 3) Какие особенности подготовки будущих дефектологов и психологов, привлекаемых к эксперименту, характерны для применения принципов педагогической экологии в условиях инклюзии и какие можно рекомендовать как эффективные.

При проведении этого исследования был использован **комплекс общенаучных методов**: теоретические – анализ научной литературы, сравнение, систематизация и обобщение научных результатов; эмпирические – интервью в фокус-группах, педагогическое наблюдение, самооценка.

С целью раскрытия темы экологизации образовательной среды и ее точек соприкосновения с инклюзивным образованием, следует рассмотреть основную терминологию. Под *инклюзивным образованием* мы понимаем такую систему образовательных услуг, при которой каждому человеку, независимо от имеющихся психофизических, интеллектуальных,

социальных, эмоциональных и других особенностей, предоставляется возможность учиться в общеобразовательных учреждениях.

Нам импонирует позиция Т. Сидорчук [Sidorchuk T.], в которой утверждается, что *образовательная среда* начинается там, где «происходит встреча образующего с создаваемым, где между отдельными субъектами образования начинают выстраиваться определенные связи и отношения» [1].

Именно наличие в образовательной среде тех условий и ресурсов (в первую очередь грамотных специалистов) делает ее инклюзивной образовательной средой для детей с особыми образовательными потребностями.

Методология, направленная на развитие личности каждого ребенка с особыми образовательными потребностями, признающая его уникальность, неповторимость, предоставляющая право на реализацию различных потребностей с учетом ведущей для определенного возраста деятельности, являются базовой для *инклюзивной образовательной среды* [2].

Понятие «*экологизация*» имеет неоднозначное толкование. В контексте нашего исследования, мы рассматриваем *экологизацию* как понятие, которое раскрывает процесс проникновения экологического подхода, экологических принципов в инклюзивную образовательную сферу [3].

Основой экологизации образовательной среды является экологичность образовательного пространства, что позволяет учесть потребности учеников с разными психофизическими, интеллектуальными, эмоциональными, социальными возможностями. Образовательное пространство можно разделить на внутреннее (indoor) и внешнее (outdoor). К внутренним составляющим можно отнести: оборудование при входе, в холле, в классных комнатах, комнатах отдыха, столовой, а также экологические правила поведения в этих помещениях. К внешним – образовательные уроки и практики, в основах которых лежит взаимодействие с природой.

Экологизация в контексте образовательной среды выступает тем процессом, который превращает образовательную среду в более приветливую и привлекательную для социума, окружающей среды и учащихся.

Говоря об экологизации обучающего процесса, в первую очередь хотелось бы обратить внимание на опыт Скандинавских стран, которые уже давно взяли это направление. В Дании любят говорить: «Может, мы не самые умные, но мы – самые счастливые». Такое высказывание ни в коем случае не унижает датскую образовательную систему, а скорее возвышает ее, так как она позволяет каждому индивиду найти свое место в социуме, независимо от умственных или физических способностей, задатков и навыков. Каждый ученик датской школы обучаясь, понимает, что он приобретёт профессию,

которая будет востребована, обеспечит его независимостью и через которую он сможет найти свое место в социуме. Если у ученика не высокий интеллект, он не станет юристом, врачом или психологом, но он всегда будет иметь возможность выбора другой профессии. Можно сказать, что такой выбор есть в любой стране, но разница в том, что в Датской системе образования у каждого учащихся есть стойкое чувство, что государство в них нуждается, они востребованы, что, по мнению датских психологов, является одной из причин, почему датчане – одна из самых счастливых наций в мире. В этом мы и видим экологизацию образовательной системы в кооперации с предприятиями, предоставляющих рабочие места. Например, ученик, имея очень посредственные оценки в школе, делает выбор пойти учиться на столярное мастерство в соответствующих технический колледж. При этом он чувствует поддержку от государства, так как уже одно из предприятий выплачивает ему стипендию. Обучаясь, студент может изготавливать для них заказы и зарабатывать. Таким образом, студент не с самым высоким IQ, успешно интегрируется и в образовательную среду, и в общество. Что касается людей с психофизически ограниченными возможностями, то они включены в социум Дании на естественном уровне. В том числе и в образовательную систему. Во многом, это заслуга оборудования садилов, школ, университетов, а так же простых магазинов, аптек и т.д. Сами датские здания очень экологичны, они максимально учитывают разные возможности людей и их потребности, от мини-лифтов в местах, где есть малейшие ступеньки до мебели, которую используют учащиеся. Сравнивая нашу инклюзивную культуру и культуру Скандинавских стран (Дании, Финляндии, Швеции), можно подметить, что мы склонны достраивать пандусы при постройке новой школы, а у них склонны строить без ступенек, так чтобы вход был на одном уровне. В подходе Скандинавских культур меньше разделения, что обеспечивает чувство инклюзивности, включенности в социум. Подытоживая, можно подметить, что экологизация образовательной среды начинается, с экологичности построек и мебели в образовательных учреждениях.

Мы солидарны с особенностями Датской системы образования в том, что основной задачей педагогической экологии в контексте инклюзивного образования является создание экологически безопасной развивающейся среды для детей с особыми образовательными потребностями. Эффективными экологическими образовательными технологиями в условиях инклюзии являются такие, которые не вредят физическому, психическому и нравственному здоровью учащихся.

Введение инклюзивного образования в Украине повышает роль дефектологов, психологов, педагогов в создании целостной системы поддержки, основанной на экологическом подходе, который сочетает детей и педагогов и сконцентрирован на возможностях, а не на ограничениях детей, обеспечивает дифференциальное психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями.

Сформулированные Т. Каривовой [Karibova T.] условия для реализации принципов педагогической экологии в начальном образовании, на наш взгляд, можно адаптировать и к инклюзивному образованию:

- понимание педагогическими кадрами значимости педагогической экологии в практике инклюзивного образования;
- знание учителями, психологами, дефектологами, врачами методов выявления и оценки состояния учащихся с особыми образовательными потребностями;
- готовность педагогических кадров к использованию экологических средств, которые позволяют снизить напряженность и создать благоприятные условия для свободного познания и свободных отношений в образовательной среде;
- способность учителей разрабатывать классы, в которых оптимально интегрированы содержание учебного материала и средства педагогической экологии;
- знание учителями технологий использования принципов педагогической экологии;
- навыки преподавателей, опыт и мастерство педагогического мониторинга новообразований в познании, свободе отношений и самореализации в экологически чистой педагогической среде;
- наличие у учителей, психологов, дефектологов, врачей экологической позиции в постановке целей, их реализации и оценке хода и результатов развития и воспитания детей с особыми образовательными потребностями [4].

Руководствуясь системообразующими принципами педагогической экологии (экологичность, гуманность и культурная целесообразность), в нашей позиции выделяются следующие области отношений, где требуется внимание к детям с особыми образовательными потребностями:

- учет особенностей психофизической сферы и развития ребенка с особыми образовательными потребностями;

- использование факторов оздоровительного образования;
- нравственные аспекты педагогического взаимодействия;
- стимулирование усвоения экологических привычек в образовательной среде.

Сказанное выше подтверждает, что успех инклюзивного образования во многом зависит от умелого применения комплекса психолого-педагогических ресурсов, в частности, профессиональной компетентности дефектологов, психологов (специальных психологов), реорганизации системы профессиональной подготовки будущих специалистов в направлении профессионального сотрудничества в условиях инклюзии, что заслуживает особого внимания в контексте нашего исследования.

В начале изучения проблемы мы поставили вопрос выявления готовности будущих дефектологов, психологов к профессиональной деятельности, готовности работать с детьми с нарушениями психофизического развития, а именно: анализ самооценки студентами своего уровня теоретических знаний по профессионально ориентированным дисциплинам, необходимым для работы с детьми с нарушениями психофизического развития; готовность будущих специалистов к проведению образовательных уроков и практик, в основах которых лежит взаимодействие с природой, знание специалистами технологий использования принципов педагогической экологии.

Поскольку фокус-группы предназначены для выявления спектра мнений по исследуемой проблеме, поиска объяснения поведения людей в тех или иных ситуациях, для определения указанных аспектов было проведено интервью в фокус-группах (группы студентов – будущих дефектологов, психологов (специальных психологов), группы преподавателей кафедр специального образования и социальной работы, группы кураторов, смешанные группы) [5].

Анализ результатов ответов на ключевые вопросы сценария (фокус-групповая дискуссия проводилась в начале IV курса обучения) показал следующее.

Из предложенных вариантов ответов на вопрос «Насколько у Вас сформирована профессиональная установка на готовность работать с детьми с нарушениями психофизического развития по разным нозологиям?» только 13,40% студентов оценили свою сформированность профессиональной установки на готовность работать с детьми с нарушениями психофизического развития как «полностью сформирована». Основная масса будущих дефектологов отметила, что «не в полной мере сформирована, в зависимости от нозологии нарушения» – 44,33%, «не сформирована» – 42,27%.

На следующий вопрос «Как Вы оцениваете уровень Ваших теоретических знаний по профессионально ориентированным дисциплинам, необходимым для работы с детьми с нарушениями психофизического развития?», который обсуждался в фокус-группах, получены следующие результаты: 15,26% будущих дефектологов оценили свой уровень теоретических знаний с профессионально ориентированных дисциплин, необходимых для работы с детьми с нарушениями психофизического развития как высокий; 36,91% – как средний уровень теоретических знаний по профессионально ориентированным дисциплинам, необходимым для работы с детьми с нарушениями психофизического развития; 47,83% – как низкий уровень теоретических знаний по профессионально ориентированным дисциплинам, необходимым для работы с детьми с нарушениями психофизического развития. Считаем, что достаточно высокий процент низкого уровня свидетельствует о необходимости пересмотра традиционных подходов, которые доминируют при изучении профессионально ориентированных дисциплин в процессе профессиональной подготовки, и переориентацию образовательного процесса на интерактивные методики.

Ответы на вопрос «Считаете ли Вы, что полученные во время обучения практические знания и умения, опыт практической деятельности достаточны для квалифицированной работы в должности дефектолога, психолога в инклюзивном образовательном заведении?» распределились следующим образом: 34,43% респондентов ответили «да», 38,35% предпочли ответ «частично», 27,22% студентов считают, что нет. Обсуждение избранных ответов позволило зафиксировать, что студенты полагают, что в процессе профессиональной подготовки в вузе стоит больше внимания уделять практическому обучению, возможностям практиковаться в инклюзивных учебных заведениях, учебно-воспитательных комплексах, реабилитационных центрах, изучать опыт и методики практикующих психологов, логопедов, тифлопедагогов, сурдопедагогов, ортопедагогов, олигофренопедагогов.

На основе данных, полученных в результате анализа ответов на следующий вопрос «Есть ли у Вас опыт разработки и реализации коррекционной программы для ребенка с особыми образовательными потребностями?», будущие дефектологи озвучили следующие ответы: да – 17,73%; частично – 68,80%, нет – 15,47%. Утвердительный ответ на вопрос означает, что студенты под руководством преподавателей разрабатывали и внедряли определенные коррекционные программы для детей с особыми образовательными потребностями в рамках индивидуальной или научно-исследовательской работы, активно приобщались к реализации

научных тем кафедр, проявляли свою заинтересованность к углубленному изучению профессионально ориентированных дисциплин и будущей профессиональной деятельности. Те студенты, которые выбрали ответ «частично», имели в виду, что коррекционные программы для детей с особыми образовательными потребностями они разрабатывали во время практических занятий по профессионально ориентированным дисциплинам, прохождении практики, но реально эти программы в образовательном среде не внедрялись. Студенты, которые дали отрицательный ответ на вопрос, отметили, что они только изучали необходимый теоретический материал, касающийся разработки коррекционных программ для детей с особыми образовательными потребностями.

Анализируя ответы на следующий вопрос «Есть ли у Вас знания технологий использования принципов педагогической экологии; практические умения и навыки осуществления необходимой учебной деятельности в условиях инклюзии, что включает в себя и образовательные уроки и практики, в основах которых лежит взаимодействие с природой?», будущие дефектологи, психологи озвучили следующие ответы: да – 14,72%; частично – 54,80%, нет – 30,48%, что свидетельствует о необходимости работы в том аспекте.

Ответы на вопрос «Подчеркните признаки своей готовности к креативной, инновационной профессиональной деятельности в условиях инклюзивной среды» показали такие результаты самооценки будущих дефектологов, психологов: 53,40% студентам известны новые педагогические идеи, что свидетельствует о том, что преподаватели «идут в ногу со временем» и знакомят своих воспитанников с передовым педагогическим опытом и новейшими методиками коррекционной работы; 17,73% студентов считают, что владеют навыками работы по специальным инновационными методиками и технологиями; 28,87% утверждают, что им присуще нестандартное мышление. Студенты отмечали, что интересовались понятием «нестандартное мышление», читали соответствующую литературу в Интернете, из любопытства проходили тесты на нестандартное мышление, и, соответственно, считают полезным навыком, а в своей жизни пытаются разрушать шаблоны, смотреть на проблемы с различных точек зрения, раскрывать свой потенциал.

Обсуждение вопроса «Приходилось ли Вам сотрудничать с другими специалистами мультидисциплинарной команды при диагностической и коррекционно-развивающей работе с детьми с особыми образовательными потребностями?», на которое студентами были даны следующие ответы (да – 7,42%, частично – 10,52%; нет – 82,06%), позволило зафиксировать осознание того факта, что в процессе профессиональной подготовки будущих

дефектологов научно-педагогическим работникам следует обратить особое внимание на активизацию сотрудничества кафедр высших учебных заведений с образовательными учреждениями, где работают дефектологи, практикующие психологи, логопеды, тифлопедагоги, сурдопедагоги, ортопедагоги, олигофренопедагоги, с медицинскими учреждениями, реабилитационными центрами и тому подобное.

Замечено, что утвердительный или частично утвердительный ответ давали те студенты, у которых родители или близкие знакомые непосредственно работают с детьми с особыми потребностями (учителя-дефектологи, врачи, психологи, дефектологи, логопеды), или они были привлечены к написанию научных работ указанной тематики и вместе с научным руководителем приобщались к работе специалистов мультидисциплинарных команд.

Мнения студентов при обсуждении вопросов «Какие эмоции возникали у Вас при первом практическом опыте в работе с детьми с нарушениями психофизического развития?» и «Какие эмоции Вас сопровождают сейчас при работе с детьми с нарушениями психофизического развития?» отразились в смешанном спектре: это и радость и удовольствие от работы; и тревожность, и неуверенность в уровне профессиональной подготовки, и чрезмерная жалость к таким детям, желание помочь, научить, поддержать, сказать «все будет хорошо, вместе мы все преодолеем». В то же время, каждый из студентов чувствовал и определенный страх в общении с детьми, их родителями, неуверенность, недостаток знаний и опыта эффективной коммуникации. Было зафиксированы и единичные случаи, когда студенты испытывали раздражение, демонстрировали несдержанность, бестактность.

Студенческие ответы на вопрос «Устраивает ли Вас уровень Вашей профессиональной подготовки?» распределились следующим образом: 34,64% респондентов удовлетворены собственным уровнем профессиональной подготовки, 43,51% респондентов отметили, что их только частично устраивает собственный уровень профессиональной подготовки (такие студенты хотели бы, чтобы больше внимания уделялось современным психокоррекционным и психодиагностическим методикам, глубже изучались основы психокоррекции, психоконсультирования и психотренинга, практикума психокоррекционной работы с детьми с психофизическими нарушениями, стажировке в общеобразовательных и общеобразовательных специальных учебных заведениях, внешкольных учебных заведениях, дошкольных учебных заведениях, учебно-воспитательных комплексах, реабилитационных центрах и т.п.), 21,85% студентов, и это, по нашему

мнению высокий процент, утверждает, что их уровень профессиональной подготовки недостаточен. Выяснено, что такие результаты были получены потому, что в процессе обсуждения студентами и преподавателями учитывалась социальная роль дефектолога, через выполнение которой компетентный специалист реализует социальные функции как требования, предъявляемые обществом к этой профессии (учитель, воспитатель, психолог, коррекционный педагог, врач, педагог, исследователь, пропагандист, консультант, защитник, советчик, помощник) и виды профессиональной деятельности, например учебная, коррекционная, воспитательная, методическая работа, работа с родителями, научно-исследовательская и пропагандистская деятельность.

На вопрос «Определите свой уровень умений (высокий, средний, низкий) по обучению детей с особыми образовательными потребностями по показателям: диагностические, прогностические, конструктивные, информационные, коммуникативные» самооценка студентов показала следующие результаты: 19,79% респондентов считают, что они обладают высоким уровнем, 42,27% – средним и 37,94% – низким.

По результатам ранжирования предложенных вариантов ответов на вопрос «Какие формы организации обучения в ЗВО, профессионального развития Вы предпочитаете? Определите в порядке иерархии: лекциям; практическим занятиям; практико-ориентированным семинарам; учебным практикам; воркшопами; мастер-классам; творческим лабораториям; сертификационным курсам; супервизии; индивидуальному консультированию педагогами; участию в научно-практических конференциях; тренингам; самообразованию» мы получили следующую картину: приоритетное место лекциям в процессе профессиональной подготовки отдали 2,47% студентов; практическим занятиям – 9,90% студентов; практико-ориентированным семинарам – 14,23%; учебным практикам – 42,06%; воркшопами – 71,75%; мастер-классам – 78,56%; творческим лабораториям – 54,43%; сертификационным курсам – 84,95%; супервизии – 82,89%; индивидуальному консультированию педагогами – 38,14%; участию в научно-практических конференциях – 11,13%; тренингам – 69,48%; самообразованию – 27,36% опрошенных респондентов.

Анализируя результаты видим, что первое место в рейтинге форм организации обучения и профессионального развития в ЗВО занимают сертификационные курсы (54,95%), которые студенты в первую очередь предпочитают, второе – супервизии (82,89%), третье – мастер-классы (78,56%), четвертое – воркшопы (71,75%), пятое – тренинги (69,48%). К сожалению, студенты недооценивают роль научно-исследовательской работы в процессе профессионального развития и самообразования, что

вызывает необходимость усиления мотивации будущих дефектологов, психологов к таким видам учебной деятельности. Самый низкий процент занимают лекции (2,47%), что свидетельствует о том, что будущие дефектологи, психологи, основа профессиональной деятельности которых является диалог и интеракция, считают неэффективным традиционное изложение теоретического материала (в основном монолог преподавателя, в лучшем случае с наглядной презентацией) и хотят посещать интерактивные лекции, основанные на современных интерактивных методиках. Усовершенствования требует и дидактический инструментарий практических занятий, семинаров, учебных практик, индивидуальных консультаций с преподавателями.

Дискуссия вокруг вопроса «Какие личностные черты должны быть присущи дефектологу, психологу? Есть ли эти качества у Вас?» в итоге показала, что студенты к профессионально важным качествам относят любовь к детям, толерантность, терпение, сдержанность, коммуникативность, доброжелательность, способность вызывать доверие, оптимизм, бодрость духа, наблюдательность, способность к внушению, умение сопереживать и эмпатию, эрудицию, креативность, стрессоустойчивость, дружелюбие, высокую работоспособность, порядочность. Студенты отмечают, что педагогическое мастерство, педагогический такт, готовность к непредвиденным ситуациям и поиску конструктивного выхода из них, составляет основу профессионализма дефектолога и психолога.

Обсуждая ответы на вопросы сценария, по результатам применения метода интервью в фокус-группах в целом зафиксировано положительное отношение как преподавателей, так и студентов, к необходимости целенаправленно организованного процесса профессионального развития будущих дефектологов и психологов в процессе профессиональной подготовки, который предусматривает создание для этого специальных педагогических условий и концепции.

Основываясь на результатах проведенного опроса, с целью решения поставленной задачи разработки концепции профессионального развития будущих дефектологов и психологов (с акцентом на профессиональную готовность студентов к работе в условиях инклюзии) нами были изучены основные тенденции профессионального развития специальных педагогов, психологов в зарубежной профессиональной подготовке к работе в условиях инклюзивного обучения в таких странах, как Австрия, США, Франция, Болгария, Великобритания, Германия:

- важной составляющей педагогического цикла профессиональной подготовки являются психолого-педагогические дисциплины,

структура и содержание которых имеет специфику (акцент на инклюзивной практико-ориентированной подготовке, дифференцированном и ресурсно-ориентированном обучении, лидерстве, коммуникациях в мультидисциплинарных командах, психокоррекции, психоконсультировании и психотренинге);

- использовании концепции конструктивизма, согласно которой профессиональное развитие трактуется как активный процесс конструирования знаний на основе собственного опыта, где предоставляются возможности практически использовать сформированные навыки и умения преподавания предметов, оценки, наблюдения и критического анализа в процессе работы с детьми с особыми образовательными потребностями [6; 7; 8];
- совершенствование программ повышения квалификации специальных педагогов (проведение круглых столов, научно-практических семинаров, семинаров практиков, учебных поездок за границу, мейнстрим-классов, тренингов, конференций, вебинаров, тимбилдингов, экскурсий на природу, учебных мастерских, учебных курсов и программ по педагогике и психологии, психотренингов, психоконсультирования т.д.), что усиливает роль неформального образования [9];
- обеспечение постоянной профессиональной поддержки специальных педагогов в виде учебных он-лайн курсов с целью обмена опытом инклюзивного обучения детей с особыми образовательными потребностями;
- овладение опытом профессионального сотрудничества разнопрофильных специалистов (учителя-дефектолога, ассистента учителя, психолога, социального педагога, воспитателя, учителя начальных классов и других) в условиях инклюзивной образовательной среды;
- широкий спектр государственных программ по специальному образованию, реализация ресурсно-ориентированной модели профессионального развития специальных педагогов (кроме учебно-методического обеспечения формального образования, созданы дополнительные ресурсы для профессионального развития будущих специалистов специального образования), о чем свидетельствует американский опыт;
- создание центров профессионального сообщества с целью обеспечения оптимальных условий для профессионального развития будущих специальных педагогов: совершенствование психологического

и педагогического мастерства в области инклюзивного образования, основанных на партнерстве преподавателей университетов, колледжей, курсов повышения квалификации психолого-педагогических кадров, практикующих специальных педагогов и тому подобное;

- предоставление усиленного внимания таким аспектам профессионального развития будущих специалистов, как профессиональная память (ее развитие и пути улучшения), умение использовать элементы драматизации на уроках, развитие риторических умений, изучение и использование невербальных средств общения (интонации, голоса, мимики, жестов, позы), толерантность и эмпатия [9].

Таким образом, изучение зарубежного опыта организации и обеспечения профессионального развития будущих дефектологов, психологов в условиях высших учебных заведений позволяет учесть положительный опыт ряда стран, и в перспективе усовершенствовать и обогатить интеллектуально-образовательный потенциал отечественной системы высшего педагогического образования, может стать полезным в процессе модернизации профессиональной подготовки будущих дефектологов, психологов (специальных психологов).

Далее рассмотрим специфику авторской концепции профессионального развития и психолого-педагогических условий подготовки будущих дефектологов, психологов к профессиональной деятельности.

Разработанная *авторская концепция* направлена на выполнение *ряда задач*: создание организационных, научно-методических, материально-технических, финансовых и гуманитарных условий подготовки будущих дефектологов, психологов к работе в условиях инклюзии; применения современных информационных и педагогических технологий в процессе обучения будущих специалистов в рамках профессиональной подготовки; формирование системы информационных ресурсов, направленных на получение психолого-педагогических знаний по специальному образованию (формальная и неформальная составляющие); создание системы педагогической поддержки студентов в процессе их профессионального развития; совершенствование содержания, средств, методов, форм организации обучения будущих дефектологов, психологов во время профессиональной подготовки, которые обеспечат высокий уровень их профессионального развития. Основная идея авторской концепции состоит в том, что эта подготовка должна быть ориентирована на формирование конкурентоспособного специалиста, осуществляющего профессиональную деятельность в условиях инклюзивной образовательной среды [10].

В нашем исследовании мы выделяем такие *педагогические условия*, необходимые для профессионального развития будущих дефектологов, психологов в процессе профессиональной подготовки, для формирования их готовности к работе в условиях инклюзии:

- 1) Совершенствование содержания профессиональной подготовки путем введения курсов: «Психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями» и «Теория и практика экопсихологии человека».
- 2) Разработка и внедрение цикла тренинговых занятий, направленных на профессиональное развитие будущих психологов, дефектологов.
- 3) Прохождение психологической и дефектологической практик в инклюзивных учебных заведениях.
- 4) Активизация учебной деятельности путем гармоничного сочетания формального, неформального и информального образования будущих специалистов.

Согласно первому педагогическому условию, отметим, что включение в учебный план нового спецкурса «Психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями» будет способствовать повышению интереса у будущих психологов к инклюзивной практике, формированию навыков самостоятельного накопления знаний и применения их в профессиональной деятельности. Дисциплина направлена на изучение студентами вопросов нарушений психофизического развития детей по разным нозологиям и проблемы инклюзивного образования; на ознакомление с особенностями психодиагностического обследования детей с особыми образовательными потребностями; овладение студентами методами психологической коррекции данной категории детей и формами, средствами обеспечения коррекционно-реабилитационного процесса; овладение методами консультативной психолого-педагогической помощи родителям по вопросам образования, психического и физического развития их детей.

Целью изучения учебного курса «Теория и практика экопсихологии человека» является интеграция системных представлений об особенностях экопсихологического развития человека: системной организации и развитии экологических представлений человека, закономерностях экологически релевантного поведения; формирование компетентностей проектирования экопсихологического пространства. Дисциплина будет способствовать заполнению тех пробелов в знаниях об образовательных практиках, в основах

которых лежит взаимодействие с природой (что отмечали в интервью исследуемые студенты), а так же стимулировать усвоение экологических привычек в образовательной среде.

Исходя из того, что современные квалификационные характеристики специалистов акцентируют внимание в большей степени на профессиональных требованиях, у них недостаточно представлены требования к личностным характеристикам. На наш взгляд, требования к дипломированному специалисту должны содержать и составляющую, включающую такие качества, как толерантность, лидерство, эмпатия и другие, указанные в интервью будущими дефектологами, психологами. Проведение ряда тренинговых занятий с целью формирования эмпатии и толерантного отношения к детям с проблемами в развитии и их родителем, определены нами как *второе педагогическое условие*, что является одним из путей решения данной проблемы.

Кроме того, цель тренинговых занятий по подготовке психологов и дефектологов в условиях инклюзивного образования заключается в формировании таких компетенций: способность организовать групповую и индивидуальную деятельность детей в соответствии с их возрастными, сенсорными, интеллектуальными особенностями и т. п.; готовность решать диагностические и развивающие задания; способность осуществлять психологическое просвещение родителей, педагогов по вопросам особенностей психофизического развития детей.

Необходимо, путем применения ролевых игр, арттерапевтических методов, тренинговых решений педагогических ситуаций, упражнений и т. п. обучать студентов решению психолого-педагогических ситуаций, возникающих в учебно-воспитательном процессе с детьми сособыми образовательными потребностями.

В пользу *внедрения третьего педагогического условия*, мы убеждены в том, что позитивная динамика профессионального развития и готовности к профессиональной деятельности в условиях инклюзии будущих дефектологов, психологов может прослеживаться на учебной, дефектологической производственной и психологической практиках в учебных заведениях с инклюзивными классами, в учебно-реабилитационных центрах, в инклюзивных ресурсных центрах. Именно там приобретаются практические профессиональные навыки, развиваются творческие способности в процессе решения будущими специалистами профессиональных проблем, деловых задач, где студенты предлагают новое видение, альтернативы распространенным способам решения проблемы.

Кроме того, у будущих дефектологов, психологов в результате прохождения практики повышается уровень владения психолого-педагогическими и методическими знаниями, меняется характер потребностей относительно собственного профессионального развития, проявляется ценностное осознание сформированности профессионально важных личностных качеств для профессиональной деятельности, наблюдается овладение студентами навыками самоорганизации (целеполагание, планирование деятельности). Качественных изменений претерпевает познавательная мотивация, профессиональная мотивация, мотивация достижения успеха, профессиональная позиция дефектолога, психолога. Иными словами, можем наблюдать профессиональное развитие будущих специалистов в процессе профессиональной подготовки как динамичное движение от «ничего не умею» – «умею все» – «хочу большего».

Установлено, что в ходе активизации учебной деятельности будущих дефектологов, психологов через гармоничное сочетание формального, неформального и информального образования (*четвертое педагогическое условие*) крупнейшим ведущим фактором, который

дифференцирует все три звена, становится наличие у будущих дефектологов и психологов личностных интересов или потребностей к обучению.

В рамках неформального образования будущих дефектологов, психологов необходима ориентация на посещение различных тренингов, курсов по сертификационным программам, индивидуальных занятий под руководством тренеров или репетиторов, тематических семинаров как форм организации образования. Целесообразно создание при выпускающих кафедрах в учреждениях высшего образования педагогических мастерских, в плане работы которых могут быть указаны практико-ориентированные семинары, мастер-классы, тренинги, воркшопы и т.д., внедрение метода активного социально-психологического познания (АСПП), привлечение студентов – будущих дефектологов к членству в Общественной организации «Украинская ассоциация коррекционных педагогов», психологов – в «Ассоциации психотерапевтов» и т.п., к работе проблемных групп под руководством преподавателей-практиков. Для активизации информальной составляющей профессиональной подготовки будущих дефектологов, студентам целесообразно участвовать в конференциях, интернет-конференциях, вебинарах, научно-практических семинарах, в работе инклюзивных ресурсных центров и т.д., использовать контент социальных сетей и интерактивное общение в сети с учебной целью. Кроме того, уместно усиление работы созданных в учреждениях высшего образования электронных

библиотек, например, «Библиотека дефектолога», «Библиотека психолога», использование доступных на сегодня интернет-сервисов и облачных технологий.

В результате исследования поставленной проблемы, можно сделать вывод, что экологизация образовательной среды в контексте инклюзивного образования имеет определенное значение для работы с детьми с особыми образовательными потребностями. От коррекционных педагогов и психологов требуется специальная подготовка, так как их роль заключается в создании целостной системы поддержки, основанной на экологическом подходе, делающей акцент на возможностях, а не на ограничениях данной категории детей. Разработанная авторская концепция и предложенные педагогические условия профессиональной подготовки будущих коррекционных педагогов, психологов, требует экспериментальной проверки в перспективе.

Вклад авторов: Кононова Марина является автором концепции, Васина Маргарита, Кононов Богдан участвовали в разработке исследования. Кононова Марина, Кононов Богдан выполнили статистические анализы. Кононова Марина, Васина Маргарита составили рукопись. Кононов Богдан был привлечен к сбору данных и внес интеллектуальный вклад в интерпретацию данных и написание документа.

Соблюдение этических норм. Исследования, связанные с использованием людей, соответствовали всем соответствующим национальным нормам, институциональной политике и отвечали принципам Хельсинкской декларации. Протокол исследования утвержден этическим комитетом Полтавского национального педагогического университета имени В. Г. Короленко, г. Полтава, Украина. Этический комитет в письменной форме согласился на исследование. Во время проведения тестов все участники давали осознанное согласие и применяли все меры по поддержке анонимности участников.

Библиография:

1. Сидорчук Т. А. [*Sidorchuk T.*]. Система творческих заданий как средство креативности на начальном этапе становления личности. (Автореф. дис. канд. пед. наук). М., 1998, 21 с.
2. Булгаков Н. С. [*Bulgakov N.*]. Особенности социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования / Ученые записки российского государственного университета. 2013. № 2 (113). С.32-36.

3. Морозова Н. В. [Morozova N.]. Экологизация образования как средство формирования экологической культуры / Фундаментальные исследования. 2012. № 3 (часть 2). С. 300-304.
4. Карибова Т. Т. [Karibova T.]. Условия реализации принципов педагогической экологии в начальной школе: Дис...канд. пед. наук. Махачкала, 2002, 166 с.
5. Лапшин С. А. [Lapshin S.]. Методика проведения фокус-групп: метод. реком. для студ. специальности «журналистика» ВДПУ. Вінниця: ВДПУ. 2016, 28 с.
6. Darling-Hammond L., McLaughlin M. Policies that support professional development in an area of reform. Phi Delta Kappan. № 76 (8). 1995, P. 597–604.
7. Day S. Developing Teachers: The Challenge of Lifelong Learning. London: Falmer Press. 1999, 239 p.
8. Lieberman A. Teacher development: commitment and challenge. Teacher development and the struggle for authenticity: professional growth and restructuring in the context of change; ed. P. Grimmet, J. Neufeld. New York: Teachers College Press. 1994. P. 15–30.
9. Постригач Н. О. [Postryhach N.]. Професійний розвиток учителів Грецької Республіки: сучасний стан та проблеми. Теорія і практика управління соціальними системами. Вип.4. 2012. С. 46–53.
10. Кононова М. М. [Kononova M.]. Теоретичні і методичні основи професійного розвитку майбутніх дефектологів у процесі фахової підготовки. (Автореф. дис. доктора пед. наук.), Хмельницький. 2019, 43 с.

Problems and prospects of greening the educational environment in the context of inclusive education

Summary

The monograph's article reveals the relevance of the topic of the ecological system, which includes not only the relationship between man and nature, but also the relationship between people, which is the basis of pedagogical ecology. This issue is especially significant in inclusive education, since it is the environment that should provide students with special educational needs the opportunity to receive education and development, regardless of their characteristics and nosology of impaired psychophysical development.

During the study, a complex of general scientific methods was used: theoretical - analysis of scientific literature; comparison, systematization and generalization of scientific results; empirical - focus group interviews, pedagogical observation, self assessment.

Speaking about the greening of the learning process, the experience of Denmark was reviewed, the education system of which includes the creation of an environmentally safe developing space for children with special educational needs, which is the main task of pedagogical ecology in the context of inclusive education.

Guided by the system-forming principles of pedagogical ecology (environmental friendliness, humanity and cultural expediency), in our stand the following areas of relations have been identified where special careful attention to children with special educational needs is required: taking into account the characteristics of the psycho-physical sphere of child development of this category; the use of health education factors; moral aspects of pedagogical interaction; stimulation of the assimilation of environmental habits in the educational environment.

Attention is focused on the fact that the success of inclusive education largely depends on the skillful use of a range of psychological and pedagogical resources, in particular, the professional competence of special education teachers, psychologists (special psychologists), in the process of studying the problem the determining the readiness of future specialists to work with children with special educational needs was questioned.

Using the interview method in focus groups, there was an analysis of students' self-esteem of their level of theoretical knowledge in professionally oriented disciplines necessary for working with children with mental and physical developmental disorders; the willingness of future specialists to conduct educational lessons and practices, the basis of which is interaction with nature, knowledge of technologies for using the principles of pedagogical ecology by specialists, is determined.

Discussing the answers to the questions of the scenario, in general, a positive attitude was recorded both by teachers and students towards the need for a purposefully organized process of professional development of future correctional teachers and psychologists in the preparation process, which provides the creation of special pedagogical conditions and concepts for this.

Based on the results of the survey, in order to solve the problem of developing a concept for the professional development of future special education teachers and psychologists (with an emphasis on the professional readiness of future specialists to work in conditions of inclusion), the main trends in the professional training of special teachers to work in conditions of inclusive education were studied and presented in countries as Austria, USA, France, Bulgaria, United Kingdom, Germany.

The original concept is oriented on completing the range of the following tasks: to create organizational, methodological, material-and-technical, financial and academic conditions for preparation of future disciplinary teachers and psychologists for operating in inclusive condition; to apply modern informational and pedagogical technologies in process of educating future specialists within professional preparation; to form a system of informational resources focused on gaining psychological and pedagogical knowledge of special education (formal and informal); to create a system of pedagogical support of students in process of their professional development; to improve content, means, methods and forms of organization of educating future correctional teachers and psychologists during professional preparation which will provide a high level of their professional development. The main idea of original concept is that the preparation has to be oriented on forming a competitive specialist who is going to perform his professional operations in inclusive conditions in educational environment.

In the research there are mentioned the following pedagogical conditions needed for professional preparation of future correctional teachers and psychologists for forming their operational availability in inclusive conditions: improving the content of professional preparation by means of implementing the courses "Psychological and pedagogical follow-up of kids with

special educational needs” and “Theory and practice of human ecopsychology”; development and implementation of training cycles focused on professional improvement of future psychologists and special education teachers; passing through psychological and special education courses in inclusive institutes; activating teaching operations by way of harmony of formal and informal education of future specialists.

As a result of the study of the problem posed, it was concluded that the greening of the educational environment in the context of inclusive education is of particular importance for working with children with special educational needs. Special education teachers and psychologists are required special training, since their role is to create a holistic support system based on an environmental approach that focuses on the opportunities, and not on the limitations of this category of children. The developed author’s concept and the proposed pedagogical conditions for the professional training of future special education teachers, psychologists, require experimental research in the future.

Keywords: greening the educational environment, inclusive education, children with special educational needs, future special education teachers, future psychologist.

Leila Zhanuzakova,

«Turan» University, Institute of Legislation of the Republic of Kazakhstan

On political rights and freedoms of the person in the legislation of Kazakhstan and the countries of the European Union: comparative analysis

Introduction

Human rights are a fundamental value for the entire civilized world. The Universal Declaration of Human Rights, adopted by the United Nations in 1948, proclaimed the right of everyone to freedom of opinion and expression, including freedom to hold opinions without interference, and freedom to seek, receive and impart information and ideas through any media and regardless of frontiers (article 19), to freedom of peaceful assembly and association (article 20), to take part in the government of his country, directly or through freely chosen representatives, equal access to public service in his country (article 21) [1].

These rights and freedoms are also enshrined in the International Covenant on Civil and Political Rights (articles 19, 21, 22, 25) and the European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (articles 10,11). Restrictions on these rights are allowed only in the interests of national security or public safety, public order, the protection of public health and morals or protection of the rights and freedoms of others, for preventing the disclosure of information received in confidence, or for maintaining the authority and impartiality of the judiciary [2; 3].

The Constitutions of European countries contain a fairly broad range of political rights and freedoms. These are voting rights, the right to participate in a referendum, freedom of associations, freedom of speech, assemblies and meetings, the right to information, the right to petition, the right to hold public office, etc. Some constitutions include rights that are not in the Kazakh

Constitution, such as the right to criticize (Albania, Lithuania), the right to resist violence (Germany, Slovakia, the Czech Republic, Estonia), and the right to initiate legislation (Italy).

In some countries, however, electoral and other political rights are granted not only to citizens, but also to foreigners. So, § 16 of the Constitution of Finland states: "Every Finnish citizen and every foreigner permanently and legally residing in Finland has the right to participate in communal elections and communal referendum in accordance with the provisions of the law" [4]. Article 30 of the Estonian Constitution States that "Recruitment to positions in government agencies and local authorities takes place among citizens of Estonia in accordance with the law and pursuant to the procedure established by law. Citizens of foreign states and stateless persons may be recruited to such positions as an exception provided this is allowed by the law" [4]. In accordance with article 21 of the Portuguese Constitution: "Everyone has the right to refuse to comply with an order that infringes his or her rights, freedoms or guarantees and to resist by force any form of aggression when recourse to a public authority is impossible" [5].

Kazakhstan has ratified the main international human rights documents, including the International Covenant on Civil and Political Rights, and concluded an Agreement on enhanced partnership and cooperation with the EU, thereby committing itself to respect for human rights. In addition, the Constitution of the Republic adopted in 1995, declares that individual and his rights the highest values of the state (article 1, paragraph 1) enshrines the freedom of speech, receipt and dissemination of information (items 1,2 of article 20), freedom of associations (paragraph 1 of article 23), assemblies, meetings, demonstrations, marches and pickets (article 32), the right to participate in the government of the state's affairs directly and through their representatives, to appeals to state bodies and bodies of local self-government, to participate in the republican referendum, the right to equal access to public service (article 33) [6].

However, in reality, these rights and freedoms are not respected. This determines the relevance of the presented study.

Method of research

This article is based on the use of well-known methods of scientific knowledge, such as analysis and synthesis, structural and functional, comparative legal, formal legal, system and others. The sources of the research were the norms of International law, legislation of European countries and Kazakhstan in the field of human rights.

Results

- 1) In order to implement the right of citizens to public information that protects the interests of the whole society, the list of information in the Law of the Republic of Kazakhstan "On access to information" on information that is not subject to restriction should be expanded to include state contracts with foreign investors.
- 2) The legislation should clearly define the concepts of social, national, tribal, racial, class or religious discord, "extremism", "terrorism", decriminalize article 174 of the Criminal Code of the Republic of Kazakhstan in order to stop the persecution of journalists and civil activists for political reasons.
- 3) The exercise of the constitutional right of citizens to freedom of assemblies and meetings requires the adoption of a new law that would establish a notification procedure for holding public actions, without providing for additional regulation by local authorities that restrict the places where they are held.
- 4) The Law "On political parties", the provisions of which hinder the right of citizens to freedom of association, needs to be revised. The threshold level of the number of party members should be significantly reduced from 40 thousand to at least 2-3 thousand, the number of territorial divisions should be reduced from more than half of the regions to 1/3, the minimum number of members should not be established in them, or at least it should be reduced from 600 up to 50 people. In order to promote political pluralism and guarantee the equality of parties, a system of state funding should be provided for political parties that have not passed the barrier threshold.
- 5) To enhance the representation of different sectors of the population, and opposition parties in Parliament and local government should introduce a mixed electoral system for elections to the Mazhilis and maslikhats - half of the deputies elected according to party lists and the other half by the nomination of public associations, citizens' groups and self-promotion; to reduce the barrier to participation by parties in the distribution of mandates with 7% to 2-3% - in elections to the Mazhilis and to 1-2% - in elections to maslikhats; to hold elections to the Senate on the basis of direct voting by region, increasing the representation of regions and cities of republican significance in the upper Chamber, depending on the number of voters; exclude quotas of the President and

the Assembly of people of Kazakhstan for the appointment (election) of deputies of the Senate and the Mazhilis.

- 6) In order to increase the level of citizens' confidence in the elections and reduce abuses, the Constitutional law "On elections in the Republic of Kazakhstan" should be amended to grant maslikhats the right, in the absence of proposals from political parties, to elect members of election commissions to vacant seats on the proposal of other public associations and groups of voters in the number of at least 50; introduce the procedure for the election of members of the Central Election Commission by the Mazhilis of the Parliament on the proposal of political parties, or if the previous procedure is maintained, establish a guaranteed appointment of one member by each Chamber and the President from the representatives of the parliamentary opposition.
- 7) The development of democracy in Kazakhstan requires increasing the role of the referendum as an institution of direct democracy. In this regard, it is necessary to introduce amendments to the legislation concerning the specification and expansion of the list of issues that can't be the subject of a referendum (regarding the extension of the powers of the President, Parliament and maslikhats, other elected bodies and officials); to exclude the discretionary nature of the President's powers in appointing a referendum, obliging him to appoint when the initiative of the Parliament, the Government and citizens; reduce the threshold for the number of citizens to put forward a referendum initiative from 200 thousand to 50 thousand; eliminate the requirement to collect signatures in each region or reduce it to 1/3; give the right to voters to take initiatives on a referendum on changes or adoption of a new Constitution; introduce the institutions of local and consultative referendum.

Discussion

Despite the fact that the Constitution of Kazakhstan recognizes and guarantees the basic civil and political human rights, the current legislation does not fully comply with international and constitutional norms, and law enforcement practice is on the way of their gross violation.

Among these rights are freedom of speech and the right to information.

The researchers note: "The right to information is vital for preventing corruption. When citizens can access key facts and data from governments, it is

more difficult to hide abuses of power and other illegal activities - governments can be held accountable. Access to information also empowers citizens by informing their voting, giving them a chance to speak out against injustice and ensuring they know their rights" [7].

Thus, article 6 of the Law "On access to information" defines the range of information, access to which is not subject to restriction. There is among them, information about the privileges, compensations and benefits provided by the state to individuals and legal entities; about the facts of violation of human and civil rights and freedoms, etc. [8]. However, in practice, such information in relation to individuals and organizations is often hidden or delivered in a metered way. So, it was only thanks to civil activists and human rights defenders that the facts of torture of prisoners in correctional institutions and pre-trial detention centers of the country became public.

For comparison, the Polish Constitution contains article 61, which specifies in detail the right of citizens to access public information. «A citizen shall have the right to obtain information on the activities of organs of public authority as well as persons discharging public functions. Such right shall also include receipt of information on the activities of self-governing economic or professional organs and other persons or organizational units relating to the field in which they perform the duties of public authorities and manage communal assets or property of the State Treasury. The right to obtain information shall ensure access to documents and entry to sittings of collective organs of public authority formed by universal elections, with the opportunity to make sound and visual recordings». The Polish Constitution establishes that the limitation of this right «may be imposed by statute solely to protect freedoms and rights of other persons and economic subjects, public order, security or important economic interests of the State. may be carried out solely for the reasons specified in the laws for the protection of the freedoms and rights of other persons and business entities, as well as for the protection of public order, security or an important economic interest of the state» [9].

Kazakhstan's law, in our opinion, does not fully contain a list of information, access to which is not subject to restriction. For example, the government's production-sharing agreements with foreign investors.

A production sharing agreement is a contract between an investor and a state that allows an investor to make large long-term and risky investments, the purpose of which is to define the terms and conditions relating to the exploration and development of resources by replacing the state's tax regime and licensing regime with contractual provisions that remain in force throughout the project period [10].

The closed nature of such agreements makes it possible to conclude investment agreements on unfavorable terms for Kazakhstan, but extremely profitable for the relevant senior officials. Unfortunately, the level of corruption in the country continues to be very high, including in the oil and gas sector and other extractive sectors of the economy, which makes it possible to export raw materials on a long-term basis and earn huge amounts of money. Despite the fact that the Kazakh Constitution proclaims state property of the underground resources and the service of property to the public good (article 6), the underground resources, as well as other state property, serve only to narrow group of people who have power and resources, but not to the people of Kazakhstan.

In this regard, all investment agreements concluded by our country during the years of independence should be made public.

In order to bring national legislation on access to public information in line with international standards, it is important to be guided by principles that ensure freedom of access and dissemination of information. Such principles were set out by Mr. Abid Hussain, the UN Special Rapporteur on Freedom of Opinion and Expression, in his report to the 2000 session of the United Nations Commission on Human Rights, and referred to by the Commission in its 2000 resolution on freedom of expression. They were also endorsed by Mr. Santiago Canton, the Organization of American States (OAS) Special Rapporteur on Freedom of Expression in his 1999 Report.

The report identifies the following principles:

- 1) Principle of maximum disclosure of information
- 2) Obligation of public authorities to publish key information
- 3) Promotion of Open government
- 4) Limited scope of exceptions, which must be clearly and narrowly defined and subject to strict criteria of "harm "and" public interest"
- 5) Processes to facilitate access. Requests for information should be processed rapidly and fairly, and an independent review of any refusals should be available.
- 6) Costs: individuals should not be deterred from making requests for information by excessive costs.
- 7) Open meetings of public bodies
- 8) Disclosure takes precedence. Laws which are inconsistent with the principle of maximum disclosure should be amended or repealed
- 9) Protection for whistleblowers Individuals who release information on wrongdoing – whistleblowers – must be protected [11].

Freedom of speech, receipt and dissemination of information presuppose the existence of independent mass media. In Kazakhstan, in 1999, a corresponding Law was adopted regulating public relations in the field of mass media, establishing state guarantees of their freedom [12]. The Law establishes the procedure for creating and registering the mass media, the rights and duties of a journalist. The list of grounds for suspension and termination of their activities is very extensive. For example, the suspension of the release of mass media or distribution of its products is allowed in case of violation of the legislation of the Republic of Kazakhstan on the organization and conduct of peaceful assemblies, rallies, marches, pickets and demonstrations. Since the Law on rallies itself is unconstitutional in nature, as we will discuss below, it turns out that for the announcement in the mass media of an unauthorized rally by the authorities, the release of the corresponding press body can be suspended.

The reason for stopping the release of mass media is propaganda of extremism or terrorism, publication of materials and dissemination of information aimed at inciting inter-ethnic and inter-confessional hostility. Given that Kazakhstan is very arbitrary tract are the concepts of "extremism", "terrorism", "ethnic" and "sectarian hatred", it allows to stop the activities of the evil power of the media. During the years of independence, many independent print media, such as the Republic and the Tribune, were closed for these reasons. In addition, since Internet resources are equal to traditional media, the Republic is actively fighting against local publications and independent bloggers. This struggle is conducted by various methods: by closing the publication, hacking channels and removing information from them, blocking the Internet, initiating administrative and criminal cases, imposing huge fines. In the Press Freedom Index in 2019, Kazakhstan ranked 158th out of 180 countries. At the same time, if you follow the dynamics of the rating, these indicators have been declining from year to year. The Criminal code contains article 174 "Inciting social, national, tribal, racial, class or religious strife" [13], on the basis of which journalists and bloggers are brought to criminal responsibility for political reasons. Most human rights defenders are in favor of decriminalizing this article.

In this regard, article 25 of the Belgian Constitution is of interest in the protection of the media and journalists, which not only proclaims freedom of the press and prohibits censorship, but also does not allow prosecution against the publisher, printer or distributor, if the author is known and resident in Belgium [14],

The press is free; censorship can never be introduced; no security can be demanded from authors, publishers or printers. When the author is known and

resident in Belgium, neither the publisher, the printer nor the distributor can be prosecuted.

Freedom of speech is inextricably linked to freedom of assemblies and meetings. Despite the constitutional consolidation of this freedom, current legislation and law enforcement practice are not on the path of freedom. Adopted in March 1995, the Law "On the procedure for organizing and holding peaceful assemblies, meetings, marches, pickets and demonstrations in the Republic of Kazakhstan" fixed the permissive procedure for holding actions. The organizers must submit an application to the local executive body 10 days before the scheduled date of the meeting and get a permit [15].

Meanwhile, in the democratic countries of the West, there is a notification procedure for public demonstrations, when the organizers only notify the local authorities of the date and place of the event, but do not need to obtain permission. The task of the police is to prevent riots, pogroms, violation of the citizens' rights. In Kazakhstan local executive bodies usually refuse to conduct such actions, and their participants are involved in administrative arrests and fines. There were especially many unauthorized protests in 2019. Thus, more than 4,000 people, including journalists, were detained for rallies held in a number of cities on June 9-13 on the day and after the presidential elections.

It should be noted that in addition to the permissive procedure, the Law provides for other rules that restrict the freedom of assembly and meetings. According to article 7, the local executive body prohibits an assembly, meeting, march, picketing or demonstration if the purpose of their conduct is to incite racial, national, social, religious intolerance, class exclusivity, violent overthrow of the constitutional system, encroachment on the territorial integrity of the Republic, as well as violation of other provisions of the Constitution, laws and other regulations of the Republic of Kazakhstan, or their conduct threatens public order and security of citizens. As already mentioned above, the political color of the interpretation of this rule allows you to prohibit any political actions that are organized by civil activists.

The same article specifies the places where mass events are not allowed: objects of railway, water and air transport, organizations that ensure the defense, security of the state and the life of the population (urban public transport, water, electricity, heat and other energy sources), and health and education institutions. This would be acceptable if all other places not covered by this list could be promoted.

However, article 10 establishes the possibility of additional regulation by local representative bodies of the order of assemblies, meetings, marches, pickets and demonstrations, taking into account local conditions.

Accordingly, maslikhats of many cities and districts have adopted local normative legal acts on this issue, which stipulate the places of mass actions. So, the decision of the Satpayev city maslikhat No. 46 of May 11, 2016 determined the places of peaceful meetings and rallies, routes for marches and demonstrations in the city of Satpayev (2 places, 2 routes) and the village of Zhezkazgan (1 place, 1 route) [16].

The decision of the XVII session of the maslikhat of Almaty dated July 29, 2005 No. 167 "Some issues of rational use of urban infrastructure" recommended to the city akimat to use:

- 1) Republic square for holding official events of national and local significance, organized by the relevant state bodies, and other events with the participation of senior officials of the state and the leadership of the city of Almaty;
- 2) the public park behind the cinema "Sary-ARKA" for non-state events of a socio-political nature;
- 3) other squares and public parks for official and cultural and entertainment events in accordance with their architectural and functional purpose [17].

Based on this, we see that protest actions can be held on the outskirts of the city, within a limited space (small square), but at the same time in the city center can be held socio-political and cultural and entertainment events organized by public authorities and other organizations, which puts the residents of the southern capital in an unequal position with these subjects. Note that Almaty is the largest metropolis in the country with a population of more than 2 million. only one place of holding rallies has been determined and no routes of demonstrations and processions have been established, in which the specified decision of the local representative body of the southern capital loses even to a similar act of the maslikhat of Satpayev - a small city in the Karaganda region with a population of about 70 thousand people.

It should be said that in connection with numerous protests held in Almaty in 2019, the city maslikhat developed a draft new decision, where it proposes to determine the second place for carrying out such actions - Gandhi Park. But it is not the very center of the city; the park also has a closed space. For a metropolis of two million people, two places of public action are too few.

In addition, the places where the action is held are restricted by regulations of a subordinate nature, which directly contradicts the Constitution, which allows the restriction of rights only by law. And there are contradictions in the Law itself between articles 7 and 10. The question is: why fix the places

where protests are not allowed at the legislative level, if the specific definition of places where they are allowed is assigned to local representative bodies?

This Law was adopted on March 17, 1995 before the current Constitution of Kazakhstan was adopted. It contradicts not only the Constitution itself, but also the International Covenant on civil and political rights, as well as other international and regional documents.

For example, the OSCE, of which Kazakhstan is a member, has adopted Guiding principles on freedom of peaceful assembly. These are 6 principles: 1) presumption in favor of holding assemblies; 2) the state's duty to protect peaceful assembly; 3) legality; 4) proportionality (restrictions); 5) good administrative practice; 6) non-discrimination. The latter principle presupposes the right to freedom of organization and participation in public meetings not only for citizens of the country, but also for non-citizens (including stateless persons, refugees, foreign citizens, asylum seekers, migrants and tourists); persons who do not have full legal capacity, including persons with mental disorders, children, as well as police and military personnel [19]. In Kazakhstan, Russia and other authoritarian states in the post-Soviet space, foreigners are not granted this right. Military personnel and law enforcement officers are deprived of this right. Participation of minors or mentally ill persons results in administrative liability for their parents and guardians. For police and military personnel, this threatens dismissal from the service and a disciplinary tribunal.

This OSCE document provides the following interpretation of article 5 of the International Covenant on civil and political rights and freedoms and article 17 of the European Convention for the protection of human rights and fundamental freedoms: "The imposition of restrictions on the freedom of peaceful assembly is also a potential violation of the right to freedom of expression and freedom of thought, conscience and religion. If there are problems related to other named rights, then the issues of substance should be considered from the point of view of the protection of the right that is most directly related to the facts (*lex specialis*), and other rights should be considered as secondary (*lex generalis*)."

In addition, the principle of proportionality means that the assessment of the proportionality of a restriction requires consideration of a number of factors, namely: the nature of the right; the importance of the purpose for which the restriction is imposed; the nature and scope of the restriction; the relationship between the restriction and the purpose it pursues; the possibility of achieving the same goal through less stringent restrictions [18].

The current Law on meetings in Kazakhstan should certainly be repealed and a new Law should be adopted that establishes a mandatory procedure for

holding protest actions, which does not allow additional restrictions through the adoption of special regulatory legal acts by local authorities. At present, the National Council of public trust (NCPT) under the President has developed a new bill, but whether it will be adopted and in what form is unknown.

Freedom of associations, proclaimed by article 23 of the Constitution, means the possibility of free creation of political parties and other public associations and participation in them. The order of their formation, rights and duties are regulated by the Laws "On political parties", "On public associations". However, current legislation creates artificial barriers to their activities.

So, for the state registration of a political party, it must have at least 40 thousand members of the party, representing the structural divisions (branches and representative offices) of the party in all regions, cities of republican significance and the capital with at least 600 members of the party in each of them. To hold a constituent Congress, an initiative of 1000 people is required. The registration of the party is carried out by the Ministry of Justice, which has all the powers to recognize the unreliability of the constituent documents and refuse to register [19].

As you can see, the procedure for creating a party in Kazakhstan is difficult. With a small population (18 million) and a low political culture of the majority of the population, it is very difficult to create a party. In addition, in the process of establishing parties, the authorities use administrative resources. That is why Kazakhstan has a small number of registered parties (9), among them there is no opposition. All opposition parties that existed in the early 2000s operated without registration or were banned (Alga, Communist party) or by splitting the opposition forces were reformatted into loyal party authorities (AK Zhol, OSDP).

For comparison, in the European Union and other Western countries, the procedure for creating parties is much simpler. So, in Portugal, the party must collect a petition for registration of at least 5 thousands signatures of persons older than 18 years without distinction of gender, nationality or color. In Sweden, this requires 1.5 thousand signatures of citizens of the country who have the right to vote. Certain numerical quotas of supporters for official registration of the party are also established by special legislation of Romania (251 people), Canada (100), Bulgaria (50), Hungary (10 people) [20, p.27].

In the Law of Germany of July 24, 1967 "On political parties" requirements for the number of parties, the order of the constituent Congress is not established at all. According to the Law, parties are associations of citizens who constantly or for a long time influence the formation of political will within

the Federation or one of the lands and wish to participate in the representation of the people in the Bundestag or one of the landtags [21]. In other words, the German law provides for the possibility of the party's action on the entire territory of the state, and on the territory of one land.

In France, there is no special Law on political parties at all; their creation and activities are regulated by the Association laws of 1901 and 1971. Parties, along with other associations, are created without anyone's permission, by filing a Declaration with the bodies of the Ministry of the Internal Affairs, and must be registered with these bodies to obtain the rights of a legal entity.

In the United Kingdom and the USA the requirements for the number of party members are symbolic: the number of its members must be at least two. Comments, as they say, are unnecessary. Moreover, it is necessary to take into account the relatively small population of Kazakhstan, including the political electorate. It is no accident that in our country there is a virtual monopoly of one party, other parties are only its appendages, and there is no opposition in the political space and in the power structures.

At present, the authorities, under the pressure of civil society, are trying to soften the legislation on parties. Thus, it is proposed to reduce the minimum threshold for the number of party members from 40 to 20 thousand people, but at the same time leaving the rules on the presence of party branches in all regions and the presence in each of them at least 600 people, as well as a 7% barrier for parties to participate in the distribution of mandates. As you can see, nothing changes dramatically,

It is necessary to radically reduce the number requirements in order to ensure that as many parties representing different strata and groups of the population as possible are represented in the Parliament and other authorities.

In this regard, the electoral legislation also needs to be substantially reformed. The right to elect and be elected to state bodies is proclaimed by the Constitution of the Republic. How this right is implemented in practice was shown by the presidential elections held on June 9, 2019, where numerous falsifications were recorded by observers.

Currently, the procedure for organizing and conducting elections is regulated by the Constitutional law of the Republic of Kazakhstan dated September 28, 1995 "On elections in the Republic of Kazakhstan" [22].

Thus, fixing inaccurate and ambiguous statements in the legislation as "the correctness of the elections" is not quite correct, because depending on the subjective understanding and the current internal political situation, it may cause different interpretations on the part of the participants in the electoral process.

Today only parties with 7% of the votes can be elected to the Mazhilis of the Parliament. Such high barrier has led to the fact that today only representatives of the parties in power are present in the lower Chamber. This automatically cuts off the opposition and independent candidates. The same procedure is now established for the election of deputies of maslikhats, which are local self-government bodies, but in fact turn into structures entirely controlled by the central administration

In order to protect the rights of "weak" political parties, increase their ability to join the Mazhilis of the Parliament and guarantee opposition activity, it is necessary to reduce the barrier threshold from 7 % to 2-3%, and to pass to maslikhats to 1-2%. This restriction is in conflict with the proportional electoral system and artificially put legislative barriers, reducing the opportunities for a competitive political process.

In relation to the Mazhilis and maslikhats, it is desirable to use a mixed electoral system, in which one part of the deputies is elected by party lists, and the other-by majoritarian districts. Elections exclusively under the proportional system limit the passive suffrage of those citizens who do not belong to political parties.

There are disputes about the preservation of quotas (9 mandates) in the Mazhilis of the Parliament for the Assembly of people of Kazakhstan, given that its lifetime Chairman is the First President. Issues of participation of representatives of national minorities should be resolved through party lists or exclusively at the level of local self-government bodies.

The procedure for forming the Senate is also subject to reformatting. Today, two deputies are elected from each region, capital and cities of republican significance by deputies of maslikhats, and 15 senators are appointed by the President. In fact, the upper Chamber is also under the full control of the presidential administration. It is advisable to switch to electing members of the Senate on the basis of direct suffrage, linking their quantitative composition, as well as representation from each region to the number of voters. (For example, 1 senator per 200 thousand voters). The increase in the number of senators from large regions can be solved by eliminating the presidential quota.

An independent place in the improvement of electoral legislation is occupied by the procedure for the formation of electoral bodies. According to the Constitutional law "On elections in the Republic of Kazakhstan", territorial and precinct election commissions are elected by the corresponding maslikhats on the proposal of political parties. At the same time, each political party has the right to submit one candidate to the relevant election commission.

However, in the absence of party proposals, election commissions are formed by higher commissions. Members of the Central Election Commission

are appointed by the President (2 members and the Chairman) and the Chambers of Parliament (2 members each).

This approach has led to the fact that today only representatives of pro-government parties are present in all election commissions, since the opposition field in Kazakhstan has been cleared.

In our opinion, if there are no proposals of political parties within the period established by the maslikhat, which should be at least 15 days before the formation of election commissions, maslikhats should be given the right to elect members of the election commission to vacant seats on the proposal of other public associations and groups of voters in the number of at least 50.

As for the Central Election Commission, it is advisable to extend the same procedure for forming it with the participation of political parties, or, if the previous procedure is maintained, to establish guaranteed appointment of one member of each Chamber and the President from the representatives of the parliamentary opposition. This will increase the guarantees of the electoral process, increase the level of public confidence in the elections, and reduce the number of abuses during election campaigns.

In order to guarantee the equality of public associations before the law, it is necessary to amend the legislation on state financing of political parties. Today, only those parties that have passed the 7% threshold, receive such assistance. For example, in France state financial assistance is provided not only to parties that have won seats in Parliament, but also to those political parties that have failed to overcome the five percent electoral barrier. The system of state financing of parties operates in Russia, Belgium, the Czech Republic, Germany, Italy, Japan, Spain, Sweden and other countries, the size of which depends on the results obtained by the parties.

Providing financial support only to parties that have passed the Mazhilis of the Parliament and received representation, prevents the penetration of new political organizations into the legislative body, violates the principle of political pluralism, which is the basis of the democratic system, prevents political parties from fulfilling their mission to form the political will of the people. The existence of the parties' unequal financial capabilities has resulted in inequality of chances in political competition.

It is necessary to give legal life to the institution of primaries, which is widely used in the electoral practice of a number of countries around the world.

The referendum, as a form of direct democracy, is the most important form of communication between the state and society, during which issues of a political, economic and other nature are resolved. The right to participate in a referendum is one of the most important constitutional rights of citizens.

For example, article 75 of the Italian Constitution provides for the appointment of a popular referendum on the request by 500 thousand voters or five Regional Councils, for the abolition, totally or partially, a law or a measure having the force of law [23].

According to the Constitutional law "On the Republican referendum", "the subject of the referendum may be the adoption of the Constitution and amendments to it, the adoption of constitutional and other laws, as well as the solution of other most important issues of state life" [24]. The vagueness of this concept provides ample opportunities for its subjective interpretation. In practice, this leads to the fact that the "most important" issues can be recognized as a variety of issues, from moral and ethical to strictly political, and the institution of a referendum is used to achieve specific political goals.

So, by broadly interpreting this provision, it is possible to violate the Constitution in a quite legal way. To exclude in the future repetition of such options for manipulating public opinion, in order to protect the electoral rights and freedoms of citizens and to ensure the supremacy of the Constitution, the list of issues that cannot be the subject of a republican referendum needs to be specified. For example, it's the issue of extending the powers of the President, Parliament and maslikhats, other elected bodies and officials. The history of independent Kazakhstan has shown that the extension of the President's powers at the republican referendum on April 29, 1995 later led to the usurpation of power.

Today the republican referendum is appointed by the President on his own initiative, on the proposal of the Parliament, the Government and citizens of Kazakhstan in the number of at least 200 thousand people, equally representing all regions, the capital and cities of republican significance. At the same time, the President's right is discretionary, i.e. he is not obliged to call a vote at the initiative of other subjects. In our view, this undermines the very idea of a referendum as an institution of democracy, since it makes it dependent on the will of the country's highest official. In Kazakhstan, almost thirty years of independence, only two referendums were held – April 29, 1995 (on the extension of the President's powers) and August 30, 1995 (on the adoption of the Constitution), both on the initiative of the President.

Participation of citizens in the manifestation of the initiative to appoint a republican referendum by a huge number of signatures that need to be collected in all regions of the country, and the complicated procedure for putting forward the initiative. To do this, thirty representatives from each region must come to the general meeting. As practice has shown, any attempts made

by active citizens in previous years to exercise their right to take the initiative on a referendum were broken down on the administrative resource of the authorities. The same thing happened in the Autumn of 2019, when, despite pressure and provocations, illegal administrative detentions of individual citizens, activists still managed to hold a meeting on the creation of an initiative group to put forward a referendum initiative, but the Central Election Commission simply refused to register the initiative group on far-fetched grounds.

Moreover, the people of Kazakhstan are excluded from taking the initiative to call a referendum on changing the Constitution, although the Constitution itself can only be adopted by popular vote.

The weak link is the lack of rules on the possibility of holding local referendums and consultative voting.

In this regard, we believe that in order to increase the role of the referendum as a form of direct democracy, the discretionary nature of the President's powers should be excluded, obliging him to appoint a referendum in the event of an initiative on the part of the Parliament, the Government and citizens. In addition, in order to strengthen the guarantees of the people's initiative, it is necessary to significantly reduce the required number of signatures of citizens in support of the referendum from 200 thousands to 50 thousands, eliminate the requirement to collect signatures in each region, or at least drastically reduce them to 1/3, introduce voters to the subjects of the initiative on a referendum related to the issues of changing or adopting a new Constitution. The institution of local and consultative referendums will also help to ensure the participation of citizens in the management of state and public affairs.

Conclusion

The study showed that, despite the formal democratic nature of the provisions of the Constitution of Kazakhstan, which enshrine the political rights of citizens, in practice there is a huge gap between the "legal" and "actual" Constitution. Although the country has become a party to many international human rights treaties and demonstrates its readiness to respect the standards of International law in its foreign policy relations, in reality it does not fulfill its international obligations and ignores the recommendations of international and regional bodies on improving human rights legislation. The power structures of the state today are completely thrown into the struggle with civil society, with their own people, the preservation and preservation of the dictatorial political regime.

Ensuring the stability of the Kazakhstan society, its prosperity and development, about which our government so likes to talk and which it takes credit for itself, is possible not through formal and spot changes in the political system, but only through real democratization, real constitutional human rights and freedoms, the establishment of a genuine pluralism of opinions, the focus of public structures serving the interests of oligarchic-political elite on the rights and freedoms of ordinary citizens. Only then it will be possible to speak about the convergence or even merging of the legal and actual constitutions.

References

1. Universal Declaration of Human Rights. Adopted by UN General Assembly resolution 217 A (III) of December 10, 1948. //undocs. org/en/A/RES/217(III)
2. International Covenant on Civil and Political Rights. Adopted by UN General Assembly resolution 2200 A XXI of December 16, 1966. //www.ohchr.org/EN/ ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx
3. Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. Adopted by the Council of Europe on November 4, 1950 //www.echr.coe.int/ Documents/Convention_ENG.pdf
4. Constitution of the Republic of Estonia of June 28, 1992 //www.president.ee/en/republic-of-estonia/the-constitution/
5. Constitution of the Portuguese Republic of 2 April 1976 (Third Revision, 1992// www.concourt.am/armenian/legal_resources/world_constitutions/constit/portugal/portug-r.htm
6. Constitution of the Republic of Kazakhstan. Adopted on August 30, 1995 at the Republican referendum. With changes and additions made by Law of October 7, 1998, from may 21, 2007, from 2 February 2011, from March 10, 2017, March 23, 2019 //Legal information system of Regulatory Legal Acts of the Republic of Kazakhstan – adilet.zan.kz
7. Right to information: knowledge is power //www.transparency.org/news/feature/Right_to_information_knowledge_is_power

8. Zakon RK ot 16 noyabrya 2015 g. «O dostupe k informacii» //Vedomosti Parlamenta RK. – 2015. - № 22-I. – St.138
9. Constitution of the Polish Republic of April 2, 1997 //www.constituteproject.org/constitution/Poland_2009.pdf
10. Mezhdunarodno-pravovoj rezhim soglashenij o razdele produkcii //studme.org/68431/pravo/mezhdunarodno-pravovoy_rezhim_soglasheniy_razdele_produktsii
11. The Public's Right to Know. Principles on Freedom of Information Legislation. ARTICLE 19, London, June 1999. 11 p/
12. Zakon RK ot 23 iyulya 1999 g. «O sredstvah massovoj informacii» // Vedomosti Parlamenta RK. – 1999. - № 21. – St.771
13. Ugolovnyj kodeks RK ot 3 iyulya 2014 . //Vedomosti Parlamenta RK. – 2014. - № 13-II. – St.83
14. Constitution of Belgium of February 7, 1831 (revision of 24 October 2017) // July 2018, Belgian House of Representatives- //www.dekamer.be/kvvcr/pdf_sections/publications/constitution/GrondwetUK.pdf
15. Zakon ot 17 marta 1995 g. «O poryadke organizacii i provedeniya mirnyh sobranij, mitingov, shestvij, piketov i demonstracij v Respublike Kazahstan» //Vedomosti Verhovnogo Soveta RK. – 1995. - № 1-2. – St.19
16. Reshenie Satpaevskogo gorodskogo maslihata ot 11 maya 2016 g. № 46 «O dopolnitel'nom reglamentirovanii poryadka provedeniya mirnyh sobranij, mitingov, shestvij, piketov i demonstracij» //Informacionno-pravovaya sistema normativnyh pravovyh aktov RK «Adilet» - adilet.zan.kz
17. Reshenie XVII sessii maslihata g. Almaty ot 29 iyulya 2005 g. № 167 «Nekotorye voprosy racional'nogo ispol'zovaniya ob"ektov gorodskoj infrastruktury» //online.zakon.kz
18. Rukovodyashchie principy po svobode mirnyh sobranij Opublikovano Byuro po demokraticeskim institutam i pravam cheloveka (BDIPCH) OBSE Al. Uyazdovski, 19 00-557 Varshava Pol'sha www.osce.org/odihr © BDIPCH OBSE 2007 g.

19. Zakon RK ot 15 iyulya 2002 g. «O politicheskikh partiyah» //Vedomosti Parlamenta RK. – 2002. - № 16. – St.153
20. Obshchij obzor mezhdunarodnyh standartov i zarubezhnogo zakonodatel'stva o politicheskikh partiyah. – Almaty, 2008. – 45 s.
21. Zakon FRG ot 24 iyulya 1967 r. «O politicheskikh partiyah» // //studfile.net/preview/6882046/page:19, 20/
22. Konstitucionnyj zakon RK ot 28 sentyabrya 1995 g. № 2464 «O vyborah v Respublike Kazahstan» //Vedomosti Verhovnogo Soveta RK. – 1995. - № 17-18. – St.114
23. Constitution of the Italian Republic of December 27, 1947 //www. concourt. am/armenian/legal_resources/world_constitutions/constit/italy/italy-e.htm
24. Konstitucionnyj zakon RK ot 2 noyabrya 1995 g. № 2592 «O respublikanskom referendumе» //Vedomosti Verhovnogo Soveta RK. – 1995. - № 22. – St.131

On political rights and freedoms of the person in the legislation of Kazakhstan and the countries of the European Union: comparative analysis

Summary

The article considers the issues of legal regulation of political rights and freedoms and the practice of their implementation in the Republic of Kazakhstan from the point of view of their compliance with international standards. A comparative analysis of national and European constitutional legislation in this area is carried out. The problems related to the implementation of the constitutional rights of citizens to freedom of speech, to receive and disseminate information, to freedom of peaceful assembly, meetings, marches, pickets and demonstrations, to freedom of association, including establishing and participation in political parties, to participate in elections and the republican referendum, are described in detail. A critical analysis of legal norms and law enforcement practice allowed the author to formulate a number of proposals and recommendations for improving the legislation of Kazakhstan.

Keywords: assembly, Constitution, elections, freedoms, information, law, Mazhilis, maslihat. meeting, Parliament, political parties, human rights, referendum.

ISBN 978-83-65507-50-1



9 788365 507501