
DO REFLEKSJI

DOI: 10.5604/01.3001.0013.5702

KAROLINA ROŻNIATOWSKA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3282-4736>

HUBERT KASZYŃSKI

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5714-6842>

OLGA MACIEJEWSKA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9371-3197>

KSZTAŁCENIE DO PRACY SOCJALNEJ W ŚWIELE EWALUACJI *SPACERU* AKSJOLOGICZNEGO W *KOBIERZYŃNIE*

ABSTRAKT

Autorzy artykułu odnosząc się aprobatywnie do filozofii personalistycznej jako teoretycznego zaplecza pracy edukacyjnej, której praktyka bazuje na współdziałaniu kadry akademickiej oraz studentów, dążeniu do partnerstwa, otwartego dialogu oraz doświadczania osobowej podmiotowości wskazują, że w kształceniu pracowników socjalnych szczególnie znaczenie ma poszukiwanie takich metod pracy, które umożliwiają doświadczanie wartości definiujących fundamenty profesjonalnego działania. Niemniej istotnym zagadnieniem jest poszukiwanie treści kształcenia, które odnoszą się nie tylko do współczesnych kwestii społecznych, ale również do ich historycznych uwarunkowań i korelatów. Kontekstem dla artykułu jest refleksja nad historią dwudziestowiecznej eugeniki, ze szczególnym uwzględnieniem przeprowadzonej przez nazistowskie Niemcy zagłady blisko ćwierć miliona osób chorujących psychicznie i niepełnosprawnych. W program kształcenia pracowników socjalnych w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie włączona została przestrzeń Szpitala Klinicznego w krakowskim Kobierzynie, gdzie we współpracy z Instytutem Terapii i Edukacji Społecznej – Stowarzyszenie realizowany jest projekt edukacyjny pod nazwą *Spacer Aksjologiczny w Kobierzynie*. Artykuł oparty jest na refleksji nad edukacją aksjologiczną w świetle ewaluacji wspomnianego projektu.

Słowa kluczowe: edukacja aksjologiczna, praca socjalna, wartości, edukacja

W kształceniu pracowników socjalnych szczególne znaczenie ma poszukiwanie takich metod pracy, które umożliwiają doświadczanie wartości definiujących fundamenty profesjonalnego działania. Autorzy opracowania odnoszą się z aprobatą do filozofii personalistycznej jako teoretycznego zaplecza pracy edukacyjnej, której praktyka bazuje na współdziałaniu kadry akademickiej oraz studentów, dążeniu do partnerstwa, otwartego dialogu oraz doświadczania osobowej podmiotowości. Niemniej istotnym zagadnieniem jest poszukiwanie treści kształcenia, które odnoszą się nie tylko do współczesnych kwestii społecznych, lecz także do ich historycznych uwarunkowań i korelatów. Kontekstem dla artykułu jest refleksja nad historią dwudziestowiecznej eugeniki, ze szczególnym uwzględnieniem przeprowadzonej przez nazistowskie Niemcy zagłady prawie ćwierć miliona osób chorujących psychicznie i niepełnosprawnych¹⁾. Trudno bowiem bez studiowania czasów, w których „wykoleiła się historia”, w pełni zrozumieć społeczną odpowiedzialność wobec ludzi szczególnie podanych na zranienie i narażonych na społeczne nieuznanie i krzywdę.

EDUKACJA AKSJOLOGICZNA W PRACY SOCJALNEJ

Edukacja jako wychowywanie i kształcenie wskazuje na kierowanie człowieka do świadomego i samodzielnego zadomowienia się w panującej kulturze oraz odpowiedzialnego jej wzbogacania. Aksjologia zaś, jako nauka o wartościach, przywołuje dobra, cele działania i postawy, które są podstawą nadania osobowego sensu życia – i jednocześnie służą utrzymaniu koherencji społecznej. Z połączenia tych dwóch płaszczyzn wyłania się edukacja aksjologiczna. Można zdefiniować ją jako prowadzenie innych w kierunku, który jest wyznaczany przez wartości. Generalnym jej celem

¹⁾ „Naukowo ugruntowana eugeniczna praktyka odwoływała się do czystości rasy ludzkiej, ochrony dobrze urodzonych oraz identyfikacji niegodnych tego, aby żyć. Jej ofiarami były osoby, których indywidualna charakterystyka, ujawnione predyspozycje, potencjalna ścieżka rozwoju psychicznego i społecznego pozostawały w sprzeczności z przyjętymi przez elity społeczne definicjami dobrego społeczeństwa i obywatela”. (Kaszyński, 2013a, s. 185). Więcej na temat eugeniki m.in. w: Gawin, 2003; Habermas, 2003; Kaszyński, 2018 s. 287–297.

jest przygotowanie człowieka do samodzielnego bycia w świecie wartości, czyli osiągnięcie przez niego swoistych kompetencji i dojrzałości aksjologicznej. Natomiast założenia jej realizacji obejmują nieustanne kształcenie w człowieku rozumienia wartości, hierarchizowania ich oraz realizowania i wyznawania na co dzień. Sprawności, jakie nabywa pracownik socjalny w wyniku tej szczególnej edukacji, daleko wykraczają poza samo poznanie wartości. Obejmują one również zdolność do autorefleksji oraz umiejętność pracy z własnymi emocjami i reakcjami – co ma podstawowe znaczenie w przyszłej pracy z drugim i jego doświadczaniem świata wartości (Duchliński, Hołub, 2011; Podgórski, 2008; Olbrycht, 2012; Maciejewska, 2017).

SPACER EDUKACYJNY W KOBIERZYNIE

Jednym z miejsc pamięci o niemieckiej zbrodni eugenicznej (Götz, 2015) jest szpital w krakowskim Kobierzynie, który w chwili jej popełnienia nosił nazwę Zakładu dla Nerwowo i Umysłowo Chorych (Kiełkowski, 1981). Ta karta nadal skrywanej historii jest źródłem refleksji nie tylko nad aksjologicznymi fundamentami pracy socjalnej oraz początkami nowoczesnego leczenia psychiatrycznego w Polsce, związanymi z ideą uzdrawiającego miasta-ogrodu, lecz także z aktualnymi problemami ochrony zdrowia psychicznego. Przestrzeń szpitala związana z historią zagłady pacjentów została włączona w program kształcenia pracowników socjalnych w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Ważniejszym tego przejawem było przygotowanie projektu edukacyjnego realizowanego we współpracy z Instytutem Terapii i Edukacji Społecznej – Stowarzyszenie pod nazwą *Spacer Aksjologiczny w Kobierzynie*. To zdecydowanie unikato- we przedsięwzięcie zaangażowało prawie sto osób – nie tylko studentów krakowskich uczelni oraz grono zainteresowanych tematyką mieszkańców miasta i przyjezdnych, lecz także młodzież licealną. Dla wielu z nich była to pierwsza sposobność wizyty na terenie szpitala specjalistycznego, jak również możliwość swobodnej rozmowy o życiowych trudnościach osób chorujących psychicznie. Spacer przybrał postać historyczno-aksjologicznej wędrówki „nieupamiętnianymi miejscami pamięci” o zagładzie pacjentów

szpitala, która dokonała się 23 czerwca 1942 roku²⁾. Poza wymiarem historycznym, ścieżka posiada także silny wymiar aksjologiczny ze względu na nieodłączne powiązanie jej przebiegu z refleksją nad wartościami, takimi jak życie–śmierć, zdrowie – choroba czy miłość – nienawiść. Opowieść o nich staje się pretekstem do dyskusji uczestników *Spaceru* nad znaczeniem, indywidualnym pojmowaniem i doświadczaniem aksjologii w życiu człowieka. Przewodnikami kobierzyńskiej trasy pamięci o ofiarach niemieckiej zbrodni eugenicznej są studenci socjologii i pracy socjalnej, którzy włączyli się w proces transgeneracyjnego przekazywania nie tyle wiedzy, ile uczuciowego stanu wywołanego poznawaniem okupacyjnej historii pacjentów szpitala.

Spacer rozpoczyna się w zabytkowym gmachu teatru, gdzie wieczorem w dniu zagłady, po wyprowadzeniu pacjentów z poszczególnych oddziałów, zostali zgromadzeni i zamknięci pracownicy szpitala. Zebranych kategorycznie zabroniono świadczyć o wydarzeniach, które zaszły na ich oczach lub o których jedynie słyszeli. Teatr – miejsce spotkań i zabaw tak personelu, jak i pacjentów, został wpisany w nurt eugenicznej kultury odgraniczania i eksterminacji. Drugim punktem związanym z tragiczną historią kobierzyńskich pensjonariuszy jest miejsce ładunkowo-wyładowcze³⁾ nieistniejącej już dzisiaj bocznicy kolejowej Swoszowice – Szpital Kobierzyński. Z tego miejsca wagonami bydlęcymi wywieziono pacjentów do obozu koncentracyjnego Auschwitz, gdzie zostali zagazowani w bunkrze numer 1. Istotne miejsce w opowieści zajmuje również budynek oddziału kobiecego Vb, w którym życie zdołała ocalić jedyna pacjentka, jaka przeżyła likwidację szpitala. Historia Walerii „Marysi” Białońskiej skłania do chwili refleksji nad losem nie zbiorowości mających pozostać bezimiennymi pacjentami, ale pojedynczego człowieka z jego twarzą i indywidualną historią. Ważnym miejscem na kobierzyńskiej mapie pamięci jest pomnik ofiar zagłady – pacjentów polskich i żydowskich, na którym widnieje napis „Pamięci pacjentek i pacjentów, którzy zostali zamordowani przez Niem-

²⁾ Pierwszą publikację naukową o zbrodni na pacjentach przygotował Roman Kielkowski: Kielkowski, 1949.

³⁾ Sformułowanie zaczerpnięte z pracy Kielkowskiego (1949) jest do dzisiaj żywe, oddając symbolikę przeszłych zdarzeń.

ców 23/24 czerwca 1942 i mieli zostać bezimienni”. Wypisane są na nim imiona i nazwiska pacjentów wywiezionych do Auschwitz. W bezpośrednim sąsiedztwie pomnika usytuowany jest secesyjny kościół rektoralny p.w. Matki Boskiej Częstochowskiej. W kościele – wybudowanym w 1916 r., który był pierwszym oddanym obiektem kobierzyńskiego szpitala – okupacyjni administratorzy urządzili magazyn żywnościowy, odbierając w ten sposób chorym prawo do uczestnictwa w sferze *sacrum*. Tuż przy wejściu do kaplicy znajduje się kamienna tablica będąca wspomnieniem telegramu skierowanego przez papieża Jana Pawła II w 2002 r. w 60. rocznicę wymordowania pacjentów. Pisał w nim (co zostało uwiecznione na wspomnianej tablicy): „nie mogę nie wspomnieć tej daty tak znaczącej dla wszystkich, którzy stają w obronie wartości życia. Tamten bowiem mord, którego ofiarą padło ponad 560 pacjentów, jest niejako symbolem dramatu, jaki dokonuje się wszędzie tam, gdzie dochodzi do głosu pogarda dla życia tylko dlatego, że jest ono obarczone słabością i cierpieniem”. Spacer kończy się na dawnym przyszpitalnym cmentarzu Maki Czerwone przy miejscu pochówku pacjentów, którzy zostali zabici, ponieważ byli zbyt słabi i chorzy, by ich zakwalifikować do transportu do KL Auschwitz oraz skawińskich Żydów wykorzystanych przez nazistów do przygotowania masowej mogiły.

BADANIE EWALUACYJNE

Ważnym aspektem grupowej pracy nad emocjonalnym doświadczaniem historii zagłady pensjonariuszy kobierzyńskiego szpitala była próba odpowiedzi na pytanie, czy ta szczególna forma edukacji wpływa na modyfikację deklarowanego dystansu wobec osób chorujących psychicznie – jednej z najbardziej stygmatyzowanych grup społecznych (Świtaj, 2005, s. 140). Czy osoby uczestniczące w spacerze – po jego odbyciu – będą gotowe do potencjalnego zbliżenia się do osób chorujących psychicznie? Prowadzona ewaluacja pozwala na optymistyczną odpowiedź „tak”. Historyczno-aksjologiczny spacer prowadzony przez studentów dla swoich rówieśników zmniejsza dystans do tych, którzy doświadczyli głębokiego kryzysu „ja”, a co najważniejsze redukuje przeświadczenie o wstydlivym charakterze chorób psychicznych i o domniemanej szczególnej agresji manifestowanej

przez chorych. Tym samym ulegają osłabieniu dwa emocjonalne filary, na których opiera się mechanizm piętnowania osób o znacznych trudnościach emocjonalnych – poczucie wstydu i lęku.

Metodologia badania⁴⁾

Punktem skupienia zrealizowanych badań ewaluacyjnych było sprawdzenie, czy edukacja aksjologiczna w postaci *Spaceru Aksjologicznego w Kobierzynie* ma wpływ na opinie badanych na temat osób chorujących psychicznie. Poszukiwano odpowiedzi na dwa pytania:

1. Czy (a jeśli tak – w jakim stopniu) edukacja aksjologiczna wpłynie na zmiany opinii respondentów o osobach chorujących psychicznie?
2. Jaki wpływ na opinie będą miały cechy charakteryzujące badanych, takie jak płeć, charakter wykształcenia, wcześniejszy kontakt z osobą chorującą i sposób zgłoszenia się do udziału w badaniu?

W próbie badawczej znalazło się 70 osób (53 kobiety, 16 mężczyzn)⁵⁾ w wieku od 18 do 50 lat (wartość mediany wynosiła 23 lata), reprezentujących ogólną kategorię nauk humanistycznych (34 osoby) lub ścisłych (33 osoby), które uczestniczyły w spacerze w ramach zajęć z liceum, kursów dla studentów lub za sprawą informacji udostępnionej w internetowych mediach społecznościowych. Grupę badaną zebrano podczas ośmiu spacerów przeprowadzonych w okresie od marca do lipca 2017 roku. Głównym narzędziem pomiaru opinii na temat osób chorujących psychicznie była ankieta, składająca się z dwóch podobnych do siebie części, przeprowadzana przed i po spacerze. Kwestionariusz ankiety zawierał skale mierzące dystans⁶⁾ do osób chorujących psychicznie. Podane były stwierdzenia odnoszące się do obecności takich osób w różnych wymiarach życia społecznego,

⁴⁾ Badania zostały zrealizowane przez Karolinę Roźniatowską na potrzeby rozprawy licencjackiej pt. *Edukacja aksjologiczna na przykładzie zbrodni eugenicznej na chorujących psychicznie* w ramach seminarium prowadzonego przez dr hab. Huberta Kaszyńskiego, prof. UJ.

⁵⁾ W przypadku jednej osoby uczestniczącej w badaniach – brak danych dotyczących płci w metryczce.

⁶⁾ W artykule jako ekwiwalent pojęcia pojawiać się będzie „uprzedzenie”.

a zadaniem respondenta było określenie, na ile zgadza się na tę obecność w każdym z wymienionych obszarów. Kafeteria odpowiedzi miała wzór siedmiostopniowej skali – od „zdecydowanie się nie zgadzam” (1) do „zdecydowanie się zgadzam” (7).

Pierwsza część ankiety, uznana za pre-test, mierzyła trzy aspekty nastawienia do osób chorujących psychicznie – nazwane jako dystanse: 1) przestrzenny, 2) społeczny i 3) emocjonalny. Pierwszy z nich dotyczył dzielenia z napiętnowaną grupą wspólnej przestrzeni społecznej, w różnym stopniu bliskości. Widniały tam pytania o zgodę na to, czy osoby chorujące psychicznie mogą mieszkać w kraju, miejscowości i dzielnicy respondenta. Drugi typ dystansu odnosił się do ról społecznych ewentualnie pełnionych przez chorujących. Skala mierzyła zgodę na to, by takie osoby były sąsiadami, znajomymi ze studiów, współpracownikami, nauczycielami i opiekunami dziecka respondenta oraz współmałżonkami tego dziecka. Trzeci typ dystansu wyrażał się w intuicyjnych przekonaniach odnośnie emocjonalnej otoczki wokół mitu choroby psychicznej. Składały się na niego pytania o to, czy według badanych osoby chorujące są agresywne oraz czy takiej choroby należy się wstydzić. Ta część ankiety zawierała także pytanie o to, czy uczestnicy mieli kiedykolwiek okazję poznać osobę chorującą psychicznie i – jeżeli tak – jakie uogólnione emocje towarzyszyły im w kontaktach z taką osobą/osobami.

Druga część kwestionariusza (post-test) rozpoczynała się otwartym pytaniem o zmiany, jakie w ogólnym odczuciu badanych wprowadził w nich spacer. Następnie powtórzone były pytania o dystans przestrzenny, społeczny i emocjonalny wobec osób chorujących. Na końcu znalazły się pytania metryczkowe o płeć, rok urodzenia, kierunek studiów (humanistyczny/ społeczny – ścisły/techniczny/przyrodniczy – inny) oraz sposób, w jaki trafiło się na *Spacer Aksjologiczny w Kobierzynie* (dobrowolne zgłoszenie – poproszenie przez organizatorów – inny).

W projekcie wykorzystano także jakościowe metody wspierające⁷⁾: 1) niejawną obserwację uczestniczącą, która umożliwiła uchwycenie reakcji

⁷⁾ W prezentowanym artykule położono nacisk na wyniki badań ilościowych, które ujmują badane zjawiska w sposób wystandaryzowany. Szersze odwołanie do metod jako-

uczestników badań na docierające do nich informacje; 2) regularnie sporządzane notatki terenowe, służące monitorowaniu dat i liczby uczestników oraz utrwalaniu specyficznych wydarzeń; 3) swobodne rozmowy z uczestnikami spacerów, prowadzone podczas przechodzenia między punktami trasy lub po zakończeniu, włącznie z pytaniami zadawanymi przez respondentów i odpowiedziami prowadzących.

Do analiz statystycznych zastosowano nieparametryczny test znakowanych rang Wilcoxon, pozwalający na porównanie dwóch grup zależnych, czyli średnich wyników respondentów przed i po *Spacerze Aksjologicznym*.

WYNIKI

Uzyskane dane, doprowadzone do jednolitej postaci, pozwoliły na obliczenie dla uczestników badania średnich w trzech wymiarach: dystansu przestrzennego, dystansu społecznego i dystansu emocjonalnego. Siedem oznacza brak jakiegokolwiek dystansu wobec osób chorujących psychicznie, a 1 – największy możliwy w badaniu dystans.

Przed przeprowadzeniem *Spaceru Aksjologicznego w Kobierzynie* całkowity dystans do osób chorujących psychicznie dla całej grupy respondentów wyniósł 5. Można powiedzieć zatem, że reprezentowali oni niski poziom uprzedzeń wobec wskazanej grupy. Po przeprowadzeniu spaceru ich dystans zmniejszył się o 0,19 i wyniósł 5,19. Zmiana dokonana za przyczyną edukacji aksjologicznej jest faktem⁸⁾. Zgodnie z wykonanym pomiarem można powiedzieć, że projekt edukacyjny wpływa na opinie respondentów o osobach chorujących psychicznie.

ściowych wykorzystywanych w projekcie i wyników otrzymanych za ich pomocą znajduje się w przywoływanej wcześniej pracy licencjackiej K. Roźniatowskiej. Należy jedynie podkreślić, że wykorzystanie jakościowych metod badań było możliwe dzięki realizacji projektu przez grupę badawczą, której członkowie – uczestnicząc w *Spacerach* – każdorazowo wspomagali przewodnika, prowadząc obserwację i sporządzając notatki.

⁸⁾ Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych wykazał istotność statystyczną porównania średnich wyników przed i po *Spacerze...*; dlatego też można odrzucić hipotezę zerową o braku różnic między średnimi w populacji.

Ważnym aspektem analizy jest podział na trzy typy dystansu. Pierwszy z nich, przestrzenny, okazał się najmniej problematyczny. Oznacza to, że jego wskaźnik był najwyższy przed i po spacerze (5,76–5,92), więc badani żywili najmniejsze uprzedzenia do dzielenia przestrzeni z osobami chorującymi psychicznie. Dystans społeczny był wśród respondentów największy, co sugeruje duży opór przed pełnieniem przez chorujących pewnych ról społecznych. W tym aspekcie wykonana została jednak największa praca poznawcza, która zaowocowała znaczną zmianą deklarowanych opinii. Ten rodzaj dystansu przed interwencją aksjologiczną wynosił 3,88, a po niej zmniejszył się o 0,22 i osiągnął poziom 4,1. Dystans emocjonalny, związany ze stereotypem agresji u osób chorujących i wstydliwym charakterem chorób natury psychicznej, również uległ redukcji (5,37–5,55), jednakże nie była ona zmianą na poziomie istotności statycznej (patrz tabela 1).

TABELA 1. Wskaźniki dystansu w podziale na typy dystansu

Typ dystansu	Wskaźnik przed spacerem	Wskaźnik po spacerze
Ogólny	5,00	5,19**
Przestrzenny	5,76	5,92**
Społeczny	3,88	4,10**
Emocjonalny	5,37	5,55

** wynik istotny statystycznie porównania średnich

Źródło: badania własne.

Patrząc z jednostkowej perspektywy każdego uczestnika projektu, ogólny dystans do chorujących spadł u 39 osób, wzrósł u 22, a u 9 pozostał bez zmian. Kwestia dzielenia przestrzeni z chorującymi wyrażona w dystansie przestrzennym po interwencji aksjologicznej w większości przypadków pozostawała bez zmian (37 osób) lub poprawiała się nieznacznie (24 osoby), co oznacza, że badani byli w tym aspekcie najmniej uprzedzeni. Jak zaznaczono wcześniej, dystans społeczny (skupiony wokół pełnienia pewnych ról społecznych przez osoby chorujące) był typem dystansu, nad którym uczestnicy wykonali największą pracę w zakresie swoich opinii. Początkowy duży wskaźnik (największy spośród omawianych rodzajów) zmniejszył się u 36

badanych, wzrósł u 18 i u 16 pozostał niezmienny. Zmiana aspektu afektywnego i wartościującego, w postaci dystansu emocjonalnego, w przypadku 24 uczestników była pozytywna, dla 18 negatywna, a u 28 nie wystąpiła.

Pogrupowanie respondentów według trzech niezależnych czynników społeczno-demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie) – mogących wpływać na zmianę ich opinii w wyniku interwencji aksjologicznej – pozwoliło wyróżnić pewne prawidłowości.

Kobiety były średnio dużo mniej uprzedzone względem osób chorujących psychicznie. Ich początkowy dystans wyniósł 5,19 i w wyniku spaceru zmniejszył się, osiągając poziom 5,38. Mężczyźni rozpoczynali badanie z dystansem wynoszącym 4,47, a pomiar po interwencji wykazał poziom 4,56 – został więc niewiele zredukowany. Dla obu płci najtrudniejsza była redukcja dystansu społecznego (okazał się największy), czyli zgoda na pełnienie przez osoby chorujące pewnych ról społecznych. Kobiety poradziły sobie z tym zadaniem i zredukowały ten typ dystansu o 0,26. U mężczyzn nastąpiło pogłębienie uprzedzeń w tym aspekcie o 0,2 i, choć zmiana jest niewielka, wskazuje na większe zamknięcie poznawcze mężczyzn, którzy nie wykorzystali potencjału nowych doświadczeń do niwelacji uprzedzeń, ale jeszcze bardziej je pogłębili.

Wiek uczestników badania w ostateczności nie był czynnikiem wpływającym na zmianę opinii.

Ze zmianą dystansu związany jest charakter wykształcenia uczestników projektu. Dystans osób, które obrały (albo już ukończyły) studia na kierunkach humanistycznych lub społecznych był znacznie mniejszy (5,44) niż badanych z wykształceniem ścisłym (technicznym lub przyrodniczym – 4,62). Osoby z pierwszej grupy nie tylko były mniej uprzedzone, ale i bardziej zredukowały swój dystans, który po interwencji wyniósł 5,67 dla humanistów i 4,74 dla reprezentujących nauki ścisłe.

Poza zmiennymi społeczno-demograficznymi w badaniu wyodrębniono – opierając się na doświadczeniu własnym autorów (Kaszyński, 2013a) – również dwa czynniki, które mogły różnicować osiągnięte wyniki. Pierwszy z nich to wcześniejszy kontakt z osobą chorującą oraz jego jakość, natomiast drugi związany był z charakterem udziału w *Spacerze...* (fakultatywny vs obligatoryjny). Patrz tabela 2, s. 85.

TABELA 2. Kontakt z chorującymi oraz charakter udziału w *Spacerze...*

Kontakt			
Osoby nie mające wcześniej kontaktu z chorującymi	17	24%	100%
Osoby mające wcześniej kontakt z chorującymi	53	76%	
Osoby pozytywnie oceniające swój kontakt z chorującymi	24	45%	100%
Osoby ambiwalentnie oceniające swój kontakt z chorującymi	17	32%	
Osoby negatywnie oceniające swój kontakt z chorującymi	12	23%	
Charakter udziału w <i>Spacerze...</i>			
Fakultatywny	33	49%	100%
Obligatoryjny	34	51%	

Źródło: badania własne.

Ogólny dystans do osób chorujących psychicznie po *Spacerze...* zmniejszył się na poziomie istotnym statystycznie wyłącznie w grupie osób, które nie miały wcześniej kontaktu z osobami chorującymi psychicznie (spadek o 0,46 i końcowy wynik 4,67). Osoby, które wcześniej znały kogoś chorującego, przystąpiły do badania dużo mniej uprzedzone w porównaniu do osób bez podobnych doświadczeń (5,26 do 4,21). Można więc wnioskować, że pojęcie o obrazie dolegliwości psychicznych niweluje patrzenie przez pryzmat stereotypów, tym samym zmniejszając uprzedzenia. Pojęcie o specyfice chorób natury psychicznej lub obserwacja ich przejawów w najbliższym otoczeniu wpływały na początkowy dystans uczestników spaceru i wielkość zmian, jakie zachodziły w ich opiniach. Redukcja dystansu ogólnego u takich osób była jednak niewielka (0,1), a wskaźnik po spacerze wyniósł 5,36 (patrz tabela 3, s. 86).

Warto przyrzeć się bliżej grupie osób, które miały wcześniej kontakt z chorującymi. Ich doświadczenia w tym zakresie podzielone zostały na negatywne, ambiwalentne i pozytywne. Osoby oceniające ten kontakt negatywnie lub ambiwalentnie były najbardziej uprzedzone względem chorujących i tylko w niewielkim stopniu zredukowały ten dystans (kolejno 4,19–4,29 i 5,43–5,47). Osoby pozytywnie oceniające swoje doświadczenia

TABELA 3. Wskaźniki dystansu wg wcześniejszego kontaktu z osobami chorującymi

Kategoria respondentów	Wskaźnik ogólnego dystansu przed <i>Spacerem...</i> *	Wskaźnik ogólnego dystansu po <i>Spacerze...</i>
Osoby nie mające wcześniej kontaktu z chorującymi	4,21	4,67**
Osoby mające wcześniej kontakt z chorującymi	5,26	5,36

** wynik istotny statystycznie porównania średnich

Źródło: badania własne.

z chorującymi cechował mniejszy poziom ogólnego dystansu i większa jego redukcja w wyniku spaceru (5,67–5,82). Właśnie u nich odnotowano największy spadek dystansu. Należy podkreślić, że zaobserwowane zmiany nie są istotne statystycznie (patrz tabela 4).

TABELA 4. Wskaźniki dystansu według jakości wcześniejszego kontaktu z osobami chorującymi

Osoby mające wcześniej kontakt z chorującymi	5,26	5,36
Osoby pozytywnie oceniające swój kontakt z chorującymi	5,67	5,82
Osoby ambiwalentnie oceniające swój kontakt z chorującymi	5,43	5,47
Osoby negatywnie oceniające swój kontakt z chorującymi	4,19	4,29

Źródło: badania własne.

Ostatnim czynnikiem mającym znaczenie dla uprzedzeń i poziomu ich zmian jest charakter udziału w projekcie. Tu także zaznacza się dychotomia w postaci podziału na osoby, które wzięły udział w badaniu dobrowolnie (przybyły z ogłoszenia, które ich zaciekało) oraz pod pewnym przymusem (w ramach zajęć na studiach, lekcji w liceum lub na szczególną prośbę organizatorów). Pierwsza grupa respondentów podeszła do projektu z niskim (w porównaniu do całości) poziomem ogólnego dystansu i cechowała się dużą jego zmianą na lepsze w trakcie badania (5,4–5,63). Osoby z drugiej grupy były zdecydowanie bardziej uprzedzone i redukcja dystansu w ich przypadku była znacznie mniejsza (4,64–4,77). Patrz tabela 5, s. 87.

Tabela 5. Wskaźniki dystansu według charakteru udziału w Spacerze...

Kategoria respondentów	Wskaźnik ogólnego dystansu przed Spacerem...*	Wskaźnik ogólnego dystansu po Spacerem...
Fakultatywny	5,40	5,63**
Obligatoryjny	4,64	4,77

** wynik istotny statystycznie porównania średnich

Źródło: badania własne.

Potencjał zmiany na lepsze kryje się w osobach, które nie miały styczności z poruszonymi kwestiami – nawet jeśli wykazują dystans, istnieje duża szansa na jego znaczną redukcję. Największym wyzwaniem okazuje się praca z osobami, których opinie bazują na przeszłych negatywnych lub ambiwalentnych doświadczeniach w tym obszarze. Zmiana ich opinii nie jest niemożliwa, ale zachodzi powoli i wymaga silnych bodźców, redukujących dysonans poznawczy i jednocześnie przekonujących do nowego sposobu patrzenia.

WNIOSKI

1. Wskaźniki ogólnego dystansu badanych do osób chorujących psychicznie oraz wyniki dla poszczególnych typów uprzedzeń wykazują pozytywną zmianę opinii. Wprawdzie redukcja dystansu jest niewielka, jednak nawet tak małe „poruszenie” parametrów jest zadowalające. Edukacja w formie *Spaceru...* jest punktem wyjścia do dalszej pracy, ponieważ narusza schematy poznawcze, a tym samym otwiera potencjalną przestrzeń dla dalszych zmian.
2. Indywidualne wyniki uczestników projektu obrazują, że zmiany dokonane w ich deklaracjach nie zawsze są zmianami na lepsze. Taki zdaje się być charakter edukacji – nie dla każdego przynosi ona tak samo dobre skutki, zwłaszcza gdy jej przedmiotem są drażliwe lub trudne tematy. Zwiększenie dystansu do problemu, pojawiające się u niektórych badanych, wskazuje na zamknięcie poznawcze wobec

nowych treści, czego efektem jest powielanie negatywnych opinii i trwanie w przyjętej wcześniej postawie. Warto zastanowić się, czy taki poziom zmian na gorsze nie jest koniecznym efektem prawie dwukrotnie większych przemian pozytywnych.

3. Cechy społeczno-demograficzne (płeć, wykształcenie) wpływają na percepcję edukacji aksjologicznej. Większa otwartość na zmianę widoczna jest u kobiet i osób ukierunkowanych na nauki humanistyczne i społeczne. Wiek nie okazał się zmienną istotną.
4. *Spacer...* spowodował zmniejszenie dystansu do osób chorujących psychicznie przede wszystkim wśród badanych, którzy nie mieli wcześniej styczności z chorymi. Z dużym prawdopodobieństwem fakt ten „zaowocował” u nich zmniejszeniem bezrefleksyjnego i stereotypowego postrzegania chorujących, które rodzi uprzedzenia. Ci badani redukowali swój dystans częściej niż osoby mające omawiany kontakt – u tych drugich znacznie więcej było przypadków jeszcze większego pogłębienia się uprzedzeń.
5. Respondenci, którzy doświadczyli wcześniejszego negatywnego kontaktu z chorującymi, częściej pogłębiali, niż zmniejszali deklarowany dystans wobec nich. Wśród osób o ambiwalentnym rodzaju kontaktu, liczba przypadków wzrostu i spadku ogólnego dystansu była taka sama. Czynniki wcześniejszych doświadczeń z chorującymi pokazują, że praca z negatywnymi opiniami i uprzedzeniami najtrudniejsza jest w przypadku tych, którzy swój dystans budują na swoich złych doświadczeniach z problemem w przeszłości. Nawet mocne bodźce emocjonalne i odwołania do wartości nie zawsze są w stanie pokonać taką barierę. Tym bardziej znaczące stają się działania promujące zdrowie psychiczne, w których kluczową rolę pełnią osoby doświadczające kryzysu – współcześnie definiowane jako koncepcja „*service user involvement*” (Beresford, Carr, 2012).
6. Osoby, które wzięły udział w projekcie wiedzione ciekawością lub chęcią poznania historii, były w stanie otworzyć się na pozytywne działanie edukacji. Badani, którzy na teren ogrodów szpitala trafili niejako pod przymusem, mogli zjawic się tam wyposażeni w obawy i niechęć, co uniemożliwiło dokonanie zmian ich opinii na większą

skalę. Wynik ten potwierdza edukacyjną prawdę, że „otwartość rodzi otwartość”, a zamknięcie poznawcze skutkuje wewnętrznym oporem wobec zmian ugruntowanych poglądów.

Przeprowadzony projekt potwierdza skuteczność podobnych przedsięwzięć edukacyjnych. Wyniki badań wskazują na sens wprowadzania w przestrzeń aksjologii i pobudzania emocji. Każde, nawet najmniejsze, drgnięcie wskaźnika dystansu w świetle projektu można postrzegać jako sukces. Badanie dostarczyło nie tylko potwierdzenia zasadności wprowadzania edukacji aksjologicznej, ale i wskazówek na dalszą pracę z osobami o różnych uwarunkowaniach i doświadczeniach życiowych.

ZAKOŃCZENIE

Edukacja odwołująca się do wartości – ukierunkowana na kształtowanie nie tylko świadomości praw człowieka, ale również gotowości do ich obrony w czasach pogardy, które były, są i będą wpisane w doświadczenie ludzi – wydaje się być pracą syzyfową. Rozpoznanie społecznych mechanizmów rządzących nowoczesnością, o których pisał Zygmunt Bauman (1992) w *Nowoczesności i Zagładzie* nie pozostawia wątpliwości, że dominujący kontekst kulturowy opiera się na rozwiązaniach wywiedzionych z neoliberalizmu – dyktatury „wolności od”. W kształtowanie człowieka „bez właściwości” (Musil, 2002) wprzęgnięta jest biurokracja, będąca podstawą organizacyjną praktyk społecznych, porządek utrzymywany jest przez scentralizowaną władzę sprawowaną nad człowiekiem, natomiast odnośnienie do drugiego przesiąknięte jest obojętnością i chłodem, który ludzie zwykle nazywają racjonalizmem. Nieuchronnie nauczyciele pracy socjalnej stają wobec pytania o sens uczenia o wartościach w świecie ludzi, którzy pomimo doświadczeń Holocaustu nadal nie dokonali istotnej korekty kursu, który prowadzić może do nowego globalnego barbarzyństwa.

Tylko w pojedynczych polskich programach kształcenia w szkołach wyższych pojawiają się zagadnienia związane z eugeniką i nazistowską akcją eutanazyjną. Niewątpliwie należy nie tylko stawiać pytania o przyczyny takiego stanu rzeczy, lecz także poszukiwać metod promowania edukacji odnoszącej się do historii czasów zbezczeszczenia. Problem ten

nabiera szczególnego znaczenia w kontekście społecznym, w którym co czwarty człowiek był, jest lub będzie w sytuacji kryzysu psychicznego. Należy również podkreślić, że dynamikę osobowych kryzysów wyznaczają konsekwencje życia w późnej nowoczesności, która niesie ze sobą doświadczanie specyficznej traumy wynikającej z permanentnej niepewności i lęku związanych z koniecznością dostosowania się do sytuacji życiowych niejednokrotnie przekraczających jednostkowe zasoby radzenia sobie ze stresem i możliwości adaptacyjne. Człowiecza tożsamość kruszeje w konfrontacji z konsekwencjami kryzysu migracyjnego oraz aktów terroryzmu, które rozpoczynają erę nowego barbarzyństwa, czasu zwielokrotnionej durkheimowskiej anomii. Konsekwencją są i będą coraz liczniej występujące zaburzenia osobowej tożsamości. W jaki sposób należy odpowiedzieć na ten narastający społecznie problem, respektując godność osoby ludzkiej? Jakie metody edukacji pozwolą kształtować sprawność działania w zbiurokratyzowanym świecie, które nie będzie leżało w sprzeczności z humanistyczną ideą pomocy bliźniemu? Między innymi te przywołane wyzwania stanowią istotny element dyskusji nad złożonym procesem aksjologicznego kształcenia studentów pracy socjalnej – przyszłych pracowników szeroko ujmowanych działań socjalno-pomocowych. Fundamentem dla wszelkiej wiedzy i umiejętności praktycznych powinna być zdolność przyszłych pracowników socjalnych do ponoszenia odpowiedzialności wobec Innych, postawa twórcza i kreatywna, która będzie oparta na wolności i samodzielności praktycznego działania. Cechy te nie tylko sprzyjają autonomicznemu dochodzeniu do wiedzy oraz metod jej zastosowania, lecz także stanowią gwarancję zachowania godności tych, którzy są zależni od profesjonalnej pomocy.

Otwartość i dialog to słowa-klucze pracy edukacyjnej, które nadają jej najgłębszy aksjologiczny sens. Edukacja nie jest tutaj ukierunkowana na zdobywanie wiedzy, a szczególnie wiedzy technicznej. Jest natomiast próbą kształcenia w sferze wartości poprzez umożliwianie spotkań i doświadczeń aksjologicznych. Podstawą dla nich nie jest droga poznania racjonalnego, lecz akt emocjonalny. To intencjonalne uczucia są właściwym źródłem wiedzy o wartościach – dla rozumu pozostają one całkowicie zakryte. Nie należy jednak zapominać, że, jeśli celem naszej aktywności edukacyjnej, któ-

raż można określić jako „edukację umacniającą” (*empowerment education*), jest odpowiedź na pytanie jak wspierać ludzi w ich rozwoju i motywować do zmiany, to warunkiem koniecznym staje się umiejętność postrzegania i przeżywania zewnętrznego świata z subiektywnej perspektywy tych, którzy stają się parterami relacji edukacyjnej.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman, Z. (1992). *Nowoczesność i Zagłada*. Tłum. F. Jaszyński. Warszawa: Fundacja Kulturalna Masada.
- Beresford, P., Carr, S. (2012). *Social Care, Service Users and User Involvement (Research Highlights in Social Work)*. Jessica Kingsley Pub.
- Duchliński, P., Hołub, G. (2011). *Oblicza doświadczenia aksjologicznego*. Kraków: AI, WAM.
- Gawin, M. (2003). *Rasa i nowoczesność. Historia polskiego ruchu eugenicznego (1880–1952)*. Warszawa: Wydawnictwo Neriton.
- Głodowska, K.B. (2015). *Medycyna narodowego socjalizmu w programach nauczania na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu*. W: M. Musielak, K.B. Głodowska (red.), *Medycyna w cieniu nazizmu*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Götz, A. (2015). *Obciążeni. „Eutanazja” w nazistowskich Niemczech*. Tłum. V. Grotowicz. Kraków: Wydawnictwo Czarne.
- Habermas, J. (2003). *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Kaszyński, H. (2013a). *Edukacja społeczna na rzecz zdrowia psychicznego. Wskazania dla praktyki*. W: K. Frysztański, *Krakowskie studia pracy socjalnej* (s. 75–92). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kaszyński, H. (2013b). *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kaszyński, H. (2018). *Zbrodnia eugeniczna a praca socjalna*. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 23(4), 287–297.
- Kielkowski, R. (1949). *Zbrodnia niemiecka w zakładzie psychiatrycznym w Kobierzynie*. Warszawa: Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy.
- Kielkowski, R. (1981). *...Zlikwidować na miejscu!* Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kudlińska, I. (2011). *Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań nad stygmatyzacją ludzi biednych)*. *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Sociologica*, 38.
- Maciejewska, O. (2017). *Znaczenie doświadczania wartości w edukacji studentów pracy socjalnej*. W: M. Duda, I. Rybka, H. Kaszyński (red.), *Etyka pracy socjalnej w filozofii spotkania i dialogu*. Praca Socjalna w Teorii i Działaniu. Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.

- Moore, R. (2006). Socjologia edukacji. W: B. Śliwerski, *Pedagogika wobec edukacji, polityki oświatowej i badań naukowych* (t. 2). Gdańsk: GWP.
- Musil, R. (2002). *Człowiek bez właściwości*. Warszawa: Porozumienie Wydawców. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Olbrycht, K. (2012). Wychowanie do wartości – w centrum aksjologicznych dylematów współczesnej edukacji. *Pedagogia Christiana*, 1, 89–104.
- Podgórski, R. (2008). *Homo sociologicus w strukturze wartości*. Rzeszów: Wydawnictwo Oświatowe FOSZE.
- Świtaj, P. (2005). Piętno choroby psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2), 131–136.
- Wciórka, B., Wciórka, J. (2006). Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15(4), 255–267.

SOCIAL WORK EDUCATION IN THE LIGHT OF THE EVALUATION OF THE AXIOLOGICAL WALK IN KOBIERZYN

ABSTRACT

In the education of social workers, it is particularly important to seek working methods that provide to experience values which define the foundations of professional action. The authors of the article approve the personalistic philosophy as a theoretical basis of educational work, the practice of which is based on the cooperation of academic staff and students, striving for partnership, open dialogue and experiencing personal subjectivity. Nevertheless, the essence of the issue is to search for the

content of education, which refers not only to contemporary social issues, but also to their historical conditions and correlates. The context for the article is a reflection on the history of 20th century eugenics, with particular emphasis on the extermination of nearly a quarter of a million people with mental illness and disabilities performed by the German Nazi. It is difficult, without studying the times in which the history derailed, to fully understand the social responsibility of people who are particularly vulnerable and exposed to social non-recognition and damage. The curriculum of social workers' education at the Institute of Sociology of the Jagiellonian University in Krakow has included the space of the Clinical Hospital in Krakow's Kobierzyn, where, in cooperation with the Institute of Therapy and Social Education - the Association, an educational project under the name of *Axiological Walk in Kobierzyn* is being implemented. The article is based on reflection on axiological education in the light of evaluation of the aforementioned project.

Keywords: axiological education, social work, values, education