

Nr 1 (292) 2018  
Tom LXXIX  
STYCZEŃ  
LUTY

# SZKOŁA SPECJALNA

CZASOPISMO AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ  
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej

#### **Redaktorzy tematyczni**

*Akbota N. Autayeva (KZ) – psychologia*  
*Andrzej Giryński (PL) – pedagogika specjalna*  
*Jan Łaszczczyk (PL) – pedagogika, metodologia*  
*Bernadeta Szczupał (PL) – pedagogika specjalna*

#### **Redakcja naukowa**

*Ewa M. Kulesza*

#### **Redaktor statystyczny**

*Mariusz Fila*

#### **Redakcja**

*Julita Kobos (PL) – język polski*  
*Renata Wójtowicz (PL) – język angielski*  
*Olena Galczewska (PL) – język rosyjski*

#### **Tłumaczenie na język angielski**

*Renata Wójtowicz*

#### **Skład komputerowy**

*Andrzej Kowalczyk*

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)

Czasopismo „Szkoła Specjalna” posiada punktację MNiSW (10 punktów) w kategorii B

#### **Rada Naukowa:**

Kulash B. Bektayeva (KZ), Roy Chen (USA), Tadeusz Gałkowski (PL), Joanna Głodkowska (PL), Oleksy Gavrilov (UA), Sally Goddard Blythe (GB), Chiu-Hsia Huang (RC), Vitaly Z. Kantor (RUS), Aniela Korzon (PL), Bohumil Koukola (CZ), Manabu Kuroda (JP), Tatiana Lisovskaya (BL), Irena Pospiszyl (PL), Natalia D. Sokolova (RUS), Adam Szecówka (PL), Grzegorz Szumski (PL), Alicja Zarin (RUS)

#### **Komitet Redakcyjny:**

Ewa Maria Kulesza (redaktor naczelna), Agnieszka Dłużniewska (z-ca redaktor naczelnej), Izabella Kucharczyk (sekretarz), Danuta Al-Khamisy (członek), Małgorzata Kierzkowska (członek), Beata Rola (członek), Karolina Skarbek (członek)

**Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej**

**Adres redakcji: Wydawnictwo APS, 02-353 Warszawa  
ul. Szczęśliwicka 40, tel. 22-589-36-45  
e-mail: redakcja@aps.edu.pl  
<https://e-szkolaspecjalna.pl> • [www.szkolaspecjalna.aps.edu.pl](http://www.szkolaspecjalna.aps.edu.pl)  
nakład 600 egz.**

## SPIS TREŚCI

- 5 – Anna Hryniewicka  
Maria Grzegorzewska – twórczyni pedagogiki specjalnej w Polsce

### OPRACOWANIA NAUKOWE

- 12 – Ewa Domagała-Zyśk  
Dostosowanie lekcji języka angielskiego jako obcego do potrzeb uczniów z dysfunkcją słuchu w nauczaniu wczesnoszkolnym
- 21 – Marzenna Zaorska  
Kategorie poważnej choroby i niepełnosprawności w *Nowym Testamencie* – percepcja istoty oraz wymiary interpretacji
- 33 – Kaja Opasińska, Jarosław Rola  
Struktura i poziom inteligencji emocjonalnej u młodzieży niesłyszącej
- 45 – Dariusz Kołodziej  
Spostrzeganie siebie i przystosowanie społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim
- 57 – Shiri Pearlman-Avni, Nofar Eshed-Lavi  
Changing attitudes of non-religious and religious students towards homosexuality: Lecture as a mean of intervention

### Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 63 – Agata Ciosmak  
Koło terenowe Stowarzyszenia „Krok za Krokiem” w Biłgoraju jako przykład dobrych praktyk działań lokalnych na rzecz osób z niepełnosprawnością i ich rodzin

### PRAWO I PRAKTYKA

- 68 – Małgorzata Szeroczyńska  
Dziecko poczęte niezdolne do samodzielnego życia w świetle przepisów prawa. Część III

### Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- 76 – Joanna Michalak-Dawidziuk  
Sprawozdanie z VII Konferencji Pedagogiki Dialogu *Emancypacyjno-krytyczny potencjał dialogu*. Warszawa, 9 grudnia 2016
- 79 – Paulina Zalewska  
Sprawozdanie z XI Międzynarodowej Naukowo-Praktycznej Konferencji *Pedagogika korekcyjna: historia, teraźniejszość i perspektywy rozwoju*. Kamieniec Podolski, 25–26 kwietnia 2017

### NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY

- Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty. Red. nauk. E. Jeżewska-Krasnodębska, B. Skałbana. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2017, ss. 299 (Agnieszka Piechowicz)
- Pedagogika serca. Wychowanie emocjonalne w XXI wieku. Red. nauk. E. Lewandowska-Tarasiuk, J. Łaszczyk, B. Śliwerski. Difin, Warszawa 2016, ss. 215 (Magdalena Cieślukowska)

## CONTENTS

- 5 – *Anna Hryniiewicka*  
Maria Grzegorzewska – Creator of special education in Poland

### SCIENTIFIC STUDIES

- 12 – *Ewa Domagata-Zyśk*  
Adapting English as a Foreign Language classes to the needs of students with hearing impairments in early elementary education
- 21 – *Marzenna Zaorska*  
Categories of severe illness and disability in the *New Testament* – Perception of the essence and dimensions of interpretation
- 33 – *Kaja Opasińska, Jarosław Rola*  
Emotional intelligence structure and level in deaf adolescents
- 45 – *Dariusz Kołodziej*  
Self-perception and social adaptation in people with mild intellectual disabilities
- 57 – *Shiri Pearlman-Avni, Nofar Eshed-Lavi*  
Changing attitudes of non-religious and religious students towards homosexuality: Lecture as a mean of intervention

### FROM TEACHING PRACTICE

- 63 – *Agata Ciosmak*  
“Krok za Krokiem” Association’s local club in Biłgoraj as an example of best practices in community-based activities for people with disabilities and their families

### LAW AND PRACTICE

- 68 – *Małgorzata Szeroczyńska*  
A conceived child incapable of independent life in the light of the law. Part 3

### HOME AND WORLD NEWS

- 76 – *Joanna Michalak-Dawidziuk*  
Report on the 7<sup>th</sup> Pedagogy of Dialogue Conference: *Emancipatory and critical potential of dialogue*. Warsaw, December 9, 2016
- 79 – *Paulina Zalewska*  
Report on the 11<sup>th</sup> International Scientific and Practical Conference: *Corrective education: The history, the present, and development prospects*. Kamieniec Podolski, April 25–26, 2017

### WE RECOMMEND TO OUR READERS

- Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty [Assessment and therapy in speech therapists’ and teacher-therapists’ work]. Scientific editing by E. Jeżewska-Krasnodębska & B. Skalbania. Published by Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2017, pp. 299 (*Agnieszka Suchcicka*)
- Pedagogika serca. Wychowanie emocjonalne w XXI wieku [Pedagogy of the heart. Emotional education in the 21<sup>st</sup> century]. Scientific editing by E. Lewandowska-Tarasiuk, J. Łaszczuk, & B. Śliwerski. Published by Difin, Warszawa 2016, pp. 215 (*Magdalena Cieślikowska*)

## MARIA GRZEGORZEWSKA – TWÓRCZYNI PEDAGOGIKI SPECJALNEJ W POLSCE



*Ostatnia fotografia w moim gabinecie  
przy ul. Spiskiej (...) Maria, 10 XI 1959 r.*

Każdy jubileusz, zwłaszcza jeśli dotyczy tak ważnej instytucji, jaką jest wyższa uczelnia, stwarza wyjątkową okazję do dokonania oceny dotychczasowych osiągnięć oraz wyznaczenia nowych celów i zadań. W przypadku Akademii Pedagogiki Specjalnej, która w ciągu 95-lecia swego istnienia zdobyła niekwestionowaną pozycję wśród światowych uczelni kształcących pedagogów specjalnych, zarówno osiągnięcia, jak i zarysowujące się perspektywy rozwoju mogą napawać optymizmem. Jego podstawą z pewnością jest obecny kierunek rozwoju uczelni: jej organizacja umożliwiająca naukę kilkudziesięciu tysięcy młodzieży; bogaty wachlarz studiów licencjackich, magisterskich i podyplomowych stale poszerzany o nowe i unikatowe w kraju specjalności; uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora i doktora habilitowanego nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki; wysoko kwalifikowana kadra naukowa; rozległe kontakty pracowników uczelni z licznymi uczelniami zagranicznymi oraz ich aktywne uczestnictwo w realizacji programów badawczych z zakresu pedagogiki, pedagogiki specjalnej, psychologii, socjologii i pracy socjalnej.

Chociaż na te sukcesy złożył się wysiłek wielu nauczycieli akademickich, z pewnością nie byłyby one tak spektakularne w przypadku odcięcia się od teoretycznej i praktycznej spuścizny Marii Grzegorzewskiej, która przeszła do

historii nauki przede wszystkim jako wybitna twórczyni oryginalnej koncepcji kształcenia nauczycieli i polskiej szkoły pedagogiki specjalnej oraz inicjatorka, założycielka i długoletnia dyrektorka najstarszej polskiej uczelni pedagogicznej, pierwotnie noszącej nazwę Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej. Jej wielką zasługą było doprowadzenie do zrozumienia znaczenia opieki wychowawczej nad dzieckiem niepełnosprawnym, upowszechnienie jego nauczania, zapoczątkowanie rozwoju szkolnictwa specjalnego, wprowadzenie do szkół powszechnych specjalnych form pomocy dla uczniów z różnego typu deficytami rozwojowymi oraz stworzenie psychologicznych podstaw rewalidacji i wychowania ukierunkowanych na wszechstronny rozwój osobowości osób niepełnosprawnych intelektualnie, głuchych, niewidomych, przewlekle chorych i niedostosowanych społecznie. W tym miejscu warto podkreślić wielokierunkowość zainteresowań Grzegorzewskiej, która, jak wynika z analizy jej bogatego dorobku piśmienniczego, swoją refleksją naukową obejmowała wiele zagadnień wchodzących w zakres nie tylko pedagogiki specjalnej, ale również z pogranicza kilku działów psychologii i coraz bardziej rozległej problematyki niepełnosprawności, dzięki czemu zdobyła wysoką międzynarodową pozycję jako pedagog specjalny oraz została zaliczona do grona najwybitniejszych kobiet w psychologii XX w. (por. Hryniewicka, 2015). Tę nobilitację uzasadnia Ryszard Wroczyński<sup>1</sup>, pisząc, że charakterystyczną cechą prac badawczych Grzegorzewskiej była „doskonała podstawa metodologiczna, bogactwo empirycznych faktów, na których opierała wnioski i uogólnienia naukowe z wyraźnym nachyleniem na problemy ich zastosowań praktycznych. Profesor Grzegorzewska bowiem łączyła gruntowną wiedzę naukową z działalnością praktyczną w rozwiązywaniu trudnych zagadnień postępowania wychowawczego w sytuacjach upośledzeń organicznych i psychicznych. Była jednocześnie i wielkim uczonym, i wielkim wychowawcą, a twórczość swą w obu dziedzinach, nauki i praktyki, teorii i działalności wychowawczej potrafiła łączyć w doskonałej harmonii” (Wroczyński, 1967, s. 227).

Jej działalność obejmowała różne powiązane ze sobą i wzajemnie uzupełniające się formy aktywności. Oprócz zajęć dydaktycznych, prowadzonych nie tylko w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej (1922–1967), ale także w Państwowym Instytucie Nauczycielskim (1930–1935) i w Katedrze Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego (1958–1960); pracy naukowej i aktywności w wielu stowarzyszeniach naukowych; pracy społecznej w Sekcji Szkolnictwa Specjalnego przy Zarządzie Głównym Związku Nauczycielstwa Polskiego, osobny rozdział stanowiła jej działalność edytorska. Rozwijala ją w kwartalniku *Szkoła Specjalna* (1924–1967); w pierwszym polskim czasopiśmie psychologicznym, jakim było *Polskie Archiwum Psychologii*, wydawane od 1938 r. pod nazwą *Psychologia Wychowawcza* (1930–1934); a także w *Ruchu Pedagogicznym*, *Archiwum Pedagogicznym*, *Pracy Szkolnej* oraz w *Biuletynie Konferencji Rejonowych*.

Nawet tak pobieżne zestawienie najważniejszych dokonań Grzegorzewskiej ukazuje, że wszystko, czym się zajmowała, co stworzyła, nosiło wyraźne znamio-

<sup>1</sup> Pedagog, pedagog społeczny, historyk wychowania, wieloletni dziekan Wydziału Psychologii i Pedagogiki UW.

na jej bogatej indywidualności podporządkowanej służbie człowiekowi niepełnosprawnemu. Tę naczelną ideę własnego życia chciała również przekazać przyszłym nauczycielom i wychowawcom. Pięknym przykładem sposobu wzbudzania u nich motywacji do pracy na rzecz osób niepełnosprawnych było jej przemówienie wygłoszone na zakończenie roku akademickiego 1965/1966, które ze względu na swoje przesłanie nadal zachowuje aktualność. A oto jego treść:

„Źródłem, z którego płynie radość naszej pracy, jest – prócz zrozumienia jej sensu, prócz wiedzy i umiejętności – głównie życzliwość dla człowieka i troska o los każdej jednostki. Jest poczucie potrzeby niesienia braterskiej pomocy i wiara w jej skuteczność. I niegasnący ogień zapału, który coraz silniej rozpala zrozumienie wielkiej wartości wprowadzania w życie społeczne człowieka upośledzonego, który bez naszej pomocy wejść tam nie zdoła. To znaczy: praca ta daje duże szczęście przez uszczęśliwienie drugiego człowieka drogą rozwijania w nim nowych dróg poznania, wyprostowania zbroczeń, pobudzania rozwoju tego, co zahamowane, budzenia tego, co ludzkie w człowieku. (...) Życzę Wam, żeby te drogi, którymi prowadzić będziecie dzieci i młodzież, były dla Was jasne, dobrze znane, ciągle przez Was doskonalone i do celu prowadzące. Poczucie tego i wyniki pracy przyniosą Wam radość, radość dobrze pełnionej służby społecznej. Żeby to się stać mogło, muszą być w działaniu Waszym takie oto dźwignie: wiara w sens tej pracy; miłość konstruktywna człowieka i zawodu swego; wiedza i umiejętność. Pamiętajmy, że są i wrogowie tej pracy, którzy czyhają na nas w chwilach słabości naszej. Wrogami tymi: zarozumiałość, bierność, rutyna, które niszczą cały urok pracy naszej. Nie bierność, ale postawa poszukująco-badawcza; nie powtarzanie utartych szablonów, ale twórcze poszukiwanie nowych dróg; nie powiedzenie «ja już wiem wszystko», ale ciągle kształcenie się przyniesie nam dobre wyniki. Kto tą drogą nie pójdzie w pracy tej, ciężkim będzie ona znojem dla niego i bez słońca radości. Żegnam Was Koledzy, myślą serdeczną o Was i o Waszej przyszłości. Pamiętajcie, moc ducha i poczucie siły w tej pracy daje przeświadczenie o jej wadze społecznej, jak i świadomość, że nie jesteśmy sami, że jest nas duża gromada” (Grzegorzewska, 1967, s. 201).

W podobnym duchu utrzymane było również przemówienie na otwarcie roku akademickiego 1966/67 – ostatniego w życiu Marii Grzegorzewskiej. Jego hasło: „Nie ma kaleki – jest człowiek” w pełni oddaje głęboko humanitarny wymiar stworzonego przez nią systemu pedagogicznego. Szukając wyjaśnienia, dlaczego ten system był tak atrakcyjny dla kolejnych pokoleń współpracowników i uczniów Grzegorzewskiej, warto odwołać się do opinii osób bezpośrednio z nią związanych, podkreślających wielką siłę jej oddziaływania na ludzi. Taką osobą od 1947 r. była m.in. Janina Doroszevska<sup>2</sup>, zdaniem której jednym „z najbardziej istotnych, oczywistych źródeł tej siły było to, że Ona sama, całe Jej życie, każda chwila tego życia były obrazem – jakby urzeczywistnieniem – tego, co głosiła jako słuszne, dobre, należne (...). Dla Niej zawsze – w sprawach

<sup>2</sup> Dr filozofii, prof. pedagogiki, specjalistka z zakresu pedagogiki terapeutycznej oraz kształcenia nauczycieli dla potrzeb szkół specjalnych, wykładowca PIPS-u oraz UW, prywatnie żona wybitnego językoznawcy prof. Witolda Doroszevskiego.

ważnych i mniej ważnych i nawet, zdawałoby się, błahych – najistotniejszą, decydującą była potrzeba czyjaś, nigdy własna, – potrzeba każdego, kto znalazł się, choćby przypadkowo, choćby tylko przez wejście w stale otwarte drzwi Jej gabinetu – ze swoimi troskami, brakami, nieszczęściami, za które Ona – co było dla Niej charakterystyczne – zawsze się jakoś czuła odpowiedzialna. Zetknięcie się choćby przypadkowo z jakimś człowiekiem wywoływało zawsze Jej natychmiastową żywą reakcję życzliwości, wyrażonej uśmiechem czy zachętą – jeśli komuś zachęta była potrzebna, chwilą uwagi skupionej na sprawach tego człowieka, uwagi, jeśli tego mu od ludzi brakowało, czy – gdy trzeba było – pomocą w jakiejś formie mu udzielonej, lub nawet ratunkiem, jeśli potrzebę ratunku wyczuła. Zwłaszcza jeśli dostrzegła w zasięgu swego życia człowieka, który z racji jakiegoś upośledzenia, choroby, starości czy sytuacji życiowych albo złych warunków psychicznych czy materialnych czuł się na marginesie normalnego życia i normalnego społeczeństwa. Była stale nastawiona na każde drgnienie potrzeb tych ludzi i nie pozwalała, o ile tylko mogła, zniknąć im sprzed Jej oczu” (Doroszewska, 1967, s. 210–211).

Uzupełniając tę opinię Jerzy Zawieyski<sup>3</sup>, który pod wrażeniem Marii Grzegorzewskiej napisał w czasie okupacji powieść zawierającą refleksje nad fenomenem ludzkiej osobowości (Zawieyski, 1942), zwrócił uwagę na jej wielką umiejętność „budzenia innych” i wzywania „do służby ku dobru społecznemu” (Zawieyski, 1989, s. 15). Według niego była ona doskonałą organizatorką, umiejącą przełamywać różnorodne trudności oraz pozyskiwać ludzi do współpracy. Miała też „swoje własne, oryginalne poglądy na dziedzinę wychowania, kultury i na to, co dziś nazwalibyśmy sytuacją egzystencjalną człowieka. Zespół jej poglądów nie wyrażał się w koncepcjach intelektualnych. Źródło istniało w niej samej, w jej postawie moralno-społecznej, w jej przeświadczeniach wewnętrznych, co razem stanowiło siłę jej osobowości. Być może, iż siła ta powodowała zaczyn fermentu lub niepokoju w ludziach. Jedni szli za nią, jako wyznawcy i wielbiciele, inni przeżywali opory, mimo podziwu dla jej odwagi i bezkompromisowości” (tamże, s. 15). Wpływ Grzegorzewskiej na ludzi nie ograniczał się wyłącznie do licznego grona słuchaczy, współpracowników i nauczycieli, dla których była ona „postacią, symbolem, wodzem i przewodnikiem”, ale również dotyczył osób z innych środowisk: filozofów, psychologów, lekarzy, artystów, działaczy politycznych, uczonych, chłopów oraz młodzieży nieprzystosowanej społecznie lub opóźnionej w rozwoju (tamże, s. 14). Za Zawieyskim można ten wpływ nazwać „fascynacją, bo Grzegorzewska nigdy nie chciała ludzi «urabiać», zjednywać lub zmieniać i upodabniać do siebie”, raczej pobudzać do refleksji na sobą i rozrachunku z własną postawą moralno-społeczną (tamże, s. 27). Wspominając swoje pierwsze spotkanie z Grzegorzewską, jakie nastąpiło w pociągu jadącym z Krakowa do Warszawy, Zawieyski

<sup>3</sup> Właściwe nazwisko Henryk Nowicki – polski aktor, dramatopisarz, prozaik, eseista, redaktor *Tygodnika Powszechnego* i *Znaku*, katolicki działacz polityczny, poseł na sejm (1957–1969), członek Rady Państwa (1957–1968); od 1933 r. – dzięki przypadkowemu poznaniu Grzegorzewskiej, z którą połączyła go długoletnia przyjaźń – znalazł się w gronie wykładowców PIN-u, a następnie PIPS-u.



wyznał, że był bardzo zainteresowany starszą i dziwną panią w okularach, spoglądającą uważnie i przenikliwie na niego przez cały czas podróży. „Czy to była rozmowa? Wymiana myśli? Konfrontacja poglądów? Nic podobnego. Grzegorzewska w sposób delikatny i subtelny, stawiając pytania wyzwałała równocześnie ochotę i potrzebę zwierzeń, przełamując właściwą każdemu niechęć do mówienia o sobie. Budziła zaufanie, chociażby przez rodzaj słuchania i tej szczególnej komunikacji wewnętrznej, która później, jak się mogłem przekonać, należała do cech i tajemnic jej osobowości” (tamże, s. 22).

Tę tajemnicę próbowała również rozszyfrować inna wierna przyjaciółka Grzegorzewskiej – Natalia Han-Ilgiewicz<sup>4</sup>, która miała okazję widzieć ją „jako młodą entuzjastkę i jako bojownika o sprawę”, jako działacza walczącego podziemia w czasie okupacji, jako twórcę niepowtarzalnej placówki naukowej i wreszcie jako ciężko chorego człowieka mówiącego z naciskiem, że „trzeba się mocno uchwycić czegoś, by żyć” (Han-Ilgiewicz, 1967, s. 246). Na tej podstawie twierdziła, iż to, że pomimo nieustannych trudności Grzegorzewska mogła tak wiele dokonać i bez reszty zaangażować wszystkich swoich współpracowników, miało związek z pasją, jaką naznaczone było jej działanie. „Pasja ta występowała zarówno w tworzeniu, jak i w proteście (...). Namietnością nacechowane było samo Jej ujmowanie świata. Jej zdolność do zachwyty, do spojrzenia perspektywicznego, zarówno jak i do postrzegania ledwie uchwytnych szczegółów, gdy chodzi o człowieka” (tamże, s. 246–247). Ponadto była „mistrzem przyjaźni”. „Każde zetknięcie z Nią, każda rozmowa otwierała przed Jej rozmówcą nowe horyzonty i zwracała uwagę, że przecież jest wyjście ze słabości, że na każdym kroku naszego codziennego dnia możemy uczestniczyć w cudownej przygodzie, wzbogaceni możliwością służenia drugiemu człowiekowi. (...) Przykład Jej życia, Jej postępowanie w stosunku do ludzi, wyrozumiałość, pełna dobroci gotowość zawsze przyjścia człowiekowi z pomocą, w latach okupacji Jej odwaga i ofiarność, wierność ideałom i wierność człowiekowi, Jej prostota i niespotykana skromność, to cechy, które czyniły Ją bliską i dostępną” (tamże, s. 248).

Przytoczone wypowiedzi nie oddają w pełni, kim była Grzegorzewska i jaką wartość ma stworzone przez nią dzieło. Aby to zrozumieć, trzeba mieć świadomość, iż należała do pokolenia uczonych polskich, którego młodość przypadała na okres wielkich przeobrażeń politycznych i społecznych przełomu XIX i XX stulecia. Podobnie jak wielu jej rówieśników musiała przejść trudną drogę wiodącą do wykształcenia, nauki, służby społecznej, a etapem tej drogi było ukończenie prywatnej pensji Pauliny Hewelke, uzyskanie dyplomu nauczycielskiego uprawniającego do prowadzenia prywatnych lekcji, niedokończone studia na Uniwersytecie Jagiellońskim, studia w Międzynarodowym Instytucie Pedologicznym w Brukseli kontynuowane po zakończeniu działań wojennych na paryskiej Sorbonie i sfinalizowane obroną pracy doktorskiej z zakresu wychowania estetycznego. Równie wyboista była jej droga związana z pracą zawodową, na

<sup>4</sup> Jedna z pierwszych absolwentek i długoletni wykładowca kryminologii w PIPS-ie, po wojnie związana z Uniwersytetem Łódzkim (1926–1965), organizowała i kierowała szkołami z zakładami dla dzieci społecznie niedostosowanych.

którą wkroczyła po wizycie w szpitalu psychiatrycznym w Bicêtre<sup>5</sup> pod Paryżem z mocnym przeświadczeniem, iż „wyrównywanie krzywd upośledzonych i niedostosowanych stało się nakazem jej życia” (cyt. za: Doroszevska, 1972, s. 18). Zrezygnowała z możliwości otwierającej się przed nią kariery naukowej na zachodzie Europy, wróciła do kraju i zaczęła organizować w odrodzonej Polsce szkoły specjalne oraz przygotowywać nauczycieli do pracy w tych szkołach. Robiła to przez 45 lat, walcząc w okresie międzywojennym z wielkimi zaniedbaniami w dziedzinie oświaty spowodowanymi przez zaborców, narażając własne życie z powodu uczestnictwa w tajnym nauczaniu organizowanym samodzielnie i pod patronatem delegatury rządu, prowadząc podczas II wojny światowej studium przygotowujące specjalistów do mających powstać po odzyskaniu niepodległości zakładów kształcenia nauczycieli, a także odbudowując po zniszczeniach wojennych Instytut Pedagogiki Specjalnej oraz dbając o jego pozycję i zachowanie stanowiska jego dyrektora w okresie stalinowskiej dyktatury.

W obecnych czasach, w których ubywa ludzi znających osobiście Marię Grzegorzewską, pewien niepokój mogą budzić pytania, jakie pojawiły się bezpośrednio po jej śmierci: „czy jej dzieło będzie trwało nadal? Kto je podejmie? Kto przedłuży jego trwanie? Czy jej śmierć, której się tak bała, dotknie także tego, co stworzyła?” (Zawieyski, 1989, s. 31). Udzielenie odpowiedzi na te pytania jest bardzo trudne, podobnie jak wypowiedanie się o niej samej, bowiem – jak twierdził Zawieyski – „życie dzieł ludzkich przebiega inaczej niż życie człowieka. Czasem umierają one wcześniej niż ich twórcy. Ale bywa, że odzyskują nowe życie po latach, ożywione potrzebami późniejszych pokoleń. Niektóre z dzieł ludzkich stają się dla tychże pokoleń bądź rewelacją, bądź mierzwą, zasilającą twórczość innych. Jeśli przechodzą do historii, zostają w pamięci jako czyjś ślad w dziejach, wzbogacający tradycję ludzkiej pamięci i kulturę narodu” (tamże). Choć ich dalsze losy są otoczone tajemnicą, która ujawni się wraz z upływem czasu, miejmy nadzieję, iż wszystko, co Grzegorzewska postulowała w zakresie naukowym, ideowym i wychowawczym, łącznie z jej niezachwianą wiarą w człowieka, w jego wielkość i dobroć, również w przyszłości będzie natchnieniem dla tych, którzy zechcą pochylić się nad jej życiem i działalnością.

\* \* \*

Ze względu na ograniczone ramy prezentowanych rozważań niepozwalające na wyczerpujące przedstawienie wszystkich aspektów dotyczących organizacyjnej, dydaktycznej i naukowej aktywności Grzegorzewskiej, odsyła się osoby zainteresowane pogłębieniem wiedzy z tego zakresu do zapoznania się z artykułami A. Hryniewickiej zamieszczonymi w czasopismach wydawanych przez APS<sup>6</sup> oraz do przygotowywanej przez nią monografii zatytułowanej *Maria Grzegorzew-*

<sup>5</sup> Szpital istniejący od 1634 r., pierwotnie planowany jako szpital wojskowy, kolejno pełnił funkcje sierocińca, więzienia i „domu wariatów”, w którym w 1973 r. inspektor Philippe Pinel jako pierwszy wprowadził humanitarne metody leczenia chorych psychicznie.

<sup>6</sup> Patrz: *Szkoła Specjalna* (2014, nr 1–5; 2015, nr 1–2), *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo* (2014, nr 4; 2015, nr 2–4).

ska w historii polskiej nauki – w 50. rocznicę śmierci, w której ukazano nieznanne fakty z życia tej wybitnej, kreatywnej i niezwykle zasłużonej dla nauki polskiej uczoney, rozległe i złożone zadania, z jakimi musiała się zmierzyć w różnych okresach swej działalności, oraz najważniejsze, istotne dla rozwoju psychologii europejskiej dokonania i poglądy, które pomimo upływu czasu nie straciły nic ze swej aktualności i nadal mogą wytyczać drogę rozwoju współczesnej psychologii i pedagogiki specjalnej.

### **Bibliografia**

- Doroszevska, J. (1967). Maria Grzegorzewska wśród nas. *Szkoła Specjalna*, XXVIII, 3, 210–217.
- Doroszevska, J. (1972). Drogi życia Marii Grzegorzewskiej. W: J. Doroszevska, M. Falski, R. Wroczyński (red.), *Maria Grzegorzewska. Materiały z sesji naukowej – 7 XI 1969 r.* (s. 9–27). Warszawa: Instytut Wydawniczy Nasza Księgarnia.
- Grzegorzewska, M. (1967). Przemówienie na zakończenie roku akademickiego 1965/66 wygłoszone 24 VI 1966 w Instytucie Pedagogiki Specjalnej. *Szkoła Specjalna*, XXVIII, 3, 200–201.
- Han-Ilgiewicz, N. (1967). Audycje radiowe ku czci Marii Grzegorzewskiej. *Szkoła Specjalna*, XXVIII, 3, 246–248.
- Hryniewicka, A. (2015). Maria Grzegorzewska – psychologia wobec niepełnosprawności. W: S. Volkmann-Raue, H.E. Luck (red.), *Najwybitniejsze kobiety w psychologii XX wieku.* (s. 341–362). Gdańsk: GWP.
- Wroczyński, R. (1967). Przemówienie dziekana... w imieniu Uniwersytetu Warszawskiego. *Szkoła Specjalna*, XXVIII, 3, 226–228.
- Zawieyski, J. (1942). *Droga do domu.* Warszawa: Wydawnictwo E. Kuthana.
- Zawieyski, J. (1989). Maria Grzegorzewska. W: U. Eckert, M. Gawarecka (red.), *Wspomnienia o Marii Grzegorzewskiej* (s. 13–31). Warszawa: WSPS.

## DOSTOSOWANIE LEKCJI JĘZYKA ANGIELSKIEGO JAKO OBCEGO DO POTRZEB UCZNIÓW Z DYSFUNKCJĄ SŁUCHU W NAUCZANIU WCZESNOSZKOLNYM

Uczniowie niesłyszący i słabosłyszący coraz powszechniej uczą się w szkołach ogólnodostępnych i integracyjnych. Aby ich nauczanie było skuteczne, konieczne jest zapewnienie szeregu dostosowań, czasem modyfikacji metod i form pracy nauczyciela. Celem artykułu jest omówienie zagadnienia dostosowania lekcji języka angielskiego jako obcego w nauczaniu wczesnoszkolnym do potrzeb uczniów z dysfunkcją słuchu. Podstawą do efektywnej edukacji w tym zakresie jest przygotowanie programów nauczania, podręczników i obudowy dydaktycznej zgodne z zasadami projektowania uniwersalnego, a następnie zaplanowanie niezbędnych dostosowań i modyfikacji indywidualnie do potrzeb i możliwości dzieci. Autorka artykułu wskazuje zasady projektowania uniwersalnego, zgodnie z którymi należy planować proces dydaktyczny nauczania języka obcego uczniów z uszkodzeniami słuchu. Uwzględniając wewnętrzne zróżnicowanie tej grupy uczniów, powinno się zwrócić uwagę nie tylko na konieczność indywidualizacji w zakresie postępowania metodycznego, ale także form i metod pracy na lekcjach języka angielskiego i metod prezentacji materiału dydaktycznego przez nauczyciela lub innych uczniów. W celu optymalizacji odbioru i przekazu treści należy zadbać o zapewnienie odpowiednich, dostosowanych do możliwości percepcyjnych oraz realizacyjnych ucznia, warunków zewnętrznych. Zwraca się ponadto uwagę na różnorodność sposobów prezentowania wiedzy przez uczniów z uszkodzonym słuchem i tym samym brania przez nich czynnego udziału w lekcji. Autorka, dając propozycje dostosowań, podkreśla jednocześnie konieczność zadbania o to, aby materiał dydaktyczny zachował pełną wartość merytoryczną.

*Słowa kluczowe:* niesłyszący, słabosłyszący, nauczanie języka obcego, projektowanie uniwersalne w edukacji

### Wprowadzenie

Inkluzja edukacyjna uczniów niesłyszących i słabosłyszących staje się w Polsce faktem. Dane mówią, że ponad 80% dzieci z dysfunkcją słuchu uczy się obecnie w szkołach ogólnodostępnych. Powinny one być dla tych uczniów środowiskiem wspierającym rozwój poznawczy i nabywanie najwyższej jakości wiedzy, ale także miejscem rozwijania i podtrzymywania relacji rówieśniczych i ogólnie relacji ze słyszącym społeczeństwem. Zgodnie z przepisami edukacyjnymi każde dziecko ma prawo uczyć się w szkole podstawowej najbliższej od jego miejsca zamieszkania (szkole rejonowej), co pozwala na zachowanie więzów łączących dziecko z jego sąsiadami, kolegami z podwórka, dzielnicy czy parafii.

Aby jednak nauczanie dzieci niesłyszących i słabosłyszących w szkołach ogólnodostępnych było skuteczne, konieczne jest zapewnienie szeregu dostosowań

(*accomodations*) i czasem modyfikacji (*modifications*). Akomodacje rozumiane są jako zmiany metod i technik nauczania. Dotyczą zatem zmiany sposobu uczenia dziecka, ale nie treści nauczania. Przykładem może być wykorzystanie na lekcji filmów z napisami. Dzięki nim dziecko z dysfunkcją słuchu ma dostęp do tego samego filmu i takich samych treści jak dziecko słyszące, ale we właściwy sobie sposób, niwelujący bariery wynikające z jego dysfunkcji. W przypadku dostosowań nie obniżamy wymagań wobec dziecka – są one takie same jak wobec dzieci bez dysfunkcji, inna jest natomiast forma przekazu. Drugą formą wsparcia w edukacji dzieci z dysfunkcją słuchu są modyfikacje, które polegają na dokonaniu zmian w zakresie treści nauczania, co zazwyczaj polega na ograniczeniu korzystania z treści fakultatywnych. Każdy uczeń może potrzebować innego zakresu modyfikacji, jednak zakres treści nauczania w żadnej sytuacji nie może być mniejszy niż zakłada to podstawa programowa.

Celem artykułu jest wskazanie możliwości uczestnictwa uczniów niesłyszących i słabosłyszących w lekcjach języka obcego w nauczaniu wczesnoszkolnym w szkołach integracyjnych i ogólnodostępnych (por. też Domagała-Zyśk, Karpińska-Szaj, 2011; Domagała-Zyśk, 2014). Podstawą do efektywnej edukacji w tym zakresie jest przygotowanie programów nauczania, podręczników i obudowy dydaktycznej zgodne z zasadami projektowania uniwersalnego, a następnie zaplanowanie niezbędnych dostosowań i modyfikacji indywidualnie do potrzeb i możliwości dzieci. Działania takie są niezbędne, aby uczniowie niesłyszący czy słabosłyszący mogli efektywnie uczyć się języka obcego w klasach i szkołach integracyjnych i inkluzyjnych.

### **Projektowanie uniwersalne w edukacji inkluzyjnej uczniów z dysfunkcją słuchu**

W klasach inkluzyjnych zazwyczaj obowiązują także zróżnicowane zasady zachowywania się, np. uczniowie z ADHD mają prawo do krótkich przerw w czasie lekcji, ale inni uczniowie, którzy danego dnia źle się czują, mogą również z nich korzystać. Wszystkie dzieci uczą się, że ich zachowanie może być różne, ale nigdy nie powinno być powodem do wyśmiewania się, np. kolega ze załamaną ręką także ma prawo dobrze czuć się w klasie, chociaż szybciej się męczy i nie jest w stanie wykonać wszystkich zadań. Wzajemne bliskie poznanie się redukuje u dzieci lęk przed innością, pozwala im być bardziej otwartymi w relacjach, a z dzieci z niepełnosprawnością zdejmuje piętno bycia „gorszym” czy „dziwnym”.

Obecnie w Polsce konieczna jest zmiana myślenia o inkluzji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Zgłoszenie się ucznia ze SPE do szkoły nie może być faktem zaskakującym nauczycieli czy dyrektorów i wymuszającym podejmowanie ad hoc decyzji dotyczących dostosowań i modyfikacji. Każda szkoła i każdy nauczyciel powinien być gotowy do włączenia ucznia w proces dydaktyczny, przygotowany uprzednio zgodnie z zasadami Universal Learning Design. Model projektowania uniwersalnego w nauczaniu (Universal Learning Design – ULD lub Universal Design for Learning – UDL) to taki model edukacji, w którym na podstawie wyników badań psychologicznych, pedagogicznych i neurobiologicznych proponuje się rozwijanie elastycznego (*flexible*) środowia-

ska uczenia się, odpowiadającego specjalnym potrzebom edukacyjnym różnych grup uczniów (Rose i in., 2006). Organizacja nauczania powinna zatem zakładać wykorzystanie zróżnicowanych środków nauczania, prezentacji materiału przez ucznia, a także różnorodnych środków pedagogicznych i technologicznych wspierających motywację i zaangażowanie uczniów. Model ULD funkcjonuje w ramach edukacji inkluzyjnej i jest zgodny z bio-psycho-społecznym modelem podejścia do niepełnosprawności. Umożliwia wspólne uczenie się osób o zróżnicowanych potrzebach, nie tylko związanych z niepełnosprawnością, ale także z trudnościami językowymi (migrantów, uchodźców), oraz osób będących w różnych sytuacjach losowych (np. dłuższy wyjazd ucznia w czasie roku szkolnego powodujący absencję w szkole).

Rozwój projektowania uniwersalnego wywołał także zmiany w projektowaniu procesu uczenia się i nauczania osób z różnymi trudnościami. Podobnie jak w projektowaniu przestrzeni czy innych usług, obowiązuje w nim siedem podstawowych zasad projektowania uniwersalnego, co oznacza, że edukacja na każdym poziomie powinna być (por. Domagała-Zyśk, 2015):

- dostępna w atrakcyjnej formie dla każdego ucznia, niezależnie od jego trudności;
- elastyczna w formie, dostosowana do preferencji i możliwości ucznia;
- intuicyjna, dostępna także dla osób o ograniczonych kompetencjach językowych;
- dostępna percepcyjnie, także dla osób z trudnościami w zakresie widzenia czy słyszenia;
- materiały nauczania powinny być łatwe w użyciu, niewymagające skomplikowanych sprawności poznawczych czy manipulacyjnych;
- korzystanie z edukacji nie powinno wymagać nadmiernego wysiłku fizycznego;
- prowadzona w odpowiednio do potrzeb uczniów zaaranżowanej przestrzeni.

Przyjmując nawet model uniwersalnego projektowania w uczeniu się, w niektórych sytuacjach konieczne jest dostosowywanie metod i form pracy tak, aby umożliwić uczniom ze SPE realizację założonych celów nauczania i ułatwić im wszechstronny rozwój.

### **Metodyczne implikacje zróżnicowania populacji uczniów z dysfunkcją słuchu**

Grupa uczniów z dysfunkcją słuchu jest wewnętrznie zróżnicowana, ponieważ stopień uszkodzenia słuchu i inne czynniki o charakterze rodzinnym, środowiskowym, rehabilitacyjnym, edukacyjnym i terapeutycznym warunkują stopień opanowania przez dzieci języka ojczystego w mowie i piśmie, a co się z tym wiąże – wpływają na możliwości opanowania języka obcego. We współczesnych klasyfikacjach wyróżnia się cztery kategorie osób z zaburzeniami słuchu: niesłyszący, słabosłyszący, niedosłyszący i funkcjonalnie słyszący (Krakowiak, 2016). W praktyce pedagogicznej spotykamy się natomiast z dwoma grupami uczniów: słabosłyszącymi i niesłyszącymi.

Uczniowie z częściową utratą możliwości słyszenia – słabosłyszący, niedosłyszący i funkcjonalnie słyszący – mają trudności w odbiorze dźwięków, w tym także dźwięków mowy, jednak posługują się w komunikacji głównie językiem narodowym. Komunikują się za pomocą mowy połączonej z odczytywaniem

z ust i innymi technikami wspomagającymi (jak np. korzystanie z pisma, fonogesty). Niektórzy z nich mogą korzystać z nagrań audio. Mogą więc nie tylko czytać i pisać w języku obcym, ale także mówić i słuchać (w zakresie uwarunkowanym dla każdego ucznia czynnikami indywidualnymi).

W pracy z tą grupą należy pamiętać o następujących ogólnych wskazówkach metodycznych:

- W szkołach ogólnodostępnych nauczanie języka obcego może odbywać się w grupach razem z uczniami słyszącymi, ale w niektórych sytuacjach konieczna jest organizacja zajęć specjalistycznych w małych grupach lub zajęć indywidualnych tylko dla uczniów z dysfunkcją słuchu.
- Ta grupa uczniów korzysta z aparatów słuchowych i implantów ślimakowych oraz innych urządzeń wspomagających, np. systemów FM lub pętli induktofonicznych. Nauczyciel powinien znać podstawowe zasady funkcjonowania tych urządzeń i upewnić się, czy uczeń ma włączony aparat/implant, czy działa mikrofon i inne urządzenia.
- Należy zachęcać tych uczniów do uczenia się także mówienia i rozumienia ze słuchu mowy obcojęzycznej. Każda osoba z dysfunkcją słuchu ma inny zakres możliwości słuchania i używania mowy obcojęzycznej. Jeśli zakres trudności ucznia jest poważny, wskazane jest zwolnienie go z zadań słuchania i mówienia w języku obcym.
- Ważne jest zachowywanie zasad prawidłowej komunikacji – osoba z dysfunkcją słuchu powinna widzieć twarze osób mówiących, w czasie zajęć należy dbać o to, by uczestnicy zabierali głos po kolei, mówili naturalnie, ale wyraźnie, w razie potrzeby – powtarzali wypowiedź.
- Poprawność wymowy, akcentu i intonacji nie powinna być brana pod uwagę w ocenie wypowiedzi ustnych.

Uczniowie niesłyszący (G/głusi) mają bardzo duże trudności w odbiorze mowy dźwiękowej, ich podstawowym sposobem komunikowania się jest język migowy (Polski Język Migowy – PJM, System Językowo-Migowy – SJM lub inne odmiany języka migowego). Ze względu na specyfikę języka migowego, który jest językiem wizualnym, uczniowie mogą mieć specyficzne trudności w posługiwaniu się językiem narodowym (zwłaszcza w zakresie znajomości słownictwa i budowania wypowiedzi z zachowaniem zasad gramatyki). Uczenie się języka obcego fonicznego przy niepełnym opanowaniu języka narodowego stanowi więc dla nich dodatkową trudność. Ponieważ nie używają mowy w języku narodowym, nie uczą się także mówić i słuchać w języku obcym. W dydaktyce wykorzystywane są więc głównie obraz i słowo pisane, a formą ekspresji językowej są zazwyczaj tylko wypowiedzi pisemne.

W pracy z tą grupą należy pamiętać o następujących ogólnych wskazówkach metodycznych:

- Podstawowym zadaniem nauczyciela jest przekazanie treści nauczania w takiej formie, aby były one dostępne uczniom. Nie oznacza to rezygnowania z części zadań, ale oznacza zamianę ćwiczeń opartych na słuchaniu wypowiedzi na takie, w których pojawiają się ilustracje, napisy, teksty, filmy i prezentacje z napisami.
- Ważne jest włączenie w dydaktykę języka migowego jako narzędzia komunikacji.

- Możliwe jest także włączenie w dydaktykę elementów Brytyjskiego Języka Migowego lub Amerykańskiego Języka Migowego (np. filmików, nagrań osobistych) w ramach poznawania zróżnicowanej kultury krajów anglojęzycznych.
- Zakres korzystania z mowy powinien być dostosowany do możliwości i potrzeb uczniów. Niektórzy z nich chcą nauczyć się wypowiadania prostych fraz (np. zwrotów grzecznościowych), inni nie, co należy uszanować. Poprawność wymowy i intonacji nie powinna być przedmiotem oceny.

### **Dostosowanie form i metod pracy na lekcjach języka angielskiego**

Jak wspomniano, dostosowania to zmiany dotyczące przede wszystkim sposobu przekazu treści nauczania oraz prezentacji wiedzy, umiejętności i kompetencji przez ucznia. W planowaniu procesu nauczania należy także uwzględnić dostosowanie warunków zewnętrznych, zwłaszcza gdy szkoła/klasa szkolna nie spełnia ogólnie warunków projektowania uniwersalnego, oraz czynnik czasu trwania poszczególnych elementów zajęć.

#### ***Dostosowanie metod prezentacji materiału dydaktycznego przez nauczycielal/innych uczniów***

Trudnością dla uczniów z dysfunkcją słuchu jest usłyszenie i zrozumienie materiału prezentowanego w formie nagrań lub wypowiedzi ustnych nauczyciela/innych uczniów. Błędem metodycznym często popełnianym w takiej sytuacji staje się rezygnacja z poszczególnych ćwiczeń, co prowadzi do znaczącego zubożenia prezentowanego uczniowi materiału. Materiał językowy w nagraniach i wypowiedziach często bowiem zawiera nowe treści, przydatne na dalszych etapach realizacji materiału dydaktycznego, lub służy utrwaleniu materiału i ukazaniu nowych kontekstów zastosowania języka obcego. Nagrania i wypowiedzi często przedstawiają materiał językowy w sytuacjach komunikacyjnych, dialogowych, zawierają zwroty i wyrażenia niezbędne do codziennej komunikacji. W związku z tym:

1. Konieczne jest dostosowanie materiału językowego prezentowanego w formie nagrań i wypowiedzi. Przed lekcją języka obcego dziecko powinno otrzymać przygotowany handout, zawierający strukturę lekcji ze wskazaniem, które ćwiczenia wykonuje razem z klasą (np. kolorowanie, uzupełnianie liter, podpisywanie ilustracji), a które są dostosowane, np. klasa słucha nagrania, a uczeń wykonuje ćwiczenie oparte na materiale wizualnym prezentującym te same treści.
2. Ważne informacje powinny być kilkakrotnie powtarzane.
3. Do prezentacji słownictwa z nagrań i wypowiedzi – które na etapie nauczania wczesnoszkolnego ma charakter podstawowy, zawierający głównie rzeczowniki, czasowniki i przymiotniki – można wykorzystać ilustracje/flash cards, autorskie prezentacje PowerPoint, prezentacje dostępne w Internecie (krótkie filmiki, materiały ze stron internetowych dla dzieci, gier online, materiały dostępne na stronach wydawnictw językowych).
4. Dzieci uczące się czytać mogą odczytywać nowe słowa zapisane na dużych kartonach, zgodnie z metodyką czytania globalnego.
5. Dzieci czytające mogą odczytywać treść nagrania z tapescriptu, który jednak powinien być wydrukowany odpowiednio dużą czcionką.



6. Zamiast tradycyjnych nagrań audio można szukać materiałów zawierających nagrania wideo z dobrze widocznymi twarzami rozmówców, nagrania te powinny także mieć napisy.
7. Jeśli dziecko odczytuje mowę z ust, powinno mieć możliwość otrzymania po lekcji przygotowanej przez kogoś innego (innego ucznia, nauczyciela wspomagającego) notatki z lekcji.
8. Jeśli dziecko używa języka migowego, wskazane jest wykorzystanie znaków polskiego lub brytyjskiego/amerykańskiego języka migowego i napisów w języku angielskim.
9. Jeśli nauczyciel wykorzystuje elementy wizualne, daje czas uczniowi na zapoznanie się z nimi, a dopiero potem opisuje je/przekazuje treść zadania; uczeń z dysfunkcją słuchu nie jest w stanie jednocześnie oglądać materiał wizualny i czytać z ust wypowiedzi nauczyciela.
10. Wypowiedzi uczniów padające z różnych części klasy mogą nie być dobrze zrozumiane przez ucznia z dysfunkcją słuchu, ale nauczyciel – stojąc z przodu klasy – może powtórzyć je lub dokonać ich streszczenia.
11. Jeśli wypowiedź nauczyciela/ucznia nie została przez ucznia z dysfunkcją słuchu zrozumiana, można powtórzyć ją, używając łatwiejszych od odczytania na ustach synonimów.
12. Zadanie domowe powinno być zapisane na tablicy/w specjalnym zeszyte służącym do komunikowania się nauczyciela z rodzicami. Warto wcześniej przygotować wklejkę do zeszytu lub nawiązać komunikację z rodzicami poprzez dziennik elektroniczny/email (por. Domagała-Zyśk, 2013a, b; Karpińska-Szaj, 2013).

### *Prezentacja wiedzy i umiejętności przez ucznia*

Podstawową formą prezentacji wiedzy i umiejętności przez ucznia z dysfunkcją słuchu na lekcjach języka obcego są wypowiedzi pisemne, jednak jeśli tylko to jest możliwe, nie należy rezygnować z podejmowania prób mówienia w języku obcym. Od samego początku powinno się zwracać uwagę na wymowę. Nie koncentrując się jedynie na tych ćwiczeniach, należy jednak oczekiwać jak najbardziej poprawnej wymowy. Nawyki nabyte w pierwszych latach nauki języka utrwalają się bowiem i w późniejszym okresie trudno jest je zmienić. Wartościowa w tym zakresie może być współpraca z logopedą/surdologopedą, który wskaże, jakie ćwiczenia wymowy są dla dziecka możliwe do wykonania, a jakie nie.

Najważniejsze typy dostosowań w zakresie prezentacji wiedzy i kompetencji z języka obcego przez ucznia z dysfunkcją słuchu to:

1. Jeśli jest to możliwe, uczeń, który mówi w języku ojczystym, powinien mieć stworzone warunki do uczenia się mówienia w języku obcym.
2. Jeśli uczeń nie mówi w języku narodowym, prezentacja może dokonywać się w inny sposób, np. w formie plakatu/rysunku z napisami w języku obcym – mogą to być słowa, proste zdania, dłuższe wypowiedzi.
3. Kiedy uczeń chce mówić, ale jego wymowa jest w dużym stopniu zniekształcona i uniemożliwia zrozumienie, może prezentować wiedzę ustnie, łącząc to ze wsparciem wizualnym, np. zapisem poszczególnych słów, przygotowanym zapisu wypowiedzi, który inni uczniowie odczytują.

4. Uczeń może także zaprezentować swoją wiedzę (np. tłumaczenie czytanego tekstu) z wykorzystaniem znaków polskiego lub brytyjskiego/amerykańskiego języka migowego i napisów w języku angielskim.
5. W celu ćwiczenia sprawności komunikacyjnych można skorzystać z formy czatu/wypowiedzi w formie elektronicznej.

#### **Warunki zewnętrzne**

Zasady ULD są takie, że budynki i przestrzenie publiczne zostaną tak zaprojektowane, by mogły bez adaptacji i dostosowań służyć wszystkim. Nie zawsze jest to możliwe, ale w Polsce w dużym stopniu można dokonywać stosownych zmian, np.:

1. Jeśli w klasie zamontowana jest pętla induktofoniczna lub uczeń korzysta z systemu FM, nauczyciel powinien włączyć pętlę, sprawdzić, czy działa, a następnie używać przypiętego do ubrania mikrofonu.
2. Mikrofon do systemu FM lub pętli induktofonicznej powinien być także używany przez uczniów w czasie pracy w grupach (mała grupa może korzystać z jednego mikrofonu ustawionego centralnie na stole).
3. Klasa powinna pracować w pomieszczeniu wyciszonym, np. wykładziną, dywanem; należy także zadbać o redukcję niepotrzebnego hałasu – sala powinna być zlokalizowana w cichej części szkoły, nie naprzeciwko stołówki czy obok sali gimnastycznej, a krzesła i stoły zaopatrzone w filcowe/plastikowe ochraniacze redukujące hałas przy ich przesuwaniu.
4. Ławki w klasie powinny być ustawione w taki sposób, aby uczniowie widzieli nawzajem swoje twarze (w kręgu, w podkowie).
5. Liczba uczniów w klasie powinna być mniejsza.
6. W klasie powinien być zatrudniony nauczyciel wspomagający.
7. Uczniowie powinni zachowywać się cicho, wiedzieć, że hałas przeszkadza ich koledze/koleżance.
8. W czasie dyskusji/wspólnej pracy dzieci mają wiedzieć, że może mówić tylko jedna osoba.
9. W klasie nie ma wizualnych bodźców rozpraszających (np. zbyt kolorowych ścian, gazetek szkolnych umieszczonych z przodu klasy).
10. Nauczyciel i inni uczniowie mówią tak, aby ich twarz była widoczna dla ucznia z dysfunkcją słuchu.
11. Nauczyciel i uczniowie mówią wyraźnie, ale bez przesadnej artykulacji.
12. Można zasugerować, aby uczniowie słyszący pełnili na zmianę rolę „pomocników” ucznia z dysfunkcją słuchu, np. pomagając mu w śledzeniu toku lekcji; umożliwi to uczniom lepsze poznanie się, a uczniowi niesłyszącemu pomoże pełniej włączyć się do lekcji.
13. Dla większości uczniów łatwiejsze od słuchania płyt jest słuchanie czytanego przez nauczyciela tekstu – mogą wtedy obserwować jego twarz i czytać z ust, nauczyciel może czytać w wolniejszym tempie niż na nagraniu na płycie, wzmacniać przekaz elementami pozawerbalnymi (ruchem głowy, gestem dłoni, mimiką).
14. Uczeń powinien siedzieć w cichej części sali tak, aby dobrze widzieć nauczyciela, ale także móc odwrócić się do innych uczniów, którzy zabierają głos.

### Czas

Uczeń z dysfunkcją słuchu ma więcej czasu na wykonanie zadania zarówno w czasie pracy na lekcji, jak i w czasie testów/sprawdzianów. Gdy się zmęczy, ma możliwość korzystania z przerw śródlekcyjnych – odczytywanie mowy z ust, korzystanie z aparatu słuchowego w hałaśliwej klasie zwiększa znacząco poziom zmęczenia dziecka.

Jak wspomniano, dostosowania nie ingerują w zakres materiału, dotyczą jedynie formy prowadzenia zajęć. Gdy dysfunkcji słuchu towarzyszą inne trudności, np. obniżenie sprawności intelektualnych lub specyficzne trudności w uczeniu się, konieczne jest także zastosowanie modyfikacji programu nauczania. Modyfikacje te mogą dotyczyć: niewykorzystywania na zajęciach treści fakultatywnych, zmniejszenia liczby zadań wykonywanych na lekcji lub w ramach pracy domowej, możliwości przygotowania krótszych tekstów (mając na względzie językowe trudności osób z dysfunkcją słuchu), zmniejszenia ilości/długości zadań w testach i sprawdzaniach, pozwolenia na przygotowanie zadań domowych i innych prac w formatach alternatywnych, np. z wykorzystaniem prac plastycznych czy zastosowaniem języka migowego.

### Zakończenie

Uczniowie z dysfunkcją słuchu w większym stopniu niż inni uczniowie narażeni są na obniżenie poziomu motywacji do uczenia się, zachowania depresyjne, niechęć do szkoły i w efekcie niskie aspiracje edukacyjne. Istnieje więc konieczność zauważenia wczesnych symptomów trudności i zapewnienia uczniom – w razie potrzeby – wsparcia psychologicznego, pedagogicznego. Kolejnym zadaniem jest jednak także podjęcie odpowiednio dostosowanych działań dydaktycznych w zakresie poszczególnych przedmiotów i lekcji.

Język angielski może okazać się dla uczniów niesłyszących i słabosłyszących jednym z trudniejszych przedmiotów, ponieważ dotyka samej istoty dysfunkcji słuchu – trudności w nabywaniu języka. Badania w zakresie surdologlottodydaktyki prowadzone są intensywnie w ostatnich latach (Domagała-Zyśk, 2016; Domagała-Zyśk, Kontra, 2016), ale konieczne jest także intensywne bezpośrednie aplikowanie wiedzy akademickiej do praktyki dydaktycznej. Taki jest cel tego artykułu. Nie omówiono w nim wszystkich możliwych form i metod dostosowania, gdyż będą one nieco inne dla każdego ucznia z dysfunkcją słuchu. Potrzebna jest zatem nieustanna i twórcza praca nauczycieli surdologlottodydaktyków w kontakcie z konkretnym dzieckiem z dysfunkcją słuchu, aby wypracować własny zestaw skutecznych strategii i narzędzi dydaktycznych dostosowujących przekaz treści nauczania do specjalnych potrzeb edukacyjnych każdego ucznia z dysfunkcją słuchu.

### Bibliografia

- Domagała-Zyśk, E. (2013a). *Wielojęzyczni. Studenci niesłyszący i słabosłyszący w procesie uczenia się języków obcych*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Domagała- Zyśk, E. (red.). (2013b). *English as a Foreign Language for the Deaf and Hard of Hearing Persons in Europe*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

- Domagała-Zyśk, E. (2014). *Surdogłottodydaktyka. Lekcje i zajęcia językowe dla uczniów niesłyszących i słabosłyszących*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Domagała-Zyśk, E. (2015). Projektowanie uniwersalne w edukacji osób z wadą słuchu. W: M. Nowak, E. Stoch, B. Borowska (red.), *Z problematyki teatrologii i pedagogiki*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Domagała-Zyśk, E. (2016). Teaching english as a second language to deaf and hard-of-hearing students. W: M. Marschark, P.E. Spencer (red.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies in Language*. New York: Oxford University Press.
- Domagała-Zyśk, E., Karpińska-Szaj, K. (2011). *Uczeń z wadą słuchu w szkole ogólnodostępnej. Podstawy metodyki nauczania języków obcych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Domagała-Zyśk, E., Kontra, E.H. (red.). (2016). *English as a Foreign Language for Deaf and Hard-of-hearing Persons. Challenges and Strategies*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Karpińska-Szaj, K. (2013). *Nauczanie języków obcych uczniów z niepełnosprawnością w szkołach ogólnodostępnych*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Krakowiak, K. (2016). Propozycje zmian systemowych w zakresie kształcenia dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi spowodowanymi przez uszkodzenia słuchu (niesłyszących, słabosłyszących, niedosłyszących). *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2(32), 49–66.
- Rose, D.H., Harbour, W.S., Johnston, C.S., Daley, S.G., Abarbanell, L. (2006). Universal design for learning in post secondary education: Reflections on principles and their application. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 19, 2, 135–151.

## ADAPTING ENGLISH AS A FOREIGN LANGUAGE CLASSES TO THE NEEDS OF STUDENTS WITH HEARING IMPAIRMENTS IN EARLY ELEMENTARY EDUCATION

### Abstract

Increasingly, deaf and hard-of-hearing students are attending mainstream and integrated schools. It is necessary to provide a number of adaptations, sometimes modifications, of the teacher's instructional methods and forms for their education to be effective. The purpose of this article is to discuss the issue of adapting English as a Foreign Language classes in early elementary education to the needs of students with hearing impairments. Effective education in this area requires syllabuses, textbooks, and teaching resources that are developed in accordance with the principles of universal design for learning and then necessary adaptations and modifications that are planned on an individual basis following children's needs and abilities. The author suggests the principles of universal design for learning according to which foreign language instruction for students with hearing impairments should be planned. Due to the internal diversity of this group of students, not only methodological procedures should be individualized but also instructional forms and methods used during English classes as well as the methods of presenting instructional materials by the teacher or other students. In order to optimize the reception and transmission of content, appropriate external conditions that are adapted to individual students' perceptual and performance abilities need to be provided. Also, the diversity of ways in which students with hearing impairments present their knowledge and thus actively participate in classes is pointed out. Suggesting different adaptations, the author emphasizes the need to take care that instructional materials maintain their full substantive value.

**Key words:** deaf, hard-of-hearing, foreign language instruction, universal design in learning

## KATEGORIE POWAŻNEJ CHOROBY I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W NOWYM TESTAMENCIE – PERCEPCJA ISTOTY ORAZ WYMIARY INTERPRETACJI

Problematyka niepełnosprawności, chorób dotykających człowieka w jego ziemskim życiu od zarania dziejów wywoływała zróżnicowane – od negacji po akceptację – zainteresowanie społeczeństw w różnych epokach historycznych. Kwestie niepełnosprawności i choroby obecne są w wierzeniach i mitologiach ludów pierwotnych, w różnych nurtach religijnych, zarówno tych już nieistniejących, jak i tych, które są aktualne do dzisiaj. Stąd w treści tego artykułu podjęto analizę dylematu niepełnosprawności i ciężkiej choroby w przekazie przenikającym myśli, naukę i boskość ksiąg *Nowego Testamentu*.

**Słowa kluczowe:** niepełnosprawność, choroba, chrześcijaństwo, *Nowy Testament*, Ewangelia, cuda Jezusa Chrystusa

### Wprowadzenie

Zjawisko niepełnosprawności i poważnych schorzeń somatycznych istniało od początku dziejów ludzkości, od zawsze też przyciągało uwagę oraz zainteresowanie zdrowych i pełnosprawnych psychofizycznie członków społeczeństwa. Zasadniczo była to uwaga dualistyczna, lokująca się na kontinuum od zrozumienia i akceptacji, po odrzucenie, naznaczanie szans, identyfikację możliwości w perspektywie niewielkiej przydatności dla społeczeństwa z powodu generowania określonych sił i środków pomocowych oraz dawania niewiele w zamian strategiom cywilizacyjnego rozwoju. Dominowały przy tym tendencje negatywnych nastawień wobec osób chorych, z niepełnosprawnością, ich miejsca i roli w społeczeństwie uznanym za normalne.

Jeśli postawy negatywne były (i są) stosunkowo czytelne, jednoznaczne i klarowne co do emocjonalnego i behawioralnego zabarwienia komponentów konstruujących relacje między pełno- i niepełnosprawnymi (np. marginalizacja, wyłączenie z aktywnego życia społecznego, minimalizacja praw, często też pozbawianie prawa do życia), to postawy uznawane za pozytywne takiej czytelności i jednoznaczności nie miały (i nie mają do chwili obecnej). Są niezwykle zróżnicowane, korespondują z określonym typem niepełnosprawności oraz korelującymi z nim osobistymi i społecznymi konsekwencjami wykazywanych problemów funkcjonalnych.

Koncentrację na problemach ludzi chorych i niepełnosprawnych znajdujemy w działalności znanych lekarzy (Imhotep, Hipokrates, Asklepiades, Claudius Galenus, Avicenna, Paracelsus, Robert Koch, Ronald Ross, Pierre Paul Broca, Carl

Hugo, Wilhelm Ernst Wernicke i in.) (Dzierżanowski, 1983; Łyskanowski, 1979), myśliciele (Sokrates, Arystoteles, Demokryt, św. Franciszek, Denis Diderot, John Locke, Karol Wojtyła), pisarzy, poetów (William Szekspir, Hans Christian Andersen, Wilhelm Karl Grimm i Jacob Ludwig Grimm, Ignacy Krasicki, Lew Tołstoj, Konstanty Ildefons Gałczyński, Irena Kwintowa), malarzy (Antoni Brodawski, El Greco, Matthias Grünewald, Jan Matejko), w sztuce filmowej (*Żywot Mateusza, Człowiek słoń, Rain Man, Moja lewa stopa, Myszy i ludzie, Forrest Gump, Sam, Przyjaciel gangstera, Miłość Larsa, Ja też! Dzieci gorszego Boga*) (Stawicka, 2013).

Z konsekwencjami niepełnosprawności zmagali się ludzie wybitni, którym zawdzięczamy postęp naukowy, techniczny i społeczny, m.in.: Demokryt (filozof, podróżnik, naukowiec), Homer (poeta), Asklepiades (lekarz), Galius Druzus (prawnik), Didymus Aleksandryjski (nauczyciel), Francisco de Goya (malarz), Ludwig van Beethoven (kompozytor), Helena Keller (pisarka i działaczka społeczna), Albert Einstein (fizyk), Louis Braille (wynalazca pisma dla niewidomych), Ray Charles (piosenkarz i kompozytor), Eduard Degas (malarz), John Milton (poeta), Claude Monet (malarz), Horatio Nelson (brytyjski admirał), Franklin Delano Roosevelt (prezydent Stanów Zjednoczonych) (Sękowska, 1981; <http://pedagogikaspecjalna.tripod.com>). Kwestie poważnych schorzeń i niepełnosprawności obecne są w różnych religiach, zarówno tych już nieistniejących, jak i tych aktualnie wyznawanych. Niepełnosprawność dotykała wielu mitycznych bogów i pomniejszych bóstw (Sahaj, 2003). Na przykład w wierzeniach starożytnych Greków i Rzymian odnajdujemy postać Hefajstosa, boga ognia, kowali i złotników. Był on synem Zeusa i Hery, opiekunem rękodzielników (w mitologii rzymskiej jego odpowiednikiem jest Wulkan). Hefajstos był kulawy, ponieważ został zrzucony przez Zeusa z Olimpu na wyspę Lemnos, kiedy wstał się za matką wiszącą na tej górze. Wówczas to złamał nogę. Zaopiekowała się nim bogini morska Tetyda. Po dziewięciu latach na Olimp sprowadził Hefajstosa Dionizos – bóg wina. Żoną Hefajstosa została Afrodyta – bogini miłości, piękna, kwiatów, pożądania i płodności (Kosidowski, 2013).

W micie o Prometeuszu – jednym z tytanów, którego Zeus za pomoc ludziom kazał przywiązać do skał Kaukazu (inna wersja podaje wątek przytwierdzenia do pala) – mowa o tym, że codziennie o wschodzie Słońca przylatywał sęp (w innej wersji orzeł Ethon) i wyjadał Prometeuszowi wątrobę, która odrastała przez resztę dnia i w nocy (Garbart, 2013). Niepełnosprawny wzrokowo był Amor/Eros – rzymski/grecki bóg miłości, Horus – jednooczny i tracący wzrok podczas nowiu egipski bóg nieba, opiekun monarchii egipskiej (panujący faraon utożsamiał się z nim i przyjmował jego imię) czczony pod postacią sokoła lub człowieka z głową sokoła zwieńczoną tarczą słoneczną oraz jako dziecko z palcem w ustach. Również jednooczny Odyn (Odin) – najwyższy z bogów nordyckich, bóg wojny, wojowników, mądrości, poezji, magii, który poświęcił swoje jedno oko dla uzyskania mądrości (<https://pl.wikipedia.org>).

Niepełnosprawność wzrokowa dotykała także proroków i postaci biblijnych:

- biblijnego bohatera Samsona – trzeciego spośród Sędziów starożytnego Izraela opisanego w starotestamentowej Księdze Sędziów (13–16), choć niewymienionego w Koranie; był nazarejczykiem obdarzonym nadludzką siłą, którą wykorzystywał do walki z wrogami Izraela – Filistynami, dokonywał czynów

niemożliwych dla zwykłych ludzi: zabił lwa gołymi rękami, pokonał armię wroga osłą szczęką, siłą własnych mięśni zburzył budynek, został pojmany przez Filistynów, którzy wykłuli mu oczy, po oślepieniu uprowadzony do Gazy, skuty i zmuszony do pracy przy żarnach, wkrótce też zmarł (<https://pl.wikipedia.org>).

- Tejrezjasza (Tyrezjasz) – w mitologii greckiej wróżbita, prorok afiliowany przez Zeusa. Zobaczył dwa splecione węże w czasie godów. Uderzył je kijem i został przemieniony w kobietę. Bogowie ukarali go też ślepotą, chociaż są na ten temat różne wersje: za zdradzenie ludziom boskich tajemnic, za zaskoczenie Ateny nago w kąpeli – oślepienie przez boginię, za sprzeciwienie się zdaniu Hery. Hera i Zeus bowiem spierali się o to, kto jest bardziej skłonny ulegać pokusom miłości: mężczyzna czy kobieta. Wezwali więc na sędziego Tejrezjasza, ponieważ przez część swego życia był kobietą. Tejrezjasz miał to samo zdanie co Zeus, dlatego Hera sprawiła, że oślepl. Zeus z kolei uczynił go nieśmiertelnym i przyznał dar przewidywania przyszłości. Podczas wojny siedmiu przeciw Tebom zdradził Tebańczykom, iż warunkiem ich zwycięstwa jest śmierć syna Kreona, Megareusa. Potrafił wytłumaczyć powód klęsk nękających Teby pod rządami króla Edypa, przepowiadać przyszłość, rozumieć przeszłość oraz język ptaków. Nie potrafił jednak, z powodu ślepoty, wróżyć z lotu ptaków, co było częste w Grecji (Garbart, 2013).
- Świętego Pawła – apostoła, Żyda z Tarsu, świętego chrześcijańskiego zwanego Apostołem Narodów, męczennika; przypisuje się mu autorstwo 13 listów wchodzących w skład *Nowego Testamentu*. Św. Paweł chwilowo oślepl na skutek wizji, jednakże po kilku dniach odzyskał wzrok (<https://pl.wikipedia.org>).

W pismach judaistycznych i chrześcijańskich odnajdujemy również przekazy na temat identyfikacji stanu, sytuacji choroby i niepełnosprawności, ich istoty, rodzajów, konsekwencji, możliwości okazania pomocy osobom dotkniętym chorobą i niepełnosprawnością. Znana jest równocześnie działalność przedstawicieli Kościoła na rzecz edukacji i wychowania osób z niepełnosprawnością. To z ich inicjatywy, zarówno na świecie, jak i w Polsce, uruchomiano pierwsze instytucje kształcące niepełnosprawnych. Pierwszą szkołę dla osób z wadą słuchu założył w Paryżu w roku 1770 ks. Charles Michael de L'Épée, dla osób z wadą wzroku – Valentin Haüy – również w Paryżu, w roku 1784. W Polsce jedna z pierwszych szkół dla niesłyszących (Instytut Głuchoniemych w Warszawie) powstała z inicjatywy ks. Jakuba Falkowskiego w 1817 r. (Szczepankowski, 1999). W latach 1821–1824 ks. Falkowski podjął pierwsze próby kształcenia niewidomych, chociaż założycielem pierwszej szkoły dla niewidomych w 1842 r. (przy Instytucie Głuchoniemych w Warszawie) był ks. Józefat Szczygielski. Warto w tym miejscu wspomnieć o Towarzystwie Opieki nad Ociemniałymi, zainicjowanym przez matkę Elżbietę (Różę Czacką) – lata 1910–1911, które już w tym czasie prowadziło ognisko dla niewidomych kobiet z nauką koszykarstwa, plecionkarstwa i trykotarstwa, szkołę dla niewidomych chłopców, ochronkę dla małych niewidomych dzieci, schronisko dla niewidomych staruszek, sprawowało patronat nad niewidomymi rodzinami. W latach 1923–1926 zakłady Towarzystwa przeniesiono do Lasek (Sękowska, 1981).

Na podstawie dotychczas prowadzonego dyskursu można postawić pytanie, w jaki sposób w *Nowym Testamencie*, w Ewangeliach świętych: Mateusza, Marka,

Łukasza i Jana prezentowane są opisy oraz percepcje osób chorych i niepełnosprawnych, ich problemów, możliwości okazania im adekwatnej do potrzeb i sytuacji życiowej pomocy ze strony Boga, Syna Bożego Jezusa Chrystusa oraz ludzi w formie symbolicznej, w przenośni (np. symbolika trądu, opętania, ślepoty, cudownego uzdrowienia, wskrzeszenia z martwych), pozwalającej na wieloznaczną interpretację, i to zasadniczo z ludzkiego punktu widzenia. Syn Boży Jezus Chrystus bowiem nigdy nie uzdrawiał dla jakiegoś własnego celu. W wielu scenach *Nowego Testamentu* zabrania uzdrowionym mówić o sobie i o tym, czego dla nich dokonał. Nigdy nie chciał, aby postrzegać Go i nazywać „znachorem”, „cudotwórcą”, a Synem Bożym i Zbawicielem, którego ziemską misją jest śmierć na krzyżu w imię zbawienia ludzi i zmartwychwstanie jako Syna Bożego.

Analizując stosunkowo ogólnie kwestię wizji niepełnosprawności w *Nowym Testamencie*, można dokonać ich pogrupowania na kilka niejednoznacznych i równocześnie spójnych, łączących się między sobą kategorii, tj. jako: 1) symbolu Bożego Miłosierdzia nad niedoskonałością bytu ludzkiego, ludzką skłonnością do grzechu, słabości ducha i ciała oraz kruchości życia człowieka; 2) możliwy dowód na cud odzyskania sprawności; 3) możliwy dowód na cud uzdrowienia z przewlekłej i/lub nieuleczalnej choroby; 4) możliwy dowód na cud wskrzeszenia/wskrzeszenia zmarłych/z martwych; 5) dowód na rolę wiary i nadziei na odzyskanie zdrowia i sprawności; 6) dowód na istnienie Boga i życie wieczne.

### **Niepełnosprawność jako symbol Bożego Miłosierdzia nad niedoskonałością bytu ludzkiego, ludzką skłonnością do grzechu, słabości ducha i ciała oraz kruchości życia człowieka**

Aspekt postrzegania choroby i niepełnosprawności jako symbolu niedoskonałości bytu ludzkiego, ludzkiej skłonności do grzechu, słabości ducha i ciała oraz kruchości życia człowieka znajdujemy w wielu przypowieściach *Nowego Testamentu*, np. w przypowieści *Uzdrowienie trędowatego – Ewangelia św. Mateusza (Pismo Święte... 2012, s. 1318)*: „(...) A oto podszedł trędowaty i upadł przed Nim mówiąc: «Panie, jeśli chcesz, możesz mnie oczyścić». [Jezus] wyciągnął rękę, dotknął go i rzekł: «Chcę, bądź oczyszczony!». I natychmiast został oczyszczony z trądu. Jezus powiedział do niego: «Uważaj, nie mów [o tym] nikomu, ale idź, pokaż się kapłanowi i złóż ofiarę, którą przepisał Mojżesz, na świadectwo dla nich». Także w *Ewangelii św. Marka – Uzdrowienie trędowatego (tamże, s. 1351)* oraz w *Ewangelii św. Łukasza (tamże, s. 1382)*.

Podobnie przypowieść *Dwaj opętani – Ewangelia św. Mateusza (tamże, s. 1319)*: „A gdy przybył na drugi brzeg do kraju Gadareńczyków, wyszli Mu naprzeciw z grobowców dwaj opętani, tak bardzo niebezpieczni, że nikt nie mógł przejść tamtą drogą. Zaczęli krzyknąć: «Czego chcesz od nas, Jezusie, Synu Boży? Przyszedłeś tu przed czasem dręczyć nas?». A opodał nich pasła się duża trzoda świń. Złe duchy zaczęły Go prosić: «Jeżeli nas wyrzucasz, to poślij nas w tę trzodę świń». Rzekł do nich: «Idźcie!». Wyszły więc i weszły w świnię. I naraz cała trzoda ruszyła pędem po urwistym zboczach do jeziora i zginęła w wodach. Pasterze zaś uciekli i przyszedłszy do miasta, rozpowiedzieli wszystko, a także zdarzenie z opętanymi. Wtedy całe miasto wyszło na spotkanie Jezusa; a gdy Go ujrzeli, prosili, żeby opuścił ich granice”(...).



*Ewangelia św. Marka* (tamże, s. 1355) oraz *Ewangelia św. Łukasza* (tamże, s. 1387) podaje przypowieść *Uzdrowienie opętanego*: „Przybyli na drugą stronę jeziora do krainy Garazeńczyków. Gdy wysiadł z łodzi zaraz wyszedł Mu naprzeciw z grobowców człowiek opętany przez ducha nieczystego. Mieszkał on stale w grobowcach i nikt już nawet łańcuchem nie mógł go związać. (...) Skoro z daleka ujrzął Jezusa, przybiegł, oddał Mu pokłon i zawołał w niebogłosy: «Czego chcesz ode mnie Jezusie, Synu Boga najwyższego? Zaklinam Cię na Boga, nie dręcz mnie!». Powiedział mu bowiem: «Wyjdź duchu nieczysty z tego człowieka». (...) A pasła się tam na górze wielka trzoda świń. Prosiły Go więc [złe duchy]: «Poślij nas w świnie, żebyśmy mogli w nie wejść». I pozwolił im. (...) Gdy wsiadł do łodzi, prosił Go opętany, żeby mógł z Nim zostać. Ale nie zgodził się na to, tylko rzekł do niego: «Wracaj do domu, do swoich, i opowiedz im wszystko, co Pan ci uczynił i jak ulitował się nad tobą»” (...).

*Ewangelia św. Marka* (tamże, s. 1351), a także *Ewangelia św. Łukasza* (tamże, s. 1381) przedstawia przypowieść *Uzdrowienie opętanego*: „Był właśnie w ich synagodze człowiek opętany przez ducha nieczystego. Zaczął on wołać: «Czego chcesz od nas, Jezusie Nazarejczyku? Przyszedłeś nas zgubić. Wiem, kto jesteś: Święty Boga». Lecz Jezus rozkazał mu surowo: «Milcz i wyjdź z niego»” (...).

*Ewangelia św. Mateusza* (tamże, s. 1320) w przypowieści *Uzdrowienie opętanego i chorych* podaje natomiast: „(...) oto przyprowadzono Mu opętanego niemowę. Po wyrzuceniu złego ducha niemy odzyskał mowę, a tłumy pełne podziwu wołały: «Jeszcze się nigdy nic podobnego nie pojawiło w Izraelu!». Lecz faryzeusze mówili: «Wyrzuca złe duchy mocą ich przywódcy»” (...).

Przypowieść *W domu Piotra. Liczne uzdrowienia z Ewangelii św. Mateusza* (tamże, s. 1319, jak również *Ewangelii św. Marka – W domu Piotra*, tamże, s. 1351; *Ewangelii św. Łukasza – W domu Piotra*, tamże, s. 1381): „A gdy Jezus przyszedł do domu Piotra, ujrzął jego teściową, leżącą w gorączce. Ujął ją za rękę, a gorączka ją opuściła. Potem powstała i służywała Mu. Z nastaniem wieczora przyprowadzono Mu wielu opętanych. On słowem wypędził [złe] duchy i wszystkich chorych uzdrowił. Tak oto spełniło się słowo proroka Izajasza: «On przyjął nasze słabości i dźwignął choroby»”.

I przypowieść *Uzdrowienie w szabat*: „(...) wszedł do ich synagogi. A [był tam] człowiek, który miał uschłą rękę. Zapytali Go, by móc Go oskarżyć: «Czy wolno uzdrawiać w szabat?». Lecz On im odpowiedział: «Kto z was, jedną owcę, i ta mu wpadnie do dołu w szabat, nie chwyci i nie wyciągnie jej? O ileż ważniejszy jest człowiek niż owca! Tak więc wolno jest w szabat dobrze czynić». Wtedy rzekł do owego człowieka: «Wyciągnij rękę!». Wyciągnął, i stała się znów tak zdrowa jak druga. (...)” (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1324; *Ewangelia św. Marka*, tamże, s. 1352–1353; *Ewangelia św. Łukasza – Uzdrowienie w szabat*, tamże, s. 1383).

Przypowieść *Wiara kobiety kananejskiej*: „(...) A oto kobieta kananejska (...) wołała: «Ulituuj się nade mną Panie, Synu Dawida! Moja córka jest ciężko nękana przez złego ducha». Lecz On nie odezwał się do niej ani słowem. Na to podeszli Jego uczniowie i prosili Go: «Odpraw ją, bo krzyczy za nami». Lecz On odpowiedział: «Jestem posłany tylko do owiec, które poginęły z domu Izraela». A ona przysła, padła Mu do nóg i prosiła: «Panie, dopomóż mi». (...) Wtedy Jezus jej powiedział: «O niewiasto, wielka jest twoja wiara; niech ci się stanie, jak pragniesz!». Od tej chwili jej córka była zdrowa” (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1329).

W *Ewangelii św. Mateusza* (tamże, s. 1313), w części *Przygotowanie do działalności Jezusa*, w punkcie *Dalsza działalność Jezusa* napisano: „I obchodził Jezus całą Galileę, nauczając w tamtejszych synagogach, głosząc Ewangelię o królestwie i lecząc wszystkie choroby i wszystkie słabości wśród ludu. A wieść o Nim rozeszła się po całej Syrii. Przynoszono więc do Niego wszystkich cierpiących, których nękały rozmaite choroby i dolegliwości: opętanych, epileptyków i paralityków. A On ich uzdrawiał” (...).

W *Ewangelii św. Jana* (tamże, s. 1421) z kolei przedstawiona jest przypowieść *Uzdrowienie chromego przy sadzawce*: „Potem było święto żydowskie i Jezus udał się do Jerozolimy. W Jerozolimie zaś jest przy Owczej [Bramie] sadzawka (...). Leżało w niej mnóstwo chorych: niewidomych, chromych sparaliżowanych. Znajdował się tam pewien człowiek, który od lat trzydziestu ośmiu cierpiał na swoją chorobę. Gdy Jezus ujrzał go leżącego i poznał, że czeka już dłuższy czas, rzekł do niego: «Czy chcesz wyzdrowieć?». Odpowiedział Mu chory: «Panie, nie mam człowieka, aby mnie wprowadził do sadzawki, gdy nastąpi poruszenie wody. W czasie kiedy ja dochodzę, inny wstępuje przede mną». Rzekł do niego Jezus: «Stań, weź swoje nosze i chodź!». Natychmiast wyzdrowiał ów człowiek, wziął swoje nosze i chodził. (...) Potem Jezus znalazł go w świątyni i rzekł do niego: «Oto wyzdrowiałeś. Nie grzesz już więcej, aby ci się coś gorszego nie przydarzyło». I dlatego Żydzi prześladowali Jezusa, że czynił takie rzeczy w szabat” (...).

W przypowieści przedstawionej w *Ewangelii św. Marka – Liczne uzdrowienia* (tamże, s. 1351) oraz *Ewangelii św. Łukasza – Napływ tłumów* (tamże, s. 1383) napisano: natomiast „(...) przynosili do Niego wszystkich chorych i opętanych. (...) Uzdrowił wielu dotkniętych rozmaitymi chorobami i wiele złych duchów wyrzucił, lecz nie pozwalał złym duchom mówić, ponieważ Go znali”.

### Niepełnosprawność jako możliwy dowód na cud odzyskania sprawności

Obraz i wizja niepełnosprawności w perspektywie ewentualnego cudu odzyskania sprawności dzięki wierze, nadziei i woli Boga oraz efektu prawdziwej, głębokiej, szczerzej prośby skierowanej do Boga, aby tak się stało, obecne są w przypowieściach *Nowego Testamentu*.

Przypowieść *Uzdrowieni nad Jerychem*: „Gdy wychodzili z Jerycha, towarzyszył Mu wielki tłum. A oto dwaj niewidomi, którzy siedzieli przy drodze, słysząc, że Jezus przechodzi, zaczęli wołać: «Panie, ulituj się nad nami, Synu Dawida!». Tłum nastawał na nich, żeby umilkli; lecz oni jeszcze głośniej wołali: «Panie, ulituj się nad nami, Synu Dawida!». Odpowiedzieli Mu: «Panie, żeby się otworzyły nasze oczy». Jezus więc, zdjęty litością, dotknął ich oczu, a natychmiast przejrzeni i poszli za Nim” (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1335).

Przypowieść *Jezus w świątyni*: „(...) W świątyni podeszli do Niego niewidomi i chromi, i uzdrowił ich” (...). (tamże, s. 1336).

Przypowieść z *Ewangelii św. Marka – Uzdrowienie niewidomego*: „(...) Tam przyprowadzili Mu niewidomego i prosili, żeby się go dotknął. On ujął niewidomego za rękę i wyprowadził go poza wieś. Zwilżył mu oczy śliną, położył na niego ręce i zapytał: «Czy coś widzisz?». A gdy [ten] przejrzał, powiedział: «Widzę ludzi, bo gdy chodzą, dostrzegam [ich] niby drzewa». Potem znowu położył

ręce na jego oczy. I przejrzał [on] zupełnie, i został uzdrowiony; wszystko teraz widział jasno i wyraźnie" (...). (tamże, s. 1359–1360).

Przypowieść *Uzdrowienie głuchoniemego* (*Ewangelia św. Marka*, tamże, s. 1359; również *Ewangelia św. Mateusza – Uzdrowienie opętanego i chorych*, tamże, s. 1320): „(...) Przeprowadzili Mu głuchoniemego i prosili Go, żeby położył na niego rękę. On wziął go na bok, z dala od tłumu, włożył palce w jego uszy i śliną dotknął mu języka; a spojrzawszy w niebo, westchnął i rzekł do niego: «*Effatha*», to znaczy: Otwórz się! Zaraz otworzyły się jego uszy, więzy języka się rozwiązały i mógł prawidłowo mówić" (...).

### Niepełnosprawność jako możliwy dowód na cud uzdrowienia z przewlekłej i/lub nieuleczalnej choroby

Na stronach *Nowego Testamentu* widnieje kontekstowy, ale równocześnie prosty i zrozumiały przekaz o istocie choroby przewlekłej i/lub terminalnej oraz możliwości cudownego uzdrowienia i wierze, że tak też może się stać. Bóg bowiem ma moc, za przyczyną nieograniczonej władzy nad światem i człowiekiem oraz swojej Boskiej woli, to właśnie uczynić.

Zasygnalizowana percepcja ma swoją egzemplifikację w kilku przypowieściach, jak np. *Uzdrowienie opętanego i chorych* (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1320): „(...) Tak Jezus obchodził wszystkie miasta i wioski. Nauczał w tamtejszych synagogach, głosił Ewangelię o królestwie i leczył wszystkie choroby i wszystkie słabości. A widząc tłumy litował się nad nimi, bo byli znękani i porzuceni jak owce niemające pasterza" (...).

W przypowieści *Uzdrowienia w Genezaret* (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1328, a także w *Ewangelii św. Marka – Uzdrowienia w ziemi Genezaret*, tamże, s. 1357–1358): „Gdy się przeprawili, przyszli do ziemi Genezaret. Ludzie miejscowi, poznawszy Go, posłali po całej tamtejszej okolicy i znieśli do Niego wszystkich chorych, prosząc, żeby [ci] przynajmniej frędzli Jego płaszcz mogli się dotknąć; a wszyscy, którzy się Go dotknęli, zostali uzdrowieni”.

Również w przypowieści *Uzdrowienia nad jeziorem*: „(...) i przyszedł nad jezioro Galilejskie. Wszedł na górę i tam siedział. I przyszły do Niego wielkie tłumy, mając z sobą chorych, ułomnych, niewidomych, niemych i wielu innych, i położyli ich u Jego stóp, a On ich uzdrowił. Tłumy zdumiewały się, widząc, że niemi mówią, ułomni są zdrowi, chromi chodzą, niewidomi widzą" (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1329).

Przypowieść *Córka Jaira i kobieta cierpiąca na krwotok* (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1320 oraz *Ewangelia św. Marka – Córka Jaira*, tamże, s. 1356, *Ewangelia św. Łukasza – Kobieta cierpiąca na krwotok*, tamże, s. 1388): „(...) Wtem jakaś kobieta, która dwanaście lat cierpiała na krwotok, podeszła z tyłu i dotknęła się frędzli Jego płaszcz. Mówiła bowiem sobie: Żebym choć dotknęła płaszcz, a będę zdrowa. Jezus obrócił się i widząc ją, rzekł: «*Ufaj, córko! Twoja wiara cię ocaliła*». I od tej chwili kobieta była zdrowa”.

*Ewangelia św. Łukasza* (tamże, s. 1397) przywołuje przypowieść *Nowe uzdrowienie w szabat*: „Gdy Jezus przyszedł do domu pewnego przywódcy faryzeuszów, aby w szabat spożyć posiłek, oni Go śledzili. A oto zjawił się przed Nim pewien chory człowiek na wodną puchlinę. (...) On zaś dotknął go, uzdrowił i odprawił" (...).

Zaś *Ewangelia św. Jana* (tamże, s. 1421) podaje przypowieść *Uzdrowienie syna dworzanina*: „Następnie przybył powtórnie do Kany Galilejskiej. (...) A był w Kafarnaum pewien urzędnik królewski, którego syn chorował. Usłyszawszy, że Jezus przybył z Judei do Galilei, udał się do Niego z prośbą, aby przyszedł i uzdrowił jego syna, był on już bowiem umierający. Jezus rzekł do niego: «Jeżeli nie zobaczycie znaków i cudów, nie uwierzycie». Powiedział do Niego urzędnik królewski: «Panie, przyjdź, zanim umrze moje dziecko». Rzekł do niego Jezus: «Idź, syn twój żyje». Uwierzył człowiek w słowa, które Jezus powiedział do niego, i poszedł. A kiedy był jeszcze w drodze, słudzy wyszli mu naprzeciw, mówiąc, że syn jego żyje. (...) Poznał więc ojciec, że było to o tej godzinie, kiedy Jezus rzekł do niego: «Syn twój żyje». I uwierzył on sam i cała jego rodzina” (...).

### **Niepełnosprawność i poważna, śmiertelna choroba jako możliwy dowód na cud wskrzeszania/wskrzeszenia zmarłych/z martwych**

W *Nowym Testamencie* niepełnosprawność, poważna, a tym bardziej śmiertelna choroba stanowią możliwy dowód na to, że Bóg ma moc wskrzeszania zmarłych, przywracania im ziemskiego życia. Dowodów na to jest kilka. Między innymi w przypowieści *Córka Jaira i kobieta cierpiąca na krwotok* (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1320, jak również *Ewangelia św. Marka*, tamże, s. 1355–1356, *Ewangelia św. Łukasza – Kobieta cierpiąca na krwotok*, tamże, s. 1388): „(...) oto przyszedł do Niego pewien zwierzchnik [synagogi] i oddając Mu pokłon, prosił: «Panie, moja córka dopiero co zmarła, lecz przyjdź i połóż na nią rękę, a żyć będzie». Jezus wstał i wraz z uczniami poszedł za nim. (...) Gdy Jezus przyszedł do domu zwierzchnika i zobaczył fletnistów oraz tłum zgłębliwy, rzekł: «Odsuńcie się, bo dziewczynka nie zmarła, tylko śpi». A oni wyśmiewali Go. Skoro jednak usunięto tłum, wszedł i ujął ją za rękę, a dziewczynka wstała”.

W *Ewangelii św. Łukasza* (tamże, s. 1388) znajdujemy nieco inną przypowieść na ten temat (*Córka Jaira*): „Gdy On jeszcze mówił, przyszedł ktoś z domu przełożonego synagogi i oznajmił: «Twoja córka zmarła, nie trudź już Nauczyciela!». Lecz Jezus, słysząc to, rzekł: «Nie bój się! Wierz tylko, a będzie ocalona». Gdy przyszedł do domu (...) rzekł: «Nie płaczcie, bo ona nie zmarła, tylko śpi». I wyśmiewali Go, wiedząc, że zmarła. On zaś, ująwszy ją za rękę, rzekł głośno: «dziewczynko, wstań!». Duch jej powrócił i zaraz wstała. Polecił też, aby jej dano jeść” (...).

W przypowieści z *Ewangelii św. Jana – Wskrzeszenie Łazarza* (tamże, s. 1431): „Był pewien chory, Łazarz z Betanii. (...) Łazarz chorował. Siostry zatem przesyłały do Niego [Jezusa] wiadomość: «Panie, oto choruje ten, którego Ty kochasz». Jezus, usłyszawszy to, rzekł: «Choroba ta nie zmierza ku śmierci, ale ku chwale Bożej, aby dzięki niej Syn Boży został otoczony chwałą». (...) Gdy postyszał o jego chorobie, pozostał przez dwa dni tam, gdzie przebywał. Dopiero potem powiedział do swoich uczniów: «Chodźmy znów do Judei». (...) następnie rzekł do nich: «Łazarz, przyjaciel nasz, zasnął, lecz idę go obudzić». (...) «Łazarz zmarł, ale raduję się, że Mnie tam nie było, ze względu na was, abyście uwierzyli. Lecz chodźmy do niego». (...) Kiedy Jezus tam przybył, zastał Łazarza już od czterech dni spoczywającego w grobie. (...) Kiedy więc Marta [przyp. aut. – siostra Łazarza] dowiedziała się, że Jezus nadchodzi, wyszła Mu na spotkanie. (...)

rzekła do Jezusa: «Panie, gdybyś tu był, mój brat by nie umarł. Lecz i teraz wiem, że Bóg da Ci wszystko, o cokolwiek byś prosił Boga». Rzekł do niej Jezus: «Brat twój zmartwychwstanie». Marta Mu odrzekła: «Wiem, że powstanie z martwych w czasie zmartwychwstania w dniu ostatecznym». Powiedział do niej Jezus: «Ja jestem zmartwychwstaniem i życiem. Kto we Mnie wierzy, to choćby umarł, żyć będzie. Każdy, kto żyje i wierzy we Mnie, nie umrze na wieki. Wierzysz w to?» Odpowiedziała Mu: «Tak, Panie! Ja mocno wierzę, że Ty jesteś Mesjasz, Syn Boży, który miał przyjść na świat». (...) Jezus, ponownie okazując głębokie wzruszenie, podszedł do grobu. (...) Jezus powiedział: «Usuńcie kamień!» (...) zawołał doniosłym głosem: «Łazarzu wyjdź na zewnątrz!». I wyszedł zmarły, mając ręce i nogi powiązane opaskami, a twarz jego była owinięta chustą. Rzekł do nich Jezus: «Rozwiążcie go i pozwólcie mu chodzić».

### **Niepełnosprawność i poważna choroba jako dowód na rolę wiary i nadziei na odzyskanie zdrowia i sprawności**

Dowody na percepcję choroby i niepełnosprawności w kategoriach wiary i niczym nieograniczonej nadziei na odzyskanie zdrowia i sprawności podano, poza wieloma już zrelacjonowanymi, także w przypowieści *Setnik z Kafarnaum*: „Gdy [Jezus] wszedł do Kafarnaum, zwrócił się do Niego setnik i prosił Go, mówiąc: «Panie, sługa mój leży w domu sparaliżowany i bardzo cierpi». Rzekł mu Jezus: «Przyjdę i uzdrowię go». Lecz setnik odpowiedział: «Panie, nie jestem godzien, abys wszedł pod dach mój, ale powiedz tylko słowo, a mój sługa odzyska zdrowie» (...). Gdy Jezus to usłyszał, zdziwił się i rzekł do tych, którzy szli za nim: «Zaprawdę powiadam wam: U niego w Izraelu nie znalazłem tak wielkiej wiary. (...) Do setnika zaś Jezus rzekł: «Idź, niech ci się stanie, jak uwierzyłeś». I o tej godzinie jego sługa odzyskał zdrowie” (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1318).

W przypowieści *Uzdrowienie dwóch niewidomych – Ewangelia św. Mateusza* (tamże, s. 1320): „(...) ruszyli za Nim dwaj niewidomi, którzy wołali głośno: «Ulityj się nad nami Synu Dawida!». Gdy wszedł do domu, niewidomi przystąpili do Niego, a Jezus ich zapytał: «Wierzycie, że mogę to uczynić?». Oni odpowiedzieli Mu: «tak, Panie!». Wtedy dotknął ich oczu, mówiąc: «Według wiary waszej niech wam się stanie». I otworzyły się ich oczy (...)

Przypowieści z *Ewangelii św. Mateusza* (tamże, s. 1363) (oraz *Ewangelii św. Łukasza – Niewidomy pod Jerychem*, tamże, s. 1403, *Ewangelii św. Jana – Uzdrowienie niewidomego od urodzenia*, tamże, s. 1428–1429) *Niewidomy pod Jerychem*: Tak przyszli do Jerycha. Gdy wraz z uczniami i sporym tłumem wchodzili do Jerycha, niewidomy żebrak, Bartymeusz, syn Tymeusza, siedział przy drodze. A słysząc, że to Jezus z Nazaretu, zaczął wołać: «Jezusie, Synu Dawida, ulituj się nade mną!». Wielu nastawało na niego, żeby umilkł. Lecz on jeszcze głośniej wołał: «Synu Dawida, ulituj się nade mną!». Jezus przystanął i rzekł: «Zawołajcie go». I przywołali niewidomego (...). A Jezus przemówił do niego: «Co chcesz, abym ci uczynił?». Powiedział Mu niewidomy: «*Rabbuni*, żebyś przejrzał». Jezus mu rzekł: «Idź, twoja wiara cię uzdrowiła». Natychmiast przejrzał i szedł za Nim drogą”.

Jeśli chodzi o tę przypowieść (ale i inne związane z uszkodzeniem wzroku), to bez wątpienia należy podkreślić, że słowa Jezusa Chrystusa dobitnie i wprost

negują powszechny, przekazywany przez wieki w sposób nieprawdziwy pogląd, iż niepełnosprawność wzrokowa jest wynikiem kary za grzechy własne, rodziców lub bardziej odległych przodków. Problem „ślepoty” identyfikuje przecież ze stanem umysłu ludzkiego, czystością i pięknem ludzkiej duszy, wartością prezentowanej postawy oraz przejawianego zachowania wobec drugiej osoby (bliźniego) i siebie samego. Można bowiem być niewidomym i widzieć, jak również widzącym i nie widzieć prawdy o sensie życia człowieka oraz jego ludzkiego oraz boskiego wymiaru.

W przypowieści *Uzdrowienie epileptyka* (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1331, a także *Ewangelia św. Marka – Uzdrowienie epileptyka*, tamże, s. 1361, *Ewangelia św. Łukasza*, tamże, s. 1390): „(...) podszedł do Niego pewien człowiek i padając przed Nim na kolana, prosił: «Panie, zlituj się nad moim synem! Jest epileptykiem i bardzo cierpi; bo często wpada w ogień, a często w wodę. Przeprowadziłem go do Twoich uczniów, lecz nie mogli go uzdrowić». Na to Jezus odrzekł: «O plemię niewierne i przewrotne! Jak długo jeszcze mam być z wami; jak długo mam was znosić? Przeprowadźcie Mi go tutaj!». Jezus rozkazał mu surowo, i zły duch opuścił go. Od tej pory chłopiec odzyskał zdrowie (...)”.

Przypowieść z *Ewangelii św. Łukasza – Wdzięczny Samarytanin* (tamże, s. 1401): „Zmierzając do Jeruzalem, przechodził przez pogranicze Samarii i Galilei. Gdy wchodzili do pewnej wsi, wyszło naprzeciw Niego dziesięciu trędowatych. Zatrzymali się z daleka i głośno zawołali: «Jezusie, Mistrzu, ulituj się nad nami!». Na ten widok rzekł do nich: «Idźcie, pokażcie się kapłanom!». A gdy szli, zostali oczyszczeni. Wtedy jeden z nich, widząc, że jest uzdrowiony, wrócił, chwając Boga donośnym głosem, padł na twarz u Jego nóg i dziękował Mu. A był to Samarytanin (...)”.

### Niepełnosprawność jako dowód na istnienie Boga i życie wieczne

Kategoria niepełnosprawności w *Nowym Testamencie* identyfikowana jest także jako przemożny, przemawiający do serc i dusz ludzkich oraz ludzkiego rozumu i wiary, dowód na istnienie Boga i życie wieczne po przejściu przez ziemską drogę bytu człowieczego. Symbolikę tej kategorii odnajdujemy w wielu przypowieściach.

W przypowieści z *Ewangelii św. Łukasza* (tamże, s. 1396): „Nauczał raz w szabat w jednej z synagog. A była tam kobieta, która od siedemnastu lat miała ducha niemocy: była pochylona i w żaden sposób nie mogła się wyprostować. Gdy Jezus ją zobaczył, przywołał ją i rzekł do niej: «Niewiasto, jesteś wolna od swej niemocy». Położył na nią ręce, a natychmiast wyprostowała się i chwaliła Boga (...)”.

W przypowieści *Uzdrowienie paralityka* (*Ewangelia św. Mateusza*, tamże, s. 1319 oraz *Ewangelia św. Marka*, tamże, s. 1351–1352): „(...) A oto przynieśli Mu paralityka leżącego na łożu. Jezus, widząc ich wiarę, rzekł do paralityka: «Ufaj synu! Odpuszczone są ci twoje grzechy». Na to pomyśleli niektórzy z uczonych w Piśmie: On bluźni. A Jezus, znając ich myśli, rzekł: «Dlaczego złe myśli nurtują w waszych sercach? Cóż bowiem łatwiej jest powiedzieć: Odpuszczone są ci twoje grzechy czy też powiedzieć: Wstań i chodź! Oto żebyście wiedzieli, iż Syn Człowieczy ma na ziemi władzę odpuszczania grzechów – rzekł do paralityka: Wstań, weź swoje łoże i idź do swego domu!». On wstał i poszedł do domu. A tłumy ogarnął lęk na ten widok, i wielbiły Boga, który takiej mocy udzielił ludziom”.

Cud uzdrowienia paralityka opisuje również *Ewangelia św. Łukasza* w przypowieści *Uzdrowienie paralityka* (tamże, s. 1383): „Pewnego dnia, gdy nauczał, siedzieli faryzeusze i uczeni w Prawie, którzy przyszli ze wszystkich miejscowości Galilei, Judei i z Jeruzalem. A była w Nim moc Pańska, tak że mógł uzdrawiać. Wtem jacyś mężczyźni, niosąc na łożu człowieka, który był sparaliżowany, starali się go wnieść i położyć przed Nim. Nie mogąc w żaden sposób go przenieść z powodu tłumu, weszli na płaski dach i przez powałę spuścili go wraz z łożem na sam środek, przed Jezusa. On widząc ich wiarę, rzekł: «Człowieku, odpuszczone są ci twoje grzechy. (...) rzekł do sparaliżowanego: Mówię ci, wstań, weź swoje łożo i idź do domu!». I natychmiast wstał wobec nich, wziął łożo, na którym leżał, i poszedł do swego domu, wielbiąc Boga” (...).

Swoistym podsumowaniem myśli kreślących kwestie relacji niepełnosprawności z Bogiem i Bożym Miłosierdziem jest przypowieść *Poselstwo Jana Chrzciciela*, wskazująca boską istotę Jezusa Chrystusa. W *Ewangelii św. Mateusza (Pismo Święte ... 1982, s. 45–46)* podana jest następująco: „Tymczasem Jan, skoro usłyszał w więzieniu o czynach Chrystusa, posłał swoich uczniów z zapytaniem: «Czy Ty jesteś Tym, który ma przyjść, czy też innego mamy oczekiwać?». Jezus im odpowiedział: «Idźcie i oznajmijcie Janowi to, co słyszycie i na co patrzycie: niewidomi wzrok odzyskują, chromi chodzą, trędowaci doznają oczyszczenia, głusi słyszą, umarli zmartwychwstają, ubogim głosi się Ewangelię. A błogosławiony jest ten, kto we Mnie nie zwątpi»”.

## Zakończenie

Celem prezentowanego artykułu nie jest podważenie intencji zawartych na stronach *Nowego Testamentu*, wskazanie standardowego, naznaczonego stereotypami, a tym bardziej nienaukowego, ludycznego, definiowanego siłami nadprzyrodzonymi, przyrodą, kosmosem, metafizyką i naturą podejścia do problemu poważnej choroby i niepełnosprawności. Także egzemplifikacja tradycyjnej terminologii, stanu wiedzy o różnorodnych schorzeniach i niepełnosprawności ponad dwa tysiące lat wstecz. Podobnie mitologizacja, mistyfikacja czy ateizacja problematyki niepełnosprawności oraz poważnych chorób dotykających ludzi. Rzeczywisty cel to pokazanie, że analizowany dylemat posiada wielokrotne przywołanie, ogromną kontekstową głębię, służy wyjaśnieniu Boskiej wszechmocy, niewyobrażalnego miłosierdzia, nieograniczonych możliwości woli Bożej. Ponadto ukierunkowanie na znaczenie wiary, nadziei i celowości życia ludzi, sugestia, że dyskutowane zagadnienie jest ilustrowane w sposób empatyczny, pomocowy, w duchu humanistycznego szacunku do kruchości człowieczej natury i prawa do bycia niedoskonałym. Jednocześnie jako forma i wyraźny przejaw zrozumienia dla ludzkich ograniczeń, retardacji. Jest podawane w wymiarze nieograniczonej Bożej tolerancji i wybaczenia, które powinno być cechą każdego człowieka. Tak dla przykładu w *Ewangelii św. Mateusza z Biblii Tysiąclecia (Pismo Święte... 2012)*, wydanej przez Kościół katolicki, przedstawiono 164 (100%) przypowieści, w tym 16 (9,76 %) odniesionych zasadniczo do zagadnień niepełnosprawności i poważnych schorzeń somatycznych. Natomiast w *Biblii* opublikowanej w wariantcie ewangelickim (*Biblia*, 1983) 141 (100%) przypowieści, z czego 15 (10,6%) dotyczy bezpośrednio oma-

wianej tematyki. Można więc wnioskować o randze, jaką nadaje się sytuacji oraz Boskim i ludzkim kontekstom kategorii choroby i niepełnosprawności.

### Bibliografia

- Bartczuk, J. (2013). *Wizerunek niepełnosprawności w wybranych baśniach braci Grimm i Hansa Christiana Andersena*. Toruń: UMK. Praca licencjacka.
- Biblia. *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu* (1983). Warszawa: Wydawnictwo Brytyjskie i Zagraniczne Towarzystwo Biblijne.
- Dzierżanowski, R. (1983). *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*. Warszawa: PZWL.
- Garbart, M. (2013). Postawy społeczne wobec osób z niepełnosprawnością w epoce starożytnej. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski. *Rozprawy Społeczne*, 1 [VII].  
<http://pedagogikaspecjalna.tripod.com> [dostęp: 21.09.2015].  
<https://pl.wikipedia.org> [dostęp: 21.09.2015].
- Kosidowski, Z. (2013). *Gdy słońce było bogiem*. Warszawa: Wydawnictwo Iskry.
- Łyskanowski, M. (1979). *Siedem zwycięstw medycyny*. Warszawa: KAW.
- Pismo Święte Nowego Testamentu* (1982). Olsztyn: Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne.
- Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia* (2012). Poznań: Wydawnictwo Pallottinum.
- Sahaj, T. (2003). Problem niepełnosprawności w starożytnej kulturze greckiej. Rozważania filozoficzno-społeczne. Poznań: AWF. *Roczniki Naukowe AWF*, 52.
- Sękowska, Z. (1981). *Tyflopedagogika*. Warszawa: PWN.
- Stawicka, I. (2013). *Wizerunek mężczyzn z niepełnosprawnością w wybranych filmach fabularnych kina światowego i polskiego*. Toruń: UMK. Praca licencjacka.
- Szczepankowski, B. (1999). *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa: WSiP.
- Zuffi, S. (2007). *Nowy Testament. Postacie i epizody*. Warszawa: Wydawnictwo Arkady.

## CATEGORIES OF SEVERE ILLNESS AND DISABILITY IN THE NEW TESTAMENT – PERCEPTION OF THE ESSENCE AND DIMENSIONS OF INTERPRETATION

### Abstract

The issues of disability and illness affecting people in their worldly life since the dawn of time awake a varied interest – from negation to acceptance – among societies in various historical periods. The question of disability and illness is present in primitive peoples' beliefs and mythologies, and in various religious trends – both those that disappeared and those that still exist. This article analyzes disability and severe illness in the message permeating the thoughts, teachings, and divinity of the *New Testament* books.

**Key words:** disability, illness, Christianity, *New Testament*, Gospel, miracles of Jesus Christ



## STRUKTURA I POZIOM INTELIGENCJI EMOCJONALNEJ U MŁODZIEŻY NIESŁYSZĄCEJ

Inteligencja emocjonalna pozwala ludziom na rozpoznawanie własnych i cudzych emocji oraz wykorzystywanie ich w codziennym życiu jako cennych informacji warunkujących odnoszenie sukcesów w kontaktach społecznych. Nieadekwatność w rozpoznawaniu emocji oraz brak umiejętności ich kontrolowania może w znaczny sposób wpływać na stosunki międzyludzkie i umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Wada słuchu niesie za sobą różnego rodzaju konsekwencje, zarówno w funkcjonowaniu emocjonalnym, jak i społecznym.

W artykule zaprezentowane zostały wyniki badań dotyczące inteligencji emocjonalnej i rozpoznawania ekspresji mimicznej przez młodzież niesłyszącą. Wyniki badań zostały zebrane za pomocą dwóch narzędzi: samoopisowego Kwestionariusza INTE oraz Skali Inteligencji Emocjonalnej – Twarze SIE-T. Badaniem zostało objętych 80 uczniów szkół średnich, w tym 40 słyszących i 40 niesłyszących posługujących się językiem migowym. Do analizy istotności wyników użyto metody ilościowej, testu t-studenta dla prób niezależnych.

Badania wykazały, że zarówno w poziomie inteligencji emocjonalnej, jak i poziomie poszczególnych zdolności, które tworzą jej strukturę, takich jak: rozpoznawanie emocji, wykorzystywanie ich do wspomagania myślenia i działania oraz rozpoznawanie ekspresji mimicznej, osoby niesłyszące osiągają niższe wyniki od osób słyszących. Ponadto osoby niesłyszące z rodzin niesłyszących, w których podstawowym sposobem komunikacji jest język migowy, uzyskały lepsze wyniki w zakresie zdolności rozpoznawania ekspresji mimicznej od osób niesłyszących z rodzin słyszących.

Przeprowadzone badania wskazują na potrzebę szerszej edukacji emocjonalnej oraz intensywniejszego wspierania rozwoju funkcji społeczno-emocjonalnych u młodzieży niesłyszącej.

*Słowa kluczowe:* niesłyszący, inteligencja emocjonalna, mimika

### Wprowadzenie

Rozpoznawanie emocji i zdolność do ich regulowania oraz odpowiedniego wykorzystywania w życiu umożliwiają zaspokajanie podstawowych potrzeb, a także realizowanie rozwojowego potencjału jednostki w zgodzie z normami społecznymi przy jednoczesnym utrzymywaniu pozytywnych relacji z innymi ludźmi (Schaffer, 2006; Sameroff, Lewis, Miller, 2000). Adekwatne rozpoznawanie emocji innych ludzi wpływa na dokładniejszy wgląd w siebie i lepsze zrozumienie własnych emocji. Kompetencja emocjonalna, czyli współistniejące komponenty ekspresji emocji, wiedzy na temat emocji oraz zdolności do monitorowania i modyfikowania emocji, stanowi podstawę sukcesów w kontaktach

społecznych (Denham, Zinsser, Bailey, 2011). Na rozwój inteligencji emocjonalnej mają wpływ zarówno biologiczne uwarunkowania, jak i środowisko społeczno-wychowawcze. Zmysł słuchu w znaczący sposób przyczynia się do odczytywania emocji na podstawie prozodycznych elementów wypowiedzi ustnej. Można byłoby więc wnioskować, iż brak lub niewielkie kompetencje językowe oraz nierozwinięta pamięć logiczno-słowna wpływają na trudności w rozpoznawaniu, kontrolowaniu i wykorzystywaniu emocji. Czy zatem tak jest? Czy ograniczenie w percepcji słuchowej wpływa na poziom inteligencji emocjonalnej? Jak niesłyszący radzą sobie z odczytywaniem ekspresji mimicznej? Są to ważne pytania, na które odpowiedzi mogą przyczynić się do zwrócenia uwagi na rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych dzieci niesłyszących, gdyż jest to istotny obszar funkcjonowania, stanowiący bazę harmonijnego funkcjonowania jednostki.

### Inteligencja emocjonalna

Inteligencja emocjonalna zdefiniowana i opisana została stosunkowo niedawno, bo na początku lat 90. XX w. Jack Mayer, Peter Salovey i David R. Caruso stworzyli model zdolnościowy inteligencji emocjonalnej (Salovey, Sluyter, 1999), w którym zdefiniowali ją jako zbiór umysłowych zdolności człowieka, głównie umiejętności rozpoznawania oraz rozumienia emocji własnych i innych ludzi, a także umiejętności wykorzystywania emocji w myśleniu i działaniu. Jest to model, który ukazuje inteligencję emocjonalną w praktycznym ujęciu.

Według tych autorów w skład inteligencji emocjonalnej wchodzi umiejętności prawidłowej percepcji emocji, trafnej oceny emocji, właściwego wyrażania emocji, dostępu do uczuć i umiejętność ich wyzwalania w sytuacjach, kiedy mogą one wspomóc proces myślenia, rozumienia emocji i wiedzy emocjonalnej, świadomego regulowania emocji w celu wspomagania rozwoju emocjonalnego i intelektualnego (tamże).

Zdolności te można pogrupować w cztery wymiary, a w każdym z nich możliwe jest wskazanie kolejno po sobie występujących w procesie rozwojowym stopni dojrzałości emocjonalnej. Wszystkie te wymiary tworzą globalny poziom inteligencji emocjonalnej. Można przypuszczać, że ten proces rozwojowy szybciej przebiega u osób o wyższej inteligencji emocjonalnej, a także, że te osoby osiągną wyższy etap tego rozwoju.

Pierwszy z wymienionych wymiarów obejmuje zdolności podstawowe, dotyczące rozpoznawania, rozróżniania i wyrażania emocji. Percypowanie emocji polega na dostrzeżeniu sygnału emocjonalnego, skupianiu na nim uwagi oraz interpretacji, czyli rozszyfrowaniu tego bodźca. Sygnały emocjonalne kryją się w mimice, postawie i ruchach ciała, tonie głosu, sztuce oraz wytworach kultury. Osoby cechujące się inteligencją emocjonalną, oprócz tego, że prawidłowo rozpoznają emocje, czerpią z nich również informacje, które determinują ich przyszłe sądy i zachowania.

Drugi wymiar dotyczy asymilowania emocji w przebiegu procesów poznawczych. Skupia się na tym, jak emocje mogą być wykorzystywane w celu efektywnego rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji i twórczego myślenia. Dla lepszego zrozumienia emocji są one przez nas generowane, odczuwane, poddawane analizie, testowaniu i manipulacji. Mayer i Salovey (tamże) nazwali

to „emocjonalnym teatrem umysłu”, w który wyposażony jest każdy człowiek. Podejmowanie odpowiednich decyzji i wybór alternatyw w życiu w dużej mierze uzależnione są od tego, jak precyzyjnie i realistycznie w naszym umyśle funkcjonuje ten mechanizm. Wymiar ten zwraca też uwagę na rodzaje nastroju oraz wpływ jego zmian na rozumowanie, rozwiązywanie problemów oraz przyjmowanie różnych perspektyw i odmiennych punktów widzenia w danej sytuacji.

Trzecim wymiarem inteligencji emocjonalnej jest poznawcze przetwarzanie emocji, czyli świadome zwracanie uwagi na emocje swoje i innych oraz na ich rozumienie. Istotnymi zdolnościami związanymi z tym wymiarem są: słowne nazywanie emocji, znajomość związków między emocjami, rozumienie złożonych stanów emocjonalnych, przewidywanie pojawiających się i zmieniających emocji oraz rozumienie emocjonalnego znaczenia sytuacji i zachowań ludzi.

Ostatnim najwyższym komponentem inteligencji emocjonalnej jest świadoma regulacja emocji, czyli efektywne modyfikowanie emocji własnych i innych. Umiejętności dotyczące tego wymiaru to świadome angażowanie się lub dystansowanie od emocji i ich znaczenia, otwartość na pozytywne oraz negatywne przeżycia emocjonalne, a także ich monitorowanie i regulowanie w celu uzyskania efektu pożądanego przez daną osobę. Wszystkie zdolności wchodzące w skład tego komponentu inteligencji emocjonalnej służą rozwojowi emocjonalnemu, intelektualnemu i osobistemu zrozumieniu (tamże).

Oprócz modelu zdolnościowego warto przyrzeć się także modelom mieszanym inteligencji emocjonalnej, propagowanym głównie przez Daniela Golemana oraz Reuvena Bar-Ona. Goleman (1997, s. 67) definiuje inteligencję emocjonalną jako „zdolność motywacji i wytrwałość w dążeniu do celu mimo niepowodzeń, umiejętność panowania nad popędami i odłożenia na później ich zaspokojenia, regulowania nastroju i niepoddawania się zmartwieniom upośledzającym zdolność myślenia, wczuwania się w nastroje innych osób i optymistycznego patrzenia w przyszłość” (tabela).

Tabela

Obszary inteligencji emocjonalnej w koncepcji Golemana (1997, s. 67)

<b>Rozumienie emocji</b>
Dostrzeganie uczuć; kierowanie od czasu do czasu swoimi emocjami
<b>Zarządzanie emocjami</b>
Manipulowanie emocjami, aby były właściwe; zdolność uspokajania siebie; zdolność pozbywania się narastającego niepokoju, posępnosci lub irytacji
<b>Motywowanie siebie</b>
Wykorzystywanie emocji do osiągnięcia celu; odracanie gratyfikacji i ograniczanie impulsywności; gotowość do ulegania zmiennym nastrojom
<b>Rozpoznawanie cudzych emocji</b>
Świadomość empatyczna; zdolność dostrojenia się do tego, czego inni chcą lub potrzebują
<b>Podtrzymywanie relacji interpersonalnych</b>
Umiejętność zarządzania emocjami innych ludzi; łatwość interakcji z innymi

Goleman (1999) uważa, że zdolności składające się na inteligencję emocjonalną można kształtować przez całe życie. Bar-On zaś definiuje inteligencję emocjonalną jako „szereg pozapoznawczych zdolności, kompetencji i umiejętności, które po-

zwalają jednostce na efektywne radzenie sobie z wymaganiami i naciskami środowiskowymi” (za: Knopp, 2010, s. 20). Elementem głównym tej teorii jest samoświadomość i zdolność do konstruktywnego wyrażania własnych myśli i uczuć.

Oprócz tego inteligencja emocjonalna wyraża się w rozpoznawaniu uczuć i potrzeb innych ludzi, tworzeniu i podtrzymywaniu satysfakcjonujących związków interpersonalnych oraz umiejętności realistycznego i elastycznego radzenia sobie w różnych sytuacjach życia społecznego, osobistego i zawodowego, podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów (Jaworska, Matczak, 2001).

Jednym z podstawowych procesów poznawczych wchodzących w skład inteligencji emocjonalnej jest zdolność rozpoznawania emocji, której najważniejszym elementem jest umiejętność spostrzegania emocji definiowana przez Stanleya Greenspana jako „zdolność emocjonalnego wczuwania się” (za: Matczak, Piekarska, Studniarek, 2005, s. 10). Bar-On (1997) pisze o dwóch rodzajach umiejętności spostrzegania emocji: zdolności postrzegania emocji własnych oraz zdolności spostrzegania emocji innych ludzi. Pierwszą z nich zaklasyfikował on do grupy intrapersonalnych zdolności i umieścił w komponencie emocjonalnej samoświadomości. Drugą z nich zakwalifikował do grupy zdolności interpersonalnych, a dokładniej do empatii.

Inteligencja emocjonalna nie jest wrodzoną zdolnością, ale wspólnie z innymi właściwościami psychicznymi kształtuje się podczas całego życia jednostki. Wysoki poziom inteligencji emocjonalnej ma wpływ na prawidłowe funkcjonowanie i szeroko pojętą satysfakcję oraz powodzenie życiowe. Skutki niewłaściwego jej rozwoju mogą stanowić problemy zarówno dla samej jednostki, jak i dla jej otoczenia. Podejrzewa się, że na rozwój inteligencji emocjonalnej mają wpływ zarówno biologiczne uwarunkowania, jak i środowisko społeczno-wychowawcze (Jaworska, Matczak, 2001). Uważa się, że kluczowym okresem dla rozwoju inteligencji emocjonalnej jest dzieciństwo, dlatego wskazane jest stosowanie, już od najwcześniejszych lat życia jednostki, wszelkich oddziaływań kształtujących zdolności wchodzące w skład IE. Deficyty powstające w czasie dzieciństwa mogą mieć bowiem duży wpływ na emocjonalne i społeczne funkcjonowanie w dorosłym życiu (Śmieja, Orzechowski, 2008).

Adekwatne rozpoznawanie emocji innych wpływa na dokładniejszy wgląd i lepsze zrozumienie własnych emocji. Podstawą właściwego rozpoznawania emocji innych jest wiedza na temat emocji, która bazuje na wyższych zdolnościach, takich jak rozumienie i analizowanie emocji. Interakcja zdolności spostrzegania emocji z innymi umiejętnościami emocjonalnymi jest podstawą efektywnego radzenia sobie w życiu, które zależy od dobrze ukształtowanych kompetencji emocjonalnych (Jaworska, Matczak, 2001).

Informacje na temat cudzych emocji czerpane są z takich źródeł, jak: treści wypowiedzi werbalnych, ton głosu, postawa ciała, mimika, gesty i wytwory działalności człowieka. Ze względu na specyfikę sposobu porozumiewania się osób głuchych (język migowy) najbardziej istotną staje się zdolność rozpoznawania emocji innych na podstawie mimiki, która jest źródłem bogatej wiedzy o stanach wewnętrznych drugiej osoby. Za pomocą odpowiedniego wyrazu twarzy ludzie bardzo skutecznie komunikują się między sobą, zarówno świadomie, jak i nieświadomie. W wielu badaniach wykazano, że mimika stanowi bogatsze

źródło informacji o emocjach niż inne sposoby komunikacji (Matczak, Piekarska, Studniarek, 2005). W przypadku komunikatów werbalnych, które są niespójne z wyrazem twarzy, odbiorcy komunikatu większą wagę przywiązują do informacji przekazywanych poprzez mimikę niż przekaz słowny. Przekaz mimiczny jest też uniwersalny, co potwierdziły badania Paula Ekmana (za: tamże), który wykazał, iż emocje podstawowe, takie jak radość, smutek, strach, zdziwienie, pogarda, gniew i wstręt, przekazywane są za pomocą „języka twarzy” i rozumiane przez wszystkich ludzi, niezależnie od rasy i kultury.

Adekwatność rozpoznawania emocji na podstawie mimiki zależy przede wszystkim od kontekstu sytuacyjnego. Łatwiej bowiem odczytuje się emocje z wyrazu twarzy, jeżeli znane są emocje typowe dla danej sytuacji zewnętrznej. Trafne odczytywanie emocji jest także łatwiejsze w sytuacji, gdy osoba obserwowana nie jest obca i wyraża za pomocą mimiki typowe dla siebie stany emocjonalne w danej sytuacji. Poza tym trafność rozpoznawania ekspresji mimicznej zwiększa się także, gdy należy się do tej samej grupy narodowościowej lub etnicznej, co świadczy o występowaniu pewnych „dialektów emocjonalnych” specyficznych dla poszczególnych kultur. Wyniki badań wskazują również, że kobiety lepiej radzą sobie w odczytywaniu emocji z mimiki. Trafność rozpoznawania ekspresji mimicznej zależy jednak przede wszystkim od różnic indywidualnych i doświadczeń społecznych (tamże).

## Rozwój emocjonalny niesłyszących

Słuch informuje nas o ładunkach emocjonalnych, które niosą wypowiedzi innych osób. Osoby z wadą słuchu jednak nie są w stanie odczytać emocji towarzyszących wypowiedziom rozmówcy na podstawie modulacji i intonacji jego głosu. Kompenzacyjną funkcję w tym zakresie pełni więc wzrok, który pomaga w dostrzeganiu i rozpoznawaniu emocji. Niesłyszący rozpoznają wobec tego emocje innych na podstawie ich mimiki i gestów. W otoczeniu ludzi słyszących osoby z wadą słuchu posługujące się językiem migowym często nie mają możliwości rozładować własnych doznań afektywnych poprzez dyskusję i werbalne wyrażenie emocji. Może to przyczynić się w dalszych konsekwencjach do zwiększenia impulsywności i słabego hamowania reakcji emocjonalnych (Krakowiak, Dziurda-Multan, 2006).

Emocje podstawowe są prawidłowo rozpoznawane przez dzieci z wadą słuchu, o czym informują nas wyniki badań Włodzimierza Pietrzaka (1982), natomiast przy rozpoznawaniu złożonych emocji dzieci te napotykają już więcej trudności. Autor ten uważa także, że trudności w rozpoznawaniu emocji, które mogą towarzyszyć osobom z wadą słuchu, wiążą się nie tylko z rozwojowymi właściwościami mowy oraz logicznego myślenia, ale także mogą wynikać z niedostatecznej edukacji emocjonalnej w procesie nauczania i wychowania. Nieadekwatność pojawiająca się w rozpoznawaniu emocji i niewielka wiedza emocjonalna może znacząco wpływać na stosunki międzyludzkie oraz umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Na sferę emocjonalną głuchego dziecka duży wpływ mają rodzice oraz ich praktyki wychowawcze, ale także to, czy dziecko głuche mieszka podczas pobierania nauki szkolnej w internacie czy w domu rodzinnym. Dzieci i młodzież nie-

słyszcząca mieszkająca w internacie często doświadcza mniej konfliktów emocjonalnych i doznaje mniej frustracji i stresu niż ich rówieśnicy z wadą słuchu, którzy dochodzą do szkoły z domów rodzinnych. Powodem tego jest zaspokojona potrzeba przynależności do grupy, jedna z podstawowych i bardzo ważnych w tym okresie życia. Dzieci mieszkające w internacie są w stałym, intensywnym kontakcie ze swoimi niesłyszącymi rówieśnikami, co wywołuje w nich uczucie akceptacji oraz brak potrzeby upodobnienia się do otaczającego ich środowiska (tamże).

Na funkcjonowanie społeczne dzieci niesłyszących ma także wpływ obecność innych osób niesłyszących w rodzinie dziecka. Rudolf Pintner (za: Kaiser-Grodecka, 1987) po analizie swoich badań i obserwacji stwierdził, iż niesłyszące dzieci z głuchych rodzin często cechują się lepszym przystosowaniem emocjonalnym i społecznym od dzieci głuchych z rodzin słyszących. Zależność ta w dużym stopniu wiąże się z językiem migowym, który w rodzinie głuchej jest naturalnie wykorzystywany w komunikacji rodziców z dziećmi i jest dla dziecka pierwszym opanowanym przez niego językiem. W takiej sytuacji dziecko nie ma poczucia wyizolowania, gdyż jego komunikacja z otoczeniem nie jest ograniczana, nie napotyka też barier, a odczuwa akceptację ze strony najbliższych mu osób, co zaspokaja jego potrzebę bezpieczeństwa.

### **Założenia badań własnych**

Celem podjętych badań było określenie poziomu inteligencji emocjonalnej u młodzieży niesłyszącej posługującej się językiem migowym i porównanie go z poziomem inteligencji emocjonalnej młodzieży słyszącej. Celem było także zweryfikowanie założenia, że wśród osób z wadą słuchu lepiej funkcjonują emocjonalnie te osoby, których rodzice również są niesłyszący, oraz określenie, czy występują różnice w umiejętnościach wykorzystywania emocji przez słyszących i niesłyszących. Celem badań było również sprawdzenie poziomu zdolności rozpoznawania emocji na podstawie odczytywania ekspresji mimicznej zarówno u słyszących, jak i niesłyszących, z podziałem na występowanie bądź brak wady słuchu w rodzinie.

W przeprowadzonych badaniach wzięło udział 80 osób w wieku od 17 do 19 lat. Grupę badaną stanowiło 40 osób z głęboką wadą słuchu (powyżej 90 dB), będących uczniami szkół średnich dla niesłyszących, zamieszkujących w internatach, posługujących się językiem migowym jako głównym sposobem komunikacji i będących w normie intelektualnej. Doboru tej grupy dokonano na podstawie analizy orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego. Połowa z przebadanych głuchych uczniów (20 osób) ma rodziców niesłyszących, a druga połowa słyszących. Przebadano 20 kobiet i 20 mężczyzn, w tym 10 kobiet z rodzin słyszących i 10 z niesłyszących oraz 10 mężczyzn z rodzin słyszących i 10 mężczyzn z rodzin niesłyszących. Grupę kontrolną stanowiło 40 słyszących uczniów w normie intelektualnej ze szkoły średniej ogólnodostępnej. Wśród nich było 20 mężczyzn i 20 kobiet.

Problemem badawczym było określenie ewentualnych różnic w poziomie inteligencji emocjonalnej oraz w jej strukturze, w tym w poziomie umiejętności rozpoznawania emocji własnych i cudzych oraz umiejętności wykorzystywania emocji, a także zdolności rozpoznawania emocji na podstawie ekspresji mimicznej u osób niesłyszących (grupa badana) i słyszących (grupa kontrolna).

Ze względu na fakt, iż wada słuchu nie pozwala na odczytywanie emocji na podstawie prozodycznych elementów wypowiedzi ustnej, a brak lub niewielkie kompetencje językowe oraz nierozwinięta pamięć logiczno-słowna wpływają na trudności w rozpoznawaniu, kontrolowaniu i wykorzystywaniu emocji, założono, że:

**Hipoteza 1.** Młodzież niesłysząca wykazuje niższy poziom inteligencji emocjonalnej od młodzieży słyszającej.

Biorąc pod uwagę przypuszczenia związane z tym, że głusi mają niższą samoświadomość i wiedzę emocjonalną niż osoby słyszące, założono, że:

**Hipoteza 2.** Niesłyszący mają mniejsze zdolności w zakresie rozpoznawania emocji innych ludzi.

**Hipoteza 3.** Niesłyszący mają mniejsze zdolności w zakresie wykorzystywania swoich emocji we wspomaganiu myślenia i działania od słyszących.

Biorąc pod uwagę to, że mimika jest głównym elementem gramatyki języka migowego, którym posługują się osoby głuche, a jednocześnie stanowi kompetencję wchodzącą w skład inteligencji emocjonalnej oraz że osoby wychowane w środowisku posługującym się głównie językiem migowym mają bogatszą ekspresję mimiczną i większe doświadczenie w jej rozpoznawaniu i ocenianiu, założono, że:

**Hipoteza 4.** Niesłyszący osiągają lepsze wyniki w rozpoznawaniu emocji na podstawie obserwowania ekspresji mimicznej niż słyszący.

**Hipoteza 5.** Niesłyszący pochodzący z rodzin głuchych osiągają wyższe wyniki w rozpoznawaniu emocji na podstawie obserwowania ekspresji mimicznej niż niesłyszący, którzy mają słyszących rodziców.

W badaniach wykorzystano dwa narzędzia badawcze. Pierwszym z nich był Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE w polskiej adaptacji autorstwa Anny Ciechanowicz, Aleksandry Jaworowskiej i Anny Matczak, zawierający 33 stwierdzenia, do których należy się ustosunkować na skali 1–5 (zdecydowanie nie zgadzam się – zdecydowanie zgadzam się). Na podstawie wyników uzyskanych w pomiarze tym kwestionariuszem można określić poziom zdolności rozpoznawania emocji oraz poziom zdolności wykorzystywania emocji do wspomagania procesu myślenia i działania. Drugim narzędziem badawczym była Skala Inteligencji Emocjonalnej – Twarze – SIE-T autorstwa Anny Matczak, Joanny Piekarskiej i Elżbiety Studniarek, zawierająca 18 fotografii kobiet i mężczyzn wyrażających stany emocjonalne pozytywne (8, w tym 4 przedstawione przez kobietę i 4 przez mężczyznę) i negatywne (10, w tym 5 przedstawionych przez kobietę i 5 przez mężczyznę).

Badanie przebiegało w odpowiednich warunkach: dobre oświetlenie, brak dystraktorów, wygodne miejsce pracy. Po dokładnym przedstawieniu instrukcji przez osobę badającą każda osoba badana wykonywała oba testy. Dla lepszego zrozumienia stwierdzeń z Kwestionariusza INTE w grupie młodzieży niesłyszącej przed każdym kolejnym stwierdzeniem tłumacz języka migowego przekazywał dane stwierdzenie osobie badanej za pomocą języka migowego. Tłumaczenie na język migowy wykonane zostało w celu lepszego zrozumienia przez osoby niesłyszące twierdzeń zawartych w tym kwestionariuszu. Przed wykonaniem zadań ze Skali Twarze – SIE-T tłumacz sprawdził rozumienie wszystkich nazw emocji występujących na arkuszu odpowiedzi do tej skali.

Do zmiennych niezależnych w badaniach zaliczono: wiek badanych, płeć, stopień uszkodzenia słuchu, sposób porozumiewania się z otoczeniem (nie doty-

czyło grupy kontrolnej), występowanie wady słuchu u rodziców (nie dotyczyło grupy kontrolnej) z odpowiednimi wskaźnikami:

- wiek: 17–19 lat,
  - płeć: kobieta – mężczyzna,
  - stopień ubytku słuchu: głęboki (powyżej 90 dB według klasyfikacji Międzynarodowego Biura Audiofonologii); norma dla grupy kontrolnej (do 20 dB według klasyfikacji BIAP),
  - sposób porozumiewania się z otoczeniem: język migowy,
  - występowanie wady słuchu u rodziców: rodzice słyszący – rodzice niesłyszący. Zmienne zależne natomiast to:
    - poziom inteligencji emocjonalnej,
    - poziom rozumienia mimicznej ekspresji emocji,
    - poziom zdolności wykorzystywania emocji we wspomaganie myślenia i działania,
    - poziom zdolności rozpoznawania emocji innych.
- Wskaźniki dla zmiennych zależnych:
- poziom inteligencji emocjonalnej:
    - wynik uzyskany w badaniu Kwestionariuszem Inteligencji Emocjonalnej INTE,
  - poziom rozumienia mimicznej ekspresji emocji:
    - wynik uzyskany w badaniu Skalą Inteligencji Emocjonalnej – Twarze SIE-T,
  - poziom zdolności wykorzystywania emocji:
    - wynik uzyskany w badaniu Kwestionariuszem INTE dla pozycji 2, 3, 7, 10, 12, 13, 14, 17, 20, 23, 31,
  - poziom zdolności rozpoznawania emocji innych:
    - wynik uzyskany w badaniu Kwestionariuszem INTE dla pozycji 5, 15, 18, 22, 25, 29, 32, 33.

## Wyniki badań

Uczniowie niesłyszący w badaniu Kwestionariuszem INTE uzyskali wyniki słabsze ( $M=108,77$ ) od uczniów słyszących ( $M=127,20$ ). Różnica między grupami wystąpiła także w poziomie zdolności rozpoznawania emocji i zdolności wykorzystywania emocji do wspomaganie myślenia i działania. Młodzież słysząca uzyskała wyższe wyniki wskazujące na poziom tych zdolności niż młodzież niesłysząca. W zakresie zdolności rozpoznawania emocji osoby niesłyszące uzyskały średnią wyników ( $M=24,42$ ), która jest o 5,7 niższa niż średnia uzyskana przez słyszących ( $M=30,15$ ). W zakresie zdolności wykorzystywania emocji we wspomaganie myślenia i działania osoby niesłyszące uzyskały średnią wyników ( $M=36,92$ ) o 6,7 niższą niż osoby słyszące ( $M=43,65$ ).

Analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych wykazała, że obecność wady słuchu ma związek z poziomem inteligencji emocjonalnej,  $t(78)=5,67$ ;  $p<0,001$ . Poziom inteligencji emocjonalnej u osób słyszących jest istotnie wyższy od poziomu inteligencji emocjonalnej osób niesłyszących. Wielkość efektu ( $d$  Cohena=1,26) wskazuje na silny związek między obecnością wady słuchu a poziomem inteligencji emocjonalnej. Poziom zdolności rozpoznawania emocji u osób słyszących jest istotnie wyższy od poziomu zdolności rozpoznawania emocji u osób niesłyszą-



cych. Wielkość efektu ( $d$  Cohena=1,19) wskazuje na silny związek między obecnością wady słuchu a poziomem zdolności rozpoznawania emocji. Poziom zdolności wykorzystywania emocji do wspomaganie myślenia i działania również jest związany z występowaniem wady słuchu,  $t(78)=5,05$ ;  $p<0,001$ . Poziom zdolności wykorzystywania emocji do wspomaganie myślenia i działania u osób słyszących jest istotnie statystycznie wyższy od poziomu zdolności wykorzystywania emocji u osób niesłyszących. Wielkość efektu ( $d$  Cohena=1,14) wskazuje na silny związek między obecnością wady słuchu a poziomem zdolności wykorzystywania emocji do wspomaganie procesu myślenia i działania.

Różnice średnich między wynikami słyszących i niesłyszących w przypadku obu zdolności i ogólnie mierzonej inteligencji emocjonalnej były istotne statystycznie. Potwierdzono więc hipotezy zakładające niższy poziom inteligencji emocjonalnej u młodzieży niesłyszącej oraz mniejsze zdolności w zakresie rozpoznawania emocji i wykorzystywania emocji własnych we wspomaganie procesów myślenia i działania u młodzieży niesłyszącej niż u młodzieży słyszącej.

Z porównania wyników osób niesłyszących mających słyszących i niesłyszących rodziców widać, że osoby niesłyszące z rodzin słyszących osiągnęły średni wynik w INTE ( $M=112,85$ ) wyższy niż osoby niesłyszące mające rodziny głuche ( $M=104,70$ ). Różnica między średnimi wynosiła 8,15, jednak analiza testem  $t$ -Studenta dla prób niezależnych wykazała, że różnica ta jest nieistotna statystycznie,  $t(38)=1,95$ ;  $p>0,05$ .

Wyniki osób niesłyszących w Skali SIE-T były niższe od wyników uzyskanych przez młodzież słyszącą, co nie potwierdziło pierwotnego założenia, że niesłyszący osiągną lepsze wyniki w rozpoznawaniu emocji na podstawie obserwowania ekspresji mimicznej niż słyszący. Różnica między średnimi wynikami osób słyszących ( $M=78,10$ ) oraz niesłyszących ( $M=76,20$ ) nie była istotna statystycznie, więc nie można wnioskować o istotnych różnicach w poziomie zdolności rozpoznawania ekspresji mimicznej u młodzieży niesłyszącej i słyszącej.

Okazało się, że średnia wyników osób niesłyszących mających niesłyszących rodziców ( $M=79,10$ ) była istotnie wyższa niż średnia wyników młodzieży niesłyszącej mającej rodziców słyszących ( $M=73,40$ ).

Analiza testem  $t$ -Studenta dla prób niezależnych wykazała, że różnica ta jest istotna statystycznie,  $t(38)=2,12$ ;  $p<0,05$ , natomiast wielkość efektu (współczynnik  $d$  Cohena) wywieranego przez zmienną niezależną, jaką jest występowanie wady słuchu w rodzinie, na zmienną zależną, którą jest poziom zdolności rozpoznawania ekspresji mimicznej, wynosi 0,68 i wskazuje na średnio nasilony związek między zmiennymi.

## Dyskusja wyników

Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu INTE pozwalają na weryfikację pierwszych trzech hipotez.

W hipotezie 1. zakładano, że młodzież niesłysząca wykazuje niższy poziom inteligencji emocjonalnej od młodzieży słyszącej.

Hipoteza ta została potwierdzona w naszych badaniach. Średnia wyników uzyskanych przez młodzież niesłyszącą wynosiła 108,77 i była o 18,42 mniejsza

niż średnia uzyskana przez młodzież słyszącą,  $M=127,20$ . Różnica ta jest istotna statystycznie, zatem możemy twierdzić, że hipoteza ta jest prawdziwa.

W hipotezach 2. i 3. dotyczących struktury inteligencji emocjonalnej zakładano, że niesłyszący mają mniejsze zdolności w zakresie rozpoznawania emocji innych ludzi i że niesłyszący mają mniejsze zdolności w zakresie wykorzystywania swoich emocji we wspomaganie myślenia i działania od słyszących.

Zarówno w przypadku zdolności rozpoznawania emocji, jak i zdolności wykorzystywania emocji do wspomaganie myślenia i działania osoby słyszące uzyskały wyższe wyniki niż osoby niesłyszące. W zakresie zdolności rozpoznawania emocji osoby niesłyszące uzyskały średnią wyników o 5,72 niższą niż średnia uzyskana przez słyszących, zaś w zakresie zdolności wykorzystywania emocji we wspomaganie myślenia i działania o 6,72 niższą niż osoby słyszące. Różnica średnich między wynikami słyszących i niesłyszących w przypadku obu zdolności jest istotna statystycznie. Możemy więc twierdzić, że hipotezy te zostały potwierdzone.

W hipotezach 4. i 5. dotyczących poziomu zdolności rozpoznawania ekspresji mimicznej zakładano, że niesłyszący osiągają lepsze wyniki w rozpoznawaniu emocji na podstawie obserwowania ekspresji mimicznej niż słyszący oraz że niesłyszący pochodzący z rodzin głuchych osiągają wyższe wyniki w rozpoznawaniu emocji na podstawie obserwowania ekspresji mimicznej niż niesłyszący, którzy mają słyszących rodziców. Wyniki osób niesłyszących w Skali SIE-T są niższe niż osób słyszących. Z tego względu hipotezy 4. nie można przyjąć. Różnica między średnimi wynikami osób słyszących oraz niesłyszących nie jest istotna statystycznie, więc nie można wnioskować o różnicach w poziomie zdolności rozpoznawania ekspresji mimicznej u młodzieży niesłyszącej i słyszącej.

Hipoteza 5. została potwierdzona, gdyż średnia wyników osób niesłyszących mających niesłyszących rodziców jest istotnie wyższa niż średnia wyników młodzieży niesłyszącej mającej rodziców słyszących.

Przedstawione badania miały na celu określenie poziomu i struktury inteligencji emocjonalnej u młodzieży niesłyszącej. Analizy wyników wykazały, że zarówno w poziomie inteligencji emocjonalnej, jak i poziomie poszczególnych zdolności, takich jak rozpoznawanie emocji, wykorzystywanie emocji do wspomaganie myślenia i działania oraz rozpoznawanie ekspresji mimicznej, osoby niesłyszące osiągają niższe wyniki od osób słyszących. Dodatkowo bardzo cenną informacją jest fakt, że osoby niesłyszące z rodzin niesłyszących, w których podstawowym językiem jest język migowy, uzyskiwały lepsze wyniki w zakresie zdolności rozpoznawania ekspresji mimicznej od osób niesłyszących z rodzin słyszących.

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę wspierania funkcjonowania emocjonalnego młodzieży z wadą słuchu. Wykazano bowiem, iż niesłyszący cechują się niższym poziomem inteligencji emocjonalnej i gorzej radzą sobie od swoich słyszących rówieśników w rozpoznawaniu emocji innych osób oraz wykorzystywaniu własnych emocji w procesie myślenia i działania. Przyczyną tego może być już wcześniej wspomniany brak dostatecznej edukacji emocjonalnej w procesie nauczania i wychowania. Zmysł słuchu w znaczący sposób przyczynia się do odczytywania emocji na podstawie prozodycznych elementów wypowiedzi ustnej, więc brak lub niewielkie kompetencje językowe oraz nierozwinięta pamięć logiczno-słowna wpływają na trudności w rozpoznawaniu, kontrolowaniu i wy-

korzystywaniu emocji, co wyjaśniać może uzyskane wyniki. Pojawia się więc potrzeba rozwijania języka narodowego i wzbogacania kompetencji językowych od wczesnych lat życia, co pozwoliłoby w dalszej perspektywie osiągnąć pełniejszy rozwój emocjonalno-społeczny.

Ujawnia się także związek między lepszym odczytywaniem przekazu emocjonalnego z ekspresji mimicznej a wzrastaniem w rodzinie niesłyszącej, w której podstawowym sposobem komunikacji jest język migowy, będący językiem wizualno-przestrzennym, bazującym również na mimice. Wskazuje to na dużą rolę mimiki i języka migowego w procesie kształtowania kompetencji emocjonalnych u dzieci niesłyszących, szczególnie tych, które pochodzą z niesłyszących rodzin oraz przebywają ze swoimi niesłyszącymi rówieśnikami w internacie.

Wiedza o zróżnicowanym, często bardzo niskim poziomie świadomości emocji u niesłyszących dzieci jest dla ich rodziców, surdopedagogów oraz innych specjalistów z nimi pracujących bardzo istotna. Konieczne bowiem jest przekazywanie tym dzieciom szerokiej wiedzy emocjonalnej oraz kształtowanie umiejętności rozpoznawania, nazywania, a także adekwatnego wyrażania i wykorzystywania emocji. Trzeba przy tym pamiętać o znaczącej, kompensacyjnej roli wzroku w odbiorze emocji.

Większość działań na każdym etapie rozwoju oraz we wszystkich rodzajach placówek edukacyjnych skupia się na rozwoju języka i komunikacji. Jest to priorytetem niepodważalnym, jednak należy pamiętać o równie istotnym rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych, który uzupełnia i wspiera rozwój funkcji językowych. Inteligencja społeczna i rozumienie stanów umysłu innych osób pozwala nam w pełni uczestniczyć w społecznym życiu. Rozwój inteligencji emocjonalnej jest więc bardzo istotny, gdyż niskie zdolności emocjonalne przekładać się mogą na niewielki poziom kompetencji społecznych, problemy w utrzymywaniu i zawieraniu kontaktów interpersonalnych, a także na niższą samoświadomość, samokontrolę oraz trudności w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów. Jest to bardzo ważny obszar funkcjonowania, który stanowi bazę harmonijnego życia.

## Bibliografia

- Denham, S.A., Zinsser, K., Bailey, C.S. (2011). Emotional intelligence in the first five years of life. W: R.E. Tremblay, M. Boivin, R.D. Peters (red.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/638/emotional-intelligence-in-the-first-five-years-of-life.pdf> [dostęp: 17.04.2014].
- Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Goleman, D. (1999). *Inteligencja emocjonalna w praktyce*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Hoffman, B. (1979). *Rewalidacja niesłyszących*. Warszawa: PWN.
- Jaworska, A., Matczak, A. (2001). *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kaiser-Grodecka, I. (1987). Wybrane zagadnienia surdopsychologii. W: A. Wyszyńska (red.), *Psychologia defektologiczna*. Warszawa: PWN.
- Knopp, K.A. (2010). *Inteligencja emocjonalna oraz możliwość jej rozwijania u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Krakowiak, K., Dziurda-Multan, A. (red.). (2006). *Nie głos, ale słowo... Przekraczanie barier w wychowaniu osób z uszkodzeniami słuchu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

- Matczak, A., Piekarska, J., Studniarek, E. (2005). *Skala Inteligencji Emocjonalnej – Twarze (SIE-T). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Pietrzak, W. (1982). Rozumienie emocji przez dzieci głuche. *Szkoła Specjalna*, 6 (113), 405–413.
- Salovey, P., Sluyter, D.J. (1999). *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Sameroff, A., Lewis, M., Miller, S. (red.). (2000). *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Schaffer, H.R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Śmieja, M., Orzechowski, J. (2008). *Inteligencja emocjonalna. Fakty, mity, kontrowersje*. Warszawa: WN PWN.
- Wójcik, M. (2008). *Wybrane aspekty społecznego funkcjonowania młodzieży niesłyszącej i słabosłyszącej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

## EMOTIONAL INTELLIGENCE STRUCTURE AND LEVEL IN DEAF ADOLESCENTS

### *Abstract*

Emotional intelligence enables people to recognize their own emotions and those of others and to use them in everyday life as valuable information that determines success in social interactions. Inaccurate recognition of emotions or inability to control them can have a significant impact on interpersonal relationships and the ability to cope with difficult life situations. Hearing impairments result in various consequences – both in emotional and social functioning.

The article presents the findings of a research study on emotional intelligence and recognition of facial expressions in deaf adolescents. The data were collected with the use of two tools: the self-report INTE Questionnaire and the Emotional Intelligence Scale – Faces (SIE-T). Study participants were 80 secondary school students, including 40 hearing adolescents and 40 deaf adolescents using sign language. A quantitative method, Student's t-test for independent samples, was used to analyze the significance of the findings.

The research study showed that the deaf people had lower scores than the hearing people both in the level of emotional intelligence and in the level of individual skills that constitute its structure, such as: recognizing emotions, using emotions to guide thinking and action, and recognizing facial expressions. Furthermore, deaf adolescents from deaf families where sign language was the main communication means achieved higher scores in the ability to recognize facial expressions as compared to deaf adolescents from hearing families.

The study suggests the need for broader emotional education and more intensive support for the development of socioemotional skills in deaf adolescents.

**Key words:** deaf, emotional intelligence, facial expressions

## SPOSTRZEGANIE SIEBIE I PRZYSTOSOWANIE SPOŁECZNE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU LEKKIM

Spostrzeganie siebie jest szczególnie ważnym determinantem szeroko pojętej ludzkiej egzystencji. Wieloaspektowy wizerunek własnej osoby, jego pozytywna percepcja i akceptacja mają znaczący wpływ na osobisty komfort psychospołeczny, optymalny rozwój, poprawę funkcjonowania oraz jakości życia.

W prezentowanym opracowaniu szczególnie znaczenie nadano potrzebie przyswajania przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim szeroko pojętych umiejętności społecznych wpływających na jakość życia, determinowanych pozytywnie spostrzeganym obrazem własnej osoby oraz poziomem przystosowania społecznego.

Przytoczone cząstkowe wyniki badań własnych wskazują na wiele sfer osobowości badanych oraz zachowań przystosowawczych stanowiących istotny potencjał rozwojowy osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Spostrzeganie siebie i przystosowanie społeczne tych osób jest traktowane w artykule jako specyficzny cel obiektywnych dociekań naukowych. Problematykę ujętą w takim aspekcie można uznać za aktualną, uzasadnioną i zmierzającą do optymalizacji jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Praca składa się z rozważań teoretycznych i analiz empirycznych. W części teoretycznej wyszczególniono istotę niepełnosprawności intelektualnej, przystosowania społecznego oraz spostrzegania siebie przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Część empiryczna zawiera metodologię badań własnych, ich wyniki oraz analizę. Całość stanowi podstawę do wysunięcia wniosków i wskazań o charakterze pragmatycznym.

*Słowa kluczowe:* niepełnosprawność intelektualna, przystosowanie, spostrzeganie siebie

### Istota niepełnosprawności intelektualnej

Termin „niepełnosprawność intelektualna” jest pojęciem dosyć nowym, wprowadzonym w 2007 r. przez Amerykańskie Towarzystwo do spraw Niepełnosprawności Intelektualnej i Zaburzeń Rozwoju. Wcześniej w świecie naukowym funkcjonowało najczęściej pojęcie „upośledzenie umysłowe” (Borowska-Beszta, 2012).

Niepełnosprawność intelektualna definiowana jest przez Amerykańskie Towarzystwo do spraw Niepełnosprawności Intelektualnej i Zaburzeń Rozwoju jako istotne ograniczenie w intelektualnym funkcjonowaniu oraz zachowaniu przystosowawczym, jest również wyrazem koncepcyjnym, społecznym i praktycznym umiejętności społecznych. Niepełnosprawność ta pojawia się przed 18. rokiem życia. Dla przedstawionej definicji przyjmuje się następujące zasadnicze założenia:

- ograniczenie w bieżącym funkcjonowaniu powinno być uwzględnione w odniesieniu do uwarunkowań kultury środowiskowej i wieku;

- ocena funkcjonowania zawiera także różnorodność kulturową i językową oraz różnice w komunikacji, postrzeganiu sensorycznym, umiejętnościach motorycznych i behawioralnych;
- jednostki niepełnosprawne poza ograniczeniami mają silne strony oraz atuty;
- ważnym celem opisywania ograniczeń jest możliwość dostosowania szeroko pojętego i niezbędnego wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną;
- właściwa spersonalizowana pomoc poprawia funkcjonowanie jednostki z niepełnosprawnością intelektualną (Kulesza, 2004; Chemicz, 2015).

Według klasyfikacji DSM-IV (1994) wyróżnia się cztery stopnie upośledzenia umysłowego: lekki – od 50–55 do ok. 70 IQ, umiarkowany – od 35–40 do 50–55 IQ, znaczny – od 20–25 do 35–40 IQ i głęboki – poniżej 20 lub 25 IQ (Kirenko, Parchomiuk, 2006).

Obecnie odchodzi się od indywidualnego modelu niepełnosprawności, akcentującego osobisty problem człowieka, w kierunku społecznego modelu niepełnosprawności. Mając na względzie indywidualne i podmiotowe podejście do osób niepełnosprawnych, podkreśla się, że niepełnosprawność nie powstaje w efekcie ograniczeń osobowych, lecz w wyniku nieadekwatnych postaw i nastawienia otoczenia (Chemicz, 2015).

### **Przystosowanie społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną**

Przystosowanie jest to harmonijny związek między jednostką a jej otoczeniem, szczególnie społecznym, przy zaspokajaniu psychicznych i fizjologicznych potrzeb. W treści definicji istotne jest podkreślenie związku, jaki istnieje między człowiekiem a środowiskiem (Kozak, 1986).

Według Janusza Kirenki (1991, s. 19) przystosowanie, rozumiane między innymi w aspekcie społecznym, to „stan dynamicznej równowagi między wewnętrznymi wymaganiami człowieka a wymaganiami środowiska społecznego, osiągnany w wyniku wielopoziomowego i wieloaspektowego procesu adaptacji, psychologizacji i socjalizacji. Przejawem tego stanu jest taki stopień dojrzałości i integracji poszczególnych cech i sfer osobowości człowieka, który pozwala mu na satysfakcjonujące i sensowne funkcjonowanie w otaczającej rzeczywistości”.

W opracowaniach naukowych pojęcie przystosowania zazwyczaj utożsamiane jest z terminem adaptacja. Zjawisko adaptacji określa się w różny sposób, zależnie od podejścia teoretycznego i rozumienia samego przystosowania, którego może być częścią składową oraz ostatnim etapem adaptacji (Kirenko, Wiatrowska, 2015).

Na adaptację traktowaną jako proces, którego elementem jest przystosowanie rozwijające się przez całe życie jednostki doświadczającej trwałych ograniczeń, składa się dany zespół przeżyć, reakcji odnoszących się do akceptacji niepełnosprawności, pozytywna samoocena, utrzymywanie psychospołecznej stabilności, przejawianie dążeń do realizacji celów życiowych, właściwe ustosunkowanie się do siebie i innych osób oraz optymalna jakość życia w odniesieniu do wielu obszarów funkcjonowania (Byra, 2012).

Według Kirenki i Moniki Parchomiuk (2006) przyswajanie umiejętności wchodzących w zakres przystosowania jest nieustannym procesem rozłożonym w czasie, zależnym od własności psychofizycznych jednostki oraz czynników

środowiska wychowawczego. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną przejawiają istotny deficyt w obszarze społecznego przystosowania, niemniej jednak w tej kwestii wykazują względnie duży potencjał rozwojowy. Jego uaktywnienie i wzmocnienie jest zależne od jakości edukacji i rehabilitacji. Stąd słuszna potrzeba analizowania tego obszaru funkcjonowania przy uwzględnieniu środowiska spełniającego cele edukacyjne i rehabilitacyjne.

### **Spostrzeganie siebie przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną**

Możliwość osiągnięcia optymalizacji życiowej, w tym zdolności wypełniania ról społecznych, na przykład pracownika, rodzica, małżonka, pozostaje w związku ze spostrzeganiem siebie jako osoby autonomicznej, a jednocześnie zintegrowanej naturalnymi więzami ról z grupą społeczną. Rezultatem tak przebiegającego procesu jest pozytywny obraz siebie (tamże).

Spostrzeganie siebie rozumiane jest jako świadomość własnej osoby przedstawiająca się w postaci sądów o sobie. Termin „spozstrzeganie siebie” jest rozpatrywany wieloaspektowo, ponieważ może odnosić się do różnych obszarów spostrzegania: sensorycznych – związanych z bezpośrednią percepcją, wyobraźniowych – polegających na posługiwaniu się w świadomości samoobserwacjami utrwalonymi w pamięci oraz abstrakcyjnych – związanych z aktualizowaniem informacji (Kirenko, 2007).

Warto w tym miejscu wspomnieć o elementach, które składają się na obraz własnej osoby. Według Janusza Reykowskiego są nimi: wygląd i fizyczne atrybuty, umiejętności i zdolności, postawy i potrzeby, pozycja wśród innych ludzi, wymagania jednostki wobec otoczenia (za: Majewski, 2002).

Wizerunek własnej osoby uwarunkowany jest zatem wieloczynnikowo, zależnie od wieku życia i poziomu rozwoju człowieka. Można ogólnie mówić o dwóch grupach takich uwarunkowań: o czynnikach anatomiczno-fizjologicznych, zwanych statycznymi, i czynnikach psychospołecznych, określanymi jako dynamiczne (Kirenko, Parchomiuk, 2006).

Pojawiają się pytania, czy sądy o innych i o sobie są trafne. W jakim stopniu wiedza o innych ludziach i o sobie samym przystaje do rzeczywistości? Jakie są kryteria trafnych sądów o rzeczywistości społecznej? Kiedy nie warto szukać poprawnych i trafnych odpowiedzi, a kiedy takie zmagania prowadzą do rozwoju osobowości (Brycz, 2004).

W wyniku przeprowadzonych badań Kirenko i Parchomiuk (2006) stwierdzają, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną w realnym i idealnym obrazie siebie niewielkie znaczenie przypisują cechom przywódczym oraz potrzebie dominacji. Prawdopodobnie jest to konsekwencją osobistych doświadczeń, które można skojarzyć z takimi cechami charakteryzującymi osoby z deficytem intelektualnym, wykazywanymi w literaturze przedmiotu, jak większa sugestywność i podatność na wpływy innych.

### **Metoda badań**

Koncepcja badawcza niniejszego opracowania skupia się na zauważalnej potrzebie ukazania kwestii spostrzegania siebie przez osoby z lżejszą niepełno-

sprawnością intelektualną w stosunku do poziomu i istoty ich przystosowania społecznego. Tak ujęta problematyka stanowi specyficzny cel obiektywnych dociekań badawczych, które są aktualne, potrzebne i uzasadnione.

Ze względu na przyjęty cel i problem badawczy wyodrębniono następujące szczegółowe pytania badawcze:

1. Jak spostrzegają siebie osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim?
2. Jaki jest poziom przystosowania społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim?
3. Jaki jest związek między spostrzeganiem siebie i przystosowaniem społecznym osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim?

Do organizacji badań i postępowania badawczego wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. W jej zakresie posłużono się takimi technikami badawczymi, jak Skala Spostrzegania Siebie i Innych Ludzi oraz Kwestionariusz Przystosowania Psychospołecznego.

Skala Spostrzegania Siebie i Innych Ludzi (SSSiIL) w opracowaniu Jana Kochańskiego i Kirenki pozwala na określenie sposobu, w jaki osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim spostrzegają siebie i innych ludzi w wymiarach realnym i idealnym. Na potrzeby badań niniejszego opracowania z tej skali wykorzystano dwie pierwsze podskale, tj. realne spostrzeganie siebie (JR – Ja realne) – „Jaki jestem” i idealne spostrzeganie siebie (JI – Ja idealne) – „Jaki chciałbym być” (tamże).

Kwestionariusz Przystosowania Psychospołecznego (PACI) Franklina Schontza i Susan Fink tworzą grupy twierdzeń tzw. triad. Osoba badana wybiera najbardziej, według niej, trafny opis każdej z triad. Badania danej osoby prowadzi się równoległe z badaniami jej opiekuna (Kirenko, 1998; Lew-Starowicz, Kirenko, 2001).

Badania realizowane były w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych z województwa lubelskiego: SOSW w Bystrzycy, SOSW w Załuczu, SOSW nr 1 w Lublinie oraz SOSW w Olbięcinie. W badaniach wzięli udział uczniowie gimnazjów oraz szkół zawodowych. Objęto nimi 54 osoby (19 dziewcząt i 35 chłopców), u których została stwierdzona i orzeczona niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim. Znaczące uczestnictwo i zaangażowanie w badaniach miała także kadra pedagogiczna, będąca w bezpośrednim kontakcie z wychowankami.

## **Wyniki badań własnych**

### ***Spostrzeganie siebie przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim – wymiar realny***

Uzyskane wyniki w tej części badań i ich analiza umożliwiły uchwycenie kwestii realnego spostrzegania siebie przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

Możliwa do uzyskania rozpiętość wyników w zakresie danych kategorii skali SSSiIL określających cechę i jednocześnie świadczących o jej nasileniu, mieści się w przedziale 3 pkt minimalnie i 12 pkt maksymalnie.



Na podstawie procedury (Brzeziński, 1984) o ustalaniu zakresów wyników wysokich, niskich i średnich, dzielących wyniki po 25% krańcowych najwyższych i najniższych, a pozostałe 50% wyników na poziomie średnim, przyjęto: zakres wyników niskich 3,00–5,25 pkt, zakres wyników przeciętnych 5,26–9,75 pkt, zakres wyników wysokich 9,76–12,00 pkt. Adekwatnie podzielono zakres wyniku ogólnego, który obejmuje sumę danych kategorii skali SSSiIL: zakres wyników niskich 12,00–21,00 pkt, zakres wyników przeciętnych 21,01–36,00 pkt, zakres wyników wysokich 36,01–48,00 pkt.

Wyniki realnego spostrzegania siebie przez osoby z lżejszą niepełnosprawnością intelektualną w zakresie danych kategorii skali SSSiIL zawiera tabela 1.

Tabela 1

Wyniki realnego spostrzegania siebie przez badanych

Kategorie	M	SD
JR Napęd	8,29	2,203
JR Emocjonalność	8,68	1,425
JR Działanie	8,01	2,252
JR Dominacja	7,79	1,509
JR Suma	32,77	7,389

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Biorąc pod uwagę wyniki zamieszczone w tabeli 1, zauważa się, że suma ogólna oraz wartości obejmujące dane kategorie skali SSSiIL mieszczą się w przedziałach wyników średnich. Można zatem ogólnie wnioskować, że badani stosunkowo pozytywnie widzą siebie we wszystkich płaszczyznach osobowości objętych skalą.

W bardziej szczegółowej analizie uwidaczniają się pewne tendencje badanych do wyższego oceniania siebie. Dotyczą one emocjonalności z najwyższą wartością punktową. Badani widzą siebie jako osoby pewne swoich możliwości, odważne, pogodne, wesołe, radzące sobie z negatywnymi emocjami, na które rzadko reagują gniewem. Niemal równie wysoko oceniają swoje właściwości psychofizyczne, których wartość punktową zawiera się w kategorii napęd, świadczącej o odporności fizycznej i wytrzymałości. W tym obszarze badani dostrzegali siebie jako osoby często czymś zajęte, rzadko zmęczone, potrafiące szybko zregenerować i odzyskać siły. Wydaje się, że właściwości te w pewnym stopniu wpływają na aktywność badanych, chociaż w kategorii działanie ocenianie siebie jest bardziej umiarkowane. Badani wykonują czynności raczej dokładnie i powoli, są dość wytrwali w tym, co robią. W społecznej codzienności wolą ustąpić i oddać przywództwo innym, w tej kwestii są powściągliwi, unikają dominacji oraz konfrontacji.

### ***Spostrzeganie siebie przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim – wymiar idealny***

Tabela 2 zawiera wyniki, które w efekcie analizy posłużą do charakterystyki idealnego spostrzegania siebie przez osoby z lżejszą niepełnosprawnością intelektualną.

Tabela 2

Wyniki idealnego spostrzegania siebie przez badanych

Kategorie	M	SD
Jl Napęd	9,29	1,655
Jl Emocjonalność	10,27	1,653
Jl Działanie	9,42	1,765
Jl Dominacja	8,96	1,541
Jl Suma	37,94	6,614

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Otrzymana suma średnich wartości kwalifikuje wynik globalny na poziomie wysokim, co przemawia za chęcią badanych do spostrzegania własnej osoby bardzo pozytywnie. Największą wartość wyniku globalnego stanowi emocjonalność, która jako kategoria również znalazła się na poziomie wyników wysokich. Niższe średnie, chociaż mieszczące się w górnym przedziale wyników przeciętnych i zbliżone wartościami względem siebie, dotyczą kategorii działanie i napęd. Także sfera dominacji znalazła się na poziomie wyników przeciętnych, jednak różnica średnich wartości z tendencją spadkową względem poprzednich kategorii jest zauważalna.

Badani przejawiają wyraźną chęć spostrzegania siebie w jak najlepszym świetle. Na pozytywny poziom oceny własnej osoby największy wpływ ma emocjonalność badanych, którzy swój idealny obraz w tej kategorii budują poprzez dużą odwagę, wesoły nastrój i minimalizowanie gniewu. Dążą do ideału także poprzez bardziej wytrwałe, szybsze i dokładne wykonywanie czynności, co przejawia się w kategorii działanie. Niemal w podobnym stopniu uważają, że bardzo powoli się męczą i potrafią bardzo szybko odzyskiwać siły, aby ciągle być aktywnymi. Cechy te przemawiają za względnie optymalnymi możliwościami fizycznymi i psychicznymi zawartymi w kategorii napęd. W nieco mniejszym stopniu zauważa się chęć badanych do większego zaznaczenia swojej pozycji w grupie poprzez dominację i przewodzenie innym.

#### ***Spostrzeganie siebie przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w wymiarach realnym i idealnym – analiza porównawcza***

W tej części analizy poczyniono starania zmierzające do ujęcia samooceny badanych. Wykorzystana została metoda testu t-Studenta. Porównanie wyników ogólnych oraz średnich, obejmujących dane kategorie skali SSSiIL, umożliwiło ujęcie różnic między „ja” realnym i „ja” idealnym oraz określenie samooceny.

Rozbieżność między realnym i idealnym spostrzeganiem siebie traktowana jest jako wskaźnik poziomu samooceny. Im większa rozbieżność między „ja” realnym a „ja” idealnym, tym niższa samoocena. Im mniejsza rozbieżność, tym wyższa samoocena (Kirenko, Parchomiuk, 2006).

Wyraźnie widoczne jest, że wyniki ogólne „ja” realnego i „ja” idealnego mieszczą się w różnych wymiarach. Wartość średniej „ja” realnego leży w zakresie wyników przeciętnych, „ja” idealnego – w przedziale wyników wysokich. Względem nich występuje różnica istotna statystycznie (tabela 3). W związku z uzyskanymi wynikami można sądzić, że badane osoby dotąd nie

uksztaltowały ogólnej oceny siebie w stopniu w pełni dla nich satysfakcjonującym. Badani woleliby widzieć własną osobę o wiele pozytywniej, niż faktycznie ją spozstrzegają. Rozbieżności średnich w aspekcie ogólnym i szczegółowym świadczą o tym, że idealna wizja siebie jest oddalona od stanu faktycznego. Jest to szczególnie widoczne w kategorii emocjonalność, której wyniki mieszczą się w zakresie wymiaru przeciętnego dla „ja” realnego i wymiaru wysokiego dla „ja” idealnego. Również w tej kategorii istnieje największa różnica wyników i zarazem rozbieżność między realnym a idealnym wizerunkiem. Tak więc, ze względu na zajmowaną pozycję w wymiarach wyników „ja” realnego i „ja” idealnego oraz największą rozbieżność między nimi, można mówić o obniżonej lub nieuksztaltowanej samoocenie badanych w kategorii emocjonalność i cech, jakie się na nią składają. Podobna sytuacja występuje także w kategorii działanie. Mimo iż wyniki tej kategorii w odniesieniu do realnego i idealnego wizerunku zajmują poziom przeciętny, to różnica i rozbieżność między nimi jest znacząca. Okazuje się, że pomimo względnie pozytywnego obrazu siebie w kategorii emocjonalność i działanie, nie jest on w pełni satysfakcjonujący dla badanych. Mniejsza rozbieżność w realnym i idealnym spozstrzeganiu siebie występuje w kategoriach napęd i dominacja. Można więc wnioskować o umiarkowanym poziomie samooceny badanych w zakresie cech, jakie składają się na kategorie napęd i dominacja.

Tabela 3

Porównanie wyników ogólnych i szczegółowych w zakresie „ja” realnego i „ja” idealnego badanych

Kategorie	M	SD	Różnica	t°	p
JR Napęd	8,29	2,203			
Jl Napęd	9,29	1,655	-1,00	-2,666	0,008
JR Emocjonalność	8,68	1,425			
Jl Emocjonalność	10,27	1,653	-1,59	-5,362	0,000
JR Działanie	8,01	2,252			
Jl Działanie	9,42	1,765	-1,41	-3,613	0,000
JR Dominacja	7,79	1,509			
Jl Dominacja	8,96	1,541	-1,17	-3,974	0,000
JR Suma	32,77	7,389			
Jl Suma	37,94	6,614	-5,17	-11,400	0,000

M – średnie arytmetyczne, SD – odchylenie standardowe, Różnica – między średnimi arytmetycznymi, t° – wynik testu t-Studenta, p – poziom istotności statystycznej

#### *Przystosowanie społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*

Zgodnie z procedurą ustalania zakresów wyników wysokich, niskich i średnich przyjęto odpowiednio po 25% krańcowych najwyższych i najniższych, a pozostałe 50% wyników na poziomie średnim (Brzeziński, 1984).

W toku analizy porównawczej stwierdza się dużą zbieżność ocen uzyskanych z samoopisu osób z niepełnosprawnością intelektualną i oceny wychowawców, co świadczy o obiektywnych wynikach badań. Mieszczą się one w zakresie wy-

ników średnich i przedstawiają się następująco dla danych kategorii: Motywacja – badanych 64,81% i 56,01% opisujących wychowawców; Przystosowanie społeczne – badanych 69,44% i 62,50% opisujących wychowawców; Przystosowanie osobiste – badanych 61,11% i 58 33% opisujących wychowawców.

Skala Motywacji obejmuje takie wymiary psychospołeczne, jak: kooperatywność, zrozumienie choroby, poziom aktywności, ocena własnych zdolności. Badani stwierdzili u siebie aktywność na średnim poziomie, jednak mieszczącym się w górnej granicy wyników, tj. 74,07 %. Tak samo do aktywności badanych odnieśli się wychowawcy. Tylko 11 (20,37%) badanych twierdzi, że unika jakiegokolwiek wysiłku, a tylko w 6 (11,11%) przypadkach tak samo twierdzą wychowawcy. Ze swoją niepełnosprawnością i jej zrozumieniem utożsamia się 36 (66,67%) badanych, zbliżone dane (32 osoby, 59,26%) co do realnego rozumienia stanu niepełnosprawności przez podopiecznych uzyskano od wychowawców. W odniesieniu do spostrzegania swojej niepełnosprawności 35 badanych (64,81%) rozsądnie uczestniczy w terapii, współpracę w niej podkreślają wychowawcy u 29 (53,70%) swoich podopiecznych. W stosunkowo dużym odsetku (25,93%) 14 badanych z niepełnosprawnością sprzeciwia się terapii, według wychowawców nie współpracuje w niej 16 (29,63%) podopiecznych. Realnie swoje możliwości ocenia 29 (53,70%) osób z niepełnosprawnością i u 20 (37,04%) podopiecznych takie podejście zauważają wychowawcy. W takim samym odsetku określają oni podopiecznych jako osoby, które uważają, że potrafią wszystko zrobić, tak też myśli o sobie 19 (35,19%) badanych.

W wynikach kategorii Przystosowanie społeczne największe odsetki i najbardziej zgodne względem siebie wartości są w podkategoriach związanych z akceptowaniem badanych przez ich rodziny, co podkreśla 41 (75,93%) osób, a ich wychowawcy potwierdzają to w 42 (77,78%) przypadkach. Przejawy właściwych uczuć w stosunku do swojej rodziny odnajduje w sobie 33 (61,11%) badanych, częściej takie relacje stwierdzają wychowawcy, bo u 39 (72,22%) badanych. 37 (68,52%) badanych twierdzi, że w rodzinie są traktowani na równi z innymi jej członkami, takie stosunki w rodzinach podopiecznych popiera 22 (40,74%) wychowawców. 39 (72,22%) badanych, a więc znaczna większość, uważa, że utrzymuje dojrzałe stosunki społeczne, w 32 (59,26%) przypadkach potwierdzają to opiekunowie.

W zakresie kategorii Przystosowanie osobiste zawierają się takie podkategorie, jak: akceptacja niepełnosprawności, emocjonalność, intelektualna organizacja, reakcja na frustracje. Najbardziej zgodne wyniki obu grup i w największym stopniu warunkujące pozytywnie skalę przystosowania osobistego dotyczą emocjonalności i akceptacji niepełnosprawności. Właściwe reakcje emocjonalne dostrzega u siebie 39 (72,22%) osób z niepełnosprawnością i zauważa je 40 (74,07%) wychowawców u swoich podopiecznych. Badani w dużym stopniu uważają, że żyją tak, na co pozwala im niepełnosprawność. Tak twierdzi 39 (72,22%) badanych i w niemal identycznym zakresie taki sąd o nich wyraża 38 (70,37%) wychowawców. Niemal całkowita zgodność w wynikach obu grup pojawia się w wypowiedziach świadczących o akceptacji niepowodzeń, takim twierdzeniem określiło siebie 26 (48,15%) badanych, tak też opisali swoich 27 (50,00%) podopiecznych opiekunowie.

***Spostrzeganiem siebie i przystosowanie społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim***

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że badane osoby z lżejszą niepełnosprawnością intelektualną stosunkowo pozytywnie widzą siebie w wielu sferach osobowości. Dominują przede wszystkim takie bardzo nasilone cechy, jak: emocjonalność przejawiana między innymi w pogodnym nastroju i braku negatywnych emocji oraz napęd i działanie obejmujące właściwości psychofizyczne, aktywność oraz działalność praktyczną. Przeciętnie na tle skali i najniżej spośród pozostałych cech oceniona została dominacja, w świetle której badani spostrzegają swoją osobę na umiarkowanej pozycji. Wyraźna jest także pewna tendencja do wyższych wyników w kategorii „ja” idealnego, co może świadczyć o labilnej, nieukształtowanej lub zaniżonej samoocenie. Badane osoby przejawiają średni poziom zachowań przystosowawczych wchodzących w zakres takich kategorii, jak: motywacja, przystosowanie społeczne i przystosowanie osobiste. Wartości w niektórych kategoriach i cechach świadczących o zachowaniach przystosowawczych mieszczą się jednak w górnych granicach wyników i są zbliżone do poziomu wysokiego.

W pośrednim porównaniu wyników badań można zauważyć kategorialne podobieństwo cechy o podobnym nasileniu w spostrzeganiu siebie przez badanych z ich zachowaniami przystosowawczymi – te cechy, które były wysoko oceniane w wizerunku własnej osoby, odzwierciedlają się w kategorialnie zbliżonych zachowaniach przystosowawczych. Widoczne są znacząco oceniane właściwości fizyczne i działalność praktyczna w wizerunku własnej osoby, odzwierciedlające się w niemal wysokiej aktywności dotyczącej przystosowania społecznego. Podobne powiązania można zauważyć między emocjonalnością wyraźnie nasiloną w obrazie własnej osoby i właściwymi relacjami rodzinnymi, społecznymi oraz reakcjami emocjonalnymi w zachowaniach przystosowawczych. Obszary osobowości, które miały mniejsze znaczenie w obrazie własnej osoby, również odzwierciedlają się w kategorialnie zbliżonych zachowaniach przystosowawczych o mniejszym nasileniu.

Ogólne wymiary przystosowania społecznego i spostrzegania siebie dla „ja” realnego badanych przyjmują średni poziom. W cechach danych obszarów spostrzegania siebie i przystosowania społecznego można zauważyć pewne powiązania o charakterze pośrednim. Uwidaczniają się one w wyniku analizy cech, jakie spostrzegają u siebie osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i zachowań przystosowawczych. Zauważa się pewne tendencje, na podstawie których można sądzić, że pozytywne spostrzeganie siebie, wykazane przez badanych, tworzące strukturę osobowości, determinuje aktywność tych osób, reguluje relacje z otoczeniem i wpływa na sposób funkcjonowania odzwierciedlający się we właściwych zachowaniach przystosowawczych.

**Dyskusja wyników**

Autentyczny wizerunek siebie spostrzegany przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim kształtuje się na umiarkowanym poziomie. Badani stosunkowo pozytywnie widzą siebie w wielu płaszczyznach osobowości, a szczególnie w sferze emocji. Osoby z lżejszą niepełnosprawnością intelektualną

uważają, że są atrakcyjne, towarzyskie i odważne, a ich świat jest wesoły oraz bogaty w doznania. Można zatem wnioskować, że środowisko ośrodków szkolno-wychowawczych sprzyja wielu takim doświadczeniom. W klimacie placówki, jej społeczności i wzajemnych relacji osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają większe szanse na sukces, jego zauważenie oraz docenienie. Środowisko to wywiera pozytywny wpływ na rozwój każdej jednostki, charakteryzuje się akceptacją, jest miejscem szczerych kontaktów rówieśniczych, pomocy i współpracy. Uczestniczenie w strukturach szkoły i internatu, w szeroko pojętym życiu placówki, w procesie rehabilitacji, rewalidacji dostarcza wielu pozytywnych doświadczeń, które silnie oddziałują na osobowość wychowanków, dając pozytywny wizerunek siebie i kreując właściwe zachowania przystosowawcze.

Jak podaje Janina Wyczesany (2005), w rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną najważniejsze jest zaspokajanie jego potrzeb psychicznych. Stymulacja obejmuje sferę ruchową, intelektualną i społeczną.

Obszar sprawności fizycznej jest jedną ze sfer optymalnego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Są to te cechy i właściwości tych osób, które wyzwalają i stwarzają wiele możliwości. Osoby z lepszą niepełnosprawnością intelektualną wolą spostrzegać siebie bardzo pozytywnie.

Z badań przeprowadzonych przez Kirenkę i Parchomiuk (2006) wynika również, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną w pozytywny sposób spostrzegają siebie, z wyraźną tendencją do wyższych ocen w sferze działania. Oceniają siebie jako osoby odważne, pogodne, niepoddające się niekorzystnym emocjom, z dobrą kondycją fizyczną oraz psychiczną.

Przystosowanie społeczne oceniane przez retrospekcję badanych i grupę porównawczą opiekunów oddaje średni oraz wiarygodny jego poziom, co potwierdza dużą zgodność wyników po obu stronach. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim charakteryzują się średnim poziomem zachowań przystosowawczych w takich obszarach, jak: motywacja, przystosowanie społeczne i przystosowanie osobiste. Znaczną większość badanych w zakresie zachowań przystosowawczych cechuje aktywność. Zauważa się także tendencje do wysokiego oceniania właściwości fizycznych, działania i aktywności w spostrzeganiu siebie.

Dokonane analizy badawcze w kwestii potencjalnego związku między spostrzeganiem siebie i przystosowaniem społecznym badanych osób miały charakter pośredni. W celu optymalnego poznania tego zagadnienia należałoby dokonać pogłębionych analiz statystycznych.

Osoby z lepszą niepełnosprawnością intelektualną w niekorzystnych warunkach i przy braku opieki łatwo ulegają niekorzystnym wpływom, zaś w optymalnych warunkach wychowawczych są w stanie opanować podstawowe czynności i przystosować się do środowiska społecznego (Łaba, 2011).

Większość osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim funkcjonuje tak, na co pozwala im niepełnosprawność. W umiarkowanym stopniu osoby te potrafią akceptować niepowodzenia, a często obwiniają innych, kiedy coś się im nie uda. Można więc wnioskować, że badani mają tendencję do lekceważenia niepowodzeń, porażek i problemów życiowych, a przyczyn ich powstawania doszukują się w czynnikach zewnętrznych. Sprzyja to utrzymaniu pozytywnego wizerunku siebie i obronie przed przykrymi emocjami, gdyż

badani przypisywali znikome znaczenie negatywnym emocjom. Osoby z lżejszą niepełnosprawnością intelektualną funkcjonują adekwatnie do możliwości i wykazują mniejszą potrzebę przywództwa i dominacji.

W wyniku przeprowadzonych badań Kirenko i Parchomiuk (2006) stwierdzają, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną nie dążą do wzmacniania pozycji w relacjach z innymi oraz przewodzenia innym.

## Wnioski

Poczynione analizy prowokują stwierdzenie, że istnieje związek między spostrzeganiem siebie przez osoby z lżejszą niepełnosprawnością intelektualną a ich przystosowaniem społecznym. Trudno jednak zaryzykować stwierdzenie o globalnej zależności między zmiennymi. Można za to uchwycić pewne implikacje w analizie poszczególnych wymiarów spostrzegania siebie przez badane osoby a ich zachowaniami przystosowawczymi.

Wnioski skłaniają do wskazań o charakterze pragmatycznym. Jest to swoistego rodzaju realizacja poruszonej problematyki, zgodnie z którą w rehabilitacji oraz edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim należy:

- umacniać i podtrzymywać istniejące oraz dobrze funkcjonujące właściwości psychofizyczne i sfery osobowości;
- ukierunkować edukację i rehabilitację na wyrównywanie braków, które mogą utrudniać aktywność w sytuacjach skomplikowanych oraz w samodzielnym życiu;
- zadbać o wsparcie oraz jakość szeroko pojętego środowiska życia osób z niepełnosprawnością intelektualną przede wszystkim w aspekcie psychospołecznym i materialnym;
- kłaść nacisk na obszar działalności praktycznej, twórczej i zawodowej;
- wskazywać możliwości i stawiać wyzwania umożliwiające samorealizację oraz sprawne działanie w dorosłym życiu;
- wzbogacać oddziaływania w obszarze profilowania adekwatnego wizerunku siebie i zachowań przystosowawczych.

Wymienione wskazania są efektem rozważań teoretycznych oraz analizy i interpretacji uzyskanych wyników badań. W trakcie powstawania niniejszej pracy rodziło się wiele pytań i możliwości, które warto wykorzystać. Pojawiły się pewne sugestie w zakresie prowadzenia badań na liczniejszej grupie i z wykorzystaniem większej ilości zmiennych, dalsze cele i koncepcje analiz naukowych, które w szerszym i bardziej wnikliwym zakresie urzeczywistnią możliwość praktycznej działalności odnoszącej się do poprawy funkcjonowania oraz jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną.

## Bibliografia

- Borowska-Beszta, B. (2012). *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Brycz, H. (2004). *Trafność spostrzegania własnych i cudzych zachowań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Brzeziński, J. (1984). *Elementy metodologii badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.

- Byra, S. (2012). *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Chimicz, D. (2015). *Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną wobec własnej sytuacji życiowej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J. (1991). *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J. (1998). *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J. (2006). *Oblicza niepełnosprawności*. Lublin: WSSP.
- Kirenko, J. (2007). *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J., Parchomiuk, M. (2006). *Edukacja i rehabilitacja osób z upośledzeniem umysłowym*. Lublin: WSSP.
- Kirenko, J., Wiatrowska, A. (2015). *Otyłość, przystosowanie i uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kozak, S. (1986). *Sieroctwo społeczne*. Warszawa: PWN.
- Kulesza, E.M. (2004). *Rozwój poznawczy dzieci z lekkim i umiarkowanym stopniem upośledzenia umysłowego – diagnoza i wspomaganie*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Lew-Starowicz, Z., Kirenko, J. (2001). *Seks po uszkodzeniu rdzenia kręgowego*. Ryki: WSUPiZ.
- Łaba, A. (2011). *Zastosowanie biblioterapii w kształtowaniu zachowań przystosowawczych uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Majewski, P. (2002). *Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*. Kraków: WNAP.
- Wyczesany, J. (2005). *Pedagogika osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*. W: W. Dyk-cik (red.), *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo UAM.

## SELF-PERCEPTION AND SOCIAL ADAPTATION IN PEOPLE WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITIES

### Abstract

Self-perception is a particularly important determinant of human existence in a broad sense. A multifaceted self-image, its positive perception and acceptance have a significant impact on individual psychosocial comfort, optimal development, and functioning and quality of life improvement.

This paper specifically stresses the need for people with mild intellectual disabilities to develop social skills in a broad sense that influence quality of life and that are determined by a positively perceived self-image and the social adaptation level.

The partial findings of the author's research study presented in the paper point to numerous spheres of the participants' personalities and their adaptation behaviors that constitute an important developmental potential of people with mild intellectual disabilities. The self-perception and social adaptation of people with mild intellectual disabilities is treated as a unique aim of objective scientific inquiry in the article. The issues presented from such a point of view can be considered as valid, justified and aiming to optimize the quality of life of people with intellectual disabilities.

The paper includes a theoretical discussion and empirical analyses. The theoretical part details the essence of intellectual disability, social adaptation, and self-perception in people with intellectual disabilities. The empirical part provides the methodology of the author's research study, the findings, and analysis. As a whole, the paper provides a basis for pragmatic conclusions and recommendations.

**Key words:** intellectual disability, adaptation, self-perception



SHIRI PEARLMAN-AVNION  
Department of Psychology and Department of Education  
Tel Hai College, Upper Galilee, Israel  
Shiripearlmanavnion@yahoo.com  
NOFAR ESHED-LAVI  
Department of Education  
Tel Hai College, Upper Galilee, Israel

ISSN 0137-818X  
DOI: 10.5604/01.3001.0011.6082  
Data wpływu: 20.01.2018  
Data przyjęcia: 31.01.2018

## CHANGING ATTITUDES OF NON-RELIGIOUS AND RELIGIOUS STUDENTS TOWARDS HOMOSEXUALITY: LECTURE AS A MEAN OF INTERVENTION

This research compares two intervention methods implemented at a college in northern Israel, aimed at instilling positive attitudes towards LGBT people: (1) a lecture in which a lesbian woman recounted her personal story, and (2) a neutral academic lecture on homosexuality delivered by a department lecturer. The difference between pre- and post-intervention attitudes was significantly greater among the experimental group who heard the personal story, as compared with the control group who heard the lecture. Religious students' attitudes were significantly more negative pre- and post-intervention. Contrary to our hypothesis, the experimental intervention did not have a greater impact on attitudes of religious students as compared with non-religious students.

*Key words:* LGBT, attitude change, homosexuality, students, brief intervention, religious, non-religious

### Introduction

As LGBT students become increasingly visible and salient on college campuses, educators and administrators face challenges in making these students feel secure and welcome, given evidence that they experience discrimination, exclusion, and violence due to their sexual orientation (Balsom, Rothblum, Beauchaine, 2005; Cowie, Myers, 2016; NUS, 2014). Moreover, there are perceived benefits in encouraging favorable attitudes regarding LGBT people among college students, especially those intending to work in fields such as education or therapy, for several reasons. One, they are likely to encounter LGBT students, clients, patients and colleagues in their work. Second, since educators and therapists are agents of influence regarding public opinion, reducing derogatory ideas about LGBT people and homosexuality among these students may have a wide and long-lasting influence (Ben-Ari, 1998; Fish, 2008; LaSala, 2006; Perez, DeBord, Bieschke, 2008).

In recent years, there has been growing awareness of LGBT rights in Western countries, including Israel where the current study took place. Despite Israeli laws ensuring equal social rights (Harel, 2000; Kama, 2005) discrimination, stigmatization, and violence against LGBT people continues (Pizmony-Levy, Kama, Shilo, Lavee, 2008; Walzer, 2013). One significant predictor of negative attitudes

towards homosexuality, considered in this article, is religiosity (Arndt & De Bruin, 2006; Olson, Cadge, Harrison, 2006). Other predictors of negative attitudes include male gender, increased age, less education, and more children; while knowledge about homosexuality and friendship with LGBT persons are predictors of positive attitudes (Brown & Henriquez, 2008; Çirakoğlu, 2006; Cotton-Huston, Waite, 2000; Shackelford, Besser, 2007). Thus, it is proposed that negative attitudes towards homosexuality may be reduced by creating encounters between heterosexuals and members of the LGBT community and broadening knowledge on this subject (Chonody et al., 2009; Herek, Capitano, 1996; Shilo, 2009). Workshops and panel discussions with members of the LGBT community have been found to be successful intervention methods (Blumenfeld, 1992; Burkholder, Dineen, 1996; Chng, Moore, 1991; Rye, Meaney, 2009).

The present research compares two brief intervention methods used at a college in Israel: a lecture delivered by a lesbian woman who related her personal story then answered participants' questions; and a neutral academic lecture given in a course offered in the students' department of study which delivered information on homosexuality and homosexual people. We hypothesized:

- 1) There will be greater improvement in attitudes towards LGBT people among students who heard the personal story (experimental group), compared with those who attended the academic lecture (control group).
- 2) In the experimental group, attitudes of non-religious students towards LGBT people will be more positive than those of their religious peers, prior to and after the intervention.
- 3) In the experimental group, there will be significant improvement in attitudes, with more significant improvement among religious students.

## Method

### *Participants*

Participants included 107 first-year bachelor's degree students in the Faculty of Social Sciences at a college in northern Israel. We chose two classes and randomly assigned one to the experimental group and the other to the control group. As shown in Table, demographic traits of the groups were similar. Five participants who identified as lesbian or bisexual were not included in the statistical analyses, on the assumption that their attitudes would be positive to begin with. All self-defined religious students were considered together, regardless of level of religiosity.

### *Instruments*

We used a demographic questionnaire and an updated Hebrew version of the self-report Homosexuality Attitude Scale (HAS) (Kite & Deaux, 1986; Shilo, 2004), which includes an item regarding HIV carriers that did not appear in the original instrument. The questionnaire included 22 statements such as "I would not mind having homosexual friends"; "Homosexuality is a mental illness" and "If I were a parent I would not mind my son or daughter being gay". Each statement is rated on a 5-point Likert scale from Strongly Agree to Strongly Disagree, so that scores for the total questionnaire range from 22 to 110. The translated questionnaire has

excellent internal consistency ( $\alpha = .93$ ) (Shilo, 2004), and in the present research, it was  $\alpha = .91$  prior to the intervention, and  $\alpha = .92$  afterwards. Item 7 (“Lesbians and homosexuals don’t like members of the opposite sex”) was excluded as the reliability test showed that the Cronbach’s alpha reduced the reliability.

Table

Demographic Traits of Experimental and Control Groups

	Experimental Group (N=43)			Control Group (N=64)		
	N	%		N	%	
Gender						
male	2	4.65		12	17.19	
female	41	95.35		52	82.81	
Marital Status						
unmarried	35	81.40		51	79.69	
married	8	18.60		13	20.31	
Children						
yes	1	2.33		2	3.12	
no	42	97.67		62	96.88	
Religion						
Jewish	43	100		61	95.31	
Other	0	0		3	4.69	
Religiosity						
religious	9	20.93		15	23.44	
non-religious	34	79.07		49	76.56	
	<b>Range</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Range</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Age	20–28	24.17	1.77	20–55	24.99	4.77

### Procedure

Respondents in the experimental and control groups completed the HAS before and after the respective interventions. The talk by the lesbian woman covered her life story including childhood, process of coming out, and marriage to a woman. She responded to questions from the audience. The control group attended an academic lecture on homosexuality, presented as part of a course in the department of study.

### Results

Participants’ attitudes towards homosexuality were relatively positive even before the interventions, which may be due to the composition of the sample: primarily non-religious, female, social science students.

We calculated the difference between the pre- and post-intervention questionnaire scores on the HAS. A *t*-test for independent samples confirmed the first hypothesis: improvement in attitudes as reflected in change in HAS scores was greater in the experimental group than in the control group (see Figure 1).

A Mann-Whitney test using group means confirmed the second hypothesis: non-religious respondents in the experimental group expressed more positive attitudes towards homosexuality before and after the lecture (see Figure 2).

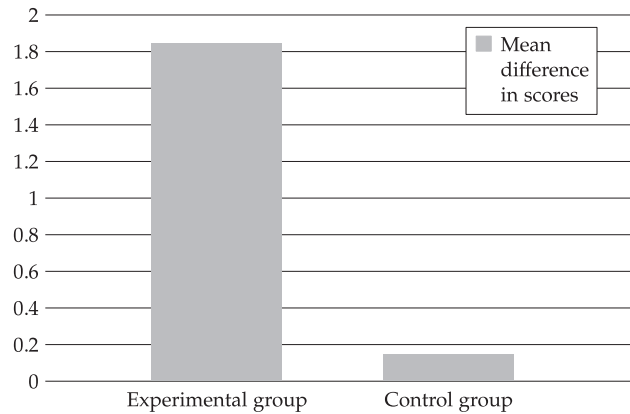


Figure 1. Means of Research Groups: Differences in Scores on HAS Pre- and Post-Intervention

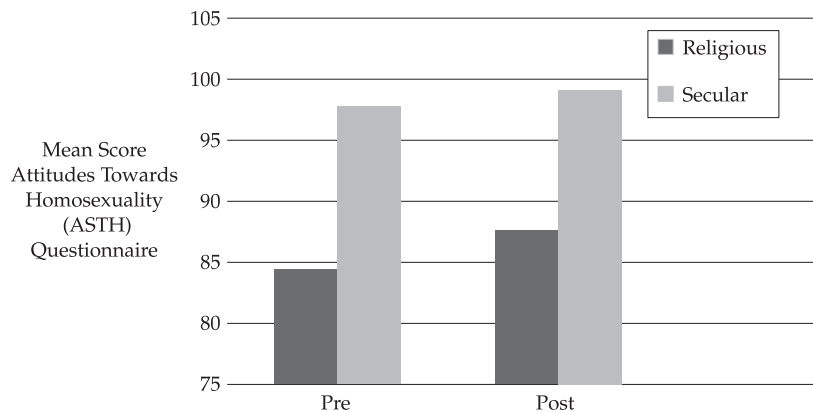


Figure 2. Religious and Non-religious Respondents: Differences in Attitudes Towards Homosexuality Pre- and Post-Intervention

Comparison of differences in pre- and post-intervention scores of the non-religious and religious respondents using the Mann-Whitney test for independent samples refuted the third hypothesis: there was no significant difference between the degree of change in pre- and post-intervention scores among religious and non-religious students. Nevertheless, there was a significant change among both religious and non-religious students in their attitudes toward homosexuality. The difference between the pre- and post-intervention attitudes of the religious students was twice as great as that of the non-religious respondents. This suggests the possibility that despite the effect size, the small size of the sample worked against confirmation of the hypothesis.

## Discussion

These findings are consistent with those of other recent research. Although we did not examine cognitive and emotional components separately, the results suggest that the interpersonal encounter promoted emotional identification, contributing to positive attitude change.

It is possible that the difference in degree of pre-post intervention change between religious and non-religious students did not reach the level of significance because of the small number of respondents in the religious group, and use of the nonparametric Mann-Whitney test.

Thus the results indicate that hearing a personal story from a member of the LGBT community constitutes an effective intervention for improving attitudes towards homosexuality. Since research in this field in Israel is still in its infancy, it is important to examine long-term effects, expand the target population to include adolescents and adults, and to explore suitable programs regarding the subject of LGBT persons for the general public, not only college students, who tend to be a liberal population.

Further, the finding that even after the lecture attitudes of religious people towards homosexuality were more negative than those of their non-religious peers may indicate that their initial attitudes could not be changed by a single lecture. It may be necessary to implement longer-term intervention, comprised of several sessions, in order to achieve attitude change.

The present research was the first in Israel to examine the effectiveness of an intervention program aimed at changing attitudes towards homosexuality. Some limitations of the research should be taken into account. First, the small sample size precluded examination of relationships between attitudes towards homosexuality and background variables such as gender, and marital status. Second, the sample represented a limited sector of the Israeli population, reducing external validity and generalization of results. Additionally, the attitude change observed does not necessarily indicate change in behavior. Neither can long-term change be assumed, given the short time frame of the pre-post tests. Future research should examine the possibility of behavioral change from such intervention programs, persistence of change, and replicability of findings in a larger, more diverse population representative of Israeli society.

This manuscript is submitted in compliance with ethical standards.

## References

- Arndt, M., De Bruin, G. (2006). Attitudes toward lesbians and gay men: Relations with gender, race and religion among university students. *PINS*, 33, 16–30.
- Balsom, K.F., Rothblum, E.D., Beauchaine, T.P. (2005). Victimization over the lifespan: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73, 477–487.
- Ben-Ari, A. R. (1998). An experiential attitude change: Social work students and homosexuality. *Journal of Homosexuality*, 36, 59–71.
- Blumenfeld, W.J. (1992). Conducting anti-heterosexism workshops: A sample. In W.J. Blumenfeld (Ed.), *Homophobia: How we all pay the price* (pp. 27–302). Boston, MA: Beacon Press.
- Brown, M.J., Henriquez, E. (2008). Socio-demographic predictors of attitudes towards gays and lesbians. *Individual Differences Research*, 6, 193–202.
- Burkholder, G.J., Dineen, A. (1996). Using panel presentations to increase awareness of gay, lesbian, and bisexual people. *Journal of College Student Development*, 37, 469–470.
- Chng, C.L., Moore, A. (1991). Can attitudes of college students towards AIDS and homosexuality be changed in six weeks?: The effects of a gay speaker panel. *Health Values*, 15, 41–49.
- Chonody, J.M., Siebert, D.C., Rutledge, S.E. (2009). College students' attitudes toward gays and lesbians. *Journal of Social Work Education*, 45, 499–512.
- Çirakoğlu, O.C. (2006). Perception of homosexuality among Turkish university students: the roles of labels, gender, and prior contact. *The Journal of Social Psychology*, 146(3), 293–305.

- Cotton-Huston, A.L., Waite, B.M. (2000). Anti-homosexual attitudes: Predictors and classroom interventions. *Journal of Homosexuality*, 38, 117–133.
- Cowie, H., Myers, C.A. (Eds.) (2016). *Bullying Among University Students*. London: Routledge.
- Fish, J. (2008). Far from mundane: Theorizing heterosexism for social work education. *Social Work Education*, 27, 182–193.
- Harel, A. (2000). The rise and fall of the Israeli gay legal revolution. *Columbia Human Rights Law Review*, 31, 443–471.
- Herek, G.M., Capitano, J.P. (1996). 'Some of my best friends': Intergroup contact, concealable stigma, and heterosexuals' attitudes toward gay men and lesbians. *Social Psychology Bulletin*, 22, 412–424.
- Kama, A. (2005). LGBT youth in Israel. In J.T. Sears (Ed.), *Youth, Education and Sexualities: An International Encyclopedia* (pp. 453–457). Westport, CT: Greenwood.
- Kite, M.E., Deaux, K. (1986). Attitudes toward homosexuality: Assessment and behavioral consequences. *Basic and Applied Social Psychology*, 7, 137–162.
- LaSala, M.C. (2006). Cognitive and environmental interventions for gay males: Addressing stigma and its consequences. *Families in Society* 87(2), 181–189.
- National Union of Students (2014). *Education Beyond the Straight and Narrow: LGBT Students' Experience in Higher Education*. London: NUS.
- Olson, L.R., Cadge, W., Harrison, J.T. (2006). Religion and public opinion about same-sex marriage. *Social Science Quarterly*, 87, 340–360.
- Perez, R.M., DeBord, K. A., Bieschke, K.J. (2008). *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pizmony-Levy, O., Kama, A., Shilo, G., Lavee, S. (2008). Do my teachers care I'm gay? Israeli lesbian school students' experiences at their schools. *Journal of LGBT Youth*, 5(2), 33–61.
- Rye, B.J., & Meaney, G.J. (2009). Impact of a homonegativity awareness workshop on attitudes toward homosexuality. *Journal of Homosexuality*, 56, 31–55.
- Shackelford, T.K., Besser, A. (2007). Predicting attitudes toward homosexuality: Insights from personality psychology. *Individual Differences Research*, 5, 106–114.
- Shilo, G. (2004). *Attitudes Toward Homosexuality Among Social Work Students*. Unpublished master's thesis. Tel Aviv University, Tel Aviv. (Hebrew).
- Shilo, G. (2009). Attitudes toward homosexuality among social work students. *Society and Welfare*, 29(4), 455–481. (Hebrew).
- Walzer, L. (2013). *Between Sodom and Eden: A Gay Journey Through Today's Changing Israel*. Columbia University Press.

## ZMIENIANIE NASTAWIENIA STUDENTÓW WIERZĄCYCH I NIEWIERZĄCYCH WOBEC HOMOSEKSUALNOŚCI: WYKŁAD ŚRODKIEM ODDZIAŁYWANIA

### Streszczenie

W prezentowanym badaniu porównano dwie metody oddziaływania zastosowane na uczelni w północnym Izraelu, mające na celu zaszczepienie studentom pozytywnego stosunku do osób LGBT: (1) wykład, na którym homoseksualna kobieta opisuje swoją własną historię oraz (2) wykład akademicki o charakterze neutralnym dotyczący homoseksualności, prowadzony przez wykładowcę uczelni. Różnica między postawami przed interwencją i po interwencji była istotnie większa w grupie eksperymentalnej, która wysłuchała osobistej historii, niż w grupie kontrolnej, która wysłuchała wykładu. Stosunek do osób LGBT był istotnie bardziej negatywny przed i po interwencji u studentów wierzących. Sprzecznie z postawioną hipotezą eksperymentalna interwencja nie miała tak dużego wpływu na postawy studentów wierzących w porównaniu ze studentami niewierzącymi.

**Słowa kluczowe:** LGBT, zmiana nastawienia, homoseksualność, studenci, krótka interwencja, wierzący, niewierzący

## KOŁO TERENOWE STOWARZYSZENIA „KROK ZA KROKIEM” W BIŁGORAJU JAKO PRZYKŁAD DOBRYCH PRAKTYK DZIAŁAŃ LOKALNYCH NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ICH RODZIN

### Stowarzyszenie „Krok za krokiem”

W 1990 r. w Zamościu z inicjatywy rodziców, opiekunów, przyjaciół dzieci z niepełnosprawnością powstało Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem” (<http://www.spdn.pl>). Było ono pewnego rodzaju odpowiedzią na rosnące zapotrzebowanie społeczne na różne formy pomocy dla osób niepełnosprawnych.

Pierwszą placówką założoną przez Stowarzyszenie „Krok za krokiem” był Ośrodek Rehabilitacyjno-Terapeutyczny dla Dzieci Niepełnosprawnych w Zamościu, powstały w 1992 r. Zadaniem tego Ośrodka jest wieloaspektowa praca z dziećmi z wczesnym uszkodzeniem mózgu. Placówka wspomaga również rehabilitację osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i po urazach poprzez ambulatoryjne usługi zdrowotne. Następnie Stowarzyszenie utworzyło na terenie Zamościa w 2000 r. niepubliczne przedszkole specjalne, co zapoczątkowało w 2011 r. powstanie placówek kształcenia specjalnego pod nazwą Zespół Niepublicznych Szkół Specjalnych „Krok za krokiem” w Zamościu. W skład Zespołu Szkół weszły:

- Niepubliczne Przedszkole Specjalne „Krok za krokiem” w Zamościu
- Niepubliczna Szkoła Podstawowa „Krok za krokiem” w Zamościu,
- Niepubliczne Gimnazjum „Krok za krokiem” w Zamościu,
- Niepubliczna Szkoła Specjalna Przystosowująca do Pracy „Krok za krokiem” w Zamościu.

Stowarzyszenie kładzie nacisk nie tylko na formy pomocy skierowane do dzieci z niepełnosprawnością, ale również na aktywizowanie osób dorosłych z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. W związku z tym utworzyło w 2003 r. Warsztat Terapii Zajęciowej w Zamościu. Realizuje on zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej, rehabilitacji społecznej oraz usprawniania fizycznego w 6 pracowniach:

- gospodarstwa domowego,
- plastyczno-modelarskiej,
- rękodzieła artystycznego,
- poligraficznej,
- animacji kulturalnej,
- środowiskowo-przyrodniczej.

Placówką utworzoną przez Stowarzyszenie w 2006 r. jest Centrum Aktywizacji Społecznej w Zamościu. Uczestnicy CAS odbywają tygodniowe treningi samodzielności oraz treningi społeczne.

Stowarzyszenie „Krok za krokiem” w 2011 r. powołało Środowiskowy Dom Samopomocy „Krok dalej” w Białobrzegach. Powstał on z myślą o dorosłych osobach z nie-

pełnosprawnością. Odbywają się w nim treningi prowadzone w wyznaczonych pracowniach: arteterapii i pracy twórczej, gospodarstwa domowego, ogrodniczo-porządkowej, komputerowej. Placówka oferuje również usprawnianie z zakresu ruchu i rehabilitacji, wspieranie rozwoju komunikacji z wykorzystaniem komunikacji alternatywnej. Głównym celem tego jest aktywizowanie i wspieranie osób niepełnosprawnych.

W 2012 r. Stowarzyszenie „Krok za krokiem” utworzyło Centrum Aktywizacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Białobrzegach im. Jana i Zofii Kulańskich. Jego celem stało się objęcie osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności środowiskową formą wsparcia w systemie stacjonarym.

Działalność Stowarzyszenia jest bardzo zróżnicowana. Nie polega wyłącznie na terapii prowadzonej w zamkniętych pomieszczeniach. Duży nacisk kładzie się nie tylko na życie w społeczeństwie, ale również na życie w zgodzie z naturą i na naukę przez doświadczanie świata. By móc realizować takie formy terapii, w 2007 r. założono Park Terapeutyczno-Rekreacyjny w Bondyrzu. Park ten stworzył osobom z niepełnosprawnością możliwość korzystania z letniego wypoczynku i różnych form rekreacji. Zajęcia w nim opierają się na zabawie, wypoczynku, nauce w kontakcie z przyrodą pobliskiego Roztoczańskiego Parku Narodowego. Teren parku został całkowicie dostosowany do potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnością, w tym ruchową i sprzężoną, dzięki czemu organizowane są tam liczne spotkania integracyjne oraz imprezy zarówno sportowe, jak i kulturalne.

### **Koło terenowe Stowarzyszenia „Krok za krokiem”**

Narastająca potrzeba stworzenia stałej formy udzielania pomocy osobom z niepełnosprawnością intelektualną i niepełnosprawnościami sprzężonymi była coraz bardziej odczuwalna w latach 90. XX w. na terenie miasta Biłgoraj. Podobnie jak w Zamościu, grupą odpowiedzialną za utworzenie w 1992 r. koła terenowego Stowarzyszenia „Krok za krokiem” byli rodzice, przyjaciele oraz pedagodzy (<http://spdnbilgoraj.pl>). Głównym jego zadaniem było zapewnienie wsparcia w rozwoju i dążeniu do jak największej samodzielności osobom niepełnosprawnym niezależnie od ich wieku. Początkowo skupiono się na dzieciach z niepełnosprawnością ze względu na to, że inicjatorami byli głównie rodzice. Stworzono placówkę nazwaną Ośrodkiem Rehabilitacji i Terapii dla Dzieci Niepełnosprawnych. Jej otwarcie nastąpiło w 1993 r. Był to czas, kiedy na terenie powiatu biłgorajskiego brakowało fachowych, wyspecjalizowanych form pomocy, w tym przygotowanych do tej pracy profesjonalistów. Zaczęto zauważać, że sami pedagodzy i pielęgniarze nie są w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Ludzie młodzi i otwarci na nowe wyzwania zaczęli dokształcać się z zakresu pedagogiki specjalnej z uwzględnieniem edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, wtedy zwanej oligofrenopedagogiką. Pojawili się specjaliści z wiedzą fizjoterapeutyczną, logopedyczną, psychologiczną oraz medyczną. Dzięki temu w placówce można było stworzyć oddział zapewniający dzieciom pobyt dzienny. Wkrótce powstała przychodnia, poradnia, zakład kompleksowej rehabilitacji. Zapewniło to ciągłą współpracę między wszystkimi specjalistami realizującymi terapię i proces rehabilitacji oraz edukacji każdego dziecka objętego opieką przez Ośro-



dek Rehabilitacji i Terapii. Wszyscy pracownicy zakładu na bieżąco podnoszą swoje kwalifikacje poprzez udział w szkoleniach, warsztatach i konferencjach.

Ośrodek Rehabilitacji i Terapii dla Dzieci Niepełnosprawnych otrzymał wsparcie ze strony Urzędu Miasta w Biłgoraju, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie oraz ministra zdrowia i opieki społecznej. Z pobytu dziennego, zapewniającego stałą opiekę połączoną z rehabilitacją, korzysta 20 dzieci z niepełnosprawnością z Biłgoraja oraz okolicznych wsi, natomiast opieką ambulatoryjną objęto około 200 dzieci. Liczby te zostały w miarę rosnących potrzeb na przestrzeni ostatnich lat zwiększone do 45 osób z pobytem dziennym oraz do około 600 osób z opieką ambulatoryjną.

Kolejnym krokiem zarządu koła terenowego było rozszerzenie działalności Stowarzyszenia „Krok za krokiem” o placówkę świadczącą pracę terapeutyczno-edukacyjną dla osób dorosłych. Dzieci dorastały, przez co kończyły okres swego pobytu w Ośrodku Rehabilitacji i Terapii. Na terenie Biłgoraja nie było placówki zapewniającej edukację i rozwój osobom dorosłym z niepełnosprawnością intelektualną. Takim miejscem stał się Warsztat Terapii Zajęciowej otwarty w 1999 r. Utworzenie takiej placówki było możliwe dzięki *Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r.* (Dz.U. nr 123, poz. 776). W ustawie tej znajduje się zapis stwierdzający, że jedną z podstawowych form rehabilitacji społecznej jest uczestnictwo „w warsztatach terapii zajęciowej, turnusach rehabilitacyjnych oraz zespołach ćwiczeń fizycznych usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych oraz innych zespołach aktywności społecznej, zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych”. Zgodnie z ustawą WTZ jest placówką wyodrębnioną zarówno organizacyjnie, jak i finansowo. Stwarza możliwości rehabilitacji społecznej i zawodowej osobom z niepełnosprawnością intelektualną poprzez udział w terapii zajęciowej. Terapia zajęciowa jest szczególnie potrzebna tym uczestnikom warsztatu, którzy, ze względu na swoją niepełnosprawność, nie są obecnie w stanie podjąć pracy.

Utworzony w Biłgoraju WTZ zapewnił przedłużenie edukacji podopiecznym Ośrodka Rehabilitacji i Terapii dla Dzieci Niepełnosprawnych. WTZ jako placówka rehabilitacyjno-terapeutyczna dla ludzi po 18. roku życia dała też szansę wyjścia poza środowisko domowe osobom, które do tej pory nie były objęte żadną formą nauki. Uczestnikami WZT są osoby z orzeczoną umiarkowaną lub znacznym stopniem niepełnosprawności przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz ze wskazaniem do terapii zajęciowej.

W Biłgoraju wciąż odczuwalny był brak odpowiedniego specjalistycznego wsparcia udzielanego dzieciom od najwcześniejszych lat życia. Lukę w biłgorajskim systemie edukacji specjalnej wypełniło utworzone w 2010 r. Niepubliczne Przedszkole Specjalne. Placówka skupia się na kształceniu specjalnym dzieci z opóźnionym rozwojem psychoruchowym, niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnościami sprzężonymi i autyzmem. W przedszkolu odbywają się zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim. Podczas takich zajęć dzieci nabywają nowe umiejętności oraz utrwalają umiejętności już posiadane. Przedszkole oferuje również zajęcia z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Terapia wprowadzona od najwcześniejszych lat życia zwiększa możliwości rozwojowe dzieci w ich późniejszym życiu. W placówce wykorzystywane są również metody alternatywnej komunikacji. Wy-

korzystanie systemów AAC zwiększa możliwości dzieci i młodzieży w komunikacji ze środowiskiem zarówno domowym, jak i przedszkolnym, nawet pomimo trudności komunikacyjnych wynikających z niepełnosprawności.

### Centrum Aktywizacji Społecznej

Zajęcia w WTZ skutecznie wdrażały uczestników w życie miasta poprzez integrację społeczną. Organizowane wszelkiego rodzaju imprezy, spotkania czy turnieje przełamywały opory zarówno osób niepełnosprawnych, jak i mieszkańców pełnosprawnych. Niestety liczba dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną była większa niż miejsc w WTZ. Również dzieci z niepełnosprawnością intelektualną potrzebowały kolejnego kroku do życia w społeczeństwie. Zrodził się nowy pomysł, który został przez koło terenowe wprowadzony w życie w 2014 r. Zarząd utworzył Centrum Aktywizacji Społecznej. Stowarzyszenie „Krok za Krokiem” miało więc już czwartą placówkę. W 26-tysięcznym mieście była to całkiem nowa forma zarówno terapeutyczna, jak i integracyjna. Formą wsparcia realizowaną w Centrum Aktywizacji Społecznej w Biłgoraju jest weekendowy trening samodzielności w zamieszkiwaniu. Celem prowadzonego treningu jest podtrzymywanie wraz z umacnianiem kompetencji samoobsługowych i umiejętności życia codziennego, które mogły zostać nabyte podczas udziału w innych formach wsparcia, realizowanych np. podczas treningów umiejętności społecznych. Dotyczy to takich umiejętności, jak: komunikacja i komunikatywność, w tym zgłaszanie potrzeb; podejmowanie samodzielnych decyzji z uwzględnieniem ich konsekwencji; doskonalenie prawidłowej samooceny oraz pewności siebie z włączeniem asertywności; ćwiczenie odporności emocjonalnej z racjonalnym przyjmowaniem krytyki i porażki. Podczas zajęć w CAS dąży się też do umacniania kompetencji społecznych jako domownika, członka grupy, pracownika, obywatela czy mieszkańca. Uczestnicy treningów zdobywają umiejętności niezbędne do ewentualnego podjęcia pracy oraz rozpoczęcia samodzielnego życia i uzyskania pożądanej przez siebie jakości życia.

Formą udzielanego wsparcia jest wsparcie bezpośrednie zasadnicze. Zajęcia odbywają się cyklicznie. Korzystają z nich osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności sprzężonej w stopniu znacznym oraz osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym. Trening samodzielności skierowany jest do dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych z niepełnosprawnością. Grupowe zajęcia odbywają się z tzw. trenerem samodzielności, asystującym wszystkim uczestnikom. Okresowe treningi weekendowe odbywają się oddzielnie dla dzieci i młodzieży, oddzielnie dla osób dorosłych. Grupy liczą średnio sześciu uczestników. Muszą oni spełniać warunek dojrzałości społecznej do korzystania z zajęć grupowych oraz zaakceptować częstotliwość treningów i ich formę.

Treningi trwają od piątku po południu do poniedziałku rano. Ćwiczenia dotyczą głównie czynności z obszaru życia domowego i społecznego, np. robienia zakupów, zlecenia usług, przygotowywania posiłków, podziału i wykonywania obowiązków domowych, dbania o sprzęt AGD, uczestniczenia w społeczności lokalnej, współpracy w grupie, działalności społecznej i obywatelskiej, korzystania z dóbr publicznych, poznawania form rekreacji i sportu.

Grupie 6-osobowej towarzyszy dwóch trenerów samodzielności. Zadaniem trenerów samodzielności jest zapewnianie uczestnikom opieki, bezpieczeństwa

i – w zależności od potrzeb – udzielenie pomocy w czasie nocnym. Asystenci nie wyręczają beneficjentów podczas treningów. Jeżeli istnieje potrzeba udzielenia pomocy, trenerzy udzielają w możliwie jak najmniejszym stopniu instruktażu ze stopniowym wycofywaniem wsparcia. Taka forma asysty ma na celu pobudzenie aktywności własnej uczestników treningu.

Treningi samodzielności podczas weekendów mają duże znaczenie dla rodzin uczestników. Rodziny są wtedy odciążone od obowiązku stałej opieki nad osobą z niepełnosprawnością. Jest to ważne zwłaszcza dla rodziców i opiekunów dzieci starszych i dorosłych osób niepełnosprawnych. Rodziny wielodzietne, z więcej niż jednym dzieckiem z orzeczoną niepełnosprawnością, są bardziej narażone na zespół wypalenia. Przeprowadzany trening nie tylko odciąża rodziców/opiekunów w czasie weekendu, ale daje możliwość większej samodzielności uczestnikom w przyszłym życiu.

Zajęcia odbywają się z wyłączeniem okresów świątecznych i wypoczynku letniego. Podczas jednego treningu odbywa się 21 sesji trwających średnio po 3 godziny. W treningach bierze udział 12 uczestników. Początkowo miały się odbywać 34 treningi w ciągu roku, jednak zapotrzebowanie w Biłgoraju na uczestnictwo w treningu społecznym było znacznie większe. Obecnie liczba treningów została zwiększona do 37.

Trenerzy samodzielności, w tym asystenci osób niepełnosprawnych, ratownicy medyczni i terapeuci zajęciowi muszą być przeszkoleni i przygotowani do czynności związanych z treningiem asystującym. Każdy kandydat na trenera samodzielności musi mieć przynajmniej 6-miesięczne doświadczenie w pracy z osobą z niepełnosprawnością. Dodatkowo podczas treningów samodzielności mogą pomagać przeszkoleni wolontariusze.

Treningi samodzielności w Centrum Aktywizacji Społecznej w Biłgoraju odbywają się zgodnie z nowoczesną koncepcją polityki społecznej. Zakłada ona odejście od modelu medyczno-opiekuńczego w kierunku modelu podmiotowo-obywatelskiego. Zwraca się do deinstytucjonalizacji, organizacji różnorodnych usług wsparcia w środowisku lokalnym. Rozpowszechnia poszanowanie prawa do dokonywania wyborów przez osoby z niepełnosprawnością, bez względu na jej rodzaj i wynikające z tego ograniczenia sprawności. Nowoczesna koncepcja promowana jest przez Konwencję Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2012, poz. 1169) i Europejską Strategię w sprawie niepełnosprawności 2010–2020. Zgodnie z art. 19 Konwencji ONZ Polska jest zobowiązana do zapewnienia możliwości wyboru zamieszkania i podejmowania decyzji dotyczącej miejsca zamieszkania oraz współlokatorów. Również do zapewnienia dostępu do szerokiego zakresu usług wspierających świadczonych w domu lub w placówkach zapewniających zakwaterowanie oraz do innych usług wspierających świadczonych w społeczności lokalnej.

Rozwój Stowarzyszenia „Krok za krokiem” na terenie Biłgoraja jest dowodem na ciągłe przemiany zachodzące w społeczeństwach małych miast województwa lubelskiego. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością ulegają transformacjom, ludzie wyzbywają się uprzedzeń i stereotypów. Koło terenowe Stowarzyszenia jest też przykładem dobrych praktyk lokalnych. Biłgoraj, pomimo że jest małym miastem, ma duży potencjał rozwoju dzięki atrakcyjnemu położeniu geograficznemu oraz otwartości mieszkańców na innowacje. Najwięcej zyskuje dzięki ludziom aktywnie działającym na rzecz osób z niepełnosprawnością. Wiara i energia w to, co robią, wróży miastu w przyszłości dużą otwartość na osoby z różnego rodzaju niepełnosprawnościami.

**DZIECKO POCZĘTE NIEZDOLNE DO SAMODZIELNEGO  
ŻYCIA W ŚWIETLE PRZEPISÓW PRAWA****Część III****Regulacje prawne związane ze śmiercią dziecka przed urodzeniem**

Dość dużo ciąży kończy się poronieniem. Najwięcej poronień następuje jeszcze przed zagnieżdżeniem się embriona w ścianie macicy, tak że kobieta może nawet nie zdawać sobie sprawy z faktu jego zaistnienia. Jednakże gdy utrata dziecka następuje po tym, jak kobieta uświadomiła sobie, że jest w ciąży i zdążyła się przywiązać do dziecka, przeżywa ona poronienie jako jego utratę, co wiąże się często z poczuciem żałoby. Im dłużej kobieta była w ciąży, tym jej poczucie straty jest większe, i to nawet w przypadku, gdy wiedziała, że dziecko poczęte było obciążone wadą letalną, a więc było niezdolne do życia poza jej organizmem.

Przeżywaniu straty dziecka i żałoby z nią związanej towarzyszy często potrzeba nadania dziecku imienia i pochowania go. Obecnie obowiązujące przepisy nie regulują momentu, od którego ciało dziecka może być wydane celem jego pochowania. Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi* (Dz.U. nr 153, poz. 1783) jako zwłoki człowieka traktowane są także ciała dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży (utratę dziecka na wcześniejszym etapie ciąży nazywa się poronieniem, nie jest to jednak termin prawniczy, ale medyczny; prawo o poronieniu mówi jedynie w kontekście wypełniania dokumentacji medycznej, co nie ma najmniejszego znaczenia dla procedury pochowania dziecka zmarłego przed urodzeniem).

Żeby dziecko zmarłe przed urodzeniem mogło zostać pochowane, musi zostać zarejestrowane w urzędzie stanu cywilnego. Podstawą do takiej rejestracji jest wydanie przez placówkę leczniczą, gdzie doszło do martwego porodu, karty martwego urodzenia dziecka. Powinna ona być wystawiona w ciągu jednego dnia od martwego porodu. Najistotniejszym elementem karty martwego urodzenia dla celów rejestracji i pochówku jest płeć dziecka. Jeśli do martwego porodu doszło przed wykształceniem się u płodu zewnętrznych organów płciowych, co uniemożliwia stwierdzenie płci dziecka na podstawie oględzin, karta martwego urodzenia będzie mogła być sporządzona dopiero po ustaleniu płci dziecka. Rodzice mają w tym celu prawo do zażądania wykonania badań genetycznych, w wyniku których ustalona zostanie płeć dziecka, jednakże na swój własny koszt. Na wyniki badań oczekuje się około dwóch tygodni. To badanie genetyczne może zostać wykorzystane także dla ustalenia, czy przyczyną śmierci dziecka nie były wady genetyczne, w tym takie, które mogą być dziedziczone przez kolejne dzieci. O możliwości wykonania badania pod tym kątem pacjentkę

należy poinformować. Zakres badania genetycznego określa matka. W przypadkach powtarzających się poronień lekarz prowadzący ciążę może zlecić takie badanie i wówczas jest ono refundowane przez NFZ.

Karta martwego urodzenia jest przekazywana drogą elektroniczną przez podmiot leczniczy, gdzie doszło do martwego porodu, do urzędu stanu cywilnego właściwego miejscowo dla jego siedziby. Ojciec albo matka dziecka, które urodziło się martwe, powinni zgłosić jego urodzenie w terminie 3 dni od sporządzenia karty martwego urodzenia do urzędu stanu cywilnego właściwego dla siedziby podmiotu leczniczego, gdzie doszło do martwego urodzenia. Czyli jeśli karta martwego urodzenia została wystawiona natychmiast po martwym urodzeniu (w ciągu jednego dnia), zgłoszenie powinno nastąpić w trzy dni od tej daty, a jeśli wystawiono ją dopiero po uzyskaniu wyników badań genetycznych ustalających płeć dziecka, trzy dni na zgłoszenie martwego urodzenia liczy się od daty wystawienia karty martwego urodzenia sporządzonej po uzyskaniu tych wyników (czyli z reguły około 18 dni po martwym porodzie). Po zgłoszeniu dziecka, na podstawie karty martwego urodzenia, wydawany jest akt urodzenia dziecka z adnotacją, że urodziło się martwe. Jeśli nie zgłoszono dziecka w tym terminie, kierownik urzędu stanu cywilnego sporządza z urzędu akt urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe, i informuje o tym rodziców dziecka.

Jeśli dziecko nie pochodziło z małżeństwa, to aby miało wpisane w akt urodzenia dane ojca biologicznego, należy, by w urzędzie stanu cywilnego przy zgłoszeniu urodzenia martwego dziecka stawili się oboje rodzice. Ojciec dziecka składa wtedy do protokołu oświadczenie o uznaniu dziecka, a matka oświadczenie, że jest on ojcem jej dziecka. Jeśli ojciec nie uzna dziecka, to w akcie urodzenia wpisane będzie w miejscu imienia ojca imię wybrane przez matkę (jeśli takiego wyboru nie dokona albo nie zgłosi dziecka, to imię to wybierze kierownik urzędu stanu cywilnego), a w miejscu jego nazwiska – nazwisko matki.

Akt urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe, stanowi dokument pozwalający na pochowanie ciała (nie wystawia się wtedy aktu zgonu). Do pochowania dziecka zmarłego przed urodzeniem uprawnieni są jego rodzice, dziadkowie oraz krewni w linii bocznej do czwartego stopnia pokrewieństwa. Osobom, które pochowały dziecko zmarłe przed urodzeniem, dla którego wystawiony został akt urodzenia z adnotacją o śmierci przed urodzeniem, przysługuje zasiłek pogrzebowy, jeśli osoba najbliższa pokrywająca koszty pochówku miała ubezpieczenie społeczne.

Akt urodzenia dziecka z adnotacją, że urodziło się martwe, jest również dokumentem, na podstawie którego matka otrzyma 8-tygodniowy (niezależnie od długości trwania ciąży) urlop macierzyński oraz przez okres jego trwania – zasiłek macierzyński. W sytuacji takiej nie wystawia się zwolnienia lekarskiego. Jeśli jednak nie można określić płci dziecka i taki akt nie zostanie wydany, kobiecie może służyć zwolnienie lekarskie w zależności od stanu jej zdrowia fizycznego i psychicznego, długości ciąży czy przyczyn martwego porodu. Decyzja w tym zakresie jest decyzją medyczną i przysługuje lekarzowi.

Jak wspomniano, warunkiem sporządzenia karty martwego urodzenia, a tym samym warunkiem wydania aktu urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, jest ustalenie płci dziecka. Jeśli do martwego urodzenia dziecka doszło na tak wczesnym etapie jego rozwoju, że ustalenie płci na podstawie oględzin ciała

dziecka nie jest możliwe, a rodzice nie chcą wykonywać badań genetycznych celem jej ustalenia (bo na przykład ich nie stać), nie oznacza to od razu, że ciało dziecka nie będzie mogło być pochowane. Zgodnie bowiem z art. 11 ust. 5a *Ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31 stycznia 1953 r.* (tekst jednolity Dz.U. 2017, poz. 912) w przypadku dziecka martwo urodzonego, bez względu na czas trwania ciąży, dla którego, na wniosek osoby uprawnionej do pochowania, sporządzono kartę zgonu, w celu pochowania zwłok nie jest wymagana adnotacja urzędu stanu cywilnego o zarejestrowaniu zgonu. Wtedy podstawą do pochowania dziecka jest wyłącznie karta zgonu wystawiana przez lekarza odbierającego martwy poród, przy czym w karcie zgonu dziecka urodzonego jako martwe nie ma obowiązku wpisywania płci dziecka. Podobnie karta zgonu jest wystarczającą podstawą do pochowania dziecka, jeśli rodzice nie chcą czekać z pogrzebem do czasu uzyskania wyników badań genetycznych i uzyskania aktu urodzenia dziecka zmarłego przed urodzeniem.

Ciało dziecka zmarłego przed urodzeniem może być zarówno pogrzebane w trumnie (w przypadku zgonu matki przy porodzie dopuszczalne jest pochowanie matki i dziecka w jednej trumnie), jak i spopielone przez zakłady opieki zdrowotnej mające odpowiednie urządzenia (na koszt osoby zajmującej się pochówkiem), a następnie chowane w urnie, przy czym do pochowania szczątków będących popiołami powstałymi w wyniku spopielenia zwłok dzieci martwo urodzonych wymagane jest zaświadczenie stwierdzające ich pochodzenie, wystawione przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego zawód w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej. Nie jest dopuszczalne według prawa polskiego ani rozsypywanie popiołów pochodzących ze szczątków ludzkich, ani ich przechowywanie np. w domu. Zarówno zwłoki, jak i popioły muszą być pochowane tylko na terenie cmentarzy.

Jeśli rodzice nie chcą pochować ciała dziecka zmarłego przed urodzeniem i pozostawią jego zwłoki w podmiocie leczniczym, są one przekazywane do pochowania ośrodkowi pomocy społecznej miejsca zamieszkania matki albo miejsca siedziby szpitala, który ponosi koszty takiego pochówku. Podmioty lecznicze dysponujące specjalnymi urządzeniami mogą szczątki spopielić i dopiero potem przekazać popioły do pochowania ośrodkowi pomocy społecznej (koszta spopielenia ponosi ZUS). Szczątki i popioły chowane są w miejscach wskazanych przez zarząd cmentarza, z reguły są to mogiły zbiorowe, często nieoznaczone.

Niezależnie od uprawnień związanych z rejestracją urodzenia martwego dziecka i przepisów dotyczących jego pochówku należy pamiętać, że kobieta jest przede wszystkim pacjentką i przysługują jej wszelkie prawa pacjenta, w tym szczególne uprawnienia związane z porodem stanowiącym tzw. niepowodzenie terapeutyczne.

## **Standardy porodu stanowiącego niepowodzenie położnicze**

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawo-*

wanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. poz. 2007) definiuje jako niepowodzenie położnicze sytuację, w której pacjentka w ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami niezależnie od tego, czy kobieta miała w chwili rozpoczęcia porodu świadomość występowania u płodu choroby lub niepełnosprawności uniemożliwiających mu życie. Mając na względzie specyficzną sytuację takiej pacjentki – zarówno pod względem medycznym, jak i psychologicznym – a także konieczność uwrażliwienia personelu medycznego na jej potrzeby i emocje, minister zdrowia uregulował w rozporządzeniu standardy postępowania w przypadku właśnie niepowodzenia położniczego. Oprócz standardów postępowania medycznego rozporządzenie – co bardzo ważne, choć nietypowe dla tego typu aktów prawnych regulujących zagadnienia medyczne – ustanawia także standardy poszanowania praw podmiotowych pacjentki, jak również zasady komunikacji z nią celem zapewnienia pełnego zachowania jej godności, intymności i autonomii.

Podstawowym uprawnieniem rodzącej jest jej prawo do informacji na temat jej stanu zdrowia oraz stanu zdrowia (śmierci) dziecka, przy czym szczególnie nacisk położony został na sposób przekazania tych informacji. W rozporządzeniu podkreśla się m.in., że przy przekazywaniu informacji na temat niepowodzenia położniczego lub istotnego zagrożenia niepowodzeniem położniczym osoba przekazująca informację o tym fakcie jest zobowiązana, jeżeli jest taka wola pacjentki, zapewnić jej czas pozwalający na oswojenie się z informacją. Dopiero po umożliwieniu pacjentce przyjęcia tej wiadomości powinna ona otrzymać szczegółowe wyjaśnienie przyczyn niepowodzenia w języku dla niej zrozumiałym, dostosowanym do jej wiedzy, sposobu porozumiewania się i stanu psychicznego. Co więcej, rozporządzenie wymaga, by po udzieleniu niepomysłnych informacji umożliwić pacjentce pomoc psychologiczną lub wsparcie osób bliskich, jeśli sobie tego życzy. Regulacja ta wskazuje, że proces przekazywania informacji powinien być rozłożony w czasie, stopniowy – od ogółu do szczegółu, celem emocjonalnego przyswojenia informacji oraz zapewnienia zdolności faktycznych kobiety do ich poprawnego zrozumienia i zaakceptowania.

Dopiero tak udzieloną informację można uznać za podstawę do wyrażania przez kobietę świadomej zgody na ewentualne czynności medyczne wobec jej dziecka, która to zgoda jest – jeśli dziecko urodziło się żywe – oczywiście konieczna do wykonania wobec noworodka wszelkich świadczeń.

Oczywiście najlepiej jest, gdy kobieta jest przygotowana wcześniej na niepomysłną informację dotyczącą wysoce prawdopodobnego zgonu jej dziecka jeszcze w życiu płodowym albo tuż po urodzeniu, tak żeby miała szansę pogodzić się z tą wiedzą przed wystąpieniem akcji porodowej albo poronienia. Matkę (a najlepiej oboje rodziców) i personel medyczny powinna łączyć dobra i szczerą komunikacją od momentu diagnozy aż do śmierci dziecka i wsparcia rodziny w żałobie. Tylko bowiem dobra komunikacja, otwarta wymiana informacji oraz rozmowy o poglądach i potrzebach pozwolą na uniknięcie konfliktów i często dramatycznych sporów nad łóżeczkiem umierającego noworodka odnośnie do dalszego postępowania medycznego, a także, wynikających wyłącznie z braku

akceptacji dla śmierci albo choroby dziecka, oskarżeń o niewłaściwe postępowanie medyczne. Najlepiej, gdy cały protokół porodu i umierania dziecka (postępowania z ciałem w przypadku porodu martwego) sporządzony zostanie dużo wcześniej i zaakceptowany zarówno przez rodziców, jak i personel medyczny. Wtedy wszyscy będą wiedzieli, jakie decyzje mają być podjęte, nie będą musieli się nad tym zastanawiać w stresie i w sytuacji braku czasu. Pozwoli to także przygotować się matce i pozostałym członkom rodziny emocjonalnie na to trudne przeżycie, co oczywiście nie ukoji ich smutnych emocji, ale zapobiegnie reakcji szoku, niedowierzania, złości. Najwyższą wartością dla wszystkich powinno być dobro umierającego dziecka i poszanowanie godności oraz prywatności jego i jego najbliższych, szczególnie matki.

Mówiąc o prawie do informacji, rozporządzenie podkreśla również prawo pacjentki do wiedzy na temat możliwości uzyskania pomocy psychologicznej, miejsc i organizacji udzielających wsparcie osobom w podobnej sytuacji, a także na temat przysługujących jej uprawnień, w tym wynikających z przepisów dotyczących aktów stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy. Oczywiście informacji tych nie ma obowiązku przekazywać lekarz, ale w szpitalu powinna być wyznaczona osoba (np. pracownik socjalny), która będzie w stanie odpowiedzieć na wszelkie pytania pacjentki i pouczyć ją zarówno o procedurach związanych z pochowaniem dziecka, w szczególności urodzonego martwym, jak i o innych jej uprawnieniach, a także skierować do organizacji, które zapewnią jej odpowiednie – adekwatne do jej sytuacji życiowej i potrzeb – wsparcie (grupy wsparcia dla osób w żałobie, organizacje działające na rzecz dzieci z konkretną niepełnosprawnością lub chorobą, którą ma urodzone przez pacjentkę dziecko, hospicjum domowe, ośrodek pomocy społecznej itp.).

Dla zapewnienia dobrego kontaktu z pacjentką oraz dla poszanowania jej godności i intymności lekarz sprawujący opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu jej świadczeń zdrowotnych powinny zadbać o stworzenie bezpiecznej atmosfery do rozmowy, a także o to, by uzyskać zaufanie pacjentki. Rozporządzenie wskazuje, że w tym celu należy się przedstawić pacjentce i wyjaśnić jej swoją rolę w opiece nad nią, a w czasie rozmowy prezentować spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę. Należy nawiązać z nią dobry kontakt słowny oraz niewerbalny, gdyż ton rozmowy, postawa profesjonalnego rozmówcy oraz słowa kierowane do pacjentki po urodzeniu dziecka z wadą letalną, a tym bardziej po utracie dziecka, są dla niej bardzo ważne i będą miały wpływ zarówno na jej procesy poznawcze, jak i przede wszystkim na jej emocje i ich ekspresję. Zresztą rozmowa nie powinna się ograniczyć do suchego przekazania pacjentce niepomysłnych informacji oraz danych o jej uprawnieniach i miejscach, gdzie może zwrócić się o pomoc. Należy pytać pacjentkę o jej potrzeby i oczekiwania, a także pozwolić jej na zadawanie pytań i wyrażanie emocji (płacz, krzyk itp.).

Kwestia poszanowania godności i prywatności kobiety rodzącej jest w rozporządzeniu podkreślana wielokrotnie. Standardem jest, że pacjentka po niepowodzeniu położniczym nie powinna przebywać w sali razem z pacjentkami ciężarnymi bądź w położu, których ciąża zakończy się urodzeniem zdrowego dziecka. Odnośnie do pacjentki, która urodziła martwe dziecko, należy zadbać, by nie miała stałego kontaktu z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci. Do-



datkowo rozporządzenie wskazuje, że wszystkie zabiegi i badania wykonywane wobec kobiety w położeniu będącym niepowodzeniem położniczym i jej noworodka powinny być wykonywane w intymnej atmosferze. Oczywiście cały personel powinien być każdorazowo informowany o przebywaniu na oddziale pacjentki, która doświadczyła niepowodzenia położniczego, żeby go uwrażliwić na jej potrzeby i emocje oraz przygotować na profesjonalny, pełen szacunku kontakt.

Jednym z podstawowych aspektów zapewnienia kobiecie rodzącej poczucia godności i poszanowania intymności jest zapewnienie jej prawa do niecierpienia, wynikającego wprost z art. 20a ust. 1 i 2 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.* (tekst jednolity Dz.U. 2016, poz. 186 z późn. zm.).

Kwestie te reguluje *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego* (Dz.U. poz. 1997). Rozporządzenie to dotyczy wszystkich porodów fizjologicznych, także dzieci martwych.

Standardem jest przekazanie rodzącej przyjmowanej do podmiotu leczniczego w celu porodu w sposób dla niej zrozumiały informacji o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w podmiocie leczniczym. Lekarz prowadzący rodzącą uzgadnia z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie leczniczym, a także zapewnia rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu. Warto podkreślić, że osobą decydującą o zastosowaniu środków znieczulających w czasie porodu jest kobieta rodząca. Jeśli nie wyraża ona zgody na daną albo nawet na żadną formę łagodzenia bólu, nie można takiego leczenia wobec niej zastosować. Jeśli zaś życzy ona sobie zastosowania środków łagodzących ból, nie można jej ich odmówić. Jednakże wybór rodzaju środków, które będą zastosowane, zależy od lekarza i jego oceny występowania wskazań medycznych do ich stosowania, w tym momentu porodu i szybkości jego przebiegu, przy czym rozporządzenie stanowi, że środki farmakologiczne powinny być wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności metod nefarmakologicznych.

Do nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego zalicza się: 1) utrzymywanie aktywności fizycznej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, także z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych (jak piłka gumowa, worek sako, drabinki, sznury porodowe itp.); 2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne; 3) masaż relaksacyjny; 4) ciepłe i zimne okłady; 5) metody fizjoterapeutyczne; 6) przezskórną stymulację nerwów; 7) immersję wodną; 8) akupunkturę; 9) akupresurę. Metodami farmakologicznymi natomiast są: a) analgezja wziewna; b) dożylna lub domięśniowe stosowanie opioidów; c) analgezja regionalna. W przeciwieństwie do porodów żywych przy poronieniu lub porodzie martwym jedynym przeciwwskazaniem do stosowania danego środka znieczulającego może być stan zdrowia kobiety i jej bezpieczeństwo, lekarz dba w tym momencie już bowiem tylko o pacjentkę i jej medyczny oraz psychiczny dobrobyt.

Oczywiście każdorazowo na zastosowanie danej formy znieczulenia kobieta musi wyrazić świadomą zgodę, a więc być poinformowana o metodzie znieczulenia, jego pozytywnych lub negatywnych następstwach i ryzyku wystąpienia skutków ubocznych. Przy metodach o podwyższonym ryzyku (za takie rozpo-

rządzenie uznaje wszystkie formy farmakologicznego łagodzenia bólu) wyrażona przez nią zgoda musi mieć formę pisemną.

Przy porodach (usunięciu martwego płodu lub szczątków po poronieniu) dokonywanych operacyjnie metodą tzw. cesarskiego cięcia, stosuje się operacyjne metody znieczulenia – analgezję miejscową lub ogólną – według decyzji lekarza mającej na względzie wskazania medyczne. Oczywiście zabieg ten uważa się za świadczenie medyczne o podwyższonym ryzyku, wymagające świadomej pisemnej zgody pacjentki. Niezależnie od zgody na zabieg musi ona też wyrazić odrębną pisemną zgodę na konkretną formę znieczulenia.

W ostatnich latach szczególnie wojewodowie zaczęli wydawać rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych szpitali danego województwa. Oprócz powtórzenia treści standardów ministra zdrowia dotyczących obowiązku poszanowania godności i intymności pacjentki, która przeżyła niepowodzenie położnicze, a także zapewnienia jej dostępu do informacji, także o jej uprawnieniach, jak również licznych wskazań odnośnie do sposobu komunikacji z taką pacjentką, rekomendacje zawierają także kwestie związane z pożegnaniem rodziców ze zmarłym dzieckiem.

Przykładowo, rekomendacje województw mazowieckiego i lubelskiego proponują, by rodzicom umożliwić takie pożegnanie, i to nawet jeśli tylko jedno z rodziców pragnie w nim uczestniczyć. W rekomendacjach sugeruje się, by na pożegnanie zarezerwować około 2 godzin, ale personel medyczny powinien być elastyczny w zależności od potrzeb rodziny.

Pożegnanie powinno przebiegać w atmosferze intymności, troski i zrozumienia. Najlepiej, aby odbyło się w indywidualnej sali, w której pacjentka urodziła lub przebywa po porodzie. Jeśli taka jest jej wola, w pożegnaniu powinna uczestniczyć rodzina lub inne bliskie jej osoby. W przypadku gdy pacjentka przebywa w sali wieloosobowej, na czas pożegnania należy zapewnić jej i jej rodzinie pojedynczą salę lub – w wyjątkowych sytuacjach, gdy nie ma w dyspozycji takiego miejsca – pożegnanie powinno odbyć się w wydzielonej części sali (np. osłoniętej parawanem). Jeśli pacjentka wyraża taką potrzebę, w pożegnaniu powinien uczestniczyć ktoś z personelu (psycholog, lekarz, położna lub pielęgniarka, kapłan, pracownik socjalny itp.).

Do pożegnania ciało dziecka powinno być odpowiednio przygotowane – ubrane i zawinięte w pieluszki/kocyk. Ewentualne deformacje ciała powinny być osłonięte, jednak pacjentka ma prawo obejrzeć dziecko, jeśli wyraża taką wolę. Jedyne w przypadku wczesnego poronienia możliwość oglądania szczątków należy elastycznie uzależnić od sytuacji; gdy nie istnieje możliwość uwidocznienia tkanek płodu, proponowanie ich oglądania nie jest wskazane.

Pacjentka, jak również inni członkowie rodziny lub bliscy, mogą wykonać zdjęcia dziecka, jeśli wyrażają taką chęć. Ponadto, jeśli taka jest wola pacjentki lub jej bliskich, personel powinien pomóc jej w zabezpieczeniu innych pamiątek po dziecku (jak odciśnięcie stopy, opaska identyfikacyjna, zdjęcie usg znajdujące się w dokumentacji itp.).

## Bibliografia

Boryszewska-Kornecka, M. (red.). (2017). *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*. Warszawa: Media Press, sp. z o.o.

- Lenczowska-Soboń, K. (2014). Postępowanie szpitala z płodem obumarłym w różnych okresach trwania ciąży a prawa pacjentów (rodziców). *ABC*, 174704, *LEX Komentarz praktyczny*.
- Niekorzystne zakończenie ciąży – Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego. *Rekomendacje opracowane z inicjatywy wojewody mazowieckiego* (2015). Warszawa, lipiec, <https://www.mazowieckie.pl/pl/aktualnosci/aktualnosci/30697,Jak-traktowac-pacjentke-po-stracie-ciazy-rekomendacje.htm> [konsultacja 31 grudnia 2017 r.].
- Niekorzystne zakończenie ciąży – Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa lubelskiego. *Rekomendacje opracowane z inicjatywy wojewody lubelskiego*. (2017). Lublin, lipiec. [http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/Niekorzystne\\_zakończenie\\_ciąży\\_-\\_Rekomendacje\\_postępowania\\_z\\_pacjentkami\\_dla\\_personelu\\_medycznego\\_oddziałów\\_położniczo-ginekologicznych\\_województwa\\_lubelskiego\\_1.pdf](http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/Niekorzystne_zakończenie_ciąży_-_Rekomendacje_postępowania_z_pacjentkami_dla_personelu_medycznego_oddziałów_położniczo-ginekologicznych_województwa_lubelskiego_1.pdf) [konsultacja 31 grudnia 2017 r.].

### **Akty prawne**

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi. Dz.U. nr 153, poz. 1783.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu. Dz.U. poz. 231.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych. Dz.U. poz. 2007.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. Dz.U. poz. 1997.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r., tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 186 z późn. zm.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r., tekst jednolity. Dz.U. 2017, poz. 125 z późn. zm.
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., tekst jednolity. Dz.U. 2015, poz. 618 z późn. zm.
- Ustawa Kodeks rodzinny i opiekuńczy z dnia 25 lutego 1964 r. tekst jednolity. Dz.U. 2017, poz. 682.
- Ustawa Prawo o aktach stanu cywilnego z dnia 28 listopada 2014 r., tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 2064.
- Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31 stycznia 1953 r., tekst jednolity. Dz.U. 2017, poz. 912.
- Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 17 grudnia 1998 r., tekst jednolity. Dz.U. 2017, poz. 1383.
- Ustawa Kodeks pracy z dnia 26 czerwca 1974 r., tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 1666.
- Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r., tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 372 z późn. zm.

# Z K R A J U I Z E Ś W I A T A

JOANNA MICHALAK-DAWIDZIUK  
Wyższa Szkoła Menedżerska, Warszawa  
jmichalak@onet.eu

## SPRAWOZDANIE Z VII KONFERENCJI PEDAGOGIKI DIALOGU EMANCYPACYJNO-KRYTYCZNY POTENCJAŁ DIALOGU. WARSZAWA, 9 GRUDNIA 2016

Organizatorem konferencji, która ma charakter cykliczny, była Katedra Podstaw Pedagogiki w Instytucie Pedagogiki Akademii Pedagogiki Specjalnej.

Problematyka dialogu w edukacji – ze względu na złożoność zmian następujących w świecie – stanowi bardzo ważny aktualny temat do dyskusji w środowisku pedagogów. Wincenty Okoń definiuje pedagogikę dialogu jako „(...) kierunek pedagogiki opartej na dialogu między wychowawcą a wychowankiem; jej cechą charakterystyczną jest otwarcie się jednego i drugiego, nie tylko uwrażliwienie na osobę i sprawy drugiej strony, lecz także otwarcie się duszy na między i jeszcze poza nie; ten proces otwierania się pełniejszego jest czymś więcej niż empatią, tu nie chodzi o zrozumienie dla partnera dialogu, ale i o pchnięcie jego myśli i chcenia na jakieś nowe tory; nie pojmie tego procesu nauczyciel przyzwyczajony do tradycyjnego przekazywania wiedzy swoim uczniom, tam bowiem uczeń nie staje się partnerem, lecz substytutem niesprawnego komputera” (Okoń, 2007, s. 301–302).

Konferencja poświęcona problematyce dialogu w każdej edycji inspiruje debatę na temat fenomenu dialogu, jego szczególnego znaczenia w procesie edukacyjno-wychowawczym, a także jego roli w życiu jednostki oraz w życiu społecznym. W kolejnych edycjach konferencji organizatorzy składają jej uczestników do analizowania dialogu w różnych perspektywach.

Celem VII edycji konferencji było zwrócenie uwagi na emancypacyjno-krytyczny potencjał dialogu, jego inspirującą moc kreowania krytycznych postaw wśród uczest-

ników, a w konsekwencji niepodważalną rolę w edukacji. W nawiązaniu do wcześniejszych edycji organizatorzy powrócili do fundamentalnych problemów:

- Czy dialog jest w stanie poprowadzić człowieka XXI w. do rozumienia złożoności i nieprzejrzystości świata zewnętrznego i wewnętrznego?
- Czy nie należy szukać nowych sposobów wzmocnienia emancypacyjnych mocy człowieka?

Zaproponowano dyskusję na temat:

- a) formalizacji i merkantylizacji więzi społecznych oraz urynkowania i biurokratyzacji instytucji społecznego życia – potencjał (zakładany/realny) dialogu w procesie budowy/rozbudowy/odbudowy wspólnot w rzeczywistości neoliberalnej;
- b) społecznych nierówności – potencjał (zakładany/realny) dialogu w procesie porozumienia społecznego;
- c) technicyzacji życia – potencjał (zakładany/realny) dialogu w procesie krytycznego poruszania się w przestrzeni medialnej oraz podmiotowego użytkowania nowych technologii;
- d) problemów relacji człowiek – świat – potencjał (zakładany/realny) dialogu w procesie rozwiązywania kryzysów egzystencjalnych, płynności wartości oraz rosnącej niepewności i ryzyka;
- e) kultury urynkowanego narcyzmu – potencjał (zakładany/realny) dialogu w procesie przełamywania tendencji do konsumpcjonizmu, ciągłego niezaspokojenia, alienacji, samotności;
- f) adaptatywno-technicznej racjonalności instytucji edukacyjnych oraz instrumentalizacji ich działania – potencjał (zakładany/realny) dialogu w procesie budowania postaw krytycznych nauczycieli-wychowawców, studentów – przyszłych nauczycieli i wychowawców, uczniów-wychowanków;
- g) tendencji komercjalizacji nauki i uzawodowienia edukacji akademickiej – potencjał (zakładany/realny) dialogu w procesie starań o zachowanie kulturotwórczych funkcji uczelni i ich auto-

nomii w sytuacji dominacji idei pragmatyzmu i utylitaryzmu oraz racjonalności rynkowej.

Istotnym elementem dyskusji była próba odpowiedzi na pytania:

- W jakim stopniu instytucje edukacyjne kształtują postawy przygotowujące do udziału w życiu społecznym, nacechowane otwartością na dialog?
- Czy nie występuje niebezpieczeństwo koncentracji na podporządkowaniu procesu kształcenia takim procesom, jak urynkowienie, konkurencyjność, a w konsekwencji na myśleniu ekonomiczno-administracyjnym?

Podstawą dialogu jest otwartość na każdego człowieka. Zatem „ten, kto pyta i odpowiada, zawsze daje bowiem wyraz tego, kim jest, a zatem i tego, jakie nastawienie i racje kierują jego myśleniem oraz działaniem. I odwrotnie – ten, kto nie pyta i nie odpowiada, pozostaje w bezpiecznym, samozachowawczym ukryciu” (Gara, 2016, s. 50). Intensywność i tempo procesu zmian, jakie następują w otaczającym jednostkę świecie, nakłada na edukację poważne zadanie, tj. przygotowanie ucznia do funkcjonowania w otoczeniu nacechowanym skomplikowanymi procesami. Niewątpliwie zatem „rolą współczesnej pedagogiki powinno być wskrzeszanie człowieka publicznego (...)” (Śliwerski, 2016, s. 138), tj. aktywnego członka społeczeństwa uczestniczącego w procesach występujących w jego otoczeniu. Oznacza to, że jednostka poprzez uczestniczenie w życiu publicznym ma wpływ na kreowanie procesów, może mieć moc hamowania lub inspirowania określonych mechanizmów wspierających lub niszczących te procesy.

Ma zatem rzeczywistą moc sprawczą, wpływającą na zachodzące procesy na świecie. W tym kontekście zadaniem szkoły jest uświadomienie uczniom znaczenia postawy dialogicznej zarówno w społeczeństwie obywatelskim, jak i w kształtowaniu własnej kariery zawodowej. „Dominująca na rynku pracy zmiana skłania środowiska pedagogiczne do myślenia w kierunku wyposażania ucznia w umiejętności i kompe-

tencje, które pozwolą jednostce na funkcjonowanie w świecie dokonujących się przemian i rewolucji technologicznych” (Kust, 2016, s. 77).

Dlatego też „Poszukiwanie sposobów kształcenia i wychowania dla przyszłości jest koniecznością zmiany sposobu budowania programów kształcenia, uwzględniających między innymi kształtowanie postaw/kompetencji. Stanowi próbę poszukiwania właściwego sposobu przygotowania ucznia/studenta do potrzeb współczesności i nieprzewidywalnej przyszłości, do życia w społeczeństwie transgresyjnym” (Michalak-Dawidziuk, 2015, s. 58).

Pogram konferencji był następujący:

Część I. *O emancypacyjno-krytycznym potencjale dialogu w świetle filozoficznych pytań i socjoedukacyjnych wątpliwości* – prowadzenie dr hab., prof. APS Bogusław Milerski.

W tej części referaty wygłosili: prof. dr hab. Urszula Ostrowska, *Potencjał dialogu człowieka w świecie wartości*; dr hab., prof. APS Jarosław Gara, *Dialogiczny logos intersubiektywnego doświadczenia tego, co pomiędzy – demistyfikacja upozorowania i fikcyjności*; prof. dr hab. Bogusław Śliwerski, *Pozorowany dialog oświatowy*; dr hab., prof. CHAT Renata Nowakowska-Siuta, *Niezależny i dialogiczny charakter badań porównawczych a polska polityka edukacyjna. Przykład trzech kolizji*.

Część II. *O mocy dialogu w doświadczeniach edukacyjnych – inspiracje skandynawskie* – prowadzenie dr hab., prof. APS Andrzej Ciążela i dr Dorota Jankowska.

Referaty wygłosili m.in.: prof. dr hab. Hieronim Chojnacki, *Warsztaty przyszłości – skandynawska forma zdyscyplinowanego dialogu – spotkania*; prof. dr hab. Józefa Bałachowicz, dr hab., prof. APS Lidia Tuszyńska, dr Ewa Lewandowska i dr Anna Witkowska, *Przestrzenie edukacji a przestrzenie dialogu. Dialog w kontekście projektu „Edukacja środowiskowa dla zrównoważonego rozwoju w kształceniu nauczyciela”*.

W panelu dyskusyjnym: *Oblicza dialogu i emancypacji* uczestniczyli: prof. dr hab. Danuta Gielarowska, dr hab., prof. APS Bogusław Milerski, dr hab., prof. APS Jarosław

Michalski, dr Marcin Starnawski, dr Anna Zajenkowska. Referat wprowadzający *Emanypacja dialogiczna kontra emancypacja wsobna* wygłosił prof. Milerski.

Następnie rozpoczęły się prace w sekcjach.

Sekcja I. *Humanistyczne pytania o emancypacyjny potencjał dialogu*. Prowadzenie dr hab., prof. APS Jarosław Gara i dr Agnieszka Zamarian.

Referaty wygłosili: dr Małgorzata Miłkołajczak-Woźniak, *Opresja zamiast dialogu*; mgr Dagmara Ratajczak-Parzyńska, *Człowiek dialogiczny jak ta „trzcina myśląca na wietrze” w świecie paradoksów*; dr Rafał Włodarczyk, *Dialog jako wehikuł refleksyjnego rozumienia. Przesłanki aplikacji koncepcji niekonsensualnej demokracji Leszka Kaczanowicza do pedagogiki*; dr Grażyna Lubowicka, *Uznanie intersubiektywne na drodze emancypacji jednostek – na podstawie myśli Axela Honnetha*; dr Janusz Maj, *Użytecznie-emancypacyjny potencjał dialogu (w pracy socjalnej)*; dr Ewa Lubina, *Dialog jako interakcja zobowiązująca. Ucieczka od dialogu do zobowiązań*; dr Małgorzata Przanowska, *Głos o fenomenie słuchania*.

Sekcja II. *Wyzwalający proces kształcenia*. Prowadzenie dr Dorota Jankowska i dr Sylwia Jaronowska.

Referaty: dr Agnieszka Łągoda, *Wychowanie/spotkanie w dialogu szansą na rozwinięcie kompetencji krytycznych i emancypacyjnych jego uczestników*; dr Joanna Górecka, mgr Izabella Gorczyca, *Cztery kąty – uczeń piąty. Rzecz o potencjale dialogu w procesie redefinicji instytucji szkoły*; dr Karolina Reinhard, *Rozumienie dialogu w programach indywidualizacji nauczania w szkole – z doświadczeń badacza*; dr Urszula Dernowska, *Zasada minimalnego wspierania uczenia się ucznia a dialog w klasie szkolnej. Możliwości i pułapki nauczycielskiego scaffoldingu*; dr Anna Podemska-Kałuża, *Uczniowie. Klocki Lego i dialog w innowacyjnej szkole. LEGO LOGOS efektywną metodą kreacji nowych sytuacji dialogowych w edukacji humanistycznej*; mgr Monika Rebizant, *Nauczanie hybrydowe (blended learning) jako jedna z form kształcenia w uczelni wyższej w opinii studentów Akademii Pedagogiki Specjalnej*; dr Anna Róża Makaruk,

*Fundacja Centrum Wspierania Zdolności jako wynik dialogu krytyczno-emancypacyjnego*.

Sekcja III. *W dialogu krytycznym o granicach i podziałach społecznych*. Prowadzenie dr Ewa Dąbrowska i dr Elżbieta Strutyńska.

Referaty: dr Elżbieta Okońska, *Między dialogiem a zaniechaniem. O problemach z dialogiem wewnętrznym w Kościele katolickim w Polsce*; dr Marcin Starnawski, *Czy możliwy jest akademicki dialog międzynarodowy? Refleksje wokół postulatu umiędzynarodowienia nauki*; dr Jarosława Lach, *Nierówności edukacyjne w szkole wyższej*; dr Urszula Markowska-Manista, *Pomiędzy wolnością „tradycji” a zniewoleniem dla „rozwoju”*. *Edukacja postkolonialnego dialogu*; dr Ewa Dąbrowska, *Kształcenie uczniów różnych kulturowo w perspektywie pedagogiki krytycznej*; dr Monika Jurewicz, *Nauczyciel w relacjach dialogicznych ze sobą i ze światem*; dr Joanna Michalak-Dawidziuk, *Znaczenie postawy dialogicznej nauczyciela w permanentnej zmianie*; dr Marta Krasuska-Betiuk, *Dialog między podmiotami szkolnej edukacji*.

Sekcja IV. *Dialog w przekraczaniu słabości i podejmowaniu nowych ról*. Prowadzenie dr Marlena Grzelak-Klus i dr Edyta Zawadzka.

Referaty: dr hab., prof. APS Jarosław Michalski, *Poezja i dialog – ujęcie pedantologiczne*; dr Edyta Nieduziak, *„Niechciana strona życia” – doświadczenie choroby i niespełnienia w narracjach literackich jako przykład potrzeby dialogicznej wymiany w wyzwaniu z sytuacji kryzysowych*; dr Agnieszka Pawluk-Skrzypek, *Trivagon i Ewezinum, czyli dialog z dysleksją*; mgr Arleta Michalik, *Kryzys tożsamości – działania profilaktyczne w oparciu o dialog i czynniki pozytywne*; dr Izabella Kust, *Dialog w procesie planowania ścieżki kariery ucznia szkoły ponadgimnazjalnej w kontekście rozwiązań systemowych*; dr Edyta Zawadzka, *Realny i zakładany potencjał dialogu a teologiczne aspekty funkcji wychowawczej rodziny*.

VII Konferencja Pedagogiki Dialogu miała charakter kameralny. Mniejsza frekwencja służyła dogłębnej debacie na podjęty temat, a także znakomitej atmosferze. Uczestnicy konferencji zarówno podczas

dyskusji w sekcjach, jak i w debatach panelowych uznali, że dialog jest jedną z najważniejszych form komunikacji człowieka z otaczającym światem. Jednocześnie to właśnie dialog pozwala jednostce zrozumieć coraz bardziej skomplikowane procesy, jakie zachodzą. Dialog nie zamyka, a wręcz otwiera możliwości poszukiwań nowych sposobów wzmacniania emancypacyjnych mocy człowieka. Dlatego rola szkoły w kształtowaniu postawy dialogicznej jest niepodważalna.

Monografia *Pedagogika dialogu. Emancypacyjny potencjał dialogu* pod red. Doroty Jankowskiej, zawierająca teksty wygłoszone w trakcie VII edycji konferencji, jest wartościowym uzupełnieniem serii tomów *Pedagogiki dialogu*.

#### Bibliografia

- Gara, J. (2016). Dialogiczny fenomen graniczności rozumienia i rozumienia graniczności. W: D. Jankowska, M. Grzelak-Klus (red.), *Pedagogika dialogu. Dialog jako droga rozumienia i samorozumienia*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Kust, I. (2016). Shaping attitudes required at the labor market during the educational process. W: I. Kust, J. Michalak-Dawidziuk (red.), *Alternatywne metody wspierające proces kształtowania u ucznia postaw koniecznych do rynku pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Menedżerskiej.
- Michalak-Dawidziuk, J. (2015). Kształtowanie kompetencji społecznych jako przygotowanie do funkcjonowania w społeczeństwie transgresyjnym. W: A. Kryniecka (red.), *Dzisiejsze znaczenie ideałów*. Białystok: Kresowa Agencja Wydawnicza.
- Okoń, W. (2007). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Śliwowski, B. (2016). Makropolityczne uwarunkowania edukacji w szkole. W: D. Jankowska, M. Grzelak-Klus (red.), *Pedagogika dialogu. Dialog jako droga rozumienia i samorozumienia*. Warszawa: Wydawnictwo APS.

PAULINA ZALEWSKA  
APS, Warszawa  
niebieska.zalewska@gmail.com

**SPRAWOZDANIE  
Z XI MIĘDZYNARODOWEJ  
NAUKOWO-PRAKTYCZNEJ  
KONFERENCJI PEDAGOGIKA  
KOREKCYJNA: HISTORIA,  
TERAŹNIEJSZOŚĆ I PERSPEKTYWY  
ROZWOJU. KAMIENIEC PODOLSKI,  
25–26 KWIETNIA 2017**

Uczestnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Praktycznej w Kamieńcu Podolskim na Ukrainie jest już tradycją. Organizatorami XI edycji konferencji byli: Ministerstwo Oświaty i Nauki Ukrainy, Wydział Pedagogiki Korekcyjnej i Psychologii Społecznej Uniwersytetu Narodowego im. Iwana Ogienki w Kamieńcu Podolskim, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie oraz Narodowy Pedagogiczny Uniwersytet im. M.P. Dragomanowa w Kijowie. Udział w konferencji wzięło 131 uczestników z 9 regionów Ukrainy oraz reprezentanci naszej uczelni: dr hab., prof. APS Ewa M. Kulesza, mgr Paulina Zalewska (doktorantka III roku APS), mgr Oksana Kotormus (doktorantka II roku APS) oraz mgr Katarzyna Jedlecka (doktorantka I roku APS).

Celem konferencji była dyskusja oraz wymiana doświadczeń na temat aktualnych problemów pedagogiki specjalnej. Podjęta problematyka dotyczyła historycznych aspektów nauczania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, systemu kształcenia specjalistów pracujących z dziećmi z niepełnosprawnościami, metod diagnozowania i terapii dzieci o nietypowych potrzebach edukacyjnych, innowacji technologicznych, rehabilitacji społecznej oraz sposobów współpracy z rodziną w systemie kształcenia specjalnego. Najczęściej podejmowanym tematem, zarówno podczas oficjalnych wystąpień, jak i w kulisach, była problematyka integracji w edukacji.

Uroczystej inauguracji dokonał prof. Siergiej Antolijowicz Kopiłow, rektor Uniwersy-

tetu Narodowego w Kamieńcu Podolskim. Podczas sesji plenarnej uczestnicy konferencji mieli okazję wysłuchać pięciu wykładów zaproszonych profesorów. Jednym z prelegentów tej sesji była prof. Kulesza, która przedstawiła wyniki badań ukazujące pluse i minusy inkluzyjnej oświaty w Kazachstanie z perspektywy rodziców uczniów. Wystąpienie, które prelegentka na bieżąco tłumaczyła z języka angielskiego na język rosyjski, wzbudziło duże zainteresowanie słuchaczy.

Po wysłuchaniu wystąpień zaplanowanych w czasie sesji plenarnej goście zostali zaproszeni do restauracji, gdzie mogli skosztować ukraińskie dania oraz poznać się bliżej. W drugiej części dnia uczestnicy konferencji mieli możliwość wysłuchania wystąpień podzielonych tematycznie na dwie sekcje. Jedną z pierwszych prelegentek była mgr Kotormus, która przedstawiła temat integracji w szkole w percepcji rodziców. Zebrani z zainteresowaniem i uznaniem wysłuchali interesującego wykładu o doświadczeniach polskiej szkoły w języku ukraińskim. Prelegentce zadano szereg pytań dotyczących prezentacji, a także poproszono o przedstawienie własnych przemyśleń z pracy zawodowej jako asystenta dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W tej samej sekcji wystąpiła także mgr Zalewska, która zaprezentowała w języku rosyjskim temat dotyczący zjawiska stawiania się rodzicom dziecka z chorobą genetyczną lub wadami wrodzonymi oraz miejsca nowej subdyscypliny – pedagogiki prenatalnej – w ugruntowanej historycznie pedagogice specjalnej. Temat ten był dla słuchaczy zupełną nowością i spowodował ich do wielu ciekawych dyskusji w kularach.

Wieczorem odbyła się uroczysta kolacja, na którą organizatorzy zaprosili wszystkich prelegentów. Słuchając ukraińskich przysówek i rozkoszując się pysznymi potrawami goście mieli okazję do dyskusji na temat historii, aktualnej sytuacji międzynarodowej i perspektyw rozwoju pedagogiki specjalnej. Kolacja przyczyniła się także do nawiązania bliższych relacji i powstania pomysłów dotyczących nowych projektów badawczych oraz naukowej współpracy.

Drugiego dnia uczestnicy konferencji zaproszeni zostali do zaprzyjaźnionych placówek zajmujących się edukacją dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w Kamieńcu Podolskim. Mieli okazję zapoznać się z formami pracy, organizacją, wyposażeniem i funkcjonowaniem Wieloprofilowego Edukacyjno-Rehabilitacyjnego Centrum, szkoły specjalnej z internatem i placówki Międzynarodowego Ruchu „Wiara i Światło”. Ośrodki te w różnym zakresie zajmują się edukacją, rehabilitacją i przysposobieniem zawodowym dzieci z wadami wzroku, słuchu, niepełnosprawnością intelektualną oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi. Wizyta ta dostarczyła gościom wielu wrażeń oraz pomysłów w zakresie kształcenia specjalnego. Po obiedzie zaproszeni goście, słuchacze oraz organizatorzy spotkali się przy Okrągłym Stole, aby dyskutować na temat *Integracja w edukacji – ryzyko i perspektywy*. Niezwykle cenne i interesujące okazały się doświadczenia oraz refleksje reprezentantów APS, do których kierowano wiele pytań związanych z funkcjonowaniem integracyjnych placówek oświatowych w Polsce.

Ostatnim punktem programu, zaplanowanym na drugi dzień konferencji, było zwiedzenie Kamieńca Podolskiego. Przewodnik przybliżył zwiedzającym imponujący i burzliwy rys historyczny, a spacer uliczkami Kamieńca umożliwił podziwianie pięknych widoków oraz wyjątkowej architektury miasta.

Wydarzeniem towarzyszącym konferencji było Forum Studenckie, w którym aktywny udział wzięła mgr Jedlecka. Wygłosiła ona referat na temat postaw nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej wobec dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, a także wzięła udział w warsztatach dotyczących organizowania pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Konferencja okazała się świetną okazją do dzielenia się doświadczeniami, dyskusji i wymiany poglądów, poszerzania własnych horyzontów i szukania inspiracji, a także do zacieśnienia więzi i współpracy między APS a Uniwersytetem Narodowym w Kamieńcu Podolskim.