

# **CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO**

**CNS nr 2(56) 2022  
(kwiecień–czerwiec)**



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

#### RADA NAUKOWA

Anna Firkowska-Mankiewicz (przewodnicząca) (PL), Jonathan Chitiyo (USA),  
Matthew Janicki (USA), Zofia Kawczyńska-Butrym (PL), Małgorzata Kościelska (PL),  
Henny Lantman (B), Su-Jan Lin (TW), Tadeusz Mazurczak (PL), Antonina Ostrowska (PL),  
Alicja Przyłuska-Fiszler (PL), Diane Ryndak (USA), Renata Siemieńska-Żochowska (PL),  
Barbara Szatur-Jaworska (PL), Wiesław Theiss (PL)

#### KOMITET REDAKCYJNY

Barbara Marcinkowska (redaktor naczelna, PL),  
Małgorzata Walkiewicz-Krutak (sekretarz, PL), Joanna Głodkowska, Ewa M. Kulesza,  
Małgorzata Kupisiewicz, Jarosław Rola, Diana Aksamit (członkowie redakcji, PL)

#### REDAKTORZY TEMATYCZNI

Józefa Bałachowicz – pedagogika (PL)  
Paweł Boryszewski – socjologia (PL)  
Helena Ciążęła – filozofia (PL)  
Czesław Czabała – psychologia (PL)  
Bernadeta Szczupał – pedagogika specjalna (PL)  
Henryk Skarżyński – medycyna (PL)

Redaktor językowy (język polski) – Danuta Gorajewska (PL)

Redaktor statystyczny – Adam Tarnowski (PL)

Tłumaczenie na język angielski – Danuta Zgliczyńska (PL)

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)

CNS jest indeksowany w: CEJSH, ERIH PLUS, ICI Journals Master List i EBCSO

Czasopismo posiada punktację MEiN – 40 pkt

© Copyright by Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2022

Artykuły publikowane w czasopiśmie od 2017 r. dostępne są na licencji  
CREATIVE COMMONS:



Uznanie autorstwa – Użycie Niekommercyjne 4.0 Polska

ISSN 1734-5537

Nakład 100 egz.

Adres redakcji

Redakcja czasopisma „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa

redakcja@cns@aps.edu.pl

<http://www.cns.aps.edu.pl/>

<https://cnsonline.pl/resources/html/cms/MAINPAGE>

**SPIS TREŚCI**  
**CNS numer 2(56) 2022**

**Artykuły i rozprawy**

Elena A. Lemekh, Tatiana V. Lisovskaya – Pedagogical diagnostics of object activity in pupils with severe multiple disabilities .....	5
Krzysztof Polok, Monika Surma – English teachers' awareness and the selected methods when teaching foreign language to deaf and hard-of-hearing (DHH) learners .....	25
Hanna Żuraw – Homelessness and disability in the experience of women .....	41
Maria Łuszczynska – Podmioty polityki społecznej na rzecz rozwoju mieszkalnictwa wspomagane w Polsce .....	49
Dorota Szulc – Poczucie własnej skuteczności studentów z uszkodzonym narządem słuchu – prezentacja wyników badań własnych .....	65
Agnieszka Żabińska – Starość osób z niepełnosprawnością intelektualną w perspektywie systemowej, rodzinnej i osobistej .....	83
<b>2022 – Rok Marii Grzegorzewskiej</b>	
Jubileusz 100-lecia APS .....	99

**TABLE OF CONTENTS**  
**CNS No. 2(56) 2022**

**Articles and Dissertations**

Elena A. Lemekh, Tatiana V. Lisovskaya – Pedagogical diagnostics of object activity in pupils with severe multiple disabilities .....	5
Krzysztof Polok, Monika Surma – English teachers’ awareness and the selected methods when teaching foreign language to deaf and hard-of-hearing (DHH) learners .....	25
Hanna Żuraw – Homelessness and disability in the experience of women .....	41
Maria Łuszczynska – Social policy institutions and organizations for the development of assisted housing services in Poland .....	49
Dorota Szulc – Self-efficacy of students with hearing impairment – presentation of the author’s research results .....	65
Agnieszka Żabińska – Old age and intellectual disability in the systemic, family and personal perspective .....	83
<b>2022 – The Year of Maria Grzegorzewska</b>	
The 100 <sup>th</sup> anniversary of APS .....	99



## **ARTYKUŁY I ROZPRAWY**

ELENA A. LEMEKH, TATIANA V. LISOVSKAYA\*

### **PEDAGOGICAL DIAGNOSTICS OF OBJECT ACTIVITY IN PUPILS WITH SEVERE MULTIPLE DISABILITIES**

#### **Introduction**

*Importance of the problem.* Currently, education and social integration of children with severe multiple disabilities (SMD) is an integral part of the uniform education system in the Republic of Belarus. In 1999, a new type of educational institutions appeared in the country – the Centre for Correctional Development Education and Rehabilitation (CCDER). People who previously were considered “uneducable” began to receive assistance in accordance with their cognitive capabilities. In 2002, the first preschool groups were opened in such centres. However, at that time teachers were more involved into looking after and caring for the pupils, there was no understanding of what and how this nosologic group could be taught. In 2011 the decree of the Ministry of Education of the Republic of Belarus (No. 242, 26 August, 2011) approved the curriculum of the Centre for Correctional and Development Education and Rehabilitation for pupils with severe and (or) multiple physical and (or) mental disabilities (MOE, 2011). In 2014, educational programs for the preschool departments of the Centre were published (Lemekh, 2014; MOE, 2014). There is still a need to plan the educational process in all educational areas. However, children with SMD are very different and the learning content is chosen according to the structure of the existing disabilities, the teaching is carried out in diverse forms, taking into account the state of the sensory, motor, cognitive spheres, object-oriented activity, the singularity of the child’s communicative behaviour and interpersonal interaction skills. The teach-

---

\* Elena A. Lemekh; Maxim Tank Belarusian State Pedagogical University, Minsk, Belarus  
Tatiana V. Lisovskaya (<https://orcid.org/0000-0001-5620-7375>); Maxim Tank Belarusian State Pedagogical University, Minsk, Belarus; e-mail: [lis\\_tva@tut.by](mailto:lis_tva@tut.by)

ers faced the problem of the lack of developed criteria-diagnostic tools, based on which the work could be organized. At the same time, it is understood that teaching children with SMDs needs to be built on a competency-based background. The concept of “life competence” is also emerging. The “life competence” is considered in the structure of education as the acquisition of knowledge, skills and abilities necessary for a child with developmental disabilities in everyday life (Lisovskaya, 2014). The structure of the life competence of children with severe multiple disabilities is presented in the form of actual activities arising from their essential needs and life experience accumulated in specially simulated situations that allow the child gaining the ability and readiness to use these activities in different circumstances (Lisovskaya, 2016).

In children with normal mental development, playing and productive activities begin to form by the end of the early age (in the third year of life). In children of early preschool age with SMDs we see a slower pace of development and a mismatch with critical (sensitive) periods. Their activity is still object-manipulative. Thus, it is necessary to form their life competencies primarily in this sphere.

All the foregoing allows us to speak about the existing contradiction. On the one hand, the object-oriented activity is the predominant type of activity for the pupils of the early preschool age group with SMDs. This kind of activity forms the main ways of the child’s actions in everyday life (“give”, “drop”, “take”, “let go”, etc.). On the other hand, there is no scientific and methodological support for the educational process. In particular, the criteria and diagnostic tools could allow to determine the formation of the object-oriented activity, but their absence severely complicates both diagnostics and planning the work of a teacher.

### **Literature analysis**

The development of the object-oriented activity contributes to the mental development of a child. It includes the assimilation and implementation of object-oriented actions and has certain stages: nonspecific manipulations (children explore objects and act with them without understanding the purpose of the object), specific manipulations (acting with objects in accordance their purpose), correlating manipulations (objects appear in certain relations with other objects, children begin to use the objects in accordance with their purpose, which is demonstrated by an adult: for example, a child tries to close the box with a lid) and tool manipulation (a strictly fixed way of using objects, for example: digging sand with a scoop) (Smirnova, Galiguzova & Meshcheryakova, 2007).

We have not found any research works concerning children of the early preschool age group with SMDs. This emphasizes the importance of the problem since the specific features of the object-oriented activity of children with SMDs have not been described so far but those children need to be educated. However, it is noticed that even by the age of three, the object-oriented activity is still

unformed among the pupils with intellectual disabilities. Actions with objects remain at the level of non-specific manipulations: throwing objects and toys on the floor, tapping them, trying to suck and gnaw objects. Some children begin to master specific manipulations, which are the basis for the formation of visual-motor coordination, the definition of the properties and relationships of qualities, but many of them still act inadequately (Kulesha, 1989; Gavrilushkina & Sokolova, 1985). Due to the lack of imitation ability, without special work children with SMDs do not form correlative and instrumental actions by the age of 3. Ten years of personal experience in correctional work with pre-schoolers with SMDs show that this group is characterized by the lack of purposeful actions, indifference to the result and performance of inadequate actions. The object-oriented activity is formed with delay and in a specific way. This activity cannot be a means of corrective influence on the development of a child with SMD, therefore the formation of the preconditions for the development of activities and teaching all the components of the object-oriented activity becomes one of the main tasks. Lisovskaya (2016) identified functional competence (ways of performing daily activities), supporting-communicative (basic methods of communication), situation-behaviour life competencies (forms of socially acceptable behaviour). The formation of the object-oriented activity in younger pre-schoolers with SMDs allows teachers to work purposefully on the development of functional competences in these pupils. Periodic use of diagnostic tools will allow carrying out a pedagogical monitoring and will help identify the dynamics of formation of some functional competencies.

Currently the focus is on the following issues: the state of life skills of children with SMDs are considered as the basis for the formation of their social experience (Zhuk, Zabelich, Lisovskaya, Pivovarchik & Urusova, 2020; Mamonko, 2019), the problem of cooperation with the family of a child with SMD is arising, the role of the family in the formation of life competencies in children with SMDs is being studied (Arlamova & Tsarev, 2017; Zabelich, 2015; Zhuk et al., 2020); the requirements for the structure of educational programs for children with SMD are being analysed (Golovchits & Tsarev, 2014a, 2014b; Zhuk et al., 2020); program and methodological materials on teaching and upbringing are offered (Bzhnozhnokova, Ulyantseva & Komarova, 2012); the program for preschool departments of the Centre for Correctional Developmental Education and Rehabilitation in the educational area "Object-oriented activity" is being described (Vinnikova, 2012). However, the review of psychological and pedagogical literature indicates the absence of studies devoted to the problem of the formation of life competencies in children at the early preschool age having severe multiple disabilities on the example of the object-oriented activity.

## Research

### *Research Objective*

To determine the possibilities of using pedagogical diagnostics on the example of the educational area “Object-oriented activity” to study the formation of life competencies in the children of the early preschool age group with SMDs.

### *Research methods*

During the research, the following methods were used: theoretical (analysis, synthesis, generalization); empirical (pedagogical observation, ascertaining experiment); and methods of mathematical statistics and graphical presentation of results.

### *Experimental research base*

The empirical study was carried out based on state educational institutions “Centre for Correctional Developmental Education and Rehabilitation of the Pervomaisky District of Minsk”, “Centre for Correctional Development Education and Rehabilitation of the Moskovsky District of Minsk”, “Center for Correctional Development Education and Rehabilitation of the Leninsky District of Minsk. Minsk”, “Centre for Correctional Developmental Education and Rehabilitation of the Dzerzhinsky District”, “Centre for Correctional Development Education and Rehabilitation of Zhodino” (Minsk Region, Republic of Belarus), “Centrefor Correctional Development Education and Rehabilitation of Dobrush District” (Gomel Region, Republic of Belarus). We examined 21 students with severe multiple disabilities in the first year of schooling. The study was carried out in 2012–2016.

We used the results of our own empirical research, the data obtained under our supervision by Romankova on the topic “Peculiarities of pedagogical diagnostics of object-related activity in the pre-schoolers with severe multiple developmental disabilities of the first year of schooling in the centre of correctional and development education and rehabilitation” (2013, supervisor Vinnikova (Lemekh)), data obtained during the work of the pilot project “Introction of the software and methodological support of the learning process in groups and classes of the centre for correctional and development education and rehabilitation” at the State Educational Institution “Centre for Correctional Development Education and Rehabilitation of Zhodino” (2011–2013, co-director of the project Vinnikova (Lemekh), the order of the Ministry of Education of the Republic of Belarus No. 453 dated: 1.07.2011).

### *Research stages*

The research was carried out in three stages.

At the first stage, a theoretical analysis of existing sources in psychological and pedagogical scientific literature was carried out; the problem, purpose,

research methods were highlighted, a plan of empirical study was drawn up; the criteria and indicators of the object-oriented activity in children with SMDs were developed; a set of diagnostic situations was selected for examining a child with SMD in the first year of schooling at a centre for correctional development education and rehabilitation.

At the second stage, a pilot study was carried out, which made it possible to test the parameter assessment and registration sheet to determine the levels of formation of the object-oriented activity in the children of the early preschool age group with SMDs.

### *Pilot study*

Following Smirnova, Galiguzova, Ermolova & Meshcheryakova (2007) we have identified 8 parameters of the object-oriented activity (“cognitive activity”, “nonspecific manipulations”, “specific actions”, “instrumental actions”, “involvement of the object-oriented activity into communication”, “verbal support of activity”, “orientation in accordance with the assessment of an adult”, “purposefulness in the object-oriented activity”), the criteria (63) and quantitative indicators (from 0 to 3 according to different criteria) were determined.

The characteristics of these criteria and indicators were formulated based on the analysis of program and methodological materials for children of early and preschool age (MOE, 2014).

The adaptation of the scheme for the survey of the object-oriented activity (Smirnova, Galiguzova, Ermolova & Meshcheryakova, 2007) was as follows:

- 1) the assessment sheet includes the material representing all ages (the first six months. From 7<sup>th</sup> to 12<sup>th</sup> month, the second year and the third year of a child’s life), as pupils with SMDs may be at different stages of their development due to the specifics of the structure of the disorder;
- 2) the specific material from the program “Object-oriented activity” for preschool departments of the CCDE & R is added for the survey;
- 3) the number of indicators characteristic of normally developing children has been reduced, since during the pilot study, the performance of them at the highest level was not recorded;
- 4) the quantitative assessment of the parameters is reflected in the table “Scales for assessment of the parameters of the object-oriented activity” (Table 1) (by Smirnova, Galiguzova, Ermolova & Meshcheryakova, 2007), where the criteria corresponding to each parameter are marked with a specific indicator: 0, 1, 2 or 3 points. However, for more specific indicators, for example, gripping an object put into the hand or holding an object in the hand for a long time, the following assessment system is proposed: if a child performs an action on its own, regularly, in complete independence from others then a mark of 1 point is added to the assessment sheet; if the child does not perform the action even when being provided with some type of assistance,

”0” is added; if the child performs the action with the help of an adult “0.5” is added. A column “note”, provided in the assessment sheet, gives a specialist the possibility to indicate the peculiarities of the child’s performance of each task and the form of assistance provided (V – verbal, M – motor, G – gesture), etc.

**Table 1.** Scales for assessment of the parameters of the object-oriented activity

Parameters		Criteria for assessment	Points
Indicative research activities	Visual actions	The child doesn’t fix its eyes on the object	0
		The child fixes its eyes on the object	1
		The child traces the movement of the object with its eyes	2
		The child examines the object with a visible movement of the eyes over the object, observes its movement	3
	Oral actions	Absent	0
		The child touches the object with lips and tongue, bites, grips with gums, licks	1
	Manual actions	Absence of manual actions	0
		The child touches the object put into the hand with its palm, fingers, reflexively grasps it	1
		The child touches, pats, embraces, scratches the object put into its hand	2
		The child reaches out to the object, grabs the object, manipulates the toy	3
Variety of actions	Absent: the child holds the toy in its hands for a long time without performing any action	0	
	Insufficient: the child performs 1–2 monotonous actions	1	
	Sufficient: the child performs a variety of actions	2	
Emotional involvement in activities	The predominance of negative emotions: the child pushes the toys away, scatters them angrily, throws them off the table	0	
	Indifference: the child looks at the objects indifferently; no facial expressions	1	
	Weak: the child is interested in the toy, stretches out its hand but does not dare to take the toy, and taking it, acts carefully, constrained; the child shows a short-term interest in the objects	2	

<b>Parameters</b>	<b>Criteria for assessment</b>	<b>Points</b>
Interest in objects and actions with them	Absent: the child does not pay attention to the objects, does not take any action with them	0
	Weak: the child is constantly distracted from the objects, quickly gets fed up with the play, there is no concentration in the actions	1
	Medium: the child examines the toys, concentrates on some of them, but is often distracted looking around	2
Inclusiveness of the object-oriented activity into communication with the adult (imitation and the desire to act according to the model)	Absent: the child does not pay attention to the actions with the objects shown by adults, does not imitate them, ignores the adult's suggestions	0
	Weak: the child observes the actions of the adult, makes subtle attempts to imitate him/her, but is quickly distracted, moves on to other activities (for example, after starting to feed a doll with a spoon from a cup as it was shown by the adult, the child slips to manipulating the spoon: waving it, knocking, gnawing, etc.); most patterns of action go unaddressed; in the subsequent independent play, the child does not try to reproduce the pattern	1
	Medium: the child closely observes the actions of the adult; immediately after being shown a pattern of an action, tries to reproduce it; in the subsequent independent play, but does not reproduce the pattern	2
Persistence to get the object	Absent: not getting the desired result immediately, the child stops trying to solve the problem	0
	Weak: the child makes 2–3 attempts to solve the problem, but after failure stops the activity	1
Striving for independence	Absent: the child does not seek to act independently, immediately asks for help from the adult or passively expects help	0
	Weak: the child tries to act independently, but after the first failure turns to the adult	1
	Medium: the child does not ask for help, and is reluctant in accepting the offered help or, having asked for help, immediately refuses it, trying to act independently	2

Parameters	Criteria for assessment	Points
Purposefulness in object-oriented activity	Absent: the child does not seek to achieve the correct result	0
	Weak: the child makes attempts to achieve the correct result, but quickly loses the goal	1
Orientation towards the adult's assessment	Absent: the child does not seek for assessment and does not respond to the adult's assessment of its actions, continues to act in its own way; after the encouragement, there are no obvious signs of the child's pleasure and increasing activity, no desire to repeat the action approved by the adult; censures do not upset the child, do not slow down the pace of its activity, do not entail the attempts to correct the action or turn to the adult for help	0
	Weak: the child is not looking for assessment; only occasionally reacts to the adult's assessment, but in general does not change its activity: s/he acts at the same pace, emotions are weakly expressed; encouraging of certain actions causes subtle pleasure; a criticism suspends the action, but does not entail an attempt to correct it	1
	Medium: the child is looking for the adult's assessment, but does not always take it into account in its actions	2
Speech accompaniment of the activity	Absent: the child does not accompany the action with speech	0
	Weak: the child rarely uses speech	1

To assess the level of formation of the object-oriented activity in children of the early preschool age group with SMDs, an assessment sheet in the form of a table was developed (Table 2). The observation results were recorded into individual protocols. To identify the characteristics of the selected parameters, diagnostic tests were carried out.

**Table 2.** Sheet for assessment and registering the parameters of objective activity in children of the early preschool age group with SMDs

Parameters	Samples					Points total	Notes (edit)
	1	2	3	4	5		
<b>Cognitive activity</b>							
Variety of actions with objects	0	0	0	0	0		
	1	1	1	1	1		
	2	2	2	2	2		



Parameters		Samples					Points total	Notes (edit)
		1	2	3	4	5		
Emotional involvement in activities		0	0	0	0	0		
		1	1	1	1	1		
		2	2	2	2	2		
		3	3	3	3	3		
Interest in objects and actions	Familiar objects	0	0	0	0	0		
		1	1	1	1	1		
		2	2	2	2	2		
	Unfamiliar objects	0	0	0	0	0		
		1	1	1	1	1		
		2	2	2	2	2		
Persistence in the attempts to get the object		0	0	0	0	0		
		1	1	1	1	1		
		2	2	2	2	2		
		3	3	3	3	3		
Striving for independence		0	0	0	0	0		
		1	1	1	1	1		
		2	2	2	2	2		
		3	3	3	3	3		
Total points						0–16		
<b>Non-specific actions</b>								
Orientation-exploratory actions and free manipulation								
manual actions	Grips the object attached to the hand	0	0	0	0	0		
		0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		
		1	1	1	1	1		
	Touches the object with a finger	0	0	0	0	0		
		0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		
		1	1	1	1	1		
Touches the object with a palm of a hand	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Feels the surface of the toy	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Turns the object over	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Reaches out to the object, grasps it	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			

Parameters		Samples					Points total	Notes (edit)
		1	2	3	4	5		
	Holds object in hand for a long time	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Holds two toys at the same time	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Shifts an object from one hand to another	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Hand-eye coordination	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Pinches with a thumb and a forefinger	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
Visual actions (examines, peers, observes)		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3		
Oral actions (touches an object with lips, puts into the mouth, sucks, licks, bites, etc.)		0 1	0 1	0 1	0 1	0 1		
Total points						0–15		
<b>Specific actions</b> (corresponding actions)								
Determination of the persistence of the existence of objects	Finds an object under a transparent jar	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Finds a partially hidden object	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Reacts to the noise of a hidden object	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Finds an item under an opaque jar	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Plays hide and seek with interest	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		

Parameters		Samples					Points total	Notes (edit)
		1	2	3	4	5		
cause and effect	Rattles with a rattle	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Squeezes a squeaky toy	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Plays with children's keyboard musical instruments	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Turns on the light	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Turns off the light	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	"Starts" (pushes) the car	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Plays with toys that light up or sing a song when a button is pressed	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
correspondence of objects	Combines objects of different sizes with holes	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Combines differently shaped objects with holes	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Closes boxes of different shapes	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Adds up the pyramid without considering the size of the rings	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Adds up the pyramid considering the size of the rings	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Builds a tower of different sized cubes	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		
	Rolls the car by the rope	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1		

Parameters		Samples					Points total	Notes (edit)
		1	2	3	4	5		
Puts objects into the box	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Shifts objects from one box to another	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Total points						0–21		
<b>Actions with tools</b> (culturally fixed actions)								
Eats with a spoon, fork	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Drinks from a cup	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Brushes with a comb	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Brushes teeth with a toothbrush	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Builds a house from cubes	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Draws with a pencil	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Digs the ground with a scoop, shovel	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Puts on some simple garments	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Uses a handkerchief	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			
Total points						0–9		
<b>The inclusion of object-oriented activity into communication.</b> <b>The desire to act by imitation and according to a model</b>								
Rattles with a rattle	0	0	0	0	0			
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5			
	1	1	1	1	1			

Parameters	Samples					Points total	Notes (edit)
	1	2	3	4	5		
Throws the ball to the floor	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Holds out the toy	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Takes the proposed object in hand	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Picks up a dropped object	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Rolls the ball	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Blows on the spinner	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Kicks the ball	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Puts the ball into the jar	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Catches the ball with two hands	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Puts the doll on a chair	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	0 0.5 1	
Total points						0–11	
<b>Orientation towards the adult's assessment</b>	0	0	0	0	0		
	1	1	1	1	1		
	2	2	2	2	2		
	3	3	3	3	3		
<b>Speech accompaniment of the activities</b>	0	0	0	0	0		
	1	1	1	1	1		
<b>Purposefulness in object-oriented activity</b>	0	0	0	0	0		
	1	1	1	1	1		
Total points						0–7	
Points total						0–79	

In order to obtain objective data, it is envisaged to conduct five such tests, which are to be carried out on different days. Indicators are evaluated in points. The scorecard for each indicator offers its own quantification system. After all diagnostic tests have been carried out, the number of points for each section is summed up and the average is displayed. Depending on the result obtained, we can talk about the level of formation of a particular parameter or of the object-oriented activity as a whole. The levels of development of object-oriented activity in children of early preschool age having SMDs were determined: critical (0–16 points), very low (17–37 points), low (38–58 points), sufficient (59–79 points).

At the third stage of the study, an ascertaining experiment was carried out. The task of the stage was to identify the actual level of formation of life competencies in children of the early preschool age group with SMDs on the example of the object-oriented activity.

## Results

### *The ascertaining stage*

The volume of the article does not allow for a complete analysis of the data obtained; therefore we will focus only on the most significant ones.

In the parameter of “*Cognitive activity*” it was possible to score a maximum of 15 points.

At the critical level (0–3 points) there were 14 children (67%), at a very low level (4–7 points) – children (24%), at a low level (8–11 points) – 2 children (9%)

The lowest indicators are observed for the criterion “*Emotional involvement into activities*”, Children are mostly indifferent, facial expressions are faint.

The highest points were scored in the criterion “*Variety of actions*”. Children as a rule perform 1–2 monotonous actions.

According to the parameter “*Non-specific actions*”, the highest number of points was 15. At the critical level (1–4 points) there were 3 children (14%), at a very low level (4.5–8 points) – 3 pupils (14%), at a low level (8.5–12 points) – 12 people (58%), at a sufficient level – (12.5–15 points) – 3 (14%).

Children do the worst in pinching their thumb and forefinger, oral and visual actions are the best developed ones.

In the parameter “*Specific actions*”, the maximum number of points was 21. At the critical level (1–5 points) there were 5 children (24%), at a very low level (6–10 points) – 4 pupils (19%), at a low level (11–15 points) – 8 (38%), at a sufficient level (16–21 points) – 4 (19%). The most difficult tasks are: building a pyramid considering the size of the rings, building a tower taking into account the size of cubes and playing children’s keyboards. The simplest were the tasks for putting an object into a box.

In the parameter “*Actions with tools*” it was possible to score maximum 9 points. At the critical level (0–2.5 points) there were 7 children (33%), at

a very low level (3–5 points) – 10 pupils (48%), at a low level (6–7 points) – 4 (19%), at the sufficient level (8–9 points) – 0 (0%). The pupils do not know how to comb their hair with a comb, brush their teeth with a toothbrush, or use a handkerchief. Much better children can put on simple objects, drink from a cup and eat with a spoon.

In the parameter “*The Inclusion of Object-Oriented Activity into Communication. The Desire to Act by Imitation and According to a Model*” the total was 11 points. At the critical level there were (0–3 points) – 6 pupils (29%), at a very low level there were (3.5–6 points) – 4 pupils (19%), at a low level there were (6.5–9 points) – 8 (38%), at a sufficient level there were (9.5–11 points) – 3 (14%). The easiest action was to rattle with a rattle after the model was shown by an adult. The most difficult task was to put the doll onto a chair.

In the parameter “*Orientation towards adult’s assessment*” only one child (5%) seeks for the adult’s assessment but does not always take it into account in its further actions, 3 children (14%) occasionally respond to the adult’s assessment, the remaining 17 children are totally indifferent to the assessment (81%).

“*Speech accompaniment of the activity*” parameter: 4 children (19%) sometimes use speech accompaniment, including onomatopoeia, the rest do not speak during their activity (81%).

In the parameter “*Purposefulness in the object-oriented activity*” the received data are similar to the previous parameter: 4 pupils (19%) make an attempt to achieve the correct result, but quickly lose the goal, the remaining 17 children (81%) do not strive to achieve the correct result.

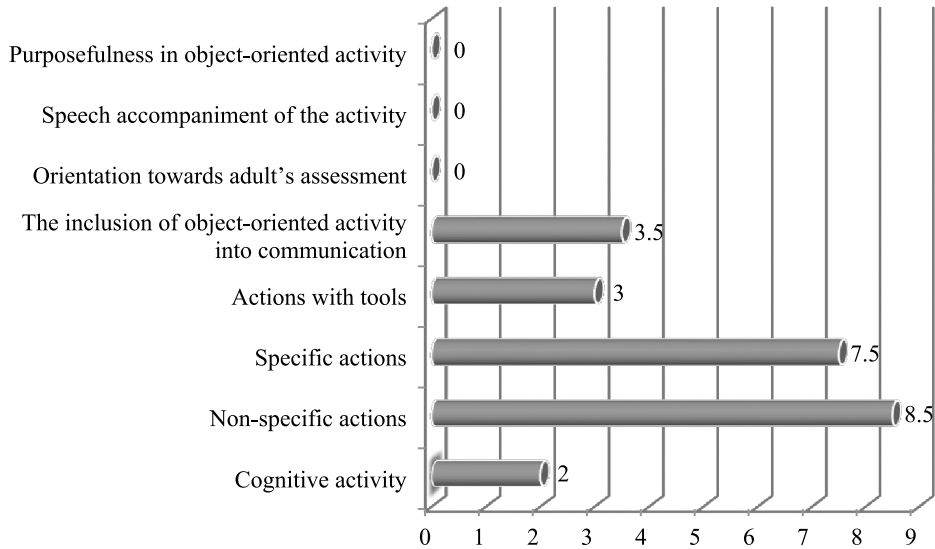
In order to present graphic information about the development of the object-oriented activity, individual profiles were drawn up for each of the pre-schoolers (the example can be seen in Figure 1).

The qualitative analysis can be traced back to the attached report.

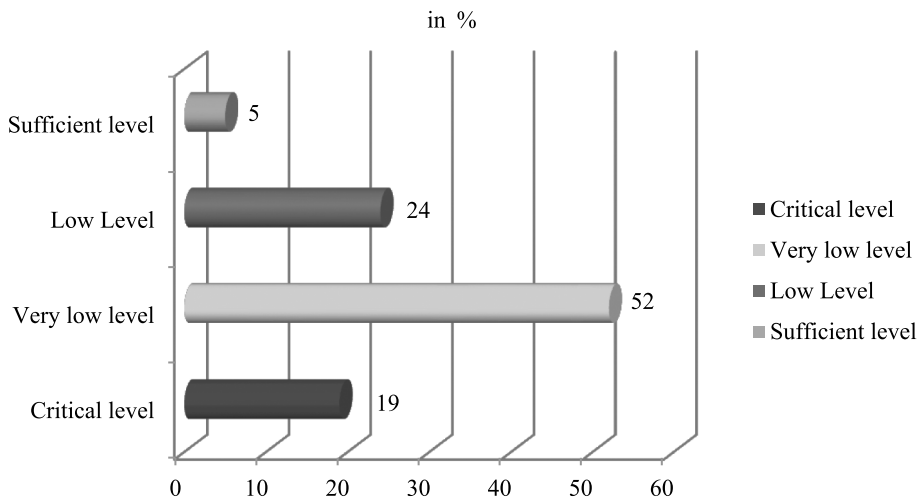
Report: Alina shows a very low level of development of the object-oriented activity (24.5 points). The child does little of both manipulative and specific actions. Acquaintance with new objects is limited to cursory glances at them; the manipulations are represented by single actions of a similar type. The interest in the objects and actions with them is weak. The repertoire of actions is monotonous. Positive emotions are subtle and episodic. The child observes the actions of the adult, makes weak attempts to imitate them, but is quickly distracted, moves on to other activities. Actions are not accompanied by speech. The child is indifferent to the assessment of the adult.

Such profiles allow the teacher to build the corrective work with each child on a diagnostic basis.

Thus, the following levels of development of object-oriented activity in children of the early preschool age group with SMDs have been determined: critical level – 4 pupils (19%); very low level – 11 children (52%); low level – 5 children (24%); sufficient level – 1 child (5%) (Figure 2).



**Figure 1.** Individual profile, Alina, 3 years 1 month



**Figure 2.** Levels of formation of the object-oriented activity in younger pre-schoolers with SMDs

**Discussions**

It has been experimentally revealed that the majority of pupils with SMDs significantly concede in such parameters of the object-oriented activity as “Orientation towards the adult’s assessment”, “Speech accompaniment of the activity”, “Purposefulness in the object-oriented activity” (81% are at the critical level),



“Cognitive activity” (67% are at the critical level). The parameters “Nonspecific actions” (14% at the critical level), “Specific actions with familiar objects” (24% are at the critical level) turned out to be the most intact. This fits into the picture of the mental development of a child with a complex structure of impairment but at the same time, it draws attention to the fact that the teachers of the CCDE & R pay more attention to the formation of these peculiar elements of the object-oriented activity. In particular, this is evidenced by the fact that pupils are more successful performing specific actions with familiar objects rather than with unfamiliar ones (14 points on the first scale versus 7 points on the second scale). We understand that this statement needs further verification, but it is already clear which components must be taken into account when planning the correction and education process in this educational area. The proposed criterion-diagnostic tools for pedagogical diagnostics of the object-oriented activity in the children of the early preschool age group with SMDs make it possible to clarify the specifics of the formation of the functional life competence in this category of children. This can be traced, first of all, through their command of specific actions, for example, closing a box with a lid, and actions with tools, for example, eating with a spoon. At the same time, in our opinion, for the purpose of pedagogical monitoring, it is necessary to create a separate criterion-diagnostic toolkit according to the parameters “Specific actions” and “Actions with tools” with a list of all the basic skills of a child of the given age. These skills are formed within the framework of the program in the educational area of “Object-oriented activity” and constitute the basis of functional life competence of a child.

Thus, the study is to be continued in two directions: the sample need to be increased and the analyses should be deepened (to analyse the features of planning the work of teachers in this educational area, to clarify diagnostic tasks in accordance with the program, etc.).

## Conclusion

The proposed scheme of pedagogical diagnostics allows one to see the level of formation of the object-oriented activity among pupils of the CCDE & R according to 8 parameters, including determining the state of formation of functional life competences; enables teachers to adjust children’s individual educational programs and their own long-term work plans in the educational area “Object-oriented activity”.

## References

- Arlamova, E.N., & Tsarev, A.M. (2017). Cooperation of family and specialists in the process of training and raising children with severe multiple developmental disorders. *Vospitaniye i Obucheniye Detey s Narusheniyami Razvitiya. Education and Training of Children with Developmental Disorders*, 7, 57–62.

- Bzhnozhnokova, I.M., Ulyantseva, M.B., & Komarova, S.V. (2012). *The education and training of children and adolescents with severe and multiple developmental disorders: Methodological materials*. Moscow: VLADOS.
- Gavrilushkina, O.V., & Sokolova, N.D. (1985). *Education and training of mentally retarded pre-schoolers*. Moscow: Education.
- Golovchits, L.A., & Tsarev, A.M. (2014a). Federal state educational standard for students with disabilities as a condition for access to education for children with severe and multiple impairments. *Defectology, 1*, 3–13.
- Golovchits, L.A., & Tsarev, A.M. (2014b). Requirements for the structure of educational programs for children with severe and multiple developmental disabilities and for the possible results of their development in the context of the development of FSES for students with disabilities. *Vospitaniye i Obucheniye Detey s Narusheniyami Razvitiya. Education and Training for Children with Developmental Disabilities, 3*, 12–30.
- Kulesha, E.A. (1989). Mastering objective actions by mentally retarded children. *Defectology, 3*, 65–68.
- Lemekh, E.A. (2014). The experience of the Republic of Belarus: The content of the education of preschool children with severe multiple impairments. *Revista Psihologie. Pedagogie Speciala. Asistenta Sociala, 2*(35), 23–33.
- Lemekh, E.A. (2020). The quality of education of pupils with severe multiple disabilities as a problem of organizing their continuing education. [In Russian]. *Faces of Knowledge, 5*(70), 43–47. <https://grani.vspu.ru/jurnal/75>
- Lisovskaya, T.V. (2014). Life competencies of children with severe multiple psychophysical disorders: content and formation criteria. [In Russian]. <https://cyberleninka.ru/article/n/zhiznennye-kompetentsii-detey-s-tyazhelymi-mnozhestvennyimi-psiho-fizicheskimi-narusheniyami-soderzhanie-i-kriterii-sformirovannosti>
- Lisovskaya, T.V. (2016). *Pedagogical system of continuing education in the Republic of Belarus of persons with severe multiple developmental disorders*. Minsk: Four quarters.
- Mamonko, O.V. (2019). Formation of knowledge about oneself and the immediate environment in pre-schoolers with severe multiple disabilities. [In Russian]. <https://elib.bspu.by/handle/doc/45480>
- MOE. (2011). About curricula for special education. [In Belarusian]. Minsk, Belarus: Ministry of Education of the Republic of Belarus. <https://belzakon.net>
- MOE. (2014). The curriculum of the centre for correctional developmental education and rehabilitation for pupils with severe and (or) multiple physical and (or) mental disorders. [In Russian]. Minsk, Belarus: Ministry of Education of the Republic of Belarus. [http://www.asabliva.by/sm\\_full.aspx?guid=135263](http://www.asabliva.by/sm_full.aspx?guid=135263)
- Smirnova, E.O., Galiguzova, L.N., & Meshcheryakova, S.Yu. (2007). *First steps. Early Childhood Education and Development Program*. Moscow: Mosaic-Synthesis.
- Smirnova, E.O., Galiguzova, L.N., Ermolova, T.V., & Meshcheryakova, S.Yu. (2007). *Diagnostics of the mental development of children from birth to 3 years old*. Moscow: ANO “PEB”.
- Vinnikova, E.A. (2012). Educational program “Subject activity” (for pupils of the Central Regional Commission for the Development of Education and Research). *Special Education, 3*, 54–59.
- Zabelich, D.N. (2015). The role of the family in the formation of life competencies in children with severe and multiple psychophysical impairments. *Special Education, 1*, 18–22.
- Zhuk, T.V., Zabelich, D.N., Lisovskaya, T.V., Pivovarchik, T.B., & Urusova, O.I. (2020). *Formation of life competencies in children with disabilities: A guide for teachers*. Minsk: Narodnaya asveta.

## PEDAGOGICAL DIAGNOSTICS OF OBJECT ACTIVITY IN PUPILS WITH SEVERE MULTIPLE DISABILITIES

### *Abstract*

Pedagogical diagnostics, which we consider a means of assessing the formation of the vital competencies, is an important element of teaching and upbringing preschool children with severe multiple impairments. If we take into account this nosologic group, we can state that in the early preschool age the object-oriented activity takes the leading role. The absence of criterion-diagnostic tools that could allow to determine the specifics of the object-oriented activity, and, consequently, the formation of functional life competences in preschool children with severe multiple disabilities, significantly complicates the determination of the effectiveness of pedagogical actions and the planning of the correctional and educational process. All this explains the relevance of this research. The purpose of the article is to determine the possibilities of using pedagogical diagnostics to study the formation of life competencies in the children of the early preschool age group with severe multiple disabilities on the example of the educational area "Object-oriented activity". The ascertaining experiment was the leading method of the research. The empirical study was carried out in six state educational institutions "The Centres for Correctional Development Education and Rehabilitation" in Minsk, Minsk and Gomel regions (the Republic of Belarus). Examined 21 pupils with severe multiple disabilities in their first year of learning. The research was carried out in 2012–2016. The materials presented in the article allow seeing the level of formation of object-oriented activity in the children of early preschool age with severe multiple disabilities, which further will allow teachers to build their correctional work on the diagnostic basis.

*Keywords:* life competencies, early preschool age, pedagogical diagnostics, object-oriented activity, severe multiple disabilities

## PEDAGOGICZNA DIAGNOSTYKA AKTYWNOŚCI OKOŁOPRZEDMIOTOWEJ U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM Z CIĘŻKIMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI SPRZĘŻONYMI

### *Abstrakt*

Diagnostyka pedagogiczna, którą uważamy za sposób oceny kształtowania się kompetencji życiowych, jest ważnym elementem nauczania i wychowania dzieci w wieku przedszkolnym z ciężkimi niepełnosprawnościami sprzężonymi. Biorąc pod uwagę tę grupę nosologiczną, możemy stwierdzić, że we wczesnym wieku przedszkolnym pierwszoplanową rolę odgrywa aktywność okołoprzedmiotowa. Brak narzędzi kryterialno-diagnostycznych, które pozwoliłyby określić specyfikę aktywności okołoprzedmiotowej, a w konsekwencji kształtowanie kompetencji życiowych u dzieci w wieku przedszkolnym z ciężkimi niepełnosprawnościami sprzężonymi znacznie komplikuje określenie skuteczności działań pedagogicznych i planowanie procesu korekcyjno-edukacyjnego. Wszystko to podkreśla znaczenie tych badań. Celem artykułu jest określenie możliwości wykorzystania diagnostyki pedagogicznej do badania kształtowania się kompetencji życiowych u dzieci w wieku przedszkolnym z ciężką niepełnosprawnością sprzężoną na przykładzie obszaru edukacyjnego „Aktywność okołoprzedmiotowa”. Podstawową metodą badania było badanie empiryczne. Badanie zostało przeprowadzone w sześciu państwowych instytucjach edukacyjnych „Ośrodków Korekcyjnej Edukacji Rozwojowej i Rehabilitacji” w Mińsku oraz obwodach mińskim i homelskim (Republika Białorusi). Przebadano 21 uczniów z ciężkimi niepełnosprawnościami sprzężonymi w pierwszym roku nauki. Badania zrealizowano w latach 2012–2016. Przedstawione w artykule materiały pozwalają zobaczyć poziom kształtowania się aktywności okołoprzedmiotowej u dzieci w wieku przedszkolnym z ciężkimi niepełnosprawnościami sprzężonymi, co pozwoli nauczycielom budować pracę korekcyjną na podstawie diagnozy.

*Słowa kluczowe:* kompetencje życiowe, wczesny wiek przedszkolny, diagnostyka pedagogiczna, aktywność okołoprzedmiotowa, ciężkie niepełnosprawności sprzężone



KRZYSZTOF POŁOK, MONIKA SURMA\*

## ENGLISH TEACHERS' AWARENESS AND THE SELECTED METHODS WHEN TEACHING FOREIGN LANGUAGE TO DEAF AND HARD-OF-HEARING (DHH) LEARNERS

### Introduction

The most common notion to describe people with some amount of hearing loss is to divide them into two groups: hard-of-hearing and deaf. The first group is usually combined with people who have slight or mild hearing impairment, so that they are able to hear with or even without special hearing aids (Domagała-Zyśk, 2013). The second group consists of people who are considered to communicate with the help of visual means rather than the spoken language. It also means that such a person's degree of hearing loss is 90 dB or greater. At the same time, Yoshinaga-Itano & Downey (1996) tend to include in that group people with moderate hearing loss (41–70 dB in BIAP's classification; 41–60 dB in WHO's one) due to the fact that such an impairment is educationally significant. Some other researchers (Domagała-Zyśk, 2015) describe people with serious hearing impairments as deaf without referring to the degrees of hearing loss. As there are some major differences between the researchers when it comes to the terminology, therefore, this issue should be emphasized because it is significant when it comes to understanding a given practical aspect.

Nowadays many children with hearing impairment attend mainstream schools. In such schools they have an opportunity to interact and cooperate with their hearing peers. However, many doubts have appeared here. As observed by Domagała-Zyśk (2019), a dilemma whether mainstream teachers are able to design lessons for both hearing and DHH (deaf and hard-of-hearing) students or if

---

\* Krzysztof Polok (<https://orcid.org/0000-0002-0283-9665>); University of Bielsko-Biala; Willowa 2, 43-300 Bielsko-Biala; e-mail: [sworntran@interia.pl](mailto:sworntran@interia.pl)  
Monika Surma (<https://orcid.org/0000-0002-7616-6221>)

teachers possess specific knowledge how to teach such students has become one of them. According to the researcher, such doubts have appeared due to the fact that “teachers during their university education receive only a limited amount of training on special education needs and they report that they need more instruction so as to be able to work effectively with SPE children” (p. 277). That is why it is so significant to raise the teachers’ awareness of special educational needs and thus improve many of the FL (foreign language) teaching strategies. Due to the fact that there are many strategies to teach English to DHH students, we will focus on several of them only.

Let us focus on teaching FL vocabulary first as it functions as this language tissue that enables one to manipulate, understand, receive and create messages, and produce communication. Following Domagała-Zyśk (2013), a method which may be effective while teaching a foreign language to DHH learners can be based upon individualisation of vocabulary content. Such individualisation can be beneficial for a DHH student in respect to the level of his/her motivation, as the student is able to master a smaller number of new words. Also, a language teacher has to remember about rewarding students for their efforts and attempts to improve their communication skills. What is more, in the opinion of Domagała-Zyśk (2013) individualisation enables DHH students to talk about specific hobbies or interests so that a conversation becomes authentic and natural. By implementing thus method, both the level of motivation and self-esteem get raised among deaf and hard-of-hearing students.

When the skill of writing is concerned, applying the procedure of formative assessment may occur as the strategy effectively influencing the FL education processes. It is vital for DHH students to provide plenty of writing tasks so that they can practise their writing skills. Also, such exercises should be monitored and assessed by a teacher. According to Isaacson (1996) it is possible to apply the process-product-purpose (PPP) model, which checks not only the process and the product of writing but also explains the purpose of a written text. Moreover, a language teacher should focus both on grammatical and orthographic correctness and on the communicative function of a given text. Isaacson (1996) claims that a proper text consists of three components: proper length, logic and consistency, and readability. While assessing students’ writing tasks, a teacher should focus not only on grammatical correctness but many more aspects like: consistency, authenticity or communicative functions Domagała-Zyśk (2013) sees this way of teaching as the only way a teacher is able to fully assess her students’ work.

Discussing the issue of teaching reading, a procedure based upon reading deaf and hard-of-hearing people’s biographies and life stories may occur as effective and engaging. Domagała-Zyśk (2015) examined a large group of DHH students to discover that they are usually not interested in random and fictitious people’s lives. That is the reason why a strategy based upon reading about something located far away from fiction can be beneficial and interesting for DHH

learners. At first a teacher can use various biographies and descriptions of DHH students' family members. The researcher observes that such reading sources can be a great base for the vocabulary and grammar introduction and revision. Also, the students will be more willing to actively participate in classes and share their opinions and thoughts. What is more, reading biographies and life stories of deaf and hard-of-hearing people can be inspiring for the students as they can relay and identify themselves with the characters.

Focusing on teaching proper pronunciation is also a significant issue when it comes to teaching a foreign language. That is why Domagała-Zyśk (2013) proposes the oral interpretation strategy that may be beneficial for DHH students. A teacher's pronunciation of various words and phrases may turn useful for either deaf and hard-of-hearing students. They can read from their teacher's lips and that might be a core for making their own statements. While applying the oral interpretation method, it is vital to offer appropriate learning conditions to DHH students. A teacher should remain close to the students, her face should be visible and she should deliver speech in its normal pace. Also, the mainstream teacher can perform the function of an oral interpreter, who repeats, produces mimes and/or gives additional explanations when needed.

One more issue is teaching grammar to deaf and hard-of-hearing learners. When focusing on the certain procedure of teaching grammar Domagała-Zyśk (2013) proposed the strategy of structuring a language. This strategy means simply to present a statement in specific schemata. Usually such schemata depict affirmatives, negatives and questions in a specific time and form. These diagrams are widely common in various textbooks so that a student is able to create many similar statements. In that way students can actively practice use of a language what usually makes them become more confident. Also, such schemata can be applied when teaching more complicated grammatical structures like the passive voice or conditionals.

As one can see there are some specific teaching procedures that are specially designed for the teachers who teach a foreign language in inclusive classrooms in which DHH students attend. Obviously, there are many more similar specialized teaching techniques and strategies, but it would be impossible to enumerate and describe them all here. Such methods and strategies are claimed to be effective and more engaging due to the fact that they are modified and adjusted to current abilities of DHH learners. Thus, such learners not only can participate in a lesson more actively but also, they are more eager to initiate interactive language contacts with other inclusive classroom students.

## **Literature review**

It is widely known that a teacher establishes certain relationship with her students. Such relation is important to maintain a balance in a classroom and facilitate the process of learning and communication. According to Janicka

(2016), in inclusive setting such relations between teachers and students are the most significant. That is why teachers' attitudes and various competencies are recognized to be extremely important; the teacher should be a good listener and observed but also reveal plenty of patience and open-mindedness. Also, the teacher should master the ability of communication and interaction in order to establish a beneficial relationship with the students. Al-Khamisy (2015) claims that it is possible to distinguish crucial inclusive classroom teacher's competencies, indicating that such a person should be communicative, cognitively-minded and interactional. The mentioned competencies are mainly based on the teacher's theoretical knowledge and practice; additionally, an inclusive classroom teacher should also possess specific pedagogical and psychological knowledge and skills. When it comes to deaf and hard-of-hearing students, such inclusive classroom teacher should also be equipped with certain amount of surdo-glottodidactics. Similar conclusions can be found in a paper by Domagała-Zyśk (2015); it is possible to say that an inclusive classroom teacher has to be aware of her behaviours and attitudes because these incredibly influence a DHH student. Moreover, most of FL inclusive classroom teachers ought to educate themselves not only in their discipline, but also in the field of deafness and hearing impairments when teaching a foreign language to such students.

Another significant issue an English teacher should remember is the classroom management. It is of extreme importance to be well-organized when teaching English to DHH students because appropriate or inappropriate light or seating of both hearing and DHH students can have either positive or negative effect on the level of involvement of both groups of students during a lesson. That is why a language teacher has to be aware of her potential impact on both groups of students attending an inclusive classroom. According to Guardino & Antia (2012) such a teacher should re-organise the classroom setting to make it appropriate for either group and individual work to be performed during a lesson. Inappropriate classroom setting might lead to behaviour problems and chaos, as well as many problems with students' engagement during a lesson. Unfortunately, there is no one ideal instruction that can tell a teacher how to provide optimal classroom setting for DHH students. However, Guardino & Antia (2012) claim that teachers tend to arrange the class setting in the shape of a horseshoe or circle due to the fact that such arrangement allows DHH students to see other students while communicating and interacting.

Another issue which concerns effective and beneficial classroom management is the lightning. Due to the fact that many DHH students rely on visual interpretation, it is extremely important to provide appropriate lightning. The inappropriate one may contribute to various visual distractions and decrease students' attention Guardino & Antia (2012) also add that an inclusive classroom teacher has to remember about the noise and the general amount of acoustics which are also important features of classroom management.



Background noises are often the cause of distraction and concentration loss for inclusive classroom students. Apart from that, Guardino & Antia (2012) rightly remark that various noises can be a potential threat to DHH students who try to understand spoken language. Thus, in order to eliminate any potential noises a teacher might put sound-absorbent material in a classroom or reorganise setting so that DHH students would not be close to a source of noises. One more feature that seems significant while focusing on classroom management are the position of teachers' desk and a certain layout of materials. Domagała-Zyśk (2015) observes that a teacher who is rather passive than active has often problems with her students' engagement and concentration. To improve the students' involvement such teachers should remain active, being engaged with their students, able to discuss the topics and/or cooperate with them. According to Guardino & Antia (2012), such lessons will be beneficial for both the pupils and their teacher. When it comes to lesson design it is important to organise somehow the presentation of the planned lesson materials so as to avoid visual distraction among DHH students. Guardino & Antia (2012) think that properly organised classrooms provide far more beneficial environment for students and cause less disruptive behaviour. All things considered; these issues may seem insignificant for hearing learners but when it comes to DHH students they may make a great difference. When teaching a foreign language SPE (special education needs) students, small changes and properly designed adaptation occur as a great chance to improve their skills. That is why a FL teacher cannot forget about classroom management and specific ways how to organise it in the best way to meet DHH students' expectations.

A further crucial issue that a FL teacher should remember about is a necessity to diagnose a DHH student so as to produce a picture of their strong and weak sides. Such a diagnosis should influence further modification and/or adaptation of the core curriculum presented in the inclusive classrooms. Janicka (2016) observes that a diagnosis is a kind of an umbrella term because it covers many various issues, such as: checking whether there are some linguistic aspects that can be practiced and improved (this can be done with appropriately designed tests); or familiarising with a specific student's linguistic abilities (for example, whether a student is able to speak or hear at least some noises, or whether s/he can learn with the help of hearing aids). Such tests are important for a teacher because the results often demonstrate which linguistic aspects are worth developing and improving. Moreover, thanks to such an analysis of DHH students' abilities, it is possible not only to improve the skills related to a foreign language but also some mother tongue skills and/or speech. What is more, it is known that many DHH students possess a higher level of motivation and self-confidence to learn English or some other foreign language. After such a linguistic diagnosis, a teacher becomes aware of a given DHH student's abilities and weaknesses. Jopek-Bizoń (n.d.) remarks that in that way a FL teacher is able to modify and

adapt these elements of lessons that might be difficult to be overcome by DHH students; moreover, it is much easier for her to design and create an Individualized Program of Education and Therapy (IPET) for such learners. According to *Nature and use of curriculum in special education* (n.d., para. 1) it is possible to depict IPET as a process that every teacher perceives differently:

Many special educators feel that it is a documentation of the curriculum for students with disabilities and use the goals and objectives from the plan as the primary source when programming for these students. Thus, each student's curriculum is developed based on his or her needs as recorded on the document. Other educators see the IEP as more of a reference point in the context of a standard curriculum. They feel the primary function of the plan is to document recommendations for curricular accommodations and modifications.

No matter which attitude towards an IPET a teacher has, it is significant to notice that both attitudes concern the idea of making necessary modifications and adaptations according to a DHH learner's needs. It is worth emphasizing the importance of an IPET and all further task modification, which can help a DHH student cooperate and participate actively in English lessons despite the existing level of disabilities. That is why FL teachers who work with DHH students should be both aware and trained when it comes to construing an IPET and the necessary modifications of lesson tasks.

In order to organise and provide beneficial inclusive environment for DHH students (as well as other learners with special educational needs) it is significant to keep both the teaching staff as well as future teachers educated. It is crucial to make teachers aware of potential difficulties, the need of modification and adaptation of the curricula and the characteristics of a specific disability – in this case hearing impairments. Nowadays more SEN (special educational needs) learners attend mainstream schools, so the teachers should be able to apply appropriate teaching methods and techniques to create appropriate language education in an inclusive classroom. It should be remembered that the attitude, behaviour and teaching strategies exert an enormous impact on DHH students. On the one hand, they can motivate DHH pupils to learn a foreign language; on the other hand, however, such teachers can also become one of main sources of stress and demotivation of SEN students. That is why Jopek-Bizoń (n.d., p. 99) proposes that a would-be teacher of English “should have special [...] training during which they have to obligatorily work with DHH (or other SEN) pupils with special educational needs”. In that way English teachers would not only gain theoretical knowledge but also necessary experience. Above all, both future and contemporary FL teachers have to remember about potential DHH students' difficulties and promote the idea of acceptance and cooperation among such learners.

## **Research design**

The main aim of the research was to investigate which methods and strategies are most frequently used during classes with the DHH students and which ones have a major influence on the students' results. Also, the research should provide information about the level of the DHH teachers' awareness and their knowledge how to deal with the DHH students. Thus, two hypotheses and two research questions were created on the basis of theoretical background.

The first research question examines the specific methods and techniques that mainstream teachers should be aware of and the way such procedures can improve the effectiveness of the whole FL educational process. It is hypothesized that there are such specific methods that can enhance the DHH-related education and integrate DHH students; subsequently, it is believed that these methods can be applied in inclusive classrooms where both DHH students and hearing students attend.

The second research question aims to find out whether mainstream English teachers are aware of the special needs DHH students may have, as well as a necessity of facilitating some of the language tasks. At this moment, it is hypothesized that mainstream teachers are not fully aware of a DHH student specific characteristics and abilities. Therefore, these teachers might often ignore DHH students' needs and apply inappropriate and ineffective teaching methods.

### *Sampling procedures*

The first main purpose of the research is to discover certain teaching methods and techniques applied by the teachers while teaching English to deaf and hard-of-hearing students. The second main purpose of the study is to measure the level of the teachers' awareness of the DHH students' various special needs. For this purpose, the study uses a questionnaire for deaf and hard-of-hearing learners' teachers. Moreover, the case study is used to analyse a DHH student functioning, what could help discover certain teaching strategies that will improve learning English by such students.

In order to gather the necessary data a special questionnaire designed by us was applied. The survey was dedicated to the FL teachers who work with DHH students; whereas the case study was performed during private classes of English delivered to a boy with a diagnosis of the APD (Auditory Processing Disorder). The questionnaire was distributed to the teachers online, via social portals and emails. The case study lasted approximately one month during which specific teaching procedures were used. The results of the survey should indicate if the teachers are aware of various special needs DHH students may have and help find out the most popular teaching methods selected by the survey respondents.

*Research instruments*

The research tools which are used in order to collect the data are the questionnaire for DHH students' teachers and the case study.

The questionnaire for teachers consists of 15 questions. The first question concerns the teachers' gender, the second one considers the participants' age and the third one focuses on the teachers' experience. The fourth question aim is to check whether mainstream teachers consider themselves as inclusive teachers. The fifth question aim is to examine whether the teachers are aware of characteristics and the existence of special needs when it comes to teaching DHH students. The sixth question aim is to find out what is the teachers' opinion about teaching the deaf and hard-of-hearing students together with the hearing learners. The seventh question aim is to discover whether the teachers encourage the hearing students to cooperate with the DHH students. The next question concerns the issue of providing information about deafness and various hearing aids to the whole class. It might be an important question because the knowledge about deafness may minimize the differences and the level of curiosity among the students.

The ninth question should provide information whereas the lead teachers tend to cooperate with support teachers. The following question concerns the issue of adaptation of the curriculum to special needs of a given DHH learner. A teacher has to choose appropriate answer and there is extra space, if s/he wants to add some information. When it comes to the eleventh question it might provide information on the teachers' opinion connected with the issue of mastering speaking and listening skills by a DHH learner. A teacher should choose one answer and provide some further explanation. The twelfth question examines what methods the teachers use in order to practice speaking and listening skills. In this question the teachers may choose more than one option and add their own ideas. The next question is connected with the frequency of practice that refers to a certain skill. The teachers should provide information on how often they practice a specific skill. The fourteenth question examines specific teaching methods and techniques which are used during lessons with the DHH learners. The teachers may choose more than one answer and they can provide their own ideas. The last question concerns the issue of the effectiveness of a specific teaching method. The teachers are asked to state which method or technique is the most effective one in their opinion.

The case study involves two tests and a certain period of teaching by means of interactive and authentic materials. Both tests will be designed to measure the level of listening comprehension and vocabulary knowledge. The first test (a pre-test) will be performed before the introduction of specific teaching methods. After a period of approximately one month the second test (a post-test) will be conducted. The outcomes of the post-test should present the effectiveness of the applied teaching methods. The whole research will be conducted in the form

of active research where the subject of the study will be informed about the progress and given proper feedback.

#### *Data analysis procedures*

The case study began with the pre-test which was designed in order to measure the level of mastering certain skills and content. The test measured the listening comprehension skill and the knowledge of a certain set of vocabulary connected with a specific topic. The aim of the pre-test was to check whether the student had already possessed certain skills and knowledge and the current level of his proficiency. After the pre-test, a new method of teaching was applied. The new method is connected with the usage of various visual aids and the usage of captions when it comes to watching videos. Also, the usage of tapescripts was applied. When it comes to watching various videos concerning themes like: nature, science, food or family, not only the usage of captions was applied. Also, the author of the research started to introduce certain vocabulary and phrases that may appear in the video. This pre-listening activity was conducted in the form of discussion, brainstorm and by the use of flashcards and an interactive games and dictionary. This research was conducted in an active manner. It means that during the research, the subject of the study was motivated by the tutor and given appropriate feedback after every lesson, no matter if there was some issue that should be improved or not. After a given period of time – approximately one month of work, the post-test was conducted. The post-test was also constructed in order to measure the level of proficiency of listening skill and the level of knowledge of vocabulary. After the post-test results of both tests were compared and examined. The results of the comparison should show whether there is a progress in understanding and remembering certain content. Also, the outcomes should indicate if proposed specific teaching methods were more effective than the traditional techniques.

The questionnaire for DHH students' teachers is conducted mostly on-line via social portals and e-mail. The survey consists of 15 questions. Among these questions there are multiple choice questions and questions where only one answer is needed. Also, there are a few questions where the teachers have to provide their own ideas. The data is collected in a period of two months. After that the results are gathered and examined.

The gathered results of the study should imply what specific teaching methods are the most effective and have a major influence on the pupils' results while teaching English to the DHH students. What is more, the study might show how is the mainstream teachers' attitude towards the DHH students and how they incorporate pupils with hearing impairments to whole class activities.

#### *Research results*

When it comes to the specific methods and techniques many mainstream teachers use during their lessons, we wanted to know which method or technique is the

most frequent in use when it comes to teaching English to DHH learners. That is why in this particular question the teachers could choose more than one answer. According to the results (Table 1) the most frequently used teaching procedure is the use of flashcards and other visual aids (44 participants). The result is not extraordinary as the majority of DHH students usually rely on their eyesight. That is why, many visual aids tend to help DHH students understand, memorise and revise vocabulary or grammar structures. What is more, the poll results indicate that such methods as the usage of interactive games, the whiteboard-focusing multimedia presentations, group work, various discussions and brainstorms are also widely used by the teachers. The applied methods can either attract the learners' eyesight or push the students (DHH students included) to begin more active cooperation. The results indicate that the most infrequently used procedure is experimental learning. It is due to the fact that the elements of experimental learning are rarely implemented in the school approved curriculum. The teachers have to achieve all the goals and aims that are provided by the curriculum and simply there is just not enough time to apply such experimental learning elements. Such elements can be understood as various trips or lessons outside the school building. The principal

**Table 1.** Teaching methods and techniques

		<b>Count</b>
Teaching methods and techniques	Flashcards or other visual aids	44
	Reading aloud	23
	Interactive games and usage of an interactive white board	37
	Summarizing	9
	Group work	34
	Oral interpretation	21
	Usage of tapescripts	24
	Discussions, brainstorms	34
	Repetition drills	7
	Flipped learning strategies	8
	Cued Speech method	6
	Multimedia presentation	36
	Elements of experimental learning	1
	Memorising	14
Keywords strategy	14	

Source: own elaboration.

aim of experimental learning is to learn from experience. So that is even better for the DHH students if they can smell, touch or taste something. An activity that introduces the involvement of senses in the process of education (FL education included) allows DHH students to learn more effectively and tend to remember things easier. That is why it seems to be a misunderstanding that the majority of the mainstream teachers do not apply such a procedure during their lessons.

Moreover, we examined the mainstream teachers' opinions on the teaching methods and techniques that are deemed to be the most effective when working with DHH students. This question is an open one, so we gathered and assigned certain categories to the answers. The results are presented in Table 2. All answers were examined but we decided to choose five categories most often indicated in the teachers' answers. The first category indicated by the majority of the teachers (72%) concerns the usage of various visual aids like flashcards or subtitles. The respondents underline that they consider the usage of various visuals as the most effective teaching method to DHH students. It is not a surprise that the major part of the participants considers visual aids as one of the most effective techniques as most of DHH students often rely on their sight instead of hearing. So, it is crucial to support such a learner with visual stimulation in order to facilitate the process of learning and prevent misunderstandings.

**Table 2.** Main topics of the teachers' answers

Main idea	Frequency (%)
Various visual aids (i.e., flashcards, subtitles)	72
Group work, cooperation	24
Interactive games and new technologies	51
Adaptation of materials and tasks	18
Recognize DHH students' abilities	16

Source: own elaboration.

The second most frequently used method was the usage of interactive games and new technologies. 51% of the participants indicate that they consider such interactive methods as highly effective. This is where we have to agree with this indication as we have also observed the beneficial influence of such tasks on the case study subject. While using interactive materials or tasks not only visual stimulation is provided but also collaboration and cooperation. Due to the Internet connection, it is possible to engage students in international projects like e-Twinning. Such a project enables students to cooperate and collaborate with students from other countries. So, in that way, students may experience other culture, customs and traditions.

The third most frequent topic was the cooperation between students. 24% of the teachers indicated such exercises, like group work, role plays, discussions

and brainstorms as the most effective form of teaching English to DHH learners. This appears to be a significant teaching method when it comes to inclusive classroom environment. The last two groups of the teachers indicate adaptation of tasks and materials (18%) and recognition of DHH students' abilities (16%) as highly effective in case of interactive teaching. Mentioned strategies are also important when teaching to DHH learners because a mainstream teacher has to become acquainted with a specific DHH student's strengths and weaknesses. Only in that way the teacher is able to adapt and modify the tasks which is an obligatory issue to cover when teaching in an inclusive classroom.

We also measured the level of the teachers' awareness of DHH students' special needs. It is a significant question which aim is to measure the level of the teachers' knowledge about the DHH students' needs. The results are presented in Table 3.

**Table 3.** Teachers' awareness of DHH students' special needs

	<i>N</i>	%
No	8	16.0
Maybe	15	30.0
Yes	27	54.0

Source: own elaboration.

According to the results, 54% of the participants claim that they are aware of DHH students' characteristics and their special needs. At the same time, 16% of the teachers admit that they are not fully aware of DHH students' special needs whereas up to 30% of the teachers choose the answer "Maybe". It seems significant that although over a half of the participants admit that they are aware of DHH students' special needs still there are up to 46% of the teachers that are not fully aware of what such students might need when in a language classroom. It may be assumed that quite many of the researched teachers are either not ready to accept the DHH learners' characteristics or even not prepared to work with such students. We also wanted to examine possible statistic relations that might occur between the teachers' awareness and specific teaching methods that are applied during English lessons. The research indicated some significant findings. It occurred that three teaching procedures are depended on the level of the teachers' awareness, i.e., the usage of Cued Speech ( $r = 0.307$ ), repetition drills ( $r = 0.438$ ) and the usage of memorising strategies ( $r = 0.423$ ). It can be concluded that these teachers who are aware of DHH students' special needs tend to choose the procedures indicated above more often when teaching English to deaf and hard-of-hearing learners.



## **Discussion and conclusions**

The research results indicated several significant issues connected with teaching English to DHH learners. According to our research results, the majority of mainstream English teachers (72%) indicated that the most effective FL teaching procedure is the usage of various visual aids. Such visual aids might include: flashcards (both traditional and interactive), subtitles, videos and various games and mazes. It is not unusual that the teachers indicate that visual based materials are the most effective. Due to the DHH students' hearing impairments, such learners often rely on their eyesight. Nowadays students are surrounded with new technology so it may be beneficial for them to implement such technologies during English learning lessons. Additionally, we implemented video watching, quizzes, interactive board games, mazes and memory games as well as using interactive worksheets instead of paper ones. According to the case study results, such tasks that involve new technology are more engaging and effective. The subject of the case study admitted that he was not bored and he easier memorised certain vocabulary items. We also enjoyed using new technologies during our lessons due to the opportunity to prepare interesting and engaging tasks. Concluding, there are many specific methods and techniques which facilitate the process of teaching English to DHH students. The teachers ought to know their students better and be ready to discover what methods and techniques are suitable for them.

The research results indicate that it is necessary to raise the teachers' awareness of the DHH students' features and special needs. The teacher has to be aware of a given student's needs in order to adapt and/or modify certain tasks to make them suitable for DHH students. Additionally, the research indicates that the level of awareness has an impact on some teaching techniques. It is obvious that a teacher who is more aware of DHH students' special needs would not only be able to care more about the students' expectations but also make sure whether the materials or tasks prepared by her remain comprehensible for such students. In addition, such teachers have to remember about the medical diagnosis of a DHH student (indicating the level of his/her impairment) and the suggested forms of class adaptation, directly influencing core-curriculum material modification. In that way, the teacher is helped becomes familiar with the DHH student's needs, weaknesses and strengths and that knowledge enable her to adapt and modify tasks.

Taking into consideration overall results it is possible to conclude the mainstream teachers have to remember about the tasks' modification and adaptation as well as implementation of proper teaching methods. A mainstream teacher has to choose a method that will suit both DHH students and their hearing peers. That is why teachers should modify and adapt certain tasks that are suitable for hearing pupils but might occur difficult for DHH learners, so that DHH students

are able to actively participate in every task without any major problems that might occur difficult to deal with. Also, thanks to earlier modification and adaptation, DHH students are more engaged during a lesson and more willing to cooperate with other students, as they are able to understand a task and provide some possible solutions. Moreover, the teachers should be aware of the existence of various specific teaching methods, strategies and techniques that are designed for DHH students and that enhance the processes of FL teaching and learning. Certainly, it is not possible to state that every DHH student has the same needs but the teacher has to become familiar with a given student and then try to choose appropriate and subjectively beneficial teaching procedures. Surely, teaching English to DHH students is not an easy task; this is why, the educational success of such learners partly depends on the teachers' attitudes, their educational skill and the correct choice of the teaching techniques.

Although teaching English to deaf and hard-of-hearing students is a demanding task and requires a lot of effort from a teacher, it is still achievable to become a successful and effective teacher. The educators have to be aware of several principles that enable them to discover how to succeed at teaching English to DHH students. It is significant to remember about the necessity of adaptation (and further modification) of the tasks in order to enable DHH students to participate in a lesson. What is more, an effective teacher has to be aware of DHH students' special needs, as well as their individual strengths and weaknesses. It is crucial to find out the DHH students' preferences and modes of learning due to the fact that such knowledge may help establish what teaching method to apply during a lesson. All these issues function as important keys when working with deaf and hard-of-hearing students.

## References

- Al-Khamisy, D. (2015). System kształcenia nauczycieli jako generator inkluzji edukacyjnej. In A. Bałandynowicz, L. Pytka & T. Zacharuk (eds.), *Edukacja inkluzyjna. Konteksty indywidualistyczne, wspólnotowe i transpersonalne* (pp. 13–27). Siedlce: Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humnistycznego.
- Domagała-Zyśk, E. (2013). *Wielojęzyczni. Studenci niesłyszący i słabosłyszący w procesie uczenia się i nauczania języków obcych*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Domagała-Zyśk, E. (2015). Teaching English as a second language to deaf and hard of hearing students. In M. Marschark & P.E. Spencer (eds.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies in Language* (pp. 231–244). New York: Oxford University Press.
- Domagała-Zyśk, E. (2019). *Teaching deaf and hard of hearing students English as a foreign language in inclusive and integrated primary schools in Poland*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.
- Guardino, C., & Antia, S.D. (2012). Modifying classroom environment to increase engagement and decrease disruption with students who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(4), 518–533. <https://doi.org/10.1093/deafed/ens026>
- Isaacson, S. (1996). Simple ways to assess deaf or hard-of-hearing student' writing skills. *Volta Review*, 98(1), 183–199.

- Janicka, M. (2016). Nauczyciele języków obcych wobec różnorodności w klasie językowej oraz wyzwań dydaktyki włączającej. *Języki Obce w Szkole*, 4, 39–46.
- Jopek-Bizoń, M. (n.d.). *English language teachers on the stage of school reality in the context of the integrated education*. Bielsko-Biała: Akademia Techniczno-Humanistyczna.
- Nature and use of curriculum in special education (n.d.). *The Free Library*. (2014). <https://www.thefreelibrary.com/Nature+and+use+of+curriculum+in+special+education.-a0146219151>
- Yoshinaga-Itano, C., & Downey, D.M. (1996). The psychoeducational characteristics of school-aged students in Colorado with educationally-significant hearing losses. *The Volta Review*, 87, 63–96.

## ENGLISH TEACHERS' AWARENESS AND THE SELECTED METHODS WHEN TEACHING FOREIGN LANGUAGE TO DEAF AND HARD-OF-HEARING (DHH) LEARNERS

### *Abstract*

Teaching English to deaf and hard-of-hearing learners often occurs as demanding and challenging task for the teachers. It is known that deaf and hard-of-hearing (DHH) learners differ from hearing pupils and need introducing various specific teaching strategies, methods and techniques in order to facilitate both learning and teaching and make such processes more effective. Moreover, the teachers must be prepared to teach such students and be aware of their strengths and weaknesses. That is why the paper focuses on the mainstream English teachers' awareness of the DHH learners' specific educational needs and discover the specific teaching methods when teaching English to deaf and hard-of-hearing students.

*Keywords:* deaf and hard-of-hearing students, awareness, special education, hearing impairment, mainstream teachers, teaching English, SEN learners, special educational needs, specific teaching methods

## ŚWIADOMOŚĆ NAUCZYCIELI JĘZYKA ANGIELSKIEGO ORAZ WYBRANE METODY NAUCZANIA JĘZYKA OBCEGO OSÓB NIESŁYSZĄCYCH I SŁABOSŁYSZĄCYCH

### *Abstrakt*

Nauczanie języka angielskiego uczniów niesłyszących i słabosłyszących często jest dla nauczycieli wymagającym i trudnym zadaniem. Wiadomo, że osoby słabosłyszące i niedosłyszące (DHH) różnią się od uczniów słyszących i wymagają wprowadzenia różnych specyficznych strategii, metod i technik nauczania, aby ułatwić zarówno uczenie się, jak i nauczanie oraz uczynić te procesy bardziej efektywnymi. Ponadto nauczyciele muszą być przygotowani do nauczania takich uczniów i mieć świadomość ich mocnych i słabych stron. Dlatego artykuł skupia się na świadomości nauczycieli języka angielskiego odpowiedzialnych za organizację i przeprowadzenie zajęć lekcyjnych (nauczycieli głównego nurtu) w zakresie specyficznych potrzeb edukacyjnych uczniów DHH i odkrywaniu konkretnych metod nauczania podczas lekcji języka angielskiego w odniesieniu do uczniów niesłyszących i słabosłyszących.

*Słowa kluczowe:* uczniowie niesłyszący i słabosłyszący, świadomość, edukacja specjalna, upośledzenie słuchu, nauka języka angielskiego, uczniowie z SPE, specjalne potrzeby edukacyjne, specyficzne metody nauczania



HANNA ŻURAW\*

## **HOMELESSNESS AND DISABILITY IN THE EXPERIENCE OF WOMEN**

### **Introduction**

In times of an intensified existential risk, and it happens we live in these times the weak might experience problems resulting from the years of not talking about the matters such as violence, poverty, learned helplessness, addictions, and homelessness. Women are the group generating the mentioned problems. This study presents, in the form of an overview, the state of research on female homelessness. It describes the mentioned group, including reasons, types, and consequences of homelessness. Attention is paid to negative stereotypes that increase the suffering of women who are lonely and ill, women who must care for their children. The society perceive a homeless woman as an alcoholic punished her immoral life with homelessness. The truth is different. Homelessness of women has its own causes, including: violence, intellectual disability, mental illness, solitude, and lack of formal education. Prolonged homelessness produces helplessness, a passiveness that makes it difficult to leave the state of homelessness. Apart from the aforementioned. The situation is additionally complicated by deficiencies in the organization of support for women. However, women more often abandon homelessness; they are homeless for a much shorter period. To counteract the suffering of this group, the following measures should be implemented:

- support institutions in local communities;
- specialist services for different categories of homeless women: e.g., mothers with children or disabled women;

---

\* Hanna Żuraw (<https://orcid.org/0000-0001-8184-5205>); University of Natural Sciences and Humanities in Siedlce; Konarskiego 2, 08-110 Siedlce; e-mail: [hannazuraw@uph.edu.pl](mailto:hannazuraw@uph.edu.pl)

- a coherent system of social services allowing to find the indispensable housing, employment, and treatment as fast as possible, without years of waiting for a diagnosis.

### **The specificity of female homelessness**

As a social problem, homelessness in Poland came to light approximately 20 years ago, after the Constitution was changed. Previously this problem had been a taboo. At first, the problem mainly referred to single men; however, over time single women, mothers with children, and children joined the group of the homeless.

The stereotypical homeless woman is dirty, a drunk, a beggar, and of course, she is to be blamed to become homeless. This is how the homeless women are perceived by most of the society. It is easy to assume that losing home is just a punishment for a bad, unworthy life. The truth is often different, homelessness can affect anyone because of some unforeseen and unfavourable course of events (Dębski, 2007).

The homelessness of women seems to be specific. Still the number of men in the group of homeless is predominant. Different sources give different data, but generally, it is estimated that 60%–90% of the homeless are men and 10%–40% are women. Usually, they are single women (e.g., Tarkowska, 2000, 2008). Most of them aged 31–50 (41.3% of the surveyed individuals). Many women were between 19 and 30 years old, (34%) followed by a group of women above 60 (11.3%) and aged 51–60 (11.5%), minor girls (single mothers under the age of 18) – 1.9% of the population (Pisarska, 1993). The average level of education is lower than of the entire population.

Women, especially those who used to have a home, have more difficulties coping with homelessness and functioning in a group. They are accustomed to other social roles – they have the need to create a home, to be a housewife. They suffer different forms of violence, stay in toxic relationships, and sometimes spend years in dependency more often than men. Prolonged homelessness produces a kind of helplessness, a passiveness that makes it difficult to leave their life situation. They remain homeless for a much shorter time than men, and more often, they resume a normal life. Many homeless women become homeless due to their unfortunate life experiences, including lack of resourcefulness, resulting in the incompetence of planning their life, despite graduating from a regular school, the lack of a medical diagnosis a disability, or the lack of both physical and mental disorders. Another weakness is the incompetence of finding oneself in the labour market, coping with work, a kind of practical helplessness, passiveness, and the need for continuous help in making everyday choices. It can result from staying in a “helping out” protective institution. It is often accompanied by a minimal formal education, a intellectual disability,

or being at the border of an intellectual disability; the lack of experience of living outside social assistance institutions; being accustomed to being a ward; lack of earnings, documents, and insurance. Orphanages pupils in their adult life return to social assistance residential care facilities even after many years, aged very differently: the child goes for adoption – the mother goes to a shelter (Pisarska, 2012, 2014).

The fate of homeless women is often single motherhood devoid of support from the father. Simultaneously, women, even ill ones, fight for their children, custody, and preserving relations. Women often ask not to tell anyone that they are in a shelter. They act so because they are ashamed of their homelessness which threatens the stereotype of the woman as a home associated creature. They express themselves about the fact of being homeless in a different way. Women more often find shelter; men go to a social assistance residential care facility. There are fewer assistance options, fewer shelters and fewer specialist programs such as “Otwarte Drzwi”, “Patronat”, and “Druga Szansa”.

### **Illness and disability**

An illness or a disability is often the reason for women becoming homeless. Studies show that women, twice as often as men, suffer from depression and protracted anxiety. Often the illness remains undetected for many years. For example, a woman is, passive because of the illness, and by society, is perceived as lazy (Retowski, Dębska-Cenian, 2008).

Among homeless women, there are many mentally ill who live (which is typical for people with mental illness) without being aware of it. There is a specific group that suffers from emotional disorders, it includes usually young girls who harm and poison themselves, are violent, have inadequate reactions in a given situation, and cannot function within a group. Except for violent individuals, they are passive, dependent, and escapist. Sometimes they refuse treatments. Others are living on the verge and experience all kinds of pathologies of the healthcare system as prolonged.

The tragic nature of their situation deepens because of the lack of perspectives – there are individuals too healthy to live in a residential care facility who, at the same time, are too ill to live on their own (Olech, 2008; Retowski, Dębska-Cenian, 2008; Tarkowska, 2008).

There is a group with a mild intellectual disability. They are physically able and willing to be active and work. Their situation is threatened as they are influenced by and follow in a gullible way suggestions of persons who want to take advantage of them. They have no income. Sometimes they receive some minimal earnings a Social Security pension partly seized by a bailiff. Among the homeless there are women with acquired physical dysfunction that prevents them from renting a flat or paying the bills. Sometimes they need constant help.

The situation is additionally made worse by the process of ageing. Women aged 45–60 have slim chances of finding and keeping employment because of poorer health, lesser vitality, and lack of knowledge of new technologies. They cannot compete with younger women. They work for the lowest rates. Elder women need to be taken care of, but they do not get any care as they have no caregiver. The family does not want to provide it, or there is no family. They are evicted and start to live on the street, suffering from numerous illnesses, often stunned and lost, with memory and cognitive function losses.

Among the homeless, there are individuals condemned to alcoholism or drug addiction. Due to the mentioned addictions, the women's mental and physical health deteriorate faster than in the case of men. They experience a stronger social rejection due to a lesser social consent towards the consumption of alcohol by women. They keep on suffering from their problems and are not eager to start a treatment. They deny the harm produced by the addiction. They need alcohol or drugs (Olech, Ługowski, 2006).

A specific group among the disabled for social reasons are pregnant women and mothers with children between 0 and 18 years old, with one or up to seven children. Reasons for their homelessness include family conflicts, helplessness, mothers' immaturity, young age, lack of help, fortuitous events, and abandoning prostitution. Other reasons are their life partners, parents, and adult children. There is no relation between violence and intelligence, economic status, both on the side of the perpetrator and the victims.

The situation of the homeless, often disabled women, is additionally complicated by:

- inadequate prevention and help in the local community: too little support provided in the social environment. Women under challenging circumstances, victims of violence, single mothers, persons with debts suffering from physical and mental illnesses often would not have had to end up in shelters if they had received suitable support in their place of residence;
- lack of a disintegrated system of help for women in crisis and mothers with children;
- lack of a full, active, and widespread information on the system of help for women;
- incapability of the existing system – the system does not guarantee places for all those in need; many women in crisis do not receive help for various reasons, like lack of sites, an inadequate age of the child, lack of documents, registration in another province, lack of earnings, the wrong kind of violence;
- too few places in single mothers' house and a short period of stay;
- the period of stay is inadequate for the time necessary to organise the person's affairs and gain independence. According to the Minister of Social Policy ordinance, the time of staying in such a centre can be no longer than a year. The time necessary to obtain documents, get a divorce, ensure a source of income,



and social housing can take several years. There are considerable difficulties in finding a place in nurseries and kindergartens;

- lack of a sufficient number of places for mothers in Warsaw – last winter, places were primarily found in the Silesian Voivodeship (which generated a problem of travel costs);
- lack of social assistance solutions for persons not fully independent, but at the same time not in need of around-the-clock care, for example, individuals with mental disorders, mental disabilities, and impaired social functioning. These persons will never be fully independent to manage in social housing, but they are capable enough not to qualify for a nursing home. With a permanent support and counselling, they would be able to live actively.

The lack of solutions guaranteeing housing and the possibility to learn to have an independent life, e.g. pupils of residential care facility, foster families, and individuals who spend much time at the institutions such as shelters, prisons. Individuals who lost or never acquired practical skills. During the period after leaving the orphanage and till obtaining asocial housing, there are several years of homelessness, accompanied by addictions, conflicts with the law, and prostitution. This results in unwanted pregnancy, single motherhood and repeating the pattern of the social mother–orphan. Girls seek support in incidentally met people; they begin to live as homeless wanderers together with other homeless, which teaches them the anomalous system of norms and behaviours.

- too few social housing in municipalities resources, extended waiting period, the heterogeneous admission policy, many individuals are not able to apply for social housing because of a wrong decision made in the past (often as the result of illnesses). Some city and municipal offices refuse to include on the waiting list people currently residing outside a given town, indicating that they should apply for a flat in their place of residence. At the same time, these persons receive a refusal from Warsaw social housing departments, with the justification that they belong to the place of their last residence registration and should receive help from there;
- lack of a sufficient number of places for seriously ill women, bedridden, in need of around-the-clock care. The waiting time for a place in a nursing facility is long, up to several months, and the shelters are not equipped properly to provide care for seriously ill and disabled persons. Only one social assistance residential care centre in Warsaw accepts chronically mentally ill persons – “Leśny” Residential Care Centre. It takes over ten years to be accepted to the centre;
- the reluctance of women to introducing changes. At the moment of passing from the planning stage to the implementation of an assistance plan, the shelter workers encounter different behaviours aimed at avoiding action. For a large group of residents, it is just a short-term place of stay. During their stay, the persons avoid doing any effort do not pay for their stay, and have a demanding attitude. Sometimes the women are rude and more determined to get financial and social assistance than men (Pisarska, 1993).

### **In place of conclusions**

Generally, it is known how to act to prevent the social exclusion of weak individuals; general instructions have been established, their message is:

- counteracting poverty and exclusion as a priority of the public policy;
- counteracting poverty and the exclusion not as areas of social assistance but as an integrated social policy;
- apprehension of expenses on social policy not as a cost, but a predevelopment investment;
- allocation of public resources to social security instead of seeking savings in the social sphere;
- allocation of more public resources on service and material benefits (benefits in kind);
- allocating more significant public resources to the policies whose beneficiaries will be children and families with children (Szarfenberg, 2006).

Among these activities, there should be actions reaching out toward the Polish tradition of rehabilitation, which are general, complex, initiated at an early stage and holistic. They express respect for human beings. They take real life into account. They answer the specific location and needs. They unite education with improvement and care. They go back to the vision of a coherent system of social services in the interest of supporting weak individuals without making them redundant (Hulek, 1993).

Described incidents underlined the announcement of the Resolution of the European Parliament on the situation of disabled women in the European Union on April 26, 2007 (2006/2277(INI)). The abovementioned document ascertained that disabled women were victims of various acts of discrimination (because of their biological and cultural sex, race, disability, and impairment) and that are more vulnerable to poverty and social exclusion. The resolution recommended:

- equal treatment of disabled women and mothers of disabled children is a fundamental human right, as well as an ethical duty;
- a need for a better display and an improvement of the media image of disabled women, which will allow wide social circles to get to know better their daily lives and give the women the possibility to speak up for themselves and participate in social and political life;
- acknowledgement of the fundamental rights of disabled women to their sexuality and the institution of a family.

The European Committee and Member States were called for the introduction of a legislation guaranteeing disabled women and men an independent life, at the same time acknowledging that this is their basic right that must be respected.

It was recommended that the Committee constructs accommodations within the society of disabled women in all EU and candidate countries, allowing the exchange of best practices, the spread of opportunities and strengthening of their position.

## References

- Dębski, M. (2007). Wizerunek osób bezdomnych w świadomości młodzieży akademickiej Trójmiasta. Próba szkicu socjologicznego. *Kompendium bezdomność a zdrowie*, „Pomost. Pismo Samopomocy”, Regionalne Centrum Informacji i Wspomagania Organizacji Pozarządowych, Gdańsk.
- Hulek, A. (ed.). (1993). *Edukacja osób niepełnosprawnych*. Warszawa: PWN.
- Olech, P. (2008). *Mieszkalnictwo i bezdomność. Raport dla Polski*. <http://www.feantsa.org/code/en/theme.asp?ID=39>
- Olech, P., & Ługowski, K. (2006). Problematyka zdrowia ludzi bezdomnych – perspektywa specjalistów pomocy społecznej i służby zdrowia. *Kompendium bezdomność a zdrowie*, „Pomost. Pismo Samopomocy”, Regionalne Centrum Informacji i Wspomagania Organizacji Pozarządowych, Gdańsk.
- Pisarska, M. (1993). Miejskie Schronisko dla Bezdomnych Kobiet. *Praca Socjalna*, 4.
- Pisarska, K. (2012). European Integration Studies in Political Science: The case of Poland. In F. Bindi & K.A. Eliassen (eds.), *Analyzing European Union Politics*. Bologna: Il Mulino.
- Pisarska, K. (2014). The role of domestic public engagement in the formulation and implementation of U.S. Government-sponsored Educational Exchanges: An insider's account. *Place Branding & Public Diplomacy*, 11, 5–17. <https://doi.org/10.1057/pb.2014.11>
- Retowski, S., & Dębska-Cenian, A. (2008). Bezpośrednie i pośrednie przyczyny bezdomności, w retrospektywnej ocenie osób bezdomnych – w poszukiwaniu konsekwencji psychologicznych. In M. Dębski & S. Retowski (ed.), *Psychospołeczny Profil Osób Bezdomnych w Trójmieście* (pp. 404–433). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Szarfenberg, R. (2006). Marginalizacja i wykluczenie społeczne – panorama językowo-teoretyczna. Warszawa: WN PWN.
- Tarkowska, E. (2000). *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*. Warszawa: IFIS PAN.
- Tarkowska, E. (2008). *Oblicza polskiej biedy*. <https://www.przeciw-ubostwu.rpo.gov.pl>

## HOMELESSNESS AND DISABILITY IN THE EXPERIENCE OF WOMEN

### Abstract

In times of an intensified existential risk, and it happens we live in these times the weak might experience problems resulting from the years of not talking about the matters such as violence, poverty, learned helplessness, addictions, and homelessness. Women are the group generating the mentioned problems. This study presents, in the form of an overview, the state of research on female homelessness. It describes the mentioned group, including reasons, types, and consequences of homelessness. Attention is paid to negative stereotypes that increase the suffering of women who are lonely and ill, women who must care for their children. The society perceive a homeless woman as an alcoholic punished her immoral life with homelessness. The truth is different. Homelessness of women has its own causes, including violence, intellectual disability, mental illness, solitude, and lack of formal education. Prolonged homelessness produces helplessness, a passiveness that makes it difficult to leave the state of homelessness. Apart from the afore mentioned, the situation is additionally complicated by deficiencies in the organization of support for women. However, women more often abandon homelessness; they are homeless for a much shorter period. To counteract the suffering of this group, the following measures should be implemented: support institutions in local communities; specialist services for different categories of homeless women: e.g., mothers with children or disabled women; a coherent system of social services allowing to find the indispensable housing, employment, and treatment as fast as possible, without years of waiting for a diagnosis.

*Keywords:* woman, disability, homelessness, support, social politics

## BEZDOMNOŚĆ I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W DOŚWIADCZENIU KOBIEC

*Abstrakt*

W czasach wzmożonego ryzyka egzystencjalnego, a w takich przyszło nam żyć, istoty słabe doświadczać mogą wszelkich problemów wynikających z latami przemilczanych spraw, takich jak przemoc, ubóstwo, wyuczona bezradność, uzależnienia i bezdomność. Kategorią generującą wymienione problemy są kobiety. W tym opracowaniu ukazano, w formie przeglądowej, stan badań dotyczących bezdomności kobiet. Zaprezentowano cechy tej grupy, przyczyny, formy i skutki braku domu. Zwrócono uwagę na niekorzystne stereotypy pogłębiające cierpienie samotnych i chorych, obarczonych dziećmi kobiet. W świadomości społecznej bezdomna kobieta jest alkoholiczką, dla której bezdomność jest karą za jej niemoralne życie. Prawda jest inna. Bezdomność kobiet ma swoje przyczyny. Są nimi przemoc, niepełnosprawność intelektualna, choroba psychiczna jak też samotność, brak wykształcenia. Długotrwała bezdomność rodzi bezradność, bierność, która dodatkowo utrudnia wyjście ze stanu bezdomności. Sytuację dodatkowo komplikują niedostatki w organizacji wsparcia dla kobiet. Jednak kobiety częściej wychodzą z bezdomności i pozostają w niej krócej. Dla ograniczenia rozmiarów cierpienia tej grupy zasadne jest rozwijanie: instytucji wsparcia na poziomie społeczności lokalnych; specjalistycznych usług dla poszczególnych kategorii bezdomnych kobiet, takich jak matki z dziećmi czy kobiety z niepełnosprawnością; spójnego systemu służb społecznych, który pozwalałby na znalezienie domu, zatrudnienia, podjęcie leczenia w sytuacji gdy jest ono niezbędne tak szybko jak to jest możliwe, bez lat oczekiwania na diagnozę.

*Słowa kluczowe:* kobieta, niepełnosprawność, bezdomność, wsparcie, polityka socjalna

Artykuł powstał w ramach projektu „Azymut – Samodzielność” realizowanego przez Województwo Zachodniopomorskie w partnerstwie z Województwem Wielkopolskim i Województwem Lubuskim oraz Stowarzyszeniem na Rzecz Osób z Autyzmem ProFUTURO dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 w ramach Działania 2.8.



Pomorze **Zachodnie**

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



MARIA ŁUSZCZYŃSKA\*

## **PODMIOTY POLITYKI SPOŁECZNEJ NA RZECZ ROZWOJU MIESZKALNICTWA WSPOMAGANEGO W POLSCE**

### **Wprowadzenie – deinstytucjonalizacja w polityce społecznej**

W poszukiwaniu sposobów diagnozowania i zaspokajania dynamicznie rozwijających się potrzeb określonych grup obywateli przedstawiciele szerokiej polityki społecznej – twórcy i realizatorzy – pilnie obserwują pojawiające się trendy w odpowiadaniu na potrzeby społeczne. W ramach działań krótko- i długookresowych władza publiczna (rządowa i samorządowa) wraz z podmiotami społecznymi poszukują możliwie najefektywniejszych pomysłów na rozwiązywanie problemów społecznych (Firlit-Fesnak, Szyłko-Skoczny, 2000). Jedną z takich potrzeb, która wychodzi na pierwszy plan w kontekście społecznego funkcjonowania jednostek jest potrzeba niezależności i jak najdłuższego pozostawania w środowisku lokalnym, otwartym, zamieszkania, nawet w sytuacji, w której pojawiają się ograniczenia w samodzielnym funkcjonowaniu. Radzenie sobie z nimi biorą na siebie najczęściej instytucje – opiekuńcze, edukacyjne, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, a także te wprost związane z prewencją

\* Maria Łuszczyńska (<https://orcid.org/0000-0003-4549-0130>); Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, ul. Bernardyńska 3, 31-069 Kraków; e-mail: maria.luszczyńska@upjp2.edu.pl

i zwalczaniem zjawisk dysfunkcyjnych i patologicznych. Wśród wspomnianych podmiotów można wymienić domy pomocy społecznej, szpitale, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, schroniska dla osób w kryzysie bezdomności, zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społecznej, zakłady karne, domy dziecka i inne placówki, w których przebywają osoby z różnych względów nieradzące sobie na tyle, żeby pozostać niezależnymi.

Jednocześnie instytucje publiczne, a także organizacje, na które delegowane są zadania z instytucji publicznych, przeżywają dziś kryzys, który roboczo można by określić mianem kryzysu instytucjonalnego. Z jednej strony, wynika on z zarzutów związanych ze sztywnym i formalnym funkcjonowaniem tych podmiotów nie tyle w trosce o człowieka, dla którego powstają i funkcjonują, ile dla własnych korzyści. Instytucje w tej krytyce stają się nastawione na swój dobrostan, bezpieczeństwo i tzw. porządek w dokumentach, co oznacza realizowanie celów pozornie, na potrzeby sprawozdań, kontroli i budowania swojego wizerunku, oraz wygodę pracy wewnątrz nich. W tym wszystkim zostaje zagubiona perspektywa człowieka, który korzysta z usług takiej sformalizowanej instytucji, perspektywa indywidualna, potrzeb, rozwoju i wpisanych w niego błędów. Z drugiej strony, w kryzysie instytucjonalnym podkreśla się wysokość kosztów utrzymania instytucji, uwzględniających m.in. kadre i infrastrukturę. Stąd w ostatnim czasie coraz więcej mówi się w dyskursie polityki społecznej o deinstytucjonalizacji, czyli pewnym procesie tworzenia i rozwoju rozmaitych form, instrumentów i usług społecznych, które byłyby realizowane poza istniejącymi instytucjami, zamiast nich lub przy znaczącym ich przeobrażeniu. Najważniejsze założenia deinstytucjonalizacji zostały określone w „Strategii rozwoju usług społecznych, polityka publiczna na lata 2021–2023” opracowanej przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. W czerwcu 2022 r. Rada Ministrów przyjęła dokument pod nazwą „Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” (Uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r.). Prace nad tym dokumentem rozpoczęły się dekadę temu, kiedy powstały Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności (<https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/ogolnoeuropejskie-wytyczne-dotyczace-przejscia-od-opieki-instytucjonalnej-do-opieki-swiadczonej-na-poziomie-lokalnych-spolecznosci/>). Jest on obecnie szeroko dyskutowany ze środowiskami podmiotów związanych z pomocą społeczną (przeważnie z tym sektorem polityki społecznej), a także wdrażane są projekty pilotażowe, w ramach których podejmowane są wysiłki rozwoju lokalnych sieci usług społecznych (zob. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, Dz.U. 2019 poz. 1818, a także projekt „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych” w ramach konkursu grantowego Ministerstwa Rodziny i Polityki społecznej realizowanego w ramach projektu „Opra-

cowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych”. Działanie 2.8 POWER).

Założeniem deinstytucjonalizacji jest maksymalne ograniczenie osadzenia instrumentów zaspokojenia potrzeb społecznych w instytucjach właśnie, a przeniesienie ich realizacji do środowiska lokalnego osoby wymagającej wsparcia w obliczu niesamodzielnosci. Ma się to przyczyniać do pokonywania trudnych sytuacji życiowych, dla których przezwyciężenia brakuje zasobów własnych człowieka i jego najbliższego otoczenia (rodziny, znajomych, środowiska lokalnego). Celem deinstytucjonalizacji jest z jednej strony utrzymanie osoby jak najdłużej w jej środowisku życia, z drugiej zaś obniżenie kosztów świadczonego jej wsparcia. O jakości procesu deinstytucjonalizacji będzie świadczyć różnorodność form wsparcia, stworzonych i dostępnych dla potrzebujących osób w ich własnym środowisku życia, w lokalnej społeczności.

### **Mieszkalnictwo wspomagane jako instrument deinstytucjonalizacji**

Jednym z rozwiązań sprzyjających trosce o potrzebę niezależności i autonomii osób zagrożonych marginalizacją i z tego powodu skazanych na korzystanie z instytucji jest usługa społeczna mieszkalnictwa wspomaganego (Olszewski, 2019). Jest ona świadczona w społeczności lokalnej w formie zapewnienia możliwości korzystania z mieszkania lub domu. Przebywające tam osoby, otoczone wsparciem w formie różnorodnych specjalistycznych usług (w zależności od pomysłowości i możliwości organu prowadzącego takie mieszkanie), przygotowywane są do prowadzenia samodzielnego życia lub korzystania ze wsparcia w samodzielności. Organem prowadzącym takie mieszkanie (lub dom) mogą być jednostki samorządu terytorialnego lub spółki kontrolowane przez takie jednostki, towarzystwa budownictwa społecznego (TBS), a także organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej (Magnuszewska-Otulak, 2011).

Szczególną formą mieszkalnictwa wspomaganego są mieszkania chronione, jedyna zdefiniowana i uregulowana w polskim systemie prawnym forma mieszkalnictwa wspomaganego (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych). Standardy usługi, lokalu, a także zakres i rodzaj świadczonego w mieszkaniach chronionych wsparcia reguluje wspomniane Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych. Pierwsze mieszkania chronione pojawiły się w Polsce w roku 1996 (Ustawa z dnia 6 grudnia 1996 r. o zmianie ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu oraz o zmianie niektórych ustaw). Podstawowym celem mieszkania chronionego jest zapewnienie warunków do samodzielnego życia w środowisku lokalnym, przy wsparciu specjalistów, w kontakcie ze środowiskiem lokalnym. Pobyt w takim mieszkaniu ma na celu: usamodzielnienie, readaptację, powrót do środowiska,



**Fot. 1.** Przykład mieszkania treningowego, Kołobrzeg. Fot. Alicja Stenzel.

godne samodzielne zamieszkiwanie, wsparcie i opiekę, rehabilitację społeczną, integrację ze środowiskiem, a w efekcie samorealizację (Górnicka, 2014, s. 80–84; Daniel, Skomra, Szuma, 2015, s. 72–74). Ustawodawca wyróżnił również rozmaite formy mieszkań chronionych, wśród których są mieszkania treningowe i wspierane (Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”).

Odbiorcami usług mieszkalnictwa chronionego są osoby, które nie wymagają całodobowej opieki i wsparcia, tylko doraźnej pomocy, dostosowywanej do indywidualnego profilu potrzeb. To wsparcie może być realizowane przy relatywnie niewielkiej liczbie godzin, gdyż jest przyznawane osobom, które znajdują się w na tyle trudnym położeniu, że potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ale ich stan zdrowia i kondycja psychospołeczna są na tyle dobre, że nie muszą korzystać z całodobowej instytucjonalnej pomocy.

Pobyt w mieszkaniu wspomaganim (niechronionym) jest przyznawany na podstawie umowy cywilnoprawnej, a w mieszkaniu chronionym na podstawie decyzji administracyjnej po zawarciu kontraktu socjalnego. Z mieszkań wspomaganych mogą korzystać wyłącznie osoby pełnoletnie.

W katalogu odbiorców mieszkalnictwa wspomagane (w tym chronionego) znajdują się m.in. następujące grupy i kategorie społeczne:



- cudzoziemcy, którzy uzyskali w Polsce status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
- imigranci będący w sytuacji kryzysowej;
- kobiety w ciąży i ich rodziny oraz rodziny wychowujące dziecko z niepełnoprawnością spełniające wymagania określone w programie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”;
- ofiary przemocy domowej;
- osoby bezdomne;
- osoby opuszczające zakłady karne realizujące program readaptacji społecznej;
- osoby starsze;
- osoby uzależnione;
- osoby z niepełnosprawnościami;
- osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- rodziny żyjące w niedostatku, w tym rodziny wielodzietne;
- wychowankowie innych placówek w procesie usamodzielnienia (np. specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, domy pomocy społecznej);
- wychowankowie pieczy zastępczej.

Wymieniony katalog może być poszerzony o osoby borykające się z innymi wyzwaniami rozwojowymi, muszą one jednak spełniać przesłanki ustawowe, takie jak wiek, poziom samodzielności (Mielczarek, 2016, s. 36–39).

Zgodnie z rozporządzeniami ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego z 2018 i 2021 r. (Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych, Dz.U. poz. 822; Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie mieszkań chronionych, Dz.U. 2021 poz. 2420) w jednym mieszkaniu chronionym nie może przebywać mniej niż trzech mieszkańców, a od 1 stycznia 2024 r. nie więcej niż siedem osób, minimalna powierzchnia użytkowa dla jednej osoby nie może być zaś mniejsza niż 12 metrów kwadratowych.

### **Mieszkalnictwo wspomagane w liczbach**

Jak wynika z Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej (2021) w roku 2010 w Polsce było 496 mieszkań chronionych, w których mieszkało 1948 osób, w roku 2015 było 660 mieszkań, w których przebywały 2593 osoby. Z kolei w roku 2019 liczba mieszkań chronionych zwiększyła się do 1106 i przebywało w nich 3568 osób, a ostatnie dane za rok 2020 wskazują na liczbę 1348 mieszkań chronionych, które zamieszkiwane były przez 3664 osoby (Rocznik..., 2021).

Dla porównania liczba domów pomocy społecznej w Polsce oraz liczba ich mieszkańców w tych samych latach wynosiła odpowiednio:

- 792 domy, 77 093 mieszkańców (2010);
- 783 domy, 78 154 mieszkańców (2015);
- 790 domy, 79 511 mieszkańców (2019);
- 826 domów, 75 133 mieszkańców (2020) (Sprawozdania resortu MRPiPS-05 za 2020 r.).

Z przedstawionych tu danych nie wynika, że występuje tendencja do zmniejszania się liczby instytucji. Widoczne jest jedynie to, że zmniejsza się średnia liczba mieszkańców w jednym domu pomocy społecznej (DPS), a nie w skali kraju. Jest to związane nie tyle z chęcią poprawy warunków życia, ile z rosnącymi kosztami utrzymania (w przeliczeniu na osobę) i niechęcią gmin do ich ponoszenia.

W przywołanych latach w jednym DPS zamieszkiwało średnio 97 osób, co wyraźnie wskazuje na charakterystykę tych miejsc jako dużych instytucji opiekuńczych. Według Raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2018 r. prawie 20% gmin w Polsce nie zapewniało osobom starszym opieki w miejscu zamieszkania, mimo takiego obowiązku. Jest to tym bardziej zaskakujące, że chodzi o najmniej kosztowną formę pomocy osobom starszym. W 2016 r. opieką domową w skali kraju objęto nieco ponad 1% seniorów powyżej 60. r.ż. (Raport Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania, 2019). Słaby rozwój mieszkalnictwa chronionego pod względem wspierania osób starszych i z niepełnosprawnościami stawia procesy deinstytucjonalizacji pod znakiem zapytania. Zrozumiałe jest to, że nie da się w całości zrezygnować z istnienia instytucji. Mieszkalnictwo wspomagane powinno jednak stawać się realną i konkretną alternatywą dla całodobowej opieki instytucjonalnej. W 2020 r. jedna osoba na 500 osób w Polsce korzystała z domu pomocy społecznej, lecz tylko jedna osoba na 10 000 osób korzystała z mieszkania chronionego (20 razy mniej niż w przypadku domów pomocy społecznej).

Na tle przywołanych danych można zaobserwować zwiększającą się liczbę zarówno mieszkań chronionych (póki co jedynych prawnie usankcjonowanych rodzajów mieszkań „społecznych”), jak i ich mieszkańców (wzrost niemalże 2,5-krotny). Jeśli jednak zestawimy liczbę mieszkań chronionych z liczbą gmin w Polsce, których w 2021 r. było 2477, to ów wzrost nie jest imponujący. Oznacza to, że mieszkanie chronione było statystycznie w co drugiej gminie w Polsce (1348 mieszkań chronionych w skali kraju wobec wcześniejszej liczby 2489 gmin). Biorąc pod uwagę to, że gminy, które dysponują mieszkaniami chronionymi, mają zwykle więcej niż jeden taki lokal, w większości gmin do takiej usługi nie było dostępu, pomimo prawnego obowiązku. To świadczy o występowaniu trudności w rozwoju mieszkalnictwa chronionego, które, jak już zostało wspomniane, jest jedyną najbardziej sformalizowaną kategorią mieszkalnictwa wspieranego. W poszukiwaniu przyczyn trudności można wymienić ograniczone środki finansowe w budżetach jednostek samorządu terytorialnego, obawy przed utrzymaniem istniejącego standardu mieszkań, w tym ich wyposażenia, a także ograniczenie

w dostępie do usług specjalistów, których praca uzupełnia usługę mieszkalnictwa wspomaganego/chronionego. Praktyka społeczna pokazuje również, że pojawiają się problemy z tworzeniem mieszkań chronionych w niektórych środowiskach lokalnych, które z lęku przed „problemowością” mieszkańców nie wyrażają zgody na ich tworzenie w swoim sąsiedztwie.

Jak podaje resort rodziny i polityki społecznej (Odpowiedź na interpelację ponowną nr 28806 w sprawie mieszkań chronionych dla osób z niepełnosprawnością), od 2017 r., wraz z wdrażaniem programu „Za życiem”, przewidziano tworzenie mieszkań chronionych dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Na to jednostki samorządu terytorialnego mogą uzyskiwać celowe dotacje. Mogą także zlecać prowadzenie mieszkań chronionych organizacjom pozarządowym. Pozyskane fundusze można wykorzystać na adaptację lokali już istniejących, a rząd przeznaczył na ten cel na lata 2017–2021 środki w kwocie 108 000 000 zł (*Jak wyglądają prace nad deinstytucjonalizacją opieki nad osobami z niepełnosprawnością?*).

Z kolei ze środków unijnych z działania 2.8 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 zostało zrealizowanych sześć projektów w ramach konkursu „Wypracowanie standardów i przeprowadzenie pilotaży w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób o specyficznych potrzebach, z uwzględnieniem możliwości finansowania tych rozwiązań” (środkami tymi dysponował Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w ramach Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym). Dofinansowanie było przeznaczone na wypracowanie sześciu standardów mieszkalnictwa wspomaganego na rzecz wybranych grup odbiorców, w tym osób: (1) z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz starszych; (2) z niepełnosprawnością intelektualną, w tym z zespołem Downa; (3) z całościowymi zaburzeniami rozwoju, w tym autyzmem i zespołem Aspergera; (4) chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym; (5) z niepełnosprawnością fizyczną; (6) z różnymi rodzajami sprzężonych niepełnosprawności. Poza standardami zakontraktowane były działania związane z tworzeniem mieszkań wspomaganych wraz z usługami towarzyszącymi na terenie województw, które realizowały te projekty w partnerstwach regionalnych ośrodków polityki społecznej oraz organizacji pozarządowych, przy współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego.

### **Mieszkalnictwo wspomagane – wyzwania dla podmiotów polityki społecznej**

Analizowanie zjawiska mieszkalnictwa wspomaganego w kontekście polityki społecznej wydaje się z jednej strony bardzo naturalne, gdyż kwestie mieszkalnictwa inherentnie wpisują się w zadania polityki społecznej. Cele funkcjonowania

mieszkań wspomaganych są bardzo mocno nacechowane logiką pomocy społecznej, gałęzi polityki społecznej, która kojarzy się z mieszkalnictwem wtedy, gdy jest mowa o kryzysie bezdomności, wyzwaniach opieki długoterminowej czy systemie pieczy zastępczej w kontekście usamodzielniania się jej podopiecznych. Obszar mieszkalnictwa wspomaganego stwarza szansę dla podmiotów polityki społecznej, żeby budować rozwiązania wpisane na trwałe w krajobraz lokalnych systemów wsparcia. Dlatego kluczowe jest dostrzeżenie, jakie podmioty polityki społecznej zostaną włączone w proces rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego.

Z racji uprawnień nadawanych instytucjom w stosownych aktach prawych (ich szczegółowy katalog jest obszerny i wykracza poza ramy tego artykułu) można sporządzić ogólny wykaz tych podmiotów, które mogą być zaangażowane wprost w tworzenie systemu mieszkalnictwa chronionego – w przyszłości wspomaganego. Zaliczają się do niego następujące instytucje i organizacje:

- jednostki organizacyjne pomocy społecznej, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, ze szczebla gminnego i powiatowego;
- jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego posiadające osobowość prawną;
- przedsiębiorstwa, spółki z większościovym udziałem jednostek samorządu terytorialnego;
- organizacje pozarządowe, pożytku publicznego oraz inne podmioty prowadzące działalność społeczną;
- podmioty ekonomii społecznej.

Można go poszerzyć o inne podmioty, które (z racji zadań i na mocy współpracy, partnerstwa czy podwykonawstwa zadań z pomocy społecznej) mogą być angażowane w rozwój systemu mieszkalnictwa wspomaganego. Wówczas na liście pojawiłyby się:

- kościoły i związki wyznaniowe oraz osoby prawne kościołów i związków wyznaniowych;
- ochotnicze hufce pracy;
- towarzystwa budownictwa społecznego;
- instytucje ochrony zdrowia.

Dodatkowo, oferta mieszkalnictwa wspomaganego w tym wymiarze, który dotyczy specjalistycznego wsparcia, może być tworzona i poszerzana na mocy współpracy ze strony:

- **ośrodków wsparcia**, jako dzienna forma pomocy instytucjonalnej, które mogą mieć ofertę dla mieszkańców w celu ich aktywizacji, integracji i budowania kontaktów społecznych (np. kluby seniora, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, dzienne domy pomocy / domy dziennego pobytu, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi oraz kluby samopomocy);
- **centrów usług opiekuńczych** (dziennych i czasowych) lub inne formy organizowania opieki krótkookresowej w placówkach świadczących całodobową

- opiekę (tzw. opieka wytchnieniowa dla krewnych opiekujących się na stałe osobą zależną);
- **ośrodków pomocy społecznej**, przyznających usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, realizowanych w miejscu zamieszkania. Szczegółowy zakres tych usług określa Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. 2005 nr 189 poz. 1598). Z ramienia tych instytucji również konsultacje i poradnictwo specjalistyczne – w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne świadczone bez względu na posiadany dochód;
  - instytucji zapewniających **systemy teleopiekuńcze**, czyli wszelkiego typu rozwiązania technologiczne i teleinformatyczne, których zadaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa oraz pomocy w miejscu zamieszkania dla osób z niepełnosprawnościami, w zaawansowanym wieku lub potrzebujących tego wsparcia w związku ze swoją sytuacją życiową;
  - **dziennych domów opieki medycznej** (DDOM, powstające w programie pilotażowym finansowanym przez Ministerstwo Zdrowia). Odbiorcami tych usług są osoby powyżej 65. r.ż., w średniej skali sprawności (Barthel). Domy są zaprojektowane tak, aby móc przyjąć równocześnie od 10 do 15 pacjentów, a ich pobyt trwa od 30 do 120 dni roboczych. Czas pobytu jest redukowany stopniowo w miarę długość przebywania pacjenta – od ośmiu do 10 godzin dziennie w pierwszym miesiącu do minimum czterech godzin dziennie, w miarę poprawy stanu zdrowia. Wsparcie odbywa się na podstawie indywidualnego planu opieki. W ramach świadczeń zdrowotnych w DDOM są realizowane:
    - opieka pielęgniarska;
    - dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i wspomagającego (np. w formie wypożyczalni);
    - samopomoc/pomoc sąsiadka (w tym sąsiedzkie usługi opiekuńcze);
  - **usług wolontariuszy** – na mocy Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. 2003 nr 96 poz. 873). W ramach działań wolontariackich można mówić o takich aktywnościach, jak: wspólne spędzanie czasu, czynności opiekuńcze, pielęgnacyjne, zakupy, gotowanie, towarzyszenie, pomoc w przemieszczaniu się, załatwianie spraw codziennych;
  - **organizacji pozarządowych w zakresie zaspokajania wybranych potrzeb mieszkańców mieszkań chronionych** – wsparcia psychologicznego, aktywności, edukacji, promocji idei mieszkalnictwa wspomaganego itp.;
  - **innych instytucji funkcjonujących w środowisku lokalnym** wraz z pokonywaniem barier dostępu – instytucji kultury, edukacji, rekreacji, wypoczynku, konsumpcji dóbr i usług, a zatem również koordynacja takich usług z poziomu gminy i powiatu przez jednostki samorządu terytorialnego w poszerzonym zakresie, a nie tylko prowadzenie mieszkań chronionych i ich finansowanie.



**Fot. 2, 3.** Zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami, Zakład Aktywności Zawodowej w Goleniowie. Fot. Karol Lament.

Analizując wyzwania dla polityki społecznej w obrębie mieszkalnictwa wspomaganego, w tym chronionego, należy zauważyć kilka kwestii o charakterze wyzwań. Najbardziej oczywistym wyzwaniem jest tworzenie coraz większej liczby mieszkań wspomaganego (chronionego), co przyczyniałoby się do zaspokojenia potrzeb na ten typ mieszkalnictwa. Jest to cel oczywisty, fundamentalny i pozostający w rękach samorządów, które mają możliwości tworzenia takich mieszkań z wykorzystaniem środków zewnętrznych, zasobów własnych oraz projektów społecznych sprzyjających adaptacji tego typu rozwiązań. Konieczność poszerzenia mapy mieszkań wspomaganego w Polsce jest swoistą oczywistością w świetle celów ich istnienia, dobrych praktyk, a także danych statystycznych.

Kolejnym wyzwaniem jest sposób organizowania współpracy między tak wieloma podmiotami, które mogą być zaangażowane w rozwój mieszkalnictwa wspomaganego. Ogromnym wyzwaniem pozostaje wyodrębnienie jednego podmiotu odpowiedzialnego za skoordynowanie działań, a także pełniące funkcje rzecznicze dla systemu tegoż mieszkalnictwa. Najbardziej naturalni wydają się tu przedstawiciele administracji samorządowej, w interesie których, jako reprezentantów ogółu mieszkańców danej społeczności, jest troska o ich interesy w zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych oraz dbanie o obniżanie kosztów usług społecznych (Giezek, Iwański, 2017, s. 287–296). To właśnie władze samorządowe mają najlepszy dostęp do kontaktów i nadzoru nad pozostałymi podmiotami lokalnej polityki społecznej. Zdaje się, że jest im najłatwiej aktywizować współpracę oraz tworzyć sieci i partnerstwa. Wyzwaniem jest zainteresowanie władz samorządowych tą tematyką oraz danie narzędzi i zaplecza merytorycznego dla przeprowadzania działań tworzących partnerstwa i sprzyjające otoczenie społeczne.

Inną kwestią związaną z wyzwaniem poszerzania mapy mieszkań wspomaganym w Polsce jest zagadnienie sposobów rekrutowania i udostępniania tego typu usługi. Otóż w obliczu bardzo ograniczonych zasobów mieszkań wspomaganym (chronionych) zainteresowanie zamieszkaniem w nich jest większe niż posiadana infrastruktura. Przydział miejsc jest zatem uznaniowy. Ważne jest wypracowanie kryteriów dostępu do mieszkań, doprecyzowanie i transparentność systemu rekrutacji, gdyż przesłanki ustawowe są bardzo ogólne. Decyzję o przyznaniu tej usługi społecznej podejmują ludzie – pracownicy OPS, pracownicy innych organów prowadzących dane mieszkanie. W sytuacji dylematycznego wyboru między potrzebującymi ważne jest ustalenie szczegółowego katalogu przesłanek do udzielania tej usługi społecznej znacznie wykraczającego poza pełnoletniość i ograniczenia w samodzielnym funkcjonowaniu. Uchroni to przed frustracją i niezrozumieniem zarówno osoby podejmujące decyzje, jak i zainteresowane skorzystaniem z tej formy wsparcia.

Należy też wspomnieć o tym, że mieszkanie wspomagane jest tylko etapem przejściowym i tymczasową formą wsparcia. Wyjątkiem jest tu wspieranie osób starszych, które mogą liczyć na dłuższy okres pomocy w mieszkaniu wspomaganym, co jest sprzężone z tempem pogarszania stanu zdrowia i sprawności, ale pozostałe grupy odbiorców z założenia otrzymują to wsparcie jako czasowe. Pojawia się zatem nie tylko konieczność rozwoju sieci mieszkań chronionych, lecz także mieszkań docelowych, szczególnie kiedy beneficjentami mieszkalnictwa wspomaganego są wychowankowie pieczy zastępczej, wychowankowie innych placówek w procesie usamodzielnienia, osoby z uzależnieniami, w kryzysie bezdomności i inne tzw. rokujące grupy społeczne. W tym momencie otwiera się ogromny obszar systemu wsparcia mieszkalnictwa w Polsce – zaniedbany, skomercjalizowany, od lat tworzony i wciąż niesprawny. Być może właśnie bolączki tego systemu wpływają na sytuację mieszkalnictwa wspieranego w Polsce (Salamon, Muzioł-Węclawowicz, 2015).

W toku rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji, które się obecnie dokonują w polskim systemie polityki społecznej, pojawia się konieczność uporządkowania pojęć związanych z mieszkalnictwem „społecznym”. Potrzebne jest ujednoczenie nazewnictwa w obszarze tego rodzaju mieszkalnictwa i ugruntowanie go w regulacjach prawnych.

Ostatnim, choć na pewno nie ostatecznym, wyzwaniem dla rozwoju mieszkań wspomaganych w danych społecznościach lokalnych jest budowanie lobbingu społecznego na rzecz powstawania tych lokali, czyli wyrażania potrzeb społecznych oddolnie, ze strony osób, które potrzebują takiego rozwiązania. Jest to chyba najtrudniejszy element wdrażania systemu, gdyż jest on związany z uświadomieniem potrzeb, umiejętnym ich wyrażaniem i skonsolidowaniem środowiska, dla którego możliwość skorzystania z takiej usługi jak mieszkanie wspomagane jest potrzebą nadrzędną. Wtedy na mocy zasady empowermentu takie grono osób potrzebujących organizuje swoisty lobbing społeczny, dążący do nacisku na właściwe władze, żeby ich potrzeba została zaspokojona. Problem w tym, że najczęściej środowiska potrzebujące takich rozwiązań są defaworyzowane i przez to posiadają mniejszy impet do zgodnego z zasadą upelnomocniania domagania się zaspokajania swoich potrzeb. Zdaje się, że największym wyzwaniem polityki społecznej jest to, by doprowadzać do skutecznego i nieprzemocowego roszczenia rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego w Polsce.

### **Zamiast zakończenia – czynniki rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego**

Podsumowując te rozważania, można zastanowić się, jakie działania w ramach systemu polityki społecznej są potrzebne do rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego w Polsce. Pierwsza rzecz, jaka się nasuwa w tym kontekście, to rzetelne określenie potrzeb poszczególnych środowisk lokalnych w odniesieniu do mieszkalnictwa wspomaganego. Jest to istotne zwłaszcza w dobie kryzysu uchodźczego, związanego z wojną w Ukrainie, a także działań o charakterze deinstytucjonalizacyjnym w odniesieniu do placówek opieki długoterminowej, systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami, w kryzysie psychicznym oraz przeobrażeń systemu pieczy zastępczej. Taka diagnoza potrzeb mogłaby stać się elementem tworzonych obligatoryjnie strategii rozwiązywania problemów społecznych, do tworzenia których są zobowiązane jednostki samorządu terytorialnego na wszystkich szczeblach samorządowych – wojewódzkim, powiatowym i gminnym.

Za tą koniecznością rzetelnej diagnozy idzie potrzeba włączenia rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego w lokalne pomysły na deinstytucjonalizację i procesy realizowane w związku z nią. To oznacza uwzględnienie mieszkalnictwa wspomaganego w programach i projektach lokalnych, a także budżetach i kierunkach pozyskiwania środków finansowych.

Pozyskiwanie funduszy dokonuje się na podstawie przekonania lokalnych decydentów co do zasadności tego rozwiązania. Potrzebne są zatem informacje na



temat mieszkalnictwa wspomaganego i jego promocja – chociażby poprzez poznanie i wymianę doświadczeń, pokazywanie dobrych praktyk, wizyty studyjne, analizy SWOT, kampanie informacyjne, a także ścisłą współpracę podmiotów lokalnej polityki społecznej. To bowiem prowadzi do tworzenia koalicji na rzecz rozwoju usług w środowiskach lokalnych przez podmioty polityki społecznej i rozstrzygnięcia kwestii koordynacji tego rozwiązania, a także uświadomienia władzom samorządowym wagi rozwoju systemu mieszkalnictwa wspomaganego.

Inną aktywnością, którą można podejmować w celu tworzenia omawianych rozwiązań, jest pozyskiwanie lokali mieszkalnych (zakup, budowa remonty, przekształcanie) na podstawie posiadanych zasobów infrastrukturalnych i ludzkich. Czasami naprawdę przy użyciu niewielkich środków i form współpracy – projekty socjalne, siły społeczne, wolontariat, angażowanie podmiotów ekonomii społecznej – można uzyskać zasób materialny, który stanie się podstawą tworzenia mieszkania wspomaganego.

Tym, co niewątpliwie może przyczynić się do upowszechniania systemu mieszkalnictwa wspieranego jest tworzenie systemów wdrażania – poprzez projekty, szkolenia, tutoring, dobre praktyki, wizyty studyjne, ewaluację i supervizję. Często dzieje się to z wykorzystaniem adaptowanych procesów deinstytucjonalizacyjnych, np. w tych gminach i powiatach, w których powstają centra usług społecznych.

Należy zauważyć, że są podejmowane pierwsze systemowe rozwiązania. Są to inicjatywy mające na celu rozwój mieszkalnictwa „społecznego” w Polsce. Uwzględniają one wspomniane postulaty, cele wsparcia, zakresy współpracy między środowiskami, a także postulaty łączenia doświadczeń i współpracy samorządów na różnych szczeblach oraz wobec innych sektorów, co ułatwia zauważenie specyficznych potrzeb różnych grup odbiorców wsparcia. Przykładem takiego wsparcia systemowego są wspomniane już projekty dla poszczególnych grup odbiorców w ramach konkursu przeprowadzonego w ramach Działania 2.8 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 tj. „Wypracowanie standardów i przeprowadzenie pilotaży w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób o specyficznych potrzebach z uwzględnieniem możliwości finansowania tych rozwiązań”. Wypracowane modele mieszkalnictwa i doświadczenia z realizacji pilotaży, w tym również w zakresie prowadzenia mieszkań oraz współpracy międzysektorowej, mogą się stać drogowskazem prowadzącym do dalszego rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego w Polsce.

## Bibliografia

- Daniel, P., Skomra, A., Szuma, J. (2015). *Kompleksowy przewodnik po świadczeniach pomocy społecznej*. Wrocław: Presscom.
- Firlit-Fesnak, G., Szyłko-Skoczny, M. (2000). *Polityka społeczna*. Warszawa: WN PWN.
- Giezek, M., Iwański, R. (2017). Mieszkania chronione i wspomagane dla osób starszych w ujęciu społeczno-ekonomicznym. *Handel Wewnętrzny*, 4(369), T. 1, 287–296.

- Górnicka, B. (2014). Mieszkanie chronione. W: A. Weissbrot-Koziarska, I. Dąbrowska-Jabłońska (red.), *Słownik metod, technik i form pracy socjalnej, opiekuńczej i terapeutycznej* (s. 80–84). Opole: Wydawnictwo UO.
- Jak wyglądają prace nad deinstytucjonalizacją opieki nad osobami z niepełnosprawnością?*  
<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/jak-wygl1%C4%85daj%C4%85-prace-nad-deinstytucjonalizacji%C4%85-opieki-nad-osobami-z-niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bci%C4%85>
- Magnuszewska-Otulak, G. (2011). Mieszkanie chronione. W: B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Polityka społeczna gmin i powiatów. Kompendium wiedzy o instytucjach i procedurach* (s. 184). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Mielczarek, A. (2016). Mieszkania chronione dla seniorów w systemie pomocy społecznej. *Wychowanie na co Dzień, 1*, 36–39.
- Odpowiedź na interpelację ponowną nr 28806 w sprawie mieszkań chronionych dla osób z niepełnosprawnością. Odpowiadający: sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Krzysztof Michałkiewicz. (2019). <https://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/Interpelacja-Tresc.xsp?key=BBDDAV>
- Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/ogolnoeuropejskie-wytyczne-dotyczace-przejscia-od-opieki-instytucjonalnej-do-opieki-swiadczonej-na-poziomie-lokalnych-spolecznosci/>
- Olszewski, M. (2019). Mieszkania wspomagane dla osób z niepełnosprawnością w procesie deinstytucjonalizacji. *Roczniki Teologiczne, 66*(1), 175–192. <http://dx.doi.org/10.18290/rt.2019.66.1-11>
- Raport Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania. (2018). Warszawa: NIK.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. (2021). Warszawa: GUS.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. 2005 nr 189 poz. 1598).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. 2021 poz. 2420).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. 2018 poz. 822).
- Salamon, M., Muzioł-Węclawowicz, A. (2015). Mieszkalnictwo w Polsce. Analiza wybranych obszarów polityki mieszkaniowej. Warszawa: Habitat for Humanity Poland.
- Sprawozdania resortu pracy MRPiPS-05 za 2020 rok. <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-2020>
- Uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” (MP 2022 poz. 767).
- Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. 2016 poz. 1250).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593).
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019 poz. 1818).
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. 2003 nr 96 poz. 873).
- Ustawa z dnia 6 grudnia 1996 r. o zmianie ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. poz. 687).

## PODMIOTY POLITYKI SPOŁECZNEJ NA RZECZ ROZWOJU MIESZKALNICTWA WSPOMAGANEGO W POLSCE

### *Abstrakt*

W poszukiwaniu rozwiązań optymalizujących funkcjonowanie polityki społecznej w Polsce, szczególnie w odniesieniu do defaworyzowanych grup społecznych, pojawiają się próby rozwijania sektora usług społecznych. Wpisuje się to w nurt deinstytucjonalizacji w polityce społecznej, zwłaszcza w sektorach związanych z pomocą społeczną, systemami zdrowia i mieszkalnictwem.

Celem artykułu jest ukazanie znaczenia, roli, zadań, funkcji i sposobu organizowania systemu mieszkalnictwa wspomaganego, jednej z usług społecznych, które mają na celu przenoszenie odpowiedzialności za zaspokajanie potrzeb osób potrzebujących z instytucji publicznych na najbliższe otoczenie i środowisko lokalne, w którym dana osoba przebywa. Analizowane są grupy docelowe, warunki dostępu oraz formy tej usługi, a także innych jej towarzyszących, takich jak: praca socjalna, asystentura, rozmaite treningi, doradztwo i poradnictwo. W artykule podjęta jest również próba ukazania, do zadań jakich instytucji może przynależeć rozwój mieszkalnictwa wspomaganego w Polsce.

*Słowa kluczowe:* deinstytucjonalizacja, polityka społeczna, usługi społeczne, mieszkalnictwo wspomaganie

## SOCIAL POLICY INSTITUTIONS AND ORGANIZATIONS FOR THE DEVELOPMENT OF ASSISTED HOUSING SERVICES IN POLAND

### *Abstract*

There are attempts to develop the social services sector in Polish social care system, to optimise functioning of social policy in Poland, especially with regard to disadvantaged social groups. This is in line with the trend of de-institutionalization in social policy, especially in sectors related to social welfare, health systems and housing.

The aim of the article is to show the meaning, role, tasks, functions and method of organizing the assisted housing system, one of the social services that aim to transfer responsibility for satisfying the needs of people in risk of exclusion, from public institutions to the immediate surroundings and local environment, in which a given person lives. The target groups, Access conditions and forms of this service, as well as other accompanying services, such as: social work, assistantships, various training, counselling and tutoring are analysed. The article also attempts to show which institutions may be responsible for the development of assisted housing in Poland.

*Keywords:* deinstitutionalization, social policy, social services, assisted housing



DOROTA SZULC\*

## **POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI STUDENTÓW Z USZKODZONYM NARZĄDEM SŁUCHU – PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH**

### **Wprowadzenie**

W literaturze pedagogicznej nie ma zgodności co do zakresu interpretowania poczucia własnej skuteczności. Dyskusji poddawane jest to, kiedy można mówić o poczuciu własnej skuteczności jako cesze ogólnej, zgeneralizowanej i/lub odnoszącej się do zasobów osobistych człowieka, a kiedy jako o cesze zmiennej, o charakterze labilnym i zależnej od cech sytuacji, w której on uczestniczy (Chomczyńska-Rubacha, Rubacha, 2013; Rubacha, 2013). Na potrzeby prezentowanego artykułu przyjmuje się, za Zygfridem Juczyńskim (2001, s. 99) i Ryszardem Kościelakiem (2010, s. 61), że przekonanie o własnej skuteczności jest zbliżone do przekonania o kompetencji osobistej i odzwierciedla zasoby jednostki w radzeniu sobie z trudnościami w różnych obszarach życia. Poprzez procesy poznawcze, motywacyjne, emocjonalne i decyzyjne poczucie własnej skuteczności wpływa na wybór sytuacji, tj. jej odrzucenie lub zaakceptowanie w zależności od przewidywanych skutków, a następnie wyznacza zarówno siłę zaangażowania człowieka w dane działanie, jak i wytrwałość w dążeniu do sukcesu (Juczyński, 2001). Poczucie skuteczności można zatem ująć jako przekonanie osoby o własnych możliwościach osiągnięcia wybranego celu bez względu na pojawiające się przeszkody. Jest to sąd jednostki na temat osobistych możliwości spełnienia różnych warunków zadania prowadzących do osiągnięcia zamierzonych rezultatów (Bussey, Bandura, 1999, s. 691; Bandura, 2007).

---

\* Dorota Szulc (<https://orcid.org/0000-0003-4154-9043>); Stowarzyszenie na Rzecz Edukacji i Rodziny Węgielek, ul. Pawła Kołodzieja 89a, 40-749 Katowice; Uniwersytet Jagielloński, ul. Stefana Batorego 12, 31-135 Kraków; e-mail: [dorota.gradalska@gmail.com](mailto:dorota.gradalska@gmail.com)

Poczucie własnej skuteczności kształtuje się pod wpływem doświadczeń życiowych: pozytywne doświadczenia wzmacniają wiarę we własne siły, negatywne – osłabiają motywację do działania i wywołują chęć unikania konfrontacji z trudnymi sytuacjami. Podobną funkcję pełni otoczenie, tj. informacje o nas pochodzące od innych ludzi. Pozytywne oceny o posiadanej sile i potencjale sprawiają, że dane osoby lepiej radzą sobie z trudnościami. Negatywne oceny ze strony innych oddziałują przeciwnie – blokują działanie i osłabiają poczucie skuteczności. Otoczenie społeczne jest medium poczucia skuteczności również dzięki modelowaniu zachowania. Ludzie obserwują sukcesy (modelowanie pozytywne) i porażki (modelowanie negatywne) innych, szczególnie osób znaczących. W ten sposób nabywają przekonania dotyczących własnej możliwości poradzenia sobie z problemem i uczą się wykorzystywać sprawdzone wzorce działania. Poza czynnikami społecznymi działa także własna reakcja podmiotu na odczuwany stres i przeżywane trudności emocjonalne. Reakcja osławiająca te czynniki jako stymulatory zdecydowanie podnosi wiarę we własne siły i pozwala wykorzystać różne stany fizjologiczne jako motywy skutecznego działania. W przypadku traktowania stresu i trudności emocjonalnych jako symptomów chorób czy słabości, blokuje natomiast tendencję do działania i ogranicza pozytywną percepcję własnych możliwości (Bandura, 1977, s. 193–202, za: Rubacha, 2013, s. 76–77).

Wielokrotnie wykazano pozytywne skutki wysokiego poziomu poczucia własnej skuteczności, które mają wpływ na funkcjonowanie osoby w różnych obszarach jej życia. Wysokie poczucie własnej skuteczności sprzyja podejmowaniu wyzwań, formułowaniu ambitnych celów, większej aktywności osoby w ich realizacji, a w konsekwencji osiągnięciu sukcesów (Locke, Latham, 1990; Maddux, Lewis, 1995; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Osoby przekonane o własnej skuteczności wyróżnia wyższy poziom emocji odczuwanych jako pozytywne, a także częstsze ocenianie stresujących bodźców jako wyzwania a nie zagrożenia (Bandura, 1977; Schwarzer, Fuchs, 1996).

Pojęcie własnej skuteczności jest również używane do wyjaśniania złożonych procesów edukacyjnych oraz zachowań uczestniczących w nich podmiotów (Chomczyńska-Rubacha, Rubacha, 2013; Rubacha, 2013). Dla dydaktyki szczególne znaczenie mają doniesienia z badań wskazujące na wpływ silnego poczucia własnej skuteczności na procesy poznawcze i osiągnięcia intelektualne człowieka (Schwarzer, Fuchs, 1996). Violetta Rodek (2020) wykazała, że uogólnione poczucie własnej skuteczności różnicowało w badanej przez nią grupie studentów obraz samodzielnego uczenia się, głównie w zakresie wielości stosowanych strategii uczenia się oraz stopnia zaangażowania w swoją naukę. Wysoki poziom poczucia własnej skuteczności miał we wspomnianych badaniach związek z systematycznością, wytrwałością w uczeniu się, konsekwencją, umiejętnością koncentracji na dłuższych okresach nauki, a także z umiejętnościami planowania i organizacji własnego procesu uczenia się.

Grupą, na temat której zgromadzono niewiele danych w kontekście uwarunkowań osobistego funkcjonowania, również w obszarze edukacyjnym, związanym z procesami zdobywania wiedzy i samodzielnego kształcenia się, są osoby słabosłyszące i niesłyszące.

W prezentowanym artykule podjęto problem poczucia własnej skuteczności u studentów z uszkodzonym narządem słuchu. Przybliżono wyniki badań własnych, jakie przeprowadzono w poszukiwaniu odpowiedzi na pytania: *Jaki poziom poczucia własnej skuteczności w działaniu charakteryzuje studentów słabosłyszących i niesłyszących w porównaniu do studentów słyszących?* oraz *Czy stopień uszkodzenia narządu słuchu jest czynnikiem różnicującym studentów pod względem poziomu poczucia własnej skuteczności?*

### **Założenia metodologiczne badań własnych**

Badania nad poczuciem własnej skuteczności u studentów z uszkodzonym narządem słuchu w porównaniu do studentów, u których ono nie występuje zostały zrealizowane za pomocą Skali Kompetencji Osobistej (KompOs) autorstwa Z. Juczyńskiego (o uzasadnieniu wyboru skali KompOs jako narzędzia badawczego napisano w dalszej części artykułu). Skala KompOs pozwala na przedstawienie wyniku uogólnionego poczucia własnej skuteczności oraz wyników dla dwóch jego komponentów, tj. przekonania dotyczącego dysponowania siłą konieczną do zainicjowania działania (zw. dalej skalą KompOs A) i przekonania związanego z wytrwałością niezbędną do kontynuowania działania (zw. dalej skalą KompOs B). Wyodrębnione w skali czynniki – siła i wytrwałość – odzwierciedlają najważniejsze aspekty pomiaru poczucia własnej kompetencji i nawiązują do koncepcji woli Juliusa Kuhla (1985).

Skalę KompOs można określić jako narzędzie krótkie (każda z podskal składa się z sześciu twierdzeń, na które badany opowiada: *tak, raczej tak, raczej nie* lub *nie*, łatwe językowo i proste w stosowaniu. Z tego powodu zdecydowano się zastosować ją w badaniach studentów z uszkodzonym narządem słuchu, którzy mogą przejawiać specyficzne braki w zakresie języka ogólnonarodowego (wskazano na to w części *Wyzwania metodologiczne w badaniach osób z uszkodzonym narządem słuchu*).

Badaniami została objęta grupa 109 studentów ze stwierdzonym uszkodzeniem narządu słuchu (zw. dalej grupą A) oraz grupa 291 studentów, u których ono nie występowało (grupa porównawcza zw. dalej grupą B).

Do badań zakwalifikowano studentów, którzy zaliczyli pierwszy rok studiów pierwszego stopnia lub jednolitych magisterskich (studenci pierwszego roku nie zostali zakwalifikowani do grupy badawczej ze względu na trwający u nich okres przystosowawczy do studiowania, który mógłby stanowić istotną zmienną zakłócającą).

W skład próby badawczej studentów z uszkodzonym narządem słuchu weszły osoby, u których wynik badania audiometrycznego wskazał uszkodzenie słuchu co najmniej w stopniu umiarkowanym (według klasyfikacji Międzynarodowego Biura Audiofonologii próg słyszalności dla uszkodzenia tego typu rozpoczyna się od 41 dB). Deborah D. Smith (2009) podaje, że ograniczone słyszenie w stopniu umiarkowanym, znacznym (próg słyszalności 71–90 dB) lub głębokim (próg słyszalności od 91 dB) może istotnie utrudniać osobie funkcjonowanie w środowiskach edukacyjnych i wpływać na: jej dostęp do wiedzy, procesy uczenia się, interakcje z innymi oraz funkcjonowanie emocjonalno-psychiczne. Dane liczbowe dotyczące zróżnicowania grupy A ze względu na stopień ubytku słuchu przedstawia tabela 1.

**Tabela 1.** Badani studenci z uszkodzonym narządem słuchu według stopnia ubytku słuchu

A studenci z uszkodzeniem słuchu						Ogółem	
A1 w st. umiarkowanym		A2 w st. znacznym		A3 w st. głębokim			
<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
60	55,0	21	19,3	28	25,7	109	100

Źródło: badania własne.

W dalszej części artykułu, zgodnie z tabelą 1, grupa studentów z uszkodzonym narządem słuchu w stopniu umiarkowanym będzie oznaczana jako A1, grupa studentów z uszkodzonym narządem słuchu w stopniu znacznym jako A2, grupa studentów z uszkodzonym narządem słuchu w stopniu głębokim natomiast jako A3.

Pośród badanych przeważały kobiety, które stanowiły 77,7% ogółu respondentów – udział procentowy kobiet w każdej z grup badawczych kształtował się na podobnym poziomie; można powiedzieć zatem, że grupy A i B oraz grupy A1, A2 i A3 były homogeniczne pod względem struktury płci.

W skład próby badawczej weszli studenci znajdujący się w okresie wczesnej dorosłości (por. Bee, 2004). Największą grupę stanowili studenci między 21. a 23. r.ż. (58,3% badanych). Studenci, którzy nie ukończyli 25. r.ż. stanowili 82% ogółu badanych.

Porównanie grup A i B pod względem lat studiów wskazało na brak istotnie statystycznych różnic. Podobna sytuacja dotyczyła poszczególnych grup studentów z uszkodzonym narządem słuchu: między grupami A1, A2 i A3 nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pod względem lat studiów, na których kształcili się badani.

Studenci A kształcili się w 34 różnych uczelniach na terenie Polski. Były one zlokalizowane w 13 województwach i w 21 miastach. Były to placówki o róż-



**Tabela 2.** Badani studenci z uszkodzonym narządem słuchu oraz studenci, u których nie występuje wada słuchu według stopnia i roku studiów

Studia jednolite magisterskie		Ogółem A i B	
stopień	rok	N	%
I	2	118	29,5
	3	134	33,5
II	1/4	73	18,2
	2/5	75	18,7
<b>Ogółem</b>		400	100

Źródło: badania własne.

nicowanej liczbie studentów (11 z uczelni, w których kształcili się badani A, wymienianych jest w zestawieniach Głównego Urzędu Statystycznego wśród szkół wyższych największych w kraju pod względem liczby studentów).

**Tabela 3.** Rozkład częstości wskazań typu uczelni, w których kształcili się badani studenci z uszkodzonym narządem słuchu, ze względu na profil kształcenia

Typ uczelni wyróżniony ze względu na profil kształcenia	Częstość	
	n	%
Uniwersytet	13	38,2
Uczelnia techniczna	6	17,6
Uczelnia pedagogiczna	4	11,8
Państwowa wyższa szkoła zawodowa	3	8,8
Brak typu	3	8,8
Uczelnia ekonomiczna	2	5,9
Uczelnia wychowania fizycznego	2	5,9
Uczelnia rolnicza/przyrodnicza	1	2,9
<b>Ogółem</b>	34	100

Uwaga: Uczelnie niepubliczne finansowane na zasadach uczelni publicznych zostały podzielone na poszczególne typy. Pozostałe uczelnie niepubliczne, dla których w systemie „Polon” (polon.nauka.gov.pl) nie określono typu ujęto w kategorii „brak typu”.

Źródło: badania własne.

Z opisanego wcześniej terenu badań pochodziło również 97% grupy studentów B. Fakt, że pozostałe 3% studentów B spełniało kryteria (np. typ uczelni, miejsce uczelni w rankingu, kierunek kształcenia i rok studiów), pod względem których można dopasować (sparować) ich ze studentami A, zdecydował o włączeniu ich do grupy badawczej.

Ponad połowa badanych A była studentami dyscyplin zaliczanych do obszaru nauk społecznych – 58,3%. W dalszej kolejności najwięcej badanych A zdo-

bywało wykształcenie w obszarze nauk technicznych – 13,2% oraz humanistycznych – 11,5%. W obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej kształciło się 4,3% badanych, w obszarze nauk przyrodniczych – 3,4%, w obszarze sztuki – 3,5%, w obszarze nauk ścisłych – 2,4%. Studenci B wyraźnie rzadziej od studentów A kształcili się na kierunkach zaliczanych do dziedziny nauk społecznych, wyraźnie częściej natomiast studiowali na kierunkach ekonomicznych i matematycznych (różnice w tym zakresie były istotne statystycznie).

**Tabela 4.** Studenci z uszkodzonym narządem słuchu oraz studenci, u których ono nie występuje według dziedziny nauki

Dziedzina nauki	Grupa (w %)	
	A	B
społecznych	39,9	30,2
ekonomicznych	14,0	24,6
prawnych	4,4	5,4
technicznych	13,2	12,2
humanistycznych	11,5	7,1
o zdrowiu	0,8	1,0
o kulturze fizycznej	3,5	4,0
biologicznych	2,6	1,0
o Ziemi	0,8	0,3
sztuk plastycznych	3,5	1,7
matematycznych	0,8	6,4
chemicznych	0,8	3,7
fizycznych	0,8	0,0
rolniczych	1,6	2,4

Źródło: badania własne.

Respondenci zostali wyłonieni w drodze doboru nieprobabilistycznego. Był on oparty na ich dostępności i zgłoszeniu chęci udziału w badaniach (Babbie, 2013, s. 211).

### **Wyzwania metodologiczne w badaniach osób z uszkodzonym narządem słuchu**

Dorota Podgórska-Jachnik (2013, s. 179) zauważa, że badania wśród osób z uszkodzonym narządem słuchu należą do bardzo trudnych. W przypadku badań ilościowych z wykorzystaniem kwestionariuszy badawczych i obejmujących większe grupy osób słabosłyszących i niesłyszących podstawową trudność

sprawa bardzo duże zróżnicowanie respondentów pod względem przejawianych kompetencji językowych. W pewnym stopniu sytuację tę odzwierciedla zaproponowana przez Kazimierę Krakowiak (2006) pedagogiczna typologia uszkodzeń słuchu obejmująca ponad 100 szczegółowych kategorii funkcjonalnych. Mowa tu nie tylko o kompetencjach w zakresie języka polskiego, ale także – co podkreśla autorka prezentowanych badań – języka migowego. Poziom kompetencji w języku ogólnonarodowym (tu: polskim) może kształtować się od niskiego do wysokiego (biegłego). Tak samo dzieje się w przypadku języka migowego. Wśród osób z uszkodzonym narządem słuchu spotyka się takie, które posługują się językiem migowym na wysokim poziomie, pozwalającym komunikować o wszystkim i w każdym czasie, oraz takie, którym niski poziom opanowania języka migowego pozwala na porozumiewanie się w sposób najprostszy (u podstaw dyskusji nie tkwią więc kwestie dotyczące samego języka migowego – jego zróżnicowania i rozwoju – ale wrodzonych i/lub nabytych zdolności osoby do posługiwania się znakami języka – kodem językowym – niezależnie od jego rodzaju). Przystępując do badań, należy zatem uwzględnić z jednej strony sposób/sposoby komunikowania się respondentów (np. język polski mówiony/pisany, klasyczny język migowy, PJM, SJM lub ich połączenia), z drugiej zaś poziom biegłości w danym/danych języku/językach, którym/którymi posługują się respondenci. Tak więc w przypadku dociekań kwestionariuszowych badacz powinien zadbać zarówno o odpowiedni sposób komunikowania się, jak też o to, by sposób sformułowania komunikatów i pytań badawczych był zrozumiały dla wszystkich potencjalnych respondentów.

W przypadku dużych, niejednorodnych pod względem środków komunikowania się grup może zaistnieć potrzeba prowadzenia badań lub przygotowania podwójnej baterii testów, tj. w języku polskim i języku migowym lub symultanicznie w języku polskim i języku migowym. Należy wówczas zadbać o zgodność przekładu pytań badawczych w każdym z języków. Innymi słowy, pytanie badawcze, niezależnie od języka, powinno przedstawiać tę samą treść, a badany powinien móc odpowiedzieć na nie w tym samym zakresie, bez konieczności odniesienia się do dodatkowych interpretacji czy kategorii pojęciowych występujących tylko w jednym z języków. Należy przy tym uwzględnić różnice doświadczeń życiowych badanych jako osób słabosłyszących i niesłyszących, które odzwierciedlają się w języku (por. Young, Hunt, 2011).

Przygotowując się do opisanych tu badań, podjęto wiele kroków zmierzających do wypracowania rozwiązań metodologicznych, które umożliwiłyby efektywne przeprowadzenie badań wśród dużej grupy studentów słabosłyszących i niesłyszących. Po pierwsze, w trakcie badania pilotażowego oraz dzięki konsultacjom ze studentami z niepełnosprawnością słuchową, spośród zastanych narzędzi badawczych dokonano wyboru tego, które mierzy interesujący konstrukt, a jednocześnie jest dostosowane pod względem użytego języka do możliwości percepcyjnych dużej grupy osób niesłyszących. Pod kątem przydatności

do badań sprawdzono takie narzędzia, jak: *Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności* autorstwa R. Schwarzera i M. Jerusalema w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego, *Test Poczucia Skuteczności* autorstwa M. Chomczyńskiej-Rubachy oraz K. Rubachy oraz *Skala Kompetencji Osobistej (KompOs)* Z. Juczyńskiego. Jako główne kryteria wyboru narzędzia przyjęto: pytania badawcze przedstawione za pomocą języka pozbawionego licznych odniesień do kategorii abstrakcyjnych, sformułowane w sposób krótki, (łatwo) dające się przełożyć się na naturalny język migowy na poziomie zrozumiałym dla wszystkich potencjalnych respondentów. Badania pilotażowe i konsultacje ze studentami słabosłyszącymi i niesłyszącymi pokazały, że językowo najbardziej przystępna dla osób z uszkodzonym narządem słuchu była Skala KompOs.

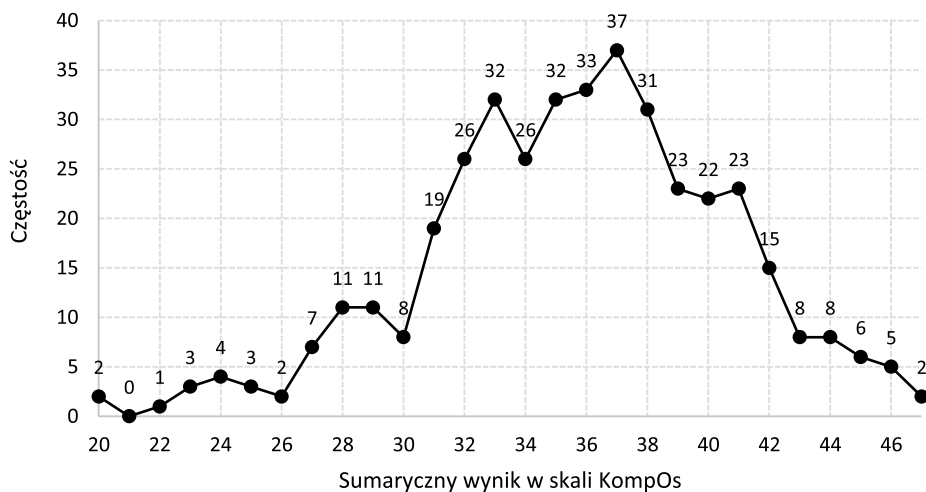
W tym miejscu warto przytoczyć pogląd Podgórskiej-Jachnik (2013, s. 181–182), według której w projektowaniu badań osób niesłyszących kluczowy może być wybór metod komunikacyjnych. Bateria stosowanych testów badawczych – wyjaśnia wspomniana badaczka – może połączyć się w swoisty (bri)koleż metodologiczny, w którym kryterium uniwersalności komunikacyjnej dominuje nad innymi aspektami badania. W hierarchii wyborów badacza forma testów z konieczności górować będzie nad ich treścią, choć można uzyskać na podstawie tak przygotowanej baterii testów całkiem ciekawe obrazy.

Po dokonaniu w trakcie badania pilotażowego wyboru Skali Kompetencji Osobistej (KompOs) Z. Juczyńskiego jako narzędzia do badań właściwych, autorka artykułu wraz z lektorem Polskiego Języka Migowego (osobą słabosłyszącą, biegłą w zakresie języka polskiego oraz naturalnego języka migowego) opracowała przekład treści narzędzia na Polski Język Migowy. Podczas pracy nad narzędziem rozważane były kwestie zarówno używania poszczególnych znaków ideograficznych (unikanie tzw. regionalizmów, dobór znaków migowych najczęściej używanych w społeczności osób z uszkodzonym narządem słuchu), jak też zastosowania konstrukcji gramatycznych zdań w PJM. Każde z przetłumaczonych na język migowy pytań badawczych wraz z kafeterią odpowiedzi zostało następnie zarejestrowane w formie video.

Nagrania video zostały zintegrowane w kwestionariusz badawczy w języku polskim i w Polskim Języku Migowym (kwestia przygotowywania narzędzi internetowych do badań w języku migowym zasługuje na osobne i obszerne potraktowanie). Po sprawdzeniu narzędzia w procesie ponownych badań pilotażowych została przygotowana ostateczna wersja narzędzia, gotowa do udostępnienia studentom słabosłyszącym i niesłyszącym.

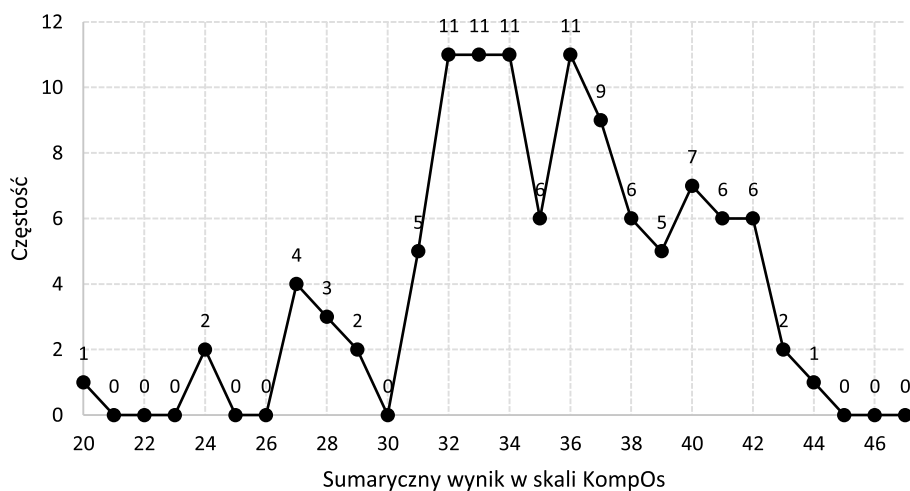
### **Analiza wyników badań**

W celu scharakteryzowania badanych studentów pod względem poczucia własnej skuteczności – mierzonego skalą KompOs – posłużono się analizą rozkładu wyników surowych oraz statystykami opisowymi (zob. wykresy 1–3).



**Wykres 1.** Rozkład wyników surowych w skali KompOs dla ogółu badanych studentów ( $n = 400$ )

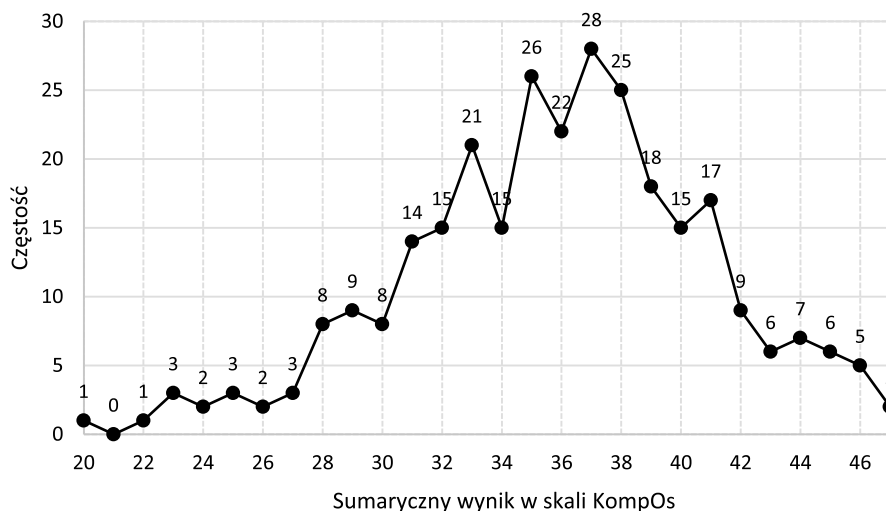
Źródło: badania własne.



**Wykres 2.** Rozkład wyników surowych w skali KompOs w grupie badawczej A ( $n = 109$ )

Źródło: badania własne.

Rozkład wyników w skali poczucia własnej skuteczności KompOs okazał się lewoskośny zarówno w grupie A, jak i grupie B: test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa (KS) dla grupy A wyniósł  $KS_A(109) = 0,088$ ;  $p = 0,034$ , dla grupy B  $KS_B(291) = 0,071$ ;  $p < 0,001$ , przy współczynnikach skośności (SKE) i kurtozy (K):  $SKE_A = -0,47$ ;  $K_A = 3,33$ ;  $SKE_B = -0,29$ ;  $K_B = 3,06$  (symbol w indeksie dolnym oznacza grupę badawczą, dla której uzyskano wynik, np.  $SKE_A$  należy interpretować jako współczynnik skośności dla grupy badaw-



**Wykres 3.** Rozkład wyników surowych w skali KompOs w grupie badawczej B ( $n = 291$ )

Źródło: badania własne.

czej A). Oznacza to, że większość badanych – zarówno studentów z uszkodzonym narządem słuchu, jak i studentów, u których ono nie występowało – uzyskiwała wyniki skoncentrowane wokół wartości wysokich (tj. interpretowanych jako wysoki poziom poczucia własnej skuteczności). Wartość mediany w grupie A wyniosła  $Me_A = 35$  (przy  $min_A = 20$ ,  $max_A = 44$ ), w grupie B  $Me_B = 36$  (przy  $min_B = 20$ ,  $max_B = 47$ ). Szczegółowe statystyki opisowe dotyczące omawianej zmiennej zostały zamieszczone w tabelach 5 i 6.

W przypadku median oraz średnich uzyskanych na skali KompOs przez studentów A i B było wyraźnie widoczne podobieństwo między grupami. W celu weryfikacji istotności statystycznej obserwowanego podobieństwa przeprowadzono nieparametryczny test rang Wilcoxona. Wyniki testu pozwoliły na przyjęcie hipotezy zero o braku różnic między grupami w zakresie przejawianego uogólnionego poczucia własnej skuteczności:  $Z(400) = 0,130$ ;  $p = 0,896$ ;  $r = 0,01$ . Porównywane grupy cechował podobny, wysoki, poziom poczucia własnej skuteczności.

Kolejnym krokiem stało się porównanie studentów A i B pod względem wyników osiągniętych w poszczególnych podskalach KompOs. Statystyki opisowe dotyczące wyników uzyskanych w skalach KompOs A („siła konieczna do zainicjowania działania”) oraz KompOs B („wytrwałość niezbędna do kontynuowania działania”) przedstawiono w tabeli 5.

W przypadku podskali dysponowanie siłą, koniecznej do zainicjowania działania, zastosowany test Wilcoxona wykazał, że mediana wartości obserwowanych w grupie A ( $Me_A = 18$ ) była w sposób istotny statystycznie niższa od wartości mediany w grupie B ( $Me_B = 19$ ),  $Z(400) = 2,58$ ;  $p = 0,010$ , przy jedno-

**Tabela 5.** Statystyki opisowe zmiennej uogólnione poczucie własnej skuteczności w grupach: A i B oraz dla ogółu badanych

	<i>N</i>	Średnia	Mediana	Odch. stand.	Min.	Maks.	Skośność	Kurtoza
<b>Grupa A</b>								
KompOs A	109	17,54	18	2,76	9	23	-0,84	4,07
KompOs B	109	17,61	17	3,11	10	24	0,10	2,48
KompOs cz. A i B	109	35,16	35	4,56	20	44	-0,47	3,33
<b>Grupa B</b>								
KompOs A	291	18,29	19	2,93	9	24	-0,60	3,08
KompOs B	291	17,58	18	3,32	7	24	-0,14	2,82
KompOs cz. A i B	291	35,86	36	5,05	20	47	-0,29	3,06
<b>Ogółem grupy A i B</b>								
KompOs A	400	18,08	18	2,90	9	24	-0,63	3,33
KompOs B	400	17,58	18	3,26	7	24	-0,08	2,75
KompOs cz. A i B	400	35,67	36	4,93	20	47	-0,31	3,14

Źródło: badania własne.

czesnej niskiej wartości wielkości efektu ( $r = 0,13$ ). W świetle tych danych hipotezę o występowaniu ewentualnych różnic w zakresie poziomu poczucia siły do zainicjowania działania między grupami A i B można było traktować jako prawdopodobną. Należy mieć przy tym na uwadze, że różnice między grupami były niewielkie.

W przypadku podskali wytrwałość, niezbędnej do kontynuowania działania, test Wilcozona wykazał brak różnic między porównywanymi grupami:  $Z(400) = 0,130$ ;  $p = 0,896$ ;  $r = 0,01$ .

Na następnym etapie analiz zasadne stało się sprawdzenie, czy obserwowane na poziomie ogólnym różnice i podobieństwa między studentami A i B mogły być wywołane zróżnicowaniem badanych pod względem cech środowisk szkół wyższych, z których się wywodzili. W tym celu postanowiono porównać ze sobą wyniki studentów A i B sparowanych pod względem wybranych elementów przestrzeni edukacyjnej szkoły wyższej. Wyodrębniono dwa sposoby dopasowania. W pierwszym (I) dobrano badanych do pary ze względu na stopień studiów, dziedzinę nauki oraz miejsce uczelni w rankingu szkół wyższych (posłużono się rankingiem uczelni akademickich *Perspektywy*). W drugim (II) zastosowano takie kryteria doboru, jak: rok studiów, kierunek, uczelnia. Poprzez wyeliminowanie wymienionych zmiennych dążono do jak najdokładniejszego

**Tabela 6.** Podział na percentyle wyników otrzymanych na skali KompOs w grupach A i B

Sumaryczny wynik na skali KompOs	Grupa (w %)		
	A <i>n</i> = 109	B <i>n</i> = 291	Ogółem <i>n</i> = 400
20	1	0	1
22	1	1	1
23	1	2	2
24	3	2	3
25	3	3	3
26	3	4	4
27	6	5	6
28	9	8	8
29	11	11	11
30	11	14	13
31	16	19	18
32	26	24	24
33	36	31	32
34	46	36	39
35	51	45	47
36	61	53	55
37	70	62	64
38	75	71	72
39	80	77	78
40	86	82	83
41	92	88	89
42	97	91	93
43	99	93	95
44	100	96	97
45	100	98	98
46	100	98	100
47	0	100	100

Źródło: badania własne.

porównania wyników ze względu na stan narządu słuchu (innymi słowy, do ukazania tego, na ile występujące między osobami A i B ewentualne różnice były spowodowane wystąpieniem uszkodzenia narządu słuchu u jednych z nich, nie zaś cechami środowisk edukacyjnych, w których studenci partycypowali). Przeprowadzone w tym zakresie analizy zaprezentowano w tabeli 7.



**Tabela 7.** Porównanie wyników osiągniętych na skali KompOs w grupach A i B oraz dla ogółu badanych dopasowanych według sposobów I i II

Podskala	Grupa	N	Średnia	Mediana	Odch. std.	Z	P	R
<b>Poziom dopasowania I</b>								
KompOs A	A	83	17,3	18	3,68	2,820	0,005	0,16
	B	241	18,29	19	3,45			
<b>Poziom dopasowania II</b>								
KompOs A	A	42	17,21	18	4,36	1,762	0,078	0,13
	B	150	18,07	19	3,62			
<b>Poziom dopasowania I</b>								
KompOs B	A	82	17,40	17	3,11	0,252	0,801	0,01
	B	242	17,48	18	3,36			
<b>Poziom dopasowania II</b>								
KompOs B	A	41	17,49	17	2,85	0,053	0,958	0,01
	B	151	17,44	18	3,44			
<b>Poziom dopasowania I</b>								
KompOs A i B	A	82	34,79	35	4,53	0,252	0,801	0,01
	B	241	35,76	36	5,068			
<b>Poziom dopasowania II</b>								
KompOs A i B	A	41	34,73	36	4,74	0,053	0,958	0,00
	B	150	35,50	36	5,05			

Źródło: badania własne.

Zaprezentowane w tabeli 7 dane wskazują na brak różnic między dopasowanymi w sposób I i II badanymi A i B w zakresie deklarowanego uogólnionego poczucia własnej skuteczności oraz jego komponentu – wytrwałości w podjętym działaniu. Pewne różnice zaobserwowano natomiast w zakresie poczucia siły do zainicjowania działania. Różnice obserwowane na poziomie ogólnym pozostały na zbliżonym poziomie przy sparowaniu respondentów według sposobu I, zniknęły zaś przy zastosowaniu sposobu dopasowania II.

Ostatnim krokiem stała się odpowiedź na pytanie: *Czy stopień uszkodzenia narządu słuchu jest czynnikiem różnicującym studentów pod względem poziomu poczucia własnej skuteczności?* Poza porównaniem grup osobno, porównano wyniki grupy A1 z połączonymi ze sobą mniej licznymi grupami A2 i A3 (osoby z uszkodzeniem narządu słuchu w stopniu znacznym lub głębokim z reguły nie są w stanie rozumieć mowy dźwiękowej drogą słuchową nawet z użyciem protezy – Pèrier, 1992, s. 20 – z tego powodu za uprawnione uznano ich łączne potraktowanie w analizach; osobom z uszkodzonym narządem słuchu w stopniu

umiarkowanym rozumienie mowy drogą słuchową bez protezy lub z nią sprawia trudność, lecz często jest jednak możliwe – Pèrier, 1992, s. 20). Wyniki analiz zaprezentowano w tabelach 8 i 9.

**Tabela 8.** Porównanie grup A1 i A2 + A3 pod względem wyników uzyskanych na skali KompOs

	Grupa	<i>n</i>	Średnia	Mediana	Odch. stand.	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>R</i>
Kompos A	A1	60	17,80	18	2,55	0,569	0,570	0,05
	A2 + A3	49	17,22	18	2,98			
KompOs B	A1	60	17,37	17	2,95	0,806	0,420	0,08
	A2 + A3	49	17,90	18	3,30			
KompOs cz. A i B	A1	60	35,20	35	4,21	0,134	0,893	0,01
	A2 + A3	49	35,10	36	5,01			

Źródło: badania własne.

Przedstawione w tabeli 8 wyniki wyraźnie wskazują na brak różnic w zakresie zarówno uogólnionego poczucia własnej skuteczności, jak i jego komponentów między grupami A1 i A2 + A3.

Analogiczne obliczenia dla grup A1, A2 i A3 także nie wskazują na występowanie w tym zakresie różnic między grupami (zob. tabela 9).

**Tabela 9.** Porównanie grup A1, A2 i A3 pod względem wyników uzyskanych na skali KompOs

	Grupa	<i>n</i>	Średnia	Mediana	Odch. stand.	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>eta2</i>
Kompos A	A1	60	17,80	18	2,55	0,99	0,373	0,02
	A2	21	17,62	18	2,33			
	A3	28	16,93	18	3,39			
KompOs B	A1	60	17,37	17	2,95	0,81	0,448	0,02
	A2	21	17,43	18	3,40			
	A3	28	18,25	17,5	3,24			
KompOs cz. A i B	A1	60	35,20	35	4,21	0,01	0,991	0,02
	A2	21	35,05	36	4,65			
	A3	28	35,14	35	5,35			

Źródło: badania własne.

Zarówno w przypadku średnich, jak i median uzyskanych przez badanych w całej skali KompOs oraz w jej poszczególnych podskalach, widoczne jest wyraźne podobieństwo między poszczególnymi grupami. Wyniki analizy warian-

cji ANOVA potwierdziły brak występowania statystycznie istotnych różnic między studentami A1, A2 i A3 zarówno w przypadku obu podskal, jak i wyniku ogólnego w skali.

### Dyskusja na temat wyników badań własnych

Uzyskane w toku analiz wyniki badań pozwoliły na ustalenie następujących faktów. Większość z badanych studentów z uszkodzonym narządem słuchu cechowało wysokie poczucie własnej skuteczności. Pod tym względem nie różnili się oni od studentów słyszących. Porównanie obu grup w zakresie komponentów składających się na poczucie własnej skuteczności dostarczyło natomiast następujących obserwacji: studentów z uszkodzonym narządem słuchu charakteryzowało nieznacznie słabsze poczucie „siły koniecznej do zainicjowania działania” (KompOs A), przy czym różnica między grupami była niewielka. W pewnym, nieznacznym stopniu mogła być ona związana z cechami środowiska edukacyjnego, w którym badani uczestniczyli. W zakresie komponentu „wytrwałość niezbędna do kontynuowania działania” (KompOs B) obie grupy osiągały porównywalne wyniki. Stopień uszkodzenia narządu słuchu nie różnicował studentów pod względem uzyskiwanych wyników zarówno w zakresie uogólnionego poczucia własnej skuteczności, jak i jego komponentów.

Odnosząc uzyskane wyniki do polskich badań nad poczuciem własnej skuteczności wśród studentów z wadami słuchu, należy wspomnieć o analizach Grażyny Dryżałowskiej (2015, s. 170–171). Przepadała ona 26 osób w wieku 19–30 lat z obustronną głęboką głuchotą, które preferowały w procesie komunikacji język foniczny i funkcjonowały jako osoby słabosłyszące. Większość badanych (16 osób) stanowiła młodzież studiująca. Wyniki uzyskane w grupie osób z uszkodzonym narządem słuchu badaczka zestawiała z wynikami otrzymanymi w grupie kontrolnej, którą utworzyło 29 słyszących studentów i studentek. Nie stwierdziła statystycznie istotnej różnicy między wynikami obu grup. Obie porównywane grupy charakteryzowały się wysokim poziomem poczucia własnej skuteczności. Badania zostały przeprowadzone z zastosowaniem skali GSES. Średnia wartość wyników na skali w grupie osób słabosłyszących wynosiła  $M = 7,35$  przy odchyleniu standardowym równym  $SD = 1,62$ . W grupie kontrolnej wskazania te wynosiły:  $M = 7,38$ ;  $SD = 1,52$ . Na podstawie wyników analizy wariancji  $F(1,53) = 0,01$ ,  $p > 0,05$  stwierdzono, że otrzymana różnica nie była istotna statystycznie.

Wyniki badań Dryżałowskiej oraz zaprezentowanych w tym artykule sytuują się obok analiz (Byra, 2014, s. 11–12), które ukazują w życiu jednostek obarczonych trwałymi uszkodzeniami kontrastujące zjawiska, np. doświadczenie niepełnosprawności i wysokiej satysfakcji życiowej czy poczucie szczęścia przy znacznie obniżonej sprawności psychofizycznej. Kwestionują determinizm postrzegający jednostkę w kategoriach konsekwencji jej biologicznych charakterystyk (Pluskota-Lewandowska, 2011, s. 155). Wskazują na zasoby, które są w sta-

nie pomóc człowiekowi nie tylko mierzyć się z trudnościami, lecz także przejść ponad nimi i prowadzić do optymalnego funkcjonowania (por. Seligman, 2000; Trzebińska 2008; Kwiatek, Wilczewska, 2015, s. 141).

W przypadku osób z niepełnosprawnością (tu osób z uszkodzonym narządem słuchu) warto rozważać poczucie własnej skuteczności nie tylko jako czynnik warunkujący ich osiągnięcia (tu osiągnięcia na szczeblu edukacji wyższej), lecz także jako czynnik tłumaczący rezultaty wcześniejszych oddziaływań wychowawczo-edukacyjnych, jakim była poddana osoba. Osoby z niepełnosprawnościami w ciągu swojego życia mogą doświadczać licznych trudności i barier (np. barier w dostępie do wiedzy i informacji, mentalnych, kulturowych) w funkcjonowaniu pośród społeczeństwa tworzonego przez pełnosprawną większość. Na bariery mogą napotykać również w środowiskach wychowawczych i edukacyjnych. Rozumiejąc czynniki społeczne, które wpływają na kształtowanie się poczucia własnej skuteczności, warto podejmować starania o to, aby tworzyć takie środowiska, które umożliwią pełny rozwój ich uczestników, m.in. poprzez wykształcanie i wzmacnianie w nich sił potrzebnych do mierzenia się z przyszłymi wyzwaniami. Zasoby, z których studenci z uszkodzonym narządem słuchu czerpią dla swojej edukacji akademickiej, mają źródła we wczesnych okresach życia i obejmują doświadczenia ze wszystkich środowisk wychowawczych, w których studenci dorastali.

## Bibliografia

- Babbie, E. (2013). *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: WN PWN.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: WN PWN.
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zyski S-ka.
- Bussey, K., Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 4, 676–713. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.106.4.676>
- Byra, S. (2014). Paradoks niepełnosprawności – w kręgu tezy i antytezy. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 15, 11–28.
- Chomeczyńska-Rubacha, M., Rubacha, K. (2013). Test Poczucia Skuteczności. Opracowanie teoretyczne i psychometryczne Pracowni Narzędzi Badawczych Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 1(16), 85, 85–105. <https://doi.org/10.12775/PBE.2013.007>
- Dryżałowska, G. (2015). *Satysfakcja z życia osób niedosłyszących*. Warszawa: Wydawnictwa UW. <https://doi.org/10.31338/uw.9788323520504>
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kościelak, R. (2010). *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i w chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Krakowiak, K. (2006). Pedagogiczna typologia uszkodzeń słuchu i osób nimi dotkniętych. W: K. Krakowiak, A. Dziurda-Multan (red.), *Nie głos, ale słowo... Przekraczanie barier w wychowaniu osób z uszkodzeniami słuchu* (s. 255–288). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kuhl, J. (1985). Volitional mediators of cognition – behavior consistency: Self – regulatory processes and action versus state orientation. W: J. Kuhl, J. Beckmann (red.), *Action control: From cognition to behavior* (s. 101–128). Berlin: Springer Verlag. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_6)

- Kwiatkiewicz, P., Wilczewska, K. (2015). Czym jest, a czym nie jest psychologia pozytywna? Poszukiwanie paradygmatu. *Seminare*, 36(4), 135–145.
- Locke, E.A., Latham, G.P. (1990). *A theory of goalsetting and task performance*. New York: Prentice Hall.
- Maddux, J.E., Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment. Basic principles and issues. W: J.E. Maddux (red.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (s. 37–68). New York: Plenum Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6868-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6868-5_2)
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Pèrier, O. (1992). *Dziecko z uszkodzonym słuchem. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*. Warszawa: WSiP.
- Pluskota-Lewandowska, A. (2011). Pozytywnie w edukacji. *Kultura i Edukacja*, 3(82), 147–169.
- Podgórska-Jachnik, D. (2013). *Glusi. Emancypacje*. Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Rodek, V. (2020). Poczucie własnej skuteczności jako czynnik różnicujący samodzielne uczenie się studentów. *Studia Edukacyjne*, 58, 107–122. <https://doi.org/10.14746/se.2020.58.6>
- Rubacha, K. (2013). Uogólnione poczucie skuteczności a poczucie skuteczności wychowawczej rodziców i nauczycieli. Hipoteza sytuacyjnej zmienności. *Studia Edukacyjne*, 25, 75–83.
- Schwarzer, R., Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. W: M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behaviour* (s. 163–196). Buckingham–Philadelphia: Open University Press.
- Seligman, M.E.P. (2010). *Flourish: The search for wellbeing*. Prezentacja przedstawiona podczas Sympozjum z Psychologii Pozytywnej. Wrocław, 3.01.2010.
- Smith, D.D. (2009). *Pedagogika specjalna: podręcznika akademicki*. T. 2. Warszawa: WN PWN.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Young, A., Hunt, R. (2011). *Research with d/Deaf people. Methods Review 9*. London: School for Social Care Research.

## POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI STUDENTÓW Z USZKODZONYM NARZĄDEM SŁUCHU – PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

### Abstrakt

Artykuł podejmuje problem poczucia własnej skuteczności u studentów z uszkodzonym narządem słuchu. Rozpoczyna go krótkie wprowadzenie teoretyczne w zagadnienie poczucia własnej skuteczności oraz wskazanie głównego celu publikacji, jakim jest prezentacja wyników badań nad poczuciem własnej skuteczności u studentów słabosłyszących i niesłyszących w porównaniu do studentów słyszących. Kolejno w artykule scharakteryzowana zostaje próba badawcza, którą stanowi grupa 109 studentów z uszkodzonym słuchem oraz 291 studentów słyszących, z ponad 34 różnych uczelni na terenie Polski. Podjęte badania stają się następnie okazją do poruszenia problemu wyzwań metodologicznych dociekań wśród dużych grup osób słabosłyszących i niesłyszących. Autorka opisuje przyjęte rozwiązania w zakresie wyboru narzędzia badawczego i przygotowania podwójnej baterii kwestionariuszy badawczych – w polskim języku pisanym oraz w Polskim Języku Mígowym. Szczegółowo prezentuje wyniki przeprowadzonych analiz badawczych, z których wynika, że badane osoby cechują się wysokim poczuciem własnej skuteczności. Wnioskiem z przeprowadzonych badań jest brak wpływu faktu i stopnia uszkodzenia narządu słuchu na poziom tytułowej cechy. Autorka podkreśla znaczenie wzmacniania poczucia własnej skuteczności u uczestników procesów oddziaływań edukacyjnych.

*Słowa kluczowe:* poczucie własnej skuteczności, studenci słabosłyszący i niesłyszący, badania wśród osób z uszkodzonym narządem słuchu

## SELF-EFFICACY OF STUDENTS WITH HEARING IMPAIRMENT – PRESENTATION OF THE AUTHOR’S RESEARCH RESULTS

*Abstract*

The article examines the problem of self-efficacy among hearing-impaired students. It begins with a short theoretical introduction to the issue of self-efficacy and an indication of the main goal of the article, which is to present the research results on the sense of self-efficacy in hard of hearing and deaf students compared to hearing students. Subsequently, the article characterizes a research sample, which is a group of 109 students with hearing impairment and 291 hearing students from over 34 different universities in Poland. The undertaken research then becomes an opportunity to raise the problem of challenges in methodological research among large groups of hard of hearing and deaf people. The author describes adopted solutions for the selection of a research tool and the preparation of a double set of research questionnaires – in written Polish and in Polish Sign Language. She presents the conducted research analysis results in detail, which show that the respondents are characterized by a high sense of self-efficacy. The research concludes that the hearing impairment and the degree of damage to the hearing organ do not affect the level of the feature mentioned in the article’s title. The author emphasizes the importance of empowering self-efficacy of the participants in the processes of educational influence.

*Keywords:* a sense of self-efficacy, deaf and hard of hearing students, research among people with hearing impairment

AGNIESZKA ŻABIŃSKA\*

## **STAROŚĆ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W PERSPEKTYWIE SYSTEMOWEJ, RODZINNEJ I OSOBISTEJ**

### **Wprowadzenie**

Postęp cywilizacyjny i naukowy, a także zmiany w stylu życia człowieka, są ważnymi elementami prowadzącymi do przemian demograficznych. Są one rozumiane jako wydłużanie się średniej wieku, co stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań społecznych, gospodarczych i politycznych. Starzenie się społeczeństwa jest bowiem procesem nieuchronnym i dotyka wszystkich ludzi, bez względu na stan zdrowia czy status społeczny.

Chociaż problematyka starości i niepełnosprawności intelektualnej rozumianej w kontekście starzejącego się organizmu są przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, nadal jednak ich połączenie stanowi dość nowe zjawisko na gruncie badawczym. Zagadnienia te wymagają zatem nie tylko powiązania struktur pomocowych oferowanych przez państwo, lecz także sił naukowych zarówno pedagogiki specjalnej, jak i medycyny czy psychologii. W postrzeganiu społecznym seniorów funkcjonuje swego rodzaju etykieta człowieka starego mówiąca o jego sytuacji w świecie współczesnym, podkreślająca jednak przede wszystkim wyizolowanie i osamotnienie. Takie rozumienie starości oparte jest na różnych czynnikach, m.in. zmieniających się potrzebach człowieka, ale także jego nastawieniu do starzejącego się organizmu. Niestety dość często niedogodności towarzyszące starości schodzą na plan dalszy w natłoku niezwykle szybko zmieniającej się rzeczywistości. Ujmując zagadnienie globalnie, kulturę każdej społeczności niewątpliwie mierzy się stosunkiem do

---

\* Agnieszka Żabińska (<https://orcid.org/0000-0002-2035-491X>); Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa; tel. +48 22 5893600; e-mail: azabinska@aps.edu.pl

starego człowieka. Zmieniająca się sytuacja demograficzna stała się zatem impulsem do nowego postrzegania starości oraz bodźcem do rozpatrywania jej w kategoriach potencjału. Ludzie starzy stanowią coraz większą grupę społeczną, a ich problemy są tak samo istotne, jak problemy ludzi młodych.

### **Koncepcje definiowania i stereotypizacji starzejącego się człowieka, w tym starzejących się osób z niepełnosprawnością intelektualną**

Wielokrotnie próbowano sformułować jednoznaczną definicję starości. Jest to jednak zagadnienie wymykające się wszelkim schematom teoretycznym. Starość ma bowiem wyraźnie określony jedynie koniec, który jest granicą życia ludzkiego. Nie da się natomiast precyzyjnie określić początku, gdyż jest on indywidualny dla każdego człowieka. O tej płynności decyduje wiele czynników fizjologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych. Stopniowe i nieodwracalne zmiany w funkcjonowaniu, jakie niesie ze sobą starość, dotyczą wielu sfer życia człowieka. Ogólnie przyjmuje się różnorodne kryteria (w zależności od gałęzi nauki), nie są one jednak wystarczające i wyczerpujące. „W literaturze przedmiotu stosuje się najczęściej podział ze względu na wiek: (a) biologiczny – zmiany w funkcjonowaniu organizmu; (b) kalendarzowy – liczba przeżytych lat; (c) ekonomiczny – wiek zakończenia aktywności zawodowej; (d) społeczny – określane przyjmowanymi postawami i rolami społecznymi; (e) prawny – określa granice wieku poprodukcyjnego” (Duda, 2013, s. 4–5, za: Gutowska, 2015, s. 11). Gerontolodzy używają zwykle klasyfikacji, w której starzejące się jednostki są przypisane do jednej z trzech grup tzw.: młodych starych, średnich starych oraz starych starych. W kontekście podziału okresu starości pisał również Wojciech Pędlich (1996), rozróżniając wczesną starość (60.–74. r.ż.), późną starość (75.–89. r.ż.) oraz starość sędziwą, długowieczność (powyżej 90. r.ż.). W jeszcze inny sposób starość podzielił Józef Kocemba (2000), uznając ludzi w wieku 60–75 lat za osoby reprezentujące „trzeci wiek”, 75–90-latków za osoby ujmowane w „starość dojrzałą” oraz osoby powyżej 90. r.ż. za osoby „długowieczne”. Światowa Organizacja Zdrowia (za: Worach-Kardas, 2015; Parchomiuk, 2019) wyodrębniła natomiast cztery grupy wiekowe osób starszych: wiek przedstarczy (od 45. do 59. r.ż.), wczesną starość, inaczej III wiek (od 60. do 74. r.ż., w tym *young elderly* – od 65. do 74. r.ż.), późną starość (od 75. do 89. r.ż., w tym „sędziwą starość” – powyżej 80. r.ż.) oraz długowieczność (powyżej 90. r.ż.). Należy zaznaczyć, że tempo starzenia się i wynikające z niego różnorodne komplikacje (np. zdrowotne) przebiegają indywidualnie, przytoczone zatem podziały, mimo że wprowadzają porządek w klasyfikacjach, nie są już tak klarowne w odniesieniu do indywidualnego życia pojedynczego człowieka. Podobnie rzecz wygląda w opiniach pedagogów specjalnych zajmujących się osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Do grupy osób starzejących się zaliczają oni bowiem już osoby w wieku 45–50 lat (Domagała-Zyśk, 2014; Gutowska, 2019).



Aby starzenie się człowieka przebiegało w miarę możliwości w sposób bezstresowy, niezbędne jest zapewnienie mu odpowiedniego wsparcia: rzeczowego, instrumentalnego, emocjonalnego czy wartościującego. Pomimo tego, że literatura przedmiotu dotycząca funkcjonowania osób starszych jest obszerna, dość rzadko można w niej odnaleźć informacje na temat starzejących się osób z niepełnosprawnością intelektualną. Co interesujące, kwestionowana bywa już sama definicja „udanego starzenia się” w kontekście tej grupy ludzi, gdyż wyklucza ona niepełnosprawność intelektualną jako jeden z jego wyznaczników. W związku z tym niewątpliwie ważne staje się przeprowadzenie pogłębionych badań dotyczących wsparcia systemowego, aktywności społecznej i analizy stanu zdrowia tej grupy osób, aby mogły wpisać się swoim życiem we wspomnianą definicję, a nie jedynie w definicję naznaczającą czy wręcz stygmatyzującą.

Pojęcie stereotypu w literaturze przedmiotu ujmowane jest jako obrazy powstające w umyśle, opierające się na własnych wyobrażeniach jednostki. Mają one charakter wartościujący, a opierają się głównie na podstawie nieobiektywnych informacji na temat danej osoby, pozbawiając człowieka poddanego stereotypizacji indywidualności i wyjątkowości oraz wtłaczając go tym samym w konkretny, z góry narzucony schemat. Stereotypy reprezentowane społecznie mają najczęściej charakter negatywny i są uogólnioną opinią grupy osób z uwagi na dość łatwo („na pierwszy rzut oka”) zauważalną cechę określającą społeczną tożsamość, np. niepełnosprawność lub wiek. Osoby takie są oceniane na podstawie ich wyglądu zewnętrznego, zwłaszcza, jeśli ten odbiega od uznawanego za standardowy i postrzegane są jako niezaradne życiowo, mało przydatne społecznie. Skutkiem tworzących się stereotypów wobec osób z niepełnosprawnościami jest zatem deformowanie ich obrazu. Powstaje w związku z tym postrzeganie negatywne, które cechuje się kilkoma ogólnymi określeniami, takimi jak sztywność osądu, jego nadmierna ogólność i nietrafność (Wojciszke, 2006, s. 471; Gutowska, 2015, s. 27–28). Informacje te są zazwyczaj powierzchowne i nie zawsze mają pokrycie w rzeczywistości. Bardzo krzywdzące dla osób z niepełnosprawnością jest to, że ludzie, którzy kierują się stereotypami, rezygnują z całościowego poznania takiej osoby, mają obniżoną chęć do altruistycznych działań, skupiają się na zaobserwowaniu negatywnych cech osoby, które potwierdzają ich stereotypowe oczekiwania (Chodkowska i in., 2010). Waga przejawianych nieprzychylnych stereotypów może ulegać osłabieniu przez budowanie pozytywnego wizerunku osób z niepełnosprawnościami poprzez różnego rodzaju akcje uświadamiające społeczeństwo, czy włączające tę grupę w obowiązki obywatelskie. Duże znaczenie w budowaniu pozytywnego wizerunku osób z niepełnosprawnością mają media, które prezentując osoby z niepełnosprawnościami jako szczęśliwe i samodzielne, jednocześnie nie eksponując tylko i wyłącznie negatywnych cech, zmieniają ich postrzeganie społeczne (Chodkowska, Szabała, 2012). Należy zwrócić uwagę, że stereotypizacja nie pozostaje jedynie działaniem jednostek upraszczających w ten sposób widzenie innego człowieka,

ale przez jej okazywanie wpływa także na samoświadomość i samoocenę osób z niepełnosprawnością intelektualną. Piętno naznacza ludzi, którzy się czymś wyróżniają od innych i „naruszają” równowagę życia tych „normalnych” (Radziewicz-Winnicki, 2009). W kontekście rozważań dotyczących stygmatyzacji pojawiają się także pojęcia współwystępujące, czyli marginalizacja, dyskryminacja oraz wykluczenie społeczne.

Z wykluczeniem i stereotypami ma się do czynienia w większym lub mniejszym stopniu w przypadku określonych grup osób. O ile jednak rasizm czy seksizm są powszechnie znane, nagłaśniane i piętnowane przez różnorodne media, o tyle ageizm, czyli uprzedzenia w stosunku do osób starszych, nie jest już pojęciem tak oczywistym dla większości społeczeństwa. Według twórcy tego terminu Roberta N. Butlera (1969, za: Palmore, 1990, s. 219) jest to „proces systematycznego tworzenia stereotypów i dyskryminowania ludzi z powodu tego, że są starzy”. Według Piotra Szukalskiego (2008) może przybierać dwie formy wyrażane przez sposób myślenia i działania poszczególnych jednostek. Są to gerontofobia rozumiana jako irracjonalna obawa przed ludźmi starymi lub gerantofilia oznaczająca upodobanie do przebywania w towarzystwie osób starszych i dostrzeganie pozytywnych stron wchodzenia w starość. Autor wyróżnił ponadto wiele określeń będących przejawami tego procesu, czyli lekceważenie, nadopiekuńczość, protekcyjność, zaniedbanie, segregacja, nadużycia finansowe i cielesne oraz eksterminacja. Określenia te nader często mają swe odniesienie w postrzeganiu osób z niepełnosprawnością intelektualną (bez względu na wiek tych osób). Ponadto w odniesieniu do starzejących się osób z niepełnosprawnością ageizm jest elementem wiedzy nie do końca jeszcze zbadanym i opisanym teoretycznie. Dostrzec można natomiast wiele cech wspólnych między podejściem zwanym ageizmem w stosunku do starzejących się osób z normą intelektualną a społecznym postrzeganiem osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Istnieje znaczne podobieństwo między stereotypami w odniesieniu do zarówno starzejących się osób sprawnych, jak i z niepełnosprawnościami. Radosław Kaczan i Małgorzata Ohme (2007) dokonali zestawienia treści i konsekwencji przejawianego rodzaju stereotypu. Pozytywny opisuje osoby starzejące się jako pogodne, uprzejme, godne zaufania, ale także wymagające specjalnego traktowania i poświęcenia im uwagi ze względu na wiek. W konsekwencji przyznawane są im prawa do aktywności, jednak w wymiarze ogólnie uznanym za właściwy dla danego wieku. Negatywny wiąże się natomiast z postrzeganiem ludzi starszych jako konfliktowych, nieelastycznych pod względem wartości i sposobu myślenia, naiwnych. Często kojarzeni są także jako osoby oczekujące pomocy zarówno od rodziny, jak i państwa. Pojawia się też swego rodzaju protekcyjność w sposobie komunikacji, co niewątpliwie kojarzy się również z niepełnosprawnością. Jednym z najbardziej negatywnych stereotypów starości jest infantylizacja. Nastawienie to opiera się na założeniu, że ludzie starzy są jak dzieci: trzeba do nich mówić wolno i wyraźnie, trzeba im pomagać

i ich kontrolować, jednocześnie nie traktując ich poważnie. Takie podejście i rozumienie wejścia w starość sprzyjać może utrwalaniu pewnych stereotypów, czyli traktowaniu osób z intelektualną niepełnosprawnością jako „wiecznych dzieci”, którym niedostępne jest udane, aktywne starzenie się (Krause, 2003; Jurczyk, 2021). Uznaje się ich za chorowitych, przesadnie religijnych i złośliwych, unika się ich, aby nie zarazić się zniechęceniem. Rzadko pojawiają się pozytywne opinie, a dotyczą one przede wszystkim pełnienia roli dziadka lub babci i skuteczności dbania o kondycję fizyczną. Lata, których dożyli, są nazywane „złotym wiekiem” – co ma być oznaką dostojności i mądrości (Nawrocka, 2013).

Konsekwencją wspomnianego naznaczenia jest często negatywne nastawienie do osób starszych, unikanie kontaktów z nimi czy odmawianie im dostępu do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Ponadto w opinii społecznej często pojawia się stereotypowe określenie mówiące o tym, że zarówno osoba starsza, jak i z niepełnosprawnością postrzegane są przede wszystkim jako biorcy, czyli ludzie niewiele dający z siebie, a wymagający stałej opieki i wsparcia. Zasadniczą różnicą natomiast jest to, że ludziom starszym przypisywanych jest wiele pozytywnych atrybutów, takich jak: wiedza, mądrość życiowa, cierpliwość czy autorytet. Cech tych niewątpliwie nie przypisuje się ludziom z niepełnosprawnością intelektualną. Pamiętać trzeba, że człowiek z niepełnosprawnością intelektualną zmagają się ze stereotypami i marginalizacją już od początku życia, ludźmi starszymi natomiast stajemy się z wiekiem. To, jak należy rozumieć tę konkluzję, pozytywnie czy negatywnie, zależy w znacznej mierze od wiedzy i doświadczenia osoby wyrażającej swoje zdanie. Osoba z niepełnosprawnością przecież podlega prawom natury, również w kwestii starzenia się, co niesie za sobą nowy dla niej rodzaj niesprawności. Sprawna natomiast może mieć ogromną trudność w odnalezieniu się w nowej rzeczywistości – rzeczywistości człowieka starego i w pewnym sensie mniej sprawnego.

### **Trudności charakterystyczne dla wieku starczego osób z niepełnosprawnością intelektualną – perspektywa osobista**

Starość, podobnie jak każdy inny etap rozwojowy człowieka, charakteryzuje się specyficznymi cechami, które w znaczącym stopniu determinują jego życie. Obserwowany obecnie wydłużający się etap starości przeżywany jest w coraz lepszej kondycji fizycznej, co niewątpliwie jest pozytywem, jednak implikuje wiele nowych potrzeb, a ich zaspokajanie napotyka na różnorodne przeszkody związane z jakością życia. Wzrost populacji osób starszych z niepełnosprawnością wynika m.in. ze zmian jakości opieki i wsparcia, częściej dostosowywanych do indywidualnych potrzeb. Wiele osób z niepełnosprawnością intelektualną osiąga obecnie wiek średni i starczy. Mimo że w porównaniu do populacji ogólnej w dalszym ciągu mają one krótszy prognozowany czas życia i zwiększone ryzyko przedwczesnej śmierci, to obecnie żyją znacznie dłużej niż jeszcze kilkadziesiąt lat temu.

Wzrost liczby tych osób w wieku starszym rodzi konieczność podejmowania różnorodnych działań zmierzających do zapewnienia optymalnych warunków na tym etapie ich życia, uwzględniających tradycyjne idee i postulaty dotyczące podstaw rehabilitacji i wsparcia, ale także podejścia skoncentrowanego na człowieku i jego samostanowieniu. Należy przy tym pamiętać o kompleksowości, a jednocześnie podmiotowości oraz indywidualizacji, czyli ważnych elementach odnoszących się do wspomnianych wcześniej uwarunkowań osobniczych i środowiskowych (Żyta, 2018; Myśliwczyk, 2019). W centrum założeń pomocowych i wspierających pozostaje potrzeba analizowania doświadczeń samych zainteresowanych, tj. osób z niepełnosprawnością.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną wraz z wiekiem są bardziej narażone na problemy zdrowotne niż ich pełnosprawni rówieśnicy. Część z dysfunkcji wiąże się z etiologią, w takiej sytuacji problemy związane z „normalnym” starzeniem mogą się nakładać na istniejące już choroby i zaburzenia (Hogg i in., 2001). W latach 80. XX w. wprowadzono do praktyki klinicznej i literatury przedmiotu określenie „podwójna diagnoza”, czyli dostrzeżenie współwystępowania u osoby z niepełnosprawnością intelektualną zaburzenia zdrowia psychicznego. Wcześniej symptomy poszczególnych zaburzeń były przypisywane niepełnosprawności intelektualnej i nie traktowano ich jako odrębnych zagadnień. W literaturze przedmiotu używa się ponadto określenia „diagnostyczne zaciemnienie” (Reiss, Levitan, Szyszko, 1982), co oznacza przypisywanie występujących nieprawidłowości lub zachowań (najczęściej dotyczy to zaburzeń psychicznych) zdiagnozowanej wcześniej niepełnosprawności intelektualnej. Prowadzi to do niepodejmowania interwencji, a w konsekwencji może być czynnikiem wpływającym na utrwalenie lub pogłębienie złego stanu pacjenta (Baker, Chappman, Mitchell, 2009; Zasępa, 2011; Parchomiuk, 2019).

Warto w tym miejscu dodać, że jak wskazują badania (Zaal i in., 2013) starsze osoby z niepełnosprawnością intelektualną (powyżej 50. r.ż.) są dość często narażone na błędy w zakresie nie tylko diagnozy, lecz także przepisywanych im leków (Żyta, Ćwirynkało, 2014). Istotne jest zwrócenie uwagi, że w przypadku osoby z niepełnosprawnością, brak skargi lub niejasny przekaz dotyczący objawów choroby nie oznacza, że choroby nie ma. Zasadna staje się zatem nawet przesadna ostrożność w wydawaniu opinii i sądów. Standardowe testy wiedzy, sprawdzające ewentualne zanikanie sprawności poznawczych, do których dochodzi w przypadku demencji czy choroby Alzheimera, nie mają zastosowania w tej populacji, ponieważ zadania te są zasadniczo zbyt skomplikowane ze względu na poziom inteligencji pacjenta. Trudno jest także zauważyć pierwsze symptomy choroby związane z funkcjonowaniem w codziennym życiu, np. częste zapomnianie, utrata umiejętności czytania, dezorientacja i niepokój. Objawy te często są łączone z niepełnosprawnością intelektualną jako taką, a nie z chorobami wieku starczego. Sprawia to, że wspomniane choroby są wykrywane zasadniczo później (nawet o 2–3 lata) niż u ogólnej populacji, co utrudnia lecze-

nie i obniża jakość życia chorego (Pietras i in., 2012, s. 387; Gutowska, 2019). Oprócz trudności diagnostycznych występuje także tzw. psychospołeczne maskowanie polegające na postrzeganiu objawów przez pryzmat mniejszych umiejętności społecznych, mniejszego doświadczenia życiowego, przez co objawy te stają się mniej „bogate” i mniej zauważalne niż w populacji generalnej.

Wyczerpujące badania są niezbędne dla właściwej diagnozy, wykrycia zmian chorobowych czy pojawiających się innych niż dotychczas niepełnosprawności. Celem prawidłowo funkcjonującego systemu pomocy i opieki jest dobór indywidualnych, adekwatnych dla osoby form terapii i wsparcia. Coraz częściej podkreśla się, jak ważne jest dobre rozpoznanie i zrozumienie specyficznych problemów zdrowotnych starzejących się ludzi z niepełnosprawnością intelektualną. Jednocześnie badania wykazują, że zarówno lekarze pierwszego kontaktu, jak i opiekunowie tych osób nie znają najlepiej syndromów i potrzeb w tym zakresie, a właściwe leczenie bywa utrudnione m.in. ze względu na problemy z komunikacją, niedocenianie wagi problemu, tłumaczenie pojawiania się problemów zdrowotnych naturalnym procesem starzenia się, a nie wiązania ich z chorobami współwystępującymi z niepełnosprawnością intelektualną (Śmigiel, 2011; Doody, Markey, Doody, 2013; Bielawska, 2017).

### **Trudności charakterystyczne dla rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną w wieku starszym – perspektywa rodzinna**

W ujęciu socjologicznym rodzina jest najmniejszą, dynamiczną komórką społeczną. Definicja i funkcjonowanie rodziny podlegają ciągłym przeobrażeniom, ponieważ zmieniają się okoliczności kulturowe, ekonomiczne i społeczne. Przekształceniom podlegają postawy, warunki wewnętrzne i zależności między ludźmi, co ma związek z teorią cyklu życia, w której znaczenie mają skład, liczebność i funkcje rodziny (Szlendak, 2011).

Badacze rodziny określili osiem faz funkcjonowania rodziny: (1) – para małżeńska (bez dzieci); (2) – rodzice z małym dzieckiem; (3) – rodzice ze starszym dzieckiem/dziećmi do 6 lat; (4) – rodzice z dziećmi w wieku szkolnym; (5) – rodzice z nastolatkami; (6) – rodzice z dziećmi opuszczającymi dom; (7) – rodzice w wieku średnim (tzw. puste gniazdo, emerytura); (8) – starość i śmierć rodziców (Szlendak, 2011; Borys, 2015; Komorowska, Kozłowski, 2021). Każda z opisanych przez autorów faz jest związana z występowaniem odmiennych zachowań i problemów. W przypadku rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną etapy rozwoju rodziny wyglądają inaczej. W miejscach od drugiej do czwartej fazy pojawiają się etapy, o których mówi się, że rodzice przechodzą przez okres żałoby po utracie dziecka pełnosprawnego i potrzebują wiele czasu, aby dojść do stadium konstruktywnego przystosowania się do sytuacji, kiedy współprzebywanie ze swoim dzieckiem z niepełnosprawnością przynosi radość. Także fazy życia rodziny opisane w punktach od piątego do ósmego w przypadku rodzin

osoby z niepełnosprawnością mają inny charakter, gdyż rozwój intelektualny zatrzymuje się na etapie kilku- kilkunastoletniego dziecka, w związku z tym osoby te nie opuszczają rodzinnego domu, pozostając pod opieką rodziców. Rodzice będący w fazie siódmej lub ósmej, pomimo swoich problemów zdrowotnych związanych z wchodzeniem w okres starczy, mają ciągle na utrzymaniu i pod opieką swoje dorosłe dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Ważnym aspektem starzejącej się osoby z niepełnosprawnością są więzi rodzinne. Opiekunowie, inni niż rodzice (najczęściej rodzeństwo), muszą łączyć zadania opiekuńcze z regularną troską o własną rodzinę, ale także o starzejących się rodziców, co powoduje często występującą depresję, ograniczone kontakty społeczne, rzadsze uczestnictwo w różnych działaniach poza domem i doświadczanie trudności finansowych. Z drugiej strony pełnienie takiej opieki może wiązać się z podwyższonym poziomem samooceny, poczuciem pełnienia w życiu ważnej misji, lepszym obrazem siebie w związku z wykonywaniem czynności powszechnie uznawanych za wartościowe i przynoszące społeczne uznanie (Burke, Fish, Lawton, 2015; Davys, Mitchell, Haigh, 2016; Chabior, 2017; Parchomiuk, 2019; Jurczyk, 2021). Dlatego konieczne wydaje się stworzenie systemu wsparcia dla rodzeństwa lub opiekunów starzejących się osób z niepełnosprawnością intelektualną, tak, aby w przypadku podjęcia się tego zadania, mieli zapewnioną konieczną pomoc psychologiczną, instytucjonalną i informacyjną. Opieka nad starszymi osobami bywa bardzo absorbująca, a w sytuacji, gdy są to osoby ciężko chore – obciążająca fizycznie, psychicznie i finansowo (Żyta, Ćwirynkało, 2014).

W opiece i wsparciu dla starszych osób z niepełnosprawnością intelektualną pojawiają się zasadniczo trzy trendy. Pierwszy z nich opiera się na założeniu, że ową grupę stanowią przede wszystkim ludzie w starszym wieku, najbardziej odpowiednią dla nich pomocą jest zatem ta przewidziana dla ogółu populacji osób starszych (opieka geriatryczna dla osób z demencją, domy opieki dla osób starszych, kluby seniora itp.). Drugi model zakłada, że starość to kolejny etap życia z niepełnosprawnością, warunki opieki i wsparcia ulegają jedynie niewielkim zmianom. Trzeci to twierdzenie, że ma się do czynienia z grupą osób przejawiających specyficzne potrzeby, które nie mogą być zaspokojone ani poprzez działania adresowane do seniorów, ani też poprzez działania dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną w ramach opieki i wsparcia, jakiemu podlegali do tej pory. Obecnie funkcjonujący schemat wsparcia zakłada, że osoba z niepełnosprawnością intelektualną nadal mieszka w tym samym środowisku, w którym mieszkała i otrzymuje podobny rodzaj wsparcia w postaci opieki medycznej i terapii zajęciowej w swojej grupie. Życie jednak czasem przynosi zupełnie inne realia od tych odgórnie założonych. Wówczas osoby te mają trudność z samodzielnym zorganizowaniem sobie czasu wolnego i wypełnieniem go aktywnościami. Mają mniej od sprawnych rówieśników przyjaciół i okazji do spędzania czasu poza domem. Kontakty społeczne ograniczają się zazwyczaj do kręgu najbliższej rodziny. Często to właśnie ona dokonuje swego rodza-

ju selekcji osób będących w relacjach z osobą z niepełnosprawnością (Jurczyk, 2021). Jak podaje Remigiusz Kijak (2016), nieliczni rodzice pragną dla swoich dorosłych dzieci towarzystwa w postaci partnerów czy współmałżonków.

Pomimo tak częstej interwencji rodziny w dorosłe życie osoby z niepełnosprawnością intelektualną, to jednak głównym problemem jej wieku starszego jest zazwyczaj właśnie brak opieki ze strony członków najbliższej społeczności. Same osoby z niepełnosprawnością najczęściej nie zakładają własnych rodzin, nie mogą więc liczyć na wsparcie współmałżonka czy dzieci, ich rodzice natomiast sami często są w podeszłym wieku lub już nie żyją. Narażenie na zmiany związane ze śmiercią czy poważną chorobą rodziców (opiekunów), z którymi mieszkają, może negatywnie wpływać na stan zdrowia i samopoczucie starzejących się osób z niepełnosprawnością intelektualną. Dla wielu z nich bywa to zdarzeniem o charakterze niespodziewanym i całkowicie zmieniającym ich dotychczasowe funkcjonowanie. Zwykle wiąże się z koniecznością zmiany miejsca zamieszkania (np. przeniesienia do domu pomocy społecznej czy mieszkania innej osoby). Takie nagle zmiany często skutkują wystąpieniem problemów zdrowotnych (m.in. depresji, zwiększenia zachowań agresywnych, pojawienia się chorób o podłożu psychogennym), także zwiększenia się śmiertelności z powodu przeżytej traumy (Hole, Stinton, Wilson, 2013; Żyta, Ćwirynkało, 2014). W związku z tym należy zwiększać możliwości tych osób w zakresie samostanowienia i dokonywania wyborów opartych na własnych preferencjach, dbać o możliwość kontynuowania przyjaźni oraz kontaktów z bliskimi i znajomymi, także w sytuacji ewentualnej konieczności zmiany miejsca zamieszkania i opiekuna (Hogg i in., 2001; Drzazga, 2011; Żyta, 2013; Myśliwczyk, 2019; Jurczyk, 2021). Pozostają jednak pytania otwarte: Kto powinien podjąć się takiego rodzaju działań? Czy scedować ten obowiązek na terapeutów i nauczycieli, czy na instytucje opieki? Nasuwa się wniosek dotyczący współpracy między środowiskiem terapeutów i instytucji oraz rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zasadne wydaje się opracowanie wspólnych programów wsparcia dla wszystkich tych grup oraz określenie jasnych celów działań.

Ważne jest wczesne przygotowanie do okresu starzenia się zarówno samych rodziców, jak i ich dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, ze szczególnym uwzględnieniem budowania autonomii. Ponadto bardzo często rodzice osób z niepełnosprawnością przejawiają postawy nadopieczuńcze, które niestety mogą powodować uzależnianie międzypokoleniowe i ograniczanie samodzielności, a w konsekwencji prowadzić w przyszłości do zwiększenia obaw rodziców, o los dorosłego dziecka z niepełnosprawnością (Parchomiuk, 2019). Według Michaela L. Wehmeyera i Nancy W. Garner (2003) to, na ile autonomicznie jednostka będzie funkcjonować, jest zależne w głównej mierze nie od możliwości intelektualnych, lecz czynników środowiskowych, a to z kolei pozwala przyjąć, że przy odpowiednim wsparciu wszyscy dorośli, także z głębszymi stopniami niepełnosprawności intelektualnej, mogą i powinni mieć kontrolę nad własnym życiem.

### **Wsparcie osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich najbliższych w wieku starszym – perspektywa systemowa**

W odniesieniu do ogólnej populacji osób w podeszłym wieku postulowaną formą organizacji życia jest tzw. starzenie się w swoim miejscu, wśród rodziny i w stałym miejscu zamieszkania. Daje to osobom starszym poczucie bezpieczeństwa i możliwość łatwiejszego funkcjonowania w znanym otoczeniu (wiedzą, gdzie jest sklep, kościół, obok mieszkają znajomi i sąsiedzi w podobnym wieku). W odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną trudno jest taki postulat spełnić ze względu na zależność od woli innych osób, które zechcą podjąć się opieki.

Cenne wydaje się propagowanie programów edukacyjnych mających na celu wspieranie starzejących się rodziców w rozwijaniu ich planów na przyszłość swojego dorosłego dziecka z niepełnosprawnością. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wsparcie nieformalne zwykle ma większy wpływ na dobre samopoczucie opiekunów osób z niepełnosprawnością intelektualną niż wsparcie formalne (Walden, Pistrang, Joyce, 2000). Starzejący się rodzice potrzebują wsparcia rodziny (swoich pozostałych dzieci, dalszych krewnych), ale pozytywny wpływ na ich dobrostan może mieć także stały kontakt np. z członkami stowarzyszeń rodziców i opiekunów osób z niepełnosprawnością, ponieważ badania potwierdzają, że obawa przed tym, co stanie się z ich dzieckiem, gdy nie będą już w stanie pełnić opieki, jest dla nich jednym z bardziej znaczących problemów (Taggart i in., 2012; Hole, Stainton, Wilson, 2013). Rodzice są pełni obaw, co stanie się z ich dorosłym dzieckiem z niepełnosprawnością, czy trafi w odpowiednie, przyjazne miejsce, gdzie będzie dobrze traktowane i odnajdzie się w nowej sytuacji. Kolejnym dylematem jest decyzja o przekazaniu opieki sprawnemu rodzeństwu. W związku z tym rodzą się pytania: Czy nie będzie to sytuacja w jakiś sposób piętnująca brata lub siostrę? Czy przekazując opiekę, nie niszczy się w pewnym stopniu życia sprawnego rodzeństwa? Czy sprawne rodzeństwo lub opiekunowie są w stanie „udźwignąć” nową sytuację? Poza tym opieka nad osobą z niepełnosprawnością nie dotyczy jedynie rodzeństwa, decyzja ta dotyczy całej „nowej” rodziny i zaakceptowania przez nią tej trudnej sytuacji. Część rodziców nie chce obciążać swoich pozostałych dzieci, bojąc się, że taka pomoc może znacznie zdezorganizować ich życie codzienne albo, że może być zbyt dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym.

Ważne jest, aby pomóc w tworzeniu planów przygotowujących rodzinę do starości osoby z niepełnosprawnością. Działania takie można sprowadzić do następujących obszarów:

- określenia wizji przyszłości – wsparcia w podjęciu decyzji co do przyszłego życia w sytuacji, gdy opiekunowie (rodzice) nie będą już mogli pełnić opieki nad osobą z niepełnosprawnością intelektualną;



- ustalenia osób lub organizacji, które zajmują się wspieraniem rodzin osób z niepełnosprawnością, w każdym z okresów ich życia, np. mogą to być różnego rodzaju koła wsparcia skupiające członków rodziny, przyjaciół, znajomych;
- przeprowadzenia szczerych, konstruktywnych rozmów na temat różnych możliwości zamieszkania, np. mieszkanie z innym członkiem rodziny, chronione domy grupowe, mieszkanie samodzielne, domy pomocy społecznej;
- poznania istniejącego systemu prawnego i możliwości finansowego wsparcia;
- pomocy w wyrażeniu własnej woli członków rodziny, np. zapisy notarialne, zabezpieczenie finansowe (Taggart i in., 2012; Hole, Stainton, Wilson, 2013).

Według Iana Mansella i Christine Wilson (2010) analiza potrzeb starzejących się rodziców oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną pozwala natomiast na określenie kilku obszarów szczególnej troski. Wśród nich są:

- dostęp do opieki zdrowotnej obu grup;
- otrzymanie wsparcia (zarówno formalnego, jak i nieformalnego);
- prawo do kontaktów i relacji z innymi ludźmi (starzenie się niekiedy wiąże się z ograniczeniem kontaktów z innymi ludźmi);
- godne warunki mieszkaniowe i finansowe umożliwiające zaspokojenie potrzeb bytowych, w tym wiążących się z gorszą kondycją zdrowotną i mniejszą sprawnością zarówno rodziców, jak i ich dzieci.

Aby wspomniane postulaty były możliwe do spełnienia, jest zasadne stworzenie oddzielnych jednostek lub instytucji zajmujących się ich realizacją, ale także kształcenie kadry skoncentrowanej na obu aspektach, czyli starości i niepełnosprawności. Chodzi m.in. o przygotowanie kadry medycznej, pracowników socjalnych czy asystentów rodzin.

W Polsce osoba z niepełnosprawnością lub jej opiekun prawny mogą ubiegać się o różnorodne usługi dofinansowywane przez państwo. Są to turnusy rehabilitacyjne, likwidacja barier architektonicznych i komunikacyjnych oraz technicznych. Środki finansowe pozyskiwane są od Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz Centrum Pomocy Rodzinie (CPR). Po zakończonym etapie edukacji osoba z niepełnosprawnością może liczyć na asystenta lub trenera pracy w momencie, gdy ubiega się ona o zatrudnienie. Ponadto funkcjonują Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ), których celem jest przygotowanie osoby z niepełnosprawnością do podjęcia zatrudnienia. Osoby z głębszą niepełnosprawnością mogą znaleźć swe miejsce w Zakładach Aktywności Zawodowej (ZAZ), gdzie stwarzane są tzw. chronione warunki pracy. Coraz częściej na rynku pracy osób z niepełnosprawnością pojawiają się także spółdzielnie socjalne, w ramach których tworzone są np. kawiarnie, gdzie pracują osoby z niepełnosprawnością oraz środowiskowe domy samopomocy, których zadaniem jest rozwijanie samodzielności oraz poprawianie funkcjonowania psychospołecznego.

Wśród rozwiązań dotyczących wsparcia dorosłych osób z niepełnosprawnością i ich rodzin są: opieka wytchnieniowa, asystent osobisty oraz centra opiekuńczo-

-mieszkalne zapewniające możliwość zamieszkania w formie pobytu dziennego lub całodobowego oraz działania zwane mieszkalnictwem wspomaganym realizowane z ramienia stowarzyszeń i fundacji. Mieszkalnictwo wspomagane zastępuje pobyt w wieloosobowej stacjonarnej placówce lub stanowi element prewencji, tj. doprowadza do podniesienia kompetencji społecznych i samodzielności przez czasowe zamieszkanie w lokalu, w którym osoba może liczyć na wsparcie asystentów. Idea mieszkalnictwa wspomaganego wpisuje się w zasadę inkluzji społecznej zarówno osób w wieku senioralnym, jak i z niepełnosprawnością intelektualną.

### Podsumowanie

Mimo że geragogika jest dyscypliną nauki dynamicznie się rozwijającą, to nadal niewiele jest publikacji dotyczących seniorów z niepełnosprawnością intelektualną. W Polsce brakuje wskazań dydaktycznych do pracy z tą grupą osób oraz analiz „obszarów trudnych” (Szarota, 2015). Priorytetem staje się zatem poszukiwanie praktycznych rozwiązań uwzględniających zmiany w długości życia i występowaniu chorób współistniejących. Przewartościowanie powinno nastąpić w organizacji służby zdrowia, polityki w zakresie opieki medycznej, stworzenia nowych struktur i programów odpowiadających na potrzeby starzejących się osób z niepełnosprawnością. Zaciemnienie diagnostyczne staje się jedną z przyczyn niedostrzegania problemów tych osób. Kolejnym ważnym elementem w procesie starzenia się osób z niepełnosprawnością jest brak wsparcia rodzinnego (brak własnych dzieci i współmałżonków oraz rodziców), co powoduje pojawienie się pilnej potrzeby organizowania usług opiekuńczych. Niestety w Polsce brakuje lekarzy geriatrów, a zwłaszcza tych, którzy zajmują się leczeniem osób z chorobami genetycznymi czy niepełnosprawnością wielozakresową (złożoną).

Amadeusz Krause, Agnieszka Żyta, Sylwia Nosarzewska (2010) piszą o niedostosowaniu oferty opiekuńczej do etapów dorosłości człowieka z niepełnosprawnością, nadmiernej standaryzacji dorosłości tej populacji na skutek koncepcyjnego spłaszczenia życia jej reprezentantów oraz jednolitej oferty instytucjonalnej i infantylizacji. Zachodzi stereotypizacja w postaci: zwyczajowego zachowania – przejawianego najczęściej w rodzinach, ale także w społecznym podejściu do niepełnosprawności (np. sposób zwracania się do ludzi dorosłych), instytucjonalnej i koncepcyjnej – wyrażanej w brakach teoretycznych edukacji akademickiej, stylach i sposobach pracy w instytucjach oraz systemowym założeniu o obniżonej wydolności społecznej osób z niepełnosprawnościami. Współcześnie postuluje się holistyczne podejście do wsparcia osoby z niepełnosprawnością intelektualną, traktowanie jej w sposób podmiotowy. Zdaniem Joanny Skibskiej (2012, s. 74) oznacza to, że: „należy osobie niepełnosprawnej stwarzać takie warunki, które umożliwią jej decydowanie o sobie i swoim życiu, co w znacznym stopniu wpłynie na kształtowanie osobowości, a tym samym autonomii, która w przypadku jednostki niepełnosprawnej jest rozpatrywana wieloaspektowo”.

Dalsza eksploracja zaprezentowanej problematyki powinna zmierzać w kierunku poszerzania wiedzy na temat starości i starzenia się z perspektywy osób z niepełnosprawnością intelektualną, ale także na temat doświadczeń tych osób związanych ze starością, ich potrzeb, trudności, oczekiwań dotyczących jej poszczególnych etapów, ustosunkowań do istniejących i planowanych rozwiązań wspierających. Należy przy tym podkreślić, że istotne jest zarówno poszerzanie wiedzy osób z niepełnosprawnością, jak i umożliwianie im wyrażania własnych preferencji. Ważne jest, poza systemowym planowaniem przyszłości, terapii i rehabilitacji, zwrócenie się w stronę człowieka i jego emocji oraz obaw towarzyszących zmieniającemu się stylowi życia. Oba te aspekty są elementami kluczowymi dla samostanowienia jednostki. Warto, podsumowując ujęte w prezentowanym tekście rozważania, odnieść się do słów Antoniego Kępińskiego, który uważał, że ludzie, którzy ze swojej starości nie robią problemu, są młodszy od tych, którzy za wszelką cenę usiłują młodość zachować. Ludzie z niepełnosprawnością intelektualną zazwyczaj z pogodą ducha przyjmują to, co przynosi życie, mimo pojawiających się trudności, chorób i trudno akceptowalnych zmian, towarzyszą im uśmiech oraz radość istnienia. Zadaniem osób, które mają wpływ na życie tych ludzi jest podtrzymanie wspomnianego stanu jak najdłużej. Podstawowym zagadnieniem wydaje się zatem empatyczne postrzeganie starzejącej się osoby z niepełnosprawnością, używanie z całym przekonaniem określeń „jesień życia” czy „trzecia młodość” w kontekście tej grupy społecznej. Istotnym staje się podejście optymistyczne, aby echem przeszłości stały się słowa: „Dorosłość ludzi upośledzonych umysłowo bywa zniekształcana przez środowiska, lekceważona, ograniczana, tłumiona” (Żółkowska, 2013, s. 248).

## Bibliografia

- Backer, C., Chappman, M., Mitchell, D. (2009). Access to secondary healthcare for people with intellectual disabilities: A review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(6), 514–525. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00505.x>
- Bielawska, J. (2017). Pacjent z niepełnosprawnością intelektualną w wieku starszym. Problemy komunikacji. *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*, 25(4), 57–66.
- Borys, B. (2015). *Uczę się siebie człowieku... Z praktyki psychologa*. Gdańsk: Wydawnictwo Józef Częścik.
- Burke, M.M., Fish, T., Lawton, K. (2015). A comparative analysis of adult siblings' perceptions toward caregiving. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 53(2), 143–157. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-53.2.143>
- Chabior, A. (2017). *Wspomaganie procesu pomyślnego starzenia się u ludzi starych*. Kraków: Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Chodkowska, M., Byra, S., Kazanowski, Z., Osik-Chudowolska, D., Parchomiuk, M., Szabała, B. (2010). *Stereotypy niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Chodkowska, M., Szabała, B. (2012). *Osoby z upośledzeniem umysłowym w stereotypowym postrzeganiu społecznym*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- Davys, D., Mitchell, D., Haigh, C. (2016). Adult siblings consider the future: Emergent themes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(3), 220–230. <https://doi.org/10.1111/jar.12172>
- Domagała-Zyśk, E. (2014). Starsze osoby z niepełnosprawnością intelektualną – specyficzne potrzeby i współczesne rozwiązania. W: M. Czechowska-Bieluga, A. Kanios (red.), *Współczesne oblicza pomocy społecznej* (s. 109–120). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Doody, C.M., Markey, K., Doody, O. (2013). Future need of ageing people with an intellectual disability in the Republic of Ireland: Lessons learned from the literature. *British Journal of Learning Disabilities*, 41(1), 13–21. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2011.00716.x>
- Drzazga, A. (2011). Temat starości i śmierci w życiu osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań* (s. 37–52). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Gutowska, A. (2015). (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 8, 9–33. <https://doi.org/10.14746/ikps.2015.8.01>
- Gutowska, A. (2019). Starość i starzenie się osób z niepełnosprawnością intelektualną – wprowadzenie w problematykę. *Edukacja Dorosłych*, 1, 37–52.
- Hogg, J., Lucchino, R., Wang, K., Janicki, M. (2001). Healthy ageing – adults with intellectual disabilities: Ageing and social policy. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, 229–255.
- Hole, R.D., Stainton, T., Wilson, L. (2013). Ageing adults with intellectual disabilities: Self-advocates' and family members' perspectives about the future. *Australian Social Work*, 66(4), 571–589.
- Jurczyk, M. (2021). Ustanawianie własnej tożsamości. Cieleśność i seksualność dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: M. Jurczyk, I. Lindyberg, *(Nie)dostrzeganie dorosłości z niepełnosprawnością intelektualną. Tożsamość – cieleśność – sprawstwo – kreacja* (s. 9–80). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Kaczan, R., Ohme, M. (2007). Badania nad stereotypami ludzi starszych i przekonaniem na temat własnej starości. Projekt działań psychoedukacyjnych dla gimnazjalistów. W: A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska (red.), *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości* (s. 197–218). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Kijak, R. (2016). *Dorośli z głębszą niepełnosprawnością intelektualną jako partnerzy, małżonkowie i rodzice*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Kocemba, J. (2000). Biologiczne wyznaczniki starości. W: Z. Szarota, A. Panek (red.), *Zrozumieć starość* (s. 107–110). Kraków: Text.
- Komorowska, O., Kozłowski, A. (2021). *Jakość życia rodzin opiekujących się dorosłą osobą z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Krause, A. (2003). Problemy opieki i rewalidacji osób dorosłych z upośledzeniem umysłowym – niedobór rozwiązań w teorii i praktyce. W: K. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej* (s. 52–54). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Krause, A., Żyta, A., Nosarzewska, S. (2010). *Normalizacja środowiska społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Mansell, I., Wilson, Ch. (2010). “It terrifies me, the thought of the future”: Listening to the current concerns of informal carers of people with a learning disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 14(1), 21–31. <https://doi.org/10.1177/1744629510373045>
- Myśliwezyk, I. (2019). *Uznanie dorosłości człowieka z niepełnosprawnością. Studium socjopedagogiczne narracji osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Nawrocka, J. (2013). *Spoleczne doświadczenie starości. Stereotypy, postawy, wybory*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Palmore, E.B. (1990). *Ageism: Negative and positive*. Springer Publishing Company: New York.

- Parchomiuk, M. (2019). *Starzenie się, starość i umieranie osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pędlich, W. (1996). *Ludzie starzy*. Warszawa: Wydawnictwo CRZL.
- Pietras, T., Witusik, A., Panek, M., Kuna, P., Górski, P. (2012). Problemy zdrowia somatycznego u osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki (red.), *Niepełnosprawność intelektualna: etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia* (s. 374–398). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Radziewicz-Winnicki, A. (2009). „Piętno” jako traumatyczny stan doznawanego upośledzenia społecznego (kontynuacja pilnej debaty nad oczekiwaną rehabilitacją społeczną osób przejawiających określoną ułomność). W: Z. Gajdzica (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością w przestrzeni społecznej* (s. 15–25). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Reiss, S.S., Levitan, G.W., Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal on Mental Deficiency*, 86(6), 567–574.
- Skibska, J. (2012). Kształtowanie autonomii – osiągnięcie niezależności. W: R. Kijak (red.), *Niepełnosprawność w zwierniku dorosłości* (s. 73–92). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Szarota, Z. (2015). Uczenie się starości. *Edukacja Dorosłych*, 1, 22–35.
- Szlendak, T. (2011). *Socjologia rodziny: ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa: WN PWN.
- Szukalski, P. (2008). Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną* (s. 153–184). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Śmigiel, R. (2011). Aspekty medyczne w opiece nad osobami dorosłymi z niepełnosprawnością intelektualną. W: B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań* (s. 322–323). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Taggart, L., Truesdale-Kennedy, M., Ryan, A., McConkey, R. (2012). Examining the support needs of ageing family carers in developing future plans for a relative with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(3), 217–234.
- Walden, S., Pistrang, N., Joyce, T. (2000). Parents of adults with intellectual disabilities: Quality of life and experiences of caring. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 62–76.
- Wehmeyer, M.L., Garner, N.W. (2003). The impact of personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 4(16), 255–265.
- Wojciszke, B. (2006). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Worach-Kardas, H. (2015). *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej starości*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Zaal, R.J., van der Kaaij, A.D.M., Evenhuis, H.M., van den Bemt, P.M.L.A. (2013). Prescription errors in older individuals with an intellectual disability: Prevalence and risk factors in the Healthy Ageing and Intellectual Disability Study. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1656–1662.
- Zasępa, E. (2011). *Zaburzenia behawioralne i emocjonalne oraz ich korelaty u osób dorosłych z lekką niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Żółkowska, T. (2013). Społeczna (de)waloryzacja roli osoby niepełnosprawnej. W: Z. Gajdzica (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacie przestrzeni publicznej* (s. 40–52). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Żyta, A. (2013). Samostanowienie dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnej Polsce – pozory czy rzeczywistość?. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 4(22), 117–130.
- Żyta, A. (2018). Samostanowienie dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną a ich rodzice – dylematy i wyzwania. W: J. Głodkowska, K. Sipowicz, I. Patejuk-Mazurek (red.), *Tradycja i współczesność pedagogiki specjalnej w tworzeniu społeczeństwa dla wszystkich*.

*W 95-lecie Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej* (s. 141–154). Warszawa: Wydawnictwo APS.

Żyta, A., Ćwirynkało, K. (2014). Starzejący się rodzice, starzejące się dzieci: problemy rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Niepełnosprawność*, 13, 54–67.

## STAROŚĆ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W PERSPEKTYWIE SYSTEMOWEJ, RODZINNEJ I OSOBISTEJ

### *Abstrakt*

Ostatnie lata przyniosły wzrost zainteresowania problematyką dotyczącą wydłużania się średniej życia społeczeństwa oraz strategii radzenia sobie z nieuchronną starością. W większości publikacji pomija się jednak niezwykle ważny aspekt – starzenie się osób z niepełnosprawnościami, szczególnie w odniesieniu do niepełnosprawności intelektualnej. Zagadnienie to nabiera znaczenia ogólnospołecznego, ponieważ wspomniane osoby coraz częściej aktywnie funkcjonują w życiu społecznym, dając świadectwo inkluzji. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi szerokich grup społecznych, a zwłaszcza osób odpowiedzialnych za podejmowanie decyzji dotyczących funkcjonowania ośrodków opieki. Można go osiągnąć poprzez wskazanie możliwości, ograniczeń, a także zagrożeń dotyczących tej grupy osób w kontekście upływającego czasu. Analizy zostały dokonane na podstawie dostępnej literatury przedmiotu, zarówno z perspektywy pedagogiki specjalnej, jak i geragogiki. Wnioski pozwoliły ocenić, na ile bezstresowo i bezpiecznie przebiega proces wchodzenia w starość osób z niepełnosprawnością intelektualną. Istotne jest wskazanie, w jaki sposób można przygotować osoby z niepełnosprawnością intelektualną wkraczające w wiek starczy do nowej sytuacji życiowej. Najważniejsze jednak jest określenie sposobów poprawy obecnego stanu w zakresie zapewnienia profesjonalnej opieki, warunków bytowych dostosowanych do rodzaju i stopnia niepełnosprawności oraz ograniczeń wynikających z niedołążności wieku starczego.

*Słowa kluczowe:* niepełnosprawność intelektualna, starość, stereotypizacja wieku starszego

## OLD AGE AND INTELLECTUAL DISABILITY IN THE SYSTEMIC, FAMILY AND PERSONAL PERSPECTIVE

### *Abstract*

Recent years have brought an increased interest in the problems of extending the average life of the society and strategies of coping with the inevitable old age. However, in most publications, one remarkably significant aspect seems to be ignored – the ageing of people with disabilities, especially the intellectually disabled. The issue is gaining importance in the society, as the people with disabilities more and more frequently actively function in social life, showing the evidence of inclusion. The aim of the paper is to draw attention of a broad range of social groups. Particularly, those liable for making decisions regarding care centres. The goal would be achieved by indicating the possibilities, limitations, and threats concerning these groups of people in the context of the passing time. The analysis was made on the basis of the available literature on the subject, both from the special needs education and geragogy. The conclusions have allowed to assess how safe and stress-free the process of entering old age of people with disabilities is. It is important to indicate how people with intellectual disabilities who enter old age can be prepared for the new life situation. However, the most significant seems to be to determine the improvement of professional help service, living conditions adopted to the nature and level of disability and limitations resulting from the old age.

*Keywords:* intellectual disability, old age, stereotyping of old age

## **2022 – ROK MARII GRZEGORZEWSKIEJ**

### **JUBILEUSZ 100-LECIA APS**

25 maja 2022 r. Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie obchodziła Święto Uczelni, tym razem szczególne, bo stanowiące punkt kulminacyjny obchodów 100-lecia Akademii.

Centralnym punktem obchodów było Uroczyste Posiedzenie Senatu APS z udziałem wielu znamienitych Gości – przedstawiciele władz państwowych i samorządowych, władz uczelni z całego kraju, przedstawiciele Kościołów i związków wyznaniowych, reprezentantów organizacji pozarządowych, placówek edukacyjnych i innych instytucji zaprzyjaźnionych z APS.

Jedną z najważniejszych i najpiękniejszych chwil tej uroczystości było nadanie **Siostrze Małgorzacie Chmielewskiej** tytułu Doktora Honoris Causa Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. Siostra Chmielewska została uhonorowana za wieloletnią, pełną zaangażowania i determinacji działalność społeczną na rzecz osób znajdujących się w trudnych sytuacjach życiowych – doświadczających ubóstwa, kryzysu bezdomności, osób z niepełnosprawnościami.

Podczas uroczystości Doradca Prezydenta RP, Paulina Malinowska-Kowalczyk, odczytała list gratulacyjny od Prezydenta RP Andrzeja Dudy. Uroczystości towarzyszyły także liczne odznaczenia dla pracowników naukowo-dydaktycznych Akademii i dla samej Akademii.

Medalem pamiątkowym „**Pro Masovia**” od Marszałka Województwa Mazowieckiego Adama Struzika uhonorowano Profesor Annę Firkowską-Mankiewicz oraz Profesora Jana Czesława Czabałę za całokształt pracy zawodowej oraz zasługi na rzecz województwa mazowieckiego. Odznaczeniem „**Zasłużony dla Mazowsza**” uhonorowano samą Akademię. Odznaczenia wręczyli Magdalena Flis Dyrektor Kancelarii Marszałka oraz Adam Orliński Wiceprzewodniczący Sejmiku Województwa Mazowieckiego.

Wręczono także statuetkę Okulary Marii Grzegorzewskiej, tym razem przyznaną **Instytutowi Fizjologii i Patologii Słuchu**, którą odebrał Dyrektor Instytutu prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński.

Medale Marii Grzegorzewskiej dla szczególnie zasłużonych pracowników Uczelni otrzymali **Profesor Joanna Głodkowska** i **dr hab. Jan Łaszczyk, prof. APS**.

## INFORMACJE DLA AUTORÓW

Redakcja kwartalnika *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo* przyjmuje do opublikowania oryginalne, recenzowane prace naukowe, artykuły polemiczne, recenzje, sprawozdania z wydarzeń naukowych, przeglądy czasopism.

Nadsyłane materiały powinny być zapisane za pomocą typowego edytora tekstu (preferowany edytor: MS WORD). Tekst należy przygotować zgodnie z następującymi zasadami:

- format A4 z marginesem 3,5 cm z lewej strony;
- tekst – 30 wierszy na stronie i ok. 60 miejsc znakowych w wierszu, nie powinien zawierać poprawek;
- objętość artykułów i rozpraw:
  - minimalna: 20 tys. znaków (0,5 arkusza wydawniczego),
  - maksymalna: 40 tys. znaków (1 arkusz wydawniczy);
- praca powinna zawierać streszczenia w języku polskim i angielskim (maksymalnie po 200 słów łącznie z tytułem w każdym języku) oraz słowa kluczowe (*keywords*);
- wykresy, ilustracje (ponumerowane i opatrzone informacją, do którego miejsca w tekście się odnoszą) należy umieszczać w oddzielnych plikach, podając nazwy programu, za pomocą którego zostały wykonane;
- literatura przedmiotu powinna być umieszczana na końcu pracy w układzie alfabetycznym;
- odwołania należy umieszczać w tekście głównym (bez przypisów); powinny mieć postać: (Zaorska, 2002).

### Sporządzanie bibliografii

Pozycje bibliograficzne muszą być pełne, z DOI, w porządku alfabetycznym, pisane z dokładnym przestrzeganiem kolejności poszczególnych składników, z jednolitą interpunkcją. Kolejność zapisu bibliograficznego jest następująca:

- (1) autor(zy) – wszyscy, niezależnie od liczby,
- (2) rok wydania pozycji,
- (3) tytuł książki, rozdziału, artykułu, dysertacji, pracy dyplomowej, referatu lub raportu,
  - (a) książka: miejsce wydania i nazwa wydawnictwa,
  - (b) rozdział: redaktor(zy), tytuł książki, strony, miejsce wydania, wydawca,
  - (c) artykuł: tytuł czasopisma, tom (vol.) i strony,
  - (d) praca dyplomowa (dysertacja): wydział (instytut), uczelnia (instytucja) i miejscowość,
  - (e) referat: oryginalna nazwa konferencji (kongresu itp.) i miejscowość,
  - (f) raport: rodzaj i numer grantu, miejscowość, uczelnia (instytucja) i wydział (instytut).



Kursywą piszemy: tytuł książki, również książki, w której znajduje się odpowiedni rozdział, tytuł czasopisma i jego tom, tytuł referatu, tytuł pracy dyplomowej (dysertacji), tytuł raportu. Poniżej podano przykłady zapisu poszczególnych pozycji bibliograficznych z uwzględnieniem wymaganej interpunkcji, rodzaju pisma (proste – kursywa) i liter (wielkie – małe).

#### *Książki*

(a) polska

Kościelska, M. (2004). *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Warszawa: Jacek Santorski & Co.

(b) polska, redagowana

Strelau, J., Ciarkowska, W., Nęcka, E. (red.). (1992). *Różnice indywidualne. Możliwości i preferencje*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

(c) obcojęzyczna, redagowana

Steiner, M., Yonkers, K., Eriksson, E. (red.). (2001). *Mood disorders in women*. London: Martin Dunitz.

(d) książka o kolejnym wydaniu

Osofsky, J.D. (red.). (1998). *Handbook in infant development*. 2 ed. New York: Wiley.

#### *Rozdziały w książkach*

(a) publikacja polska

Sidor, B. (2001). Ojciec w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością umysłową. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa* (s. 381–389). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

(b) publikacja obcojęzyczna

Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implication* (s. 469–496). New York: The Guilford Press.

#### *Artykuły w czasopismach*

Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>

#### *Nieopublikowane dysertacje i prace magisterskie*

Jackowska, E. (1976). *Wpływ środowiska rodzinnego na przystosowanie społeczne dziecka w młodszym wieku szkolnym*. Nieopublikowana rozprawa doktorska, Wydział Filozoficzno-Historyczny, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Domurad, M. (1996). *Efektywność rozwoju umiejętności czytania u dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim za pomocą „metody baśniowych spotkań”*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Rewalidacji i Resocjalizacji, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

### *Referaty wygłoszone na konferencjach i innych spotkaniach*

Jackowska, E. (1997). *Poczucie jakości życia u kobiet i mężczyzn po przebytych urazie mózgu*. Referat wygłoszony na II Sympozjum Opieki Paliatywnej – Hospicyjnej, Lublin.

Dosen, A. (1997). *Etiology, specific onset mechanisms of mood disorders among people with intellectual disablement and prevalence*. Referat wygłoszony na European Course on Mental Retardation, Nunspeet, The Netherlands.

### *Raporty z badań*

Strelau, J., Oniszczenko, W., Zawadzki, B. (1994). *Genetyczne uwarunkowania i struktura temperamentu młodzieży i dorosłych*. (Raport KBN 1108.91.02). Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.

Wykaz literatury nie powinien zawierać informacji prywatnych, prac w przygotowaniu. Odwołanie się do takich źródeł może występować jedynie w tekście (bez przypisów dolnych i końcowych).

Do przesłanego wydruku tekstu i jego wersji elektronicznej należy dołączyć:

- 1) prośbę wraz z podpisem, w której autor zwraca się do redakcji o wydrukowanie pracy w czasopiśmie *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, zamieszcza informację o zatrudnieniu, podaje swój tytuł naukowy, ORCID, zajmowane stanowisko, adres, numer telefonu, adres e-mailowy;
- 2) pisemne oświadczenie, że praca nie była dotąd publikowana i nie została złożona w innej redakcji. Druk oświadczenia znajduje się na stronie [www.cns.aps.edu.pl](http://www.cns.aps.edu.pl) w zakładce *Informacje dla autorów*.

Zmiany i odstępstwa od podanych zasad należy uzgadniać z członkami Komitetu Redakcyjnego. Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów i zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian w tekstach, bez ingerencji w treść merytoryczną.

### **Rzetelność naukowa**

Autorzy są zobowiązani do ujawnienia wkładu poszczególnych autorów w powstanie publikacji (z podaniem ich afiliacji oraz kontrybucji, tj. informacji, kto jest autorem koncepcji, założeń, metod itp. wykorzystywanych przy publikacji) oraz źródła finansowania publikacji, wkładu instytucji naukowo-badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów (*financial disclosure*). Za nieujawnienie wyżej wymienionych danych odpowiedzialność ponoszą autorzy zgłaszający manuskrypt.

Wszelkie wykryte przejawy nierzetelności naukowej (*ghostwriting* – brak ujawnienia wkładu innych osób w powstanie publikacji, *guest authorship* – sytuacje, gdy udział autora/współautora w powstanie publikacji jest znikomy lub nie miał miejsca) będą dokumentowane i nagłaśniane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów. Dotyczy to także łamania i naruszania zasad etyki, które obowiązują w nauce.

## **Recenzowanie**

Artykuły recenzowane są poufnie i anonimowo („podwójna ślepa recenzja”) przez dwóch zewnętrznych ekspertów niepozostających w konflikcie interesów z autorem/autorami manuskryptu zgodnie z „Dobrymi praktykami w procedurach recenzyjnych w nauce” (2011) opracowanymi przez MNiSW.

Procedura recenzowania oraz etapy obiegu pracy zgłoszonej do opublikowania znajdują się na stronie: [www.cns.aps.edu.pl](http://www.cns.aps.edu.pl) w zakładce *Zasady recenzowania*.

Lista recenzentów publikowana jest w czasopiśmie raz w roku w numerze czwartym.

**Materiały należy składać poprzez system ICI Publishers Panel** dostępny z zakładki <https://cnsonline.pl/resources/html/cms/DEPOSITSMANUSCRIPT> **lub nadsyłać na adres:** [redakcjacns@aps.edu.pl](mailto:redakcjacns@aps.edu.pl)

Redakcja czasopisma *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*  
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej  
ul. Szczęśliwicka 40  
02-353 Warszawa

