

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ
DYSKURSY PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DYSKURSY PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

Współczesne oblicza

Nr 34

Gdańsk 2019

Komitet Naukowy

doc. dr hab. Jarosław Balwin (Uniwersytet w Złini),
prof. dr Ursula Horsch (Uniwersytet w Heidelbergu),
prof. dr hab. Svetlana Konyushenko (Uniwersytet im. E. Kanta, Kaliningrad),
doc. PhDr. Jaroslav Veteška (University in Ústí nad Labem),
dr hab. Teresa Źórkowska (prof. USz., Szczecin)

Komitet Redakcyjny

Amadeusz Krause (red. naczej.), *Marta Jurczyk* (z-ca red. naczej.)
Sławomira Sadowska, *Joanna Belzyt* (sekretarz redakcji)

Czasopismo recenzowane

(tryb recenzowania i informacje dla autorów
na stronie www.niepelnosprawnosć.ug.edu.pl)

Redaktor naukowy tomu

Monika Dębowska

Korekta techniczna,

skład i zamianie

Urszula Jędryczka

Publikacja dofinansowana ze środków

Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego

ISSN 2080-9476

e-ISSN 2544-0519

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot

tel./fax 58 523 11 37, tel. 725 991 206

e-mail: wydawnictwo@ug.gda.pl

www.wyd.ug.edu.pl

Księgarnia internetowa: www.kiw.ug.edu.pl

Spis treści

Contents

Od Redakcji	9
<i>Editor's Note</i>	

Pedagogiczne aspekty dysfunkcji wzroku, s³uchu i mowy
Pedagogical aspects of sight, hearing and speech dysfunctions

Ma³gorzata Walkiewicz-Krutak

Aktywna i pasywna echolokacja jako element percepcji s³uchowej
i orientacji przestrzennej osób niewidomych

*Passive and active echolocation as an element of auditory perception
and spatial orientation of blind people*

Helena Liwo

Jakoœæ prozodii mowy u implantowanych osób doros³ych z g³uchot¹
prelingwaln¹ i postlingwaln¹

*Assessment of speech-prosody quality in implanted prelingually
and postlingually deaf adults*

Agnieszka Hamerliñska,

Popularyzacja protez g³osowych a lęk przed ich zastosowaniem
u osób po laryngektomii ca³kowitej

*Popularization of voice prostheses and fear of their application in people
after total laryngectomy*

Polityka publiczna wobec niepe³nosprawnoœci
Public policy towards disability

Sebastian Mrózek

Typy wsparcia spo³ecznego osób z niepe³nosprawnoœci¹ zapisane
w strategiach rozwoju gmin i w strategiach rozwi¹zywania problemów
spo³ecznych – analiza problematyki w dobie inkluzji

*Types and forms of social support for people with disabilities recorded
in community development strategies and strategies for solving social problems –
analysis of problems in the era of inclusion*

- Agnieszka Fluda-Krokos
Biuletyny Informacji Publicznej i ich dostępność dla osób
z niepełnosprawnościami
Public Information Bulletins and their accessibility for people with disabilities
- Anna Nowak
Wykluczenie prawne osób z niepełnosprawnościami¹
Legal exclusion of people with disabilities
- Pedagogika osób niepełnosprawnych w okresie późnej dorosłości
Pedagogy of the disabled in the period of late adulthood
- Kornelia Czerwińska, Izabella Kucharczyk
Niepełnosprawność wzroku nabyta w późnej dorosłości a aktywność
fizyczna seniorów
Visual impairment acquired in late adulthood and physical activity
- Katarzyna Biały
Wybrane obszary aktywności polskich seniorów w świetle europejskich
raportów Indeksu Aktywnego Starzenia
*Selected areas of activity of Polish seniors in the light of the European reports
of the Active Aging Index*
- Kornelia Czerwińska, Izabella Kucharczyk
Nabycie niepełnosprawności wzroku w późnej dorosłości a jakość życia
Visual impairment acquired in late adulthood and the quality of life
- Agnieszka Łyżwa
Problemy i wyzwania związane z procesami starzenia się –
w poszukiwaniu optymalnych sposobów wspierania osób
niepełnosprawnych (w tym niesamodzielnych)
*Problems and challenges connected with aging processes – searching for optimal
ways of supporting disabled people (including the dependent ones)*
- Zróżnicowane aspekty pedagogiki specjalnej
Diverse aspects of special pedagogy
- Beata Cytowska
Dorosłość z perspektywy osób z umiarkowaną do ciężkiej
niepełnosprawnością intelektualną w świetle zrealizowanych wywiadów pogłębionych
*Adulthood from the perspective of people with moderate to severe intellectual
disability in the light of completed in-depth interviews*
- Beata Borowska-Beszta
Reedukacja weteranów z niepełnosprawnością nabytą – u razowym
uszkodzeniem mózgu (TBI). Założenia teoretyczne i rozwiązania
praktyczne
*Reeducation of veterans with acquired disability – traumatic brain injury (TBI).
A theoretical assumptions and practical solutions*

Marta Jurczyk

Przemoc seksualna wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną¹ –
wymiary i oblicza

Sexual abuse against people with intellectual disabilities – dimensions and faces

Joanna Iza Belzyt

„Tak, ja KCE” – koncepcja aplikacji działania terapeutycznego KCE
(wstępne nakreślenie uzasadnień opracowywanego modelu)

*“Yes, I KCE” – concept of therapeutic application KCE (preliminary sketch
of the justifications for the developed model)*

Od Redakcji

Editor's Note

Niniejszy 34 numer czasopisma *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej* jest poświęcony współczesnym obliczom pedagogiki specjalnej. Zajmuj¹ nas przede wszystkim perspektywy jej rozwoju w kontekście reprezentowanych paradygmatów, wiod¹cych teorii i aktualnych problemów w kształtowaniu i uprawianiu tej subdyscypliny pedagogiki. Nie ulega wątpliwości, że każdy z prezentowanych poniżej obszarów zajmuje środowisko naukowe pedagogów blisko związanych z akademickim rozwojem pedagogiki specjalnej.

Zawarte w tym numerze artykuły s¹ swoistym potwierdzeniem rozwoju nauk społecznych i zachodzących w nich zmian. Specyfika pomocy osobom z niepełnosprawnościami¹ wymaga obecnie coraz większych kompetencji i systemowego spojrzenia, których nie jest się w stanie zapewnić na poziomie dyscypliny ogólnej. Nowym wyzwaniom rehabilitacyjnym, terapeutycznym i społecznym muszą sprostać zarówno osoby bezpośrednio pracujące z osobami z niepełnosprawnościami¹, jak i osoby, które przez swoje działania mają szansę i możliwość na nowo kształtowanie ich rzeczywistości. W tym sensie pytania o problemy osób z dysfunkcjami wzroku, słuchu i mowy są jak najbardziej aktualne (artykuły Małgorzaty Walkiewicz-Krutak, Heleny Liwo i Agnieszki Hamerlińskiej).

O tym, że współczesna pedagogika specjalna nie oddaliła się zbyt od aktualnych problemów polityki publicznej i kształtowania środowiska osób z niepełnosprawnościami¹, świadczą teksty Sebastiana Mrózka, Agnieszki Fluda-Krokos czy Anny Nowak. Prowadzą one do stawiania istotnych pytań we współczesnej pedagogice specjalnej. Czy obserwujemy wzrost tolerancji dla inności, odmienności w ramach postępującej humanizacji standardów życia społecznego? Czy osoby z niepełnosprawnościami¹ mają otwartą drogę we wszystkich sferach funkcjonowania? Czy zachodzą faktyczne, realne przeobrażenia w wartościowaniu losów pojedynczego człowieka?

Półna dorosłość i niepełnosprawność to kategorie, które przykuwają uwagę Katarzyny Białożyty, Agnieszki Ćyta oraz – w dwóch tekstach – Kornelii Czerwińskiej i Izabelli Kucharczyk. Autorki ukazują problemy i wyzwania związane z procesa-

mi starzenia się człowieka, z pojawianiem się nowych dysfunkcji, z utratą samodzielności. Zainteresowanie wsparciem seniorów, jako ich życia wpisuje się w jak najbardziej aktualne nurty myślenia zarówno w Polsce, jak i na arenie międzynarodowej, o człowieku niepełnosprawnym na przestrzeni całego jego życia.

Ten trudny temat dotyczy także osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, porusza Beata Cytowska. Ukazuje różnorodność aspektów związanych z doświadczaniem swojej dorosłości przez osoby niepełnosprawne. Wydaje się, że temat ten jest nadal współczesnym wyzwaniem dla polskiej pedagogiki specjalnej. Zadaniem – coraz częściej obecnym w rozważaniach teoretycznych oraz empirycznych – dla tej subdyscypliny jest także zmierzenie się ze zjawiskiem przemocy seksualnej wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, co porusza Marta Jurczyk. Aktualne problemy, które zajmują także współczesnych pedagogów specjalnych, bezsprzecznie podjął czy wręcz dorównał tym obecnym w dyskursie międzynarodowym. Świadczy o tym też teksty Beaty Borowskiej-Beszty o reedukacji weteranów z niepełnosprawnością nabytą – urazowym uszkodzeniem mózgu (TBI) czy Joanny Izy Belzyt, w którym prezentuje ona nowatorską koncepcję aplikacji działania terapeutycznego.

Oddając do Państwa ręk kolejny już 34 numer *Niepełnosprawności* mamy nadzieję, że zamieszczone w nim teksty, w których zostały przedstawione różne, współczesne aspekty pedagogiki specjalnej, stać się mogą zaczynem do dalszych poszukiwań teoretycznych i empirycznych. Liczymy, że numer ten stanowi swoiste zaproszenie do dzielenia się nimi na łamach kolejnych numerów naszego czasopisma.

Monika Dąbkowska
redaktor tomu

Małgorzata Walkiewicz-Krutak

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Aktywna i pasywna echolokacja jako element percepcji słuchowej i orientacji przestrzennej osób niewidomych

W artykule opisano zjawisko wykorzystywania dźwięków odbitych w orientacji przestrzennej osób niewidomych z podziałem zaproponowanym przez Tima Johnsona (2012) na echolokację pasywną i aktywną. Echolokacja pasywna jest oparta na wykorzystaniu dźwięków pochodzących naturalnie z otoczenia i ich interpretacji w kontekście cech otoczenia. Echolokacja aktywna polega na wykorzystaniu określonego sygnału dźwiękowego w celu uzyskania odbicia od obiektów w otoczeniu. Zjawisko echolokacji zostało opisane w kontekście współczesnych badań prowadzonych w krajach zachodnich – w aspekcie zarówno funkcjonalnym, jak i neurofizjologicznym (aktywności mózgu podczas posługiwania się echolokacją¹). Zostało ono zaprezentowane jako element (składowa) szerzej rozumianej percepcji słuchowej. W rozważaniach nad percepcją słuchową¹ przyjęto tezę Jamesa Gibsona (1979), że działanie i percepcja wzajemnie się uzupełniają¹ – działanie (rozumiane jako aktywne orientowanie się i samodzielne poruszanie się w otoczeniu), połączony z wykorzystaniem dostępnych osobie niewidomej zmysłów, przede wszystkim za pomocą słuchu, służy zdobywaniu wiedzy o nim.

Słowa kluczowe: percepcja słuchowa, echolokacja, orientacja przestrzenna osób niewidomych

Passive and active echolocation as an element of auditory perception and spatial orientation of blind people

The article describes the phenomenon of using reflected sounds in spatial orientation of blind people according to the division into passive and active echolocation proposed by Tim Johnson (2012). Passive echolocation is based on the use of sounds coming naturally from the environment and their interpretation in the context of environmental characteristics. Active echolocation consists in using a specific sound signal to obtain reflection from objects in the environment. In this study, the echolocation have been described in the context of contemporary research on this phenomenon in Western countries – in terms of both functional and neurophysiological aspect (brain activity when using echolocation). The phenomenon of echolocation was presented in the article as a component of auditory perception. In the consideration of auditory perception, James Gibson's thesis (1979) was accepted that action and perception complement each other – action (understood as active orientation and independent movement in the environment), combined with the use of senses available to a blind person, first of all hearing, is used to gain knowledge about the environment.

Keywords: auditory perception, echolocation, spatial orientation of blind people

Wprowadzenie

Rozumienie procesów skądaj¹cych się na percepcję otaczaj¹cego świata jest kluczowe dla skutecznego prowadzenia oddziaływań edukacyjnych w zakresie rozwijania orientacji przestrzennej osób niewidomych. Percepcja definiowana jest jako proces aktywnej interpretacji danych zmysłowych z wykorzystaniem wskazówek kontekstualnych, nastawienia i wcześniej nabytej wiedzy (Nêcka, Orzechowski, Szymura 2006: 278). Twórca ekologicznego podejścia do percepcji, James Gibson (1986: 5–44), zwróci³ uwagę na wyodrębnianie w spostrzeganiu przedmiotów ich stałych właściwości, które umożliwiają¹ przystosowanie się do otaczaj¹cego środowiska. W ekologicznym podejściu do spostrzegania podkreśla się, że funkcj¹ systemu percepcyjnego jest rejestrowanie niezmiennych cech otoczenia, zatem percepcja jest w zgodzie z właściwościami środowiska, które s¹ przydatne w codziennym życiu. Spostrzeganie według Gibsona ma charakter nie tylko sensoryczny, lecz także motoryczny – aktywność motoryczna i wykonywanie ruchów eksploracyjnych s¹ niezbędnymi elementami spostrzegania. Tak rozumian¹ percepcję warunkuje eksplorowanie środowiska, którego efektem jest wzrost wiedzy o otoczeniu. Ruch s¹cy poznawaniu otoczenia, zintegrowany z patrzeniem, słuchaniem, dotykiem, w¹chaniem jest, zdaniem autora, częśc¹ percepcji (Gibson, 1986: 223–237). Ekologiczna teoria percepcji akcentuje znaczenie eksplorowania w ruchu dla percepcji otoczenia oraz kontrolowania poruszania się w nim. Percepcja i działanie przenikaj¹ się – człowiek działaj¹c poznaje swoje otoczenie i jednocześnie wykorzystuje to, czego już się nauczył³, aby kierować swoim działaniem (Guth, Rieser, Ashmead 2010: 4–5).

W niniejszych rozważaniach dotyczących roli percepcji słuchowej, a zwłaszcza echolokacji w rozwoju orientacji przestrzennej osób niewidomych, przyjęto też Gibsona, że działanie i percepcja wzajemnie się uzupełniają¹. Działanie (rozumiane tu głównie jako aktywne orientowanie się i samodzielne poruszanie się), po³zione z wykorzystaniem dostępnych osobie niewidomej zmysłów, przede wszystkim s¹uchu, s¹czy zdobywaniu wiedzy o otoczeniu. Gibson podkreśla m.in., że niektóre cechy percepcji mogą się różnić zależnie od warunków otoczenia, podczas gdy inne pozostają niezmiennione. System percepcyjny (człowieka, jak i innych gatunków) został ewolucyjnie przystosowany do szybkiego wyszukiwania niezmienników, bez angażowania się w rejestrację pozostałych potencjalnie dostępnych danych. Dostrzeżenie niezmienników pozwala zatem na wykonanie przystosowawczych czynności w otoczeniu fizycznym. Oznacza to, że tylko pewne cechy środowiska, interesują¹ce człowieka w danym momencie, mają dla niego znaczenie i s¹ szybko identyfikowane, np. zmęczony człowiek poszukuje miejsca, na którym może usiąść, a uciekający poszukuje miejsca, gdzie może

szybko oddalaæ siê od niebezpieczeñstwa. Tego typu prawa percepcji istniej¹ niezale¿nie od z³o¿onoœci systemu poznawczego podmiotu (Bobyryk 2001: 77–78).

Jak zauwa¿a Urszula Jorasz (1998: 126), wiele osób niewidomych jest zdolnych do wykrywania przeszkód w otoczeniu, oceny odleg³oœci od nich i ich wielkoœci. Podstaw¹ s³uchowej orientacji przestrzennej jest wra¿enie s³uchowe powsta³e z odbicia dŹwiêku od przeszkody. Umiejêtnoœci¹ œciœle zwi¹zan¹ z lokalizacj¹ i interpretacj¹ odbitych dŹwiêków jest echolokacja, któr¹ Tim Johnson (2012: 16) zdefiniowa³ jako metodê interpretacji dŹwiêków odbitych od otaczaj¹cych obiektów, w celu okreœlenia lokalizacji tych obiektów. Ró¿ne techniki echolokacji pozwalaj¹ na wykrywanie bardzo du¿ych i stosunkowo ma³ych obiektów, i s¹ pomocne w orientowaniu siê nawet w z³o¿onym, niepoznanym wczesniej otoczeniu. Jak podaj¹ Claudia Arias i wspó³pracownicy (2012: 20), w echolokacji wykorzystuje siê przede wszystkim dŹwiêki generowane samodzielnie przez echolokatora, w celu uzyskania informacji s³uchowej (sygna³u odbitego), czyli zlokalizowania i rozpoznania niewidocznych, cichych obiektów. Zasadniczym celem echolokacji dla osoby niewidomej jest wykrycie obecnoœci przeszkody, dokonanie oceny w jakiej odleg³oœci znajduje siê wykryty obiekt i jego bezpieczne omiñiecie. Echolokacja stanowi zatem aktywny tryb percepcji s³uchowej i w niniejszym artykule prezentowana jest w kontekœcie mo¿liwoœci wspomagania i rozwijania orientacji przestrzennej u osób niewidomych. Umiejêtnoœæ ta jest jedn¹ z kluczowych dla osi¹gniêcia niezale¿noœci i bezpieczeñstwa w zakresie samodzielnego poruszania siê w przestrzeni osób z niepe³nosprawnoœci¹ wzroku.

W artykule przedstawiono wyniki eksploracji wspó³czesnych Źród³ naukowych dotycz¹cych echolokacji, których celem by³o poszukiwanie odpowiedzi na pytania:

- Czy aktywna echolokacja jest pomocna osobom niewidomym w s³uchowej percepcji przestrzeni?
- Czy echolokacja jest umiejêtnoœci¹ ponadprzeciêtn¹, w³aœciw¹ tylko dla niektórych osób, czy te¿ nale¿y traktowaæ j¹ jako zasadnicz¹ czêœæ treningu z zakresu orientacji przestrzennej?
- Czy jest zasadne w³¹czenie celowego uczenia aktywnej echolokacji do programu nauczania orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania siê osób niewidomych?

Zmys³y wykorzystywane w percepcji przestrzeni, orientacji w niej i samodzielnym poruszaniu siê osób niewidomych

Percepcja przestrzeni przez osobê niewidom¹ zachodzi w kontekœcie podejmowania okreœlonej aktywnoœci w niej (np. odnajdywania okreœlonego celu

i przemieszczenia się do niego). Wrażenia odbierane za pomocą zmysłów stanowi źródło rozmaitych informacji o otoczeniu, jednak dane napływają z różnych modalności zmysłowych różni się stopniem dokładności. W sytuacji braku możliwości korzystania ze zmysłu wzroku wykorzystywane jest zjawisko kompensacji zmysłowej, polegającej na zastępowaniu funkcji analizatora wzrokowego innymi, sprawnie funkcjonującymi zmysłami: głównie słuchem i dotykiem. Powstałe wyobrażenie cechuje się tym większą dokładnością, im więcej receptorów bierze udział w percepcji przedmiotu lub zjawiska. Dominującą rolę w tworzeniu wyobrażenia odgrywa ten z receptorów, który w najbardziej właściwy sposób odbiera bodźce płynące z otoczenia (Sękowska 1998: 123). Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz (2017: 44) opisuje kompensację w zakresie spostrzeżeń słuchowych jako potencjalną zdolność, którą posiada każda osoba niewidoma, a która nie zawsze ujawnia się spontanicznie i w każdym przypadku wymaga ćwiczenia.

Przykładem powszechnego zastosowania kompensacji zmysłowej jest posługiwanie się przez osoby niewidome dźwiękami. Poprawne korzystanie z niej angażuje zarówno zmysł dotyku (dotyk powierzchni, po której porusza się osoba niewidoma i obiektów znajdujących się na trasie poruszania się), jak również zmysł słuchu (interpretowanie informacji na temat otoczenia na podstawie dźwięków odbitych od miejsca styku laski z powierzchnią, której dotknięcia). Jak podkreśla Zbigniew Jęczmyk (2009: 9–10), w orientowaniu się w przestrzeni zmysł słuchu sięga znacznie dalej w przestrzeń niż dotyk, a dźwięki docierają do niewidomego od źródła najlepszym materiałem do budowania w jego wyobraźni zależności i relacji przestrzennych. Autor akcentuje fakt, że mimo iż dotyk jest dla osób niewidomych najbardziej charakterystycznym zmysłem bezpośredniego poznawania przedmiotów, to jednak jego zakres działania jest ograniczony przez długość czy zasięg końcówki laski. Dotykiem nie można poznać tego, co jest poza jego zasięgiem. Jednakże informacja dopływająca z receptorów dotykowych jest warunkiem niezbędnym do jakościowego poznawania przedmiotów i cech specyficznych najbliższego otoczenia (Paplińska 2008: 14–15). Zmysł słuchu pozwala natomiast na określenie kierunku i odległości źródła dźwięku (Jorasz 1998: 115; Kuczyńska-Kwapisz 2017: 38).

Istotne znaczenie w rozwoju orientacji w przestrzeni osób niewidomych mają także wrażenia kinestetyczne (propriocepcja i zmysł równowagi). Dzięki impulsom pochodzącym z receptorów znajdujących się w mięśniach, stawach i więzadłach osoba niewidoma rozwija świadomość ciała oraz umiejętność kontrolowania i planowania ruchu. Układ proprioceptywny w powiązaniu ze zmysłem dotyku i układem przedsionkowym pozwalają na rozwój świadomości ciała i ruchu, zwłaszcza w sytuacji całkowitego braku kontroli wzrokowej (Walkiewicz-Krutak 2015: 265). W orientacji przestrzennej i samodzielnym poruszaniu się pewnych informacji może dostarczać także zmysł węchu, chociaż ma on zdecydowanie

mniejŝe znaczenie kompensacyjne ni¿ zmys³y s³uchu i dotyku. Czasem u³atwia osobie niewidomej zlokalizowanie charakterystycznie pachn¹cych miejsc, takich jak: piekarnia, pizzeria czy apteka. Podczas samodzielnego poruszania siê nie mo¿na jednak w g³ówniej mierze polegaæ na wêchu, gdy¿ bardzo szybko adaptuje siê on do okreœlonych zapachów (Miler-Zdanowska 2015: 299).

W rozwijaniu orientacji w przestrzeni osób niewidomych istotne jest, aby kompensacja zmys³owa opiera³a siê na maksymalnym wykorzystaniu potencja³u ka¿dego z funkcjonuj¹cych zmys³ów, a informacje odbierane za pomoc¹ ró¿nych modalnoœci uzupe³nia³y siê. Orientowanie siê w otoczeniu to umiejêtnoœæ ustalenia i utrzymania œwiadomoœci w³asnej pozycji w przestrzeni, w odniesieniu do osób niewidomych oznacza to umiejêtnoœæ wykorzystania wszystkich mo¿liwych zmys³ów do okreœlenia w³asnej pozycji w przestrzeni (LaGrow 2010: 3; Jacobson 2013: 4). Definicje, w których ujęto czynniki maj¹ce wp³yw na procesy orientowania siê i poruszania siê w przestrzeni, zaproponowali Jadwiga Kuczyñska-Kwapisz i Jacek Kwapisz (1990: 5), którzy orientacjê przestrzenn¹ okreœlili jako sprawnoœæ jednostki w zakresie poznawania swojego otoczenia oraz zachodz¹cych w nim relacji czasowych i przestrzennych. Do czynników maj¹cych wp³yw na efektywny rozwój orientacji przestrzennej autorzy zaliczyli: zasób pojêæ, znajomoœæ schematu cia³a, wyobra¿niê przestrzenn¹, wiedzê o otoczeniu, operowanie relacjami odleg³oœci i czasu. Natomiast lokomocja, tj. przemieszczanie siê osoby niewidomej z miejsca na miejsce, zale¿na jest od poziomu rozwoju cech motorycznych, m.in. zrêcznoœci, si³y, szybkoœci, wytrzyma³oœci, koordynacji, równowagi, a tak¿e od takich umiejêtnoœci, jak: prawid³owy chód i bieg, postawa, utrzymanie kierunku marszu, wykonywanie dok³adnych zwrotów. Zintegrowanie tych dwóch obszarów oddzia³ywañ w praktyce dydaktycznej – jednoczesne rozwijanie orientacji w przestrzeni i wyposa¿enie osoby niewidomej w umiejêtnoœci oraz narzêdzia pozwalaj¹ce na coraz wiêsz¹ samodzielnoœæ w zakresie lokomocji, pozwala na celowe i bezpieczne poruszanie siê, a tym samym umo¿liwia aktywnoœæ w ¿yciu spo³ecznym i zawodowym.

Echolokacja jako istotny element s³uchowej percepcji przestrzeni

S³uch, podobnie jak wzrok, jest telereceptorem, czyli receptorem przystosowanym do odbioru bodŝców, które powstaj¹ w pewnym oddaleniu od narz¹du zmys³u. Jednym z najistotniejszych aspektów s³uchowej orientacji w przestrzeni jest lokalizacja Źród³a dŹwiêku, na któr¹ sk³adaj¹ siê: okreœlenie kierunku, z którego dŹwiêk pochodzi oraz odleg³oœci w jakiej Źród³o dŹwiêku znajduje siê od osoby s³uchaj¹cej. Zwykle osoby niewidome potrafi¹ precyzyjnie okreœliæ kierunek,

z którego dźwięk przychodzi, niż odległość od Źródła dźwięku. W ocenie odległości istotną rolę odgrywa znajomość Źródła, wskazuje to na wyczenie w proces interpretacji sygnału dźwiękowego wyższych stanów świadomości (Jorasz 1998: 127). Większość wskazówek, na podstawie których dokonuje się lokalizacja Źródła dźwięku, jest związana z binauralnością (słyszeniem obuusznym) i dokonują się dzięki niej porównaniem sygnałów docierających do obojga uszu (dźwięk dochodzący do ucha bardziej oddalonego od Źródła dźwięku jest opóźniony w stosunku do dźwięku docierającego do ucha bliższego – powstaje międzyuszną różnica czasu). Układ słuchowy dysponuje zatem możliwością oceny kierunku Źródła przez analizę impulsów pochodzących z obojga uszu. Binauralność pozwala nie tylko na precyzyjnie zlokalizowanie kierunku, z którego dźwięk pochodzi, umożliwia także selektywne słyszenie dźwięków pochodzących z wybranego kierunku i eliminowanie innych dźwięków, ma to szczególne znaczenie w środowisku hałaśliwym (Jorasz 1998: 116–117).

Słuch umożliwia zatem osobie niewidomej lokalizowanie (umiejscawianie) oraz rozpoznawanie rozmaitych obiektów w otoczeniu. Jest także Źródłem informacji o zdarzeniach w nim zachodzących, np. pozwala na rozpoznawanie znajomych osób na podstawie głosu i/lub sposobu stania; w pomieszczeniu umożliwia określenie jego wielkości na podstawie słuchania dźwięku odbitego od ścian; na zewnątrz pozwala na interpretowanie otoczenia i zdarzeń mających w nim miejsce, np. wykrycie skrzyżowania, rozpoznanie bezpiecznego momentu do przejścia przez ulicę, spostrzeżenie nadjeżdżającego autobusu. Słuch pozwala stwierdzić i które obiekty w otoczeniu są statyczne, a które są w ruchu. W wielu sytuacjach związanych z poruszaniem się, osoba niewidoma słuchająca otoczenia jest w ruchu, jak również Źródło dźwięku porusza się (np. samochód/samochody). Wówczas percepcja nadchodzących dźwięków jest inna niż wtedy, gdy słuchający i Źródło dźwięku są stacjonarne. Podczas poruszania się w przestrzeni osoba niewidoma napotyka na wiele sytuacji, w których Źródło dźwięku będące w ruchu dostarcza informacji niezbędnych do rozumienia otoczenia, np. wsłuchując się w dźwięki samochodów przemieszczających się po skrzyżowaniu, może wnioskować o jego wielkości, kształcie, sposobie regulacji ruchu, momencie, w którym może bezpiecznie przejść przez ulicę i wielu innych cechach tego otoczenia.

Jak zauważa Urszula Jorasz (1998: 119–120, 125–126), dodatkowym ułatwieniem w orientacji przestrzennej jest wykorzystanie naturalnych ruchów głow, zwiększających skuteczność lokalizacji określonego bodźca słuchowego. Poruszanie głow, jak również ruch Źródła dźwięku dostarczają układowi słuchowemu dodatkowej wskazówki lokalizacyjnej (binauralna różnica widma). Z kolei ocena odległości od Źródła dźwięku, zdaniem autorki, dokonuje się na podstawie takich parametrów, jak: poziom ciśnienia akustycznego – zmniejszający się ze wzrostem odległości, stopień rozproszenia dźwięku (im większy jest stosunek energii fali

bezpośredniej do energii odbitej w sygnale docierającym do słuchacza, tym mniejsza jest odległość oraz zmiana barwy dźwięku (im większy udział składowych wysokoczęstotliwościowych, tym mniejsza odległość).

Umiejętności, którą rozwijają i wykorzystują niektóre osoby niewidome dla zwiększenia możliwości słuchowej percepcji przestrzeni, jest interpretowanie informacji o otoczeniu na podstawie odbicia dźwięków produkowanych przez nich samych, m.in. poprzez odpowiedni sposób stąpania, uderzenia końcówki laski o podłogę, czy celowe wokalizacje, np. klaskanie (Guth, Rieser, Ashmead 2010: 12). Celem produkowania tych dodatkowych, tj. pochodzących od słuchacza dźwięków, jest gromadzenie informacji o otoczeniu, np. zbadanie czy obok chodnika, po którym porusza się osoba niewidoma, znajduje się budynek. Osoba niewidoma jest w stanie określić właściwości powierzchni, po której się porusza, na podstawie tego jak głośny lub na ile przytłumiony jest dźwięk końcówki laski podczas uderzania nią o podłogę. Niektóre osoby niewidome na podstawie dźwięków odbitych potrafi także określić w przybliżeniu wiasną odległość od ściany budynku, o ile w otoczeniu nie ma wielu dźwięków rozpraszających. Istotnym elementem słuchowej orientacji przestrzennej osób niewidomych są zatem wrażenia słuchowe powstałe z odbicia dźwięku od przeszkody. Urszula Jorasz (1998: 126) sugeruje, że ważną jest tu ocena tzw. „tonu odbicia”, który powstaje z interferencji dźwięku bezpośredniego i odbitego, a wysokość tego tonu zależy od różnicy dróg obu dźwięków.

Daniel Kish (2009: 3–4) podkreśla, że za pomocą echolokacji osoba niewidoma może postrzegać rozmaite informacje dotyczące poszczególnych obiektów w przestrzeni z odległości nawet kilkudziesięciu metrów, w zależności od warunków otoczenia. Dzieje się tak m.in. dlatego, że fala dźwiękowa natrafiając na ośrodek o innej oporności akustycznej zostaje odbita, pochłonięta lub rozpraszona, zależnie od materiału, na który natrafi. Echo staje się źródłem informacji o charakterze i rozmieszczeniu obiektów w danym otoczeniu oraz o cechach obiektów, takich jak ściany, otwory drzwiowe, wnęki, słupy, schody, zaparkowane lub poruszające się pojazdy, drzewa i krzewy, a także inni piesi. Echo może być źródłem szczegółowych informacji o lokalizacji obiektu, ale także jego rozmiarze, kształcie, spistości. Określenie umiejscowienia obiektu odbywa się zwykle w kontekście odległości od słuchającego i kierunku wytyczonego od niego (na lewo/na prawo, przed/za, niżej/wyżej). Wymiar odnosi się do wysokości obiektu (wysoki lub niski) i jego szerokości (szeroki lub wąski). Spistość odnosi się do takich cech obiektów jak gęstość lub rzadkość, które decydują o odbiciu dźwięku i/lub jego pochłonięciu. Dźwięk trafiający na twarde i gładki obiekt ulega prawie całkowitemu odbiciu, ponieważ taki obiekt ma mały współczynnik pochłaniania. Jeśli przeszkoda jest miękka, dźwięk ulega prawie całkowitemu pochłonięciu z powodu wysokiego współczynnika pochłaniania. Rozproszeniu ulega fala dźwiękowa,

kiedy natrafi na obiekt wykonany z materiału o małym współczynnikiem pochłaniania, lecz o urozmaiconej strukturze. Jeśli osoba niewidoma jest świadoma specyfiki tych cech, może wiele wnioskować na temat charakteru obiektów znajdujących się w otoczeniu, w którym przebywa i porusza się. Daniel Kish (2009: 3), jako niewidomy ekspert w zakresie echolokacji¹, opisuje interesujące przykłady rozpoznawania obiektów, opartego na echolokacji: obiekt, który jest wysoki, wąski i jednolity od spodu do wierzchu, może być rozpoznany jako słup; obiekt, który jest wysoki, wąski i gęsty na dole, rozszerzający się i rzadszy u góry, może być drzewem. Z kolei spostrzeżenie słuchowe obiektu wysokiego, bardzo szerokiego i masywnego wskazuje na budynek, podczas gdy coś jest odbierane jako masywne i szerokie, ale stosunkowo niskie, może być murem. Natomiast obiekt, który jest szeroki i wysoki w środku, krótszy na obu końcach, może być zidentyfikowany jako zaparkowany samochód. Zdziwiałoby fakt, że osoby mające rozwiniętą możliwość korzystania z echolokacji, są w stanie rozróżnić na podstawie odbitych dźwięków także typ pojazdu. Wykorzystując te możliwości, osoba niewidoma może wnikliwie analizować informacje o przestrzeni, w której się znajduje i w wyobraźni tworzyć jej mapę. Uważne słuchanie i wnioskowanie pozwala zatem na ustalenie swojego położenia w określonej przestrzeni i stosownie do tego obranie odpowiedniego kierunku poruszania się. Kish (tamże) podkreśla, że dla osób korzystających na co dzień z echolokacji, proces ten może mieć charakter podświadomy (nie wymagający zaangażowania wyższych procesów umysłowych).

Zjawisko wykorzystywania dźwięków odbitych w orientacji przestrzennej osób niewidomych opisuje także Tim Johnson (2012), który, podobnie jak Kish (2009: 13), dzieli echolokację na pasywną i aktywną. Echolokacja pasywna polega na wykorzystaniu dźwięków pochodzących naturalnie z otoczenia i ich interpretacji w kontekście cech danego otoczenia. Rodzajem dźwięków odbitych może być wówczas np. głos ludzki rozchodzący się w danej przestrzeni lub odgłos kroków innej osoby. Dźwięki te mogą być pomocne np. w określaniu wielkości pomieszczenia. Echolokację pasywną (in. bierną) wykorzystuje większość osób niewidomych. Z kolei echolokacja aktywna polega na wykorzystaniu określonego sygnału dźwiękowego celowo, aby uzyskać jego odbicie od obiektów w otoczeniu. Rodzaj dźwięku jest wybierany przez osobę niewidomą, która posługuje się echolokacją i która potrafi lub próbuje interpretować powracające echo, spowodowane tym dźwiękiem. Dają one zamierzony efekt dźwięki mają cha-

¹ Daniel Kish jest współzałożycielem fundacji „World Access for the Blind” (Świat Dostępny dla Niewidomych), która oferuje szkolenia dotyczące bezpiecznego poruszania się z wykorzystaniem echolokacji – najpierw w najbliższym otoczeniu, następnie w otoczeniu nieznanym. Kish posługuje się opracowaną przez siebie metodą Flash Sonar, która polega na generowaniu dźwięków, poprzez uderzenie językiem o podniebienie z częstotliwością dwóch-trzech kliknięć na sekundę. Kish jako nauczyciel echolokacji pracował z kilkuset osobami niewidomymi w różnym wieku i z różnych krajów świata (Kish, 2009).

rakter krótkich sygnałów, zwykle o wysokiej częstotliwości. Przy stosowaniu aktywnej echolokacji ważna jest dobra jakość wydawanego dźwięku, na którą składają się: częstotliwość dźwięku (za optymalną uznaje się tę na poziomie 3 kHz); głośność dźwięku – powinien on być wystarczająco głośny, aby wyróżniać się także w hałasie; czystość dźwięku – jest jednym z najistotniejszych czynników, ponieważ nieczysty dźwięk może zaburzyć właściwy odbiór echa, co z kolei może doprowadzić do błędnej interpretacji dźwięku. Ważny jest także kierunek (jeśli dźwięk rozchodzi się w wielu kierunkach od źródła, wówczas dużo trudniej jest określić skąd się odbiło) oraz ustawienie osoby wytwarzającej dźwięk – pomocne jest, kiedy źródło dźwięku oraz obiekt docelowy ustawione są w linii prostej. Wymienia się także różne techniki produkowania dźwięków służących echolokacji, m.in. cmokanie, klaskanie, klaskanie i pstrykanie palcami (Kish 2009: 10–17; Johnson 2012: 90–120).

Innym zagadnieniem, wartym zasygnalizowania w kontekście korzystania z echolokacji, jest wykorzystanie urządzeń echolokacyjnych, służących do wykrywania przeszkód. Stanisław Kotowski (2008: 103) wskazuje na ich przydatność, zwłaszcza podczas korzystania z nich w bliskiej odległości od przeszkody. Urządzenia te produkują dźwięki, których wysokość zależy od odległości od przeszkody. Jakość produkowanych dźwięków pozwala na rozróżnianie niektórych obiektów. Poważnym ograniczeniem podczas korzystania z tego typu urządzeń jest, według autora, konieczność korzystania ze słuchawek, co może utrudniać odbieranie i interpretowanie naturalnych sygnałów płynących z otoczenia.

Echolokacja w świetle wybranych badań naukowych

Pierwsze naukowe badania zjawiska ludzkiej echolokacji sięgają 1940 roku, kiedy to na amerykańskim uniwersytecie Cornell przeprowadzono cykl siedmiu eksperymentów dotyczących wykrywania przeszkód na podstawie dźwięków odbitych. Badania przeprowadzono w dużym holu (w przestrzeni zamkniętej) i poddano nim dwie osoby niewidome i dwie widzące, którym podczas prowadzenia badań zasłanianio oczy. Jednym z celów eksperymentów była weryfikacja, czy w wykrywaniu obecności obiektów kluczową rolę pełni wrażenia skórne – tu Autorzy nawiązywali m.in. do wniosków z badań Włodzimierza Dolańskiego (1931), czy wrażenia słuchowe (których źródłem było m.in. szuranie ciężkim obuwem po różnym podłożu). W sferze wykonawczej eksperymenty polegały na zbliżaniu się badanych do określonych obiektów (w tym poruszaniu się po różnych nawierzchniach). We wnioskach Autorzy mocno zaakcentowali fakt, że to

nie wrażenia skórne (dotyczące twarzy, uszu i innych odsłoniętych części ciała), ale wrażenia słuchowe były pomocne badanym w wykrywaniu obecności przeszkód (Supa, Cotzin, Dallenbach 1944: 138–183). W tym samym czasie, zoolog zajmujący się obserwacją i badaniem zachowań nietoperzy – Donald Griffin – opublikował wyniki swoich badań i stworzył termin ‘echolokacja’ w kontekście poruszania się i omijania przeszkód przez nietoperze (Schenkman, Nilsson 2010: 483). Z uwagi na podobieństwa w działaniu mechanizmu echolokacji u ludzi, termin ten został również wykorzystany do określenia ludzkich zdolności echolokacyjnych (Arias i in. 2012: 22; Witek i in. 2017: 244).

Kolejną próbę badania ludzkiej echolokacji podjął Winthrop Kellogg (1962: 399–404), który próbował ustalić, jakie rozmiary mają obiekty wykrywane za pomocą echa, w jakiej odległości od echolokatora mogą się znajdować oraz które struktury są łatwiejsze do wykrycia. Badane osoby różnicowały za pomocą echa głównie twarde i miękkie materiały. Z kolei Charles Rice (1967 za: Lawson, Wiener 2010: 132) badał wpływ kształtów obiektów na ich wykrywanie. Badania wykazały, że liczba wykrywanych prostokątnych obiektów zmniejsza się w miarę wzrostu stosunku szerokości obiektu do jego długości, np. obiekt o wymiarach 5x20 cm był wykrywany rzadziej niż obiekt o wymiarach 10x10 cm. Dla skuteczności wykrycia obiektu nie miało znaczenia, czy dłuższe wymiary były prezentowane poziomo czy pionowo. Wyniki te mają bezpośrednie implikacje dla bezpieczeństwa poruszania się osób niewidomych – bardzo wiskie obiekty, np. krawędzie uchylonych drzwi, supek lub wiska półka mogą pozostać niewykryte i tym samym stanowią zagrożenie podczas poruszania się. W trakcie badań odkryto także, że wklęsłe obiekty lepiej odbijają dźwięki niż obiekty wypukłe. Badania wykazały, że dźwiękiem najbardziej sprzyjającym echolokacji jest klaskanie językiem.

Z kolei badania dzieci niewidzących od urodzenia wykazały, że w pierwszych latach życia mogą one rozwijać zdolność do echolokacji w sposób naturalny (Ashmead, Hill, Talor 1989: 425–433). Przeprowadzono eksperymenty z niewidomymi dziećmi w wieku od 4 do 12 lat, z którymi nie trenowano wcześniej umiejętności z zakresu orientacji przestrzennej. Dzieci podczas poruszania się po chodniku (w naturalnym otoczeniu) wykazywały się umiejętnościami wykrywania skrzyni o wysokości 60 cm i 120 cm, które umieszczono na ich drodze. Zatrzymywały się przed skrzynią, co wskazywało na jej wykrywanie.

Interesujące wyniki badań w zakresie echolokacji przynosi ostatnie dziesięciolecie. Należą do nich ustalenia szwedzkich autorów: Bo Schenkmana i Mats Nilssona (2010: 483–501). Badali oni różne aspekty echolokacji, m.in. zdolność do wykrywania dźwięku nagranych w obecności obiektu odbijającego dźwięk. Przeprowadzono eksperymenty polegające m.in. na generowaniu dźwięków o wartości 500, 50 i 5 ms (najkrótszy odpowiada percepcyjnie kliknięciu) w zwykłym pomieszczeniu (sali konferencyjnej) oraz w komorze bezdechowej. Dźwięki nagry-

wano w obecnoœci lub przy braku odbijaj¹cego dŹwiêki dysku aluminiowego o gruboœci 1,5 mm. Nagrania te nastêpnie zaprezentowano dziesiêciu osobom niewidomym i dziesiêciu widz¹cym w wieku od 30 do 62 lat. Zadaniem os³b badanych by³o wskazanie, który z dŹwiêków nagrany zosta³ w obecnoœci obiektu odbijaj¹cego. Osoby niewidome czêœciej udziela³y poprawnych odpowiedzi, zw³aszcza kiedy obiekt odbijaj¹cy znajdowa³ siê w odleg³oœci mniejszej ni¿ 2 m od Źród³a dŹwiêku. Detekcja by³a tym lepsza, im d³u¿ej trwa³ sygna³ dŹwiêkowy. Na wykrycie obecnoœci obiektu mia³ wp³yw rodzaj pomieszczenia – lepsze wyniki uzyskiwano w otoczeniu pog³osowym ni¿ w pomieszczeniu bezechowym. Kolejne eksperymenty przeprowadzone przez tych samych badaczy (Schenkman, Nilsson 2011: 840–852), dotycz¹ce wp³ywu wysokoœci i g³oœnoœci dŹwiêku na zdolnoœæ echolokacji, wykaza³y, ¿e dla umiejêtnoœci echolokacji istotne s¹ zarówno wysokoœæ dŹwiêku, jak i jego g³oœnoœæ, ale to wysokoœæ dŹwiêku jest wa¿niejszym Źród³em informacji.

Lore Thaler, Stephen Arnott i Melvyn Goodale (2011) przeprowadzili badania dotycz¹ce aktywnoœci mózgu podczas pos³ugiwania siê echolokacj¹. W badaniach wziêli udzia³ dwaj niewidomi eksperci w dziedzinie echolokacji: niewidz¹cy od urodzenia Daniel Kish, który samodzielnie uczy³ siê korzystania z echolokacji oraz Brian Bushway, który straci³ wzrok w okresie adolescencji i zosta³ nauczony pos³ugiwania siê echolokacj¹. Podczas badania wykorzystano funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI), za pomoc¹ którego mierzono aktywnoœæ mózgu podczas s³uchania przez badanych plików zawieraj¹cych nagrania dŹwiêków „klikania” i ich echa, jak równie¿ dŹwiêków znajduj¹cych siê w tle w czasie nagrania przygotowanego w naturalnych warunkach – w momencie, kiedy produkuj¹cy dŹwiêki klikali przed rozmaitymi obiektami na zewn¹trz. Badacze odnotowali znacz¹cy wzrost aktywnoœci w obrêbie pól wzrokowych (pole 17 i 18 wed³ug Brodmanna), podczas s³uchania odbitych dŹwiêków przez u¿ytkowników echolokacji i zupe³ny brak aktywacji tych pól w grupie kontrolnej os³b widz¹cych. Inne badanie (Arnott i in. 2013: 938–949) wykaza³o, ¿e echo odbite od obiektów ró¿ni¹cych siê kształtem (np. wklê³ych i wypuk³ych), aktywuje ró¿ne obszary p³ata potylicznego mózgu oraz obszary strumienia brzuszno-go, które u os³b widz¹cych zaangażowane s¹ w percepcjê kształtów. Dowodzi to ogromnego potencja³u mo¿liwoœci i umiejêtnoœci w zakresie wykrywania obiektów w otoczeniu poprzez klikniêcia jêzykiem. Klikniêcie mo¿e byæ wytworzone w wieloraki sposób, jednak¿e dŹwiêk wytworzony przez uderzenie jêzyka o podniebienie (dotykание jêzykiem w górne podniebienie i odci¹ganie go w g³¹b jamy ustnej), jest najbardziej efektywny dla echolokacji. Dla wyszkolonych echolokatorów echo pochodz¹ce od klikniêcia jêzykiem jest Źród³em wielu informacji o otoczeniu, dotycz¹cych np. pozycji, odleg³oœci, rozmiaru, kształtu, struktury obiektów. Fakt, ¿e te same obszary mózgu wykorzystywane s¹ do ustalania w³aœciwoœci

przedmiotów za pomoc¹ wzroku i echolokacji, przemawia za inn¹ koncepcj¹ budowy mózgu – zwi¹zan¹ z koncentrowaniem się wokó³ określonych funkcji percepcyjnych, a nie wyspecjalizowanych uk³adów sensorycznych. Reasumuj¹c, mimo iż na razie przeprowadzono niewiele badań wykorzystuj¹cych metodê neuroobrazowania dla badania funkcji mózgu podczas korzystania z echolokacji, badacze podkre¹daj¹, że w procesy zwi¹zane z echolokacj¹ u osób, które z niej aktywnie korzystaj¹, zaangażowany jest tradycyjnie rozumiany „mózg wzrokowy” (Thaler, Goodale 2016: 382–393).

Podsumowanie

Podsumowuj¹c zaprezentowane wyniki eksploracji materia³ów Źród³owych na temat echolokacji i jej znaczenia dla orientowania się w przestrzeni osób niewidomych, nale¹ży podkre¹dia, że:

- aktywna i pasywna echolokacja jest pomocna osobom niewidomym w s³uchowej percepcji przestrzeni;
- echolokacja nie jest umiej¹tno¹ci¹ ponadprzeci¹tn¹, w³a¹ciw¹ tylko dla niektórych osób (wyj¹tkowo uzdolnionych w sferze percepcji s³uchowej) i mo¹żna j¹ rozwija¹ u osób zainteresowanych korzystaniem z niej;
- echolokacj¹ nale¹ży traktowa¹æ jako istotn¹ cz¹o¹ treningu z zakresu orientacji przestrzennej osób niewidomych, dlatego zasadne jest w³1czenie szkolenia z echolokacji do programu nauczania orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się osób niewidomych. Wa¹żne jest tak¹ż e kształ¹cenie w tym zakresie tyflopedagogów i nauczycieli orientacji przestrzennej.

Analiza materia³ów Źród³owych pozwala na sformu³owanie wniosku, że za pomoc¹ aktywnej echolokacji, osoba niewidoma mo¹że postrzega¹i interpretowa¹æ rozmaite informacje dotycz¹ce przestrzeni – zw³aszcza obecno¹ci w niej obiektów, ich odleg³o¹ci od echolokatora, wielko¹ci obiektu a niekiedy kształ¹tu i rodzaju (struktury) obiektów. Jak zauwa¹żaj¹ Piotr Witek i wspó³pracownicy (2017: 239), echolokacj¹ traktowano dotychczas jako fenomen, ma³o uwagi poświęcano tworzeniu kompleksowej i usystematyzowanej metodologii jej nauczania. Autorzy podkre¹daj¹, że ludzka echolokacja nie stanowi zdolno¹ci dost¹epnej tylko osobom posiadaj¹cym nadzwyczajnie rozwini¹ety zmys³ s³uchu lub cechuj¹cym się innymi ponadprzeci¹tnymi umiej¹tno¹ciami. Umiej¹tno¹æ echolokacji mo¹że rozwija¹æ ka¹żdy zainteresowany korzystaniem z niej – tak¹ż e osoby niemaj¹ce dysfunkcji wzroku. Obrazuj¹ to m.in. wyniki badań przeprowadzanych przez Rojas i wspó³pracowników (Rojas i in. 2010: 1069–1077), podczas których pos³uguj¹cy się wzrokiem studenci przez kilka tygodni uczyli się echolokacji. Po tym czasie po-

trafili bezwzrokowo lokalizowaæ objekty w przestrzeni. Wskazuje to na fakt, że niesamowity potencja³ ludzkich mo¿liwoœci mo¿e byæ celowo rozwijany u osób niewidomych, które mog¹ nauczyæ siê wykrywania obiektów w otoczeniu poprzez klikniêcia jêzykiem lub generowanie innych dŹwiêków i odbieranie echa tych dŹwiêków od otaczaj¹cych obiektów.

Umiejêtnoœæ sprawnego orientowania siê w przestrzeni i bezpiecznego poruszania siê w niej, oparta w znacznej mierze na s³uchowej percepcji otoczenia oraz na wykorzystaniu zmys³u dotyku, wp³ywa pozytywnie na psychosp³eczne funkcjonowanie osoby niewidomej. Sprzyja wzmacnianiu poczucia w³asnej wartoœci, autonomii i satysfakcji ¿yciowej. Mo¿liwoœæ samodzielnego funkcjonowania w œrodowisku wzbogaca sferê poznawcz¹ (pozwala na zdobywanie nowych doœwiadczeñ) oraz spo³eczn¹ (samodzielne poruszanie siê umo¿liwia nawizywanie kontaktów z innymi osobami). Sprawne i efektywne poruszanie siê z d³ug¹ lask¹, wzbogacone skutecznym korzystaniem z mo¿liwoœci percepcji s³uchowej, w tym echolokacji, daje osobie niewidomej szansê na satysfakcjonuj¹ce ¿ycie w ró¿nych jego wymiarach. Z kolei echolokacja umo¿liwia osobom niewidomym postrzeganie tych cech przestrzeni, które wydawa³y siê niemo¿liwe do percepcji bez udzia³u wzroku, a aktywne z niej korzystanie staje siê efektywn¹ strategi¹ w orientacji i poruszaniu siê osób niewidomych. Znamienne jest, że metody neuroobrazowania (fMRI) wskazuj¹, i¿ podczas korzystania z echolokacji u osób niewidomych aktywne s¹ te same obszary mózgu, które odpowiadaj¹ za procesy zwi¹zane z widzeniem u osób korzystaj¹cych ze wzroku, a wzorce aktywacji mózgu s¹ modulowane przez informacje odbierane za pomoc¹ dŹwiêków odbitych. Wyniki badañ, w opinii przytaczanych w artykule autorów, s¹ kolejnym dowodem na plastycznoœæ ludzkiego mózgu.

Bibliografia

- Arias C., Bermejo F., Hüg M.X., Venturelli N., Rabinovich D., Aldo Ortiz., Skarp A.O. (2012), *Echolocation: An Action-Perception Phenomenon*, New Zealand Acoustics, 25, 20–27.
- Arnott S.R., Thaler L., Milne J.L., Kish D., Goodale M.A. (2013), *Shape-specific activation of occipital cortex in an early blind echolocation expert*, *Neuropsychologia*, 51, 938–949.
- Ashmead D.H., Hill E.W., Talor C.R. (1989), *Obstacle perception by congenitally blind children*, *Perception & Psychophysics* 46, 425–433.
- Bobryk J. (2001), *James J. Gibson, psychologia poznawcza i metodologia naukowych programów badawczych*, *Prze¿¹d Psychologiczny*, 1(44), 73–84.
- Dolañski, V. (1931), *Do the blind sense obstacles?*, *And There Was Light*, 1, 8–12.
- Gibson J.J. (1979), *The ecological approach to visual perception*, Houghton Mifflin, Boston.
- Gibson J.J. (1986), *The ecological approach to visual perception*, Psychology Press, Taylor & Francis Group, New York.

- Guth D.A., Rieser J.J., Ashmead D.H. (2010), *Perceiving to move and moving to perceive: control of locomotion by students with vision loss* [w:] *Foundations of Orientation and Mobility*, vol. I: *History and Theory* (s. 3–44), W.R. Wiener, R.L. Welsh, B.B. Blasch (red.), AFB Press, New York.
- Jacobson W.H. (2013), *The Art and Science of Teaching Orientation and Mobility to Persons with Visual Impairments*, AFB Press, New York.
- Jęczmyk Z. (2009), *Orientacja przestrzenna – polemika*, *Tyfłowiec*, 2, 8–11.
- Johnson T. (2012), *Beginner's Guide to Echolocation for the Blind and Visually Impaired: Learning to See With Your Ears*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Jorasz U. (1998), *Wyk³ady z psychoakustyki*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Kellogg W.N. (1962), *Sonar system of the blind*, *Science* 137, 399–404.
- Kish D. (2009), *Flash Sonar Program: helping blind people learn to see*, www.worldaccessfort-heblind.org [dostęp: 30.05.2018].
- Kotowski S. (2008), *Przewodnik po problematyce osób niewidomych i s³abowidz¹cych*. Fundacja Polskich Niewidomych i S³abowidz¹cych „Trakt”, Warszawa.
- Kuczyńska-Kwapisz J., Ęmiechowska-Petrovskij E. (2017), *Orientacja przestrzenna i poruszanie siê osób z niepe³nosprawnoœci¹ narz¹du wzroku. Współczesne techniki, narzędzia i strategie nauczania*, Wydawnictwo Naukowe UKSW, Warszawa.
- Kwapisz J., Kwapisz J. (1990), *Orientacja przestrzenna i poruszanie siê niewidomych oraz s³abowidz¹cych. Poradnik metodyczny*, WSiP, Warszawa.
- LaGrow S.J. (2010), *Improving perception for orientation and mobility* [w:] *Foundations of Orientation and Mobility*, vol. II: *Instructional Strategies and Practical Applications* (s. 3–27), W.R. Wiener, R.L. Welsh, B.B. Blasch (red.), AFB Press, New York.
- Lawson, G.D., Wiener W.R. (2010), *Audition for students with vision loss* [w:] *Foundations of Orientation and Mobility*, vol. I: *History and Theory* (s. 84–137), W.R. Wiener, R.L. Welsh, B.B. Blasch (red.), AFB Press, New York.
- Miler-Zdanowska K. (2015), *Czynniki warunkuj¹ce nauczanie orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania siê osób z niepe³nosprawnoœci¹ wzroku* [w:] *Tyflopedagogika wobec współczesnej przestrzeni edukacyjno-rehabilitacyjnej* (s. 289–306), K. Czerwińska, M. Paplińska, M. Walkiewicz-Krutak (red.), Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Nêcka E., Orzechowski J., Szymura B. (2006), *Psychologia poznawcza*. PWN, Warszawa.
- Paplińska M. (2008), *Konsekwencje wynikaj¹ce z braku wzroku* [w:] *Edukacja równych szans. Uczeń i student z dysfunkcj¹ wzroku – nowe podejœcie, nowe moŹliwoœci* (s. 14–21), M. Paplińska (red.), Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Rojas J.A.M., Hermosilla J.A., Montero R.S., Espí P.L.L. (2010), *Physical Analysis of Several Organic Signals for Human Echolocation: Hand and Finger Produced Pulses*, *Acta Acustica united with Acustica*, 96, 1069–1077.
- Schenkman B.N., Nilsson M.E. (2010), *Human echolocation: Blind and sighted persons' ability to detect sounds recorded in the presence of a reflecting object*, *Perception*, 39, 483–501.
- Schenkman B.N., Nilsson M.E. (2011), *Human echolocation: pitch versus loudness information*, *Perception*, 40, 840–852.
- Sêkowska Z. (1998), *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa.
- Supa M., Cotzin M., Dallenbach K.M. (1944), *Facial vision, the perception of obstacles by the blind*, *The American Journal of Psychology*, 57, 133–183.

- Thaler L., Arnott S.R., Goodale M.A. (2011), *Neural correlates of natural human echolocation in early and late blind echolocation experts*. *PLoS One* 2011, 6:e20162. doi:10.1371/journal.pone.0020162.
- Thaler L., Goodale M.A. (2016), *Echolocation in humans. An overview*, Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science 7 (6), 382–393, <http://onlinelibrary.wiley.com> [dostêp: 2.06.2018].
- Walkiewicz-Krutak, M. (2015), „*Od narodzin do doros³oœci*” – wspomaganie rozwoju umiejêtnoœci w zakresie orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania siê dzieci i m³odych osób [w:] *Tyflopedagogika wobec wsp³oczesnej przestrzeni edukacyjno-rehabilitacyjnej* (s. 259–288), K. Czerwiñska, M. Papliñska, M. Walkiewicz-Krutak (red.), Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Witek P., Rozborska A., Waszkielewicz A., Rotnicki M., Brayda L. (2017), *Echolokacja – mit czy istotny element rehabilitacji osób z niepe³nosprawnoœci¹ wzroku* [w:] *Tyflopedagogika wobec wsp³oczesnych potrzeb wspomagania rozwoju, rehabilitacji i aktywizacji spo³ecznej* (s. 239–252), M. Papliñska, M. Walkiewicz-Krutak (red.), Wydawnictwo APS, Warszawa.

Helena Liwo

Ateneum – Szkoła Wyższa w Gdańsku

Jakość prozodii mowy u implantowanych osób dorosłych z głuchotą prelingwalną i postlingwalną

W wypowiedzi językowej podstawowe znaczenie komunikacyjne mają cechy prozodyczne (akcent, melodia i iloczasy). Niskie umiejętności prozodyczne u osób z głębokimi wadami słuchu mają wpływ na ich funkcjonowanie komunikacyjne. Współczesne protezy słuchu, jakimi są implanty ślimakowe, umożliwiają osobom głęboko niesłyszącym rozwijanie sprawności słuchowych i językowych, nie zawsze jednak prozodycznych. Jak wynika z badań własnych, okres utraty słuchu oraz czas zastosowania implantu ma istotne znaczenie w posługiwaniu się prozodią u osób niesłyszących. Dla efektywności prozodycznej konieczne jest ukierunkowanie działań rehabilitacyjnych związanych z implantowaniem na wczesną stymulację prozodyczną dzieci z głuchotą prelingwalną oraz intensywny trening prozodyczny u dorosłych osób prelingwalnie głuchych.

Słowa kluczowe: prozodia, głuchota prelingwalna i postlingwalna, implant ślimakowy

Assessment of speech-prosody quality in implanted prelingually and postlingually deaf adults

In a language statement, prosodic elements (accent, melody and quantity) play the fundamental communicative role. Limited prosodic skills of a person with major hearing disability can influence its communicative functions. The state-of-the-art cochlear implants enable the individuals who suffer from major hearing disabilities to develop their hearing and language skills which are, however, not always extended to the prosodic dimension. As follows from the research presented here, the period of hearing loss and the moment of cochlear implantation are significant in using prosody by deaf persons in speech. For the successful acquisition of prosodic efficiency, it is necessary to direct the rehabilitation measures that follow cochlear implantation at the early prosodic activity of prelingually deaf children and at intensified prosodic training of prelingually deaf adults.

Keywords: prosody, prelingual and postlingual deafness, cochlear implant

Wprowadzenie

Przedstawione w artykule refleksje dotyczą komunikacyjnego aspektu funkcjonowania osób niesłyszących. Szczególnie jego domeną jest posługiwanie się prozodią mowy, która stanowi jej akcent, melodia i iloczasy. Te nacechowane muzycznie elementy mowy w wyrazisty sposób przybliżają wypowiedzi języków zarówno w sferze jej nadawania, jak i odbioru.

Jednak w przypadku osób z uszkodzonym słuchem zarówno rozwój, jak i wykorzystanie umiejętności prozodycznych w komunikacji wykazuje zakłócenia ze względu na barierę akustyczną, utrudniając ich naturalne odkrywanie i przyswajanie. W nabywaniu kompetencji prozodycznych istotną rolę odgrywa bowiem narząd słucho. Szczególnie wyrazistym przykładem tego stanu rzeczy są osoby z głuchotą prelingwalną, u których deficyt słucho pojawił się w krytycznym dla rozwoju prozodii okresie przedjęzykowym. Trudności w użytkowaniu prozodii, związane z brakiem jej wzorców w zasobach słuchowo-językowych, powoduje często barierę w uczestniczeniu w językowych interakcjach. Dużo korzystniejsza sytuacja dotyczy osób ogłuchłych, u których schematy prozodyczne, pomimo utraty słucho, przechowywane są w pamięci słuchowej. W obu jednak przypadkach niezbędne jest intensywne wspomaganie słuchowe, stymulujące uaktywnienie umiejętności na poziomie prozodycznym.

Na przestrzeni ostatnich lat coraz powszechniejszym sposobem wspomaganie słuchowe osób z głęboką wadą słucho jest implantowanie im narządu słucho. Efekty tego postępowania medycznego oraz współzależnych z nim działań rehabilitacyjnych w odniesieniu do umiejętności słuchowych i językowych niesłyszących są ogromne. Dotyczą one zarówno rozwoju językowego dzieci prelingwalnie głuchych, jak i odbudowywania umiejętności słuchowo-językowych u osób ogłuchłych.

Czy jednak implantowanie i związane z nim rehabilitacja w zakresie słucho i mowy stanowi także remedium na głębokie deficyty prozodyczne u osób niesłyszących? Pytanie to odnieść można w szczególności do sytuacji dorosłych osób z głuchotą prelingwalną, u których wczesne uszkodzenie słucho i brak skutecznego wspomaganie słuchowego znacznie ograniczyły ich umiejętności prozodyczne. Zarówno niewykształcone wzorce prozodyczne, jak i słaba autokontrola słuchowa wypowiedzi są przyczyną głębokiego deficytu prozodycznego w tej grupie niesłyszących. Deficyt ten, pomimo zastosowania implantu, jest trudny do przezwyciężenia, co potwierdzają prezentowane w artykule wyniki i wnioski z badań własnych. Implikują one jednocześnie refleksję nad działaniami w sferze rehabilitacji na rzecz efektywnego wyczerpania niesłyszących w nurt językowej komunikacji, której tak ważnym elementem jest prozodia.

Komunikacyjny wymiar prozodii

Język odgrywa istotną rolę w rozwoju i późniejszym funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym i społecznym człowieka (zob. Prillwitz 1996; Perier 1992). Uczenie się świata, jak i jego intra- i intersubiektywne doświadczanie oparte jest na symbolach lingwistycznych, dzięki czemu możliwe jest zdobywanie i przetwarzanie o nim wiedzy oraz uzewnętrznianie subiektywnych przeżyć i tworzenie międzyludzkich relacji.

Ten ostatni aspekt wydaje się jednak najważniejszy. Podkreśla komunikacyjne znaczenie języka jako środka umożliwiającego wzajemne przekazywanie różnorodnych informacji dotyczących wiedzy, faktów i przeżyć, a tym samym zanurzenie w „rzeczywistości konwersacyjnej” (Kvale 2004). Sprzyja temu sama struktura języka, obejmująca powiązane ze sobą trzy poziomy: fonologiczny, syntaktyczny i semantyczny. Dzięki takiej konstrukcji możliwe jest tworzenie poprawnych pod względem artykulacyjnym, gramatycznym i znaczeniowym wypowiedzi, odczytywanych w językowych interakcjach. Z punktu widzenia komunikacji ważnym elementem tej konstrukcji jest, należąca do poziomu fonologicznego, warstwa prozodyczna mowy: jej akcent, melodia i iloczyn (zob. Dąska 1976; Crystal 2010; Jadacka b.r.w.; Wóycicki b.r.w.; Weinsberg 1983; Wierzchowska 1965 i 1980; Szpyra-Kozłowska 2002; Ostaszewska, Tambor 2000; Wiśniewski 2007).

I tak akcent to wyodrębnienie określonej części wypowiedzi za pomocą zmian jej głośności, długości czy też wysokości. Melodia mowy z kolei związana jest z jej wysokością i dynamiką, przybierając charakterystyczne dla danego języka linie intonacyjne (Liwo 2015: 125). Dzięki temu możliwe jest zarówno odczytanie wypowiedzi przez odbiorcę w określonym trybie – jako pytania, odpowiedzi czy też rozkazu, jak też rozpoznanie przekazywanej przez nadawcę intencji emocjonalnej. Ostatnim wreszcie elementem warstwy prozodycznej jest iloczyn związany z długością trwania wypowiedzianych głosek czy ich pozycją. Iloczyn wynika przede wszystkim z rytmu i tempa poszczególnych składników wypowiedzi, a także z ich natężenia i wysokości.

W procesie komunikacji poszczególne czynniki prozodyczne są ze sobą powiązane, wzajemnie się uzupełniają i tworzą „prozodyczne jednostki znaczeniowe” (Dąska 1976) czy też „kontur prozodyczny” (Weinsberg 1983). Dzięki swojej muzyczno-akustycznej dostępności ułatwiają porozumienie uczestników interakcji językowej. Można więc powiedzieć, że ich ranga komunikacyjna jest nie do przecenienia.

Czy jednak są w posługiwaniu się prozodią, zarówno w sferze jej nadawania, jak i odbioru, jest oszczędna przez każdego z nas, czy też ograniczają ją określone uwarunkowania? Odpowiedź na to pytanie została zawarta w kolejnej części artykułu.

Głuchota a deficyt prozodyczny

Naturalną drogą akwizycji języka fonicznego jest narząd słuchu. Jego prawidłowe funkcjonowanie zapewnia możliwość opanowania poszczególnych elementów systemu językowego: jego zasobów fonologicznych, reguł gramatycznych i kontekstów znaczeniowych, na koniec wreszcie swobodną komunikację z otoczeniem. Umożliwia też osłuchanie się z wzorcami prozodycznymi i ich wykorzystywanie w interakcjach językowych.

Ten naturalny proces przyswajania języka bywa w mniejszym lub większym stopniu zakłócony w przypadku zaburzeń słuchu. Szczególnie drastycznym tego przykładem jest głuchota prelingwalna. Specyfika tego zaburzenia polega na bardzo wczesnym, jeszcze przed rozwojem mowy, uszkodzeniu odbiorczej części narządu słuchu. Próg słyszenia jest w tym wypadku znacznie obniżony, czego skutkiem jest ograniczenie percepcji i rozumienia dźwięków, w szczególności dźwięków mowy. Tak głęboki wczesny deficyt słuchu stanowi blokadę w uaktywnianiu się zróżnicowanych kompetencji: językowej, komunikacyjnej i prozodycznej, koniecznych do rozwijania i użytkowania języka. Konsekwencją wczesnej głuchoty stają się zatem globalne lub, czy też również, parcjalne zaburzenia mowy.

Jednak najbardziej zmiennym deficytem w mowie osób głęboko niesłyszących są zaburzenia warstwy prozodycznej (zob. Osberger, McGarr 1982; Kowalska 1989; La Bruna i in. 1990; Szkiełkowska 2005: 635–637). Charakteryzują je znaczne nieprawidłowości w zakresie akcentowania, melodii i tempa, do czego dochodzą wyraźne zaburzenia fonacyjne związane z nastawieniem głosu oraz jego natężeniem. Rozpiętość wysokości tonu w wypowiedzi jest w tym wypadku niewielka, wykazują przy tym kierunek opadający. Czas trwania sylab natomiast jest na ogół wydłużony na skutek oddzielenia ich pauzami oddechowymi. Znamienna jest też współzależność pomiędzy ukierunkowaniem melodycznym wypowiedzi a jej intensywnością w ten sposób, że im wyższa jest melodia, tym ma większe natężenie (zob. Obrębski 1992: 360–361). Udziałem osób głuchych staje się więc „deficyt prozodyczny”, współzależny ze słabymi umiejętnościami prozodycznymi, oraz, co za tym idzie, niskimi sprawnościami komunikacyjnymi (zob. Liwo 2018a).

Inną specyfikę ma z kolei głuchota postlingwalna. Ten typ głębokiego zaburzenia słuchu powstaje po okresie rozwoju mowy, często w życiu dorosłym, przyjmując różnicowaną etiologię (por. Szmeja i Sekuła, 2010: 445–453). Z punktu widzenia komunikacji językowej sytuacja osób z tym rodzajem deficytu jest znacznie korzystniejsza niż osób prelingwalnie głuchych. Przystrojone przed utratą słuchu wzorce językowe, w tym prozodyczne i ich przywoływane „dłady pamięciowe” umożliwiają bowiem w mniejszym lub większym stopniu uczestniczenie w sytuacjach komunikacyjnych.

Zarówno jednak w przypadku g³uchoty pre-, jak i postlingwalnej, dla efektywnego u¿ytkowania jêzyka, równie¿ jego warstwy prozodycznej, niezbêdne jest wspomaganie s³uchowe. Umo¿liwiaj¹ to wspó³czesne protezy s³uchu, jakimi s¹ implanty s³uchowe. Ten medyczno-technologiczny w¹tek wraz ze zwi¹zanym z nim aspektem rehabilitacyjnym implantowania, zostanie przedstawiony w kolejnej czêœci artyku³u.

Implantowanie jako mo¿liwoœæ przekroczenia bariery prozodycznej

Stosowane coraz powszechniej protezowanie narz¹du s³uchu z wykorzystaniem implantu ðimakowego i zwi¹zane z nim dzia³ania rehabilitacyjne umo¿liwi³y osobom g³êboko nies³ysz¹cym uruchomienie lub reaktywacjê potencja³u jêzykowo-prozodycznego (zob. Liwo 2014 i 2018a,b). W tej nowoczesnej mikroprotezie percepcja bodŸców akustycznych i ich przekazanie do centralnych œrodków s³uchowych nastêpuje poprzez bezpoœredni¹ stymulacjê akustyczno-elektryczn¹ nerwu s³uchowego, bez udzia³u uszkodzonej wewnêtrznej czêœci narz¹du s³uchu. Efektem tego zabiegu jest powstanie u osoby g³êboko nies³ysz¹cej ró¿norodnych wra¿eñ s³uchowych. Warto przy tym podkreœliæ, ¿e implant jedynie inicjuje potencjalne umiejêtnoœci osoby nies³ysz¹cej w zakresie odbioru i przetwarzania s³uchowego (Liwo 2018a). Ich przekszta³cenie i dostosowanie do rzeczywistych sprawnoœci s³uchowych i jêzykowych odbywa siê podczas ukierunkowanego procesu uczenia siê, zró¿nicowanego w zale¿noœci od wieku i stopnia zaawansowania s³uchowego osoby nies³ysz¹cej. W przypadku dzieci z g³uchot¹ prelingwaln¹ dzia³ania te maj¹ charakter wychowania s³uchowego i jêzykowego, profilowanych na stymulowanie umiejêtnoœci audytywnych i werbalnych. Natomiast w odniesieniu do osób postlingwalnie nies³ysz¹cych lub doros³ych osób prelingwalnie g³uchych postêpowanie rehabilitacyjne przybiera formê treningu s³uchowego, bazuj¹cego na zdobytych wczeœniej sprawnoœciach s³uchowo-jêzykowych (por. Lôwe 1995; Ling i in. 2000; Szuchnik 2005: 653–675).

Analizuj¹c dotychczasowe dane z literatury przedmiotu mo¿na stwierdziæ, ¿e w wiêkszoœci przypadków implantowane i rehabilitowane dzieci, jak te¿ dorodni, osi¹gaj¹ znacz¹cy wzrost sprawnoœci w zakresie poszczególnych funkcji s³uchowych oraz umiejêtnoœci jêzykowych i komunikacyjnych. Analizy te w niewielkim stopniu odnosz¹ siê natomiast do aspektu warstwy prozodycznej mowy. Badaniami dotycz¹cymi tego obszaru mowy objête by³y na ogó³ implantowane doros³e osoby postlingwalne, u których poziom prozodyczny w zakresie nadawania i odbioru nie odbiega³ od normy prezentowanej przez osoby s³ysz¹ce w tym samym

wieku (por. Wojewódzka 2009 i 2012). Inną grupę badań stanowiły eksploracje związane z oceną postępów w funkcjonowaniu prozodycznym implantowanych dzieci (zob. Osberger, Miyamoto 1991; Cleary i in. 2002; Chin i in. 2003; Dillon i in. 2004; Most, Peled 2007; Lenden i Flipsen 2007; Snow, Ertmer 2009; Binos i in. 2013; Holt 2013; Liwo 2014). Natomiast analizy dotyczące obszaru prozodycznego u implantowanych dorosłych osób z głuchotą prelingwalną nie były do tej pory przedmiotem szczególnego zainteresowania badawczego. Odnotować przy tym należy prace N. Jiam, A. Catalano i M. van Zyl (Jiam i in. 2017; Catalano i in. 2017; van Zyl 2014). Biorąc pod uwagę niedostatki badawcze w tak ważnym dla funkcjonowania komunikacyjnego obszarze, autorka prezentowanego tekstu podjęła badania pilotażowe w niewielkiej grupie dorosłych osób niesłyszących. Ich założenia oraz wyprowadzone z nich wnioski omówione zostaną się w dalszej części artykułu.

Obszar prozodyczny u badanych osób implantowanych

Punkt wyjścia przeprowadzonego pilotażu osadzony został w dwóch płaszczyznach. Pierwszą z nich stanowiły przytoczone we wcześniejszej części artykułu refleksje dotyczące znaczenia prozodii w komunikacji językowej oraz deficyty tej sfery mowy u osób z głęboką wadą słuchu. Druga z kolei odniesiona została do możliwości poprawy funkcjonowania prozodycznego, a tym samym komunikacyjnego dorosłych osób niesłyszących, wynikających z użytkowania przez tę grupę implantu ślimakowego.

Celem badań była ocena prozodii mowy u dorosłych osób implantowanych z głuchotą prelingwalną i postlingwalną. Pilotażowy charakter badań umożliwił wstępne oszacowanie jakości obszaru prozodycznego tych użytkowników implantów, u których utrata słuchu nastąpiła w różnych okresach ich życia.

Badania przeprowadzone zostały w dwóch grupach:

- (1) osób prelingwalnie niesłyszących (N=20), wiek: 19–55 r.ż.;
- (2) osób postlingwalnie niesłyszących (N=23), wiek: 25–65 r.ż.

Dla obu grup metodą analizy audytywnej (odsłuchowej) oceniono nadawane wypowiedzi językowe w dwóch okresach:

- (1) po około półrocznym użytkowaniu implantu;
- (2) po około 2-letnim użytkowaniu implantu.

Analiza audytywna oparta została na subiektywnych wrażeniach słuchowych wywołanych przez wypowiedzi badanych. Wypowiedzi te stanowiły zestawy zdań o zróżnicowanych konturach intonacyjnych (pytającym, oznajmującym i rozkazującym). W nadawanych wypowiedziach określone zostały wartości

wskaźników cech prozodycznych (rytmu, akcentu i melodii) według przyjętej skali 0–5. Zastosowanie tego rodzaju analizy wynikało z poprzednich doświadczeń badawczych Autorki, dotyczących rozwoju prozodii u implantowanych niemowląt¹. Biorąc je pod uwagę uznano, że ocena audytywna stanowiłaby miarę zmian w zakresie prozodii mowy, a tym samym jej wykorzystanie w prowadzonych badaniach nad prozodią niesłyszących dorosłych jest zasadne. Ze względu na nierównoliczność badanych grup przyjęto średnią wartość poszczególnych wskaźników na osobę w grupie. Porównawczo, ustalona została norma nadawania prozodii u osób słyszących. Liczebność tej grupy wynosiła 23. Należy też dodać, że w czasie trwania badań, w ramach działań rehabilitacyjnych, wprowadzony został trening słuchowy, w szczególności dotyczący słuchowej percepcji mowy.

Z kolei analiza wyników badań polegała na porównaniu wartości początkowych i końcowych poszczególnych wskaźników prozodii (rytmu, akcentu i melodii) w obu badanych grupach oraz ich odniesieniu do normy reprezentowanej przez osoby słyszące.

Badania przeprowadzone zostały w okresie od września 2014 roku do lutego 2018 roku w Specjalistycznym Ośrodku Diagnostyki i Rehabilitacji PZG w Gdańsku.

Wyniki badań wstępnych ujawniły znaczne dysproporcje pomiędzy nadawaniem poszczególnych czynników prozodycznych u osób pre- i postlingwalnych, a także odstępstwa od normy ustalonej w tym zakresie dla osób słyszących. Dysproporcje te w szczególności obserwowane były w przypadku osób prelingwalnych.

I tak wskaźnik rytmu w obu grupach niesłyszących (pre- i postlingwalnych) wykazał inkrementalny przyrost w trakcie trwania badania, odbiegając znacznie od jego wartości u osób słyszących.

W odniesieniu do wskaźnika akcentu duże odchylenia w stosunku do normy oraz minimalny przyrost jego wartości zaznaczyły się w grupie osób prelingwalnych. Różnice te nie zostały wykazane w przypadku osób postlingwalnych. W tej grupie przyrost wartości wskaźnika akcentu okazał się znaczący, nie odbiegając wyraźnie w badaniu końcowym od prezentowanej normy u osób słyszących. Należy też zwrócić uwagę, że ten element prozodyczny, jakim jest akcent, wykazał najmniejsze nasilenie w wypowiedziach osób z normą słuchową¹.

Analizując z kolei wartości wskaźnika melodii trzeba podkreślić zarówno jego znaczące odstępstwa od normy, jak też minimalny przyrost pomiędzy badaniem początkowym i końcowym w grupie osób prelingwalnych. U osób postlingwalnych natomiast zaznaczył się wyraźny wzrost tego wskaźnika w trakcie badania, a różnice w odniesieniu do normy w badaniu końcowym były jedynie nieznaczne.

¹ Szczegółowa analiza wyników oceny akustycznej i audytywnej zawarta została w mojej pracy *Implantowanie i działania pedagogiczne jako czynniki w rozwoju komunikacyjnych cech suprasegmentalnych mowy u dzieci z głuchotą prelingwalną do 2. roku życia*, niepublikowana praca doktorska, Gdańsk 2014, s. 186–203.

Wnioski z przeprowadzonych badań s¹ zatem następują¹ ce:

1. Okres utraty s³uchu ma znaczenie w pos³ugiwaniu się prozodi¹ u osób implantowanych. Korzyści z tego rodzaju protezowania oraz współ³zależnych z nim działań rehabilitacyjnych s¹ największe u osób postlingwalnie g³uchych, u których zachowane zostały wzorce prozodyczne. Deficyty w zakresie umiejętności prozodycznych u osób z g³uchot¹ prelingwaln¹ mogą¹ wynikać z braku tych² e wzorców, których nabywanie zwi¹zane jest z wczesnym okresem rozwoju mowy.
2. Efektywność implantowania i treningu s³uchowego w zakresie nadawania poszczególnych czynników prozodycznych jest zróżnicowana (największa w przypadku czynnika rytmu u osób prelingwalnych i melodii u osób postlingwalnych).
3. Zastosowanie implantu u osób postlingwalnie nies³ysz¹ cych daje możliwość odbudowania ich funkcji prozodycznych.

Przedstawione konkluzje mogą¹ stanowić podstawę do podjęcia rozważań nad językow¹ kondycją¹ osób nies³ysz¹ cych, wyznaczan¹ przez tak znaczą¹ ce dla komunikacji umiejętności prozodyczne. Inne zagadnienie implikowane wynikami badań dotyczy działań rehabilitacyjnych stymuluj¹ cych umiejętności prozodyczne nies³ysz¹ cych, wspomaganych współ³czesnymi technologiami medycznymi. Te oba w¹tki znajd¹ swoje miejsce w końcowej części artykułu.

Zakończenie: implikacje rehabilitacyjne

Pojawiają¹ ce się w zwi¹zku z przedstawionym tekstem refleksje odnieść¹ można do kilku aspektów. Pierwszy z nich zwi¹zany jest ze znaczeniem prozodii mowy w komunikacji językowej. Znaczenie to wynika z percepcyjnej i ekspresyjnej przystępności tej warstwy mowy w językowych interakcjach. Wykorzystanie elementów prozodycznych w wypowiedzi sprzyja bowiem zarówno rozumieniu komunikatu językowego, jak i nadawaniu mu emocjonalnego znaczenia.

W tym kontekście istotn¹ kwestię stanowi jakoś¹ prozodii u osób z g³ębokim uszkodzeniem s³uchu. Opisane w artykule deficyty w tym zakresie stają¹ się często przyczyn¹ trudności komunikacyjnych nies³ysz¹ cych, a nierzadko ich wykluczenia z językowej wspólnoty opartej na powszechnie obowi¹zuj¹ cym języku fonicznym. Z tego względu tak ważnym zadaniem dla obszarów rehabilitacji staje się praca nad usprawnianiem potencjału prozodycznego u osób g³ęboko nies³ysz¹ cych, wspomagana nowoczesnymi technologiami protezowania narz¹du s³uchu. Przedstawione w artykule wyniki badań wstępnych dotyczą¹ cych jakości prozodii u implantowanych osób z g³ębokim uszkodzeniem s³uchu dowodzą¹, że wczesny

deficyt s³uchu uniemoŹliwia p³oŹniejsze efektywne wykorzystanie umiej³tnoœci prozodycznych w komunikacji. Pomimo tak zaawansowanej protezy, jak¹ jest implant œlimakowy oraz zastosowanego treningu s³uchowego, prelingwalnie g³usi dorodni nie nabywaj¹ umiej³tnoœci prozodycznych. Inaczej dzieje si³e w przypadku os³b postlingwalnie og³uch³ych, ktorzy reaktuj¹ wczeœniejsze umiej³tnoœci prozodyczne. Zar³wno w pierwszym, jak i drugim przypadku, ma to zw¹zek z wzorcami prozodycznymi b³d¹cymi baz¹ dla uaktywnienia prozodii. Bariera audytywna w krytycznym dla rozwoju tego rodzaju wzorców, jakiej doœwiadczyli dorodni nies³ysz¹cy bez efektywnego wspomaganie s³uchowego w postaci implantu, spowodowa³a g³³bokie deficyty w ich funkcjonowaniu w tym obszarze mowy. Czy jest zatem wyj¹cie z tej sytuacji?

MoŹliwoœci takich upatrywaæ naleŹy w dwóch kierunkach dzia³añ rehabilitacyjnych. Pierwszym z nich jest wczesna stymulacja s³uchowa i j³zykowa prelingwalnie nies³ysz¹cego dziecka w implanecie. UmoŹliwiaj¹ j¹ przede wszystkim powszechne badania przesiewowe s³uchu noworodków, dzieki ktorym dzia³ania medyczo-rehabilitacyjne podejmowane s¹ juŹ w pierwszych miesi¹cach Źycia g³uchego dziecka. Pozwala to unikn¹æ w wi³kszoœci przypadków znac¹cych op³³oŹnieŹ w opanowywaniu przez nie funkcji s³uchowych i j³zykowych.

W¹zn¹ kwesti¹ jest teŹ charakter metod wykorzystywanych w rozwijaniu potencja³u j³zykowego ma³ego g³uchego dziecka. Ich baz³ stanowi¹ powinny tak waŹne w pierwszym okresie wczesne relacje komunikacyjne oparte na elementach prozodycznych mowy. Post³powanie takie sta³ si³e moŹe kluczem do uaktywnienia u nies³ysz¹cego dziecka kompetencji prozodycznej, co w p³oŹniejszym okresie u³atwi mu w³¹czenie si³e nurt j³zykowej komunikacji. (zob. Liwo 2014 i 2018b). Dziecko z g³uchot¹ prelingwaln¹ przejawia bowiem juŹ od pocz¹tku gotowoœæ do nawi¹zania relacji komunikacyjnych na bazie j³zyka. Potrzebuje jednak partnerów dostarczaj¹cych wzorców j³zykowych, w tym tak waŹnych wzorców prozodycznych. Podkreœlana wczeœniej dost³pnoœæ prozodii stanowi walor nie tylko w przyswajaniu tej warstwy mowy, ale i w nawi¹zywaniu wczesnych przedj³zykowych interakcji, mobilizuj¹c dziecko do dalszego okrywania, a przede wszystkim stosowania j³zyka.

Inny kierunek dzia³añ dotyczy os³b prelingwalnie nies³ysz¹cych implantowanych po okresie rozwoju mowy. W tym wypadku niezb³dny wydaje si³e intensywny trening s³uchowy w zakresie ich umiej³tnoœci prozodycznych, uwzgl³dniaj¹cy æwiczenia stymuluj¹ce dyspozycje muzyczne oraz sprawnoœci fonacyjne i oddechowe.

Bezprzecnie jednak praca nad umiej³tnoœciami prozodycznymi powinna staæ si³e priorytetem w dzia³aniach rehabilitacyjnych dotycz¹cych komunikacji j³zykowej os³b z dysfunkcj¹ s³uchu. Dotyczy to zar³wno ma³ych nies³ysz¹cych dzieci, stoj¹cych na progu poznawania œwiata j³zykowych interakcji, jak i doros³ych

nieszyszcych, których możliwości w tym zakresie zostały ukształtowane. Dzięki prozodii dokonuje się w głównej mierze tak ważna komunikacyjna funkcja języka. Jej ranga powinna więc zostać podkreślona w obszarze rehabilitacji niesłyszcych.

Bibliografia

- Binos P., Okalidou A., Botinis A., Kiriafinis G., Vital V. (2013), *Suprasegmental features of CI children via classification of pre-linguistic utterances: two longitudinal case studies*, Journal of Hearing Science, vol. 3 (1), 37–45.
- Catalano A., Newman R.S., Goupell M.J., Huang T.Y. (2017), *Using prosody to infer discourse prominence in cochlear-implant users and normal-hearing listeners*, Cognition, vol. 166, Elsevier B.V, 184–200.
- Chin S.B., Tsai P.L., Gao S. (2003), *Connected speech intelligibility of children with cochlear implants and children with normal hearing*, American Journal of Speech-Language Pathology, vol. 12, 440–451.
- Cleary M., Dillon C., Pisoni D.B. (2002), *Imitation of nonwords by deaf children after cochlear implantation: Preliminary findings*, Annals of Otology, Rhinology and Laryngology Supplement-Proceedings of the 8th Symposium on Cochlear Implants in Children, vol. 111, 91–96.
- Crystal D. (2010), *The Cambridge Encyclopedia of Language* (wyd. 3), Cambridge University Press, Cambridge.
- Dillon C.M., Burkholder R.A., Cleary M., Pisoni D.B. (2004), *Nonword repetition by children with cochlear implants: accuracy ratings from normal-hearing listeners*, Journal of Speech and Language Hearing Research, vol. 47 (5), 1103–1116.
- Duska M. (1976), *Prozodia języka polskiego*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Holt C. M. (2013), *The perception and production of prosody by adolescent users of cochlear implants*, University of Melbourne.
- Jadacka H. (b.r.w.), *Akcent [w:] Prozodia, fonetyka i fonologia*, J. Bartmiński, M. Nowosad-Bakalarczyk (red.), Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Jiam N.T., Caldwell M., Deroche M.L., Chatterjee M., Lim C.J. (2017), *Voice emotion perception and production in cochlear implant users*, Hearing Research, vol. 352, Elsevier B.V, 30–39.
- Kvale S. (2004), *InterViews. Wprowadzenie do jakościowego wywiadu badawczego*, prze³. S. Zabielski, Wydawnictwo Trans Humana, Biaystok.
- Kowalska A. (1989), *Metodyka kształtowania elementów prozodycznych w wypowiedziach dzieci z uszkodzonym s³uchem*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Lenden J.M., Flipsen P. (2007), *Prosody and voice characteristics of children with cochlear implants*, Journal of Communication Disorders, vol. 40(1), 66–81.
- Löwe A. (1995), *Wychowanie s³uchowe. Historia, metody, możliwości*, prze³. D. Lewandowska-Jarosz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Liwo H. (2014), *Implantowanie i działania pedagogiczne jako czynniki w rozwoju komunikacyjnych cech suprasegmentalnych mowy u dzieci z g³uchot¹ prelingwaln¹ do 2. roku życia*, niepublikowana rozprawa doktorska, Instytut Pedagogiki UG, Gdańsk.

- Liwo H. (2015), *Komunikacyjny status prozodii mowy w kontekście roszczeń do ważności Jürgena Habermasa*, Universitas Gaedanesis, R. 27, t. 50, Wydawnictwo Pomorskiego Towarzystwa Filozoficzno-Teologicznego, 115–136.
- Liwo H. (2018a), *(Nie)szyści a społeczny stereotyp guchego* [w:] *Horyzonty i perspektywy edukacji równościowej*, G. Piekarski, M.A. Saapata (red.), Wydawnictwo Katedra, Gdańsk, 287–301.
- Liwo H. (2018b), *Rozwój prozodii mowy u implantowanych dzieci z guchot¹ prelingwaln¹ do 2. roku życia* [w:] *Prozodia – przyswajanie, norma, patologia, terapia*, B. Kamińska (red.), Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk (w przygotowaniu).
- Most T., Peled M. (2007), *Perception of suprasegmental features of speech by children with cochlear implants and children with hearing aids*, Journal of Deaf Study and Deaf Education, vol. 12, 350–361.
- Obrębowski A. (1992), *Głos i mowa dziecka z uszkodzonym s³uchem* [w:] *Foniatrya kliniczna*, A. Pruszewicz (red.), PZWL, Warszawa.
- Osberger M.J., McGarr N.S. (1982), *Speech production characteristics of the hearing impaired* [w:] *Speech and language: advances in basic research and practice*, N. Lass (red.), Academic Press, New York.
- Osberger M.J., Miyamoto R.T., Zimmerman-Phillips S., Kemink J.L., Stroer B.S., Firszt J.B., Novak M.A. (1991), *Independent evaluation of the speech perception abilities of children with the Nucleus 22-channel cochlear implant system*, Ear and Hearing, vol. 12 (Supl.), 66–80.
- Ostaszewska D., Tambor J. (2000), *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Perier O. (1992), *Dziecko z uszkodzonym narz¹dem s³uchu: aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*, prze³. T. Ga³kowski, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Prillwitz S. (1996), *Język, komunikacja i zdolności poznawcze nieszy¹cych*, prze³. T. Duliński, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Snow D., Ertmer D. (2009), *The development of intonation in young children with cochlear implants: A preliminary study of the influence of age at implantation and length of implant experience*, Clinical Linguistics and Phonetics, vol. 23, 665–679.
- Szkie³kowska A. (2005), *Zaburzenia g³osu spowodowane uszkodzeniem narz¹du s³uchu* [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, T. Ga³kowski, E. Szel¹g, G. Jastrzębowska (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 629–652.
- Szmeja Z., Seku³a A. (2010), *Nag³a guchota Audiologia kliniczna. Zarys* (wyd. IV), A. Pruszewicz, A. Obrębowski (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań, 445–452.
- Szpyra-Koz³owska J. (2002), *Wprowadzenie do współczesnej fonologii*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Szuchnik J. (2005), *Terapia logopedyczna osób po wszczepieniu implantu ślimakowego* [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, T. Ga³kowski, E. Szel¹g, G. Jastrzębowska (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 653–678.
- Van Zyl M. (2014), *Perception of prosody by cochlear implant recipients*, University of Pretoria.
- Weinsberg A. (1983), *Językoznawstwo ogólne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.

- Wierzchowska B. (1965), *Wymowa polska*, Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych, Warszawa.
- Wierzchowska B. (1980), *Fonetyka i fonologia języka polskiego*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.
- Wiąniewski M. (2007), *Zarys fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Kopernika, Toruń.
- Wojewódzka D. (2009), *Umiejętności słuchowe ogłuchłych osób dorosłych zaopatrzonych w implanty ślimakowe*, nieopublikowana praca doktorska, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.
- Wojewódzka D. (2012), *Możliwości słuchowe osób postlingwalnie ogłuchłych po zastosowaniu implantu ślimakowego i rehabilitacji słuchowej* [w:] *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, J. Gódkowska (red.), Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Wóycicki K. (b.r.w.), *Melodia mowy* [w:] *Prozodia, fonetyka i fonologia*, J. Bartmiński, M. Nowosad-Bakalarczyk (red.), Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Wóycicki K. (b.r.w.), *Tempo mowy*, *Prozodia, fonetyka i fonologia* [w:] J. Bartmiński, M. Nowosad-Bakalarczyk (red.), Wydawnictwo UMCS, Lublin.

Agnieszka Hamerlińska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Popularyzacja protez głosowych a lęk przed ich zastosowaniem u osób po laryngektomii całkowitej

W artykule zostanie przedstawiony interdyscyplinarny model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani uwzględniający aspekt medyczny, pielęgnacyjny, logopedyczny, psychologiczny i fizjoterapeutyczny. Model ten będzie zawierał trzy etapy: przedoperacyjny związany z prowadzeniem diagnostyki choroby i doбором metody leczenia, okołoperacyjny – wiążący się z wykonaniem radykalnego zabiegu, którego celem będzie resekcja krtani oraz pooperacyjny – dotyczący przywracania jakości życia. W tekście odnaleziona będzie możliwość komunikacyjnych u osób po laryngektomii całkowitej, a szczególna uwaga zostanie poświęcona mowie przetokowej uzyskiwanej dzięki protezom głosowym. Na rzecz prezentowanego tekstu dokonano przeglądu badań nad skutecznością stosowania zastawek tchawiczo-przełykowych. Ponadto dokonana będzie próba wyjaśnienia, dlaczego osobom po laryngektomii całkowitej trudno przekonać się do protez głosowych, a w szczególności do implantacji wtórnej. Zostaną przedstawione wyniki badań, których przedmiotem stała postawa osób po usunięciu krtani wobec protez głosowych.

Słowa kluczowe: rak, laryngektomia całkowita, mowa, proteza głosowa, standard postępowania

Popularization of voice prostheses and fear of their application in people after total laryngectomy

The article will present an interdisciplinary model of treatment advanced laryngeal cancer taking into account the medical, caring, speech therapy, psychological and physiotherapeutic aspects. This model will contain three stages: preoperative related to the diagnosis of the disease and the choice of treatment method, perioperative - associated with the implementation of a radical procedure, which will be laryngeal resection and postoperative - for restoring the quality of life. The text will describe the communication possibilities of people after total laryngectomy, with special attention through voice prostheses. A review of the efficacy of using tracheo-esophageal valves has been made for the presented text. In addition, an attempt will be made to explain why it is difficult for people with total laryngectomy to consult voice prostheses, and in particular for secondary implantation. The results of the research will be presented, the subject of which was the attitude of people after removal of the larynx towards voice prostheses.

Keywords: cancer, total laryngectomy, speech, voice prosthesis, standard of conduct

Wprowadzenie

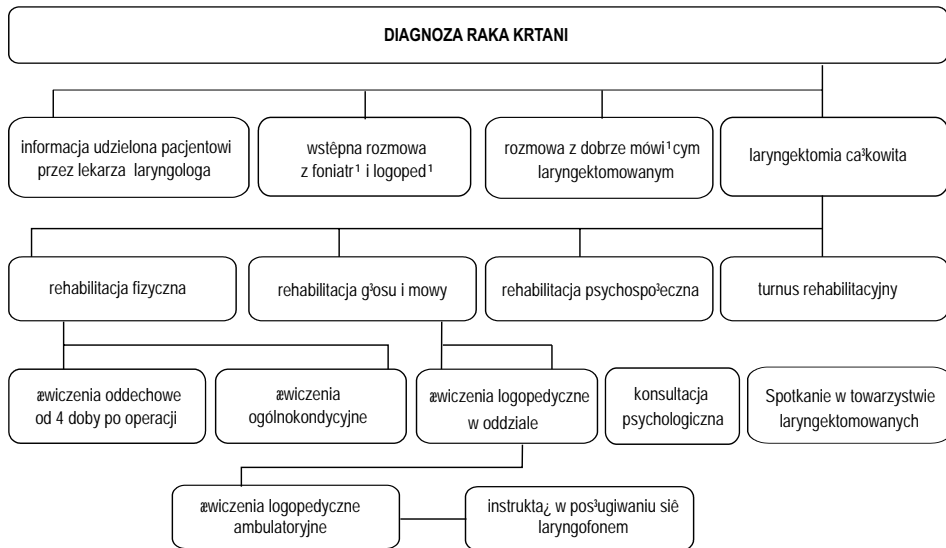
Osoby po laryngektomii całkowitej, z uwagi na usunięcie krtani, trac¹ naturaln¹ umiejętność wydobycia głosu. Stan ten jednak nie oznacza, że nie mog¹ komunikować się werbalnie. W Polsce najczęściej spotykanym sposobem porozumiewania się osób po stracie krtani jest mowa przełykowa. Wykształcenie tej formy komunikowania się wi¹że się z długotrwałym procesem terapii logopedycznej. Bywa, że jej wynik nie jest satysfakcjonujący. Z kolei, w przypadku państw wysoko rozwiniętych szczególnie pod względem ekonomicznym, osoby po laryngektomii całkowitej mają wykonywan¹ przetokę i mówią za pomocą protez głosowych. Wyrazistość mowy przetokowej jest lepsza niż mowy przełykowej (Ok³a 2007). W Polsce także istnieje możliwość chirurgicznej metody przywrócenia dźwięcznego głosu, jednakże bardziej preferowana jest mowa przełykowa. Mimo że protezę uznaje się za osiągnięcie medycyny, wśród laryngektomowanych pojawia się lęk przed implantacją (w szczególności) wtór¹ i niechęć do noszenia zastawki przełykowo-tchawiczej.

Niniejszy artykuł porusza problem zastosowania protez głosowych u osób po usunięciu krtani. Jednak na początku zaprezentowany będzie interdyscyplinarny model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani. Następnie uwaga będzie poświęcona sposobom komunikowania się osób po usunięciu krtani, ze szczególnym uwzględnieniem protez głosowych. Dopiero pod koniec zostanie dokonana próba wyjaśnienia, dlaczego osobom po laryngektomii całkowitej trudno przekonać się do protez głosowych mimo niezadowolających efektów mowy przełykowej. Zaprezentowano także wyniki wywiadu przeprowadzonego w grupie osób laryngektomowanych dotyczącego postawy wobec zastawek tchawiczo-przełykowych.

Interdyscyplinarny model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani

Laryngektomia całkowita to zabieg chirurgiczny polegający na zupełnym usunięciu krtani, zazwyczaj wykonywany na skutek diagnozy rozległej choroby nowotworowej. Podczas operacji jest wykonywana także tracheostomia, której konsekwencją jest powstanie stomii, czyli otworu na szyi umożliwiającego oddychanie. Resekcja narządu wywołuje wiele zmian, a jedną z najbardziej odczuwalnych jest utrata głosu. Brak możliwości wytwarzania głosu krtaniowego znacznie upośledza funkcjonowanie społeczne, rodzinne, a niejednokrotnie i ekonomiczne (Markowski i in. 2014).

W literaturze przedmiotu (Sinkiewicz 2009) przedstawiane jest kompleksowe postępowanie w przypadku raka krtani (ryc. 1), obejmuj¹ce etap przed operacj¹ i po operacj¹.

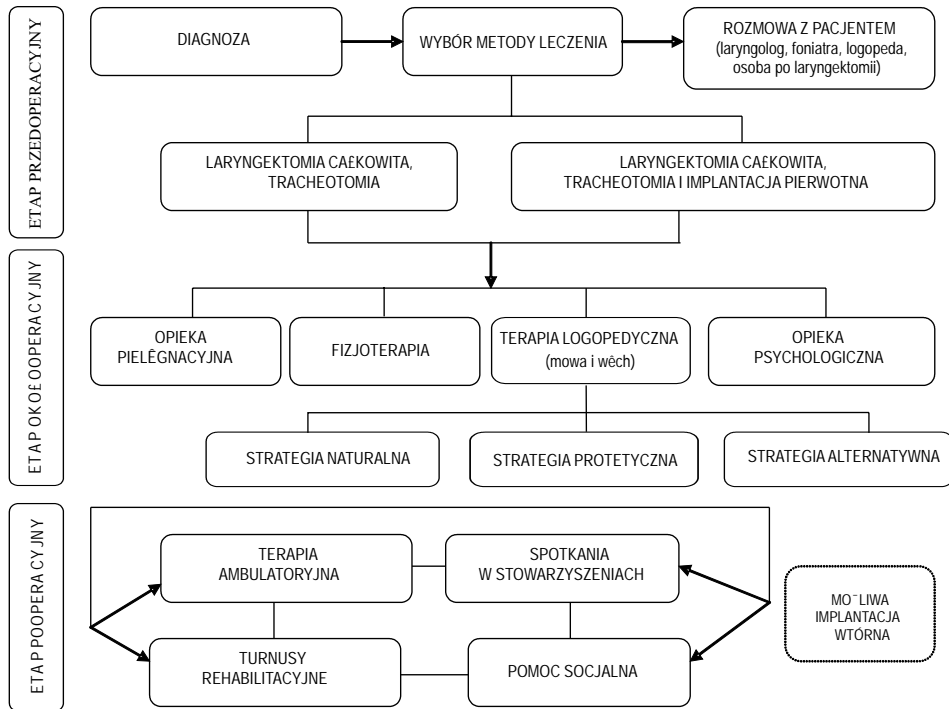


Rycina 1. Kompleksowe postępowanie w przypadku raka krtani
ród^o: (Sinkiewicz 2009: 25).

Warto do prezentowanego schematu (ryc. 1) wprowadzić podzia³ na etapy: okres przedoperacyjny, okres oko^ooperacyjny, okres pooperacyjny. Ponadto w schemacie brakuje metody rehabilitacji chirurgicznej, czyli zwi¹zanej z protez¹ g^osow¹ (ebryk-Stopa 2015). Nie zosta³a tak²e wymieniona pomoc socjalna oraz opieka pielęgnacyjna. Uwzględniaj¹c wymienione elementy model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani powinien przyj¹ć nieco zmodyfikowany obraz (ryc. 2).

Pierwszym etapem w modelu postępowania w przypadku zaawansowanego raka krtani jest czas przedoperacyjny, kiedy to stawiana jest diagnoza, co oznacza ustalenie rozleg^ości, stopnia zaawansowania choroby. Dalej musi być podjęta decyzja o metodzie leczenia. W przypadku zaawansowanego raka krtani dokonywana jest laryngektomia ca³kowita, po³czona z tracheotomi¹. Podczas operacji może być dokonana implantacja pierwotna, która wi¹że się z chirurgicznym wszczepieniem protezy g^osowej. Osob¹ prowadz¹c¹ ca³y proces leczenia jest lekarz laryngolog i foniatra. Warto jednak podkreślić, że już na etapie ustalania metody leczenia wskazane jest spotkanie z logoped¹ oraz być może z osob¹ po usunięciu krtani, które potrafiłyby wyt³umaczyć choremu możliwo^ości komunika-

cyjne po zbiegu. Zanim zostanie przeprowadzona radykalnie zmieniaj¹ca życia operacja, istotne by chory zna³ jej konsekwencje, st¹d wskazana jest rozmowa oparta na zaufaniu i stwarzaj¹ca poczucie bezpieczestwa oraz zaopiekowania.



Rycina 2. Model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani
ródło: Opracowanie w³asne.

Po operacji rozpoczyna się etap oko³operacyjny, podczas którego pacjent poza opiek¹ lekarzy i pielęgniarek, zaczyna spotykaæ się z fizjoterapeut¹, logoped¹ i psychologiem. Pielęgniarka będzie musia³a m.in. dbaæo ran po dokonaniu resekcji krtani i wykonaniu tracheostomii, a jej g³wnym zadaniem będzie nauczanie pacjenta pielęgnacji rurki tracheostomijnej. Fizjoterapeuta usprawnia ruchowo, udziela wskazówek zwi¹zanych z oddychaniem, poruszaniem się i wykonywaniem ruchów cia³em po operacji.

Jako że temat niniejszego artyku³u wi¹e się przede wszystkim ze sposobem komunikowania się osób po usuniciu krtani – pomoc logopedy oraz oferowane przez niego strategie postępowania logopedycznego zostan¹ opisane stosunkowo szerzej. Wród strategii postępowania logopedycznego w przypadku odzyskiwania mowy po usuniciu krtani wymienia się naturaln¹, nienaturaln¹ (prote-

tyczn¹) i alternatywn¹ (Hamerlińska 2017). Strategia naturalna w postępowaniu logopedycznym osób po usunięciu krtani to taka, w której do wywołania mowy wykorzystuje się zachowane, zrekonstruowane lub przeszczepione narz¹dy, wytworzone przez organizm ludzki, bez użycia ciała sztucznego (mowa prze³ykowa, przeszczepowa foniczna po przeszczepie krtani, rekonstrukcyjna foniczna po rekonstrukcji krtani). W strategii nienaturalnej, czyli protetycznej wykorzystywane s¹ cia³a pochodzenia obcego, jak na przyk³ad proteza g³osowa lub laryngofon. Proteza to inaczej zastawka tchawiczoprze³ykowa, dzięki której powstaje tzw. mowa przetokowa. Laryngofon to aparat wytwarzaj¹cy falę wibroakustyczn¹, która po przedostaniu się do jamy ustnej jest modulowana i artyku³owana, a następnie opuszcza j¹ jako zrozumia³e s³owa. Trzecia strategia, czyli alternatywna oznacza, że nie ma możliwości wytworzenia g³osu poprzez mowę prze³ykow¹, istnieje¹ przeciwwskazania do protezy g³osowej, użycie laryngofonu nie przynosi korzyści. Wykorzystuje się wówczas zachowane umiejętności osoby laryngektomowanej, np. umiejętność pisania lub wprowadza się język migowy, emotykony, fonogesty (por. Hamerlińska 2017; Koz³owska 2015; Kamuda-Lewtak 2008). Jeśli w trakcie laryngektomii ca³kowitej dokonano implantacji pierwotnej wówczas rola logopedy będzie polega³a na nauczaniu pacjenta korzystania z protezy. Jeżeli jednak pacjent nie ma wszczepionej zastawki tchawiczoprze³ykowej wówczas kierowany jest przede wszystkim do nauki mowy prze³ykowej lub do korzystania z laryngofonu. Poza tym logopeda znaj¹c manewry pobudzania wężu, wprowadza również i te ćwiczenia do terapii.

Stan psychiczny osób po usunięciu krtani jest różnorodny. Dla niektórych dopiero strata narz¹du jest początkiem traumy. Dlatego też bardzo ważna jest rola psychologa, który udziela między innymi wsparcia emocjonalnego,

Kiedy pacjent opuści szpital, wówczas rozpoczyna się okres kooperacyjny. Wtedy to osoba laryngektomowana potrzebuje szczególnej pomocy: będzie uczęszczała na zabiegi rehabilitacyjne do placówek zdrowia publicznego, ponadto może zapisać się do stowarzyszenia dla osób po usunięciu krtani, gdzie odbywają się różne terapie. Dużym powodzeniem cieszą się także turnusy rehabilitacyjne organizowane przez stowarzyszenia dla osób po usunięciu krtani (Sinkiewicz 2015) np. Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych, 1¹skie Stowarzyszenie Osób bez Krtani. Laryngektomowani znajdują także wsparcie w pomocy społecznej.

Stosowanie protez g³osowych w Polsce i na świecie

Po³1czenie tchawiczoprze³ykowe stosowane jest od ponad 35 lat w krajach Europy zachodniej i Ameryki. Ta forma tworzenia g³osu zastępczego jest szczególnie zalecana w Holandii (Hilgers FJM i in. 1997). Powodem poszukiwań nowych

form komunikacji po laryngektomii całkowitej sta się często mało efektywny proces terapii logopedycznej, której celem jest nauczenie mowy przełykowej. Charakterystyka percepcyjno-akustyczna mowy przetokowej w porównaniu z mową przełykową przeprowadzona przez Ratajczyka i in. (2008) wykazała, że ta pierwsza jest bliższa charakterystyce mowy fizjologicznej. Zwraca się uwagę na wydłużenie czasu fonacji decydujące o płynności i szybkości wypowiedzi. Ponadto czas trwania rehabilitacji mowy zastępczej jest zdecydowanie krótszy u pacjentów z zastawką zastawki tchawiczo-przełykowej¹, co przyspiesza i ułatwia laryngektomowanym przystosowanie się do życia po operacji.

Pierwsza proteza głosowa została utworzona już na początku lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, a tego typu pionierski metodę opracował Polak Mozolewski (1972), który zastosował stworzoną przez siebie protezę wśród 24 chorych. Był to prototyp dzisiejszych protez głosowych. Położenie tchawiczo-przełykowe umożliwia laryngektomowanym łatwe wprowadzenie powietrza z tchawicy do zastępczego zbiornika znajdującego się pod mięśniem pierścienno-gardłowym, będącym generatorem dźwięku. Obecnie na świecie stosuje się wiele protez alloplastycznych sztucznych tchawic z przełykiem, takich jak: Blom-Singer, Bivona czy Provox (Ratajczak i in. 2008).

Protezy typu Provox stosowane są od 1988 roku. Głos tchawiczo-przełykowy jest tworzony w pseudogłówni, która powstaje w tym samym miejscu co w głosie przełykowym, ale w oparciu o rezerwuar powietrza. Istotną zaletą stosowania protez głosowych jest bardzo krótki czas rehabilitacji do uzyskania głosu zastępczego (Domeracka-Kołodziej i in. 2006).

Podstawą mowy tchawiczej jest to, że wydechowe powietrze z tchawicy jest przetaczane przez gardło poprzez małą protezę z zaworem silikonowym w przewodzie przetokowym. Dźwięk jest następnie wytwarzany przez wibrowanie błony śluzowej. Kiedy powstaje dźwięk, uruchamiana jest w jamie ustnej artykulacja przy użyciu pozostałych rezonatorów anatomicznych: języka, zębów i warg. Proteza służy również jako zawór jednokierunkowy, aby zapobiec śladom dymu w drogach oddechowych (Parchant i in. 2008).

Badania prowadzone przez Markowskiego i in. (2014) nad oceną skuteczności rehabilitacji głosu po zabiegu implantacji protez głosowych typu Provox 2 u 26 pacjentów po laryngektomii całkowitej dowiodły, że zachodzi wysoka skuteczność protezy głosowej w rehabilitacji głosu. Niemal 80% badanych oceniło rehabilitację głosu za pomocną protezy typu Provox 2 jako zadowalającą. Wyniki porównano z mową przełykową 16 osób. Jakość głosu oceniono w obu grupach za pomocą kwestionariusza współczynnika niepełnosprawności głosowej (VHI, Voice Handicap Index). Korzystniejsze wyniki otrzymały osoby z protezami.

Domeracka-Kołodziej i in. (2006) prowadzili badania w grupie 25 osób poddanych laryngektomii całkowitej z implantacją wtórną, spośród tych osób 14 pod-

czas usuwania krtani miało zabieg poszerzony o operację radykalną wężów chłonnych szyi i/lub nasady języka i/lub gardła dolnego. W momencie wypisu ze szpitala 18 z 25 operowanych chorych uzyskało znaczny poprawę w mówieniu. Jednakże lepsze wyniki uzyskano w grupie pacjentów po laryngektomii całkowitej w porównaniu z laryngektomią całkowitą poszerzoną. Jakość głosu i mowy była zróżnicowana u pacjentów.

W Klinice Otolaryngologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie przeprowadzono badania wśród 82 mężczyzn (Ratajczak i in. 2008). Była to grupa od 42 do 75 lat (średnia 61,8 lat). Chorzy zostali podzieleni na trzy grupy. Grupa I stanowiła 32 pacjentów z rakiem krtani, którym wykonano laryngektomię całkowitą i założono protezę głosową Provox 2 firmy Atos. Spośród tych osób u 24 protezę głosową założono w trakcie operacji usuwającej krtani. Z kolei 8 osobom wykonano laryngektomię całkowitą 12–24 miesięcy wcześniej, a implantacji wtórnej dokonano po nieuzyskaniu mowy przełykowej po kilku miesiącach terapii. U wszystkich osób działania chirurgiczne zakończono co najmniej 3 miesiące wcześniej przed przeprowadzoną analizą porównawczą. Grupa II to 30 osób, u których wykonano zabieg całkowitego usunięcia krtani bez założenia protezy głosowej 48–18 miesięcy przed badaniem. Wszyscy badani zakwalifikowani do tej grupy posiadali co najmniej dobrą mowę przełykową. Grupa III stanowiła 19 osób, była to grupa kontrolna chorych leczonych w Klinice z powodu przewlekłych zapaleń uszu, nieposiadających jednocześnie uchwytnych schorzeń krtani oraz zaburzeń tworzonego głosu i mowy. Badania rozpoczynano od subiektywnej oceny głosów zastępczych oraz ustalenia długości czasu potrzebnego do opanowania przez chorych mowy zastępczej, jakościowo odpowiadającej mowie prezentowanej w chwili badania. W analizie uwzględniano gotowość do mowy, charakter tworzonego głosu (ochrypły, matowy, dźwięczny), sposób tworzenia głosu (party, swobodny) oraz jakość mowy (cicha, średnio-główna, główna). Następnym etapem badania było wykonanie pomiarów maksymalnego czasu fonacji samogłoski „a”.

Ostateczny wynik był średni z trzech powtórzeń, podany w sekundach. Początkowo mierzono maksymalne natężenie głosu dla mowy potocznej określone w dB. Dokonano także analizy nagranych głosów porównując między sobą: średni częstotliwość, podstawowy czas potrzebny do opanowania mowy zastępczej. U chorych z pierwotnie wszczepionymi protezami podstawowy czas potrzebny do opanowania mowy zastępczej wynosił od 3–4 dni do 4 tygodni, natomiast u chorych z protezami wszczepionymi wtórnie również 3–4 dni, ale nie przekracza 1 tygodnia. Mowę przełykową opanowywano w ciągu minimalnie 7 i maksymalnie 25 tygodni. Uczestnicy badania wykazywali stałą gotowość do mowy, głos był ochrypły lub matowy. W ocenie subiektywnej głos w mowie przetokowej odznaczał się większą swobodą tworzenia oraz mowa przetokowa wyda-

wa³a się g³ośniejsza w stosunku do mowy prze³ykowej. Maksymalne natężenie g³osu dla mowy potocznej przetokowej wynosi³o 62,5±7,8 dB, mowy prze³ykowej – 61±8,9 dB i dla mowy grupy kontrolnej – 65±6,6 dB (Ratajczak i in. 2008).

Wed³ug większości autorów g³os przetokowy jest znacznie bardziej wydolny socjalnie niż g³os prze³ykowy, czy gard³owy (Pruszewicz 1970; Ratajczak 2008). Jednak³e zastosowanie protezy g³osowej wi¹że się z pewnymi konsekwencjami. Z badań prowadzonych w Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala Powiatowego w Skarżysku-Kamiennej w latach 2012–2017, którym poddano 33 pacjentów z protez¹ g³osow¹ Provox II i Provox Vega wynika, że w analizowanym okresie zast¹piono 127 protez g³osowych u 33 pacjentów. Najcz³ęstszy powodem zast¹pienia protezy g³osowej by³ przeciek przez kana³ protezy g³osowej – wyst¹pi³o 95 razy. Spontaniczne wypadnięcie protezy g³osu wyst¹pi³o u 11 pacjentów. Proteza g³osowa zosta³a zast¹piona z powodu trudności w tworzeniu mowy protetycznej u 8 pacjentów. O wiele bardziej poważnym powik³aniem by³o wyst¹powanie wycieków wokó³ protezy g³osowej (5 osób). U 4 osób p³ytka zapalna zosta³a uformowana wokó³ protezy, nast³ępnie zosta³a usuni³ta w przypadku znacznej os³ony protetycznej lub na³ż¹danie zaniepokojonej osoby. U jednej osoby proteza wystawa³a i obraca³a się w tchawicy (Kamiński 2017).

Podobnie Parchant i in. (2008) wskazuj¹, że g³ówn¹ wad¹ protez g³osowych jest wyst¹pienie aspiracji przez przetokę do tchawicy i zwężenie oraz zamknięcie przetoki. Poza tym w³ród niekorzyści wymienia się:

1. Potrzeba ręcznego przykrycia stomii podczas wypowiedzania (cho³ obecnie s¹ już protezy niewymagaj¹ce przykrycia stomii, w Polsce nie s¹ jednak refundowane).
2. Konieczna jest odpowiednia rezerwa p³ucna.
3. Dodatkowa operacja konieczna w przypadku wtórnych nak³ua
4. Możliwe naruszenie tylnej ³iany prze³yku
5. Przej³cie cewnika przez fa³szywe przej³cie i perforacja prze³yku.

Można jednak te³ zwrócić uwagę na liczne zalety protez g³osowych:

1. Możliwe jest stosowanie radioterapii.
2. Umożliwia karmienie w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.
3. Można j¹ ³atwo usun¹æ, je³li jest niepo³dana przez pacjenta.
4. Mowa pojawia się od razu po zastosowaniu.
5. Wysoki wskaźnik sukcesu w rehabilitacji g³osowej protez.
6. Doskona³a jako³ g³osu w niemal 88%.
7. G³os jest bardziej zrozumia³y i stanowi bardziej naturalny d³wi³ek, poza tym trwa d³u³ej przy du³ej intensywności (Parchant i in. 2008).

Tworzenie g³osu przetokowego jest obecnie standardow¹ procedur¹ stosowan¹ podczas całkowitej laryngektomii (Parchant i in. 2008). Istnieje jednak kilka przeciwwskazań przy implantacji pierwotnej. W sytuacji pojawienia się zwi³ek-

szonę ryzyka rozwoju przetoki pooperacyjnej lub uszkodzenie rany – wszczepienie protezy nie jest zalecane. Do tego w przypadku rozległych zabiegów chirurgii gardłowej, przy nieodpowiednim przygotowaniu psychicznym pacjenta oraz w wątpliwej zdolności radzenia sobie fizycznie z protezą, metoda chirurgii protetycznej nie jest wskazana.

W Polsce bardziej zalecaną jest implantacja wtórna (aniżeli założenie protezy podczas jednego zabiegu wraz z laryngektomią i tracheostomią). Wynika to z przekonania, że pacjent powinien zawsze podjąć próbę nauki głosu przełykowego jako podstawowej formy rehabilitacji głosu po laryngektomii całkowitej. Markowski i in. (2014) wyrażają opinię, że dopiero przy nieskuteczności terapii logopedycznej, mimo intensywnej współpracy z logopedą i foniatrą oraz przy znacznym pogorszeniu jakości życia pacjenta w aspekcie socjalnym powinno się zastosować implantację protezy głosowej.

Parchant i in. (2008) wśród kryteriów do wtórnej rekonstrukcji głosu wymieniają:

1. Dobrą motywację
2. Stabilność psychiczną pacjenta
3. Odpowiednie rozumienie anatomii pooperacyjnej i przełyku tchawiczo-przełykowego
4. Brak uzależnienia od alkoholu lub innych substancji
5. Odpowiednią zręczność manualną
6. Odpowiednią ostrość wzroku
7. Pozytywny test wdmuchiwanie powietrza przełykowego
8. Brak znaczącego zwężenia lub zwężenia gardła
9. Odpowiednią rezerwę psychiczną
10. Stwierdzenie o odpowiedniej głębokości i średnicy (Parchant i in. 2008).

Lęk przed zmianą, czyli zastosowaniem protezy głosowej – ujęcie teoretyczne

Uczestniczenie w terapii logopedycznej może być wyczerpujące, a brak uzyskiwanych efektów przyczynia się do poszukiwania nowych rozwiązań dających lepsze możliwości komunikacyjne. Jednakże w przypadku osób po usunięciu krtani, pomimo braku wytworzenia mowy zastępczej istnieje obawa przed skorzystaniem z osłoniętej techniki. Proteza głosowa umożliwia mówienie niemalże od momentu jej wszczepienia. Zauważany jest jednak opór ze strony laryngektomowanych wobec zastawek tchawiczo-przełykowych. Prawdopodobnie źródłem tego oporu jest lęk przed zmianą, jak powoduje pojawienie się ciała obcego w organizmie, lęk przed trudnością w użytkowaniu, a także dalsze rozważania teoretyczne.

Lęk jest uczuciem ogólnej niepewności wobec nieokreślonego zagrożenia (Seligman i in. 2001: 181). Reakcja lęku składa się z czterech elementów: poznawczego, somatycznego, emocjonalnego i behawioralnego. Pierwszy – poznawczy jest oczekiwaniem bardziej rozproszonego i niejasnego zagrożenia. Somatyczny dotyczy zmian zewnętrznych i wewnętrznych organizmu. Do zewnętrznych można zaliczyć m.in. blednięcie skóry, pojawienie się gęsiej skórki czy drżenie ust, a do wewnętrznych na przykład zahamowanie wydzielania kwasu żołądkowego, przyspieszenie rytmu serca. Element emocjonalny obejmuje poczucie przerażenia, grozy i paniki, a behawioralny wiąże się z reakcją sprawczą np. ucieczką czy też unikaniem (Seligman i in. 2001).

W przypadku wykorzystania protezy g³osowej u osób po usunięciu krtani być może trzeba twierdzić o lęku wywołanym ewentualną zmianą dotychczasowego funkcjonowania. Zazwyczaj pojęcie zmiany odznacza się pewnymi cechami: względna długotrwałość i nieodwracalność oraz spontaniczność (Szmigielska 2005). Z kolei Griffin (2005: 392) za zmianę uznaje każdą istotną modyfikację jakiegocześnie w ramach wyróżnionej całości. Przyczyn oporu przed zmianą, jaka może nastąpić w życiu, jest wiele. Wendt (2010: 86) wskazuje na cztery obszary problemowe opisywanego zjawiska. Pierwszy wiąże się z brakiem informacji (na temat metod, sposobów, przyczyn, przebiegu wdrożenia, celu zaplanowanych zmian, konsekwencji zmian). Drugi odwołuje się do zaufania i relacji wewnątrz organizacji (tu relacji pacjent-lekarz). Trzeci obszar dotyczy osobowości uczestników procesu zmian (niski poziom lub brak akceptacji dla zmian; brak troski o dobro wyższego rzędu; panujące przekonanie o tym, że po co współzmiennia jest dobrze tak jak jest. Ostatni obszar wiąże się ze stanem lękowym (lęk przed nowościami, porażką czy kompromitacją; lęk przed utratą pozycji lub władzy). Z kolei Sokołowska (2009: 230) za powody oporu wobec zmian uważa:

- niepewność (obawy i nerwowość wywołana znalezieniem się w sytuacji niejasnej);
- uczucie strachu, głównie przed tym, co nowe i nieznanne, ale również przed następstwami wdrażanej zmiany;
- odmienne postrzeganie problemów i sposobów rozwiązania przez poszczególnych interesariuszy procesu zmian;
- zagrożenie osobistych interesów, przede wszystkim w kontekście obszaru wpływów i zakresu władzy.

Dostrzec można, że zmiany, które wywołują największy lęk wiążą się z nowymi wymaganiami w kwestii umiejętności i wiedzy (Centkowska 2015). Człowiek boi się, że sobie nie poradzi z nowością, że jego dotychczasowe umiejętności okażą się zbyt małe, a wiedza, jaką posiada niewystarczająca. Ponadto duży opór budzi wizja poniesienia ryzyka. W przypadku stosowania protez g³osowych może występować lęk przed zmianą sposobu komunikowania się. Ponadto lęk może powodować posiadanie w ciele ciała obcego i zmiana, jaką będzie zaakceptowanie

tegoż „cia³a”, czyli protezy. Zastosowanie protezy g³osowej bêdzie wymaga³o tak¿e nauczeniu siê nowych czynnoœci – a to wszystko oznacza zmianê, czyli pojawienie siê czegoœ nowego, nieznanego czemu osoba po usuniêciu krtani „ma stawiæ czos³a”.

Postawa osób po usuniêciu krtani przed protez¹ g³osow¹

W 2017 roku podczas turnusu rehabilitacyjnego, którego celem by³o wywo³ywanie i/lub usprawnianie mowy prze³ykowej, przeprowadzono wywiady z 18 osobami po laryngektomii ca³kowitej. Celem badania by³o poznanie postawy osób po usuniêciu krtani wobec protez g³osowych. Sformu³owano nastêpuj¹ce pytania badawcze:

1. Jaka jest postawa wobec protez g³osowych u osób po usuniêciu krtani?
 - 1.1. Czy osoby po usuniêciu krtani chcia³aby zastosowaæ protezê g³osow¹?
 - 1.2. Jakie korzyœci z posiadania protez g³osowych wymieniaj¹ osoby po usuniêciu krtani?
 - 1.3. Jakie s¹ negatywne strony stosowania protez g³osowych w opinii osób po usuniêciu krtani?

W grupie badanych by³o 13 mê¿czyzn (wiek 57–78 lat, œrednia 69 lat) i 5 kobiet (wiek 61–82 lata, œrednia 68 lat). Pod wzglêdem wykszta³cenia grupa liczy³a 7 osób z wykszta³ceniem zawodowym, 6 – ze œrednim i 5 – z wy¿szym. W grupie by³a jedna osoba, której rok przed badaniem proteza g³osowa z uwagi na wypadniêcie zosta³a usuniêta. Piêæ osób badanych przyje¿dzi³aj¹c na turnus nie pos³ugiwa³a siê mow¹ prze³ykow¹. Szeœæ osób pos³ugiwa³o siê bardzo dobr¹ mow¹ prze³ykow¹, a 7 osób – dobr¹.

Spoœród badanych osób 16 stwierdzi³o, ¿e nie chce posiadaæ protezy g³osowej, a 2 przyzna³y, ¿e mog³yby posiadaæ. Wœród korzyœci 12 osób wymieni³o, ¿e od razu pojawia siê mowa. Badani nie potrafili wymieniaæ wiêcej zalet p³yn¹cych z faktu posiadania zastawki. Wœród negatywnych stron posiadania protezy pojawia³y siê odpowiedzi:

- lêk przed protez¹,
- niechêæ do u¿ywania rêki,
- brak wiary w skutecznoœæ,
- przyczyna grzybicy,
- zagro¿enie uduszenia poprzez wypadniêcie,
- okreœlenie protezy sztucznym tworem,
- wypadanie ze stomy,
- koniecznoœæ wymiany.

Pięć osób spośród badanych wskazało również, że mowa przeżykowa jest prawdziwa, w znaczeniu naturalnym w przeciwieństwie do mowy przetokowej.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów można wywnioskować, że postawa wobec protez g³osowych przez osoby po usunięciu krtani jest dość negatywna. Być może wynika to stąd, że są to osoby, którym dotychczas nie oferowano bezpośrednio protezy g³osowej, a te i trudno byłoby im podjąć decyzję o poddaniu się ewentualnej ponownej operacji, której celem byłoby wszczęcie protezy g³osowej. Ponadto osoby te, od lat żyją bez zastawki i potrafią radziarsobie w życiu codziennym mimo ograniczeń wynikających z komunikacji. Do tego zauważalna była w rozmowach motywacja osób badanych do uczestniczenia w zajęciach logopedycznych, wspierana w szczególności osobami bardzo dobrze i dobrze komunikującymi się mową przeżykową, którzy stanowią wzór do naśladowania. Na podstawie rozmów z osobami laryngektomowanymi można dostrzec, że w ich mniemaniu wykształcenie mowy przeżykowej budzi podziw, a zastosowanie protezy g³osowej budzi dość spory lęk. W szczególności wydaje się, że ten lęk podsytkowany jest troską o swoje życie, ponieważ badani obawiają się grzybicy i uduszenia pod wpływem noszenia protez g³osowych. Ponadto osoby po usunięciu krtani, mając w otoczeniu osoby dobrze posługujące się mową przeżykową, widzą jej walory i dążą do jej osignięcia. Do tego zauważać można, że badani traktują protezę jako ciało obce, która wprowadza zmiany w życiu. Te zmiany wiążą się z uczeniem się pielęgnowania protezy, nauki jej wykorzystania w celach komunikowania. Takie nowe zadania budzą lęk, przed tym czy uda się pokonać wymienione trudności.

Wnioski i podsumowanie

Stworzenie protezy g³osowej jest osignięciem medycyny. W wielu krajach Europy jest ona stosowana od razu podczas zabiegu usuwania krtani. W Polsce tak procedurę leczenia stosuje od wielu lat ośrodek kielecki prowadzony przez Sławomira Okrę (2007). W pozostałych ośrodkach onkologicznych, których celem jest również m.in. leczenie raka krtani, protezy g³osowe są wprowadzane od niedawna. Należy zwrócić uwagę, że przez długi czas wobec protez g³osowych było nastawienie, że stanowi ona swoistą ostateczność, ponieważ najpierw należało podjąć się trudu nauki mowy przeżykowej. Przejawem takiego poglądu jest zaprezentowany w niniejszym artykule pierwszy model postępowania w przypadku zaawansowanego raka krtani, w którym nawet nie uwzględniono zastosowania zastawki tchawiczoprzeżykowej. Dlatego też zaistniała konieczność dopracowania takiego modelu z uwzględnieniem współczesnych możliwości. Istotną rolę we

wprowadzaniu protez głosowych odgrywają lekarze prowadzący proces leczenia oraz logopedzi zajmujący się prowadzeniem terapii osób po laryngektomii całkowitej. Ich wiedza i doświadczenie w stosowaniu zatok tchawiczo-przełykowych powinny się rozwijać, tak aby móc przekazywać chorym wiedzę rzetelną poprzez doświadczeniem.

Prezentowane wyniki wywiadów przeprowadzonych wśród osób po usunięciu krtani można traktować jako badania pilotażowe. Warto podkreślić, że może istnieć różnica w postawie wobec protez głosowych u osób, które miały już wcześniej już podczas dokonywania resekcji krtani a u osób, które przez lata zaakceptowały dany stan życia bez krtani z naturalną formą komunikowania się jak jest mowa przełykowa nawet z różnym poziomem zrozumienia.

Należy zwrócić uwagę, że osobami badanymi były osoby starsze, u których może występować wyższy poziom lęku przed zmierzaniem się z rzeczami nowymi. Ponadto to osoby, które prowadzą do oszczędny tryb życia, co w konsekwencji może budzić lęk przed stratą finansową, a utrzymanie protezy, mimo wsparcia firm je produkujących, jest jednak kosztowne. Warto także zauważyć, że osoby badane wskazują, że już zaakceptowały swoje trudności wynikające z ograniczeń w komunikacji, zatem panuje przekonanie o tym, że „po co coś zmieniać, skoro jest dobrze tak jak jest”, jest czynnikiem bardziej pobudzającym lęk przed zmianą niż obniżającym.

Wydaje się, że podejście stosowane w Polsce, zgodnie z którym najpierw dokonywana jest laryngektomia całkowita, a następnie prowadzona jest terapia logopedyczna ukierunkowana na mowę przełykową nie jest podejściem złym, ponieważ w jakiś sposób chroni pacjentów przed negatywnymi skutkami stosowania protez. Jednakże warto uświadamiać osobom, którym nie udaje się osiągnąć pożądanego efektu terapii, że istnieje możliwość implantacji wtórnej, której skuteczność w zakresie rehabilitacji głosu jest wysoka. Najważniejsze jest by osoby będące przed operacją resekcji krtani lub te, które od lat żyją bez krtani wiedziały, że istnieje proteza głosowa i że mają możliwość z ich skorzystania.

Bibliografia

- Centkowska M. (2015), *Podstawy teoretyczne oporu wobec zmian w organizacji*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, seria: Organizacja i Zarządzanie, z. 77, nr kol. 1927, 9–18.
- Domeracka-Kołodziej A., Maniecka-Aleksandrowicz B., Osuch-Wójcikiewicz E., Nyckowska J., Bruzgielewicz A., Chечиński P., Jakubowska E. (2006), *Rehabilitacja głosu i mowy u chorych po usunięciu krtani z zastosowaniem protez głosowych typu Provox*, Otorynolaryngologia, vol. 5 (3), 129–134.
- Griffin R.W. (2005), *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Hamerlińska A. (2015), *Metodyka logopedyczna w przypadku osób po laryngektomii ca^okowejiej*, *Studia Logopaedica*, vol. 6, 225, 89–100.
- Hilgers FJM, Schouwenburg PF. (1990), *A new low resistance, selfretaining prosthesis (provox) for voice rehabilitation after total laryngectomy*, *Laryngoscope*, vol. 100, 1202–1207.
- Kamiński B. (2017), *Surgical voice rehabilitation performed by means of voice prosthesis post laryngectomy*, *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, vol. 15 (4), 338–341.
- Kamuda-Lewtak J. (2008), *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób laryngektomowanych*, *Logopedia*, vol. 37, 208–215.
- Koz^oowska, M. (2015), *Postępowanie logopedyczne w przypadku osób laryngektomowanych* [w:] *Logopedia, standardy postępowania logopedycznego*, S. Grabias, M. Kurkowski, J. Panasiuk (red.), Lublin, 781–797.
- Prashant V. Pawar, Suhail I. Sayed, Rehan Kazi, Mohan V. Jagade (2008), *Current status and future prospects in prosthetic voice rehabilitation following laryngectomy*, *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, vol. 4, no. 4, 186–191.
- Pruszewicz A. (1970), *Analiza i ocena czynników wpływających na rehabilitację g^oosu i mowy chorych po ca^okowym wy^ouszczeniu krtani*, *Akademia Medyczna w Poznaniu*, Poznań.
- Pruszewicz A., Obrębowski A., Donat-Jasiak T. (1983), *Kompleksowa rehabilitacja chorych po laryngektomii*, *Otolaryngologia Polska*, vol. 37, 159–60.
- Markowski J., Piotrowska-Seweryn A., Witkowska M., Wardas P., Paluch J., Likus W. (2014), *Ocena skuteczności rehabilitacji g^oosu po zabiegu implantacji protez g^oosowych typu Provox 2 u pacjentów laryngektomowanych*, *Otorynolaryngologia*, vol. 13 (3), 163–168.
- Mozelewski E. (1972), *Chirurgiczna rehabilitacja g^oosu i mowy po laryngektomii*, *Otolaryngologia Polska*, vol. 26, 653–661.
- Ok^oa, S. (2007), *Chirurgiczna rehabilitacja g^oosu po ca^okowejiej laryngektomii*, PZWL, Warszawa.
- Ratajczak J., Wojdas A., Jurkiewicz D. (2008), *Wyniki rehabilitacji g^oosu i mowy po wszczepieniu wentylowych protez g^oosowych u chorych po ca^okowym usunięciu krtani*, *Otolaryngologia Polska*, vol. 62 (6), 727–730.
- Sinkiewicz A. (2009), *Pacjent po operacji krtani*, Bydgoszcz.
- Szmigielska B. (2005), *Zmiana rozwojowa* [w:] *S^oownik psychologii*, J. Siuta (red.), Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków.
- Wendt R. (2010), *Zarz^odzanie zmian^o w polskiej firmie. Jak w praktyce wykorzysta^oszansę na rozwój bez porażek*, Zacharek Dom Wydawniczy, Warszawa.

Sebastian Mrózek

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Typy wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnościami zapisane w strategiach rozwoju gmin i w strategiach rozwiązywania problemów społecznych – analiza problematyki w dobie inkluzji

Jednostki samorządu terytorialnego powinny być pionierami i inicjatorami dobrych praktyk na rzecz osób z niepełnosprawnościami. Ponadto, samorządy lokalne przyjmując rolę „małych ojczyzn”, są zobowiązane w kompleksowy sposób troszczyć się o niepełnosprawnych mieszkańców. Celem niniejszego artykułu jest wstępne rozpoznanie problematyki wsparcia społecznego wobec osób niepełnosprawnych deklarowanego przez gminy w Strategiach rozwoju gmin i w Strategiach rozwiązywania problemów społecznych oraz przyporządkowanie jego szczególnych form do poszczególnych typów wsparcia społecznego. W artykule została zaprezentowana analiza działań wspierających, jakie w dobie kultury inkluzyjnej oferują samorządy lokalne.

Słowa kluczowe: osoba z niepełnosprawnościami, polityka społeczna, strategie rozwoju, strategie rozwiązywania problemów społecznych, kultura inkluzyjna

Types and forms of social support for people with disabilities recorded in community development strategies and strategies for solving social problems – analysis of problems in the era of inclusion

Local government units should be pioneer and initiators of good practices for people with disabilities. Additionally local governments assuming the role of “small homelands” are obligated to take care in a comprehensive way about disabled residents. The aim of the study is preliminary recognition of the issues of social support toward persons with disabilities declared by communities in Community development strategies and Strategies for solving social problems and to assign its detailed forms to several types of social support. The article presents what concrete supporting activities in the time of inclusive culture local governments.

Keywords: person with disability, social policy, community development strategies, strategies for solving social problems, inclusive culture

Wprowadzenie

Wsparcie i pomoc udzielane w sytuacji trudnej należy do fundamentalnych działań warunkujących jej przezwyciężenie lub częściowe zmniejszenie negatywnych konsekwencji, które ze sobą niesie. By jednak tak się stało, istnieć muszą zasoby wsparcia, z których można korzystać. Przynależność człowieka do trwałych zbiorowości społecznych pozwala mu zaspokoić potrzebę bezpieczeństwa czy kształtowania własnej tożsamości. Działania te na niego w sposób wartościowy – podnoszą poczucie własnej wartości, jego społeczny samocenne, warunkuje odpowiedni poziom innych, wynikających z natury ludzkiej potrzeb biopsychicznych (Karwowska 2003: 9). Umożliwia osiągnięcie stanu równowagi – homeostazy. Wchodzenie w interakcje i ich podejmowanie ma dla człowieka jeszcze jeden zasadniczy powód. Są nim sieci wzajemnych powiązań tworzone między ludźmi, które z kolei zabezpieczają wsparcie społeczne jednostki w sytuacjach trudnych. Za taką sytuację trudną uważa się między innymi niepełnosprawność czy chorobę (zob. np. Kowalik 2003: 797-820).

Niepełnosprawność czy długotrwała choroba wciąż są traktowane przez otoczenie jako niekorzystny fakt społeczny. Zjawiska te u ludzi pełnosprawnych nadal potrafi wywołać obawę, uczucie zakłopotania czy bezradności. Przyczynia się to do porzucania form pomocowych w wyniku obawy przed powstaniem o niefachowe działania czy też (niestety wciąż) z powodu uprzedzeń. Sytuacja taka ma miejsce mimo postępu jaki został poczyniony w tej tematyce. Chodzi o ciężej obalanie fałszywych stereotypów (Lejzerowicz, Księżkiewicz 2012: 101–108), integrację społeczną z osobami niepełnosprawnymi czy szczególnie w obecnych czasach, związany z włączaniem społecznym czy edukacyjnym osób z niepełnosprawnościami, rozwój kultury inkluzyjnej (por: Fidelus 2016). Bywa, że w związku na swój niepełnosprawności osoby te są traktowane w sposób przedmiotowy, a ich godność umniejszana (np. Kauffman i in. 2004). Paradoxem jest jednak fakt, że szczególnie wtedy osoby niepełnosprawne bardziej potrzebują tej pomocy i wsparcia potrzebują. Nawet niekoniecznie profesjonalnej, lecz może przede wszystkim świadczącej o obecności w ich pobliżu drugiego człowieka (Kirenko 2004: 11). Drogę godną do nadawania w takich sytuacjach powinny prezentować przede wszystkim samorządy terytorialne troszczące się o sprawy bytowe swoich mieszkańców.

W dobie inkluzji społecznej osób z niepełnosprawnościami wsparcie jest jednym z determinantów tego procesu, nieodłącznym z nim związanym. Oprócz zasobów osobistych jednostki niebagatelnie rolę pełnią zasoby społeczne. To właśnie sieć wsparcia, na którą składają się: rodzina, znajomi, instytucje oraz organizacje. Warunkują kompensację brakujących w danym momencie potrzeb oraz sprzyjają

pe³niejszymu w³¹czeniu osób z niepe³nosprawnoœci¹ w ¿ycie spo³eczne (Brzeziñska i in. 2010: 79).

Celem niniejszego artyku³u jest wstêpne rozpoznanie problematyki wsparcia spo³ecznego deklarowanego przez gminy w *Strategiach rozwoju* i w *Strategiach rozwi¹zywania problemów spo³ecznych* oraz przyporz¹dkowanie szczegó³owych form wsparcia do nadrzêdnych jego typów. Podjêto wiêc próbê cz¹stkowej analizy tej tematyki. Szczególnie interesuj¹co przedstawia siê zagadnienie dotycz¹ce skonkretyzowanych dzia³añ wspieraj¹cych o charakterze w³¹czaj¹cym, oferowanych przez samorz¹dy terytorialne gmin wobec niepe³nosprawnych mieszkañców.

Prezentowane opracowanie sk³ada siê z trzech zasadniczych czêœci. W pierwszej z nich dokonana zosta³a fragmentaryczna charakterystyka gminnych strategii rozwoju i rozwi¹zywania problemów spo³ecznych oraz funkcji jakie powinny pe³niæ (w szczególnoœci dzia³añ pomocowych). Czêœæ druga prezentuje problematykê wsparcia spo³ecznego na podstawie literatury przedmiotu. Z kolei czêœæ trzecia, stanowi¹ca meritum opracowania, obejmuje wyniki badañ w³asnych na temat typów i form wsparcia spo³ecznego oferowanego przez gminy w dokumentach strategicznych. Ca³oœæ podsumowuje zakoñczenie.

Strategie rozwoju gmin i Strategie rozwi¹zywania problemów spo³ecznych

Potrzeba wsparcia spo³ecznego dla osób niepe³nosprawnych jest szczególnie uzasadniona. Równie¿ od samorz¹du lokalnego wymagane jest organizowanie specjalistycznych dzia³añ i przedsiêwziêæ wspieraj¹cych osoby z niepe³nosprawnoœci¹. Dzia³ania te powinny byæ prowadzone nie tylko przez wyznaczonych do tego profesjonalistów, ale ich celem przede wszystkim staæ siê ma aktywizacja lokalnej spo³ecznoœci oraz zwiêkszenie spo³ecznej œwiadomoœci na temat problematyki funkcjonowania osób z niepe³nosprawnoœci¹.

Definicja pojęcia „strategia” by³a okreœlana g³ównie przez pryzmat dzia³añ taktycznych oraz wojennych, np. „sposób przygotowania i prowadzenia wojny, kampanii i operacji wojennych; dziedzina sztuki wojennej obejmuj¹ca te zagadnienia” lub w nieco bardziej ogólny sposób: „zaplanowany sposób prowadzenia jakichœdzia³añ zwykle na wielk¹ skalê i d³ugotrwa³ych, wyró¿nia siê miêdzy innymi strategiami gospodarcze, ekonomiczne czy uzdrawiania finansów firmy” (Sobol 2003: 964). Obecnie to w³aœnie w obszarze przedsiêbiorczym czy zarz¹dzaj¹cym strategii znajduj¹ zastosowanie: „(...) przedsiêbiorstwo realizuj¹c strategiê oczekuje korzyœci i wykonania zamierzonych dzia³añ” (*Encyklopedia Zarz¹dzania*, <https://mfiles.pl/pl/index.php/Strategia>, dostêp: 03.2018).

Kreowanie oraz planowanie strategii wraz z późniejszym jej wdrożeniem i monitoringiem rezultatów mają niebagatelne znaczenie także we współczesnej polityce społecznej. Ruchy polegające na wprowadzaniu do polityki społecznej rozwiązań, które udowodniły swoją skuteczność w sektorze komercyjnym czy biznesowym mają w Europie Zachodniej miejsce od co najmniej trzech dziesięcioleci, zaś w Polsce od około dekady. Profesjonalizacja tendencji strategicznych w polityce społecznej, oprócz poszukiwania nowych rozwiązań i biznesowych metod, które mogą mieć pozytywny oddźwięk na planowanie publicznej polityki społecznej wynika również z interdyscyplinarności oraz dyfuzji nauk społecznych. Poddając analizie dowolny dokument strategiczny należy się więc spodziewać odnalezienia w nim: precyzyjnie określonej grupy adresatów planowanych działań, jasno zdefiniowany przedmiot dystrybucji i walory kwalifikacyjne, oraz możliwości tych, którzy mają strategię zrealizować. Strategia musi więc wyznaczać pole współpracy i jasno angażować konkretne podmioty do zrealizowania postawionych celów (Grewiński, Karwacki 2009: 11–18).

Strategie polityki społecznej konstruowane są na poziomie ogólnokrajowym lub lokalnym. Zwykle wpisują się w szersze strategie rozwoju miast, gmin, instytucji lub stowarzyszeń. Określają one lokalną politykę społeczną gminy na konkretne lata w wielu obszarach związanych z dalszym rozwojem oraz są inicjatorem podjętych działań społecznych. Bywa, że ich powstanie wymuszone zostaje przez legislację lub oczekiwania instytucji, które dysponują odpowiednimi funduszami mogącymi obecnie lub w przyszłości być przeznaczonymi na rozwój danej gminy. Wtedy ich znaczenie jest mocno hipotetyczne i postulatywne. Jednak starannie opracowana strategia, która w sposób jasny i precyzyjny określa konkretne działania wraz ze wskaźnikami ich oceny/realizacji stanowi dokument mający istotne znaczenie w kreowaniu przedsięwzięć oraz działań pomocowych także obejmujących osoby niepełnosprawne (Gajdzica 2015: 14–15).

Jak podkreśla Zenon Gajdzica „Jednostki samorządu terytorialnego obligowane są do działań w wielu zakresach na rzecz rozwoju osób z niepełnosprawnościami. Zbiór ich kompetencji oraz zadań został sprecyzowany w ustawach oraz uszczegółowiony w rozporządzeniach i odpowiednio przypisany wszystkim szczeblom samorządu terytorialnego” (Gajdzica 2015: 15; por.: Kościuszko 2010). Zależnie od wybranej typologii konstruowania strategii na poszczególnych poziomach zadania te mogą być jej nieodłączną częścią lub zostać potraktowane jako mniej istotne i zmarginalizowane. Same jednostki samorządu terytorialnego mogą także realizować zadania na rzecz osób niepełnosprawnych i poprawy ich sytuacji życiowej poprzez np. podejmowanie współpracy z organizacjami pożytku publicznego, fundacjami, stowarzyszeniami (Gajdzica 2015: 15).

Znaczenie z punktu widzenia sytuacji osób niepełnosprawnych oraz możliwości udzielanego im wsparcia mogą mieć dwa typy dokumentów strategicz-

nych: chodzi tutaj o *Strategie rozwoju gmin* oraz *Strategie rozwiązywania problemów społecznych*. Są to dokumenty uchwalane na posiedzeniach rady gmin zwykle na okres określonej kadencji (zazwyczaj jest to kilka lat) podejmującej lub proponującej wdrażanie nowych/kontynuację dotychczasowych działań, których adresatami są grupy społeczne – także niepełnosprawni czy długotrwale chorzy. Określają one możliwości wsparcia i pomocy, zasoby, którymi gmina dysponuje – cele i działania (więcej na ten temat: Gajdzica, Mrózek 2017), mocne i słabe strony wraz z szansami i zagrożeniami¹.

Problematyka wsparcia społecznego

Definicja wsparcia społecznego

Dotychczas podejmowano już wielu prób zdefiniowania wsparcia społecznego. Zazwyczaj kończą się one rezultatem ujmującym to pojęcie/zjawisko jako szczególnie wieloznaczne i trudne do wyjaśnienia w jednej, konkretyzującej definicji. Wsparcie społeczne nie jest zarezerwowane tylko dla sytuacji trudnych, związanych z dużym stresem czy przeżywaniem poważnych trudności. Postrzegane bowiem jest jako pewna stała właściwość w relacjach społecznych przystosowaniu i zdrowiu człowieka. Obecnie problematykę wsparcia społecznego traktuje się jako typ zachowań pomocowych głównie poprzez analizę motywów pomagania, wzajemności pomocy i tego w jaki sposób funkcjonuje altruizm. (Sêk, Ciedlak 2012: 11–13).

Przyjmuje się, że „wsparcie społeczne obejmuje więc wszelkie możliwe rodzaje pomocy, począwszy od pomocy emocjonalnej, informacyjnej i materialnej, a skończywszy na świadczeniu usług. (...) Możliwość skorzystania ze wsparcia zależy nie tylko od chęci osoby, która jej potrzebuje, ale także od aktywności w tym zakresie społeczności lokalnej” (Stońska, Misiuna 1993: 12).

Typy wsparcia społecznego

W procesie społecznej interakcji zawsze wyróżnia się pewną treść wymiany społecznej. W zależności od tego czym owa treść jest i jaki przybiera charakter pojawiają się różne typologie wsparcia społecznego. Najbardziej adekwatna i przejrzysta wydaje się jednak typologia wsparcia społecznego zaproponowana przez Helenę Sêk (także z punktu widzenia badań powstałych na rzecz niniejszego

¹ Przykładowo: *Strategia Rozwoju Gminy Łodygowice na lata 2014–2020* (<http://www.lodygowice.pl/i/images/file/bar573.pdf>, dostęp: 03.2018) oraz *Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Łodygowice na lata 2014–2024* (<http://www.lodygowice.pl/data/dokumenty/program%20pomocy%20dziecku%20i%20rodzinie.pdf>, dostęp: 03.2018).

tekstu). W swoim zakresie wydaje się być odpowiednio kompleksowa i na tyle wieloaspektowa by w wyczerpujący sposób rozpatrzeć możliwe obszary działań wspierających. Najczęściej wsparcie społeczne dzielone jest bowiem na (Sêk, Cielak 2012: 18–19):

1. Wsparcie emocjonalne – polegające w największej mierze na przekazywaniu emocji podtrzymujących w toku interakcji. Mają one charakter uspokajający, podkreślający troskę, pozytywny stosunek do osoby wspieranej. Przyjmuje się, że wsparcie emocjonalne jest najpowszechniejszym rodzajem wsparcia społecznego.
2. Wsparcie informacyjne – bywa też określane mianem wsparcia poznawczego. Polega na wymianie informacji w toku interakcji. Chodzi o informacje, które mogą pomóc osobie wspieranej w lepszym zrozumieniu własnej sytuacji życiowej oraz problemu. Ponadto ważne jest też dostarczenie zwrotnych informacji na temat skuteczności podejmowania przez osobę wspierającą działań zaradczych.
3. Wsparcie instrumentalne – przyjmuje postać instruktora, który także może polegać na przekazywaniu informacji o poszczególnych sposobach postępowania, ale także powinien modelować skuteczne rodzaje zachowań zaradczych.
4. Wsparcie rzeczowe (materialne) – to pomoc o charakterze materialnym, finansowym, rzeczowym oraz bezpośrednio działania na rzecz osób potrzebujących: przekazywanie środków życiowych, dożywianie, udostępnianie schronienia, mieszkania, zaopatrywanie w lekarstwa.
5. Wsparcie duchowe – odwołuje się głównie do opieki hospicyjnej, paliatywnej. Tam pomoc wobec cierpienia i bólu egzystencjalnego wymaga sięgnięcia do tematyki sensu i ducha.

Mnogość obecnie stosowanych typów i bardziej szczegółowych form wsparcia społecznego może więc znacznie odmieniać sytuację osób znajdujących się w potrzebie. Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że nieodpowiedzialny i niekonsekwentny dobór działań wspierających – pomimo dobrych chęci przyczyni się do pogłębiania zagrożeń oraz trudności. Być może dlatego właśnie tak upowszechniły się w obszarze polityki społecznej działania o charakterze strategicznym. Strategii nie można przygotować, a przynajmniej nie powinno w sposób pobieżny. Jest to procedura długotrwała i wieloaspektowa, zaprojektowana w ten sposób by ryzyko zminimalizować, przewidzieć wszystkie scenariusze, odpowiedzialnie dobrą rozwinięcia wraz z alternatywami, co w ostateczności prawdopodobnie przyczyni się do osiągnięcia pożądanego stanu rzeczy.

Z kolei spotkać można się również z twierdzeniem, że naturalne sieci wsparcia społecznego są skuteczniejsze i korzystniejsze, ponieważ nie przypisuje im się znamion stygmatyzacji, nie wiążą się z kosztami, a ich dostępność jest zdecydo-

wanie ³atwiejsza. Mowa tutaj przede wszystkim o sieciach rodzinnych, pozarodzinnych czy innych opartych na dobrowolnym dzia³aniu (np. Solomon i in. 1987).

Wsparcie spo³eczne ujmowane jest wiêc jako dynamiczna, wieloaspektowa dzia³alnoœæ o znamionach pomocowych i motywuj¹cych do przezwyciêżenia sytuacji trudnych. Aby by³o skuteczne konieczny jest kompleksowy dobór jego form szczegó³owych do sytuacji, w której znajduje siê podmiot wsparcia wymagaj¹cy. Mo¿e ono przybraæ formê zinstytucjonalizowan¹ b¹dŹ opart¹ tylko na partnerskich relacjach miêdzy ludzkich. Z punktu widzenia osób z niepe³nosprawnoœci¹ i ich sytuacji spo³ecznej niezwykle wa¿ne jest na jak¹ pomoc i z czyjej strony mog¹ liczyæ przyk³adowo na terytorium œrodowiska zamieszkania – danej gminy czy powiatu.

Za³o¿enia badañ w³asnych

Postêpuj¹cy proces decentralizacji uprawnieñ i publicznych pieniêdzy przyczyni³ siê do przekazania w³adzy na szczebel lokalny, czyni¹c jednostki samorz¹du terytorialnego bardziej autonomicznymi w zakresie samodzielnego podejmowania decyzji oraz rozstrzygania miejscowych problemów. W œrodowiskach popularne jest wiêc tworzenie idei „ma³ych ojczyzn”, których Źród³em dopatrywaa siê mo¿na w rozmiarach przejawianej aktywnoœci i zaanga¿owaniu w otaczaj¹cy œwiat (Przeci³awska, Theiss 1996). Obecnie samorz¹d terytorialny jest podmiotem najbli¿szym i najbardziej zorientowanym w sytuacji socjalno-bytowej niepe³nosprawnych mieszkañców. Jest wiêc odpowiedzialny za trafne dostosowanie metod dzia³ania i decyzji bud¿etowych to realnych potrzeb umo¿liwiaj¹cych partycypacjê osób niepe³nosprawnych w ¿yciu œrodowiska lokalnego (Lejzerowicz, Ksi¹¿kiewicz 2012: 127). W zakresie podjêtej tematyki badawczej interesuj¹co prezentuj¹ siê przede wszystkim kwestie zwi¹zane z typami wsparcia spo³ecznego/dzia³añ pomocowych skierowane w stronê osób niepe³nosprawnych, wpisane w dwa typy dokumentów strategicznych: *Strategii rozwoju jednostki samorz¹du terytorialnego* oraz *Strategii rozwi¹zywania problemów spo³ecznych*. G³ównym celem badañ pilota¿owych jest wiêc wstêpne rozpoznanie problematyki wsparcia spo³ecznego oferowanego przez gminy w powy¿szych dokumentach strategicznych oraz przyporz¹dkowanie jego szczegó³owych form do nadrzêdnych typów wsparcia spo³ecznego. Pozyskane w ten sposób informacje pozwol¹ oceniæ przynajmniej czêœciowo poziom troski oraz pomocy gmin wobec ich niepe³nosprawnych mieszkañców. Analiza taka powinna ukazaæ ca³e spektrum, kompleksowoœæ dzia³añ pomocowych w omawianym zakresie, a tak¿e zaanga¿owanie œrodowiska lokalnego.

Problematyka badawcza została określona w dwóch podstawowych pytaniach:

- Jakie typy wsparcia społecznego stosowane wobec osób niepełnosprawnych można wyodrębnić w analizowanych *Strategiach rozwoju gmin* i w *Strategiach rozwiązywania problemów społecznych*?
- Jakie formy szczegółowe przyjmują oferowane typy wsparcia społecznego w analizowanych *Strategiach rozwoju gmin* i w *Strategiach rozwiązywania problemów społecznych*?

Poszukując odpowiedzi na tak sformułowane pytania analizie typu jakościowego zostały poddane *Strategie rozwoju gmin* i *Strategie rozwiązywania problemów społecznych* gmin z dwóch powiatów województwa łódzkiego: żywieckiego (15) oraz cieszyńskiego (12)². Wybór takiego obszaru badań warunkowany był dostępnością do organów odpowiadających za konstruowanie strategii. Analiza dokumentów bazuje na jakościowym opisie i interpretacji zawartych w dokumentach treści. Uwzględnia zarówno treści jawne jak i ukryte (czyli informacje niewidoczne na pierwszy rzut oka, które badacz odkrywa w wyniku pogłębionej interpretacji i zestawienia ze sobą znajdujących się w dokumentach faktów) analizowanych dokumentów. Próbuje odpowiedzieć na takie pytania: co chciał przedstawić autor danego dokumentu, jakie wyraził w nim treści, o czym mógł one świadczyć, na czym polega ich oryginalność (Łobocki 2006: 222). W przypadku jakościowej analizy treści dokumentów klucz kategoryzacyjny jest określonym wynikiem badania. To pewnego rodzaju lista zagadnień ujmowanych w materiał badawczy, która podkreśla ich maksymalną różnorodność (Szczepaniak 2012: 98–99). W tym jednak przypadku po ich zidentyfikowaniu zostaną one w zamierzeniach badawczych skonfrontowane z typologią wsparcia społecznego zaproponowaną przez Helenę Sęk. W wyniku analizy jakościowej zostanie wstępnie rozpoznana problematyka wsparcia społecznego oferowanego wobec osób niepełnosprawnych w *Strategiach rozwoju gmin* i w *Strategiach rozwiązywania problemów społecznych*, a do nadrzędnych typów wsparcia przyporządkowane zostaną bardziej szczegółowe formy lub działania.

Prezentacja i omówienie wyników badań

Poniżej zaprezentowane zostały w formach tabelarycznych poszczególne typy wsparcia społecznego znajdujące się w strategiach wraz z przyporządkowanymi do nich uszczegółowionymi formami/działaniami.

² Spis analizowanych strategii został umieszczony po bibliografii. Ogółem analizie poddano 3901 stron dokumentów.

Tabela 1. Wsparcie emocjonalne i jego formy oferowane w *Strategiach rozwoju gmin* i w *Strategiach rozwiązywania problemów społecznych*

WSPARCIE EMOCJONALNE
- Działalność grup wsparcia dla osób niepełnosprawnych oraz takich form wsparcia jak np.: świetlice, WTZ, dzienne ośrodki wsparcia – oferujące pomoc psychologiczną i pedagogiczną
- Działalność Klubów Integracji Społecznej lub stworzenie odpowiednich warunków do ich powstania
- Działania o charakterze uwrażliwiającym społeczność lokalną na problemy osób niepełnosprawnych oraz oparte na wzajemnej integracji
- Organizowanie imprez kulturalno-sportowych i innych, w których udział wzięły osoby niepełnosprawne
- Próby zapewnienia pełnego udziału w życiu społecznym osobom niepełnosprawnym i długotrwale chorym
- Próby utrzymania osób starszych i niepełnosprawnych jak najdłużej w środowisku zamieszkania
- Przeciwdziałanie izolacji społecznej osób niepełnosprawnych
- Realizacja programów integracji społecznej i zawodowej wobec osób z grup zagrożonych wykluczeniem oraz dyskryminowanych (także uwzględniających niepełnosprawność)
- Rozwój wolontariatu oraz grup samopomocy czy pomocy sąsiedzkiej
- Wzmocnienie lokalnego kapitału społecznego oraz inicjacja jego ciągłego rozwoju

ródło: Opracowanie własne.

Tabela 2. Wsparcie informacyjne i jego formy oferowane w *Strategiach rozwoju gmin* i w *Strategiach rozwiązywania problemów społecznych*

WSPARCIE INFORMACYJNE (POZNAWCZE)
- Funkcjonowanie/Tworzenie na terenach gmin tzw. punktów informacyjnych dla osób niepełnosprawnych oraz ich bliskich
- Informowanie nt. możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych, informowanie nt. ewentualnych wolnych miejsc pracy przez Powiatowe Urzędy Pracy
- Informowanie o możliwości uzyskania pomocy przez osoby niepełnosprawnych oraz ich opiekunów z PCPR, PFRON, PUP, innych czy działających na terenach gmin organizacji pozarządowych
- Rozwój usług społecznych – dostosowanie ich do potrzeb osób niepełnosprawnych
- Wydawanie biuletynów informacyjnych lub tworzenie domen internetowych, zawierających informacje ważne z punktu widzenia osób niepełnosprawnych i ich rodzin
- Udzielanie konsultacji dla osób niepełnosprawnych przez Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej dotyczących praw i przywilejów osób niepełnosprawnych wynikających z obostrzeń prawnych, ich zatrudnieniu, aktywizacji zawodowej, możliwości podjęcia nauki, realizowanych programów oraz przedsięwzięć, których są adresatami oraz o działalności na terenie gminy instytucji wspierających osoby niepełnosprawne
- Zwiększenie dostępu do informacji dla osób niepełnosprawnych na temat udzielanych na terenie gminy form wsparcia, z których mogły skorzystać
- Zwiększenie społecznej świadomości w zakresie praw osób niepełnosprawnych, poprzez organizowanie kampanii społecznych lub eventów integracyjnych

ródło: Opracowanie własne

Tabela 3. Wsparcie instrumentalne i jego formy oferowane w strategiach rozwoju gmin i w strategiach rozwiązywania problemów społecznych

WSPARCIE INSTRUMENTALNE, INSTRUKTAŻOWE
- Aktywizowanie lokalnych społeczności do działań zrealizowanych z wolontariatem na rzecz niepełnosprawnych mieszkańców gmin
- Działalność i pomoc asystentów osób niepełnosprawnych
- Działalność specjalistycznych ośrodków opieki i wsparcia na terenie gminy (DPS-ów, ZOL-ów, ŚDS-ów) przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych
- Likwidacja barier architektonicznych i transportowych uniemożliwiających osobom niepełnosprawnym dostęp do dóbr i usług
- Mobilizowanie osób niepełnosprawnych do aktywnego życia społecznego – uwzględnianie tej grupy w Programach Lokalnej Aktywności
- Organizacja wczesnego wspomagania rozwoju dziecka
- Organizowanie czasu wolnego i wypoczynku dla osób niepełnosprawnych
- Organizowanie dostępu do edukacji oraz pracy zarobkowej przez osoby niepełnosprawne (specjalne formy edukacji, działalności zakładowej pracy chronionej itd.)
- Organizowanie kursów i instruktaży podnoszących kwalifikacje osób niepełnosprawnych (przykładowo o charakterze zawodowym lub edukacyjnym i społecznym)
- Organizowanie rozwiniętej pracy socjalnej (pomoc osobom niepełnosprawnym, np. przy sprawach formalnych, kontaktach z instytucjami) oraz realizacja jej nowoczesnych form (streetworking, projekty unijne, projekty międzynarodowe)
- Organizowanie Warsztatów Terapii Zajęciowej połączone z aktywizacją społeczną osób niepełnosprawnych
- Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr pracowników pomocy społecznej, placówek opiekuńczych, edukacyjnych, pomocowych oraz rozwój działalności tych placówek
- Realizacja programów i badań profilaktycznych promujących zdrowy i bezpieczny tryb życia, a także poradnictwo zdrowotne
- Stała diagnoza środowiska lokalnego oraz systematyczny monitoring, w celu dotarcia do jak największej liczby odbiorców potrzebujących wsparcia – w tym niepełnosprawnych oraz poznanie ich potrzeb i oczekiwań
- Świadczenie usług rehabilitacyjnych przy placówkach służby zdrowia (NFZ)
- Świadczenie usług transportowych, gastronomicznych, pralniczych na terenie gminy, wspomagających osoby niepełnosprawne w życiu codziennym
- Tworzenie warunków do samodzielności i niezależności osób niepełnosprawnych (np. wdrażanie pilotażowych programów mieszkań treningowych i chronionych dla określonych grup osób niepełnosprawnych)

ródło: Opracowanie własne

Tabela 4. Wsparcie duchowe i jego formy oferowane w *Strategiach rozwoju gmin* i w *Strategiach rozwiązywania problemów społecznych*

WSPARCIE DUCHOWE
Działalność specjalistycznych instytucji opiekuńczych (hospicja, Domy Pomocy Społecznej), które oprócz usług opiekuńczych gwarantują swoim podopiecznym (także osobom niepełnosprawnym) znajdującym się w szczególnie trudnej sytuacji zdrowotnej, psychicznej możliwość skorzystania z poradnictwa psychologicznego czy usług związanych z pomocą kapelańską ze strony wyznaczonych do tego księży oraz realizacja takich form opieki by zapewnić godność i poszanowanie wobec każdej jednostki ludzkiej.

ródło: Opracowanie własne

Tabela 5. Wsparcia rzeczowe i materialne oraz jego formy oferowane w *Strategiach rozwoju gmin* i w *Strategiach rozwiązywania problemów społecznych*

WSPARCIE RZECZOWE I MATERIALNE
Działalność Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej, PCPR, PFRON: <ul style="list-style-type: none"> – wsparcie o charakterze finansowym, pracy socjalnej, zasiłki pielęgnacyjne, świadczenia pomocy społecznej z tytułu niepełnosprawności (okresowe, stałe, celowe) – w myśl ustawy o pomocy społecznej; – wsparcie finansowe z przeznaczeniem na przynajmniej częściowe pokrycie kosztów leczenia i rehabilitacji; – organizowanie mieszkań treningowych i chronionych; – możliwość uzyskania dofinansowania do zakupu leków, sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych, wczasów i turnusów rehabilitacyjnych, transportu; – możliwość uzyskania dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, technicznych oraz komunikacyjnych, np. środowisku zamieszkania osoby niepełnosprawnej; – dofinansowanie do zakupu opału na zimę; – dofinansowania do pobytu osób niepełnosprawnych w DPS-ach czy innych ośrodkach opieki całodobowej.
Działalność Powiatowych Urzędów Pracy: <ul style="list-style-type: none"> – udzielanie dotacji osobom niepełnosprawnym na rozpoczęcie działalności gospodarczej; – dofinansowaniu do nowo utworzonych stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych; – organizowanie staży zawodowych dla osób niepełnosprawnych.
Działalność tzw. zakładów pracy chronionej: <ul style="list-style-type: none"> – umożliwienie zatrudnienia i zarobku osobom niepełnosprawnym w zindywidualizowanych typowo pod nich warunkach pracy.
Działalność organizacji pozarządowych oraz organizacji społecznych (fundacji, stowarzyszeń, kościoła, innych organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych): <ul style="list-style-type: none"> – gwarantujących świadczenia materialne, organizowanie akcji charytatywnych, wsparcie rzeczowe, dofinansowania z projektów unijnych przeznaczone dla osób niepełnosprawnych o szerokim spektrum przeznaczenia. <p>* Źródki przeznaczone na wsparcie rzeczowe (materialne) pochodzą z budżetu Państwa, budżetu samorządu lokalnego, ośrodków unijnych, ośrodków organizacji pozarządowych.</p>

ródło: Opracowanie własne

Jak wynika ze zgromadzonego materiału gminy w swoich strategiach przewidują objęcie osób niepełnosprawnych różnicowanymi typami wsparcia oraz formami działań pomocowych. Powyższy materiał jest jednak uogólniony, ponieważ częstym przypadkiem jest określanie tej samej formy wsparcia w strategiach za pomocą odmiennych pojęć mających analogiczne znaczenie. Zestawienie nie prezentuje ponadto częstości pojawiających się form wsparcia w poszczególnych jego typach.

W *Strategiach rozwoju gmin* i w *Strategiach rozwiązywania problemów społecznych* treści dotyczące wsparcia społecznego wobec osób niepełnosprawnych również nie są uporządkowane. We wspomnianych dokumentach nie dokonano szczegółowego podziału działań wspierających w odniesieniu do rodzaju i charakteru wsparcia, który oferują. Natomiast kwestie istotne dotyczące tej tematyki pojawiają się w strategiach zwykle przy określaniu zasobów gminy osadzonych w problematyce niepełnosprawności jej mieszkańców lub w konstruowanych do tego specjalnych analizach SWOT. Obrazują one mocne i słabe strony, a także szanse i zagrożenie w obszarach polityki społecznej dotyczącej niepełnosprawności mieszkańców danej jednostki samorządu terytorialnego. Elementy wsparcia społecznego są obecne także tam gdzie w strategiach określone są cele i działania związane z rozwojem gminy. Są w stosunku do nich mocno analogiczne. Nie jest to jednak nic nietypowego, ponieważ w odmiarze konstruując cele i bardziej szczegółowe działania powinni je oprzeć na sprecyzowanej podstawie. W przypadku niepełnosprawności oraz innych problemów z pogranicza socjalno-bytowego rodzaju oraz formy wsparcia społecznego tak właśnie podstawę mogą budować.

Podobnie jak cele i zadania także formy wsparcia przyjmują w zapisach strategii formę ogólną. Zamieszczenie w dokumentach samego postulatu dotyczącego działania wspierającego z punktu widzenia osoby poszukującej pomocy nie jest najbardziej trafnym rozwiązaniem. Brakuje pewnego skonkretyzowania danej formy wsparcia, chociażby przez krótki opis, na czym taka forma ma polegać, jak przebiega lub gdzie należy się udać z jakim podmiotem kontaktowaćbyć z niej skorzystać.

Na podstawie zgromadzonego materiału można jednak wnioskować, że jednostki samorządu terytorialnego w swoich strategiach proponują dość szeroki zakres działań wspierających przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych. Szczególnie rozbudowane jest wsparcie instrumentalne (bardziej instrukcyjne) oparte na aktywizacji, organizowaniu i działalności różnych przedsięwzięć na rzecz osób niepełnosprawnych. Dobrze świadczy także fakt wielości form wsparcia emocjonalnego oraz informacyjnego. Zwłaszcza to pierwsze z nich wydaje się być istotne do zachowania równowagi emocjonalnej osób znajdujących się w sytuacji trudnej. Opiera się nie tylko na działalności profesjonalnych organizacji pomocowych, ale warunkuje je także społeczna postawa niepełnosprawnych mieszkańców

w stosunku do niepełnosprawności i ich gotowości do udzielania pomocy. Jeżeli chodzi o wsparcie materialne, to związane jest ono przede wszystkim z działalnością na terenie gmin organizacji oferujących pomoc w zakresie socjalno-bytowym, a także podmiotów pozarządowych, które mogą czerpać środki ze źródeł zewnętrznych. Na tle pozostałych pozornie mało rozbudowane jest wsparcie duchowe. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że dotyczy ono sytuacji specyficznych, związanych głównie z dobieganiem do końca egzystencji człowieka i czy się z opieką paliatywną. Dobrze jednak, że i w takich sytuacjach gminy podejmują działania gwarantujące troskę oraz poczucie godności człowieka.

Podsumowując – sporządzenie typologii wsparcia społecznego dotyczącego osób niepełnosprawnych oraz przyporządkowanie do niej szczegółowych form nie było zadaniem łatwym. Dokonując merytorycznej analizy form wsparcia można zauważyć, że niektóre z nich przyjmują wielostronne znaczenie i zaklasyfikowanie ich do danego typu nie jest wcale oczywiste, a bardziej umowne. Mogą się z powodzeniem znajdować w dwóch i więcej kategoriach. Ta pewnego rodzaju płynność i wzajemne nakładanie się na siebie form nie jest jednak niczym zaskakującym bowiem o prawdziwym wsparciu społecznym wobec osób niepełnosprawnych można mówić, gdy wszystkie jego komponenty funkcjonują w pewnej symbiozie i zależności. Tworzy wtedy ogólny mechanizm kompleksowego wsparcia o zadawalającej skuteczności.

Podsumowanie

Problematyka wsparcia społecznego głównie analizowana jest przez pryzmat działalności instytucji, organizacji, specjalnie do tego powołanych grup. Taki stan rzeczy daje się zauważyć również w analizowanych *Strategiach rozwoju gmin i Strategiach rozwiązywania problemów społecznych*. Coraz częściej jednak duże znaczenie przypisuje się naturalnym układowi międzyludzkim. Osoba niepełnosprawna powinna być więc traktowana w perspektywie konkretnego człowieka z konkretnymi potrzebami (Kirenko 2004: 12). Władze jednostek samorządu terytorialnego muszą o tym pamiętać oferując działania pomocowe niepełnosprawnym mieszkańcom. Ważna jest nie tylko działalność profesjonalnych organizacji pomocowych, ale to w jakim zakresie będą niepełnosprawni partycypować w otaczającej ich rzeczywistości, zależy też od nastawienia do tej problematyki lokalnych grup społecznych. Konstruowane strategie w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych powinny aktywizować mieszkańców do podejmowania działań pomocowych na ich rzecz, korygować fałszywe wyobrażenia i stereotypy. Dopiero wówczas będziemy mogli mówić o autentycznej kulturze inkluzyjnej. Nie ma

bowiem jednego, prostego modelu wsparcia społecznego. Sieć społeczna może być zarówno Źródłem stresu, ale też buforem przeciwko niemu (Kirenko 2004: 15). Wszystko zależy od tego w jaki sposób i przez kogo zostanie pokierowana. Jednostki samorządu terytorialnego wdrażając nowe oddziaływania wobec osób z niepełnosprawnościami mogą stać się inicjatorami zmian, dając lokalnej społeczności dobry przykład. Chwalebne jest to, że w coraz większej mierze ich współpracownicy podejmują się takiej roli i konstruując lokalną politykę społeczną biorą pod uwagę potrzeby osób niepełnosprawnych oraz adresują do nich zróżnicowane typy i formy wsparcia społecznego.

Bibliografia

- Brzezińska A. I., Kaczan R., Rycielski P. (2010), *Układy czynników sprzyjających inkluzji i utrudniających inkluzję osób niepełnosprawnych* [w:] A.I. Brzezińska, J. Pluta, P. Rycielski (red.), *Wsparcie dla osób z ograniczeniami sprawności i ich otoczenia. Wyniki badań*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Encyklopedia Zarządzania*, <https://mfiles.pl/pl/index.php/Strategia> (dostęp: 03.2018).
- Fidelus A. (2016), *Rola zasobów wewnętrznych i zewnętrznych w modelu relacyjnej inkluzji społecznej* [w:] D. Stępkowski, E. Ćmiechowska-Petrovskij, K. Krawiecka (red.), *Forum Pedagogiczne*, nr 1, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Gajdzica Z. (2015), *Social policy of the local government unit as an initiator of good practices in activating the disabled* [w:] I. Fajfer-Kruczek (red.), *Osoba niepełnosprawna w środowisku lokalnym*, Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych, Katowice, t. 20, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Gajdzica Z., Mrózek S. (2017), *Cele i zadania działań edukacyjnych w obszarze kształcenia uczniów z niepełnosprawnościami oraz edukacji o niepełnosprawności zawarte w strategiach rozwoju gmin a problem rozwoju edukacji inkluzyjnej* [w:] Z. Gajdzica (red.), *Studia Pedagogiczne. Wokół wyzwań pedagogicznych*, t. LXX, Cieszyn, Wydawnictwo Arka.
- Grewiński M., Karwacki A. (2009), *Strategia – istota, reguły i wyzwania implementacji ze środowiska biznesu do polityki społecznej* [w:] M. Grewiński, A. Karwacki (red.), *Strategie w polityce społecznej*, publikacja współfinansowana ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, priorytet VII, działanie 7.1.3., Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Karwowska M. (2003), *Wspieranie rodziny dziecka niepełnosprawnego umysłowo (w kontekście społecznych zmian)*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Kauffman J.M., McGee K., Brigham M. (2004), *Enabling or Disabling? Observations on Changes in Special Education*, Phi Delta Kappa International, April.
- Kirenko J. (2004), *Dylematy wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnościami* [w:] Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kończak B. (2010), *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, IPISS, Warszawa.

- Kowalik S. (2005), *Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji* [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Lejzerowicz M., Księżkiewicz I. (2012), *Osoba z niepełnosprawnością i instytucja pomocowe*, Wydawnictwo Gaskor Sp. z o.o., Wrocław.
- Łobocki M. (2006), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Piorunek M. (red.) (2010), *Pomoc-wsparcie społeczne-poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Przećawska A., Theiss W. (1996), *Pedagogika społeczna: nowe zadania i szanse* [w:] A. Przećawska (red.), *Pedagogika społeczna – kręgi poszukiwań*, Wydawnictwo „ak”, Warszawa.
- Sék H. (1986), *Wsparcie społeczne – co zrobilibyśmy stało się pojęciem naukowym?*, *Przebieg Psychologiczny*, 3, t. 29.
- Sék H., Ciedlak R. (2012), *Wsparcie społeczne, sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne* [w:] H. Sék, R. Cieslak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sobol E. (red.) (2003), *Nowy Słownik Języka Polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Solomon L.J., Rothblum E.D. (1986), *Stress, coping, and social support in woman*, *The Behavior Therapist*, 9.
- Stońska Z., Misiuna M. (1993), *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promo-Lider, Warszawa.
- Strelau J. (2003), *Psychologia – podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Szczepaniak K. (2012), *Zastosowanie analizy treści w badaniach artykułów prasowych – refleksje metodologiczne*, *Acta Universitatis Lodzianensis Folia Sociologica*, nr 42.
- Thoits P.A. (1985), *Social support processes and psychological well-being: Theoretical possibilities* [w:] *Social support: Theory research and applications*, I.G. Sarason, B.R. Sarason (red.), Dordrecht, Martinus Nijhoff.

Spis analizowanych strategii

- Strategia Rozwoju Gminy Gilowice na lata 2015–2022*; http://www.gilowice.pl/zdjecia/ak/zal/strategia-gilowice_201511171402.pdf.
- Strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Gilowice na lata 2008–2020*; http://mapa-reagujemy.slask.pl/wp-content/uploads/2013/12/STRATEGIA_2008-20_GILOWICE.pdf.
- Strategia Rozwoju Gminy Jelesnia na lata 2015–2020*; <http://www.jelesnia.pl/strategia-rozwoju-gminy-jelesnia-na-lata-2015-2020,24,akt>.
- Strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Jelesnia na lata 2013–2017*; http://www.bip.jelesnia.pl/index.php?modul=aktualnosci&kat_id=46&id=2850.
- Strategia Rozwoju Gminy Łodygowice na lata 2014–2020*; <http://www.lodygowice.pl/i/images/file/bar573.pdf>.

- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Łodygowice na lata 2014–2024*; <http://www.lodygowice.pl/data/dokumenty/program%20pomocy%20dziecku%20i%20rodziny.pdf>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Gminy Łękawica na lata 2016–2025*; http://www.bip.lekawica.com.pl/index.php?modul=aktualnosci&kat_id=309&id=2792.
- Strategia Rozwoju Gminy Lipowa do 2020 roku*; <http://www.lipowa.pl/assets/lipowa/media/files/d2878fcf-11a9-4cb9-8411-0f4e05f77c12/strategia-rozwoju-gminy-lipowa-projekt.pdf>.
- Strategia Integracji i Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Lipowa na lata 2011–2017*; <http://bip.lipowa.pl/uchwala-nr-viii-33-11-w-sprawie-przyjecia-strategii-integracji-i-rozwiazywania-problemow-spolecznych-gminy-lipowa-na-lata-2011-2017>.
- Strategia Rozwoju Gminy Ślemień na lata 2014–2022*; http://slemien.pl/images/Artyku%C5%82/Za%C5%82%C4%85cznik_do_uchwa%C5%82y_VIII.33.2015.pdf.
- Strategia Rozwoju Gminy Miłówka na lata 2015–2025*; www.milowka.pl/download/257.html.
- Strategia Integracji i Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Miłówka na lata 2014–2020*; <http://www.bip.milowka.com.pl/BIP.aspx?Sel=5845&ident=5240&js=1>.
- Strategia Integracji i Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Węgierska Góra na lata 2014–2020*; http://www.bip.wegierska-gorka.pl/index.php?modul=aktualnosci&kat_id=230&id=2132.
- Strategia Integracji i Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Świnna na lata 2015–2020*; <http://mapa-reagujemy.slask.pl/mapa/swinna/>.
- Strategia Rozwoju Gminy Rajcza na lata 2014–2020*; http://www.rajcza.pl/zdjecia/ak/zal/strategia-12-11-2015_201511131334.pdf.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Ujszoły na lata 2014–2020*; http://www.bip-gops.ujsoły.com.pl/index.php?modul=aktualnosci&kat_id=11&id=31.
- Program Rozwoju Gminy Radziechowy-Wieprz na lata 2016–2027*; <http://www.radziechowy-wieprz.pl/upload/statement/22/files/422/program-rozwoju-gminy-radziechowy-wieprz-na-lata-2016-2027.pdf>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Radziechowy-Wieprz na lata 2014–2020*; <http://gopswieprz.pl/wp-content/uploads/2017/07/STRATEGIA-2014-2020-pdf.pdf>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Koszarawa na lata 2016–2020*; <http://bip.gwkoszarawa.finn.pl/res/serwisy/pliki/13492422?version=1.0>.
- Strategia Integracji i Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Czernichów na lata 2014–2018*; http://mapa-reagujemy.slask.pl/wp-content/uploads/2013/12/STRATEGIA_2014_20_CZERNIOCHOW.pdf.
- Strategia Zrównoważonego Rozwoju Społeczno-Gospodarczego Powiatu Żywieckiego na lata 2006–2020*; http://bippzzywiec.finn.pl/res/serwisy/bippzzywiec/komunikaty/_007_002_405638.pdf.
- Powiatowa Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Żywieckim*; <http://www.pcpz-zywiec.pl/images/stories/zalaczniki/Strategia.pdf>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Miasta Żywca na lata 2014–2020*; http://www.bip.zywiec.pl/index.php?modul=aktualnosci&kat_id=54&id=3597.
- Strategia Rozwoju Gminy Brenna do 2020 roku*; <http://www.bip.brenna.org.pl/?c=mdTresc-cmPokaz-189>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Brenna na lata 2014–2020*; www.bip.brenna.org.pl/?c=mdPliki-cmPobierz-8092...

- Strategia Rozwoju Gminy Chybie na lata 2015–2025*; http://www.chybie.pl/asp/pliki/aktualnosci/2016_03_02_strategia_gminy_chybie.pdf.
- Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych na lata 2014–2020*; www.gops.chybie.samorzady.pl/att/?id=53c4023896ac69025ae982c6885dd1af.
- Strategia Rozwoju Gminy Dębowiec na lata 2016–2025*; <http://www.debowiec.bip.info.pl/dokument.php?iddok=4353&idmp=102&r=r>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Dębowiec na lata 2012–2020*; <http://mapa-reagujemy.slask.pl/wp-content/uploads/2013/11/Strategia-Rozwi%C4%85zywania-Problem%C3%B3w-Spo%C5%82ecznych-w-Gminie-D%C4%99bowiec-na-lata-2012-2020.pdf>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Goleszów na lata 2016–2020*; <http://www.gops-goleszow.pl/files/Zarządzenie%20nr%200050.102.2016.pdf>.
- Strategia Rozwoju Gminy Goleszów na lata 2016–2026*; <http://www.goleszow.bip.net.pl/?a=9914>.
- Strategia Rozwoju Gminy Hażlach na lata 2011–2020*; <http://www.hazlach.samorzady.pl/art/id/3004>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Hażlach na lata 2011–2020*; http://mapa-reagujemy.slask.pl/wp-content/uploads/2013/11/Strategia_Rozwi%C4%85zywania-Problem%C3%B3w-Spo%C5%82ecznych-wraz-z-programami.pdf.
- Gmina Istebna Strategia Rozwoju 2020*; <http://e-bip.pl/Start/23464/Information/222667>.
- Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Istebna na lata 2016–2022*; www.istebna.bip.info.pl/plik.php?id=7857.
- Strategia Rozwoju Gminy Zebrzydowice do roku 2020*; <http://www.zebrzydowice.bip.info.pl/dokument.php?iddok=6794&idmp=77&r=r>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Zebrzydowice na lata 2011–2017*; www.zebrzydowice.bip.info.pl/dokument.php?iddok=4260&idmp=8&r=r.
- Strategia Rozwoju Miasta i Gminy Strumień na lata 2014–2022*; <http://www.strumien.bip.net.pl/?c=338>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Strumień na lata 2011–2018*; <http://mapa-reagujemy.slask.pl/mapa/strumien/>.
- Strategia Rozwoju Gminy Skoczów na lata 2014–2020*; <http://bip.skoczow.pl/uchwala-nr-xli-528-2014-w-sprawie-przyjecia-startegii-rozwoju-gminy-skoczow-na-lata-2014-2020/powornaj/3/2>.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Gminy Skoczów na lata 2014–2020*; <http://bip.skoczow.pl/uchwala-nr-xxxv-454-2013-w-sprawie-przyjecia-gminnej-strategii-rozwiazywania-problemow-spolecznych-dla-gminy-skoczow-na-lata-2014-2020>.
- Strategia Rozwoju Miasta Wisła do 2020 roku*; <http://docplayer.pl/10805945-Strategia-rozwoju-miasta-wisla-na-lata-2014-2022-1-s-t-r-o-n-a.html>.
- Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych w Mieście Wisła na lata 2016–2024*; <http://www.prawomiejskowe.pl/api/file/GetZipAttachment/254/501233/preview>.
- Strategia Rozwoju Miasta Ustroń do 2020 roku*; <http://www.zgloszenia.ustron.pl/media/page/332/attachment/Strategia%20Rozwoju%20Miasta%20Ustro%20C5%84%20do%202020%20roku.pdf>.