

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ
DYSKURSY PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

**NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ
DYSKURSY PEDAGOGIKI SPECJALNEJ**

Nr 44

Gdańsk 2021

Komitet Naukowy

doc. dr hab. Jarosław Balvin (Uniwersytet w Zlině),
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 Żółkowska (prof. USz., Szczecin)

Komitet Redakcyjny

Amadeusz Krause (red. nac.), Monika Dąbkowska (z-ca red. nac.)
Sławomira Sadowska, Joanna Belzyt (sekretarz redakcji)

Czasopismo recenzowane

(tryb recenzowania i informacje dla autorów na stronie
www.niepelnosprawnosci.ug.edu.pl,
przesyłanie artykułów przez formularz na stronie
<https://niepelnosprawnosci.com.pl> zakładka: *wyslij artykuł*)

Redaktor naukowy tomu

Joanna Izabela Belzyt

Korekta techniczna,

skład i łamanie

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	7
<i>Editor's Note</i>	
Marlena Duda	
Rola autonomii i uczestnictwa społecznego w kształtowaniu poczucia jakości życia osób długotrwałą niepełnosprawnością nabytą <i>The role of autonomy and social participation in determining the sense of quality of life of people with long-term acquired disabilities</i>	11
Anna Wiatrowska	
Samoocena i style radzenia sobie ze stresem a nasilenie depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania <i>Self-esteem and stress management styles in relation to increase of depression in women with eating disorders</i>	28
Agnieszka Hamerlińska, Agnieszka Kamyk-Wawrzyszczuk	
Akceptacja choroby i satysfakcja z życia dorosłych osób z chorobami rzadkimi <i>Disease acceptance and life satisfaction of adults with rare diseases</i>	42
Dorota Chemicz	
Uniwersalność w projektowaniu procesu dydaktycznego studentów z niepełnosprawnością. Koncepcja UDL dla szkolnictwa wyższego <i>Universality in designing the didactic process of students with a disability. UDL for higher education</i>	54
Grzegorz Szumski, Joanna Smogorzewska, Zuzanna Narkun, Agata Trebacz-Ritter	
Współnauczanie i jego znaczenie dla procesu edukacji. Przegląd badań <i>Co-teaching and its importance for educational process. Review of research</i>	76
Anna Godlewska-Zaorska	
Tożsamość zawodowa terapeutów zajęciowych w kontekście sytuowania się na kontinuum od anomii do autonomii – doniesienia z badań <i>The professional identity of the occupational therapists with reference to the continuum from anomie to autonomy – research report</i>	98

Joanna Żeromska-Harlińska	
Psychopedagogiczne uwarunkowania twórczej aktywności plastycznej dzieci klas I–III – perspektywa teoretyczna <i>Psycho-pedagogical conditions of creative activity of the children in the I–III classes – theoretical perspective</i>	111
Agnieszka Ochman	
Wspomaganie rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym poprzez arteterapię <i>Supporting the speech of preschool children through art therapy</i>	124
Sara Knapik-Szweda	
Muzykoterapia jako forma wczesnej interwencji na oddziale intensywnej terapii noworodka. Studium przypadku <i>Music Therapy as an early intervention in the Neonatal Intensive Care Unit. Case study</i>	140
Anna Bieganowska-Skóra	
Prawda czasów czy prawda ekranu? O modelu niepełnosprawności wzrokowej w filmie fabularnym <i>The truth of the times or the truth of the screen? About the model of visual impairment in a feature film</i>	158
Tomasz Sahaj	
Gry komputerowe w procesie emancypacji, rehabilitacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych <i>Computer games in the process of the emancipation, rehabilitation and socialization of the people with disabilities</i>	174

OD REDAKCJI

EDITOR'S NOTE

Oddajemy do Państwa rąk numer 44 czasopisma *Niepełnosprawność*, który podsumowuje rok 2021 będący kolejnym rokiem, w którym mierzymy się z wyzwaniami pandemii.

W poprzednich tomach roku 2021, do których lektury serdecznie Państwa zapraszamy, autorki i autorzy podejmowali próby zmierzenia się ze zmienioną rzeczywistością pandemiczną w różnych obszarach pedagogiki specjalnej. W tomie 44/2021 również znajdują Państwo ważne wątki związane z pandemią, ale także tematy, które rzadziej pojawiają się w głównym nurcie rozważań o pedagogice specjalnej.

Uważamy, iż tematyka zgromadzona w niniejszym tomie stanowi dobrą ilustrację tego, co dzieje się w badaniach dotyczących obszaru pedagogiki specjalnej, swoistą soczewkę skupiającą bogactwo wątków i rozważań podejmowanych w pedagogice specjalnej, często o charakterze interdyscyplinarnym, a nierzadko również – niesłusznie – niedocenianych, pozostających poza głównym nurtem zainteresowania. Tym samym niniejszy tom jest tym, który wpisuje się w misję, jaką czasopismo *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej* stawia sobie za cel. Jest nią aktualizacja problemów z zakresu pedagogiki specjalnej, co staje się możliwe między innymi dzięki wykraczaniu poza ramy dyscypliny. Na łamach naszego czasopisma prezentujemy zatem rozwiązania praktyczne, badania empiryczne oraz teorię, które pozwalają spojrzeć na niepełnosprawność interdyscyplinarnie. Tym bardziej cieszymy się z obecności takich artykułów i dziękujemy autorom za zaufanie oraz ich nadesłanie do naszej Redakcji.

Przed Państwem lektura 11 artykułów, w których autorki i autorzy podejmują problematykę badań związku pomiędzy autonomią i uczestnictwem w życiu społecznym i rodzinnym osób z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą a ich poczuciem jakości życia (Marlena Duda), również związków między samooceną i stylami radzenia sobie ze stresem a nasileniem depresji u osób z zaburzeniami odżywiania (Anna Wiatrowska) oraz określenia stopnia akceptacji choroby i jej

znaczenia dla osiągnięcia satysfakcji z życia u osób z chorobami rzadkimi (RD) (Agnieszka Hamerlińska, Agnieszka Kamyk-Wawrzyszczuk).

W obszarze edukacji autorzy wskazują, na podstawie syntezy wyników badań, znaczenie współnauczania dla przebiegu procesu edukacji (Grzegorz Szumski, Joanna Smogorzewska, Zuzanna Narkun, Agata Trebaczk-Ritter) oraz możliwe rozwiązania związane z organizacją procesu dydaktycznego, sprzyjających zwiększaniu dostępności kształcenia na tym poziomie dla osób ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, opartych na koncepcji projektowania uniwersalnego w uczeniu się (UDL) (Dorota Chimicz).

Kolejne artykuły stanowią doniesienie z badań nad tożsamością zawodową terapeutów zajęciowych w kontekście sytuowania się na kontinuum od anomii do autonomii (Anna Godlewska-Zaorska), a także podejmują problematykę arteterapii jako wynikającej z naturalnych predyspozycji i potrzeb dzieci, przejawiającej się we wszystkich formach aktywności, a będącej motorem ich rozwoju (m.in. kompetencji komunikacyjnych i mowy) (Joanna Żeromska-Harlińska oraz Agnieszka Ochman) oraz wskazującej na ważną rolę muzykoterapii we wczesnej interwencji i stymulacji rozwoju dziecka (m.in. w osiągnięciu stanu regulacji fizjologicznej i emocjonalnej dziecka) (Sara Knapik-Szweda).

Na zakończenie zapraszamy Państwa do spędzenia czasu w towarzystwie filmów i gier komputerowych. Autorzy dopełniają i rozwijają nieczęste na gruncie polskiej literatury humanistyczno-społecznej analizy i refleksje dotyczące relacji zachodzących między mass mediami a niepełnosprawnością. Dokonują tego m.in. przez analizę sposobu konstruowania postaci bohatera z niepełnosprawnością wzrokową oraz modelu niepełnosprawności wzrokowej w dwóch polskich i dwóch zagranicznych filmach fabularnych (*Carte blanche*, *Imagine*, *Zapach kobiety*, *Tańcząc w ciemnościach*) (Anna Bieganowska-Skóra), a także przez wskazanie znaczenia gier elektronicznych na kolektywną świadomość i sposób postrzegania problemów społecznych (Tomasz Sahaj). Zarówno filmy, jak i gry cyfrowe mają szansę wykraczać poza wyznaczone im funkcje rozrywkowe, stając się znaczącymi tekstami kultury popularnej oraz mając realne znaczenie dla sposobu prezentacji i postrzegania niepełnosprawności.

Współczesny świat, a wraz z nim obszary związane z szeroko pojętą niepełnosprawnością, podlegają nieustannym zmianom, na które badacze powinni być otwarci i gotowi do podjęcia ich eksploracji, analizy i opisu. Artykuły, z którymi mogą się Państwo zapoznać, wskazują, iż pedagodzy specjaliści podejmują wyzwania współczesności, dostrzegając, reagując i opisując zmiany zachodzące w obszarze wsparcia, prawa, edukacji, rehabilitacji, terapii w obszarze zarówno jednostkowym, rodzinnym, jak i społecznym.

Zachęcając Państwa do lektury kolejnego tomu czasopisma *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej* mamy nadzieję, że zainspiruje do podjęcia własnych poszukiwań teoretycznych i empirycznych oraz podjęcia dyskusji.

Mamy nadzieję, że numer 44 *Niepełnosprawności*, spotka się z pozytywnymi ocenami. Pragniemy podziękować wszystkim autorom, którzy postanowili podzielić się swoimi rozważaniami na łamach naszego czasopisma. Serdecznie zapraszamy do dzielenia się wynikami podejmowanych projektów badawczych w kolejnych numerach *Niepełnosprawności*.

Joanna Izabela Belzyt
Redaktor naukowy tomu

Marlena Duda

ORCID: 0000-0001-9168-808X

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Rola autonomii i uczestnictwa społecznego w kształtowaniu poczucia jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą

W efektywnej rehabilitacji osób z niepełnosprawnością istotną rolę pełni aktywność i uczestnictwo w życiu oraz jego pozytywna ocena. Celem prezentowanych badań jest analiza związku pomiędzy autonomią i uczestnictwem w życiu społecznym oraz rodzinnym osób z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą a ich poczuciem jakości życia. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz WHOQOL-BREF Światowej Organizacji Zdrowia w adaptacji L. Wołowickiej i K. Jaracz oraz Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) autorstwa M. Cardol w adaptacji S. Byry i M. Dudy. Przebadano 78 osób. Wyniki badań wskazują, że satysfakcjonujące relacje społeczne oraz autonomia, w szczególności autonomia dotycząca aktywności poza domem, mają istotne znaczenie w kształtowaniu poczucia jakości życia badanych z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową. Potwierdza to przyjętą hipotezę o pozytywnym związku autonomii i uczestnictwa z odczuwanym poczuciem jakości życia.

Słowa kluczowe: autonomia, uczestnictwo, jakość życia, długotrwała niepełnosprawność

The role of autonomy and social participation in determining the sense of quality of life of people with long-term acquired disabilities

In the effective rehabilitation of people with disabilities it is important to be active in life, and to evaluate it positively. The aim of the presented research is to analyse the relationship between autonomy and participation in social and family life of people with long-term acquired disabilities and their sense of quality of life. The following research tools were used: WHOQOL-BREF Questionnaire of the World Health Organization adapted by L. Wołowicka and K. Jaracz and the Questionnaire of Influence on Participation and Autonomy (KWUA) by M. Cardol adapted by S. Byra and M. Duda. A total of 78 people were surveyed. The results of the study indicate that satisfying social relations and autonomy, in particular autonomy concerning activities outside the home, are important in creating the sense of quality of life of the respondents with long-term motor disability. This confirms the hypothesis that autonomy and participation are positively related to perceived quality of life.

Key words: autonomy, participation, quality of life, long-term disability

Wprowadzenie

Ogłoszenie przez Światową Organizację Zdrowia nowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF 2001) zaprezentowało nową perspektywę opisu niepełnosprawności, która wychodząc naprzeciw aktualnym zmianom (paradygmatycznym, światopoglądowym, medycznym), szeroko ujmuje niepełnosprawność z perspektywy temporalnej jako kompleksową – ale dynamiczną – całość, obejmującą wiele wymiarów funkcjonowania człowieka: biologicznego, psychologicznego, społecznego i środowiskowego (ICF 2001). W konsekwencji kształtują się obecnie nowe grupy społeczne – osoby długotrwale niepełnosprawne z ograniczeniami wrodzonymi, nabytymi w dzieciństwie lub wczesnej młodości oraz starzejące się z niepełnosprawnością. Stanowią one wyzwanie dla współczesnych nauk o człowieku, gdyż wymagają na nowo zdefiniowania potrzeb, potencjałów i ograniczeń tychże osób, ze szczególnym akcentem położonym na utrzymanie jak najdłuższej autonomii i uczestnictwa w życiu społecznym. Biorąc pod uwagę owe zmiany wyzwaniem nie jest już tylko osiągnięcie największej przeżywalności w tej grupie, ale przede wszystkim zapewnienie jej wysokiej jakości życia. O konieczności pochylenia się nad tą tematyką dobitnie przesądza wzrastająca liczba osób starzejących się z niepełnosprawnością wynikająca z nakładających się ogólnoswiatowych trendów dotyczących starzenia się populacji (Chen i in. 2016).

Długotrwała niepełnosprawność a jakość życia

Osoby żyjące z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą stanowią swoistą populację osób, bardzo różnorodną pod kątem zarówno indywidualnym (wieku, płci, rodzaju niepełnosprawności, czasu nabycia oraz czasu trwania ograniczeń, historii życia, potrzeb i potencjału tych osób), jak i społecznym (wykształcenie, wsparcie, wypełnianie roli społecznej i zadań rozwojowych), stąd coraz większe znaczenie ma zrozumienie determinantów, które przyczyniają się do utrzymywania dobrego stanu zdrowia, efektywnego i pomyślnego funkcjonowania tych osób w środowisku rodzinnym i społecznym. Podkreśla to rolę własnej autonomii i poziomu uczestnictwa we wspieraniu aktywności, zdrowia i funkcjonalności, w przeciwieństwie do akcentowania ograniczeń płynących z niepełnosprawności (Martins i in. 2012). Stąd poszukiwanie rozwiązań zmniejszających problemy związane ze zdrowiem, ograniczenia autonomii i uczestnictwa w codziennym życiu, jest obecnie jednym z najważniejszych priorytetów w badaniach nad całościową rehabilitacją.

Wielopoziomowe, złożone funkcjonowanie osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową wynika z jednoczesnego wzajemnego oddziaływania czynników kontekstualnych (indywidualnych i środowiskowych) (Boczowska, Duda 2017; Geyh i in. 2011; Hoefsmit i in. 2014; Virués-Ortega i in. 2011). Dodatkowo istotnym determinantem jest również temporalny aspekt zjawiska. Niepełnosprawność podlega wpływowi czasu i jest przez niego dynamicznie kształtowana w obszarze psychospołecznego funkcjonowania (Tsai i in. 2014), szczególnie w sytuacji starzenia się z niepełnosprawnością. Najczęściej w literaturze przedmiotu za punkt rozpoczynający długotrwałą niepełnosprawność traktuje się czas 10 lat od nabycia niepełnosprawności (Jørgensen i in. 2016). Wynika to z faktu zmieniających się potrzeb tych osób oraz obrazu ich niepełnosprawności (Byra 2011).

W przypadku osób z długotrwałą niepełnosprawnością poczucie jakości życia kształtowane jest wielotorowo i mimo rosnącego zainteresowania, zjawisko to nadal wymaga pogłębionych eksploracji (Jørgensen i in. 2021). Definicje jakości życia przedstawiają to zagadnienie zazwyczaj z dwóch perspektyw: globalnej – ujmującej jakość życia w odniesieniu do oceny poczucia satysfakcji z życia jako całości, oraz złożonej – w której jakość życia traktowana jest jako wypadkowa oceny szczegółowych zmiennych cząstkowych odnoszących się do poszczególnych dziedzin życia (Błażejowski, Rejman 2019: 11). Jakość życia jest analizowana w makroskali jako zobiektywizowana ocena wymiarów społeczno-ekonomicznych, oraz mikroskali jako subiektywna i indywidualna perspektywa badanej osoby (Brown i in. 2004). Dynamika związków oceny tych wymiarów z indywidualnej perspektywy jest związana z ich współzależnością w czasie (Błachnio 2019: 91). Aktualna ocena poczucia jakości życia dokonywana przez osobę opiera się na jej bieżących doświadczeniach jednocześnie bazujących na przeżyciach z przeszłości (Derbis 2007) i jest jej psychologicznym stosunkiem do własnego życia (Wołowicka, Jaracz 2001: 63).

Najczęściej jakość życia definiowana jest zgodnie z WHO jako „sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyją oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Zatem jakość życia to tyle co kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także osobistych wierzeń i przekonań” (Tobiasz-Adamczyk 2000: 239). Badania jakości życia w niepełnosprawności zyskują na wadze ze względu na dokonujące się zmiany paradygmatyczne, w wyniku których rekonstruują się nowe oblicza długotrwałej niepełnosprawności we wszystkich wymiarach funkcjonowania człowieka. Warte podkreślenia, z punktu widzenia podjętych analiz, są przytoczone w literaturze warunki wysokiej jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową. Możliwa jest ona do uzyskania poprzez „a) doświadczanie niez-

leżności (jakość życia rozpatrywana na poziomie intrapersonalnym); b) posiadanie swobody dokonywania wyboru (jakość życia rozpatrywana na poziomie interpersonalnym) oraz c) nieskrępowany dostęp do ważnych dóbr znajdujących się w otoczeniu (jakość życia rozpatrywana na poziomie społecznym)” (Wołowicka, Jaracz 2001: 64). W budowaniu wysokiej jakości życia niebagatelną rolę – oprócz sfery biologicznej i ekonomicznej – pełnią zatem takie wymiary, jak: autonomia, decydowanie o sobie, dokonywane wybory czy pełnione role społeczne (Schallock, za: Oleś 2010: 36).

Wysoka jakość życia w niepełnosprawności ma istotne walory wspierające i ochronne. Poczucie jakości życia osób z nabytymi trwałymi ograniczeniami, po osiągnięciu pewnego poziomu, wydaje się być stabilne w czasie wykazując jedynie niewielkie odchylenia w poszczególnych wymiarach (Jørgensen i in. 2021). Dotychczasowe badania wskazują, że jakość życia przeciętnej osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest niższa niż norma w populacji ogólnej, niezależnie od wieku badanych i czasu trwania niepełnosprawności (Barker i in. 2009; Kemp, Ettelson 2001). Jednakże wyniki w tym przypadku nie są jednoznaczne. W przypadku długotrwałej niepełnosprawności może to ulegać dynamicznym zmianom w wyniku pogarszającego się z wiekiem stanu zdrowia i występowania wtórnych komplikacji zdrowotnych (Hahn i in. 2013; Lammertse 2001; Smith i in. 2016), a w konsekwencji obniżania się sprawności funkcjonalnej i nasilających się poważnych ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności (Koon i in. 2020; Remillard i in. 2019). Sposób w jaki funkcjonuje człowiek z długotrwałą niepełnosprawnością jest niezwykle złożony i uwarunkowany wieloma czynnikami natury indywidualnej i środowiskowej. Dla osoby długotrwanie niepełnosprawnej, np. z uszkodzeniem rdzenia, o osiągnięciu wysokiej jakości życia decyduje nie tylko obiektywny stan zdrowia i zaplecze materialno-bytowe, ale przede wszystkim pozytywne zasoby podmiotowe. Badania jednoznacznie wskazują, że występowanie wtórnych komplikacji zdrowotnych i pogarszający się w ich wyniku stan zdrowia, ograniczają uczestnictwo w życiu społecznym (Piatt i in. 2016), łączy się to z istotnie niższym poczuciem jakości życia (Adriaansen i in. 2016; por. Padureanu i in. 2020).

Badania R. Baker i wsp. (2009) wskazują, że istotny w kształtowaniu poczucia jakości życia jest stan zdrowia i występowanie wtórnych komplikacji zdrowotnych oraz uczestnictwo w życiu społecznym, wskazując, że nasilenie chorób oraz związane z tym ograniczenia są silnymi predyktorami poczucia jakości życia, znacząco przyczyniając się do jego obniżenia. Istotne znaczenie w kształtowaniu jakości życia mają czynniki kontekstualne, tkwiące zarówno w osobie, jak i jej otoczeniu, gdyż brak zasobów lub ograniczony do nich dostęp utrudnia osiąganie satysfakcjonującej jakości życia. Wśród czynników personalnych największe znaczenie w kształtowaniu poczucia jakości życia ma płeć, wiek, czas nabycia, czas trwania i rodzaj niepełnosprawności oraz stan zdrowia. Wysokie poczucie jakości

życia osób z niepełnosprawnością ruchową koreluje z młodszym wiekiem i zatrudnieniem, a ujemnie ze złym stanem zdrowia i towarzyszącymi temu wtórnymi komplikacjami zdrowotnymi (Fekete i in. 2014; Müller i in. 2017). Osoby z długotrwałymi ograniczeniami charakteryzują się względnie wysokim poziomem jakości życia (Jørgensen i in. 2021), potwierdzają to wcześniejsze badania wykazujące dodatnią zależność między czasem trwania niepełnosprawności i jakością życia. Okazuje się, że globalne poczucie jakości życia rośnie wraz z upływającym czasem od momentu nabycia niepełnosprawności (Geyh i in. 2013). Systematyczne monitorowanie poczucia jakości życia może ukierunkowywać osoby z niepełnosprawnością, ich opiekunów i rehabilitantów na te wymiary, które wymagają dodatkowej troski i wsparcia, a obniżony poziom w niektórych wymiarach funkcjonowania może być traktowany jako sygnał do interwencji i odpowiedniego wsparcia.

Autonomia i uczestnictwo

Autonomia jest podstawowym warunkiem uczestnictwa i istotnym determinantem w kształtowaniu poczucia jakości życia osób z niepełnosprawnością (Cardol i in. 2002; Levasseur i in. 2004; Salvador-Carulla, Gasca 2010). Istotnie częściej łączy się z jej wysokim poziomem i samooceną zdrowia (Sibley i in. 2006), wskazując, że osoby z niepełnosprawnością postrzegają swoje życie jako satysfakcjonujące w sytuacji, gdy mogą podejmować decyzje dotyczące zarówno siebie, jak i otoczenia. Zagadnienie autonomii jest również głęboko wpisane w tradycję podmiotowości. Wpływ niepełnosprawności na subiektywną ocenę autonomii i uczestnictwa jest widoczny odpowiednio na poziomie indywidualnym i społecznym. Ocena zarówno uczestnictwa w życiu społecznym, jak i postrzeganej autonomii z perspektywy osoby niepełnosprawnej pozwala na oszacowanie pozytywnych lub negatywnych zmian w jej funkcjonowaniu. Istotnie wiąże się również z potraumatycznym wzrostem wśród osób z długotrwałą paraplegią (Byra 2021). Badania nad osobami z długotrwałą niepełnosprawnością wykazały, że ważnym aspektem w kształtowaniu pozytywnego życia tych osób jest utrzymywanie stałych i satysfakcjonujących kontaktów z otoczeniem poprzez wypełnianie ról społecznych. Zasadnicza jest bowiem realizacja własnych planów i celów wynikających ze świadomego zaspokajania potrzeb. Niemniej jednak wiele osób z niepełnosprawnością ruchową nadal doświadcza ograniczeń w uczestnictwie, które nasilają się wraz z upływem lat od momentu nabycia niepełnosprawności, w tym m.in. w aktywności poza domem, pracy, utrzymywaniem kontaktów społecznych czy relacji partnerskich (Sibley i in. 2006).

Uczestnictwo w życiu społecznym rozumiane jako zaangażowanie w działanie, zgodne z podjętą samodzielnie decyzją (Byra, Duda 2019a) jest silnie związa-

ne z poczuciem jakości życia (Barclay i in. 2016; Levasseur i in. 2004). Wyraża się w realizacji własnych celów, zamierzeń i podejmowaniu ról społecznych (Perenboom, Chorus 2003) osadzonych w pewnym kontekście społecznym (Eyssen i in. 2011). Uczestnictwo w różnorodnych, ważnych dla jednostki, aktywnościach podkreśla autonomię osoby. Uczestnictwo jest złożonym konstruktem, na który składają się doświadczenia związane z niepełnosprawnością oraz wachlarz przekonań o sobie samym i otaczającym świecie (Brown 2010). Autonomia jest zatem podstawowym warunkiem podjęcia działań (Eyssen i in. 2011), gdyż to w niej mieszczą się własne przekonania i wartości oraz wyraża się prawo do samostanowienia. Jest również elementem koncepcyjnym stanowiącym granicę między aktywnością a uczestnictwem (Fallahpour i in. 2011).

Zagrożenie obniżaniem się poczucia jakości życia oraz nasilające się ograniczenia zarówno w postrzeganej autonomii, jak i uczestnictwie niestety wpisują się w długoterminowe konsekwencje życia z niepełnosprawnością. Ograniczenia w autonomii i uczestnictwie często związane są ze stanem zdrowia i z występowaniem wtórnych komplikacji zdrowotnych (Cao, Krause 2021; Hilberink i in. 2017; Magasi i in. 2008), a nie pierwotnego zaburzenia. Stąd zrozumienie złożonych zagadnień funkcjonowania człowieka z długotrwałymi ograniczeniami wymaga przeprowadzenia analiz w każdym obszarze jego aktywności: fizycznym, społecznym i środowiskowym, w celu przeciwdziałania pogłębiającym się problemom w jego funkcjonowaniu psychospołecznym.

Cel pracy

Za cel niniejszych badań postawiono określenie charakteru zależności między odczuwaną jakością życia a postrzeganą autonomią i uczestnictwem osób z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą. Poczucie jakości życia jest rozumiane jako subiektywna ocena jednostki dotycząca jej pozycji w życiu, realizacji jej oczekiwań, potrzeb i zainteresowań (The WHOQOL Group 1998). Autonomia i uczestnictwo oznacza natomiast zdolność do decydowania o sobie i własnej aktywności oraz, zgodnie z własnymi preferencjami, aktywność w życiu społecznym i rodzinnym (Cardol i in. 2002). Przyjęto zatem, że zdolność do formułowania potrzeb, celów i decyzji oraz gotowość do podejmowania działań zgodnych z własnymi preferencjami są ważnymi predyktorami wysokiej jakości z życia, co sprzyja efektywnemu radzeniu sobie z sytuacją niepełnosprawności. Stąd w tak prezentowanym modelu badań postawiono następujące problemy badawcze:

1. Jakie jest poczucie jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową?

2. Jaka jest autonomia oraz uczestnictwo osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową?
3. Czy i w jakim stopniu postrzegana autonomia i gotowość do uczestnictwa biorą udział w wyjaśnianiu zmienności poczucia jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową?

Zgodnie z przyjętą metodologią do pytań o charakterze diagnostycznym nie sformułowano hipotezy (Maszke 2008: 111). W zaprojektowanych badaniach zweryfikowano hipotezę o charakterze zależnościowym.

H1: Postrzegana autonomia i uczestnictwo w życiu społecznym i rodzinnym mają znaczący udział w wyjaśnianiu poczucia jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością.

Dotychczasowa literatura dostarcza dowodów na istotne znaczenie decyzywności i możliwości kierowania własnym postępowaniem w kontekście angażowania się w codzienne czynności, w podnoszeniu poziomu odczuwanej jakości życia osób z niepełnosprawnością (Müller i in. 2017; Jain i in. 2007).

Material i metoda badań

W realizacji założonego celu badań posłużono się kwestionariuszem WHOQOL-BREF, Kwestionariuszem Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) oraz kwestionariuszem ankiety zawierającym pytania dotyczące sytuacji socjodemograficznej i związanej z niepełnosprawnością (własnego autorstwa).

Poczucie jakości życia zbadano za pomocą międzynarodowego kwestionariusza WHOQOL-Bref (The WHOQOL Group 1998) w polskiej adaptacji L. Wołowickiej i K. Jaracz (2001). Polska wersja skali ma satysfakcjonujące właściwości psychometryczne i służy do oceny jakości życia w czterech obszarach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej (Kowalska i in. 2012; Wołowicka, Jaracz 2001). Za pomocą kwestionariusza Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) dokonano pomiaru autonomii i uczestnictwa w pięciu wymiarach: autonomia w domu, autonomia poza domem, relacje społeczne, rola w rodzinie oraz praca i edukacja. Narzędzie to powstało na podstawie obecnie obowiązującej klasyfikacji ICF (2001). „Kwestionariusz ten opiera się na subiektywnej perspektywie osoby z niepełnosprawnością, wskazującej na stopień posiadanej autonomii i swojego uczestnictwa w różnych płaszczyznach codziennego funkcjonowania. Ten aspekt diagnostyczny ma istotne znaczenie dla planowania oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych” (Byra, Duda 2019a). Polska wersja Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA) pod nazwą Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) uzyskała zadowalające wartości

psychometryczne (wskaźniki rzetelności alfa Cronbacha poszczególnych wymiarów skali mieszczą się w przedziale od 0,87 do 0,96) i jest rzetelnym oraz trafnym narzędziem do oceny autonomii i uczestnictwa (Byra, Duda 2019a).

Badania o charakterze poprzecznym zaplanowano wśród osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową. Udział był w pełni dobrowolny i anonimowy. Warunki rekrutacji były następujące: osoby dorosłe w wieku od 18 do 60 roku życia z doświadczeniem nabycia trwałych ograniczeń ruchowych, czas trwania niepełnosprawności minimum 10 lat, z zachowanymi funkcjami poznawczymi, korzystające z placówek rehabilitacyjnych i objęte wsparciem MOPR-u i MOPS-u.

Badaniami objęto 78 osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową trwającą przynajmniej 10 lat ($M=19,08$, $SD=8,38$). Grupę tworzyły osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego ($N=45$) i oraz po amputacji kończyny ($N=33$). W przeważającej części byli to mężczyźni (65%), kobiety stanowiły 35% grupy. Średnia wieku badanych wynosiła 36,51 lat ($SD=14,05$). Charakteryzowali się zróżnicowaną sytuacją zawodową. Najwięcej osób, bo 42% pobierało rentę lub przebywało na bezrobociu, 37% osób pracowało oraz 22% studiowało. Największą grupę respondentów stanowili mieszkańcy miasta (80%).

Wyniki

Na pierwszym etapie analiz dokonano podstawowej charakterystyki badanych zmiennych. Wyniki otrzymane w grupie osób z długotrwałą niepełnosprawnością (tab. 1) wskazują, że w obrębie poszczególnych wymiarów, struktura jakości życia nie jest jednolita. Najwyższe wyniki uzyskano w zakresie środowiska. Osoby z niepełnosprawnością nabytą wysoko oceniają zaplecze mieszkaniowe, finansowe oraz infrastrukturę otoczenia ($M=24,45$ $SD=5,01$). Dostęp do opieki medycznej, informacji, zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego czy możliwość uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku stanowią dla tej grupy istotne wymiary jakości funkcjonowania. Na podobnym poziomie badani ocenili aspekt fizyczny jakości życia ($M=21,38$ $SD=3,51$), skupiający się wokół wykonywania czynności dnia codziennego, możliwości podejmowania pracy czy doświadczania symptomów somatycznych, takich jak ból, zmęczenie czy zaburzenia snu. Najniższe wyniki uzyskano w zakresie relacji społecznych ($M=9,05$ $SD=2,89$) wskazujące na trudności w budowaniu satysfakcjonujących, intymnych związków z innymi ludźmi oraz uzyskiwaniu nieadekwatnego (niezgodnego z oczekiwaniami i potrzebami osób z niepełnosprawnością) wsparcia społecznego. Wyniki te wydają się związane z temporalną dynamiką długotrwałej niepełnosprawności. Uwidocznione jest tu efektywne przystosowanie do funkcjonowania fizycznego z ograniczeniami oraz spełniające swoje funkcje dostosowanie zaplecza środowi-

skowego do potrzeb osób z niepełnosprawnością przy jednocześnie zmieniających się potrzebach w zakresie relacji społecznych i wsparcia społecznego. Wynikają one najprawdopodobniej ze zmieniających się na przestrzeni lat możliwości utrzymania satysfakcjonujących kontaktów z innymi osobami zarówno pod kątem jakościowym, jak i ilościowym.

Tabela 1. Statystyki opisowe poczucia jakości życia badanych

Wymiary poczucia jakości życia	M	SD	Min–Max
Fizyczna	21,38	3,51	13–29
Psychologiczna	18,37	3,81	11–26
Społeczna	9,05	2,89	3–15
Środowiskowa	24,45	5,01	13–37

Źródło: opracowanie własne.

Zbliżone wyniki otrzymano w ramach wymiarów postrzeganej autonomii i uczestnictwa w życiu społecznym w badanej grupie. Największe problemy badani zgłaszali w wymiarze wypełniania rodzinnych ról ($M=12,65$, $SD=5,93$) oraz pracy i edukacji ($M=11,35$, $SD=6,78$). Ograniczenia w tych sferach świadczą o trudnościach, na jakie napotykają osoby w realizowaniu codziennych domowych aktywności oraz rozwijaniu swoich kompetencji i zainteresowań, akcentując najwięcej problemów w angażowaniu się w ważne z osobistej perspektywy, sytuacje życiowe. Nieco niższy poziom ograniczeń jest widoczny w zakresie autonomii w decydowaniu o sobie w sytuacjach domowych ($M=9,88$, $SD=8,23$) i środowiskowych ($M=9,39$, $SD=5,10$). Wynika z tego, że nieco lepiej badani oceniają swoją samodzielność w podejmowaniu decyzji dotyczących swoich aktywności na tym polu oraz zdolność do dokonywania wyborów zgodnie z własnym systemem wartości (tab. 2).

Tabela 2. Statystyki opisowe poczucia postrzeganej autonomii i uczestnictwa badanych

Autonomia i uczestnictwo	M	SD	Min–Max
Autonomia w domu	9,88	8,23	0–28
Autonomia poza domem	9,39	5,10	2–20
Relacje społeczne	10,78	6,61	0–26
Rola w rodzinie	12,65	5,93	2–27
Praca i edukacja	11,35	6,78	2–25

Źródło: opracowanie własne.

Chcąc określić powiązania między postrzeganą autonomią a odczuwaną jakością życia przeprowadzono analizę korelacji r-Spearmana (tab. 3). Uzyskane rezultaty wskazują na istnienie istotnej statystycznie zależności między badanymi zmiennymi. Należy podkreślić, że istnieją silne związki między poziomem jakości życia a postrzeganą autonomią. Pokazuje to, że niskim wynikiom w zakresie poczucia jakości życia istotnie częściej towarzyszą wyższe ograniczenia w funkcjonowaniu psychospołecznym zarówno na poziomie wypełniania ról domowych czy zawodowych. Potwierdza to istotną zależność między prawem do decydowania o sobie i swojej aktywności, a subiektywną satysfakcją z życia. Kolejnym krokiem było zastosowanie analizy regresji, za pomocą której przeanalizowano udział postrzeganej autonomii i odczuwanego uczestnictwa w wyjaśnianiu natężenia poczucia jakości życia w grupie osób z długotrwałą niepełnosprawnością (tab. 4).

Tabela 3. Poczucie jakości życia a autonomia i uczestnictwo badanych – współczynnik korelacji r-Spearmana

Autonomia i uczestnictwo	Jakość życia			
	fizyczna	psychologiczna	społeczna	środowiskowa
Autonomia w domu	-0,531**	-0,472**	-0,308*	-0,727**
Autonomia poza domem	-0,520**	-0,547**	-0,284*	-0,716**
Relacje społeczne	-0,596**	-0,486**	-0,488**	-0,724**
Rola w rodzinie	-0,547**	-0,444**	-0,358**	-0,611**
Praca i edukacja	-0,519**	-0,465**	-0,357**	-0,746**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób z nabytą niepełnosprawnością widoczne są ujemne związki między odczuwaną jakością życia a postrzeganą autonomią i uczestnictwem we wszystkich badanych wymiarach. Ustalono tu zależności wskazujące, że ograniczeniom w możliwościach decydowania o sobie i własnej aktywności towarzyszy niska jakość życia. Osoby, które odczuwają ograniczenia w realizacji działań i kontroli w sferach dotyczących własnego życia domowego i rodzinnego oraz stanowieniu o sobie w różnorodnych sytuacjach życia codziennego, szczególnie poza domem, odczuwają niską jakość życia zarówno w wymiarze fizycznym, psychologicznym, jak i społecznym czy środowiskowym. Brak możliwości uczestnictwa w różnych aktywnościach opartych na relacjach społecznych oraz trudności w realizowaniu swoich planów zawodowych i edukacyjnych przyczynia się również do istotnego obniżania się zadowolenia ze swojego życia we

wszystkich badanych aspektach. Dotyczy to również wypełniania ról w rodzinie. Brak możliwości zaistnienia w swojej roli rodzinnej istotnie obniża poczucie jakości życia w każdym obszarze.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, poczucie jakości życia osób doświadczających wieloletnich ograniczeń można wyjaśnić przy udziale dwóch wymiarów autonomii i uczestnictwa: relacji społecznych i autonomii poza domem (tab. 4). Zatem wyższa ocena jakości życia zależna jest od możliwości podejmowania samodzielnych decyzji w zakresie aktywności poza domem, i wiąże się również z relacjami społecznymi, szczególnie w wymiarze psychologicznym, społecznym i środowiskowym jakości życia.

Tabela 4. Podsumowanie analizy regresji krokowej: zmienna zależna „Jakość życia” oraz zmienne niezależne: „Autonomia i uczestnictwo” w badanej grupie

Wskaźniki zmiennych niezależnych	Podsumowanie zmiennej zależnej poczucia jakości życia w wymiarze fizycznym R=0,590 R ² =0,348 cR ² =0,324 F(1,54)=14,401			
	β	B	t	p
Relacje społeczne	-0,345	-0,201	-2,434	0,018
Autonomia poza domem	-0,307	-0,223	-2,166	0,035
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Podsumowanie zmiennej zależnej poczucia jakości życia w wymiarze psychologicznym R=0,525 R ² =0,276 cR ² =0,262 F(1,55)=20,918			
	β	B	t	p
Autonomia poza domem	-0,525	-0,412	-4,574	0,000
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Podsumowanie zmiennej zależnej poczucia jakości życia w wymiarze społecznym R=0,488 R ² =0,238 cR ² =0,224 F(1,55)=17,181			
	β	B	t	p
Relacje społeczne	-0,488	-0,227	-4,145	0,000
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Podsumowanie zmiennej zależnej poczucia jakości życia w wymiarze środowiskowym R=0,820 R ² =0,672 cR ² =0,660 F(1,54)=17,415			
	β	B	t	p
Autonomia poza domem	-0,487	-0,504	-4,848	0,000
Relacje społeczne	-0,420	-0,348	-4,173	0,000

p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Poczucie jakości życia osób z niepełnosprawnością jest kształtowane przez możliwość podejmowania decyzji i kontakt z innymi ludźmi. Wyniki wskazują, że

autonomia oraz związane z nią uczestnictwo, są istotnymi czynnikami wiążącymi się z poczuciem jakości życia badanych. Poczucie jakości życia w każdej z domen wzrasta wraz z malejącymi ograniczeniami w autonomii i trudnościami w realizowaniu siebie w kontaktach z innymi ludźmi.

Podsumowanie

W odniesieniu do pierwszego i drugiego pytania badawczego można stwierdzić, że najwyższy poziom jakości życia badani deklarowali w obrębie swojego zaplecza mieszkaniowego oraz finansowego przy jednocześnie pozytywnej ocenie swojej autonomii w podejmowaniu decyzji w sytuacjach domowych. Powyższa analiza potwierdziła również przyjętą hipotezę, która zakładała pozytywny związek poczucia jakości życia z większymi możliwościami decydowania o sobie i aktywnym uczestnictwem w życiu społecznym. Istotną rolę autonomii i uczestnictwa podkreślano w założeniach teoretycznych ICF (Sibley i in. 2006). Badania wykazały, że ograniczenia, szczególnie w sytuacjach podejmowania decyzji dotyczącej aktywności poza domem i w kontaktach z innymi, istotnie przyczyniały się do obniżania się poczucia jakości życia. Potwierdzają to wyniki badań podkreślających zależności między trudnościami w angażowaniu się w sytuacje społeczne i rodzinne a niskim poczuciem jakości życia (Barker i in. 2009; Adriaansen i in. 2016; Piatt i in. 2016). Poczucie satysfakcji z podejmowanego działania, aktywne wypełnianie roli społecznej w aspekcie własnej autonomii podkreśla jak ważne są to wymiary społecznego funkcjonowania osób z długotrwałą niepełnosprawnością. Wyniki jednoznacznie wskazują, że działania podejmowane zgodnie z własną wolą, realizujące aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, są istotnymi determinantami satysfakcjonującego życia i wysokiej jego jakości (Byra, Duda 2019b). Podobne wyniki uzyskała M. Levasseur i wsp. (2004), które podkreślają istotną rolę aktywności osób z niepełnosprawnością na polu społecznym w podnoszeniu poczucia jakości życia. W badaniach R. Müller i wsp. (2017) stwierdzono, że nieograniczone lub satysfakcjonujące uczestnictwo w życiu społecznym w grupie osób z długotrwałą niepełnosprawnością jest kluczowym zasobem dla kształtowania poczucia jakości życia.

Aktualność problematyki jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością jest niezaprzeczalna. Celem rehabilitacji osób z nabytą niepełnosprawnością jest osiągnięcie możliwie wysokiej jakości życia i utrzymywanie jej w ciągu całego życia. Poszukiwanie uwarunkowań, które sprzyjają budowaniu wysokiej jakości życia na przestrzeni lat, są ważnym dążeniem w naukach społecznych i medycznych. Wyniki potwierdzają, że istotnym czynnikiem wysokiej jakości życia jest autonomia i związane z nią uczestnictwo w życiu społecznym. Większa autono-

mia i aktywność w życiu rodzinnym i społecznym, a poprzez to poprawa odczuwanej jakości życia może stanowić bufor przed negatywnymi konsekwencjami zarówno psychicznymi, fizycznymi i ekonomicznymi dla osoby z niepełnosprawnością, jak i jej rodziny. Wśród implikacji praktycznych prezentowanych badań zaleca się koncentrację na wspieraniu autonomii w decydowaniu o charakterze aktywności, a przez to wzmacnianie motywacji do zmian i wzięcia odpowiedzialności za własne życie, gdyż doświadczanie autonomii i uczestnictwa podnosi jakość życia, która jest traktowana jako ważny zasób w radzeniu sobie z wyzwaniami codzienności. Planowane w przyszłości badania powinny podejmować zagadnienie ochrony zdrowia, długoterminowej opieki, wsparcia i rehabilitacji oraz rozwiązań systemowych w kierunku podnoszenia autonomii i uczestnictwa osób z niepełnosprawnością.

Wśród ograniczeń badań należy wymienić niewielką liczebność próby badanych podyktowaną trudnościami w prowadzeniu badań terenowych i dotarciu do osób z niepełnosprawnością oraz wyrażeniem przez nich zgody na udział w badaniu. Kolejnym ograniczeniem jest konstrukcja wykorzystanych narzędzi badawczych, których celem jest dokonanie samooceny stopnia niezależności czy jakości życia, co może podlegać wpływom różnorodnych zmiennych zakłócających. Ponadto badania mają charakter poprzeczny, a w przypadku tak dynamicznych zmiennych, jak autonomia, uczestnictwo czy poczucie jakości życia, mogą w pełni nie wykazywać charakteru badanych zależności.

Bibliografia

- Adriaansen J., Ruij, L., Koppenhagen C., Asbeck F., Snoek G., Kuppevelt D., Post M. (2016), *Secondary health conditions and quality of life in persons living with spinal cord injury for at least ten years*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, 48 (10): 853–860; <https://doi.org/10.2340/16501977-2166>.
- Barclay L., McDonald R., Lentin P., Bourke-Taylor H. (2016), *Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury*, „Australian Occupational Therapy Journal”, 63 (1): 19–28; <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12241>.
- Barker R.N., Kendall M.D., Amsters D.I., Pershouse K.J., Haines T.P., Kuipers P. (2009), *The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury*, „Spinal Cord”, 47 (2): 149–155; <https://doi.org/10.1038/sc.2008.82>.
- Błachnio A. (2019), *Potencjał osób w starości: Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Błażejewski G., Rejman K. (2019), *Medyczne i społeczne aspekty jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów.
- Boczkowska M., Duda M. (2017), *Czynniki kontekstualne ICF w doświadczaniu niepełnosprawności* [w:] *Wybrane konteksty i wyzwania współczesnej pedagogiki specjalnej*, red. K. Barłóg, (s. 131–140), Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.

- Brown J., Bowling A., Flynn T. (2004), *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*, European Forum on Population Ageing Research, London–Bristol.
- Brown M. (2010), *Participation: The Insider's Perspective*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, 91 (9): 34–37; <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.11.030>.
- Byra S. (2011), *Satysfakcja z życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w pierwszym okresie nabycia niepełnosprawności – funkcje wsparcia otrzymywanego i oczekiwanego*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 17 (2): 64–70.
- Byra S. (2021), *Associations between post-traumatic growth and wisdom in people with long-term paraplegia – the role of disability appraisals and participation*, „Disability and Rehabilitation”, 1–8; <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1867903>.
- Byra S., Duda M. (2019a), *Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA) – Sprawdzenie właściwości psychometrycznych polskiej wersji narzędzia*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, 35: 103–126; <https://doi.org/10.4467/25439561.NP.19.034.12277>.
- Byra S., Duda M. (2019b), *Postrzeżenie własnej autonomii a satysfakcja z życia u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową – analiza roli moderatorów*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, 45 (3): 17–36; <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.6222>.
- Cao Y., Krause J.S. (2021), *The association between secondary health conditions and indirect costs after spinal cord injury*, „Spinal Cord”, 59 (3): 306–310; <https://doi.org/10.1038/s41393-020-00567-4>.
- Cardol M., Beelen A., van den Bos G.A., de Jong B.A., de Groot I.J., de Haan R.J. (2002), *Responsiveness of the Impact on Participation and Autonomy questionnaire*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, 83 (11): 1524–1529; <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.35099>.
- Chen B.K., Jalal H., Hashimoto H., Suen S., Eggleston K., Hurley M., Bhattacharya J. (2016), *Forecasting trends in disability in a super-aging society: Adapting the Future Elderly Model to Japan*, „The Journal of the Economics of Ageing”, 8: 42–51; <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2016.06.001>.
- Derbis R. (2007), *Poczucie jakości życia a zjawiska afektywne [w:] Społeczne konteksty jakości życia*, red. S. Kowalik, (s. 13–52), Wydawnictwo Uczelniane WSG, Bydgoszcz.
- Eyssen I.C., Steultjens M.P., Dekker J., Terwee C.B. (2011), *A Systematic Review of Instruments Assessing Participation: Challenges in Defining Participation*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, 92 (6): 983–997; <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.01.006>.
- Fallahpour M., Jonsson H., Joghataei M.T., Kottorp A. (2011), *Impact on Participation and Autonomy (IPA): Psychometric evaluation of the Persian version to use for persons with stroke*, „Scandinavian Journal of Occupational Therapy”, 18 (1): 59–71; <https://doi.org/10.3109/11038121003628353>.
- Fekete C., Wahrendorf M., Reinhardt J.D., Post M.W.M., Siegrist J. (2014), *Work stress and quality of life in persons with disabilities from four European countries: The case of spinal cord injury*, „Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation”, 23 (5): 1661–1671; <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0610-7>.
- Geyh S., Ballert C., Sinnott A., Charlifue S., Catz A., D'Andrea Greve J.M., Post M.W.M. (2013), *Quality of life after spinal cord injury: A comparison across six countries*, „Spinal Cord”, 51 (4): 322–326; <https://doi.org/10.1038/sc.2012.128>.

- Geyh S., Peter C., Müller R., Bickenbach J.E., Kostanjsek N., Ustün B.T., Cieza A. (2011), *The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature—A systematic review and content analysis*, „Disability and Rehabilitation”, 33 (13–14): 1089–1102; <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.523104>.
- Hahn J.E., Aronow H.U., Rosario E.R., Guenther N. (2013), *Multidimensional health risk appraisal among adults aging with acquired disabilities*, „Disability and Health Journal”, 6 (3): 195–203; <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.02.002>.
- Hilberink S.R., van der Slot W.M.A., Klem M. (2017), *Health and participation problems in older adults with long-term disability*, „Disability and Health Journal”, 10 (2): 361–366, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.004>.
- Hoefsmid N., Houkes I., Nijhuis F. (2014), *Environmental and personal factors that support early return-to-work: A qualitative study using the ICF as a framework*, „Work (Reading, Mass.)”, 48 (2): 203–215; <https://doi.org/10.3233/WOR-131657>.
- ICF (2001), *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.
- Jain N.B., Sullivan M., Kazis L.E., Tun C.G., Garshick E. (2007), *Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Chronic Spinal Cord Injury*, „American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation”, 86 (5): 387–396, <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31804a7d00>.
- Jørgensen S., Costa Andersson M.V., Lexell J. (2021), *Changes in health-related quality of life among older adults aging with long-term spinal cord injury*, „Spinal Cord”, 59 (7): 769–776, <https://doi.org/10.1038/s41393-020-00579-0>.
- Jørgensen S., Iwarsson S., Norin L., Lexell J. (2016), *The Swedish Aging With Spinal Cord Injury Study (SASCIS): Methodology and Initial Results*, PM&R, 8 (7): 667–677, <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.10.014>.
- Kemp B., Ettelson D. (2001), *Quality of Life While Living and Aging with a Spinal Cord Injury and Other Impairments*, „Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation”, 6 (3): 116–127, <https://doi.org/10.1310/L8TF-65XD-8K1U-UE3M>.
- Koon L.M., Remillard E.T., Mitzner T.L., Rogers W.A. (2020), *Aging Concerns, Challenges, and Everyday Solution Strategies (ACCESS) for adults aging with a long-term mobility disability*, „Disability and Health Journal”, 13 (4): 100936; <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100936>.
- Kowalska M., Skrzypek M., Danso F., Humeniuk M. (2012), *Ocena wiarygodności kwestionariusza WHOQOL-BREF w badaniu jakości życia dorosłych, aktywnych zawodowo mieszkańców Aglomeracji Górnośląskiej*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 66 (3): 531–537.
- Lammertse D.P. (2001), *Maintaining Health Long-Term with Spinal Cord Injury*, „Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation”, 6 (3): 1–21, <https://doi.org/10.1310/XMBN-RWHP-GVN1-Q9JH>.
- Levasseur M., Desrosiers J., Noreau L. (2004), *Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities?*, „Disability and Rehabilitation”, 26 (20): 1206–1213; <https://doi.org/10.1080/09638280412331270371>.
- Magasi S.R., Heinemann A.W., Whiteneck G.G. (2008), *Participation Following Traumatic Spinal Cord Injury: An Evidence-Based Review for Research: Report on the National Institute on Disability and Rehabilitation Research Spinal Cord Injury Measures Meeting*, „The Journal of Spinal Cord Medicine”, 31 (2): 145–156; <https://doi.org/10.1080/10790268.2008.11760705>.

- Martins A.I., Queirós A., Cerqueira M., Rocha N., Teixeira A. (2012), *The International Classification of Functioning, Disability and Health as a Conceptual Model for the Evaluation of Environmental Factors*, „Procedia Computer Science”, 14: 293–300; <https://doi.org/10.1016/j.procs.2012.10.033>.
- Maszke A.W. (2008), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Müller R., Landmann G., Béchir M., Hinrichs T., Arnet U., Jordan X., Brinkhof M.W.G. (2017), *Chronic pain, depression and quality of life in individuals with spinal cord injury: Mediating role of participation*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, 49 (6): 489–496; <https://doi.org/10.2340/16501977-2241>.
- Oleś M. (2010), *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Padureanu R., Albu C.V., Pirici I., Mititelu R.R., Subtirelu M.S., Turcu-Stiolica R.A., Turcu-Stiolica A. (2020), *Personal Autonomy as Quality of Life Predictor for Multiple Sclerosis* „Patients, Journal of Clinical Medicine”, 9(5): 1349; <https://doi.org/10.3390/jcm9051349>.
- Perenboom R.J.M., Chorus A.M.J. (2003), *Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, „Disability and Rehabilitation”, 25 (11–12): 577–587; <https://doi.org/10.1080/0963828031000137081>.
- Piatt J.A., Nagat, S., Zahl M., Li J., Rosenbluth J.P. (2016), *Problematic secondary health conditions among adults with spinal cord injury and its impact on social participation and daily life*, „The Journal of Spinal Cord Medicine”, 39 (6): 693–698; <https://doi.org/10.1080/10790268.2015.1123845>.
- Remillard E.T., Fausset C.B., Fain W.B. (2019), *Aging With Long-Term Mobility Impairment: Maintaining Activities of Daily Living via Selection, Optimization, and Compensation*, „The Gerontologist”, 59 (3): 559–569; <https://doi.org/10.1093/geront/gnx186>.
- Salvador-Carulla L., Gasca V.I. (2010), *Defining disability, functioning, autonomy and dependency in person-centered medicine and integrated care*, „International Journal of Integrated Care”, 10 (5): 69–72; <https://doi.org/10.5334/ijic.495>.
- Sibley A., Kersten P., Ward C.D., White B., Mehta R., George S. (2006), *Measuring autonomy in disabled people: Validation of a new scale in a UK population*, „Clinical Rehabilitation”, 20 (9): 793–803; <https://doi.org/10.1177/0269215506070808>.
- Smith A.E., Molton I.R., Jensen M.P. (2016), *Self-reported incidence and age of onset of chronic comorbid medical conditions in adults aging with long-term physical disability*, „Disability and Health Journal”, 9 (3): 533–538; <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.02.002>.
- The WHOQOL Group (1998), *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties*, „Social Science & Medicine”, 46 (12): 1569–1585; [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4).
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tsai I.H., Graves D.E., Lai C.H. (2014), *The association of assistive mobility devices and social participation in people with spinal cord injuries*, „Spinal Cord”, 52 (3): 209–215; <https://doi.org/10.1038/sc.2013.178>.
- Virués-Ortega J., de Pedro-Cuesta J., del Barrio J.L., Almazan-Isla J., Bergareche A., Bermejo-Pareja F. (2011), *Spanish Epidemiological Study Group on Aging. Medical, environmental and personal factors of disability in the elderly in Spain: A screening survey based on*

the International Classification of Functioning, „Gaceta Sanitaria”, 25, Suppl 2: 29–38;
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.021>.

Wołowicka L., Jaracz K. (2001), *Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL-Bref [w:] Jakość życia w naukach medycznych*, red. L. Wołowicka, (s. 231–238), Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań.

Anna Katarzyna Wiatrowska

ORCID: 0000-0002-4730-789X

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Samoocena i style radzenia sobie ze stresem a nasilenie depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania

Depresja współwystępuje z zaburzeniami odżywiania wpływając na różne aspekty funkcjonowania osoby chorej. Istotną rolę w etiologii i obrazie zaburzeń pełni poczucie własnej wartości oraz radzenia sobie ze stresem. Z tej perspektywy badanie związków między samooceną i stylami radzenia sobie ze stresem a nasileniem depresji u osób z zaburzeniami odżywiania wydaje się interesujące.

Cel badań: Celem podjętych badań było poszukiwanie zależności pomiędzy nasileniem objawów depresji a ogólnym poczuciem własnej wartości kobiet z zaburzeniami odżywiania i ocenami dotyczącymi istotnych obszarów ich funkcjonowania oraz radzeniem sobie ze stresem.

Metoda badań: Badaniem objęto łącznie 100 kobiet, w tym 50 chorych na anoreksję oraz tyle samo z rozpoznaniem bulimii, według kryteriów diagnostycznych DSM-V (2015). Grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku. W pracy zastosowano Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI) O'Briena i Epsteina, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera i Skalę Depresji Hamiltona (*HAM-D*).

Wyniki: Przeprowadzone analizy wykazały istotne powiązania między samooceną i radzeniem sobie ze stresem a depresją u kobiet z zaburzeniami odżywiania. U kobiet z anoreksją depresja jest powiązana z oceną dyspozycji społeczno-moralnych, zaś u chorych na bulimię z samooceną własnej efektywności i atrakcyjności fizycznej oraz oceną społeczną. Ze spadkiem nasilenia objawów depresji łączy się u kobiet z zaburzeniami odżywiania tendencja do zadaniowego radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Słowa kluczowe: samoocena, style radzenia sobie ze stresem, depresja, zaburzenia odżywiania, jadłowstręt psychiczny, bulimia psychiczna

Self-esteem and stress management styles in relation to increase of depression in women with eating disorders

Depression co-occurs with eating disorders affecting different aspects of the sick person's functioning. A significant role in the etiology and picture of disorders is played by the sense of self-esteem and stress management. From this perspective studying the relations between self-esteem and stress management styles on the one hand and increase of depression on the other in people with eating disorders seems of interest.

Research aim: The aim of the undertaken studies was to search for the relations between increase of depression symptoms and the general sense of self-esteem in women with eating disorders on

the one hand and the assessments concerning significant areas of their functioning and self-esteem and stress management.

Method: The study totally comprised 100 women, including 50 with anorexia and the same number of women with diagnosed bulimia, according to the diagnostic criteria of DSM-V (2015). The groups did not differ significantly considering the age. The research made use of the Multidimensional *Self-Esteem Inventory* (MSEI), the *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) by Endler and Parker and the *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D).

Results: The analyses indicate significant relations existing between self-esteem and stress management on the one hand and depression in women with eating disorders on the other. In women with anorexia depression is linked to the assessment of social and moral dispositions, whereas in patients with bulimia it is connected with self-esteem of one's own effectiveness and physical attractiveness and social assessment. A decrease of depression symptoms is connected in women with eating disorders with a tendency to task-oriented coping with stress situations.

Key words: self-esteem, stress management styles, depression, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa

Wprowadzenie

Z anoreksją i bulimią psychiczną współwystępują liczne zaburzenia afektywne, takie jak zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe czy depresja (Blinder i in. 2006; Hudson i in. 2007; Pdraig i in. 2008; Anderson i in. 2013; Kucharska, Wilkos 2016; Wiatrowska 2019). Współistnienie zaburzeń afektywnych powinno być uwzględnione zarówno w procesie diagnostycznym, jak i planowaniu leczenia oraz w ocenie powrotu do zdrowia osób z zaburzeniami odżywiania.

Jak wskazuje literatura przedmiotu z nieprawidłowym funkcjonowaniem emocjonalnym wiążą się trudności w postrzeganiu objawów zaburzeń odżywiania, funkcjonowaniem poznawczym (Bizeul i in. 2003; Piłska, Jeżewska 2008; Józek, Pilecki 2009; Giel i in. 2012) i społecznym (Hambrook i in. 2011, Harrison i in. 2014). W etiologii anoreksji i bulimii istotą rolę pełni poczucie własnej wartości. Nieadekwatna samoocena może sprzyjać pogłębianiu się następstw psychopatycznych, w tym depresji (Watson i in. 2002; Wojciszke, Doliński 2008; Dzwonkowska i in. 2008; Fila-Jankowska 2009), które na zasadzie sprzężenia zwrotnego wzmagają niewłaściwe nawyki i postawy żywieniowe. Ponadto badania ujawniają, iż zasadniczą rolę w obrazie zaburzeń odżywiania odgrywa brak efektywnych stylów radzenia sobie ze stresem. W sytuacji trudnej osoby z anoreksją i bulimią nie podejmują działań oraz planów ukierunkowanych na rozwiązanie problemu, lecz wykazują tendencję do skupiania się na sobie i własnych, zazwyczaj negatywnych stanach afektywnych oraz ujawniają skłonność do poznawczego i emocjonalnego odcinania się od sytuacji problemowej (Fairburn i in. 2003; Brytek-Matera 2009; Wiatrowska 2017; Villa i in. 2009; Pawłowska 2011; Wiatrowska 2019). O ile w literaturze przedmiotu nie brakuje doniesień odnoszących się do poczucia własnej wartości i sposobów radzenia sobie ze stresem osób z zaburze-

niami odżywiania oraz współwystępujących chorób afektywnych, o tyle nie ma badań dotyczących zależności między wyszczególnionymi zmiennymi.

Samoocenę zdefiniowano zgodnie z teorią osobowości sformułowaną przez Epsteina (1980). W jego rozumieniu samoocena, będąc elementem systemu *ja*, wykazuje – podobnie jak cała samowiedza – strukturę hierarchiczną. Na najniższym poziomie samoopisu ułożone są szczegółowe sądy ewaluatywne o samym sobie, odnoszące się do konkretnych zdarzeń. Samowartościowania dotyczące specyficznych, głównych obszarów funkcjonowania podmiotu (posiadanych zdolności i własnej efektywności, bycia kochanym, akceptowanym i wspieranym przez bliskich, popularności i umiejętności kierowania ludźmi oraz wpływania na ich zachowania, samokontroli i wytrwałości, moralności, wyglądu i atrakcyjności seksualnej, zdrowia i wigoru) znajdują się na poziomie pośrednim. Natomiast na poziomie najwyższym umieszczona jest globalna samoocena, odnosząca się do najbardziej ogólnego i zgeneralizowanego poczucia własnej wartości, integrującego ewaluacje przebiegające na niższych piętach.

W niniejszym badaniu oparto się na teorii radzenia sobie ze stresem N.S. Endlera i J.D. Parkera (1994), którzy wyróżnili trzy podstawowe style, mianowicie: 1) skoncentrowany na zadaniu, który określa styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali wykazują w sytuacjach stresowych tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji; 2) skoncentrowany na emocjach, dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak: złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te mają także tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. Czasami mogą jednak powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie; 3) skoncentrowany na unikaniu, określa styl radzenia sobie ze stresem, charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Problem i cel badań

Celem pracy było poszukiwanie związków pomiędzy depresją a samooceną i radzeniem sobie ze stresem kobiet z zaburzeniami odżywiania. Stąd też główny problem badawczy przyjął postać pytania: *Czy istnieje, a jeśli tak, to jaka jest siła i kierunek zależności między nasileniem depresji u kobiet z anoreksją i bulimią a ogólnym*

poczuciem własnej wartości i samoocenami szczegółowymi dotyczącymi istotnych aspektów ich funkcjonowania oraz stylami radzenia sobie ze stresem? Przyjęto założenie, że występują istotne powiązania między samooceną i radzeniem sobie w sytuacjach stresowych a nasileniem depresji badanych, natomiast charakter tych związków zależy od natężenia wartości analizowanych zmiennych.

Charakterystyka badanych kobiet

Badania przeprowadzono w ośrodkach leczenia zaburzeń odżywiania, na terenie Polski. Wszystkie placówki spełniały podobne kryteria świadczonych usług w zakresie opieki medycznej i psychologicznej dla grupy osób z zaburzeniami odżywiania. W skład tych kryteriów weszły: regularne i obligatoryjne kontrole stanu psychofizycznego badanych kobiet (tj. kontrola wagi ciała, ocena BMI i kontrolne badania medyczne), konsultacje medyczne i psychologiczne oraz w zależności od wskazań lekarskich konsultacje dietetyczne. Mając na uwadze specyfikę badań oraz konieczność wyeliminowania jak największej liczby zmiennych zakłócających, przy doborze badanych posłużono się następującymi kryteriami: ukończony 18. rok życia, wykształcenie na poziomie co najmniej podstawowym, zdiagnozowane zaburzenie odżywiania w oparciu o obowiązujące skale diagnostyczne. W trakcie badań udzielano wskazówek i wyjaśnień o charakterze proceduralnym, nieodnoszącym się do obszaru treściowego i znaczeniowego. Rygorystycznie przestrzegano zasady anonimowości i dobrowolności uczestnictwa.

Badaniem objęto łącznie 100 kobiet z zaburzeniami odżywiania, w tym 50 chorych na anoreksję i 50 z rozpoznaniem bulimii, według kryteriów diagnostycznych DSM-V (2015).

Tabela. 1. Wiek badanych kobiet

Grupa	Wiek ważnych	Wiek średnia	Wiek odch. standardowe
Anoreksja	50	25,14	5,19
Bulimia	50	26,82	5,09
Ogółem	100	25,98	5,18

Źródło: opracowanie własne.

Grupy objęte badaniem nie różniły się istotnie pod względem wieku (test t dla prób niezależnych, $t=1,63$, $df=98$, $p=0,11$). Średnia wieku u kobiet z anoreksją wynosiła 25,14 ($SD=5,19$), natomiast u chorych na bulimię 26,82 ($SD=5,18$).

Tabela. 2. Wykształcenie badanych kobiet

Grupa	Zawodowe	Średnie	Pomaturalne	Wyższe
Anoreksja	1	29	2	18
% z wiersza	2	58	4	36
Bulimia	3	11	8	28
% z wiersza	6	22	16	56
Ogółem	4	40	10	46

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych przeważały kobiety z wykształceniem średnim (40%), w tym ponad dwukrotnie więcej z anoreksją (58%) niż z bulimią (22%). Stosunkowo liczna była również grupa z wykształceniem wyższym (46%), gdzie kobiety z bulimią dominowały (56%) nad chorymi na anoreksję (36%). Osób posiadających wykształcenie pomaturalne było 10%, w tym ze znaczną przewagą badanych na bulimią 16% nad kobietami z anoreksją – 4%. Najmniej licznie reprezentowane były osoby posiadające wykształcenie zawodowe (4%), w tym 6% kobiet z bulimią oraz jedna z anoreksją. Procentowy rozkład zmiennej wykształcenia związany jest z wiekiem badanych kobiet.

Tabela. 3. Środowisko zamieszkania badanych kobiet

Grupa	Wieś podmiejska	Miejscowość do 10 tys. mieszkańców	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto do 100 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
Liczba	20	13	7	3	7
% z wiersza	40	26	14	6	14
Liczba	24	8	1	0	17
% z wiersza	48	16	2	0	34
Ogółem	44	21	8	3	24

Źródło: opracowanie własne.

Analiza środowiska zamieszkania wskazuje, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które mieszkały na podmiejskiej wsi (44%), w tym 48% z bulimią i 40% z anoreksją. W dużych miastach przekraczających 100 tys. mieszkańców, częściej mieszkały kobiety z bulimią (34%) niż z anoreksją (14%), natomiast w małych miejscowościach do 10 tys. mieszkańców wystąpiła odwrotna tendencja, częściej bowiem mieszkały w nich badane z anoreksją (26%) niż bulimią (16%). Stosunkowo nieliczną grupę stanowiły osoby mieszkające w miastach do 50 tys. miesz-

kańców (8%) w tym siedmiokrotnie więcej kobiet z rozpoznaniem anoreksji (14%) niż bulimii (2%). W mieście do 100 tys. mieszkańców mieszkało 6% kobiet z anoreksją.

Metody badań

W badaniu wykorzystano *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny* autorstwa O'Briena i Epsteina, adoptowany do warunków polskich przez D. Fecenec (2008), *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych* stworzony przez N.S. Endlera i J.D. Parkera (1990), w polskiej adaptacji J. Strelau'a i wsp. (2013) oraz *Skalę Depresji Hamiltona* (1967) służącą do identyfikacji objawów nasilenia depresji.

Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI) składa się z jedenastu podskal, spośród których osiem dotyczy samoocen szczegółowych, natomiast trzy pozostałe związane są z ogólną samooceną, integracją tożsamości oraz obronnym wzmacnianiem samooceny. Samooceny szczegółowe obejmują: 1) kompetencje, dotyczące własnych zdolności i efektywności w wykonywaniu różnych zadań; 2) bycie kochanym, odnoszące się do własnej osoby w zakresie bliskich relacji z innymi osobami, jak również poczucia, że jest się akceptowanym przez otoczenie społeczne; 3) popularność związana z poczuciem, że jest się lubianym przez innych; 4) zdolności przywódcze, wiążące się z umiejętnością kierowania ludźmi oraz wywierania wpływu na ich zachowanie; 5) samokontrola, odnosząca się do własnej wytrwałości, zdyscyplinowania oraz umiejętności panowania zarówno nad ciałem, jak i nad emocjami; 6) samoakceptacja moralna, dotycząca zgodności między wyznawanymi przez człowieka wartościami a jego własnym postępowaniem; 7) atrakcyjność fizyczna, związana z wyglądem; 8) witalność, odnosząca się do oceny własnej osoby pod kątem formy fizycznej i stanu zdrowia (Fecenec 2008).

Samooocena globalna dotyczy najbardziej podstawowych i ogólnych odczuć podmiotu wobec siebie samego. Integracja tożsamości wiąże się natomiast z poczuciem spójności własnej osoby, która to spójność może być wskaźnikiem wysokiej efektywności samooceny w regulowaniu procesów przetwarzania informacji na temat *ja*. Obronne Wzmacnianie Samooceny ukierunkowane jest z kolei na wychwycenie tych osób, które charakteryzują się zawyżoną potrzebą aprobaty społecznej oraz wykazują tendencję do nadmiernego kontrolowania się podczas udzielania odpowiedzi na zadawane pytania. Kwestionariusz składa się ze 116 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali (Szpitalak, Polczyk 2015). Rzetelność polskiej wersji MSEI stwierdzono poprzez określenie zgodności wewnętrznej za pomocą alfa Cronbacha, która została obliczona z podziałem na wiek i płeć. Najniższą wartość osiągnęła ona dla podskali Samoakceptacja Moralna (0,54-0,55), najwyższą zaś dla podskali Witalność –

(0,87–0,88). Trafność teoretyczna określana poprzez korelacje między MSEI a innymi narzędziami wykazała wiele istotnych statystycznie zależności (Fecenek 2008). Reasumując można stwierdzić, że polska wersja Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny jest rzetelnym i trafnym narzędziem do badania zarówno ogólnego poczucia własnej wartości, jak i pozostałych wymiarów samooceny.

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) składa się z 48 twierdzeń dotyczących zachowań podejmowanych przez człowieka w sytuacjach stresowych. Występują trzy odmienne style radzenia sobie, mianowicie: 1) styl skoncentrowany na zadaniu – podejmowanie wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez wykorzystywanie poznawczo-behawioralnych działań, 2) styl skoncentrowany na emocjach – koncentracja na negatywnych przeżyciach emocjonalnych oraz skłonności do fantazjowania i myślenia życzeniowego, 3) styl skoncentrowany na unikaniu – tendencja do poznawczego i emocjonalnego odcinania się od sytuacji stresowej, która przejawia się angażowaniem się w czynności zastępcze lub relacje towarzyskie. Badany określa na pięciostopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych. Trafność narzędzia wykazano za pomocą analizy czynnikowej oraz korelacji z innymi konstruktami czy porównania wyników CISS między przedstawicielami różnych populacji. Rzetelność stwierdzono poprzez określenie zgodności wewnętrznej za pomocą alfa Cronbacha i stałości czasowej w dwukrotnym badaniu tej samej grupy. Wartości poza skalą Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich okazały się zadowalające i w przypadku stylu skoncentrowanego na zadaniu i stylu skoncentrowanego na emocjach przyjmowały wartość między 0,82 a 0,88, natomiast w przypadku stylu skoncentrowanego na unikaniu 0,74–0,78 (Strelau i in. 2013).

Skala Depresji Hamiltona (HAM-D) jest wykorzystywana do badania nasilenia objawów depresji. Składa się z 21 pytań dotyczących: obniżenia nastroju, poczucia winy, myśli samobójczych, trudności z zasypianiem, budzenia się w nocy, budzenia się wcześniej rano, trudności w pracy i aktywności pozazawodowej, spowolnienia psychoruchowego, pobudzenia, lęku, pobudzenia somatycznego, objawów somatycznych, objawów ogólnych, zaburzeń seksualnych i ze strony układu rozrodczego, objawów hipochondrycznych, spadku masy ciała, wyglądu, dobowego wahania nasilenia objawów, objawów depersonalizacji i derealizacji, objawów paranoidalnych oraz objawów obsesyjno-kompulsyjnych. W każdym pytaniu zaznacza się tylko jedną odpowiedź. Im większa liczba punktów tym większe nasilenie objawów depresji. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha obliczony dla tej skali wynosi średnio 0,70 (Ragby i wsp. 2004).

Wyniki badań

W pierwszej kolejności poszukiwano powiązań między nasileniem objawów depresji a samooceną ogólną i ocenami w zakresie bardziej szczegółowych aspektów funkcjonowania kobiet z zaburzeniami odżywiania. Otrzymane wartości współczynników korelacji nieparametrycznej *R Spearmana* oraz poziomy istotności w wyodrębnianych ze względu na postać zaburzenia, podgrupach kobiet z anoreksją i bulimią przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela. 4. Współczynniki korelacji *R Spearmana* pomiędzy nasileniem depresji a wymiarami samooceny badanych kobiet

Nasilenie depresji Wymiary samooceny	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	R Spearman	P	R Spearman	P	R Spearman	P
Ogólna samoocena	-0,135	0,350	0,009	0,951	-0,037	0,716
Kompetencje	-0,195	0,175	-0,103	0,478	-0,137	0,174
Bycie kochanym	-0,211	0,142	0,288	0,043*	0,064	0,529
Popularność	-0,327	0,020*	-0,314	0,026*	-0,413	<0,001***
Zdolności przywódcze	0,139	0,337	0,156	0,279	0,052	0,609
Samokontrola	-0,201	0,161	-0,164	0,255	-0,021	0,838
Samoakceptacja moralna	-0,360	0,010*	0,067	0,642	-0,079	0,437
Atrakcyjność fizyczna	0,068	0,637	0,156	0,279	0,108	0,287
Witalność	0,066	0,650	0,457	<0,001***	0,308	0,002**
Integracja tożsamości	-0,270	0,058	0,380	0,007**	0,162	0,107
Obronne wzmacnianie samooceny	-0,108	0,454	-0,232	0,105	-0,110	0,276

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

U kobiet z zaburzeniami odżywiania wystąpiły różniące się od siebie, układy zależności między poszczególnymi wymiarami samooceny a depresją. Mając na uwadze całą grupę badanych, należy zwrócić uwagę na silną, ujemną korelację ($R = -0,413$, $p < 0,001$) pomiędzy nasileniem objawów depresji a samowartościowaniem popularności u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną. Zatem im wyższe poczucie, że jest się lubianym przez innych tym mniejsze u badanych kobiet nasilenie objawów depresji. W grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania wystąpiła ponadto przeciętna korelacja dodatnia pomiędzy samowartościowaniem witalności a zaburzeniem afektywnym. Należy zatem stwierdzić, że nasilenie objawów

depresji u badanych powiązane jest z wysoką oceną własnej osoby pod kątem formy fizycznej i stanu zdrowia.

W grupie chorych na anoreksję ujawniła się przeciętna korelacja ujemna pomiędzy samoakceptacją moralną ($R=-0,360$, $p=0,010$) i popularnością ($R=-0,327$, $p=0,020$) a zaburzeniem afektywnym. Oznacza to, że wraz ze spadkiem oceny popularności w grupie, oraz zgodności między wyznawanymi przez siebie wartościami a własnym postępowaniem nasilają się u kobiet z anoreksją objawy depresji.

U kobiet z rozpoznaniem bulimii ujawniła się silna korelacja dodatnia pomiędzy zaburzeniem afektywnym a oceną vitalności ($R=0,457$, $p<0,001$) oraz przeciętna korelacja dodatnia między integracją tożsamości a depresją ($R=0,380$, $p=0,007$). Zatem nasilenie objawów depresji u chorych na bulimię jest powiązane ze wzrostem samowartościowania własnej osoby pod kątem formy fizycznej i stanu zdrowia oraz poczuciem wewnętrznej spójności. W grupie kobiet z bulimią wystąpiła ponadto, słaba korelacja ujemna między zaburzeniem afektywnym a samooceną popularności ($R= -0,314$, $p=0,026$) oraz słaba dodatnia korelacja pomiędzy poczuciem bycia kochanym a depresją ($R=0,288$, $p=0,043$). Oznacza to, że spadek samowartościowania popularności w grupie społecznej oraz wzrost oceny własnej osoby w zakresie bliskich relacji z innymi wiąże się u chorych na bulimię z nasileniem objawów depresji.

Kolejny etap analiz dotyczył powiązań między preferowanymi stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych a nasileniem objawów zaburzenia afektywnego u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Uzyskane wartości współczynników korelacji nieparametrycznej *R Spearmana* pomiędzy analizowanymi zmiennymi oraz poziomy istotności zamieszczono w poniższej tabeli 5.

Tabela. 5. Współczynniki korelacji *R Spearmana* pomiędzy nasileniem depresji i stylami radzenia sobie badanych kobiet

Nasilenie depresji Style radzenia sobie ze stresem	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	R Spearman	P	R Spearman	P	R Spearman	P
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,161	0,265	-0,486	<0,001***	-0,211	0,035*
Styl skoncentrowany na emocjach	0,021	0,885	0,222	0,121	0,133	0,188
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,044	0,761	0,131	0,363	-0,066	0,513
Angażowanie się w czynności zastępcze	0,168	0,244	0,168	0,245	-0,017	0,869
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-0,120	0,408	0,116	0,420	-0,067	0,510

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Źródło: opracowanie własne.

W grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania istotna statystycznie korelacja wystąpiła jedynie pomiędzy nasileniem depresji a stylem skoncentrowanym na zadaniu. Pozostałe sposoby zachowań podejmowane przez badane w sytuacjach stresowych nie utworzyły istotnych zależności z zaburzeniem afektywnym.

U kobiet z rozpoznaniem bulimii wystąpiła silna korelacja ujemna ($R=-0,486$, $p<0,001$) pomiędzy nasileniem depresji a zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem. Zatem większa gotowość do podejmowania w sytuacjach trudnych wysiłków zmierzających do rozwiązania problemów poprzez działania o charakterze poznawczym i behawioralnych powiązana jest u chorych na bulimię z mniejszym nasileniem objawów depresji.

W grupie kobiet z anoreksją nie wystąpiły współzależności między zaburzeniem afektywnym a zadaniowym stylem radzenia sobie z problemami. Przeprowadzona analiza nie ujawniła również istotnych związków pomiędzy pozostałymi stylami radzenia w sytuacjach stresowych a nasileniem depresji w wyodrębnionych ze względu na postać zaburzenia grupach kobiet. Nie wystąpiły zatem powiązania między depresją a stylem skoncentrowanym na emocjach oraz stylem zorientowanym na unikanie, który przyjmuje dwie formy, mianowicie angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Mając na uwadze całą grupę kobiet z zaburzeniami odżywiania, należy zwrócić uwagę na wystąpienie znacznie słabszej od tej, która ujawniła się w grupie chorych na bulimię, istotnej korelacji ujemnej między zaburzeniem afektywnym a zadaniowym sposobem radzenia sobie ze stresem ($R=-0,211$, $p=0,035$). Zatem podejmowanie w sytuacjach stresowych wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez wykorzystywanie poznawczo-behawioralnych działań powiązane jest u kobiet z zaburzeniami odżywiania z mniejszym nasileniem objawów depresji.

Dyskusja wyników

Przyjęta hipoteza, dotycząca występowania związków między samoocena i sposobami radzenia sobie ze stresem a nasileniem depresji u osób z zaburzeniami odżywiania, znalazła potwierdzenie w toku przeprowadzonych badań. Wystąpiły różniące się od siebie, układy zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi w wyodrębnionych ze względu na postać zaburzenia grupach kobiet. U chorych na anoreksję objawy depresji nasilają się wraz ze spadkiem poczucia popularności w grupie społecznej oraz zgodności między wyznawanymi wartościami a własnym postępowaniem. Zatem zaburzenie afektywne powiązane jest u kobiet z anoreksją z oceną dyspozycji społecznych i moralnych. Jak wykazały badania C. Harrisona i wsp. (2014) chore na anoreksję charakteryzuje w porów-

naniu z osobami zdrowymi nasilenie anhedonii i niedopasowania społecznego. Dodatkowo analiza wewnątrzgrupowa badanych z zaburzeniami odżywiania wykazała, że osoby z anoreksją doświadczają nasilonych trudności w funkcjonowaniu emocjonalno-interpersonalnym oraz wykazują większe niż chore na bulimię problemy z adaptacją społeczną (McIntosh i in. 2000, Hambrook i in. 2011). U kobiet z rozpoznaniem bulimii nasilenie objawów depresji łączy się z wyższą oceną własnej osoby pod kątem formy fizycznej i stanu zdrowia oraz integracją tożsamości, która wskazuje na większą efektywność ich samooceny w regulowaniu procesów przetwarzania informacji na temat *ja*. Jak wynika z obserwacji i badań osoby z zaburzeniami odżywiania są niezwykle skoncentrowane na wyglądzie zewnętrznym, osoby z bulimią w przeciwieństwie do kobiet z anoreksją mają głębsze poczucie choroby i oceniają swoje dolegliwości jako dysfunkcyjne. Ujawniają nieprawidłową postawę wobec obrazu własnego ciała, jednak w przeciwieństwie do chorych na anoreksję nie zaprzeczają chorobie i nie pomniejszają jej objawów (Anderson i in. 2013, Wiatrowska 2009). U kobiet z bulimią zaburzenie afektywne jest powiązane również z oceną funkcjonowania społecznego, mianowicie poczuciem, że jest się kochanym i wspieranym przez najbliższych oraz zdolnym do nawiązywania i utrzymania bliskiego kontaktu emocjonalnego, a także z niższym samowartościowaniem popularności w grupie społecznej. U kobiet z bulimią zaburzenie afektywne wiąże się z oceną w zakresie własnej efektywności i atrakcyjności fizycznej oraz samooceną społeczną.

Jak wykazały analizy, istotne statystycznie zależności pomiędzy sposobami radzenia sobie ze stresem a depresją u kobiet z zaburzeniami odżywiania, dotyczyły jedynie stylu zorientowanego na zadanie. Zatem gotowość do podejmowania w sytuacjach stresowych działań i planów ukierunkowanych na rozwiązanie problemu, poprzez wykorzystywanie poznawczo-behawioralnych strategii, powiązane jest u badanych z mniejszym nasileniem objawów depresji. Zależność ta wystąpiła w grupie chorych na bulimię, nie ujawniła się natomiast u kobiet z anoreksją. Otrzymane rezultaty potwierdzają wcześniejsze doniesienia, które ujawniają, że umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych u kobiet z zaburzeniami odżywiania ulega pogorszeniu wraz z angażowaniem się w niewłaściwe nawyki i postawy żywieniowe (Fairburn i in. 2003; Brytek-Matera 2009; Brytek-Matera, Charzyńska 2008; Villa i in. 2009; Pawłowska 2011, Wiatrowska 2017, 2019). Deficyty w zakresie rozwiązywania problemów prowadzą do trwałych konfliktów interpersonalnych, zaś napięcie i stres z nimi związane wzmacniają niewłaściwe zachowania dotyczące przyjmowania pokarmów (Holt, Espelage 2002). Świadomość niewłaściwych nawyków i postaw wobec jedzenia, szczególnie u chorych na bulimię z jednej strony może sprzyjać podjęciu leczenia, z drugiej zaś prowadzi do poważnych następstw psychopatycznych.

Implikacje dla praktyki i ograniczenia badań

Poszukiwanie zależności pomiędzy nasileniem objawów depresji a samooczną ogólną kobiet z zaburzeniami odżywiania i ocenami dotyczącymi istotnych obszarów ich funkcjonowania oraz radzeniem sobie ze stresem, wydaje się szczególnie istotne z punktu widzenia przebiegu samych zaburzeń, jak również procesu ich leczenia i rokowania. Wśród umiejętności życiowych sprzyjających zdrowiu wymienić należy poczucie własnej wartości oraz umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Kształtowanie i rozwijanie tych dyspozycji życiowych powinno stać się podstawą programów terapii i profilaktyki zaburzeń odżywiania oraz promocji zdrowia. W kolejnym badaniu warto uwzględnić osoby znajdujące się w okresie dojrzewania, u których zagrożenie zaburzeniami jedzenia jest największe oraz późnej dorosłości, które również zmagają się z różnymi destrukcyjnymi zachowaniami żywieniowymi (Kucharska, Wilkos 2016; Wiatrowska 2019). Wartościowe poznawczo, jak również aplikacyjnie byłoby poszukiwanie innych predyktorów, które mogą istotnie oddziaływać na charakter powiązań między różnymi postaciami zaburzeń jedzenia i odżywiania się a nasileniem objawów depresji.

Bibliografia

- Anderson D.A., Jason M.L., Young De K.P. (2013), *Proces oceny. Rozwój metod badania klinicznego w zaburzeniach odżywiania się* [w:] *Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką*, red. M. Maine, B.H. McGilley, D.W. Bunnell, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
- Bizeul C., Brun J.M., Rigaud D. (2003), *Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients*, „European Psychiatry”, 18: 119–123.
- Bizeul, C., Brun, J.M., Rigaud, D. (2003), *Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients*, „European Psychiatry”, 18: 119–123.
- Blinder B.J., Cumella E.J., Sanathara V.A. (2006), *Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders*, „Psychosomatic Medicine”, 68: 454–462.
- Brytek-Matera A. (2009), *Konfrontacja ze stresem u kobiet z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi*, *Endokrynologia*, „Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, 4: 213–219.
- Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M. (2008), *Samooceena i jej pomiar: Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. *Podręcznik*, Wydawnictwo PTP, Warszawa.
- DSM-5 (2015), *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław.
- Endler N.S., Parker J.D.A. (1994), *Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies*, „Psychological Assessment”, 6 (1): 50–60.
- Epstein S. (1980), *The self – concept: A review and the proposa of an integrated theory of personality* [w:] *Personality: Basic aspect and current research*, red. E. Staub, Prentice–Hall, Englewood Cliffs NJ.

- Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. (2003), *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment*, „Behaviour Research and Therapy”, 41 (5): 509–528.
- Fecenec D. (2008), *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI (polska adaptacja)*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Fila-Jankowska A. (2009), *Samoocena autentyczna*, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa.
- Giel K.E., Wittorf A., Wolkenstein L., Klinberg S., Drimmer E., Schönenberg M., Rapp A.M., Fallgatter A.J., Hautzinger M., Zipfel S. (2012), *Is impaired set-shifting a feature of „pure” anorexia nervosa? Investigating the role of depression in set-shifting ability in anorexia nervosa and unipolar depression*, „Psychiatric Research”, 200 (2–3): 538–543.
- Hambrook, D., Oldershaw, A., Rimes, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Treasure, J., Richards, S., Chalder, T. (2011), *Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome*, „British Journal of Clinical Psychology”, 50 (3), 310–325, doi: 10.1348/014466510X519215.
- Harrison C., Mond J., Bentley C. (2014), *Loss of control eating with and without the undue influence of weight or shape on self-evaluation: evidence from an adolescent population*, „Journal of Eating Disorders”, 2 (1): 31–31.
- Holt M.K., Espelage D.L. (2002), *Problem-solving skills relationship attributes among women with eating disorders*, „Journal of Counseling and Development”, 80 (3): 346–354.
- Hudson J.L., Hiripi E., Pope, H.G., Kessler, R.C. (2007), *The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication*, „Biological Psychiatry”, 61: 348–358.
- Kucharska K., Wilkos E. (2016), *Zaburzenia odżywiania [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, M. Jarema (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- McIntosh W., Bulik, C.M., McKenzie, J.M. (2000), *Interpersonal therapy for anorexia nervosa*, „International Journal of Eating Disorders”, 27: 125–139.
- Padraig W., Stern J., Phelan M. (2008), *Psychiatria. Sedno*, t. 1, Wydawnictwo, Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
- Pawłowska B. (2011), *Współzależność między sposobami radzenia sobie ze stresem a zaburzonymi postawami wobec odżywiania u kobiet z anoreksją typu przeczyszczającego i z bulimią*, „Family, Medicine and Primary Care Review”, 13 (2): 214–215.
- Pilecki M., Józefik B. (2009), *Związek depresyjności z obrazem siebie u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 9: 233–241.
- Pilska M., Jeżewska-Zychowicz M. (2008), *Psychologia żywienia*, Wydawnictwo SGGW.
- Ragby R.M., Ryder A.G., Schuller D.R., Bagby, Marshall M.B. (2004), *The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight?*, „American Journal of Psychiatry”, 161: 2163–2177.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. (2013), *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS: Podręcznik do polskiej normalizacji*, Wydawnictwo PTP, Warszawa.
- Szpitalak M., Polczyk R. (2015), *Samoocena. Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Villa V., Manzoni G.M., Pagnini F., Castelnuovo G., Cesa G.L., Molinari E. (2009), *Do coping strategies discriminate eating disordered individuals better than eating disorder features? An explorative study on female inpatients with anorexia and bulimia nervosa*, „Journal of Clinical Psychology in Medical Settings”, 16 (4): 297–303.

-
- Watson D., Suls J., Haig J. (2002), *Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 83 (1): 185–197.
- Wiatrowska A. (2017), *Radzenie sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania*, Annales UMCS. Sectio J, 30 (1): 161–170.
- Wiatrowska, A., (2019), *Podmiotowe korelaty samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wojciszke B., Doliński D. (2008), *Psychologia społeczna [w:] Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, red. J. Strelau, D. Doliński, Wydawnictwo GWP, Gdańsk.

Agnieszka Hamerlińska

ORCID: 0000-0002-9305-5793

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Agnieszka Kamyk-Wawryszuk

ORCID: 0000-0002-0545-6416

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Akceptacja choroby i satysfakcja z życia dorosłych osób z chorobami rzadkimi

Istnieje niewiele publikacji na temat dorosłości osób z chorobą rzadką (RD), w szczególności tych odnoszących się do akceptacji choroby i satysfakcji z życia. RD może skutkować zdiagnozowaniem trudności w rozwoju, zaburzeniami mowy i komunikacji lub niepełnosprawności, np. ruchowej, sensorycznej, przy jednoczesnym zachowaniu normy intelektualnej (co nie dotyczy wszystkich chorób rzadkich). Zatem w tej grupie mogą się znaleźć osoby, które pracują zawodowo, posiadają rodziny, pełnią różne role społeczne. Stąd istotne jest czy akceptują swoją chorobę i jaki mają poziom satysfakcji z życia. Celem pracy było określenie stopnia akceptacji choroby oraz jej znaczenia dla osiągania satysfakcji z życia osób z chorobami rzadkimi. Badania zostały osadzone w orientacji ilościowej i były realizowane w 2020 i 2021 roku. W badaniu uczestniczyło 41 osób z chorobami rzadkimi, miały one charakter netograficzny. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem narzędzi: autorskiego kwestionariusza ankiety, Skali Akceptacji Choroby (AIS) oraz Skali Satysfakcji z Życia (SWLS). Na podstawie przeprowadzonych badań można wskazać, że zaakceptowanie choroby przez respondentów odgrywa istotną rolę w osiąganiu przez nich satysfakcji z życia. Osoby, które akceptują swoją chorobę, są bardziej zadowolone z warunków swojego życia; czują się bardziej potrzebne; uważają, że w życiu osiągnęły to, co chciały. Akceptacja choroby ma znaczący wpływ na satysfakcję z życia osób z rozpoznanymi chorobami rzadkimi. Wyższy stopień akceptacji choroby podnosi poziom satysfakcji z życia respondentów w sferze zadowolenia, poczucia spełnienia oraz osiągnięć.

Słowa kluczowe: dorosłość, akceptacja choroby, satysfakcja z życia, choroby rzadkie

Disease acceptance and life satisfaction of adults with rare diseases

There are few publications on adulthood of people with rare disease (RD), in particular those relating to disease acceptance and life satisfaction. RD may result in the diagnosis of developmental difficulties, speech and communication disorders or disabilities, e.g. motor and sensory disabilities, while maintaining the intellectual norm. Therefore, this group may include people who work pro-

professionally, have families, and act as parents. Hence, it is important whether they accept their illness and what level of life satisfaction they have. The aim of the study was to determine the degree of disease acceptance and its significance for achieving life satisfaction in people with rare diseases. The research was based on a quantitative orientation and was carried out in 2019-2020. 41 people with rare diseases participated in the study, they were of a netographic nature. The research was carried out with the use of the following tools: the proprietary questionnaire, the Disease Acceptance Scale (AIS) and the Life Satisfaction Scale (SWLS). On the basis of the conducted research, it can be indicated that the acceptance of the disease by the respondents plays a significant role in achieving life satisfaction. People who accept their illness are more satisfied with their living conditions; they feel more needed; they believe that in life they achieved what they wanted. Acceptance of the disease has a significant impact on life satisfaction in people with diagnosed rare diseases. A higher degree of acceptance of the disease raises the level of satisfaction with the life of the respondents in the sphere of satisfaction, sense of fulfillment and achievements.

Key words: adulthood, disease acceptance, life satisfaction, rare diseases

Wprowadzenie

Choroby rzadkie (ang. *rare diseases*, RD) coraz częściej są w kręgu zainteresowań naukowców spoza dyscyplin medycznych. Wielokrotnie jednak podejmowana problematyka w obszarze logopedii, pedagogiki, psychologii czy socjologii dotyczy funkcjonowania, terapii oraz edukacji dzieci. RD – biorąc pod uwagę przyjętą w krajach Unii Europejskiej klasyfikację – to ciężkie, często zagrażające życiu, schorzenia, które diagnozuje się nie więcej niż u 5 osób na 10 000 mieszkańców, i których leczenie wymaga szczególnych, skoordynowanych wysiłków wielu specjalistów. Obecnie znanych i opisanych jest ich około 8000 i dotyczą one 6–8% populacji, co oznacza, że w Polsce mogą żyć nawet ponad 2 miliony osób z taką diagnozą (Libura i in. 2016: 5). Najczęściej w literaturze wskazuje się też, że część z nich ma charakter progresywny i dotyczy w szczególności dzieci. Wówczas mówi się o niepełnosprawności rzadkiej, sprzężonej czy rzadkiej konfiguracji zaburzeń, które są charakterystyczne wyłącznie dla danej choroby i mają niepowtarzalny obraz. W tych rozważaniach choroby rzadkie u osób dorosłych są najczęściej pomijane. W ich przypadku przebieg choroby może być również ciężki (np. mukopolisacharydoza typu III, gdzie diagnozowana jest między innymi niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym, zaburzenia komunikacji, zależność w opiece) lub lekki, gdy mówi się o ograniczeniach w zakresie ruchu (np. osoba dorosła z mukopolisacharydozą typu IV, zachowana jest norma intelektualna, ale są zwyrodnienia w obrębie szkieletu, zatem zatem może się ona poruszać z wykorzystaniem sprzętu medycznego). W przypadku drugiej grupy osób zachodzi potrzeba wsparcia w zakresie radzenia sobie z następstwami strat, jakie przynosi choroba. Konsekwencje są tym bardziej odczuwane, gdy osoby chorujące nie akceptują zaistniałej sytuacji. Akceptacja choroby stanowi jeden z najtrudniejszych etapów procesu chorowania. Uważa się, że im ona jest większa, tym lepsze przystosowanie i mniejsze jest poczucie dyskomfortu psychiczne-

go (Juczyński 2001). Przypuszczać można, że obniżona akceptacja będzie wpływać na ogólny poziom satysfakcji z życia, czyli poczucia zadowolenia (Jakubowska i in., 2010). Satysfakcja z życia jest wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami (Juczyński 2001). W literaturze przedmiotu jej pojęcie jest niekiedy używane zamiennie z definicją szczęścia, ponieważ znaczenie tych terminów jest bardzo zbliżone [Diener i in. 2000; Vitterso i in. 2005]. Jaracz (2001) traktuje satysfakcję z życia jako kryterium jego jakości i określiła ją jako świadomy osąd, wynik oceny i wartościowania sfer życia i życia jako całości. Co więcej, jest ona rezultatem refleksji w długiej perspektywie czasowej, w niekroćkim odcinku czasu (Pavot, Diener 1993).

Obecnie podkreśla się, że celem prowadzonego leczenia powinno być nie tylko leczenie choroby lub jej objawów, ale również podnoszenie jakości życia pacjenta. Dlatego też warto podejmować zagadnienia związane z akceptacją choroby, aby uzyskiwać wyższy poziom satysfakcji z życia.

Material i metody

Celem prowadzonych badań było opisanie akceptacji choroby i satysfakcji z życia osób ze zdiagnozowanymi chorobami rzadkimi. Materiał empiryczny zebrano w latach 2020–2021. W badaniach wzięło udział 41 osób, w tym: 24 kobiety i 17 mężczyzn. Średnia wieku osób badanych wyniosła 42 lata; najmłodsza osoba miała lat 19, a najstarsza 76. Wśród respondentów było 27 osób pracujących, średnia stażu pracy wyniosła 9 lat, najkrótszy staż – 0,5 roku, a najdłuższy – 30 lat. Wykształcenie wyższe reprezentowało 25 badanych, średnie – 13, zawodowe – 2, a jedna osoba kontynuowała naukę. Największą grupę badanych stanowiły osoby z toczniem rumieniowatym – 16 os., następnie z hemofilią – 13 os., mukopolisacharydozą – 3 os., wrodzoną łamliwość kości – 2 os. Wśród respondentów była też osoba z gangliozydozą, adrenoleukodystrofią, twardziną, chorobą von Willebranda oraz chorobą Taya-Sachsa. Wszystkie choroby przebiegają z normą intelektualną i umożliwiają prowadzenie samodzielnego życia.

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano dwie skale: akceptacji choroby AIS (Acceptance of Illness Scale) oraz satysfakcji z życia SWLS (The Satisfaction with Life Scale) w adaptacji Juczyńskiego (2001).

Skala AIS zawiera 8 stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Sprowadzają się one do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Skala AIS służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby – im większa akceptacja, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Uszeregowano odpowiedzi, nadając im wartość punktową („zde-

cydowanie się zgadzam” – 1, „zdecydowanie się nie zgadzam” – 5). Uzyskanie najmniejszej liczby punktów (1) wyraża złe przystosowanie do choroby, natomiast zdecydowany brak zgody (5) – akceptację choroby. Suma punktów 8–40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby (Juczyński 2001).

Skala SWLS zawiera 5 stwierdzeń. Badany ocenia w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Badany wskazuje, w jakim stopniu zgadza się z każdym stwierdzeniem. Instrukcja wyjaśnia znaczenie poszczególnych odpowiedzi, które oznaczają: 1 – zupełnie nie zgadzam się, 7 – całkowicie zgadzam się.

Do obliczeń statystycznych wykorzystano testy statystyczne w postaci testu t-Studenta, analiza wariancji korelacji, macierz korelacji – współczynnik R Pearsona. Obliczeń dokonano z użyciem programu STATISTICA 13.3.

Wyniki przeprowadzonych badań

W badanej grupie osób z chorobami rzadkimi średnia akceptacji choroby (AIS) wyniosła 26,41 pkt, co wskazywało na przeciętny jej poziom. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 33,09% wartości średniej, co z kolei świadczyło o bardzo dużym zróżnicowaniu wyników AIS. Akceptacja choroby u kobiet (śr. 27,00) była nieznacznie wyższa niż u mężczyzn (śr. 25,35) (tab. 1).

Tabela 1. Akceptacja choroby - wyniki ogólne

Akceptacja choroby	N	Średnia	SD	Min.	Maks.
Ogólnie	41	26,41	8,74	8	40
Kobiety	24	27,00	10,15	8	40
Mężczyźni	17	25,35	6,05	13	32

Źródło: badania własne.

Wysoki poziom akceptacji choroby przejawiało 39% badanych, tyłu też badanych charakteryzował przeciętny poziom. Niski poziom akceptacji choroby odnotowano wśród 9 osób, co stanowiło 22% badanej grupy (tab. 2).

Tabela 2. Poziom akceptacji choroby

Poziom akceptacji choroby	N 41 ogół badanych	N 24 kobiety	N 17 mężczyźni
Wysoki	16 os. (39%)	11 os. 46%	5 os. (29%)
Przeciętny	16 os. (39%)	7 os. 29%	9 os. (53%)
Niski	9 os. (22%)	6 os. (25%)	3 os. (25%)

Źródło: badania własne.

Z analizy skali AIS (tab. 1) wynika, że spośród wszystkich obszarów akceptacji choroby osoby badane raczej nie czują zakłopotania z powodu swojej choroby (śr. 3,65), czują się potrzebne (śr. 3,41) oraz większość z nich uważa siebie za pełnowartościowych ludzi (śr. 3,46). Najbardziej odczuwana przez osoby badane i obniżająca ich akceptację choroby jest świadomość tego, że: nigdy nie będą samowystarczalne, w takim stopniu, w jakim chciałyby być (śr. 2,7) oraz że ich problemy ze zdrowiem sprawiają, że są bardziej zależne od innych, niż tego chcą (śr. po 3,07) (tab. 3).

Tabela 3. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS

		N	Średnia	SD	Min.	Maks.	Mediana
1.	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzucanych przez chorobę	41	3,36	1,24	1	5	4
2.	Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	41	3,31	1,36	1	5	3
3.	Choroba sprawia, że czuję się niepotrzebny	41	3,41	1,48	1	5	3
4.	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	41	3,07	1,42	1	5	3
5.	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	41	3,34	1,52	1	5	3
6.	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	41	3,46	1,44	1	5	4
7.	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	41	2,7	1,38	1	5	3
8.	Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	41	3,65	1,37	1	5	4

Źródło: badania własne.

Następnie dokonano analizy danych dotyczących satysfakcji z życia. Średni wynik satysfakcji z życia (SWLS) w badanej grupie osób z chorobami rzadkimi wyniósł 19,8 pkt, co wskazywało na przeciętny jej poziom. Satysfakcja z życia u kobiet (śr. 20,4) była wyższa niż u mężczyzn (śr. 18,8) (tab. 4).

Tabela 4. Satysfakcja z życia osób z chorobami rzadkimi – wyniki ogólne

Satysfakcja z życia	N	Średnia	SD	Min.	Maks.
Ogólnie	41	19,8	7,03	5	31
Kobiety	24	20,4	7,79	5	31
Mężczyźni	17	18,8	5,66	10	30

Źródło: badania własne.

W badanej grupie osób z chorobami rzadkimi dominował przeciętny poziom satysfakcji z życia (22 os. 54%). Jednocześnie u 12 osób (29%) odnotowano jej wysoki poziom, a niski u 7 osób (17%) (tab. 5).

Tabela 5. Poziom satysfakcji z życia osób z chorobami rzadkimi

Poziom satysfakcji z życia	N 41 ogółem badanych	N 24 kobiety	N 17 mężczyźni
Wysoki	12 os. (29%)	9 os. (37%)	3 os. (17%)
Przeciętny	22 os. (54%)	11 os. (46%)	11 os. (66%)
Niski	7 os. (17%)	4 os. (17%)	3 os. (17%)

Źródło: badania własne.

Z analizy skali SWLS (tab. 6) wynika, że osoby badane były raczej zadowolone ze swojego życia (śr. 4,43), uważały swoje warunki życia niemalże za doskonałe (śr. 4,14) oraz uznały, że w życiu osiągnęły najważniejsze rzeczy, które chciały (śr. 4,09). Jednocześnie badani nie byli zdecydowani, czy chcieliby coś zmienić w swoim życiu, gdyby mieli je przeżyć jeszcze raz (tab.6).

Tabela 6. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza SWLS

		N	Średnia	SD	Min.	Maks.	Mediana
1.	Pod wieloma względami moje życie zbliżone jest do ideału	41	3,63	1,69	1	7	4
2.	Warunki mojego życia są doskonałe	41	4,14	1,64	1	7	4
3.	Jestem zadowolony z mojego życia	41	4,43	1,66	1	6	5
4.	W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem	41	4,09	1,70	1	7	4
5.	Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć całe swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić	41	3,48	1,75	1	7	3

Źródło: badania własne.

Okazuje się, że w badanej grupie wraz ze stażem pracy wzrastała akceptacja choroby przejawiająca się tym, że mało poczucie bycia ciężarem dla rodziny i przyjaciół ($r=-0,42$; $p<0,05$) (tab. 7).

Tabela 7. Wiek i staż pracy osób z chorobami rzadkimi a ich akceptacja choroby – test R Pearsona

Zmienna	Średnia	Odch. std.	AIS	AIS1	AIS2	AIS3	AIS4	AIS5	AIS6	AIS7	AIS8
Wiek	42,55	9,60	-0,16	-0,23	-0,27	-0,16	-0,09	-0,20	-0,05	-0,07	0,04
Staż pracy	9,00	6,56	-0,09	0,06	-0,21	0,05	-0,01	-0,42	0,00	-0,09	0,08

Korelacje (AIS i SWLS), oznaczone wsp. korelacji są istotne z $p < ,05000$, $N=29$

Źródło: badania własne.

Z kolei wraz z wiekiem malała satysfakcja z życia przejawiająca się myśleniem: *Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć całe swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić* ($r=-0,38$; $p<0,05$) (tab. 8).

Tabela 8. Wiek i staż pracy osób z chorobami rzadkimi a ich satysfakcja z życia – test R Pearsona

Zmienna	Średnia	Odch. std.	SWLS	SWLS 1	SWLS 2	SWLS 3	SWLS 4	SWLS 5
Wiek	42,55	9,60	-0,27	-0,18	-0,21	-0,32	-0,06	-0,38
Staż pracy	9,00	6,56	-0,04	0,01	-0,00	0,17	-0,06	-0,26

Korelacje (AIS i SWLS), oznaczone wsp. korelacji są istotne z $p < ,05000$, $N=29$

Źródło: badania własne.

Warto odnotować, że w przypadku jednego stwierdzenia: *„Pod wieloma względami moje życie zbliżone jest do ideału”* zaobserwować można było zależności u kobiet i mężczyzn ($r= 0,79$, $p=0,04$). Kobiety były zdecydowanie bardziej przychylnie ocenić swoje życie w ten sposób, niż mężczyźni (średnia K=4,08, średnia M=3,0).

Tabela. 9. Akceptacja choroby i satysfakcja z życia a płeć osób badanych – test t Studenta

Zmienna	Testy t; Grupująca: płeć (AIS i SWLS), grupa 1: mężczyzna, grupa 2: kobieta										
	Śred- nia N	Śred- nia K	t	df	p	N ważnych M	N ważnych K	Odch. std. M	Odch. std. K	Iloraz F warian- cje	p warian- cje
AIS	25,35	27,16	-0,64	39	0,52	17	24	6,24	10,37	2,76	0,04
SWLS	18,88	20,45	-0,69	39	0,49	17	24	5,84	7,96	1,86	0,20
AIS 1	3,23	3,45	-0,55	39	0,58	17	24	1,03	1,41	1,87	0,19
AIS 2	3,00	3,54	-1,24	39	0,22	17	24	1,22	1,47	1,44	0,45
AIS 3	3,29	3,50	-0,42	39	0,67	17	24	1,44	1,56	1,16	0,77
AIS 4	3,00	3,12	-0,27	39	0,78	17	24	1,06	1,67	2,49	0,06
AIS 5	3,41	3,29	0,24	39	0,80	17	24	1,22	1,75	2,04	0,14
AIS 6	3,35	3,54	-0,40	39	0,69	17	24	1,36	1,55	1,30	0,59
AIS 7	2,70	2,83	-0,28	39	0,77	17	24	1,21	1,55	1,63	0,31
AIS 8	3,35	3,87	-1,19	39	0,24	17	24	1,32	1,42	1,16	0,76
SWLS 1	3,00	4,08	-2,07	39	0,04	17	24	1,58	1,69	1,14	0,79
SWLS 2	3,94	4,29	-0,65	39	0,51	17	24	1,34	1,87	1,94	0,17
SWLS 3	4,11	4,66	-1,02	39	0,31	17	24	1,72	1,65	1,08	0,84
SWLS 4	4,41	3,87	0,97	39	0,33	17	24	1,58	1,82	1,32	0,56
SWLS 5	3,41	3,54	-0,22	39	0,82	17	24	1,62	1,91	1,38	0,50

Źródło: badania własne.

Korzystając z współczynnika korelacji liniowej Pearsona uzyskano wynik wskazujący na to, że ogólna satysfakcja z życia zależała przede wszystkim od dwóch stwierdzeń:

- Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę ($r=0,33$; $p<0,005$);
- Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę ($r=0,32$; $p<0,05$).

Okazało się również, że zaistniała korelacja między akceptacją choroby a wybranymi określeniami dotyczącymi satysfakcji z życia (tab. 10).

Tabela. 10. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona między satysfakcją z życia a akceptacją choroby

Zmienna	Średnia	Odch. std.	SWLS	SWLS 1	SWLS 2	SWLS 3	SWLS 4	SWLS 5
AIS	26,41	8,84	0,30	0,252560	0,31	0,25	0,28	0,15
AIS 1	3,36	1,26	0,33	0,225576	0,35	0,39	0,33	0,08
AIS 2	3,31	1,38	0,24	0,249938	0,24	0,08	0,25	0,18
AIS 3	3,41	1,49	0,30	0,274476	0,17	0,31	0,36	0,15
AIS 4	3,07	1,43	0,25	0,203769	0,30	0,22	0,15	0,15
AIS 5	3,34	1,54	0,32	0,171317	0,32	0,17	0,35	0,32
AIS 6	3,46	1,46	0,21	0,118749	0,26	0,22	0,24	0,02
AIS 7	2,78	1,40	0,03	0,090357	0,11	-0,00	-0,07	0,03
AIS 8	3,65	1,38	0,17	0,24	0,19	0,17	0,12	-0,01

Źródło: badania własne.

Stwierdzenie związane z akceptacją choroby *Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę* (AIS 1) było najbardziej kluczowym w ocenie satysfakcji z życia, ponieważ decydowało o: ocenie warunków życia (SWLS 2, $r=0,35$), zadowoleniu z życia (SWLS 3, $r=0,39$) oraz satysfakcji z osiągniętych rzeczy (SWLS 4, $r=0,33$).

Kolejne stwierdzenie związane z akceptacją choroby: *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* (AIS 5), także warunkowała osiągnięcie satysfakcji z życia w zakresie oceny jego warunków (SWLS 2; $r=0,32$), oceny osiągniętych rzeczy (SWLS 4; $r=0,35$), a także potrzebie wprowadzenia zmian w życiu (SWLS 5; $r=0,32$).

Zauważyć można, że problemy ze zdrowiem i stan bycia bardziej zależnym od innych (AIS 4) sprawił, że warunki życia były oceniane na mniej doskonałe (SWLS 2; $r=0,40$). Do tego, jeśli choroba sprawiała, że ktoś czuł się niepotrzebny (AIS 3) wówczas mało jego zadowolenie z życia (SWLS 3, $r=0,31$) oraz satysfakcja z osiągniętych rzeczy (SWLS 4; $r=0,36$).

W wyniku przeprowadzenia analizy wariancji regresji wielorakiej okazało się, że korelacja między akceptacją choroby a satysfakcją z życia osiągnęła poziom istotności statystycznej. O ogólnym poziomie satysfakcji z życia decydowało określenie „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” ($b^* = -0,75$; $df = 8,32$; $r = 0,54$, $p = 0,14$).

Dyskusja

Szacuje się, że w Polsce na choroby rzadkie choruje około 2 mln. osób. Osoby te często muszą przeorganizowywać swoje życie, dostosowywać je do życia z chorobą, tak aby było możliwe wykonywanie ról zawodowych, społecznych. W pełnieniu tychże ról może pomóc akceptacja choroby, a jej przejawem może być osiągnięta satysfakcja z życia.

Z prezentowanych powyżej wyników badań wynika, że akceptacja choroby osób z chorobami rzadkimi była na poziomie zarówno wysokim, jak i przeciętnym. Wyższy jej poziom odnotowano u kobiet. Analizując wyniki badań nad akceptacją choroby wśród osób z różnymi schorzeniami, można dokonać stosownego porównania. Na przykład badania przeprowadzone w grupie 150 osób z chorobami przewlekłymi (cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby układu nerwowego) wskazały, że akceptacja choroby była także przeciętna, co więcej wyniki poszczególnych grup były zbliżone (Kurpas i in. 2012). Podobnie w grupie osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna również zaobserwowano średni poziom akceptacji choroby. W badaniu tym uczestniczyło 25 kobiet i 25 mężczyzn. Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy płcią a stopniem akceptacji choroby, mimo że u mężczyzn średnia punktowa AIS była nieco niższa (27,28) niż u kobiet (29,92) (Chrobak-Bień i in. 2017). Badania nad akceptacją choroby wśród osób dializowanych, gdzie grupa respondentów wynosiła 94 osoby, wykazały podobnie przeciętny poziom akceptacji. Jednakże w grupie tej wyższy poziom akceptacji przejawiali mężczyźni (Kurowska, Kasprzyk 2013).

Satysfakcja z życia wśród badanych osób z chorobami rzadkimi była na przeciętnym poziomie, nieco wyższa u kobiet. O tym, że choroba nie musi obniżać satysfakcji z życia, świadczą badania prowadzone przez Jakubowską i in. (2010), w ramach których przebadano satysfakcję z życia u 50 pacjentów z cukrzycą. Poziom satysfakcji wśród nich był dość wysoki. Ogólnie zadowolonych z życia osób z taką diagnozą (74%) było więcej niż niezadowolonych (26,0%). Wśród zadowolonych z życia było więcej mężczyzn (77,8%) niż kobiet (69,6%). Najbardziej zadowolone z życia były osoby w wieku do 59 lat życia (81,8%), a najmniej zadowolone w przedziale wieku 60–69 lat (30,0%). Istnieją jednak choroby, których przebieg może obniżać satysfakcję z życia. Badania prowadzone wśród osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna, wykazały, że ogólny poziom satysfakcji z życia wszystkich respondentów kształtował się na poziomie przeciętnym. Niską satysfakcję z życia deklarowały kobiety, chorzy z niższym wykształceniem, chorujący 1–5 lat, z ciężką postacią choroby i mieszkające na wsi (Glińska i in. 2017).

Dotychczas przeprowadzano badania nad akceptacją choroby oraz satysfakcją z życia u osób z rakiem jelita grubego (Kapela i in. 2017). Poziom akceptacji choroby w badanej grupie osiągnął wartości nieco większe od przeciętnych

(63,7%), co świadczyło o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej. Satysfakcja z życia badanych respondentów również osiągnęła wartości nieco większe (55,8%) od średnich. Co więcej, w badaniach tych nie zaobserwowano wpływu występowania zmęczenia, nudności, miejsca zamieszkania, płci, stanu cywilnego, aktywności zawodowej oraz czasu trwania choroby na poziom akceptacji choroby, satysfakcji z życia oraz na styl zmagania się z chorobą nowotworową. Podkreślono, że akceptacja choroby ma związek z satysfakcją z życia oraz stylem zmagania się z chorobą (Kapela i in., 2017). Taki sam związek odnotowano u osób chorujących na łuszczycę (Kowalewska i in., 2020). Osoby z łuszczycą biorące udział w badaniu wykazywały umiarkowany poziom akceptacji choroby i stygmatyzacji, niski poziom zadowolenia z życia oraz umiarkowanie gorszą jakość życia. Akceptacja choroby była istotnie modulowana przez płeć pacjenta. Poziom akceptacji choroby wśród mężczyzn był istotnie wyższy niż wśród kobiet. Ponadto akceptacja choroby wywarła zasadniczy wpływ na zadowolenie z życia pacjentów z łuszczycą. Miejsce zamieszkania oddziaływało na zadowolenie z życia (większe u mieszkańców wsi), poczucie stygmatyzacji (silniejsze u mieszkańców wsi) oraz jakość życia (większe pogorszenie u mieszkańców miast) (Kowalewska i in. 2020).

Podobnie w prezentowanych badaniach wykazano, że istnieje związek pomiędzy akceptacją choroby a satysfakcją z życia u osób z chorobami rzadkimi. Zauważono, że im dłuższy staż pracy, tym wyższy poziom akceptacji choroby. Stan ten z kolei odgrywał rolę w zmniejszeniu poczucia ciężaru bycia zależnym od rodziny i przyjaciół. Z kolei ogólna satysfakcja z życia zależała przede wszystkim od przystosowania się do ograniczeń narzuconych przez chorobę oraz uniezależnienia się od bliskich.

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników badań sformułowano następujące wnioski:

1. U osób z chorobami rzadkimi zauważalny był zarówno wysoki, jak i średni poziom akceptacji choroby. Kobiety miały nieco mniejszą trudność w akceptowaniu zaistniałych okoliczności niż mężczyźni.
2. Kobiety uzyskały nieco wyższy poziom satysfakcji z życia, w odróżnieniu od mężczyzn. Przy czym obie grupy charakteryzowały się przeciętnym poziomem satysfakcji z życia chorując na chorobę rzadką.
3. Im wyższy poziom akceptacji choroby rzadkiej, tym wyższy poziom satysfakcji z życia wśród badanych respondentów.

4. W ocenie akceptacji choroby istotne znaczenia dla respondentów miało bycie jak najmniej zależnym od rodziny i przyjaciół oraz radzenie sobie z ograniczeniami spowodowanymi chorobą.

W prowadzonych badaniach ograniczenie stanowił dobór grupy osób badanych. Wśród respondentów były osoby z różnymi typami chorób rzadkich. Utrudniło to scharakteryzowanie akceptacji choroby i satysfakcji z życia w odniesieniu do grupy osób z konkretną jednostką chorobową. Wniosek ten stanowi implikację do dalszych badań.

Bibliografia

- Chrobak-Bień J., Gawor A., Paplacyk M., Małecka-Panas, Gąsiorowska A. (2017), *Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z chorobą Leśniewskiego-Crohna*, „Nowa Medycyna”, 24 (1): 5–17.
- Diener E., Lucas R.E., Oishi S. (2002), *Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction* [w:] *Handbook of positive psychology*, red. C.R. Snyder, S.J. Lopez, Oxford University Press, Oxford, 63–73.
- Glińska J., Ogrodniczak M., Dziki Ł., Dziki A. (2017), *Satysfakcja z życia osób z chorobą Leśniewskiego-Crohna*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 25 (4): 233–238.
- Jakubowska E., Jakubowski K., Cipora E. (2010), *Satysfakcja z życia chorych z cukrzycą*, „Problemy Higieny Epidemiologii”, 91(2): 308–313.
- Jaracz K. (2001), *Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*, „Pielęgniarstwo Polskie”, 2 (12): 219–226.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 123–127.
- Kapela I., Bąk, E. Krzemińska S., Foltyn A. (2017), *Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 26 (1): 53–61.
- Kowalewska B., Cybulski M., Jankowiak B., Kraewska-Kulak E. (2020), *Acceptance of Illness, Satisfaction with Life, Sense of Stigmatization, and Quality of Life among People with Psoriasis: A Cross-Sectional Study*, „Dermatol Ther (Heidelb)”, 10 (3): 413–430.
- Kurpas D., Kusz, J., Jedynek T., Mroczek B. (2012), *Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów*, „Family Medicine i Primary Care Review”, 14, 3: 396–398.
- Kurowska K., Kasprzyk A. (2013), *Akceptacja choroby i style radzenia sobie ze stresem u osób dializowanych*, „Psychiatr. Psychol. Klin.”, 13 (2): 99–107.
- Libura M., Władusiuk M., Małowicka M., Grabowska E., Gałązka-Sobotka M., Gryglewicz J. (2016), *Choroby rzadkie w Polsce. Stan obecny i perspektywy*, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa.
- Pavot W, Diener E. (1993), *Review of the satisfaction with life scale*, „Psychol Assess”, 5: 164–172.
- Vittersø J, Biswas-Diener R, Diener E. (2005), *The divergent meanings of life satisfaction: item response modeling of the Satisfaction with Life Scale in Greenland and Norway*, „Soc. Indic. Res.”, 74: 327–348.

Dorota Chimicz

ORCID: 0000-0001-9531-4376

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Uniwersalność w projektowaniu procesu dydaktycznego studentów z niepełnosprawnością. Koncepcja UDL dla szkolnictwa wyższego

Prawo do nauki stanowi nieodzowny element katalogu podstawowych praw człowieka zapisanych we współczesnych ustawach zasadniczych oraz licznych konwencjach czy uregulowaniach prawnych. W zakresie dostępu do edukacji osób z niepełnosprawnością na gruncie obowiązującego stanu prawnego nie ma w zasadzie w Polsce barier formalnych (prawnych), niemniej dostępne dane statystyczne pokazują, że aktualnie osoby legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności stanowią w naszym kraju 1,9% ogółu studentów, co wskazuje na wciąż zbyt mały udział tej grupy w edukacji na poziomie wyższym. Niniejszy artykuł ma na celu wskazanie aktualnej sytuacji osób z niepełnosprawnością podejmujących kształcenie w uczelniach wyższych oraz możliwych rozwiązań związanych z organizacją procesu dydaktycznego, sprzyjających zwiększaniu dostępności kształcenia na tym poziomie dla osób ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, opartych na Koncepcji projektowania uniwersalnego w uczeniu się (UDL).

Słowa kluczowe: projektowanie uniwersalne, UDL, szkolnictwo wyższe, niepełnosprawność, dostępność, proces dydaktyczny

Universality in designing the didactic process of students with a disability. UDL for higher education

The right to education is an indispensable element of the catalogue of basic human rights enshrined in contemporary fundamental laws and numerous conventions and legal regulations. In terms of access to education for people with disabilities under the applicable law, there are generally no formal (legal) barriers in Poland, but the available statistical data show that currently people with a certificate of disability in our country constitute 1.9% of the total number of students, which indicates that the share of this group in higher education is still insufficient. This study aims to indicate the current situation of people with disabilities undertaking education at universities and possible solutions related to the organization of the didactic process, conducive to increasing the availability of education at this level for people with diverse educational needs, based on the concept of Universal Design for Learning (UDL).

Key words: universal design, UDL, higher education, disability, accessibility, didactic process

Wprowadzenie

Prawo do nauki stanowi nieodzowny element katalogu podstawowych praw człowieka zapisanych we współczesnych ustawach zasadniczych oraz licznych konwencjach czy uregulowaniach prawnych. Jego gwarancje na gruncie polskim zawarte są m.in. w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku, w art. 70 ust. 1 i 4. Zgodnie z zawartymi w niej zapisami możemy mówić o prawie do nauki w ścisłym tego słowa znaczeniu, rozumianym jako prawo do uczenia się (pobierania nauki) oraz prawie do nauki w szerszym sensie (prawo do wykształcenia). W tym szerokim ujęciu prawo do nauki odnosi się także do pobierania nauki na poziomie szkolnictwa wyższego (por. Jarosz-Żukowska, Żukowski 2014). Zapisy ustawy zasadniczej (art. 70 ust. 2 zd. 1) gwarantują jego realizację na zasadzie równości w dostępie, mającej charakter tzw. *równości szans*, oznaczającej zakaz dyskryminowania „z jakiegokolwiek przyczyny”. Odwołanie do tej zasady odnajdziemy także w ratyfikowanej przez Polskę w 2006 roku Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych¹ (KPON) zobowiązującej Państwa Strony do zapewnienia włączającego systemu kształcenia umożliwiającego integrację osób z niepełnosprawnością na wszystkich poziomach edukacji. Polska przyjmując na siebie zobowiązania z niej płynące zapewniła, że osoby te będą miały dostęp do powszechnego szkolnictwa wyższego bez dyskryminacji i na zasadzie równości z innymi osobami.

W zakresie dostępu do edukacji osób z niepełnosprawnością na gruncie obowiązującego stanu prawnego nie ma w zasadzie w naszym kraju barier formalnych (prawnych). Przypatrzmy się zatem, w jakim stopniu osoby z niepełnosprawnością rzeczywiście korzystają ze swoich praw i podejmują kształcenie na poziomie wyższym. Dane zgromadzone podczas ostatniego Narodowego Spisu Ludności przeprowadzonego w 2011 roku wskazują, że odsetek niepełnosprawnych osób z wyższym wykształceniem wynosił 7,6%. Natomiast w grupie osób w pełni sprawnych współczynnik ten to 17,5%. W ciągu następnych kilku lat te dysproporcje jeszcze się zwiększyły – z 9% do 26% (por. dane BAEL GUS).

Zmiany demograficzne obserwowane w ostatnich kilku latach odbijają się także na liczbie studentów. Jak podaje Główny Urząd Statystyczny (GUS) w ostatnich latach liczba studentów z niepełnosprawnością, podobnie jak i studentów pełnosprawnych, systematycznie zmniejszała się (z 30 096 w roku akademickim 2010/2011 do 21 240 w roku akademickim 2019/2020). Systematyczny spadek zaobserwowano również w odniesieniu do liczby absolwentów (z 7 011 w roku akademickim 2010/2011 do 5 744 osób w roku akademickim 2019/2020).

¹ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169).

Aktualnie studenci legitymujący się orzeczeniem o niepełnosprawności stanowią w Polsce 1,9 % ogółu studentów (por. tab. 1).

Tabela 1. Liczba studentów w latach 2010–2020

Rok akademicki	Studenci ogółem	Studenci z niepełnosprawnością	Odsetek niepełnosprawnych do pełnosprawnych
	(w liczbach bezwzględnych)		(w %)
2010/2011	1 841 251	30 096	1,6
2011/2012	1 764 060	30 249	1,7
2012/2013	1 676 927	31 613	1,9
2013/2014	1 549 877	28 940	1,9
2014/2015	1 469 386	27 730	1,9
2015/2016	1 405 133	26 341	1,9
2016/2017	1 348 822	25 121	1,9
2017/2018	1 291 870	23 828	1,8
2018/2019	1 230 254	22 046	1,8
2019/2020	1 215 307	21 240	1,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS – „Szkoły wyższe i ich finanse”.

Musimy jednak pamiętać, że dane prezentowane w corocznych raportach GUS nie oddają rzeczywistej liczby studentów z niepełnosprawnością, obejmują one bowiem tylko te osoby, które zgłosiły na uczelni posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności. Należy przypuszczać, że osób z niepełnosprawnością biologiczną (np. przewlekle chorych, czasowo niepełnosprawnych z powodu wypadków itp.), a nieposiadających dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność jest na polskich uczelniach znacznie więcej.

Jak podkreślają E. Gorczycka i T. Kanasz, prowadzenie dokładnej ewidencji utrudniają na uczelniach „przepisy Ustawy o ochronie danych osobowych oraz ukrywanie niepełnosprawności przez znaczną część niepełnosprawnych studentów” (Gorczycka, Kanasz 2014: 18). Odnosząc zaprezentowane dane statystyczne do procentowego udziału osób z niepełnosprawnością do ogólnej liczby ludności Polski zauważamy, że liczba osób prawnie i/lub biologicznie niepełnosprawnych wynosi obecnie 12,2% (www.gov.pl/web/rodzina/osoby-niepełnosprawne, dostęp: 25.09.2021). Mając świadomość, iż odniesienie to w kontekście udziału studentów z niepełnosprawnością w edukacji na poziomie wyższym jest dalece nieprecyzyj-

ne ze względu na to, że częstość występowania niepełnosprawności jest związana z wiekiem, a studenci reprezentują w znacznej większości ludzi młodych, możemy wysnuć wniosek, że podana wyżej wartość 1,9% odnosząca się do liczby osób z niepełnosprawnością wśród osób w wieku akademickim, wskazuje na wciąż zbyt mały udział tej grupy w edukacji na poziomie wyższym. Warto by za A. Mikrutem zadać sobie pytanie, czy „za formalnym daniem praw powinny iść konkretne rozwiązania wspierające partycypację tychże osób w edukacji akademickiej?” (Mikrut 2013:53). Niniejsze opracowanie ma na celu wskazanie możliwych rozwiązań związanych z organizacją procesu dydaktycznego sprzyjających zwiększaniu dostępności kształcenia na poziomie wyższym dla osób z niepełnosprawnościami.

Kształcenie akademickie osób z niepełnosprawnościami – uwarunkowania, realia, perspektywy zwiększania dostępności

Niezwykle ważnym zagadnieniem wpływającym na przebieg kształcenia jest realna dostępność polskich szkół wyższych dla osób z niepełnosprawnościami. Kwestię dostępności programów studiów na polskich uczelniach reguluje ustawa *Prawo o szkolnictwie wyższym*, w której wśród podstawowych zadań uczelni wymieniono „stwarzanie osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia i badaniach naukowych” (Dz. U. 2012, poz. 572 ze zm.) oraz wspomniany art. 24 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, nakładający na Państwa Strony obowiązek zapewnienia racjonalnych dostosowań dla osób niepełnosprawnych, definiowanych w art.2 jako „konieczne i stosowne modyfikacje i adaptacje niepociągające za sobą nieproporcjonalnych i niepotrzebnych utrudnień, które to modyfikacje i adaptacje są niezbędne w określonych przypadkach dla zapewnienia osobom niepełnosprawnym możliwości egzekwowania i korzystania z wszystkich praw człowieka i fundamentalnych swobód” .

Problem dostępności szkół wyższych został podjęty przez Komisję ds. Wyrównywania Szans Edukacyjnych, funkcjonującej przy Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich (KRASP), którego Prezydium 2 czerwca 2016 roku przyjęło Uchwałę w sprawie wyrównywania szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnościami w dostępie do kształcenia w szkołach wyższych. W załączniku do w/w uchwały KRASP opracowała 7 zasad wsparcia edukacyjnego studentów z niepełnosprawnościami. Są nimi:

- 1) *Indywidualizacja* – przez którą rozumie się wszelkie adaptacje procesu kształcenia osoby z niepełnosprawnością dostosowane do jej indywidualnych potrzeb edukacyjnych, wynikających ze specyfiki stanu jej zdrowia oraz specyfiki zajęć, w tym także warunków, w jakich się one odbywają.

- 2) *Podmiotowość* – rozumiana jako uznanie prawa osoby z niepełnosprawnością do zachowania własnej autonomii, wyrażającej się poprzez pełną odpowiedzialność za swoje decyzje i rozwój osobisty.
- 3) *Rozwijanie potencjału osoby niepełnosprawnej w związku z realizowanym przez nią procesem kształcenia* – osiągane poprzez poszukiwanie takich adaptacji, które pozwalałyby studentowi z niepełnosprawnością na realizację zajęć przewidzianych w programie studiów a tym samym nabywać wiedzę i rozwijać praktyczne umiejętności.
- 4) *Racjonalność dostosowania* – gwarantująca skuteczne wyrównywanie szans studenta z niepełnosprawnością z zachowaniem standardu akademickiego jednocześnie uwzględniająca ekonomiczny aspekt proponowanych adaptacji, aby poniesiony koszt lub wysiłek związany z jej wprowadzaniem nie był zbyt duży.
- 5) *Utrzymanie standardu akademickiego* – oznacza, że przygotowane adaptacje powinny gwarantować zachowanie kluczowych elementów procesu realizacji programu studiów obowiązujących wszystkich studentów.
- 6) *Adaptacje najbliższe standardowemu przebiegowi zajęć* – oznaczające poszukiwanie takich rozwiązań, które nie mają charakteru przywileju dla osoby niepełnosprawnej, ale w sposób racjonalny wyrównałyby jej szanse w zakresie możliwości realizacji procesu kształcenia uznanego za optymalny na danych zajęciach.
- 7) *Równe prawa i obowiązki* – przejawiające się w zapewnieniu praw i równym traktowaniu wszystkich studentów, bez względu na poziom ich sprawności, jak i egzekwowaniu wypełniania obowiązków studenckich (załącznik do Uchwały 52, 2016).

Prowadzone badania naukowe czy raporty organów kontroli dotyczące doświadczeń osób z niepełnosprawnością podejmujących kształcenie akademickie sugerują, że pomimo zdecydowanej poprawy warunków studiowania na polskich uczelniach na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia, napotykają one szereg wyzwań i barier w pełnym dostępie i uczestnictwie w szkolnictwie wyższym (Moroń 2014, Bolińska 2016; Sztobryn-Giercuskiewicz 2016; Raport NIK 2019; Raport z badań jakościowych..., 2020).

Wyniki badania zrealizowanego na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich przez konsorcjum firm Bluehill Solutions i Quality Watch w 2014 roku, wskazują bariery, na które napotykają studenci z niepełnosprawnościami oraz pracownicy uczelni odpowiedzialni za stwarzanie im odpowiednich warunków do edukacji. Mimo że przedstawione w raporcie *Dostępność edukacji akademickiej dla osób z niepełnosprawnościami. Analiza i zalecenia* (2015) wyniki przeprowadzonego badania nie są reprezentatywne dla całego środowiska akademickiego w Polsce, ze względu na to,

iż wzięło w nim udział zaledwie kilkanaście wybranych uczelni z 434 szkół wyższych prowadzących działalność w roku akademickim 2014/2015, to warto zwrócić uwagę na pewne problematyczne z punktu widzenia kształcenia studenta z niepełnosprawnością obszary, do których zaliczono:

1. stereotypowe postrzeganie niepełnosprawności przez studentów pełnosprawnych i nauczycieli akademickich i niska wiedza na temat potrzeb studentów z niepełnosprawnościami;
2. niedostępność niektórych uczelni lub kierunków dla osób z niepełnosprawnościami;
3. niedostępność niektórych zajęć dla osób z niepełnosprawnościami;
4. brak właściwej współpracy pomiędzy Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego a uczelniami wyższymi;
5. uzależnianie decyzji o przyznaniu wsparcia od posiadania aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności;
6. brak systemowego wsparcia osób z niepełnosprawnościami w kształceniu ustawicznym;
7. ograniczenia w dostępie do stypendium specjalnego;
8. ograniczenia w zakresie współpracy ze studentami z niepełnosprawnościami, wynikające z procedur dotyczących ochrony danych wrażliwych;
9. brak lub ograniczone dostosowania materiałów dydaktycznych do indywidualnych potrzeb studenta z niepełnosprawnością;
10. bariery architektoniczne i komunikacyjne;
11. trudności z transportem studentów z niepełnosprawnościami poza terenem uczelni;
12. brak lub niewłaściwa współpraca z tłumaczami języka migowego (*Dostępność edukacji akademickiej...*, 2015).

Przez kolejne lata uczelnie akademickie podejmowały działania na rzecz zapewnienia studentom i doktorantom z niepełnosprawnością warunków umożliwiających im pełny udział w procesie kształcenia i w badaniach naukowych, dążąc tym samym do osiągnięcia celów wyrażonych w Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Wyniki tych działań opisano w opublikowanym w 2018 roku przez NIK raporcie pokontrolnym obejmującym okres pomiędzy styczniem 2015 roku a marcem 2018 roku. Kontrolą objęto Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz 15 akademickich i zawodowych uczelni wyższych (w tym jedną w ramach kontroli rozpoznawczej). Rezultaty przeprowadzonej kontroli pokazały, że większość uczelni (89%) wprowadziła przyjazne kandydatom z niepełnosprawnościami zasady rekrutacji, dające im możliwość dostosowania egzaminów praktycznych do ich potrzeb i możliwości.

Powszechne okazały się także dobre praktyki w zakresie identyfikacji indywidualnych potrzeb studentów i doktorantów z niepełnosprawnością (87%), a także wsparcia organizacyjnego dotyczącego właściwej organizacji warunków ich kształcenia (93%). W obszarze wsparcia dydaktycznego kontrolowane uczelnie najczęściej ograniczały się do zapewnienia studentom z niepełnosprawnością możliwości organizacji indywidualnego toku studiów, ustanowienia opiekunów wydziałowych i asystentów osób niepełnosprawnych oraz wyposażenia bibliotek i niektórych sal wydziałów i instytutów w sprzęt wspierający w procesie kształcenia. W trakcie kontroli okazało się, że największe trudności w dostępie do treści kształcenia mają studenci z niepełnosprawnością sensoryczną. Rzadkością były takie formy wsparcia dydaktycznego tej grupy studentów, jak stanowiska wyposażone w odpowiedni sprzęt (np. laptopy z dostępem do Internetu i wbudowanymi narzędziami – lupa, powiększenie czcionki), dostosowywanie pisemnych materiałów dydaktycznych udostępnianych studentom słabowidzącym i niewidomym (np. w alfabecie brajla, w większym rozmiarze czcionki lub kontrastowej kolorystyce) czy wreszcie wsparcie studenta słabosłyszącego czy niesłyszącego dzięki wykorzystaniu pętli indukcyjnych, przenośnych systemów FM lub tłumacza języka migowego.

Optymizmem napawa gotowość uczelni wyższych (93%) do podnoszenia świadomości i wiedzy pracowników uczelni w zakresie zagadnień związanych z niepełnosprawnością. 14 z 15 ocenianych szkół wyższych organizowało szkolenia i kursy związane z funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych w środowisku akademickim, identyfikacją ich indywidualnych potrzeb, radzeniem sobie z problemami mogącymi wystąpić w procesie dydaktycznym oraz komunikacją w relacjach ze studentami z niepełnosprawnością.

Problemem polskich uczelni są zdaniem organu kontroli nadal występujące bariery utrudniające lub wręcz uniemożliwiające udział studentów i doktorantów z niepełnosprawnością w procesie kształcenia i w badaniach naukowych na takich samych warunkach jak osób pełnosprawnych. Jak wskazują autorzy raportu, pomimo podejmowanych inwestycji i prac remontowych, 13 spośród 15 kontrolowanych uczelni okazało się niedostosowanymi oraz/lub nieprzyjaznymi dla osób z niepełnosprawnością. Problemem było także wyposażenie i stan techniczny wykorzystywanych urządzeń transportowych. Ustalone przypadki niedostosowania obiektów do potrzeb studentów z niepełnosprawnością dotyczyły przede wszystkim:

- występowania barier architektonicznych wewnątrz budynków uczelni, np. schodów i progów bez pochylni i podjazdów lub zbyt wąskich drzwi;
- braku ciągów komunikacyjnych umożliwiających swobodne poruszanie się osób niepełnosprawnych korzystających z wózków inwalidzkich pomiędzy budynkami uczelni,

- braku wyposażenia części dźwigów osobowych w system informacji głosowej lub w wymagane dodatkowe oznakowanie dla osób niewidomych;
- braku oznakowania miejsc dla pojazdów, z których korzystają osoby niepełnosprawne;
- braku odpowiedniego oznakowania schodów (oznaczenia kontrastowego stopnicy i podstopnicy pierwszego i ostatniego stopnia) oraz drzwi wykonanych z przezroczystych tafli szkła;
- braku toalet przystosowanych dla osób niepełnosprawnych na dostępnych im poziomach budynków.

Tabela. 2. Dostępność wyższych uczelni dla osób z niepełnosprawnością wg raportu NIK z 2018 roku

Obszar dostępności	Zakres dostosowań	%
Przyjazne zasady rekrutacji	wyraźnie określone warunki przystąpienia do egzaminów praktycznych, dopuszczające możliwość ich dostosowania do potrzeb i możliwości kandydatów będących osobami niepełnosprawnymi	89
	możliwość zastosowania zmian w trybie i formie egzaminów wstępnych, uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności oraz specyfikę danego kierunku studiów	40
Rozpoznawanie potrzeb	podejmowanie z własnej inicjatywy działań zmierzających do ustalenia potrzeb niepełnosprawnych studentów i doktorantów (w zakresie organizacji działalności dydaktyczno-naukowej oraz identyfikacji barier architektonicznych)	87
Wsparcie organizacyjne	rozpoznawanie potrzeb, problemów i oczekiwań	93
	działalność informacyjna skierowana do niepełnosprawnych studentów i doktorantów w zakresie przysługujących im uprawnień oraz możliwych do uzyskania form pomocy, w tym finansowej	
	opiniowanie wniosków dotyczących ustanowienia asystentów studentów z niepełnosprawnością oraz tłumaczy języka migowego	
	udzielanie indywidualnej pomocy w tym m.in. poprzez reprezentowanie interesów oraz wsparcie w zakresie dostosowania warunków kształcenia do potrzeb studentów i doktorantów z niepełnosprawnością wynikających z rodzaju niepełnosprawności	
	inicjowanie przedsięwzięć na rzecz poprawy warunków studiowania zmierzających do wyrównania szans edukacyjnych, w tym m.in. poprzez dostosowanie organizacji kształcenia do potrzeb i możliwości studentów niepełnosprawnych	
Wsparcie dydaktyczne	możliwość zapewnienia indywidualnego toku studiów	100
	ustanowienie opiekunów wydziałowych i asystentów osób niepełnosprawnych	
	wyposażenie bibliotek i niektórych sal wydziałów i instytutów w sprzęt wspierający w procesie kształcenia	

Obszar dostępności	Zakres dostosowań	%
Wsparcie dydaktyczne (cd.)	zapewnienie w poszczególnych wydziałach i instytutach stanowisk dostosowanych do przedmiotu zajęć i rodzaju niepełnosprawności, które były wyposażone w odpowiedni sprzęt, jak np. laptopy z dostępem do Internetu i wbudowanymi narzędziami – lupa, powiększenie czcionki	7
	udostępnianie, za pośrednictwem prowadzonych wypożyczalni, sprzętu wyrównującego szanse edukacyjne, jak np.: laptopy z oprogramowaniem udźwiękawiającym i powiększającym, dyktafony, skanery mobilne, powiększalniki przenośne, tablety z tłumaczem języka migowego, notatniki brajlowskie, klawiatury dla osób niewidzących lub piszących jedną ręką, odtwarzacze książek cyfrowych	27
	dostosowywanie pisemnych materiałów dydaktycznych udostępnianych studentom niewidzącym i niewidzącym np.: w alfabecie brajla, w większym rozmiarze czcionki lub stonowanej kolorystyce	13
	zastosowanie w aulach, salach dydaktycznych, dziekanatach oraz bibliotekach pętli indukcyjnych lub przenośnych systemów FM	33
	zapewnienie usług tłumacza migowego „on-line”	13
	zapewnienie kadry dydaktycznej i administracyjnej przeszkolonej w zakresie podstaw języka migowego	13
	zapewnienie lektorów języków obcych posiadających kwalifikacje do nauczania osób z dysfunkcją wzroku lub słuchu	20
Zajęcia wychowania fizycznego	organizacja zajęć wychowania fizycznego dostosowana do możliwości i potrzeb studentów z niepełnosprawnością	93
Wsparcie psychologiczne i psychiatryczne	bezpłatna pomoc psychologiczna lub/i psychiatryczna	69
Szkolenia kadry uczelnianej	szkolenia i kursy dotyczące potrzeb osób niepełnosprawnych	93
Dostępność architektoniczna	możliwość udziału studentów i doktorantów z niepełnosprawnością w procesie kształcenia i w badaniach naukowych na takich samych warunkach jak osób pełnosprawnych	53

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Realizacja przez uczelnie akademickie i zawodowe obowiązku stworzenia niepełnosprawnym studentom i doktorantom warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia i w badaniach naukowych”, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/18/087/>.

Aktualną sytuację w zakresie dostępności polskich uczelni dla studentów z niepełnosprawnością prezentują wyniki badania zrealizowanego w ramach informacyjno-edukacyjnego projektu „Nauka bez Barrier”, sfinansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Raport z badań opublikowany w maju 2020 roku potwierdza tezę postawioną w raportach z lat ubiegłych, iż sytuacja niepełnosprawnych studentów i pracowników naukowych na polskich uczelniach w ostatnich latach poprawiła się, ale wciąż jest daleka od ideału.

W wielu ośrodkach akademickich nadal występują bariery, które uniemożliwiają studentom z niepełnosprawnością funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi. Okazuje się, że problemem są nie tylko wciąż niedostosowane budynki uczelni (szczególnie te historyczne, których modernizacja nie może zostać przeprowadzona ze względu na ograniczenia stawiane przez lokalnych konserwatorów zabytków) czy nieprzyjazne dla osób z niepełnosprawnościami rozwiązania techniczne, ale również utrzymujące się utrudnienia w dostępie do pełnej oferty dydaktycznej. Interesujące z punktu widzenia tego opracowania są analizy dotyczące stosunku kadry akademickiej do osób z niepełnosprawnością w bezpośrednich sytuacjach interakcyjnych. Autorzy raportu wskazują bowiem potencjalne bariery naruszające zasadę równouprawnienia osób z niepełnosprawnością w dostępie do kształcenia na poziomie wyższym. Znalazły się tu:

1. *Konieczność walki o swoje prawa* – wynikająca z braku inicjatywy ze strony pracowników, utrwalonego stereotypowego rozumienia niepełnosprawności, stawiania wymagań nieuwzględniających realnych możliwości studentów z niepełnosprawnością czy braku ujednoliconych reguł dotyczących sposobów komunikowania się.
2. *Nieoczywista chęć wsparcia* – przejawiająca się w oczekiwaniu, że to student z niepełnosprawnością dostosuje się do standardów pracy akademickiej, a także brakiem akceptacji dla wybranych form wsparcia (np. stałej obecności asystenta na zajęciach czy zaliczeniach).
3. *Niewiedza i brak kompetencji* – skutkujące brakiem umiejętności rzetelnej oceny nakładu pracy włożonej przez studenta z niepełnosprawnością i jej efektu, moderowania pracy grupowej z jego udziałem, obsługi specjalistycznego sprzętu, udzielania pierwszej pomocy czy wreszcie redukcji bariery psychologicznej między pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi uczestnikami procesu kształcenia (*Raport z badań jakościowych...*, 2020: 45).

Opisane wyżej starania szkół wyższych w zakresie podnoszenia dostępności wpisują się w proces włączania studentów z niepełnosprawnością w główny nurt kształcenia na poziomie akademickim, urzeczywistniając tym samym postulat tworzenia środowisk kształcenia/uczenia się dostępnych dla wszystkich. Zapewnienie w pełni włączającego środowiska uczenia się jest procesem złożonym, a stworzenie kultury zaangażowania i włączenia, która przynosi korzyści wszystkim uczącym się, wymaga zmiany myślenia i zmiany zachowania zarówno na poziomie indywidualnym, jak i instytucjonalnym. Wytyczne do skutecznej organizacji dostępnych, włączających środowisk edukacyjnych odnajdziemy w koncepcji Projektowania uniwersalnego w uczeniu się (ang. *Universal Design for Learning*, UDL).

W kierunku równości w dostępie – koncepcja UDL

Punktem wyjścia rozważań nad możliwościami zwiększającymi dostępność kształcenia studentów z niepełnosprawnością na poziomie akademickim niech będzie argumentacja S. Kruga, który w swojej książce „Don't Make Me Think. A Common Sense Approach to Web Usability” uzasadnia konieczność jej aplikacji:

„Dostępność jest tym co należy zrobić. I nie jest to tylko po prostu rzecz właściwa; jest to działanie ze wszech miar konieczne, ponieważ jedynym argumentem przemawiającym za dostępnością, który nie jest wystarczająco często podnoszony, jest to, w jaki zupełnie niezwykły sposób poprawia ona życie niektórych ludzi. Ile mamy możliwości, aby radykalnie poprawić życie innych, wykonując tylko trochę lepiej naszą pracę?”² (Krug 2006: 171).

Przyjmując tę argumentację za słuszną, warto zastanowić się nad konkretnymi rozwiązaniami praktycznymi, które pozwolą urzeczywistnić ideę dostępności w projektowaniu procesu dydaktycznego osób z niepełnosprawnością w przestrzeni akademickiej.

Projektowanie uniwersalne w obszarze edukacji to swoiste ramy, czy ujmując to w sposób bardziej praktyczny, wytyczne dotyczące organizacji procesu nauczania/kształcenia, które mają na celu zaspokojenie zróżnicowanych potrzeb uczących się a tym samym zmniejszenie barier stojących na drodze rzeczywistego włączenia w główny nurt kształcenia (por. Black i in. 2014; Anderson 2019).

Koncepcja UDL jest traktowana przez nauczycieli (szkolnych i akademickich) jako podejście oparte na tzw. „dobrych praktykach”, które można łatwo wypracować poprzez zastosowanie różnorodnych strategii aktywnego uczenia się, uniwersalnego projektowania programów nauczania oraz odpowiednich metod ich realizacji.

UDL ma swoje korzenie w projektowaniu uniwersalnym (ang. *Universal Design*, UD), odnoszącym się do potrzeby takiego projektowania produktów, budynków lub środowisk, aby mogły być z łatwością wykorzystywane przez jak najszerszy krąg użytkowników (Wilkoff, Abed 1994). Twórca koncepcji – architekt Ron Mace przekonywał, że takie uniwersalne projektowanie powinno obejmować tworzenie nie tylko środowisk fizycznych, ale też kulturowych, umożliwiających podejmowanie codziennych aktywności, w poczuciu bezpieczeństwa i komfortu, bez zbędnych ograniczeń i przeszkód przez ludzi o różnorodnej kondycji i sprawności (zob. Gawron 2015). Tak pojmowana uniwersalność w projektowaniu znalazła uznanie architektów, projektantów produktów i inżynierów, którzy 1989 roku powołali na Uniwersytecie Północnej Karoliny w Stanach Zjednoczonych - Centrum Projektowania Uniwersalnego (ang. *The Center for Universal Design*, CUD). Członkowie CUD opracowali szereg wytycznych (znanych pod

² Tłumaczenie własne.

nazwą „7 zasad projektowania uniwersalnego”), którymi należy się kierować podczas uniwersalnego projektowania produktów i środowisk (rys. 1).



Rysunek 1. Zasady projektowania uniwersalnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *The Principles of Universal Design* (1997).

Proponowane przez autorów projektowania uniwersalnego rozwiązania, dążące do zapewnienia uczestnictwa i integracji, powinny opierać się na przyjęciu zasady „te same szanse dla wszystkich” (*the same opportunity for All*) (Ginnerup 2009). Zasada ta znalazła swoją praktyczną realizację także w obszarze edukacji dzięki koncepcji Projektowania uniwersalnego w uczeniu się (UDL). Wynika ona z potrzeby „dostępności i rzeczywistej realizacji sprawiedliwości społecznej wyrażającej się w przekonaniu, że każdy bez względu na poziom sprawności, stan zdrowia, styl uczenia się, znajomość języka czy posiadane doświadczenia społeczne i kulturowe, powinien mieć równy dostęp do programów, materiałów i aktywności szkolnych” (za: Chemicz, Prokopiak 2021: 31).

W ujęciu definicyjnym UDL rozumiane jest jako „zbiór zasad dla opracowywania programów nauczania, które zapewniają wszystkim uczniom równe szanse uczenia się. UDL zapewnia pewne wzorce formułowania celów, doboru metod, materiałów i form oceniania, które mogą być zastosowane w odniesieniu do wszystkich uczniów – nie jest to jedno uniwersalne rozwiązanie, a raczej elastyczne podejścia, które można dostosowywać do indywidualnych potrzeb” (Canter i in. 2017: 3).

Inicjatorami przeniesienia idei projektowania uniwersalnego na grunt edukacji była powołana w 1984 roku amerykańska organizacja *Center for Applied Special*

Technology (CAST), której specjaliści przez lata testowali i redefiniowali swoje zasady, priorytety i wizje. Efektem ich wysiłków są trzy zasady, na których opiera się UDL. Są to następujące wskazania:

ZASADA I. ZAPEWNIJ WIELE SPOSOBÓW PREZENTACJI WIEDZY

Prezentuj informacje i treści kształcenia na różne sposoby
(nacisk na to, **CZEGO** ucymy/uczmy się)

ZASADA II. ZAPEWNIJ WIELE SPOSOBÓW DZIAŁANIA I EKSPRESJI

Zapewnij uczącym się alternatywne sposoby prezentacji czy wyrażania tego, co wiedzą
(nacisk na to, **JAK** ucymy/uczmy się)

ZASADA III. ZAPEWNIJ WIELE SPOSOBÓW ZAANGAŻOWANIA

Pobudzaj zainteresowanie i motywację do nauki, oferuj odpowiednie wyzwania
(nacisk na to, **DLACZEGO** ucymy/uczmy się) (TEAL 2010, CAST 2014).

Jak już wspomniano koncepcja UDL ma wymiar praktyczny, dlatego członkowie CAST opracowali szereg szczegółowych wytycznych ułatwiających aplikację opracowanych zasad w pracy z uczniami. W wersji skróconej zawarto je w poniżej tabeli 3³.

Tabela 3. Wytyczne do realizacji uniwersalnego projektowania w uczeniu się opracowane przez CAST

Zasada I. Zapewnij wiele sposobów prezentacji wiedzy	Zasada II. Zapewnij wiele sposobów działania i ekspresji	Zasada III. Zapewnij wiele sposobów zaangażowania
1. Umożliwaj wybór w zakresie percepcji: 1.1. Zapewnij możliwości dostosowań w zakresie wzrokowego odbioru informacji, 1.2. Udostępniaj alternatywę dla treści dźwiękowych, 1.3. Udostępniaj alternatywę dla treści wizualnych.	4. Dawaj wybór w zakresie fizycznego działania: 4.1. Różnicuj metody reagowania i nawigowania, 4.2. Optymalizuj dostęp do narzędzi i technologii wspomagających.	7. Stwarzaj warunki do rozbudzenia zainteresowania: 7.1. Wspieraj indywidualne wybory i autonomię, 7.2. Dbaj o istotność, wartościowość i autentyczność, 7.3. Minimalizuj zagrożenia i dystraktry.
2. Zapewnij różne możliwości w zakresie języka, wyrażen matematycznych i symboli: 2.1. Wyjaśniaj słownictwo i symbole, 2.2. Objaśniaj składnię i strukturę tekstu,	5. Zapewnij zróżnicowane możliwości ekspresji i komunikacji: 5.1. Korzystaj z różnych mediów do komunikacji, 5.2. Korzystaj z różnych narzędzi do tworzenia i łączenia komunikatów,	8. Zapewnij możliwość trwałego wysiłku i budowania wytrwałości: 8.1. Uwydatniaj cele i zadania, 8.2. Optymalizuj wyzwania przez różnicowanie oczekiwań i dostępnych zasobów,

³ Bardziej szczegółowe wytyczne z przykładami ich zastosowania dostępne są pod adresem: <https://udlguidelines.cast.org/> oraz w artykule D. Chmich, A. Prokopiak (2021), *Koncepcja projektowania uniwersalnego w edukacji*, „Szkoła Specjalna”, 1 (307): 28–38.

Zasada I. Zapewnij wiele sposobów prezentacji wiedzy	Zasada II. Zapewnij wiele sposobów działania i ekspresji	Zasada III. Zapewnij wiele sposobów zaangażowania
2.3. Wspieraj odczytywanie tekstu, notacji matematycznej i symboli, 2.4. Zachęcaj do rozwijania komunikacji międzyjęzykowej, 2.5. Wykorzystuj różne media do ilustrowania treści	5.3. Rozwijaj umiejętności na podstawie praktyki.	8.3. Wspieraj współpracę i twórz społeczność, 8.4. Zwiększaj liczbę informacji zwrotnych
3. Zapewnij różne możliwości w zakresie rozumienia: 3.1. Aktywizuj i poszerzaj wiedzę ogólną, 3.2. Podkreślaj wzorce, najważniejsze cechy, nadrzędne idee i istniejące relacje, 3.3. Udzielaj wskazówek dotyczących przetwarzania i wizualizacji informacji oraz operowania nimi	6. Zapewnij różne możliwości w zakresie funkcji wykonawczych: 6.1. Udzielaj wskazówek dotyczących właściwego wybierania celów, 6.2. Wspieraj rozwijanie strategii i planowanie, 6.3. Pomagaj w zarządzaniu informacją i zasobami, 6.4. Zwiększaj możliwość monitorowania postępów	9. Zapewnij warunki samoregulacji: 9.1. Promuj motywujące oczekiwania i przekonania, 9.2. Wspieraj indywidualne umiejętności i strategie rozwiązywania problemów, 9.3. Zachęcaj do samooceny i autorefleksji
Uczniowie zaradni i kompetentni	Uczniowie planujący i ukierunkowani na cel	Uczniowie zmotywowani i świadomi celu

Źródło: K. Cichocka-Segiet, P. Mostowski, P. Rutkowski (2019), s. 2010.

Celem stosowania zasad UDL w uczeniu się jest dążenie do wykształcenia uczniów- ekspertów, którzy przejmują kontrolę nad własnym procesem uczenia się (Meyer i in. 2014; Novak 2016). Jest więc zatem swoistym procesem upelnocnienia uczących się, poprzez oddanie im większej kontroli nad swoim życiem i dokonywanymi wyborami (Salmen, 2011: 15). W takim rozumieniu UDL staje się podejściem proaktywnym, które można wykorzystać do przewidywania potencjalnych potrzeb uczących się i odpowiedniego planowania nauczania (Basham i in. 2010; Edyburn 2010). Warto zaakcentować, że UDL nie ma na celu zaspokojenia potrzeb każdego ucznia, ale ma na celu udostępnienie programu nauczania większości z nich (Glass, Meyer, Rose 2013). W środowisku edukacyjnym, które wykorzystuje ramy UDL, nauczyciele powinni kierować uczeniem się, ale to uczący się są ostatecznie odpowiedzialni za własną naukę (CAST *Professional Learning*, 2017).

Zastosowanie zasad UDL w kształceniu na poziomie uniwersyteckim

Wielu badaczy stoi na stanowisku, że ze względu na rosnącą liczbę osób ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi podejmujących kształcenie, imple-

mentacja zasad UDL na poziomie uniwersyteckim staje się koniecznością (Smith 2012; Rao i in. 2014; Dell i in. 2015).

W 2008 roku amerykański Kongres uchwalił ustawę *Higher Education Opportunity Act* (HEOA) w której w §103(a)(24) odnosi się do zastosowania UDL w szkolnictwie wyższym wskazując, iż „UDL to naukowo uzasadnione ramy dla kierowania praktyką edukacyjną, która (A) zapewnia elastyczność w sposobie prezentowania informacji, demonstrowania posiadanej wiedzy i umiejętności przez studentów oraz sposobach ich zaangażowania; oraz (B) zmniejsza bariery w nauczaniu, zapewnia odpowiednie udogodnienia, wspiera i stawia wyzwania oraz utrzymuje wysokie oczekiwania dotyczące osiągnięć wszystkich studentów, w tym studentów z niepełnosprawnościami i tych, którzy mają ograniczoną znajomość języka” (HEOA 2008).

W dostępnej literaturze anglojęzycznej odnajdziemy przykłady dotyczące wdrażania trzech zasad UDL w nauczaniu uniwersyteckim. Przyjrzyjmy się zatem ich praktycznej realizacji w warunkach szkoły wyższej.

Zróznicowanie środków prezentacji wiedzy

Studenci postrzegają, odbierają i przetwarzają podawane im treści na różne sposoby. UDL odnosi się do faktu, że nie ma jednej formy prezentacji wiedzy, która byłaby odpowiednia dla wszystkich, stąd potrzeba stosowania różnorodnych metod prezentacji omawianych treści, które należy uwzględnić w trakcie planowania zajęć i przygotowywania materiałów dla studentów.

W literaturze przedmiotu odnajdziemy przykłady, wskazujące w jaki sposób prowadzący zajęcia ze studentami mogą zrealizować tę zasadę planując swoje kursy (także w formule zdalnej). Oto wybrane z nich:

1. Wykorzystanie różnorodnych sposobów prezentacji informacji

F.G. Smith (2012) sugeruje, aby prowadzący przygotowawali wykłady w różnych formatach, takich jak tradycyjne prowadzenie wykładu „na żywo” ze studentami, nagrywanie wykładu i/lub zapewnianie innych rodzajów nagrań dźwiękowych związanych z omawianym zagadnieniem.

Z kolei T.J. Tobin (2014) proponuje, aby wykłady w postaci video opatrzyć napisami, które będą pomocne w przypadku studentów z niepełnosprawnością słuchu, mających ograniczenia językowe (np. studentów obcokrajowców) i tych pracujących w cichych miejscach, takich jak np. biblioteki.

Inni autorzy proponują, aby przygotowując prezentacje oparte o materiał wizualny czy audio, wyposażyć je w transkrypcję tekstową (Robinson, Wizer, 2016; Scott i in. 2015).

Należy także pamiętać, aby tworzone do zajęć materiały przygotowywane były w formatach alternatywnych tak, aby możliwe było ich dostosowanie do indywidualnych potrzeb studentów, dając np. możliwość zmiany rozmiaru czcionki, obrazów, wykresów, tabel czy innych zawartości wizualnych, kontrastu między tłem a tekstem lub obrazem, koloru używanego do prezentacji informacji lub jej podkreślenia, głośności lub szybkości mowy lub prezentowanego dźwięku, szybkości lub czasu trwania materiału wideo, animacji, dźwięku, symulacji itp. Ważne jest także przygotowywanie opisów (tekstowych lub mówionych) dla wszystkich obrazów, grafiki, prezentacji wideo lub animacji, dotykowych ekwiwalentów (np. grafiki dotykowej) do kluczowych elementów wizualnych reprezentujących omawiane treści (CAST, 2014).

Zarówno w przypadku kursów online, jak i stacjonarnych, uczenie się studentów można usprawnić dzięki wykorzystaniu mediów społecznościowych (Friedman, Friedman 2013). Friedman i Friedman (2013) twierdzą, że włączanie działań w mediach społecznościowych do kursu przyczynia się do rozwijania komunikacji, współpracy, kreatywności i poczucia wspólnoty studentów.

2. Podkreślanie kluczowych informacji

Aby ułatwić studentom orientację w kluczowych dla danego tematu kwestiach F.G. Smith (2012) proponuje przygotowywanie podsumowujących notatek z wykładów, z wykorzystaniem podkreśleń zróżnicowanymi kolorami czy schematów graficznych dla kluczowych jego punktów.

K. Gradel i A.J Edson (2010) twierdzą, że jednym ze sposobów podkreślania kluczowych dla danego tematu informacji jest umożliwienie studentom przygotowywania streszczeń lub uzupełnień wykładu o dodatkowe treści a następnie publikowania ich cyfrowo z wykorzystaniem różnorodnych narzędzi Systemu Zarządzania Nauczaniem (ang. *Learning Management System, LMS*), umożliwiając dzielenie się przygotowanymi materiałami.

3. Zapewnienie informacji zwrotnej

W swoich analizach D.E. Robinson i D.R. Wizer (2016) wskazują, iż bardzo ważne jest, aby kadra uniwersytecka terminowo udzielała informacji zwrotnych na temat bieżącej pracy studentów.

Podsumowując przytoczone przykłady dotyczące stosowania zasady różnicowania środków prezentacji wiedzy, należy podkreślić, iż obrazują one przede wszystkim konieczność zapewnienia możliwie największej dostępności materiałów wykorzystywanych w pracy ze studentami, ich przejrzystości i zapewnieniu łatwości w ich użyciu.

Zróźnicowanie form ekspresji wiedzy

Analizy przeprowadzone przez K. Mavrovic-Glaser (2017) wskazują na ogromne zróźnicowanie w zakresie preferowanych przez uczniów stylów czy technik uczenia się, sposobów interakcji z opracowywanym materiałem, potrzeb czy możliwości w zakresie prezentacji zdobytej wiedzy. C.A Dell i in. (2012) uważają w związku z tym, że jeśli tylko nauczyciel umożliwi uczniom wybór, takiej formy ekspresji, która jest najbardziej odpowiednia dla ich stylu uczenia się, ich szanse na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego wzrosną (Dell i in. 2012). Uwzględniając te założenia można za K.A. Boothe i in. (2018) zaproponować pewne wytyczne do pracy ze studentami.

1. Doprecyzowanie wyznaczanych studentom zadań

Doniesienia z badań (Smith 2012) pokazują, że z punktu widzenia studenta jedną z istotniejszych potrzeb wpływających na jakość i prawdopodobieństwo odniesienia sukcesu jest otrzymanie szczegółowych informacji czy wytycznych dotyczących wyznaczanych im zadań, klarownych zasad oceniania oraz wyjaśnień dotyczących oczekiwań związanych z danym zadaniem. Mogą mieć one formę kart pracy z rubrykami do odznaczania kolejnych etapów realizacji zadania, tabel z opisem systemu oceniania, modeli, prezentacji wzorów wykonania danego zadania itp.

2. Stwarzanie różnorodnych możliwości prezentacji nabytej wiedzy i umiejętności

Zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez CAST (2014) należy zapewnić studentom:

- możliwość dostosowania tempa, czasu i zakresu wykonywanych czynności do ich potrzeb;
- możliwość dostępu do narzędzi i technologii wspomagających (np. specjalistycznych joysticków zastępujących tradycyjną mysz komputerową czy specjalistycznych, zaadoptowanych dla potrzeb studentów z niepełnosprawnością klawiatur, skanerów itp.) (zob. Chemicz 2020);
- możliwość wykorzystania różnorodnych form, metod i środków komunikacji (np. tekstu, mowy, rysunku, ilustracji, kompozycji, filmu, animacji, muzyki, tańca/ruchu, rzeźby, modeli 3D, mediów społecznościowych, syntezatorów mowy, urządzeń lektorskich, programów wspomagania komunikacji, piktoqramów itp.) (Chemicz, Prokopiak 2021).

T.J. Tobin (2014) oraz K. Gradel i A.J. Edson (2010) wskazują, jak ważne jest ustalanie przez wykładowców jasno sprecyzowanych celów i umożliwienie studentom wyboru środka, za pomocą którego są w stanie zaprezentować zdobytą wiedzę. Zdaniem autora mogą to być m.in. eseje, podcasty, blogi czy filmy. Inni autorzy (Vu, Fadde 2013) proponują udział w dyskusji w dowolnej formie tj. ust-

nej w bezpośrednim, żywym kontakcie lub zdalnej oraz pisemnej za pośrednictwem funkcji czatu.

Zróżnicowanie sposobów zaangażowania

Ta zasada UDL skupia się przede wszystkim na działaniach podejmowanych zarówno przez wykładowców, jak i studentów w celu zwiększenia świadomego, aktywnego i w pełni zaangażowanego ich uczestnictwa w procesie kształcenia. Może to odbywać się poprzez:

1. Wspieranie współpracy

Współpraca (szczególnie w kontekście udziału w dyskusji skupiającej się na interakcjach czy podejmowana w badaniach grupowych) jest uznawana przez wielu badaczy (Scott i in. 2015; Lurhs i in. 2016; Scott, Temple 2017) jako skuteczny środek wspomagający zaangażowanie studentów w proces uczenia się. Podkreślają oni, że skutecznym sposobem angażowania studentów do aktywności naukowych jest także organizowanie moderowanych paneli dyskusyjnych, uwzględniających różnorodne formy ekspresji (dyskusje online, chat).

K. Gradel i A.J. Edson (2010) donoszą o znaczeniu promowania współzależności i niezależności studentów poprzez wykorzystanie strategii wspólnego uczenia się. Jednym ze sposobów osiągnięcia tego celu jest tzw. metoda „Zapytaj 3”. Polega ona na tym, że osoba chcącą uzyskać odpowiedź na nurtujące ją pytanie, zadaje je trzem kolegom z grupy, zanim zwróci się z nim do wykładowcy.

2. Zapewnienie treści programów kształcenia w dostępnych formatach alternatywnych

Mogą to być różnorodne rozwiązania praktyczne takie, jak:

- prezentacje PowerPoint z nałożonym głosem lektora,
- wersje audio proponowanych studentom artykułów czy książek,
- transkrypcje tekstowe dla plików audio i video,
- napisy do filmów lub audiodeskrypcja,
- zmiana koloru tła prezentacji w celu poprawy kontrastu ułatwiającego percepcję wzrokową,
- podręczniki w wersji elektronicznej, pliki PDF,
- screencasty tj. krótkie filmy będące zapisem zdarzeń prezentowanych na ekranie komputera – obrazu widzianego przez użytkownika komputera. Film taki wraz z komentarzem osoby wykonującej czynności może pełnić funkcje instruktażowe lub prezentacyjne (Smith, 2012; Tobin 2014; Scott i in. 2015).

T.J. Tobin (2014) zwraca uwagę na znaczenie używania narzędzi, które są dostępne na więcej niż jednym urządzeniu lub nośniku zarówno dla wykładowców, jak i studentów; narzędzia te powinny być proste w obsłudze. Jednym z przykła-

dów jest tworzenie prezentacji PowerPoint z wgranym lektorem, a następnie przesyłanie jej do serwisu YouTube. Pozwala to studentom na dostęp do treści kursu z dowolnego miejsca i z dowolnego urządzenia.

Ponadto udostępnianie alternatywnych źródeł treści może obejmować tworzenie stron internetowych na dany temat w celu uzyskania większej ilości informacji, umożliwienie studentom wyboru własnego tematu oraz materiałów do wykonania zadania (Smith 2012).

Zasady UDL można stosować w odniesieniu do ogólnego projektu kursu (przedmiotu), a także do konkretnych materiałów szkoleniowych, przygotowania wykładów, ćwiczeń czy laboratoriów, różnorodnych zasobów dydaktycznych czy form i metod pracy (pokazów, prezentacji, dyskusji, prac grupowych i wielu innych). Mogą one być ponadto wytycznymi do właściwego przygotowywania materiałów informacyjnych czy instrukcji i zasobów do kształcenia zdalnego.

Wnioski

Jak wskazują przeprowadzone analizy, zasady UDL mogą być stosowane w szkolnictwie wyższym, aby zapewnić włączające środowisko edukacyjne dla studentów z niepełnosprawnością, którzy są często wykluczani z równego dostępu do programów nauczania, aktywności i materiałów dydaktycznych, na ogół nie z powodu celowej dyskryminacji, ale z powodu ich niedostosowania do możliwości i potrzeb uczących się (Gaal, Jones 2003; Green 2009). Jest to prawdopodobnie spowodowane brakiem wiedzy i umiejętności praktycznych części kadry akademickiej na temat tego, jak właściwie zorganizować proces dydaktyczny sprzyjający pokonywaniu barier w edukacji akademickiej studentów ze zróżnicowanymi potrzebami i możliwościami (Burgstahler, Moore 2009; Harrison 2006; Leyser, Greenberger 2008).

Konkludując warto jeszcze raz wrócić do postawionego przez S. Kruga (2006) pytania: *Ile mamy możliwości, aby radykalnie poprawić życie innych, wykonując tylko trochę lepiej naszą pracę?* Wydaje się, że w świetle zaprezentowanych danych dotyczących uwarunkowań podejmowania i kontynuowania kształcenia na poziomie wyższym przez osoby z niepełnosprawnością, właściwa organizacja procesu dydaktycznego, uwzględniająca zróżnicowane potrzeby uczących się może przyczynić się do zwiększenia dostępności kształcenia akademickiego dla osób z niepełnosprawnościami.

Mając świadomość, iż implementacja założeń projektowania uniwersalnego w edukacji na poziomie wyższym jest ogromnym wyzwaniem dla całej kadry uniwersyteckiej, ze względu na ogromny wysiłek, jaki należy włożyć w szkolenia w zakresie rozpoznawania potrzeb różnych grup studentów z niepełnosprawno-

ściami oraz przede wszystkim w przygotowanie kursów dostępnych dla zróżnicowanej grupy studentów, niemniej jest to wysiłek często na miarę „być albo nie być” studentem dla wielu osób niepełnosprawnością.

Bibliografia

- Anderson R. (2020). *Application of Universal Design for Learning (UDL) principles in face-to-face and online post-secondary education courses*, https://www.researchgate.net/publication/326274393_Universal_Design_Learning_UDL_in_Higher_Education [dostęp: 05.10.2021].
- Basham J.D., Israel M., Graden J., Poth R., Winston M. (2010), *A comprehensive approach to RtI: Embedding universal design for learning and technology*, „Learning Disability Quarterly”, 33 (4): 243–255.
- Black R.D., Weinberg L.A., Brodwin M.G. (2014), *Universal Design for Instruction and Learning: A Pilot Study of Faculty Instructional Methods and Attitudes Related to Students with Disabilities in Higher Education*, *Exceptionality Education International*”, 24: 48–64.
- Bolińska M. (2016), *Pozornie bez barier. Student z niepełnosprawnością a uczelniana rzeczywistość (teoria i praktyka)* [w:] *Wielowymiarowość integracji społeczno zawodowej studentów z niepełnosprawnością*, red. B. Szczupał, K. Kutek Śladek, Kraków, 47–61.
- Booth K.A., Lohmann M.J., Donnell K. A., Hall D.D. (2018), *Applying the Principles of Universal Design for Learning (UDL) in the College Classroom*, „The Journal of Special Education Apprenticeship”, 7 (3).
- Burgstahler S., Moore E. (2009), *Making student services welcoming and accessible through accommodations and universal design*, „Journal of Postsecondary Education and Disability”, 21 (3): 155–174; <http://www.ahead.org/publications/jped> [dostęp: 01.10.2021].
- Burgstahler S. (2012). *Universal design: Process, principles, and applications*. DO-IT (Disabilities, Opportunities, Internetworking, and Technology); https://www.washington.edu/doit/sites/default/files/atoms/files/EA_Instruction_5_28_20_0.pdf.
- Canter L., King L., Williams J., Metcalf D., Myrick Potts K. (2017), *Evaluating pedagogy and practice of universal design for learning in public schools*, „Exceptionality Education International”, 27 (1): 1–16.
- CAST (2014), *Universal Design for Learning Guidelines*, wersja 2.2; <http://udlguidelines.cast.org> [dostęp: 05.05.2020].
- CAST Professional Learning. (2017), *Top 5 UDL tips for fostering expert learners*, <http://cast-professionallearning.org/project/top-5-udl-tips-for-fostering-expert-learners/>.
- Chimicz D. (2020), *Wykorzystanie technologii wspomagających uczniów z niepełnosprawnościami w edukacji włączającej*, „Szkoła Specjalna”, 2 (303): 175–187.
- Chimicz D., Prokopiak A. (2021), *Koncepcja projektowania uniwersalnego w edukacji*, „Szkoła Specjalna” 1 (307): 28–38.
- Cichońka-Segiet K., Mostowski P., Rutkowski P. (2019), *Uniwersalne projektowanie zajęć jako droga do zaspokajania zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych* [w:] *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole*, red. I. Chrzanowska, G. Szumski, Wydawnictwo FRSE, Warszawa.
- Dell A., Newton D., Petroff G. (2012), *Assistive Technology in the classroom: Enhancing the school experiences of students with disabilities* (2nd ed.), Pearson Education, Saddle River, NJ.

- Dell C.A., Dell T.F., Blackwell T.L. (2015), *Applying universal design for learning in online courses: Pedagogical and practical considerations*, „The Journal of Educators Online”, 13 (2): 166–192.
- Edyburn D.L. (2010), *Would you recognize universal design for learning if you saw it: Ten propositions for new directions for the second decade of UDL*, „Learning Disability Quarterly”, 33 (1): 33–41.
- Friedman L.W., Friedman H.H. (2013), *Using social technologies to enhance online learning*, „Journal of Educators Online”, 10 (1).
- Gaal J., Jones P.A. (2003), *Disability discrimination in higher education*, „Journal of College and University Law”, 29 (2): 435–456; <http://www3.nd.edu/~jcul/>.
- Gawron G. (2015), *Universal Design - projektowanie uniwersalne jako idea w dążeniu do osiągnięcia partycypacji społecznej osób niepełnosprawnych*, „Roczniki Nauk Społecznych”, 7 (43), 1: 125–144.
- Ginnerup S. (2009), *Achieving Full Participation through Universal Design*, Strasbourg: Council of Europe, s. 10; http://www.coe.int/t/dg3/disability/source/Universal_design.pdf [dostęp: 01.05.2020].
- Gorczycka E., Kanasz T. (2014), *Niepełnosprawni studenci Akademii Pedagogiki Specjalnej w opiniach własnych i środowiska akademickiego*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Gradel K., Edson A.J. (2010), *Putting universal design for learning on the higher education agenda*, „Journal of Educational Technology Systems”, 38 (2): 111–121.
- Green R.A. (2009), *Assistive technology and academic libraries: Legal issues and problem resolution*, „Journal of Access Services”, 6: 36–47; doi:10.1080/15367960802247809.
- Harrison E.G. (2006), *Working with faculty toward universally designed instruction: The process of dynamic course design*, „Journal of Postsecondary Education and Disability”, 19 (2): 152–162; <http://www.ahead.org/publications/jped>.
- Higher Education Opportunity Act*. (2008), https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW_110publ315/pdf/PLAW-110publ3 [dostęp: 08.10.2021].
- Jarosz-Żukowska S., Żukowski Ł. (2014), *Prawo do nauki i jego gwarancje [w:] Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław.
- Krug S. (2006), *Don't Make Me Think! A Common Sense Approach to Web Usability*, Second Edition, New Riders Publishing Berkeley, California USA.
- Leyser Y., Greenberger L. (2008), *College students with disabilities in teacher education: Faculty attitudes and practices*, „European Journal of Special Needs Education”, 23 (3): 237–251; doi:10.1080/08856250802130442.
- Luhrs C., McAnally-Salas L. (2016), *Collaboration levels in asynchronous discussion forums: A social network analysis*, „Journal of Interactive Online Learning”, 14 (1).
- Mavrovic-Glaser K.D. (2017), *Teacher Knowledge and Use of Universal Design for Learning*. All Capstone Projects, 343, <https://opus.govst.edu/capstones/343> [dostęp: 20.04.2020].
- Meyer A., Rose D.H., Gordon D. (2014), *Universal design for learning: Theory and Practice*, CAST Professional Publishing, Wakefield, MA.
- Mikrut A. (2013), *Kształcenie integracyjne na poziomie wyższym w kontekście podmiotowości studenta z niepełnosprawnością [w:] Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej*, red. W. Dykciak, B. Tyłewska-Nowak, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.

- Moroń D. (2014), *Studenci niepełnosprawni na publicznych i niepublicznych uczelniach wyższych*, „Wrocławskie Studia Politologiczne”, 16.
- Novak K. (2016), *UDL now!: A teacher's guide to applying universal design for learning in today's classroom*, CAST Professional Publishing, Wakefield, MA.
- Paszkwicz M.A., Garbat M. (2005), *Wykształcenie szansą awansu zawodowego osób niepełnosprawnych [w:] Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Kapitał ludzki i intelektualny*, Rzeszów.
- Rao K., Edelen-Smith P., Wailehua C. (2014), *Universal design for online courses: Applying principles to pedagogy*, „Open Learning”, 30 (1): 35–52.
- Raport NIK (2019), *Realizacja przez uczelnie akademickie i zawodowe obowiązku stworzenia niepełnosprawnym studentom i doktorantom warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia i w badaniach naukowych*; <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/18/087/>.
- Raport z badań jakościowych dotyczących sytuacji osób z niepełnosprawnością w zakresie dostępu do edukacji akademickiej w Polsce (2020), <https://naukabezbarier.pl/upload/media/default/0001/01/acf8faa6fac093f69bc1335fda6ef8dc36c7ba21.pdf> [dostęp: 01.10.2020].
- Robinson D.E., Wize D.R. (2016), *Universal design for learning and the quality matters guidelines for the design and implementation of online learning events*, „International Journal of Technology in Teaching and Learning”, 12 (1), 1: 7–32.
- Salmen J.P. (2011), *Universal design for academic facilities*, „New Directions for Student Services”, 134: 13–20.
- Scott L.A., Temple P., Marshall D. (2015), *UDL in online college coursework: Insights and infusion and educator preparedness*, „Online Learning”, 19 (5): 99–119.
- Scott L., Temple P. (2017), *A conceptual framework for building UDL in a special education distance education course*, „Journal of Educators Online”, 14 (1).
- Smith F.G. (2012), *Analyzing a college course that adheres to the Universal design for learning (UDL) framework*, „Journal of the Scholarship of Teaching and Learning”, 12 (3): 31–61.
- Sztobryn-Giercuszkiwicz J. (2016), *Alter idem – student z niepełnosprawnością w systemie szkolnictwa wyższego*, <https://repozytorium.uni.lodz.pl/xmlui/handle/11089/23037> [dostęp: 30.10.2021].
- TEAL Center (2010), *Fact Sheet No. 2: Universal Design for Learning*, https://lincs.ed.gov/sites/default/files/2_TEAL_UDL.pdf.
- The Principles of Universal Design* (1997), NC State University; <http://www.design.ncsu.edu> [dostęp: 28.04.2020].
- Tobin T.J. (2014), *Increase online student retention with Universal Design for Learning*, „The Quarterly Review of Distance Education”, 15 (3): 13–24.
- Vu P., Fadde P.J. (2013), *When to talk, when to chat: Student interactions in live virtual classrooms*, „Journal of Interactive Online Learning”, 12 (2).
- Wilkoff W.L., Abed L.W. (1994), *Practicing universal design: An interpretation of the ADA*, Van Nostrand Reinhold, New York.
- Załącznik do Uchwały 52/VI Prezydium KRASP – Zasady wsparcia edukacyjnego studentów z niepełnosprawnościami, http://arch.krasp.org.pl/pl/archiwum_uchwaly_2012_2016/u_2012_2016 [dostęp: 01.10.2021].

Grzegorz Szumski

ORCID: 0000-0003-3060-5118
Uniwersytet Warszawski

Joanna Smogorzewska

ORCID: 0000-0002-4377-9136
Uniwersytet Warszawski

Zuzanna Narkun

ORCID: 0000-0001-9796-5869
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej

Agata Trębacz-Ritter

ORCID: 0000-0002-2889-0776
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Współnauczanie i jego znaczenie dla procesu edukacji. Przegląd badań

Niniejszy artykuł jest próbą syntezy wyników badań nad znaczeniem współnauczania dla przebiegu procesu edukacji. W pierwszej części tekstu zdefiniowano pojęcie współnauczania i dokonano klasyfikacji obszarów, w ramach których analizowane jest współnauczanie. Następnie opisano istniejące modele współnauczania, czynniki, od których może zależeć jakość współpracy między nauczycielami, a także korzyści płynące z takiego sposobu współpracy dla pedagogów. Na końcu omówiono znaczenie współnauczania dla uczniów zarówno w aspekcie ich rozwoju poznawczego, jak i społecznego.

Słowa kluczowe: współnauczanie, modele, korzyści, funkcjonowanie poznawcze, funkcjonowanie społeczne

Co-teaching and its importance for educational process. Review of research

This manuscript attempts to synthesise results of research on importance of co-teaching for the process of education. In the first part of the text we defined co-teaching and we classified areas, in which co-teaching is analysed. Further, we described existing models of co-teaching, potential determinants of cooperation between teachers, as well as benefits of such way of collaboration. At the end we discussed importance of co-teaching for students – in the case of cognitive, as well as social functioning.

Key words: co-teaching, models, benefits, cognitive functioning, social functioning

Wprowadzenie

Co-teaching to niezmiernie popularny w anglojęzycznej literaturze termin, który nie ma utrwalonego polskiego odpowiednika. W tym artykule proponujemy, by używać nazwy *współnauczanie*, zastosowanej niedawno w publikacji Giebułtowskiej (2021). Współnauczanie można zdefiniować jak partnerstwo nauczyciela i pedagoga specjalnego lub innego specjalisty w celu wspólnego nauczania zróżnicowanej grupy uczniów, w tym uczniów z niepełnosprawnościami lub specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w klasach w szkołach ogólnodostępnych (Friend i in. 2010). Część badaczy dodaje, że celem tej współpracy jest takie zorganizowane nauczanie, aby w sposób elastyczny i adekwatny zaspokajać potrzeby edukacyjne wszystkich uczniów. Współnauczanie jest zjawiskiem złożonym, co bardzo utrudnia zbudowanie jego jednoznacznej, sprawozdawczej definicji. Warto zwrócić uwagę na dwie kwestie.

Po pierwsze, niejednoznaczne jest użyte w niej pojęcie specjalisty. W wielu krajach popularną praktyką jest zatrudnianie w szkołach paraprofesjonalistów do wspomaganego zaspokajania specjalnych potrzeb (Farrell i in. 2010). Osoby te nie mają formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pedagoga specjalnego, a czasami ich ogólne kwalifikacje są bardzo niskie. Zdarza się jednak coraz częściej, że pracownicy ci odbywają intensywne szkolenia, co w połączeniu z doświadczeniem praktycznym czyni z nich osoby merytorycznie przygotowane do pracy. Co więcej, badania pokazują, że paraprofesjoniści często wykonują te same zadania co wykwalifikowani pedagogowie specjaliści (Farrell i in. 2010). Podsumowując, ze względu na nasilający się trend zatrudniania paraprofesjonalistów zaciera się stopniowo granica między nimi a pedagogami specjalnymi. Jednak współnauczanie nadal dotyczy sytuacji, w której w klasie szkolnej współpracuje nauczyciel i wykwalifikowany specjalista, najczęściej pedagog specjalny, i tak będzie ono rozumiane w niniejszej analizie. Po drugie, bardzo silnie akcentuje się, że we współnauczaniu chodzi o pracę dwóch nauczycieli z tą samą klasą szkolną wyłącznie, a przynajmniej w wyraźnie przeważającej części czasu, w tej samej sali. To z kolei odróżnia współnauczanie od form kształcenia, które polegają na nauczaniu uczniów z niepełnosprawnością poza klasą szkolną (indywidualnie lub w małych grupach), mimo że uczniowie ci są formalnie członkami heterogenicznej klasy szkolnej. Rozwiązania takie były wielokrotnie poddawane krytyce jako wypaczające idee włączania. Przed kilku laty kwestia ta była przedmiotem ożywionej debaty także w Polsce [<https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/1042633,nauczanie-indywidualne-ulubiona-szkola-men-ostro-krytykuje-resort.html>].

Współnauczanie jest bardzo ważnym zagadnieniem we współczesnej pedagogice specjalnej, gdyż jest to kluczowy sposób wdrażania edukacji włączającej. Ta zaś stale się rozwija pod względem ilościowym, tzn. coraz więcej uczniów

z niepełnosprawnością pobiera naukę w szkołach ogólnodostępnych (Buchner i in. 2021). W Polsce ponad połowa uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego uczęszcza do szkół ogólnodostępnych (Buchner i in. 2021).

Chociaż w kraju prowadzi się dużo badań na temat edukacji włączającej, to zainteresowanie współnauczaniem jest dość ograniczone. Kontrastuje to z bogatą literaturą anglojęzyczną. By uzupełnić choć częściowo lukę w krajowej literaturze, w niniejszym przeglądzie przeanalizowaliśmy główne wątki problemowe podejmowane w badaniach zagranicznych na temat współnauczania i opisaliśmy kluczowe ustalenia z nich płynące. W tym celu wykorzystaliśmy przede wszystkim wcześniejsze przeglądy systematyczne oraz metaanalizy badań. Korzystając z baz danych PsycINFO i ProQuest znaleźliśmy 10 takich opracowań. Zostały one opublikowane między 2000 a 2021 rokiem. Zdecydowana większość z nich ukazała się w postaci artykułów, jedno jako rozdział w książce i jedno jako doktorat (por. tab. 1). Mimo że większość dostępnych prac przeglądowych jest względnie nowa, wyszukiwaliśmy za pomocą wskazanych baz publikacji, które ukazały się po okresach objętych przeglądami i metaanalizami, i włączaliśmy je do naszych analiz.

Klasyfikacja obszarów tematycznych w badaniach dotyczących współnauczania

Badania na temat współnauczania są wielowątkowe i bardzo zróżnicowane ze względu na metodologię (metody ilościowe, jakościowe, mieszane; schematy poprzeczne i podłużne; z udziałem nauczycieli i pedagogów specjalnych, samych uczniów z niepełnosprawnością i/lub o typowym rozwoju lub z jednoczesnym badaniem nauczycieli i uczniów) i jakość. Często podkreśla się, że dotychczas dominowały badania o umiarkowanej jakości, co oczywiście ogranicza zaufanie do wniosków, które się z nich wyciąga (np. King-Sears i in. 2021). Ze względu na problematykę Friend i in. (2010) uznali, że można je podzielić na trzy grupy: (1) dotyczące ról przyjmowanych przez nauczycieli i pedagogów specjalnych w diadach i ich wzajemnych relacji, (2) dotyczące kwestii związanych z organizacją nauczania, w tym planowaniem wspólnych zajęć i rozmieszczaniem uczniów w klasach, oraz (3) efektów pedagogicznych współnauczania, w tym osiągnięć szkolnych, rozwoju społecznego, frekwencji uczniów i ich subiektywnych doświadczeń w klasie. W niniejszym przeglądzie zaproponowaliśmy nieco inny podział badań, który w naszej ocenie lepiej porządkuje ich tematykę, uwzględnia nowe trendy w badaniach, które ujawniły się w ostatniej dekadzie i jest bardziej dopasowany do potrzeb polskiego odbiorcy. Wykorzystywany w tym przeglądzie podział obejmuje zatem: (1) modele współnauczania, ich popularność i wzajemne relacje między nauczycielami, (2) korzyści odnoszone przez nauczycieli ze współ-

Tabela 1. Zestawienie ilościowych i jakościowych przeglądów systematycznych badań na temat wspólnauczania

Lp.	Autorzy	Tytuł	Liczba prac włączonych do analizy	Okres, z którego pochodzą analizowane artykuły	Cel analizy
1.	Weiss M.P., Brigham F.J. (2000)	Co-teaching and the model and the model of shared responsibility: What does the research support (w: T.E. Scruggs, M.A. Mastropieri (red.), <i>Advances in learning and behavioral disabilities</i> , vol. 14. Educational interventions (s. 217–245)	23 badania ilościowe i jakościowe	1987–1999	Analiza roli nauczycieli wiodących i wspomagających we wspólnauczaniu.
2.	Murawski, W.W., Swanson H.L. (2001)	A meta-analysis of co-teaching research: Where are the data?	6 ilościowych badań	1991–1998	Odpowiedź na pytania: Czy efektywność wspólnauczania zależy od poziomu nauczania, płci uczniów, długości trwania badania, głębokości lub typu niepełnosprawności uczniów? Czy badania, w których zaobserwowano najwyższą siłę efektu różnią się od innych badań zmienną zależną (tj. poziomem nauczania, efektami społecznymi lub osiągnięciami szkolnymi)?
3.	Scruggs T., Mastropieri M.A., McDuffie K.A. (2007)	Co-teaching in inclusive classrooms: A metasynthesis of qualitative research	32 jakościowe badania	1995–2005	Opis i analiza: Dlaczego warto wykorzystywać wspólnauczanie (zarówno z perspektywy nauczycieli, jak i uczniów z i bez niepełnosprawności), potrzeb nauczycieli współpracujących ze sobą, roli, jaką pełnią nauczyciele wiodący i specjaliści we wspólnauczaniu, w jaki sposób uczniowie otrzymują polecenia w klasie ze wspólnauczaniem.

4.	Soilis M., Vaughn S., Swanson E., McCulley L. (2012)	Collaborative models of instruction: The empirical foundations of inclusion and co-teaching	146 badań ilościowych i jakościowych, pochodzących z sześciu wcześniejszych opracowań	1996–2007	<p>Analizowano kategorie dotyczące:</p> <ul style="list-style-type: none"> – modeli współpracy, – efektów osiągniętych przez uczniów we wspólnym nauczaniu, – wsparcia nauczycieli we wspólnym nauczaniu, – postaw, przekonań i percepcji modeli współpracy przez nauczycieli i uczniów.
5.	Khoury C. (2014)	The effect of co-teaching on the academic outcomes of students with disabilities. A meta-analytic synthesis	20 badań ilościowych	1995–2011	<p>Szukano odpowiedzi na pytania:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jaki jest wpływ wspólnego nauczania na osiągnięcia szkolne uczniów z niepełnosprawnością? – Który z modeli wspólnego nauczania ma największy wpływ na osiągnięcia uczniów? – Czy efekt różni się w zależności od analizowanego przedmiotu (język, matematyka/nauki przyrodnicze)? – Czy efekt jest zależny od poziomu nauczania (edukacja na poziomie podstawowym/średnim)? – Czy efekt jest zależny od długości interwencji (krótsza/dłuższa niż rok)? – Czy inne moderatory (takie jak typ badania, wielkość próby, typ niepełnosprawności, sposób badania osiągnięć) wpływają na efekty wspólnego nauczania?
6.	Shin M., Lee H., McKenna W. (2016)	Special education and general education preservice teachers' co-teaching experiences: a comparative synthesis of qualitative research	11 badań jakościowych	1997–2015	<p>Analiza obejmowała zagadnienia dotyczące:</p> <ul style="list-style-type: none"> – komunikacji między nauczycielami we wspólnym nauczaniu, – realizacji potrzeb zróżnicowanej grupy uczniów, – wpływu osobowości nauczycieli na proces wspólnego nauczania, – wyzwań pojawiających się we wspólnym nauczaniu,

						<p>– poglądów nauczycieli na współpracę,</p> <p>– sfer, w jakich nauczyciele wiodący i wspomagający, czują się słabiej przygotowani do pełnienia swoich ról.</p>
7.	Lindner K-T., Schwab S. (2020)	Differentiation and individualisation in inclusive education: a systematic review and narrative synthesis	17 badań ilościowych i jakościowych	2008–2018	<p>Celem była analiza postępów w praktykach nauczycielskich w edukacji włączającej pod względem współpracy, formułowania poleceń, praktyk organizacyjnych, oraz praktyk dotyczących rozwoju społecznego i emocjonalnego uczniów oraz radzenia sobie z trudnymi zachowaniami uczniów.</p>	
8.	Iacono T., Landry O., Garcia-Melgar A., Spong J., Hyett N., Bagley K. (2021)	A systematized review of co-teaching efficacy in enhancing inclusive education for students with disability	17 badań ilościowych i jakościowych	2008–2019	<p>Celami artykułu była:</p> <p>– analiza badań na temat współnauczania dekady 2008–2019,</p> <p>– analiza, czy któryś z istniejących sześciu modeli współnauczania jest mniej lub bardziej efektywny dla uczniów z niepełnosprawnościami.</p>	
9.	Losinski M., Sanders S., Wiseman N., Katsiyannis A. (2019)	An investigation of co-teaching to improve academic achievement of students with disabilities: A meta-analysis	10 badań eksperymentalnych	1993–2015	<p>Celem pracy była analiza efektów wspólnego nauczania dla efektów nauczania uczniów w szkołach średnich, przy uwzględnieniu jakości analizowanych badań.</p>	
10.	King-Sears M., Stefanidis A., Berkeley S., Strogilos V. (2021)	Does co-teaching improve academic achievement for students with disabilities? A meta-analysis	26 badań ilościowych	1999–2019	<p>Celem pracy było porównanie osiągnięć uczniów z niepełnosprawnością, uczących się w klasach ze współnauczaniem, z osiągnięciami uczniów z niepełnosprawnością, którzy uczą się w klasach specjalnych.</p>	

Źródło: opracowanie własne.

pracy, (3) uwarunkowania efektywności współpracy, w tym planowanie lekcji i sposób doboru par, (4) osiągnięcia szkolne uczniów z i bez niepełnosprawności, oraz (5) rozwój społeczny uczniów.

Modele współnauczania wykorzystywane w procesie edukacji uczniów

Współpraca nauczycieli w klasie niesegregacyjnej może odbywać się w różnych modelach, różniących się pod względem skuteczności i częstości występowania. Szeroko cytowany w literaturze podział Cook i Friend (1995) wyróżnia sześć modeli współpracy:

1. Jeden naucza, drugi obserwuje (*One teach, one observe*);
2. Jeden naucza, drugi asystuje (*One teach, one assist*);
3. Nauczanie paralelne (*Parallel teaching*);
4. Nauczanie alternatywne (*Alternative teaching*);
5. Nauczanie zespołowe (*Team teaching*);
6. Stacje zadaniowe (*Station teaching*).

Pierwsze dwa modele są do siebie zbliżone. Istnieje w nich wyraźna granica między rolami pełnionymi przez nauczycieli: jeden prowadzi lekcję, a drugi obserwuje bądź udziela pomocy uczniom. Takie rozwiązanie nie wymaga od nauczycieli zbyt dużego wysiłku przy wcześniejszym planowaniu lekcji. To nauczyciel wiodący planuje zajęcia, a nauczyciel wspomagający przygotowuje ewentualne dostosowania dla uczniów z niepełnosprawnościami i udziela im pomocy w trakcie lekcji. Za zaletę tego rozwiązania można uznać łatwy dostęp do bezpośredniego wsparcia dla uczniów z trudnościami (Cook, Friend 2005). Taki model współpracy wiąże się często z deprecjonowaniem roli nauczyciela wspomagającego i umniejszaniem jego kompetencji, na co wskazują sami nauczyciele wspomagający (Kobyłańska, Krzemińska 2004; Scruggs, i in. 2007). Jak podkreślają Strogilos i King-Sears (2019) role nauczycieli i powiązane z nimi obowiązki powinny być podzielone bardziej równomiernie, niż przewidują to charakteryzowane modele.

Model trzeci, *nauczanie paralelne*, zakłada, że obydwaj nauczyciele wspólnie planują lekcję, a później każdy z nich prowadzi ją z połową klasy. Takie rozwiązanie umożliwia aktywne uczestnictwo uczniów w lekcji, a także zastosowanie metod pracy lepiej dostosowanych do poszczególnych uczniów, niż w nauczaniu całej klasy przez jednego nauczyciela. Przydział uczniów do poszczególnych grup może być dokonywany ze względu na różne kryteria i nie musi być sztywny. Z drugiej strony jednak, model ten wymaga bardzo starannego zaplanowania przebiegu lekcji tak, aby obie grupy zdobyły tę samą wiedzę w tym samym czasie (Cook, Friend 1995; Friend i in. 2010).

W modelu czwartym, *alternatywnym nauczaniu*, jeden z nauczycieli pracuje z mniejszą, kilkusobową grupą uczniów, podczas gdy drugi prowadzi lekcję dla reszty klasy. Uczniowie w mniejszym zespole mogą powtórzyć materiał lub nadrobić braki, mogą też realizować ten sam materiał, co reszta klasy. Praca w małej grupie umożliwia częstsze interakcje z nauczycielem i pozwala na dostosowanie metod do indywidualnych możliwości i potrzeb uczniów. Rozwiązanie takie wiąże się jednak z ryzykiem stygmatyzacji uczniów, którzy uczą się w mniejszej grupie (Cook, Friend 2005).

Kolejny z modeli, *nauczanie zespołowe*, polega na wspólnym prowadzeniu lekcji przez obydwu nauczycieli. Takie rozwiązanie wymaga od nauczycieli wysokiego poziomu współpracy oraz wzajemnego zrozumienia. Obydwaj nauczyciele w równym stopniu odpowiadają za przygotowanie lekcji i jej przeprowadzenie, co jest niewątpliwą zaletą tego modelu (Cook, Friend 2005).

Ostatni z wyróżnionych modeli to *stacje zadaniowe*. Polega on na podzieleniu materiału lekcji na kilka części. Każda z nich jest prezentowana na oddzielnej „stacji”. W przypadku dwóch nauczycieli tworzone są dwie stacje; za każdą odpowiedzialny jest jeden nauczyciel. Można również stworzyć dodatkową, trzecią stację, przy której uczniowie pracują samodzielnie. Wymaga to jednak pewnego poziomu umiejętności uczniów, co bywa problematyczne w przypadku klas włączających. Samodzielna praca uczniów może być jednak częściowo kierowana. Dziś duże możliwości takiego strukturyzowania aktywności uczniów stwarzają interaktywne, elektroniczne programy dydaktyczne. Wiele z nich udziela uczniom informacji zwrotnej, a niektóre są nawet w stanie dynamicznie udzielać im wskazówek na podstawie oceny wcześniejszych wykonań (Kim i in. 2018). Wtedy, gdy ograniczony jest dostęp do odpowiednich urządzeń i programów nauczyciele mogą sięgnąć po tradycyjne rozwiązania, np. nieco dziś zapomniane fizyki dydaktyczne wymyślone przez Freineta ponad sto lat temu. Zaletą tego modelu są równe role nauczycieli a także możliwość wykorzystania przez nich ich uzupełniających się kompetencji (Cook, Friend 2005).

Modele mogą być używane zamiennie, a także być modyfikowane, np. przy nauczaniu paralelnym, na koniec lekcji można ją podsumować wspólnie z całą klasą. Jednak liczne badania, prowadzone w różnych okresach, konsekwentnie wskazują, że nauczyciele nierównomiernie wykorzystują poszczególne modele. Przeglądy opublikowane koło dekadę temu dowodzą, że praktyka w różnych krajach jest wyraźnie zdominowana przez model „jeden naucza, drugi asystuje” (Scruggs i in. 2007; Solis i in. 2012). Opublikowany ostatnio przegląd systematyczny, do którego włączono 21 artykułów ilościowych i jakościowych z lat 2008–2019 dowodzi, że tendencja ta nie ulega zmianie (Iacono i in., 2021). Obserwowana w świecie prawidłowość została odnotowana także w badaniach polskiej praktyki (Garlej-Drzewiecka 2004).

Badacze są zgodni, że dominacja jednego modelu współpracy jest niekorzystna dla rozwoju współnauczania i jego jakości. Bardzo często zwraca się uwagę na to, że w tym modelu rola pedagoga specjalnego jest podrzędna i sprowadza się do bycia asystentem nauczyciela wiodącego. Taki sposób organizacji współnauczania nie sprzyja wykorzystaniu potencjału pedagogów specjalnych, wytwarzaniu się efektu synergii i wzajemnemu transferowi wiedzy. Podrzędna rola pedagogów specjalnych powoduje ich dyskomfort, gdyż ich sugestie nie są uwzględniane a zadania do wykonania są im narzucane przez nauczycieli (Shin i in. 2016). To nauczyciele wspomagający są również najczęściej odpowiedzialni za radzenie sobie z trudnymi zachowaniami uczniów. Za kluczowy z perspektywy teorii edukacji włączającej jako nowego modelu edukacji należy jednak uznać problem, że omawiany model współpracy w niewielkim stopniu zmienia tradycyjne praktyki dydaktyczno-wychowawcze w klasie szkolnej (Solis i in. 2012). Ciekawej egemplifikacji tej tezy dostarcza badanie uwzględnione w przeglądzie Shin i kolegów (2016), które dotyczyło różnych przekonań nauczycieli i pedagogów specjalnych na temat radzenia sobie z zachowaniami uczniów zakłócającymi porządek w klasie. O ile nauczyciele preferowali tradycyjne karanie za takie zachowanie, o tyle współorganizujący nauczanie pedagodzy specjaliści zwracali uwagę na potrzebę wzmocnienia zachowań pozytywnych (Kroeger, Laine 2009). W sytuacji nierównowagi ról propozycje pedagogów specjalnych mają małe szanse na wdrożenie, co podtrzymuje tradycyjne praktyki dydaktyczno-wychowawcze.

Uwarunkowania jakości współpracy nauczycieli

Znaczna część badań dotyczących współnauczania analizuje uwarunkowania efektywnej współpracy pomiędzy nauczycielami w klasie. Duża liczba takich badań jest wprost proporcjonalna do złożoności i rozległości zagadnienia. Dotychczas wyodrębnione teoretycznie i empirycznie potwierdzone czynniki, które mają znaczenie dla efektywności współnauczania można pogrupować w następujący sposób: (1) czynniki związane z organizacją i przygotowaniem współpracy, (2) sposoby doboru nauczycieli do współpracy, (3) cechy osobowościowe nauczycieli i styl komunikacji w diadach, (4) przygotowanie zawodowe do współnauczania w ramach programów kształcenia nauczycieli i pedagogów specjalnych, oraz (5) cechy zespołów uczniowskich. Systematyczny przegląd Sruggs'a i kolegów (2007), do którego włączono 32 badania jakościowe, wskazuje, że dla efektywnej współpracy pomiędzy dwoma nauczycielami kluczowy jest czas poświęcony na planowanie lekcji. Także późniejsze badania potwierdzają tę prawidłowość (King-Sears i in. 2021; Strieker i in. 2012). Nauczyciele, bez względu na poziom nauczania, podkreślają, że czas na wspólne zaplanowanie lekcji jest bardzo ważny, jed-

nak trudno im go wygospodarować (Shin i in. 2016). W badaniu Dieker'a (2001) odnotowano, że nauczyciele poświęcają średnio ok. 45 minut tygodniowo na wspólne planowanie. Deklarują jednak, że chcieliby przeznaczać na planowanie więcej czasu, około 2 godzin w tygodniu. Jednym ze sposobów maksymalizacji czasu przeznaczonego na planowanie i uporządkowanie pracy jest stosowanie różnych narzędzi, m.in. tzw. agendy spotkania (Tannock 2008) lub dokumentu do wspólnego edytowania w formie elektronicznej, np. Google Docs (Scruggs i Mastropieri 2017).

Wsparcie administracyjne, kolejny z czynników warunkujących efektywność współpracy, odnosi się m.in. do kwestii planowania czy stwarzania możliwości doskonalenia warsztatu pracy przez odpowiednią organizację pracy szkół (Santoli i in. 2008). Jak sugerują nauczyciele, czas na wspólne omówienie nadchodzących lekcji powinien znaleźć się w grafiku pracy danej osoby. Ponadto, szkoła powinna zapewnić nauczycielom szkolenia doskonalące, dotyczące charakterystyk poszczególnych niepełnosprawności, strategii wsparcia, modeli współpracy czy komunikacji interpersonalnej (Scruggs i in. 2007; Solis i in. 2012).

Scruggs, Masropieri i McDuffie (2007) wskazują również na tzw. dopasowanie nauczycieli i dobrowolność uczestnictwa. Aby efektywnie razem nauczać nauczyciele muszą w pewien sposób do siebie pasować i wyrażać chęć pracy z drugą osobą. Jakościowe badania Jortveit'a i Kovac'a (2021) pokazały, że istotne jest ich wzajemne pozytywne nastawienie emocjonalne oraz partnerskie działanie, w którym doceniany jest indywidualny wkład każdego z nauczycieli. Jeżeli pary nauczycieli zostaną zaaranżowane i narzucone z góry, np. przez dyrektora to najprawdopodobniej współpraca nie będzie efektywna. Niektórzy badacze współpracę między nauczycielami określają metaforycznie mianem „zawodowego małżeństwa” (ang. *professional marriage*), a jak pisali Mastropieri i inni – „Aranzowanym małżeństwom zwykle się nie udaje” (ang. *Forced marriages often fail*) (2005: 265), dlatego dopasowanie w zakresie cech indywidualnych i podejścia do nauczania, jak również jasne sprecyzowanie pełnionych zadań w ramach przyjętych ról zawodowych są niezwykle istotne dla powodzenia współnauczania (McDuffie i in. 2007). Zauważono, że jeśli stworzone diady nauczycieli nie współpracują ze sobą harmonijnie, rośnie ryzyko, że pedagog specjalny jest traktowany jako asystent nauczyciela, który przejmuje odpowiedzialność za odrzuconych i zaniedbanych przez niego uczniów z niepełnosprawnościami (Pancsofar, Petroff 2016; van Hover i in. 2012).

Innym warunkiem efektywnej współpracy jest komunikacja, która staje się narzędziem do wyrażania własnych przekonań i opinii; do dyskusowania podziału obowiązków czy odpowiedzialności za konkretne działania w klasie szkolnej lub do rozwiązywania pojawiających się problemów (Conderman 2011; Knackendoffel 2007). Efektywność komunikacji jest oczywiście związana ze swobodą doboru

nauczycieli i pedagogów specjalnych w diady oraz cechami ich osobowości, jest jednak badana jako odrębna kwestia (Shin i in. 2016). Za takim rozwiązaniem przemawia przede wszystkim to, że umiejętności komunikacyjne mogą być efektywnie podnieszone w wyniku szkoleń i treningów, które można włączać do programów kształcenia i doskonalenia nauczycieli. Badacze dostrzegają potrzebę skutecznej komunikacji między nauczycielami nie tylko w toku zajęć, ale także podczas ich wcześniejszego przygotowywania (Brown i in. 2013). Scruggs i Mastropieri (2017) wymienili kilka istotnych elementów skutecznej komunikacji:

- a) aktywne słuchanie nauczyciela współorganizującego kształcenie,
- b) unikanie personalnych komentarzy do omawianych sytuacji,
- c) poszukiwanie wspólnego celu,
- d) stosowanie burzy mózgów jako narzędzia do poszukiwania rozwiązań,
- e) spisywanie wyznaczonych celów,
- f) monitorowanie, czy wyznaczony cel został osiągnięty.

Efektywna komunikacja ma znaczenie nie tylko dla jakości współnauczania, definiowanego przez pryzmat korzyści odnoszonych przez uczniów, ale także dla korzyści, jakie ze współpracy mogą czerpać nauczyciele i pedagodzy specjaliści (Shin i in. 2016).

Wśród uwarunkowań zwiększających efektywność współpracy nauczycieli Pancsofar i Petroff (2013) wskazują na ich odpowiednie przygotowanie, szczególnie w okresie studiów. Wyniki przeprowadzonych przez nich badań ilościowych ujawniły, że nauczyciele, którzy mieli więcej okazji do zgłębiania wiedzy na temat współnauczania podczas zajęć akademickich czuli się bardziej pewni siebie w czasie wspólnego nauczania w klasie szkolnej, prezentowali bardziej pozytywne nastawienie względem niego i większe zainteresowanie rozwijaniem wiedzy w tym zakresie. Podobne wnioski sformułowano w odniesieniu do grupy nauczycieli, którzy uczestniczyli w kursach doskonalących w zakresie współnauczania już w toku pracy zawodowej. Eksperci i nauczyciele wskazują także na niedobór odpowiednich szkoleń, doskonalących umiejętności w zakresie pracy w klasach włączających, w tym współnauczania (Lindner, Schwab 2020).

Kolejnymi, ważnym czynnikiem dla powodzenia współnauczania jest odpowiedni poziom umiejętności uczniów. Zwłaszcza we wcześniej prowadzonych badaniach nauczyciele zgłaszali pogląd, że uczniowie o niskim poziomie funkcjonowania nie odnoszą wystarczających korzyści ze współnauczania (Scruggs i in. 2007). Jak już sygnalizowano wcześniej, współnauczanie może być korzystną formą nauki dla uczniów z określonymi niepełnosprawnościami (Iacono i in. 2021). Pearl, Dieker i Kirkpatrick (2012) sugerują natomiast, że w klasie, w której naucza dwóch nauczycieli, uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi nie powinni przekraczać 30% liczby wszystkich uczniów.

Korzyści ze wspólnego nauczania odnoszone przez nauczycieli

Badania prowadzone na przestrzeni ostatnich lat koncentrowały się na ocenie korzyści płynących ze wspólnego nauczania nie tylko w odniesieniu do uczniów, ale również do nauczycieli (Lindner, Schwab 2020; Scruggs i in. 2007; Shin i in. 2016). Walther-Thomas (1997) scharakteryzowała cztery zasadnicze obszary korzyści dostrzeganych przez nauczycieli nauczających w tym modelu: większy stopień współpracy z innymi specjalistami, indywidualne wsparcie, doskonalenie zawodowe oraz satysfakcja z pracy.

W zakresie satysfakcji zawodowej nauczyciele podkreślali, że rodzi się ona w efekcie dostrzegania sukcesów uczniów. Szczególne znaczenie przypisywali wzrostowi osiągnięć edukacyjnych i doskonaleniu kompetencji społecznych, dzięki czemu mieli poczucie, że wdrażane oddziaływania przynoszą oczekiwane rezultaty. Zwrócili również uwagę, że z każdym wspólnie tworzonym programem nauczania czuli większą satysfakcję z podejmowanego wysiłku.

W przekonaniu wielu nauczycieli współnauczanie umożliwia permanentne doskonalenie własnego warsztatu pracy. Podkreślają oni, że każdy z nich ma okazję do dzielenia się swoimi najlepszymi umiejętnościami zawodowymi oraz bogatym zapleczem wiedzy, wzbogacając tym samym zasoby nauczyciela współorganizującego kształcenie.

Podkreślano także znaczenie indywidualnego wsparcia, jakiego wzajemnie udzielają sobie nauczyciele w procesie współnauczania. Badani zauważyli, że profesję nauczyciela zwyczajowo postrzega się w kategoriach bycia osamotnionym w konfrontacji z grupą uczniów. Doświadczenie współpracy z innym nauczycielem w klasie szkolnej pozwoliło nauczycielom dostrzec dobre strony wspólnego prowadzenia zajęć. Wskazywali m.in. na poczucie wsparcia w poszukiwaniu najlepszych rozwiązań sytuacji trudnych.

Korzyści ze współnauczania nauczyciele upatrywali również w zwiększonej współpracy z innymi specjalistami zatrudnionymi w szkole. Zaobserwowano, że wykazywali oni wówczas większe osobiste zainteresowanie sytuacją uczniów w oddziałach klasowych, chętniej udzielali wskazówek oraz oferowali wsparcie w postaci organizacji sesji szkoleniowych o określonej tematyce dla nauczycieli (Walther-Thomas 1997).

Badania Austina (2001), w których wykorzystano mieszaną metodologię, potwierdziły wcześniejsze doniesienia, że wspólne nauczanie przyczynia się do rozwoju zawodowego nauczycieli w zakresie wiedzy przedmiotowej oraz zwiększa ich umiejętności w obszarze zarządzania klasą czy adaptacji programów nauczania. W opinii badacza wspólne nauczanie stanowi przestrzeń do wymiany doświadczeń, pomysłów i strategii kształcenia w klasach współtworzonych przez uczniów z różnorodnymi wyzwaniami rozwojowymi (Bessette 1999, za: Scruggs

i in. 2007). Ponadto, Shin i inni (2016) zauważyli, że wzajemna współpraca pomaga nauczycielom w dzieleniu się swoimi spostrzeżeniami i przyjmowaniu innej perspektywy, której wcześniej nie dostrzegali. Nauczyciele doceniają także możliwość dyskusowania pomysłów, ich zasadności i możliwych sposobów realizacji. Hargreaves (2003) sugerował, że współpraca nauczycieli może prowadzić do wzrostu ich poczucia pewności siebie w realizacji obowiązków zawodowych, a w efekcie do większej chęci eksperymentowania i podejmowania ryzyka w tworzeniu programów nauczania oraz w prowadzeniu lekcji.

Do podobnych wniosków w swoich badaniach doszedł Frisk (2004, za: Scruggs i in. 2007), dostrzegając, że współpraca z drugim nauczycielem w oddziale klasowym umożliwia zdobywanie doświadczenia w odpowiednim dopasowywaniu treści i metod nauczania do indywidualnych potrzeb i zasobów uczniów oraz rozszerzaniu repertuaru środków reagowania na prezentowane przez nich zachowania.

Spośród innych korzyści warto wymienić także współdzielenie przez nauczycieli organizujących kształcenie odpowiedzialności za przebieg lekcji i całokształt procesu nauczania uczniów (Brown i in. 2013; Friend i Cook 2007). Doświadczenie współpracy skutkuje zwiększeniem entuzjazmu, zapału do pracy i wzajemnego zaufania, a w konsekwencji zmniejszeniem ryzyka wypalenia zawodowego i ułatwieniem startu zawodowego młodym adeptom nauczania (Weiss i Brigham 2000; Giebułtowska 2021). Nauczyciele nie czują się samotni w swoich działaniach, ponieważ zawsze mają obok siebie partnera, który służy wsparciem, a także motywuje do podejmowania autorefleksji, rozwijania wiedzy i doskonalenia umiejętności (Nevin i in. 2006). Jak pisze Giebułtowska (2021), „współnauczanie ułatwia przejście od kultury izolacji do kultury współpracy i uczenia się przez wspólne doświadczenia”.

Na zakończenie warto dodać, że współnauczanie przynosi korzyści niezależnie od stażu pracy w zawodzie nauczyciela. Jak zauważają Murawski i Lochner (2011), im więcej pozytywnych doświadczeń zgromadzą nauczyciele i im bardziej będą rozwijać wiedzę na temat wdrażania idei współnauczania, tym więcej zyskają odbiorcy wzajemnej współpracy nauczycieli, czyli uczniowie.

Osiągnięcia szkolne uczniów objętych współnauczaniem

Ocenianiu osiągnięć szkolnych uczniów w klasach objętych współnauczaniem poświęcono dotąd stosunkowo dużo badań, co oczywiście świadczy o znaczeniu tego zagadnienia. Ponieważ w większości przypadków były to badania ilościowe, obejmujące pomiar bezpośredni (poprzez testy osiągnięć) lub pośredni (za pomoc ocen nauczycielskich) możliwe było przygotowanie ilościowych syntez

takich wyników, zwanych metaanalizami. Do tej pory opublikowano 5 takich metaanaliz, przy czym 4 dotyczyły osiągnięć uczniów z niepełnosprawnościami i tylko jedna uczniów o typowym rozwoju.

Pierwszą analizę tego typu opublikowano przed 20 laty i obejmowała ono zaledwie 6 badań (5 z nich dotyczyło osiągnięć szkolnych) z lat 1989–1999, gdyż tylko tyle spełniało kryteria włączenia do próby (Murawski, Swanson 2001). Wszystkie badania miały charakter interwencji, a większość z nich trwała przez jeden rok szkolny. Najwyższą i generalnie wysoką siłę efektu zaobserwowano dla osiągnięć z języka (obliczoną na podstawie czterech efektów z trzech badań, $d = 1,59$), co oznacza, że uczniowie w klasach ze wspólnym nauczaniem osiągają wyższe wyniki w nauce w zakresie języka niż w innych formach kształcenia. Wyniki dla osiągnięć z matematyki, na podstawie trzech badań i czterech efektów, były znacznie słabsze, jednak wciąż umiarkowanie silne i pozytywne, na korzyść wspólnego nauczania ($d = 0,45$). Niewielką, choć pozytywną siłę efektu ($d = 0,32$) ustalono dla ocen szkolnych (Murawski, Swanson 2001). Ograniczeniem tej analizy jest nie tylko niewielka liczba badań, ale i ich mieszane schematy (czasami włączano grupę kontrolną a czasami nie) oraz niejednorodność prób (uwzględniano zarówno postępy uczniów z niepełnosprawnościami, jak i o typowym rozwoju).

Wyniki kolejnej metaanalizy, zaprezentowane tym razem w dysertacji, pozwoliły uzupełnić nieco obraz przedstawiony przez Murawski i Swanson (Khoury 2014). Badanie to uwzględniło 20 prac z okresu około 25 lat poprzedzających ukończenie rozprawy, w tym 13 dysertacji. Do szacowania siły efektu Kohury użył wskaźnika g Hedge'a, który ma zbliżoną interpretację do d Cohena, (Lipsey, Wilson 2001). Efekty uzyskiwane w poszczególnych badaniach włączonych do metaanalizy były bardzo zróżnicowane, jednak ogólny efekt obliczony przez autora był pozytywny, choć słaby ($g = 0,281$; $p < 0,05$) i wskazuje na wyższe wyniki uczniów z niepełnosprawnością uczących się w klasach ze wspólnym nauczaniem w stosunku do uczniów uczących się w alternatywnych formach kształcenia. W metaanalizie badano także znaczenie kilku moderatorów. Z aktualnej perspektywy najbardziej ciekawe jest oszacowanie znaczenia formy kształcenia, z którą porównywane było współnauczanie. Uczniowie, którzy uczyli się w klasach prowadzonych przez dwóch nauczycieli osiągnęli wyższe wyniki w nauce w stosunku do tych, którzy uczyli się w edukacji specjalnej ($g = 0,435$, $p < 0,001$), ale już między uczniami uczącymi się w klasach ze wspólnym nauczaniem w stosunku do uczniów w klasach tradycyjnych nie było różnic statystycznie istotnych ($g = -0,660$). Mówiąc inaczej, badanie to pokazało wyższą efektywność współnauczania względem form segregacyjnych, ale nie względem alternatywnych form włączających. Analizując pozostałe moderatory nie wykryto ani znaczenia szczebla szkolnego ani nauczanego przedmiotu.

Swoistą próbą odpowiedzi na ograniczenie konkluzyjności wyników poprzednich metaanaliz, spowodowane niską lub nieznaną jakością analizowanych

badania jest publikacja Losinski'ego i kolegów (2019). Badacze ci przygotowali metaanalizę wyników badań osiągnięć szkolnych uczniów szkół średnich, uczęszczających do klas objętych współnauczaniem. Chociaż do metaanalizy tej włączano obok publikacji także rozprawy doktorskie, autorzy dokonali oceny jakości wszystkich badań. Posłużyli się bardzo popularnymi standardami dla badań, których wyniki mogą być uznawane za dowody skuteczności rozwiązań edukacyjnych i tym samym uzasadniać ich rekomendowanie praktykom, ustalonymi przez *Council for Exceptional Children* (CEC-EBP, 2014). Standardy te są dość restrykcyjne i obejmują 9 kryteriów, w tym wielkość i randomizację grupy eksperymentalnej i kontrolnej, jakość pomiaru, konieczność oceny dokładności wdrażania programu edukacyjnego itp. (CEC-EBP, 2014). Średnia jakość włączonych do analizy 10 badań wynosiła 66%, a żadne badanie nie spełniało wszystkich kryteriów, przyjętych przez CEC. Porównując osiągnięcia szkolne uczniów z niepełnosprawnościami objętych współnauczaniem z osiągnięciami ich rówieśników kształconych przez znaczną część czasu w formach wydzielonych poza heterogeniczną klasą szkolną (tzw. *resource rooms*) nie zaobserwowano istotnych różnic ($d = -0,012$) – (Losinski i in. 2019). Wynik tego badania ma znaczenie przede wszystkim dla edukacji specjalnej w USA i w innych krajach, które na szeroką skalę stosują *resource rooms*, podlegające obecnie krytyce jako rozwiązanie sprzeczne z ideą edukacji włączającej. Brak różnic między porównywalnymi formami przy konieczności angażowania pedagogów specjalnych w obu z nich przemawia na korzyść współnauczania, jako rozwiązania mniej izolującego i stygmatyzującego uczniów z niepełnosprawnościami.

Dotychczasowy cykl metaanaliz efektywności współnauczania uczniów z niepełnosprawnościami zamyka opracowanie King-Sears i kolegów (2021). Autorzy włączyli do analizy 26 publikacji, dysertacji i niepublikowanych raportów z lat 1999–2019, które zawierały dane spełniające kryteria. Analizie poddawano wyniki obiektywnego pomiaru osiągnięć szkolnych uczniów z niepełnosprawnościami, uczęszczających do klas 1–12. Badanie musiało zawierać dane z pomiaru porównawczego, gdzie jedną grupę stanowili uczniowie objęci współnauczaniem a drugą ich rówieśnicy z klas/szkół specjalnych lub *resource rooms*.

Ogólny efekt metaanalizy jest pozytywny i umiarkowanie silny ($g = 0,47$), a zatem wskazuje na wyższe osiągnięcia uczniów objętych współnauczaniem niż alternatywnymi formami kształcenia specjalnego. Warto jednak podkreślić, że efekt ten był istotnie niższy w badaniach, w których stosowano losowy dobór do grup porównawczych lub dopasowywano uczniów o porównywalnych charakterystykach ($g = 0,24$) niż przy innych sposobach doboru prób ($g = 0,51$). Nie odnotowano za to istotnych statystycznie różnic między efektami porównań osiągnięć uczniów objętych współnauczaniem i kształceniem w *resource rooms* ($g = 0,41$) lub w klasach/szkołach specjalnych ($g = 0,51$). Dla raportowanej siły efektu nie miał

znaczenia także rok prowadzenia badań – badania nowsze nie przynosiły bardziej obiecujących wyników, niż starsze.

Wyniki metaanaliz warto uzupełnić przypomnieniem rezultatów krajowych badań, w których porównywano osiągnięcia szkolne uczniów z niepełnosprawnościami z klas prowadzonych przez dwóch nauczycieli (tzw. klas integracyjnych) z osiągnięciami uczniów szkół specjalnych, a przede wszystkim klas ogólnodostępnych, nie objętych współnauczaniem. W największym dotąd badaniu odnotowano wyższe osiągnięcia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną z klas integracyjnych i ogólnodostępnych, niż ich rówieśników ze szkół specjalnych, choć efekt ten był słaby – odpowiednio $d = 0,23$ i $0,21$ (Szumski, Karwowski 2014). Nie zaobserwowano za to różnic między osiągnięciami uczniów z dwóch form włączających (ze współnauczaniem i bez). Inne badania krajowe, prowadzone na mniejszych grupach przyniosły mniej jednoznaczne wyniki, czasami wskazując na przewagę współnauczania nad formami alternatywnymi, a czasami nie (por. Buchnat 2015; Chrzanowska 2003; Papuda-Dolińska 2017).

Dotychczas opublikowano tylko jedną metaanalizę uwzględniającą znaczenie współnauczania dla osiągnięć szkolnych uczniów bez specjalnych potrzeb edukacyjnych, jednak uwzględniano w niej tylko dwa warianty współnauczania: w pełnym wymiarze czasu oraz częściowo, gdy pedagog specjalny był obecny w klasie tylko na niektórych lekcjach (Szumski i in. 2017). Chociaż siła efektu w pierwszym typie klas wynosiła $d = 0,19$ a w drugim tylko $d = 0,05$, to wyniki te nie różniły się istotnie. Ustalenie, że uczniowie o typowym rozwoju nie odnoszą znaczących korzyści ze współnauczania w klasach włączających zostało potwierdzone w podłużnym badaniu polskich gimnazjalistów, w którym porównywano zmiany osiągnięć szkolnych uczniów z języka polskiego i matematyki uczęszczających do klas integracyjnych, ogólnodostępnych z uczniami z niepełnosprawnością i tradycyjnych klas bez uczniów z niepełnosprawnością (Szumski i in., w recenzjach).

Funkcjonowanie społeczne uczniów uczestniczących we współnauczaniu

Istniejące przeglądy systematyczne literatury na temat współnauczania stonkowo rzadko podejmują kwestie funkcjonowania społecznego uczniów, a ich ustalenia są niekonkluzyjne (Murawski, Swanson 2001; Scruggs i in. 2001). Jednym z powodów tego stanu może być to, że funkcjonowanie społeczne jest bardzo złożonym obszarem. Z jednej strony w jego zakres wchodzi różne doświadczenia społeczne uczniów w szkole (relacje z nauczycielami i rówieśnikami, otrzymywane wsparcie, doświadczane emocje itp.), z drugiej zaś różnego typu

umiejętności społeczno-poznawcze, traktowane jako cechy (np. zdolność rozumienia innych, empatyczność, umiejętność skutecznego porozumiewania się, samokontrola itp.). W metaanalizie Murawski i Swanson (2001) uwzględniono jedno badanie na temat funkcjonowania społecznego uczniów z trudnościami w uczeniu. Metaanaliza ośmiu efektów (zarówno cech, jak i doświadczeń społecznych) wskazała na brak istotnych różnic między wynikami uczniów poddawanych współnauczaniu i ich rówieśników z klas, w których pedagodzy specjalni wspomagali nauczycieli przez 1–2 godziny dziennie, głównie jako konsultanci – $d = 0,08$. Inne badania ilościowe, nie objęte przeglądami systematycznymi także wskazują na brak wyraźnej przewagi współnauczania nad alternatywnymi formami kształcenia uczniów z niepełnosprawnościami w zakresie funkcjonowania społecznego (Rea i in. 2002; Wiener, Tardif 2004). Ta prawidłowość znajduje także pośrednie wsparcie w wynikach nowej metaanalizy, w której nie odnotowano korzyści w funkcjonowaniu psychospołecznym ani uczniów z niepełnosprawnościami ($d = 0,00$) ani uczniów o typowym rozwoju ($d = 0,06$) z uczęszczania do klas włączających (Krämer i in. 2021). Metaanaliza ta jednak dotyczyła edukacji włączającej, a nie współnauczania jako jednego z jej wariantów.

Wyniki ilościowych badań uwzględniających bezpośredni pomiar funkcjonowania społecznego kontrastują z badaniami opinii nauczycieli. W jakościowej analizie Scruggsa i in. (2007) stwierdzono, że wspólne nauczanie przynosi korzyści społeczne zarówno uczniom bez niepełnosprawności, jak i z niepełnosprawnością. Zauważono, że dla uczniów bez niepełnosprawności współpraca nauczycieli w klasie jest modelem zachowań, na którym mogą i powinni się wzorować. Wspomniano także, że wśród analizowanych badań korzyści społeczne dla tej grupy uczniów były wymieniane częściej niż te dotyczące osiągnięć szkolnych, ale nie sprecyzowano o jakie konkretnie korzyści chodzi. Zauważono, że w przypadku uczniów z niepełnosprawnością największym pozytywem jest możliwość przebywania, obserwacji i naśladowania uczniów bez niepełnosprawności – jest to stała okazja modelowania właściwych zachowań w grupie rówieśniczej. Ta rozbieżność przekonań i obserwacji nauczycieli z wynikami badań uczniów wymaga empirycznych weryfikacji i dalszych naukowych wyjaśnień.

Podsumowanie

Dotychczas przeprowadzone badania dostarczają dość bogatej wiedzy na temat współnauczania, pozostawiają jednak nadal wiele kwestii nierozstrzygniętych.

Przed wszystkim można przyjąć, że współnauczanie jest rozwiązaniem organizacyjno-dydaktycznym o umiarkowanej skuteczności dla uczniów z niepełnosprawnościami. Większość uzyskanych dotąd miar efektów mieści się w prze-

dziale między 0,4–0,5, co oznacza, że przeciętny uczeń w klasach objętych współnauczaniem ma osiągnięcia szkolne lepsze niż 66–69% uczniów kształconych w formach bardziej segregacyjnych - szkołach/klasach specjalnych lub *resource rooms*. Choć przewaga ta może się wydawać niewielka, warto przypomnieć, że taki poziom korzyści jest typowy dla wielu rozwiązań cenionych i stosowanych w edukacji szkolnej (Hattie, Yates 2014). Jeśli uwzględnimy, że współnauczanie posiada także inne zalety, takie jak zapewnienie uczniom z niepełnosprawnościami dostępu do edukacji blisko miejsca zamieszkania oraz przełamywanie uprzedzeń względem tej grupy ludzi, można będzie uznać, że badania dostarczają naukowych przesłanek do dalszego upowszechniania tej formy kształcenia.

Współnauczanie jest rozwiązaniem stosunkowo nowym, stosowanym na szerszą skalę od około 30 lat. Istnieje zatem przestrzeń do jego doskonalenia, i tym samym zwiększania jego efektywności. Badania wskazują na obiecujące kierunki tego typu działań. Przede wszystkim zwraca się uwagę na potrzebę traktowania współnauczania jako kluczowego elementu zreformowanego szkolnictwa, a nie prostego uzupełnienia istniejącego stanu rzeczy. Wraz z upowszechnianiem współnauczania należy zatem zmieniać wiele elementów organizacji pracy szkół, systemów kształcenia i profesjonalnego wspierania nauczycieli. Chociaż jak dotąd odczuwamy niedobór wyników badań wskazujących na bezpośredni związek między czasem poświęconym przez nauczycieli i pedagogów specjalnych na wspólne przygotowywanie zajęć i pedagogicznymi efektami współnauczania, to jest bardzo dużo badań prowadzonych wśród nauczycieli, pedagogów specjalnych i ekspertów od edukacji, które podkreślają kluczową rolę tego czynnika. Uwzględnienie czasu na wspólne planowanie lekcji w ramowych planach funkcjonowania szkół może przyczynić się do poprawy jakości współnauczania. Innym instrumentem, służącym temu samemu celowi jest szkolenie nauczycieli w zakresie wykorzystania technologii informatycznej w procesie wspólnego planowania nauczania. W kilku dotychczasowych badaniach wskazywano także na rolę umiejętności komunikacyjnych nauczycieli dla efektywności współnauczania. Chociaż umiejętności te były istotne także w szkole wykorzystującej tradycyjne rozwiązania organizacyjno-dydaktyczne, to ich rola wyraźnie wzrasta wraz z wprowadzaniem współnauczania. Umiejętności komunikacyjne powinny być zatem intensywnie rozwijane w tej grupie w trakcie kształcenia i doskonalenia zawodowego. Badania wskazują także na potencjał tkwiący w optymalizacji doboru partnerów do wspólnego prowadzenia klas. Chociaż z przyczyn organizacyjnych nauczyciele nie zawsze mogą swobodnie decydować, z kim będą nauczali, to umożliwienie im współdecydowania o tym może być owocne.

Zapewnienie warunków sprzyjających intensyfikacji współpracy nauczycieli i specjalistów współprowadzących lekcje zwiększa prawdopodobieństwo sięgania przez nich po różnorodne modele współnauczania. Obserwowana na całym

świecie dominacja modelu „jeden naucza, drugi pomaga” nie sprzyja wykorzystaniu potencjału współnauczania. W ocenie uczniów model ten przynosi im mniejsze korzyści, niż rozwiązania alternatywne (Iacono i in. 2021). Poglądy uczniów są zgodne z wynikami innych badań wskazujących, że elastyczne sięganie po pełną gamę możliwych rozwiązań, dopasowanych do różnych celów i treści kształcenia, zwiększa poziom indywidualizacji nauczania (Lindner, Schwab 2020). Wreszcie model „jeden naucza, drugi asystuje” wprowadza asymetrię w relacjach między nauczycielami i definiuje rolę pedagoga specjalnego jako podrzędną (Solis i in. 2012; Shin i in. 2016), co z kolei prowadzi od powstawania napięć, obniża satysfakcję z pracy i ogranicza możliwość wzajemnego uczenia. Tymczasem wielu nauczycieli podkreśla, że współnauczanie stanowiło dla nich dobrą okazję do rozwoju umiejętności zawodowych. Przede wszystkim mogli oni korzystać na przyjmowaniu perspektywy partnerów, którzy mają inny profil wykształcenia i inne umiejętności pedagogiczne. Ponadto, badania wskazują, że współnauczanie może podnosić pewność siebie nauczycieli, satysfakcję z pracy i przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu. Te zalety są współcześnie szczególnie ważne, gdyż w wielu krajach obserwujemy niewystarczające zainteresowanie zawodem nauczyciela ze względu na rosnące obciążenia związane z pracą w szkole (White, Smith 2005).

Chociaż dysponujemy stosunkowo dużą liczbą badań na temat różnych aspektów współnauczania, to wiele z nich ma ograniczoną jakość, co należy uwzględnić podczas wyciągania wniosków i planowania kolejnych projektów. Trzy rodzaje ograniczeń wydają się szczególnie dotkliwe. Po pierwsze, wiele badań na temat pedagogicznych efektów uwzględnia wprawdzie testowy pomiar osiągnięć, ale nie były prowadzone w schematach podłużnych, które pozwalają obserwować zmiany. Ponadto, bardzo rzadko kontrolowano w tych badaniach, jaki model współnauczania był wykorzystywany i jak był on wdrażany. Po drugie, bardzo mało badań dotyczy znaczenia współnauczania dla uczniów z poważnymi niepełnosprawnościami, takimi jak: niepełnosprawność intelektualna, autyzm, czy niepełnosprawności sprzężone. Przykładowo, w najnowszej metaanalizie aż 30% badań uwzględniało tylko uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się a w 17 brał udział uczniowie z różnymi rodzajami trudności w uczeniu się. Uczniowie z innymi rodzajami specjalnych potrzeb byli uwzględniani o wiele rzadziej (King-Sears i in. 2021). Po trzecie, bardzo wiele badań, zwłaszcza dotyczących uwarunkowań współnauczania i jego następstw dla funkcjonowania i rozwoju zawodowego nauczycieli, bazuje na opiniach nauczycieli, nie zaś na obiektywnych miarach. Dodatkowo, wiele z nich ma charakter typowych badań jakościowych, co utrudnia generalizację uzyskanych wyników. Poprawa jakości przyszłych badań jest zatem kluczowa dla rozwoju wiedzy o współnauczaniu i jej użyteczności dla doskonalenia praktyki edukacyjnej.

Bibliografia

- Austin V.L. (2001), *Teachers' beliefs about co-teaching*, „Remedial and Special Education”, 22, 245–255.
- Brown N.B., Howerter C.S., Morgan J.J. (2013), *Tools and Strategies for Making Co-teaching Work*, „Intervention in School and Clinic”, 49: 84–91.
- Buchnat M. (2015), *Formy organizacji kształcenia dziecka z lekką niepełnosprawnością intelektualną a jego kompetencje społeczne*, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Buchner T., Shevlin M., Donovan M.-A., Gercke M., Goll H., Šiška J., Janyšková K., Smogorzewska J., Szumski G., Vlachou A., Demo H., Feyerer E., Corby D. (2021), *Same progress for all? Inclusive education, the United Nations Convention on the rights of persons with disabilities and students with intellectual disability in European Countries*, „Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities”, 18: 7–22.
- Chrzanowska I. (2003), *Funkcjonowanie dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim w szkole podstawowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Conderman G. (2011), *Middle School Co-Teaching: Effective Practices and Student Reflections*, „Middle School Journal”, 42: 24–31.
- Cook L., Friend M. (1995), *Co-teaching: guidelines for effective practice*, „Focus on Exceptional Children”, 28: 1–12.
- Council for Exceptional Children (2014), *Council for Exceptional Children standards for evidence-based practices in special education*, <http://www.cec.sped.org/media/Files/Standards/Evidence-%20based%20Practices%20and%20Practice/CECs%20EBP%20Standards.pdf>.
- Dieker L.A. (2001), *What are the characteristics of “effective” middle and high school co-taught teams for students with disabilities?*, „Preventing School Failure”, 46: 14–23.
- Farrell P., Alborz A., Howes A., Pearson D. (2010), *The impact of teaching assistants on improving pupils' academic achievement in mainstream schools: a review of the literature*, „Educational Review”, 62: 435–448.
- Friend M., Cook L. Hurlley-Chamberlain A., Shamberger C. (2010), *Co-Teaching: An Illustration of the Complexity of Collaboration in Special Education*, „Journal of Educational and Psychological Consultation”, 20: 9–27.
- Garlej-Drzewiecka E. (2004), *Pedeutologiczny kontekst myślenia o nauczycielu wiodącym i wspierającym [w:] red. C. Kosakowski, A. Krause, Dyskursy pedagogiki specjalnej. Rehabilitacja, opieka i edukacja specjalna w perspektywie zmian*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn, vol. 3.
- Giebułtowska J. (2021), *Team teaching – doświadczenie współnauczania*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin”, vol. XXXIV: 45–55.
- Hargreaves A. (2003), *Teaching in the knowledge society: Education in the age of insecurity*, Teachers College Press, New York.
- Hattie J., Yates G. (2014), *Visible learning and the science of how we learn*, Routledge, London.
- Iacono T., Landry O., Garcia-Melgar A., Spong J., Hyett N., Bagley K. (2021, w druku), *A systematized review of co-teaching efficacy in enhancing inclusive education for students with disability*, „International Journal of Inclusive Education”.
- Jortveit M., Kovač V.B. (2021, w druku), *Co-teaching that works: special and general educators' perspectives on collaboration*, Teaching Education, 1–15.
- Khoury Ch. (2014), *The effect of co-teaching on the academic achievement outcomes of students with disabilities: A meta-analytic synthesis*, Unpublished doctoral dissertation, University of Texas.

- Kim N.J., Belland B.R., Walke, A.E. (2018), *Effectiveness of computer-based scaffolding in the context of problem-based learning for STEM education: Bayesian meta-analysis*, „Educational Psychology Review”, 30: 397–429.
- King-Sears M.E., Stefanidis A., Berkeley S., Strogilos V. (2021), *Does co-teaching improve academic achievement for students with disabilities? A meta-analysis*, „Educational Research Review”, 34: 100–405.
- Knackendoffel E.A. (2007), Collaborative teaming in the secondary school, „Focus on Exceptional Children”, 40: 1–20.
- Kobyłańska A., Krzemińska D. (2004), *Wokół znaczeń kategorii „pedagog wspomagający” [w:] Rehabilitacja, opieka i edukacja specjalna w perspektywie zmiany*, red. Cz. Kosakowski, A. Krause, Wydawnictwo UW-M, Osztyn.
- Krämer S., Möller J., Zimmermann F. (2021), *Inclusive education of students with general learning difficulties: A meta-analysis*, „Review of Educational Research”, 91: 432–478.
- Kroeger S., Laine C. (2009), *Pre-Service English teachers and special educators: Opportunities and barriers to collaboration*, „American Reading Forum Annual Yearbook” 29: 1–1.
- Lindner K.T., Schwab S. (2020, w druku), *Differentiation and individualisation in inclusive education: A systematic review and narrative synthesis*, „International Journal of Inclusive Education”, 1–21.
- Lipsey M.W., Wilson D.B. (2001), *Practical Meta-Analysis*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Losinsky M., Sanders S., Parks-Ennis R., Wiseman N., Nelson J., Katsiannis A. (2019), *An investigation of co-teaching to improve academic achievement of students with disabilities: A meta-analysis*, „Journal of the American Academy of Special Education Professionals”, Spring-Summer, 149–181.
- Mastropieri M.A., Scruggs T.E., Gaetz J., Nor-land J., Gardizi W., McDuffie K. (2005), *Case studies in co-teaching in the content areas: Successes, failures and challenges*, „Intervention in School and Clinic”, 40: 260–270.
- McDuffie K.A., Scruggs T.E., Mastropieri M.A. (2007), *Co-teaching in inclusive classrooms: results of qualitative research from the United States, Canada, and Australia. Advanced in Learning and Behavioral Disabilities*, „International Perspectives”, 20: 311–338.
- Murawski W.M., Lochner W.M. (2011), *Observing Co-Teaching: What to Ask For, Look For, and Listen For*, „Intervention in School and Clinic”, 46: 174–183.
- Murawski, W.W., Swanson, H.L. (2001), *A meta-analysis of co-teaching research. Where are the data?*, „Remedial and Special Education”, 5: 258–267.
- Nevin A.I., Thousand J.S., Villa R.A. (2006), *The Many Faces of Collaborative Planning and Teaching*, „Theory Into Practice”, 45: 239–248.
- Pancsofar N., Petroff J.G. (2016), *Teachers’ experiences with co-teaching as a model for inclusive education*, „International Journal of Inclusive Education”, 20: 1043–1053.
- Pancsofar N., Petroff J.G. (2013), *Professional development experiences in co-teaching: Associations with teacher confidence, interests, and attitudes*, „Teacher Education and Special Education”, 36: 83–96.
- Papuda-Dolińska B. (2017), *Dziecko z niepełnosprawnością wzroku w roli ucznia szkoły ogólnodostępnej, integracyjnej i specjalnej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Pearl C., Dieker L.A., Kirkpatrick R.M. (2012), *A Five-Year Retrospective on the Arkansas Department of Education Co-Teaching Project*, „Professional Development in Education”, 38: 571–587.

- Rea P.J., McLaughlin V.L., Walther-Thomas C. (2002), *Outcomes for students with learning disabilities and pullout programs*, „*Exceptional Children*”, 68: 203–223.
- Santoli S.P., Sachs J., Romey E.A., McClurg S. (2008), *A Successful Formula for Middle-School Inclusion: Collaboration, Planning Time, and Administrative Support*, „*Research on Middle Level Education Online*”, 32: 1–13.
- Scruggs T., Mastropieri M.A. (2017), *Making Inclusion Work with Co-Teaching*, „*Teaching Exceptional Children*”, 49: 284–293.
- Scruggs T., Mastropieri M.A., McDuffi K.A. (2007), *Co-teaching in inclusive classrooms: A metasynthesis of qualitative research*, „*Exceptional Children*”, 73: 392–416.
- Shin M., Lee H., McKenna J.M. (2016), *Special education and general education preservice teachers' co-teaching experiences: a comparative synthesis of qualitative research*, „*International Journal of Inclusive Education*”, 20: 91–107.
- Solis M., Vaughn S., Swanson E., McCulley L. (2012), *Collaborative models of instruction: The empirical foundations of inclusion and co-teaching*, „*Psychology in the Schools*”, 49: 498–510.
- Strieker T., Logan K., Kuhel K. (2012), *Effects of job-embedded professional development on inclusion of students with disabilities in content area classrooms: results of a three-year study*, „*International Journal of Inclusive Education*”, 16: 1047–1065.
- Strogilos V., King-Sears M.E. (2019), *Co-Teaching is Extra Help and Fun: Perspectives on Co-Teaching from Middle School Students and Co-Teachers*, „*Journal of Research in Special Educational Needs*”, 19: 92–102.
- Szumski G., Karwowski M. (2014), *Psychosocial functioning and school achievement of children with mild intellectual disability in Polish special, integrative, and mainstream schools*, „*Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*”, 11: 99–108.
- Szumski G., Smogorzewska J., Karwowski M. (2017), *Academic achievement of students without special educational needs in inclusive classrooms: A meta-analysis*, „*Educational Research Review*”, 21: 33–54.
- Tannock M.T. (2008), *Tangible and intangible elements of collaborative teaching*, „*Intervention in School and Clinic*”, 44: 173–178.
- van Hover S., Hicks D., Sayeski K. (2012), *A Case Study of Co-Teaching in an Inclusive Secondary High-Stakes World History I Classroom*, „*Theory & Research in Social Education*”, 40: 260–291.
- Walther-Thomas Ch.S. (1997), *Co-teaching Experiences: The Benefits and Problems That Teachers and Principals Report Over Time*, „*Journal of Learning Disabilities*”, 30: 395–407.
- Weiss M.P., Brigham F.J. (2000), *Co-teaching and the model of shared responsibility: What does the research support?* [w:] *Advances in learning and behavioral disabilities. Educational interventions*, eds. T. Scruggs, M.A. Mastropieri, Elsevier Science, Oxford, UK, 14: 217–245.
- Wiener J., Tardif C.Y. (2004), *Social and emotional functioning of children with learning disabilities: Does special educational placement make a difference?*, „*Learning Disabilities Research & Practice*”, 19: 20–32.
- White P., Smith E. (2005), *What can PISA tell us about teacher shortages?*, „*European Journal of Education*”, 40: 93–112.

Anna Godlewska-Zaorska

ORCID: 0000-0001-7913-0286

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

Tożsamość zawodowa terapeutów zajęciowych w kontekście sytuowania się na kontinuum od anomii do autonomii – doniesienia z badań

Artykuł stanowi doniesienie z badań nad tożsamością zawodową terapeutów zajęciowych w kontekście sytuowania się na kontinuum od anomii do autonomii. Prowadzonym pracom eksploracyjnym, opisowym i wyjaśniającym nad tożsamością zawodową terapeutów zajęciowych bliskie stały się ujęcia sytuujące podmiot na kontinuum przedmiotowość – podmiotowość, oddające logikę przekształceń od przedkonwencjonalnego, przez konwencjonalne, po postkonwencjonalne poziomy rozumienia i działania.

Słowa kluczowe: terapeuta zajęciowy, tożsamość, tożsamość zawodowa, tożsamość anomijna, tożsamość roli, tożsamość autonomicznego „Ja”

The professional identity of the occupational therapists with reference to the continuum from anomie to autonomy – research report

The article is a research report on the professional identity of occupational therapists in the context of situating themselves on the continuum from anomy to autonomy. The exploratory, descriptive and explanatory tasks which focused on the professional identity of the occupational therapists became related to the subject of conceptualization – showing the transformation logic, from pre-conventional through conventional to post-conventional levels of understanding and acting.

Key words: occupational therapist, identity, professional identity, anomic identity, role identity, identity of the autonomous „Me”

Wprowadzenie

Pedagogika – na co wskazuje Lech Witkowski – nie przyswoiła sobie możliwości artykulacji własnych zadań oraz opisu barier, w terminach problemów związanych z kształtowaniem (się) tożsamości, z odniesieniem się do rozmaitych

poziomów zaawansowania tożsamości oraz jej odmiennych stanów (2007: 154). Tymczasem perspektywy myślowe, jakie otwierają koncepcja cyklu życia Erika H. Eriksona (1968), zoperacjonalizowana dzięki teorii statusów tożsamości Jamesa Marcii (1980) oraz poznawczo-rozwojowa teoria moralności Lawrence'a Kohlberga (1973), zdają się nieść gotową aparaturę w tym zakresie, a zwrócenie uwagi na ich założenia może stać się impulsem do nowych badań i ujęć na styku filozofii, socjologii, psychologii i pedagogiki.

Rozwój, w ujęciu zasygnalizowanych teorii, jest dążeniem do emancypacji, stopniowym uwalnianiem się od zewnętrznych uwarunkowań aktywności podmiotu. Inaczej mówiąc, zmiana rozwojowa to taka, która przynosi docelowo wzrost autonomii jednostki, czego wyrazem jest, po pierwsze, krytyczne dystansowanie się wobec istniejących wzorców myślenia, narzucanych jednostce przez otoczenie społeczne i kulturowe, a po drugie, poszukiwanie własnego sposobu bycia i dotrzymywanie wierności własnej koncepcji świata i sobie oraz własnemu rozumieniu wartości, które tworzą ważną dla jednostki przestrzeń aksjologiczną i komunikacyjną (Kwaśnica 1995: 25). W myśl tak przyjętych założeń, logika rozwoju tożsamości kieruje się tendencją do uniezależnienia się mechanizmów regulacji osobowościowej od wpływów zewnętrznych. Innymi słowy, przejściem od anonii do autonomii.

Zatem, można przyjąć, że linia rozwojowa tożsamości oddaje logikę przekształceń od przedkonwencjonalnego, przez konwencjonalne, po postkonwencjonalne poziomy rozumienia i działania. Jest to zapożyczenie poglądów Lawrence'a Kohlberga wykorzystane m.in. w analizie logiki rozwoju zawodowego nauczycieli przez Roberta Kwaśnicę (1990: 302–304) oraz stadiów rozwoju profesjonalizmu pracownika socjalnego autorstwa Krystyny Marzec-Holki (2001: 252–254).

Rozważania teoretyczne zaproponowane przez Krystynę Marzec-Holkę korespondują w dużej mierze z teorią logiki rozwoju zawodowego nauczyciela wprowadzoną na gruncie pedeutologii przez Roberta Kwaśnicę. Zasadniczo można odnaleźć tylko dwie różnice pomiędzy tymi koncepcjami. Pierwsza dotyczy nazewnictwa, z kolei druga – grupy zawodowej. Mianowicie logika rozwoju zawodowego została zastąpiona logiką rozwoju profesjonalizmu, natomiast grupa zawodowa nauczycieli – pracownikami socjalnymi. Sedno obu tych koncepcji jest jednak takie samo, tj. sprowadza się do trzech stadiów rozwoju, których następowanie prowadzi do wzrostu autonomii jednostki. Z uwagi na podobieństwo tych koncepcji, autorka przybliży je razem.

Stadium przedkonwencjonalne – wchodzenie w rolę zawodową. W tej fazie zarówno problemy interpretacyjne jak i realizacyjne rozwiązywane są przede wszystkim poprzez naśladowanie wzorów zachowań, które uchodzą za typowe w otoczeniu zawodowym. Jest to czas, kiedy dla pracownika najważniejsze znaczenie mają opinie osób przełożonych, chęć sprostania obowiązkom zawodowym

oraz wymogom otoczenia. Wybierane są takie wzory zachowań, które nie narażają na negatywną ocenę w środowisku pracy, które spotykają się z akceptacją, lub z milczącym przyzwoleniem. Wybory te nie są poprzedzone świadomością uzasadniających je racji (Kwaśnica 1990: 302–304; Holka 2001: 252–254). W tej fazie pracownik odtwarza pewną konwencję, kopiuje. Jego wartość zależy, więc od tego jakie zachowania naśladuje.

Stadium konwencjonalne – adaptacja do roli zawodowej. W tej fazie pracownik zna i rozumie wzorce interpretacyjne i realizacyjne oraz jest świadom ich uzasadnień. Jest to czas, sprawnego posługiwania się wiedzą i umiejętnościami zawodowymi, ale w sposób odtwórczy i przedkrytyczny. Oznacza to, że głównym motywem uprawomocniającym decyzje pracownika jest dążenie do sprostanania uświadamianej konwencji. Ową konwencją jest przepis roli zawodowej, definiowany i wypowiedziany w postaci zinstytucjonalizowanych wzorców postępowania. Pracownik może okazywać swoistą innowacyjność, wprowadzając metody i środki, które podnoszą sprawność działania, ale tylko takie, które mieszczą się w obowiązującej konwencji (tamże). Pełna adaptacja pracownika do roli zawodowej polega na akceptacji przepisu tej roli: celów działania, powinności, reguł pełnienia funkcji i realizacji wynikających z nich zadań. Jedynie środki działania można poddać dyskusji i modyfikacji.

Stadium postkonwencjonalne – twórcze przekraczanie roli zawodowej. Na tym poziomie pracownik dąży i ujawnia postkonwencjonalne formy rozumienia i działania, co wiąże się z krytycznym posługiwaniem się wiedzą, rewidowaniem instytucjonalnie zdefiniowanej roli zawodowej, modyfikowaniem związanych z tą rolą standardów interpretacyjnych i realizacyjnych. To stadium zawiera dążenie do emancypacji z zastanych konwencji, któremu towarzyszy twórcze wykorzystanie wiedzy, czego wyrazem jest opracowanie własnej koncepcji rozumienia rzeczywistości zawodowej i własnych sposobów funkcjonowania w tej przestrzeni (tamże). Postkonwencjonalność wyraża się w myśleniu i działaniu zmierzającym do złamania konwencji poprzez dyskutowanie jej uzasadnień, rewidowaniu i przekraczaniu przepisu roli oraz wytwarzaniu własnej definicji zawodu.

Adaptacji koncepcji Lawrence’a Kohlberga, do problematyki rozwoju tożsamości, dokonał również Lech Witkowski, wyodrębniając odpowiednio – tożsamość anomijną, tożsamość roli i tożsamość autonomicznego „Ja” (2007: 154–156). Wyróżnione typy tożsamości tworzą hierarchiczny układ, sytuując tę kategorię wzdłuż kontinuum anomia – autonomia lub inaczej ujmując, przedmiotowość – podmiotowość. Stratyfikacja poziomów tożsamości oparta jest na różnicach w zakresie charakterystyk kompetencji, podobnie zresztą jak w przypadku analiz przedstawionych powyżej.

Tożsamość anomijna – zdominowana jest orientacją na unikanie kary bądź troską o wzajemnie korzystny efekt interakcji, przy jednoczesnym braku zdolności i/lub gotowości do uwzględniania kontekstu normatywnego działania, zarówno w sensie wartości przekraczających ramy indywidualnie postrzeganego interesu jak i zgodności działań z „regułami gry”, które występują w danej instytucji (tamże). Innymi słowy, jednostka przyjmuje w sposób naturalny obecne w danej sytuacji uregulowania normatywne, a ich akceptacja zapewnia jej poczucie bezpieczeństwa. Wyraża się to w kopiowaniu, naśladowaniu wzorców działania, czemu nie towarzyszy refleksja nad zasadnością powielanej konwencji, nie pojawiają się pytania natury aksjologicznej.

Tożsamość roli – zdominowana jest troską o zasłużenie na uznanie za ściśle respektowanie kanonu konwencji normującej zachowania poprzez standaryzację formalną (reguły), jak i merytoryczną (afirmacja treści). W ramach tego poziomu tożsamości, należy się wcielać w role zgodnie z założonymi z góry kryteriami poprawności, których prawomocność nie podlega dyskusji (tamże). Inaczej mówiąc, jest to próba „czytania” tego, co jednostka musi spełnić, jakim wymaganiom społecznym mają sprostać role, które realizuje. Z kolei role skrojone są na miarę świata dobrze pomyślanego i uporządkowanego, tak by zasługiwały na akceptację i aprobatę.

Tożsamość autonomicznego „Ja” – zdominowana jest potrzebą i zdolnością do uczestnictwa w definiowaniu sytuacji i warunków obecnych w grze społecznej, w postaci wpływania na unormowania normatywne. Konwencja nie ma, więc statusu apriorycznego, a podlega krytycznej renegotjacji zawsze, gdy postawiony zostanie problem jej legitymacji aksjologicznej czy poprawności strukturalnej. Kryteria negocjowania oswojonych wartości i przyjmowania nowych nie są ostre. Narąza to jednostkę na ustawiczne poczucie ambiwalencji (tamże). Wobec tego, szczytowy poziom tożsamości jest dziełem człowieka refleksyjnego, podejmowanym wobec siebie i z myślą o sobie. Nie jest wynikiem zewnętrznego nadania, a ma swoje źródło w intencji własnej podmiotu.

Triada rozwojowa otwiera przed człowiekiem nowy pułap, wsparty nie tyle na adaptacji do zastanego zestawu norm i zasad, ile na socjalizacji krytycznej umożliwiającej człowiekowi emancypację. Ta funkcja tożsamości wskazuje, że jednostka może zajmować w strukturach społecznych różne miejsca i pozycje, choć w dużej mierze zależy to również od charakteru organizacji społecznej, zbudowanej z różnych statusów, wokół których ludzie wypełniają swoje role oraz oczekiwań dotyczących zachowania się ludzi o określonej pozycji.

Teoretyczne ustalenia Lecha Witkowskiego wykorzystana w badaniu swoistości nauczycielskiego rozwoju w zawodzie Henryka Kwiatkowska (2005: 151). Uznając, że rozwój wpisany jest w zawód nauczyciela, zbadała czterysta dwadzieścia osiem osób, wykorzystując trzydzieści atrybutywnych stwierdzeń, po

dziesięć dla trzech rodzajów tożsamości: anomijnej, roli i autonomicznego „Ja”. Stwierdzenia podała w układzie przypadkowym, a zadaniem badanych było wyrażenie do nich swojego stosunku przez określony poziom akceptacji na czterostopniowej skali.

Prowadzonym pracom eksploracyjnym, opisowym i wyjaśniającym nad tożsamością terapeutów zajęciowych, bliskie są ujęcia sytuujące podmiot na kontinuum przedmiotowość – podmiotowość. Zgodnie, z którymi rozwój w dużej mierze, wyznaczany jest, przez jakość myślenia, działania i odpowiedzialność podmiotu. W takim rozumieniu człowiek stanowi istotę transgresyjną¹, co wyraża się w ogólnej tendencji do przekraczania siebie i granic własnych osiągnięć, w przeciwieństwie do działań ochronnych, których celem jest utrzymanie dotychczasowego stanu rzeczy, a więc utrzymanie tego, co jednostka ma i czym jest.

Perspektywa metodologiczna

Każdy badacz powinien zmierzać do tego, by dać prawdziwy obraz wycinka rzeczywistości, który bada (Brzeziński: 30). Dlatego też zasadne wydaje się uznanie prawdy jako intencji naczelnej poznania naukowego. Prawda dotyczy poznania, jak również sposobu przybliżania się do rzeczywistości, związana jest z takimi zabiegami jak odkrywanie, odsłanianie, ujawnianie. Poszukiwanie prawdy oraz dociekanie jej natury wymaga, więc wysiłku, otwarcia i szczerości, który autorka starała się poczynić.

W przypadku podjętych badań cele zostały zoperacjonalizowane w oparciu o ujęcie W. Lawrence’a Neumana (2000: 22). W związku z powyższym zamiarem stała się w szczególności eksploracja, a następnie opis i wyjaśnianie. Cel eksploracyjny badania wiązał się z dążeniem do rozpoznania zbiorowości terapeutów zajęciowych w aspekcie tożsamości zawodowej w kontekście sytuowania się na kontinuum tożsamość anomijna – tożsamość autonomicznego „Ja”. Cel opisowy badania odnosił się do sporządzenia szczegółowych opisów badanego zjawiska. Z kolei cel wyjaśniający badania dotyczył wzbogacenia dotychczasowej teorii dotyczącej tożsamości zawodowej terapeutów zajęciowych o nowe kwestie.

Problem główny przyjął formułę następującego pytania: Jak terapeuci zajęciowi sytuują się na kontinuum tożsamość anomijna – tożsamość autonomicznego „Ja”? Zmiennymi niezależnymi uczyniono cechy społeczno-demograficzne, takie jak wiek respondentów (do 30 lat, powyżej 30 do 40 lat, powyżej 40 lat), staż pracy w zawodzie terapeuty zajęciowego (do 5 lat, powyżej 5 do 10 lat, powyżej 10 lat), podregion (położenie miejsca zatrudnienia terapeutów zajęciowych

¹ Koncepcję człowieka, jako istoty transgresyjnej odnajdzie Czytelnik w utworach Józefa Kozielkiego.

w ramach trzech podregionów województwa warmińsko-mazurskiego: elbląski, olsztyński, ełcki).

Badania zostały osadzone w podejściu ilościowym, ze względu na najbardziej odpowiednie do osiągnięcia zamierzonych celów badawczych. Bowiem, szczególne walory badania ilościowe wykazują w odniesieniu do realizacji funkcji eksploracyjnych. Równie wysoko można cenić ich funkcję opisu i objaśniania badanego obszaru rzeczywistości. Strategię badań ilościowych uznano także za zasadną z innego powodu, nadaje ona rodzaj precyzyjnej formy, która z góry zakłada procedurę zbierania, analizowania i wartościowania zjawisk, stanowi źródło, z którego płyną wskazówki dotyczące prowadzenia, analizy i interpretacji badań.

Podjęte badania miały charakter sondażowy, co wyznaczyło przyjęcie schematu badań przeglądowych. W procedurze badawczej uwzględniono trzy klasy metod: doboru próbki, zbierania danych oraz analizy danych. Chcąc odtworzyć strukturę badanej populacji zastosowano dobór losowy kwotowy, zapewniający proporcjonalny udział poszczególnych elementów populacji w badanej próbce. Zmienną warstwującą było położenie miejsca zatrudnienia terapeutów zajęciowych w ramach trzech podregionów województwa warmińsko-mazurskiego: elbląskiego, olsztyńskiego i ełckiego². Każdy z podregionów obejmuje określone powiaty: (1) elbląski: braniewski, działdowski, elbląski, iławski, nowomiejski, ostródzki, elbląski grodzki; (2) olsztyński: bartoszycki, kętrzyński, lidzbarski, mrągowski, nidzicki, olsztyński, szczycieński, olsztyński grodzki; (3) ełcki: ełcki, giżycki, olecki, piski, gołdapski, węgorzewski. W każdym podregionie nastąpiło losowanie elementów potrzebnych do badań. Z podregionu elbląskiego dwa powiaty (iławski, ostródzki), z podregionu olsztyńskiego trzy powiaty (szczyeński, nidzicki, olsztyński grodzki), z podregionu ełckiego dwa powiaty (ełcki, giżycki). Liczba losowanych powiatów w danym podregionie odpowiadała jednej trzeciej ogólnej liczby powiatów w poszczególnych podregionach. Następnie dzięki wykorzystaniu informacji z *Bazy placówek, instytucji i ośrodków wsparcia umożliwiających rehabilitację osób niepełnosprawnych w województwie warmińsko-mazurskim* dotarto do wszystkich instytucji zatrudniających terapeutów zajęciowych, na terenie wylosowanych powiatów, w ramach trzech wymienionych podregionów. Zakres wielkości próbki przy przeprowadzaniu ankiet wyniósł dwieście pięć osób (poziom realizacji próby w badaniu wyniósł 86,86%). Należy jednak przestrzec Czytelnika, by nie uogólniał wyników na całą populację terapeutów zajęciowych, a jedynie ograniczył się do województwa warmińsko-mazurskiego.

² Trzy podregiony województwa warmińsko-mazurskiego zostały wyłonione na podstawie Klasyfikacji Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych stworzonej przez Komisję Europejską.

Tabela 1. Dobór próbki

Nazwa powiatu	Liczba instytucji zatrudniających terapeutów zajęciowych	Liczba instytucji, które wyraziły zgodę na badania	Liczba rozdysponowanych kwestionariuszy ankiety	Liczba zwróconych kwestionariuszy ankiety
PODREGION ELBLĄSKI				
iławski	7	7	35	31
ostródzki	9	9	44	38
Razem	16	16	79	69
PODREGION OLSZTYŃSKI				
szczycieński	4	4	18	16
niedzicki	5	5	19	14
m. Olsztyn	24	18	75	64
Razem	33	27	112	94
PODREGION EŁCKI				
ełcki	6	5	20	19
giżycki	5	5	25	23
Razem	11	10	45	42
Ogółem	60	53	236	205

Źródło: opracowanie własne.

W celu gromadzenia danych wykorzystano ankietę. Odpowiada ona przyjętej ilościowej strategii badań. Zorganizowane zadawanie pytań stało się możliwe dzięki wcześniej skonstruowanemu kwestionariuszowi ankiety, a tu inspirujące okazały się wspomniane wcześniej badania przeprowadzone przez Henrykę Kwiatkowską. Pozyskane dane ilościowe poddane zostały analizie statystycznej, z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics. Uznanie statystyki opisowej za niewystarczającej, nałożyło wymóg wykorzystania wnioskowania statystycznego.

Doniesienia z badań

Materiał empiryczny przedstawiono ze wskazaniem poszczególnych typów tożsamości w układzie hierarchicznym, odpowiednio: tożsamość anomijna, tożsamość roli, tożsamość autonomicznego „Ja”. Przybliżono wartości średnich dla poszczególnych itemów tożsamości oraz wskazano na deklarowany poziom wykonywania zawodu (tożsamości zawodowej w kontekście sytuowania się na kontinuum od anomii do autonomii) przez terapeutów zajęciowych.

Swoistość rozwoju terapeuty zajęciowego w zawodzie badano poprzez ustosunkowanie się do trzydziestu atrybutywnych stwierdzeń, po dziesięć dla trzech

stadiów tożsamości. Stwierdzenia zostały podane w sposób przypadkowy, a badani wyrażali do nich swój stosunek poprzez określony poziom ich akceptacji (skala czterostopniowa: (2) zdecydowanie się zgadzam, (1) zgadzam się, (-1) nie zgadzam się, (-2) zdecydowanie się nie zgadzam). Następnie zliczano współczynnik akceptacji dla poszczególnych stwierdzeń atrybutywnych, właściwych dla danej tożsamości. Przy czym przyjęto następujące przedziały akceptacji:

- 2–1 bardzo wysoki poziom akceptacji;
- 0,9–0,5 wysoki poziom akceptacji;
- 0,4–(-0,4) średni poziom akceptacji;
- (-2)–(-1) bardzo niski poziom akceptacji;
- (-0,9)–(-0,5) niski poziom akceptacji.

Poniżej zamieszczono statystyki wartości średnich dla itemów danej tożsamości w zależności od zmiennych: wiek, staż pracy jako terapeuta zajęciowy, podregion (tab. 2)..

Wyniki empiryczne dowodzą, że poziom akceptacji stwierdzeń atrybutywnych odnoszonych do tożsamości anomijnej ma największą rozpiętość: od aprobaty wyrażonej współczynnikiem 1,2 do dezaprobaty wyrażonej współczynnikiem (-0,8). Tożsamość anomijną badanych terapeutów zajęciowych charakteryzują następujące właściwości:

Przy akceptacji bardzo wysokiej (bardzo wysoki poziom akceptacji):

- zależność między poczuciem własnej wartości a sukcesem (wsp. 1,2) – „Zdecydowanie wzrasta moje poczucie wartości, gdy coś mi się udaje”;
- potrzeba zewnętrznej aprobaty (wsp. 1,0) – „Staram się tak postępować, żeby nikt nie miał do mnie pretensji, unikam konfliktów”.

Przy dezaprobatie (niski poziom akceptacji):

- rezygnacja z podjętych inicjatyw (wsp. (-0,8)) „Często zdarza mi się, że nie mogę wytrwać w realizacji działań, które podjęłam (-jąłem)”;
- zaniechanie rozpoczętej inicjatywy, gdy pojawiają się przeszkody (wsp. (-0,7)) „Jeśli podejmuję nową inicjatywę i widzę dużo przeszkód, to rezygnuję z niej”;
- lęk przed ryzykiem (wsp. (-0,5)) „Z trudem znoszę sytuację, gdy mi się coś nie udaje”.

Wyniki badań dotyczące tożsamości roli, wskazują na następujące preferencje.

Przy akceptacji bardzo wysokiej (bardzo wysoki poziom akceptacji):

- dyscyplina w wypełnianiu obowiązków (wsp. 1,4) – „Pilnie przestrzegam tego, aby robić to, co do mnie należy”;
- podporządkowanie się konwencji roli, jej przepisom (wsp. 1,3) – „W pracy zawodowej staram się pracować zgodnie z wymaganiami roli zawodowej”;
- precyzyjne określenie zakresu obowiązków (wsp. 1,1) – „Lubię działać, gdy mam jasno określone wymagania, wtedy wiem »czego się trzymać«”.

Akceptuję innowacje tylko w pewnych granicach, tak aby nie burzyły mojej pracy	0,3	0,5	0,1	0,3	0,3	0,2	0,5	0,1	0,3	0,3	0,2	0,5	0,1	0,3
W pracy zawodowej staram się pracować zgodnie z wymaganiami roli zawodowej	1,3	1,4	1,1	1,4	1,2	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2
Lubię działać, gdy mam jasno określone wymagania, wtedy wiem „czego się trzymać”	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,1	1,3	1,0	1,0
W pracy nie można dyskutować z wymaganiami przepisu roli zawodowej	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,1	0,0
Krepuje mnie i peszy, gdy czegoś nie wiem	0,0	0,2	0,0	-0,3	0,0	0,0	0,0	-0,2	0,0	0,0	-0,2	0,0	-0,1	0,1
Trudno podejmuję decyzje, ponieważ wnikliwie rozpatruję za i przeciw, ciągle mam poczucie niepewności	-0,5	-0,6	-0,3	-0,6	-0,5	-0,3	-0,3	-0,5	-0,5	-0,3	-0,5	-0,3	-0,6	-0,5
W pracy dążę do uwolnienia się od reguł i zasad, do których mam krytyczny stosunek	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,7	0,5	0,5	0,7	0,5	0,6	0,6
Jestem otwarta (-ty) na cudze pomysły, gdy są słuszne, przyznaję im rację	1,5	1,7	1,4	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5	1,5
Najlepiej się czuję, gdy realizuję własne projekty działania	0,7	1,1	0,7	0,4	0,8	0,5	0,7	0,7	0,7	0,5	0,7	0,7	0,7	0,5
Zdobytej wiedzy i doświadczenia nie traktuję jako „świętości”. Gdy są mało efektywne nie mam trudności, by się z nimi rozstać	1,0	1,0	0,9	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0
Mam krytyczny stosunek do norm, zasad odgórnie ustanowionych, mam potrzebę ich sprawdzania, pytam o ich zasadność	-0,1	-0,2	-0,2	0,0	-0,3	-0,2	-0,2	0,2	-0,2	-0,2	0,2	-0,2	-0,1	-0,2
Lubię trudne i nowe zadania, nie lubię powtarzania	0,8	1,0	0,8	0,6	0,9	0,6	0,8	0,8	0,9	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7
Gdy mam trudność, to pytam, nie obawiam się, co kto o mnie pomyśli, na przykład, że nie wiem	1,2	1,3	1,1	1,3	1,2	1,1	1,3	1,1	1,2	1,1	1,3	1,1	1,2	1,3
Przeciwności mnie mobilizują, nie są przeszkodą	0,8	0,7	0,7	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8
Gdy nie udaje mi się zaplanowane zadanie, poprawiam je w trakcie, nie rezygnuję	1,1	0,9	1,1	1,2	1,0	1,1	1,2	1,1	1,0	1,1	1,2	1,1	1,1	1,0
Uzasadnienia słuszności podejmowanych decyzji szukam w swojej wiedzy i doświadczeniu, a nie w zaleceniach zewnętrznych	0,8	0,9	0,8	0,7	0,6	0,9	0,9	0,7	0,6	0,9	0,9	1,0	0,7	0,6

Źródło: opracowanie własne.

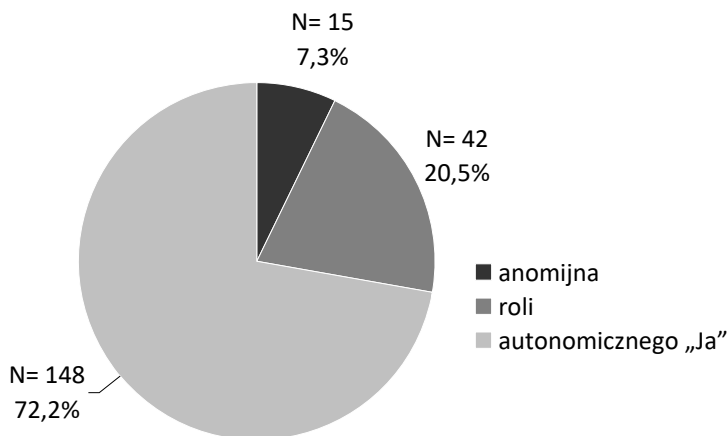
Przy dezaprobachie (niski poziom akceptacji):

- poczucie niepewności w podejmowaniu decyzji (wsp. (-0,5)) „Trudno podejmuję decyzje, ponieważ wnikliwie rozpatruję za i przeciw, ciągle mam poczucie niepewności”.

Poniżej przedstawiono niezależność terapeutów zajęciowych wyrażoną za pomocą bardzo wysokiego poziomu akceptacji atrybutywnych cech autonomicznych zachowań.

Przy akceptacji bardzo wysokiej (bardzo wysoki poziom akceptacji):

- otwartość na cudze pomysły (wsp. 1,5) – „Jestem otwarta (-ty) na cudze pomysły, gdy są słuszne, przyznaję im rację”;
- wysokie poczucie własnej wartości, brak obaw o utratę prestiżu (wsp. 1,2) – „Gdy mam trudności, to pytam, nie obawiam się, co kto o mnie pomyśli, na przykład, że nie wiem”;
- determinacja w realizacji podjętych zadań (wsp. 1,1) – „Gdy nie udaje mi się zaplanowane zadanie, poprawiam je w trakcie, nie rezygnuję”;
- elastyczność w podejściu do zdobytej wiedzy i doświadczenia (wsp. 1,0) – „Zdobytej wiedzy i doświadczenia nie traktuję, jako „świętości”. Gdy są mało efektywne nie mam trudności, by się z nimi rozstać”.



Wykres 1. Tożsamość – triada rozwojowa

Źródło: opracowanie własne

W celu usytuowania terapeutów zajęciowych na kontynuum: od tożsamości anomijnej do tożsamości autonomicznego „Ja” zastosowano procedurę przeliczania otrzymanego zbioru wyników dotyczącego poziomu akceptacji dla poszczególnych stwierdzeń atrybutywnych, właściwych dla danej tożsamości, w odniesieniu do poszczególnych osób. Maksymalny wynik przy bardzo wysokim

poziomie akceptacji dziesięciu stwierdzeń atrybutywnych odnoszonych do konkretnego stadium tożsamości mógł wynieść 20, a minimalny przy bardzo niskim poziomie akceptacji (-20). Na podstawie otrzymanych wyników określono, jaką część badanej zbiorowości terapeutów zajęciowych stanowią osoby o tożsamości anomijnej, tożsamości roli i tożsamości autonomicznego „Ja”.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że zdecydowana większość (N=148; 72,2%) badanych terapeutów zajęciowych swoje funkcjonowanie w zawodzie określa na poziomie tożsamości autonomicznego „Ja”. Warto zaznaczyć, że sytuowanie respondentów na kontinuum: od tożsamości anomijnej do tożsamości autonomicznego „Ja” nie zależy $p > 0,05$ od zmiennych: wiek, staż pracy jako terapeuta zajęciowy, podregion.

Podsumowanie

Odtworzenie wewnętrznych dynamizmów w obszarze tożsamości zawodowej, umożliwiło przedstawienie terapeutów zajęciowych jako specyficznej grupy zawodowej. Ta perspektywa ma szczególne znaczenie dziś, kiedy to przed terapią zajęciową pojawią się nowe zadania związane z ugruntowaniem jej pozycji jako działalności profesjonalnej.

Analiza i interpretacja wyników badań pozwala nakreślić całkiem spójny, jedynie miejscami zagadkowy, tożsamościowy obraz terapeutów zajęciowych uczestniczących w badaniu. Można odnieść wrażenie, że ich ustosunkowania do atrybutywnych stwierdzeń są ze sobą logicznie powiązane. Uzyskane wyniki potwierdzają, że zdecydowana większość (N=148; 72,2%) badanych terapeutów zajęciowych swoje funkcjonowanie w zawodzie określa na poziomie tożsamości autonomicznego „Ja”. Jednomysłności tej nie różnicuje ani wiek, ani staż pracy jako terapeuta zajęciowy, ani nawet podregion. Jest to, zatem grupa bardzo jednorodna w swoich ustosunkowaniach do stwierdzeń atrybutywnych odnoszonych do trzech stadiów tożsamości.

Można, zatem przypuszczać, że terapeuci zajęciowi przełamują bariery własnej niemocy, wygodnego poczucia stabilizacji, nie ulegają naciskom zewnętrznym i nie rezygnują z dążeń emancypacyjnych za cenę bezpiecznej pasywności. Możliwe, że napotykać na mniej blokad w rozwoju zawodowym niż nauczyciele (według wyników badań Henryki Kwiatkowskiej w większości zatrzymują oni swój rozwój zawodowy na poziomie tożsamości roli), możliwe także, że zawód ten podejmują i realizują osoby o specyficznym profilu osobowościowym, który to wiąże się z większą tendencją do działań kreatywnych, twórczych, refleksyjnych, krytycznych.

Wnioski i interpretacje, które sformułowano, nie mają charakteru ostatecznego. Autorka jest świadoma, że na podstawie zebranego materiału empirycznego, można zrobić więcej, że analiza mogłaby być lepsza, bardziej pogłębiona, a interpretacja szersza, bardziej „żywa”. Warto jednak zaznaczyć, że biorąc pod uwagę eksploracyjny charakter niniejszego przedsięwzięcia badawczego można uznać, iż zalety osiągniętych wyników przeważają nad pewnymi niedociągnięciami procedur planowania, realizacji oraz analizy i interpretacji.

Bibliografia

- Brzeziński J. (2007), *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Erikson E.H. (1968), *Identity, Youth and Crisis*, W.W. Norton Company, New York.
- Kohlberg L. (1973), *The claim to moral adequacy of a highest stage of moral judgment*, „Journal of Philosophy”, 70.
- Kozielecki J. (1987), *Koncepcja transgresyjna człowieka: analiza psychologiczna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Kwaśnica R. (1990), *Ku pytaniom o psychopedagogiczne kształcenie nauczyciel [w:] Ku pedagogii pogranicza*, red. Z. Kwieciński, L. Witkowski, Wydawnictwo UMK, Toruń.
- Kwaśnica R. (1995), *Wprowadzenie do myślenia o wspomaganiu nauczycieli w rozwoju [w:] Z zagadnień pedeutologii i kształcenia nauczycieli*, red. H. Kwiatkowska, T. Lewowicki, Wydawnictwo PAN, Warszawa.
- Kwiatkowska H. (2005), *Tożsamość nauczycieli. Między anomią a autonomią*, Wydawnictwo GWP, Gdańsk.
- Marcia J.E. (1980), *Identity in adolescence [w:] Handbook of adolescence psychology*, red. J. Adelson, Wiley, New York.
- Marzec-Holka K. (2001), *Profesjonalizm pracownika socjalnego a jakościowe formy jego rozwoju [w:] Pedagogika społeczna. Tradycja – Teraźniejszość – Nowe Wyzwania*, red. E. Trempała, M. Cichosz, Wydawnictwo Wszechnica Mazurska, Olecko.
- Neuman W. L. (2000), *Social research methods. Qualitative and quantitative approaches*, Allyn nad Bacon, Boston.
- Witkowski L. (2007), *Edukacja i humanistyka: nowe (kon)teksty dla nowoczesnych nauczycieli*, Wydawnictwo IBE, Warszawa.

Joanna Żeromska-Charlińska

ORCID: 0000-0002-5921-5810

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Psychopedagogiczne uwarunkowania twórczej aktywności plastycznej dzieci klas I–III – perspektywa teoretyczna

Plastyka stanowi jedną z możliwości porozumiewania się ludzi. Wewnętrzna potrzeba wypowiedzenia się w tej formie nasila się w okresie wczesnoszkolnym, kiedy język mówiony i pisany nie jest dominującym źródłem komunikacji. Twórczość plastyczna jako naturalna predyspozycja dziecka wynika z potrzeb psychicznych, przejawia się we wszystkich formach aktywności i jest motorem jego rozwoju. Opisanie i wyjaśnienie procesu przebiegu rozwoju plastycznego dziecka w młodszym wieku szkolnym stanowi próbę włączenia się do rozważań na temat rozwijania form aktywności plastycznej dzieci oraz stymulacji determinującej ich twórczy rozwój.

Słowa kluczowe: twórczość plastyczna, uwarunkowania aktywności plastycznej dziecka, stymulacja, rozwój form aktywności plastycznej

Psycho-pedagogical conditions of creative activity of the children in the I–III classes – theoretical perspective

The art constitutes one of the possibilities in people communication. The inner need of speaking out in this form, intensifies in an early school age, when spoken and written language is not a dominant source of communication. The artistic creation as a natural child's predisposition, results from psychological needs, manifests in all forms of activities and is driving force of his development. Depiction and explanation of the development graphic ability of the children in the primary school age, is an attempt to join a discussion on expanding the types of children's arts activities and stimulation, determining their artistic development.

Key words: artistic creation, artistic activity of the child, stimulation, development of artistic activity

Wprowadzenie

Plastyka jest dziedziną twórczej ekspresji dziecka, umożliwiającą wskazanie w formie rysunku własnych marzeń (Dymara 1999), przyszłości (Neckar-Ilnicka 2007: 220), dalekiej podróży, świata wartości (Denek, Morszczyńska, Morszczyń-

ski, Michałowski 2003: 220; Dymara, Łopatkowa, Pulinowa, Murzyn 2003: 26), emocji, wewnętrznych przeżyć, wyobrażeń o świecie. Dziecko w sposób naturalny jest twórcą, rodzi się z potencjałem twórczym „oczekującym na spełnienie”. Zgodnie z podejściem podmiotowo-humanistycznym aktywność sprawcza dziecka jest aktem podmiotowej kreacji w kontekście rozwoju, ma charakter osobisty i jest niejako wyrazem dyspozycji osobowościowej, umożliwiającej kształtowanie własnej, niepowtarzalnej drogi budowania siebie (Gloton, Clero 1986: 56–57). „Twórczość dziecka to wytwory, odkrycia i nowe zachowania, cenne i pożyteczne przede wszystkim dla niego samego” (Krzywoń 2007: 29). Psychologowie rozwojowi i twórczości akcentują argumenty potwierdzające tezę, że dzieci naturalnie są twórcze, ujawniając swoiste zachowania, trafnie rozwiązują problemy. Ich ekspresyjna twórczość przejawia się autoznaczącą oryginalnością. Dziecięcy rys rozwojowy, w aspekcie prac plastycznych, muzycznych, werbalnych nie „zasadza” się na znaczeniu wielkościowym a na jego ogólnie pojętym ewoluowaniu. Twórczość stanowi predyktor dziecięcej przyjemności, satysfakcji, zadowolenia, towarzysząc innowacyjnej, oryginalnej i wzbogacanej zabawie. (zob. Kurowska 2011: 86).

Twórcza aktywność dziecka zyskuje sens biologiczny poprzez anatomiczną potrzebę rozwoju, pozostającą permanentnie niedokończoną, oczekującą na spełnienie. Ów zadatek, możliwość stanowiąca przesłankę rozwoju innych poziomów twórczości (Nęcka 2001: 23) utożsamiana jest z kreatywnością czy postawą twórczą możliwą do rozwinięcia w toku oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych (Karwowski 2009: 33).

Integracja czynników intelektualnych i emocjonalno-motywacyjnych jako asumpt twórczej aktywności dziecka

Kształtowanie się aktywności twórczej jest procesem wielorako uwarunkowanym, wymagającym zharmonizowania mechanizmów istotnych w rozwoju dziecka: biologicznego, psychicznego, społecznego oraz indywidualizacji, który znacząco determinuje zasoby podmiotów, ich preferencje w zakresie urzeczywistniania twórczego potencjału, ujmowanych w dymensji: twórcze versus zachowawcze (Szmidt 2013: 452). Genezy działalności twórczej należy upatrywać w aktywności ludzkiej „aktywność jest podstawową właściwością istot żywych, sposobem ich istnienia. Poprzez aktywność ludzie regulują swoje stosunki ze światem otaczającym. W działalności przekształcającej rzeczywistość i kreującej nową rzeczywistość jednostka ludzka osiąga samorealizację. Aktywność jest podstawą wszelkiej działalności, wynikającej z aktualnego stanu potrzeb jednostki i to zarówno świadomych, jak też nieświadomych (Tyszkowa 1977: 6).

W badaniach empirycznych – zdaniem J. Gniteckiego (1994: 138–139) – chodzi o opis i wyjaśnienie hermeneutycznej interpretacji zjawiska aktywności twórczej, wskazując jednocześnie na poszukiwanie: wartości nadających sens ludzkiemu życiu (nurt związany z filozofią oraz pedagogiką transcendentalno-universalistyczną), mechanizmu wyjaśniającego jej istotę, znaczenia głównego czynnika rozwoju osobowości. Aktywność twórcza jest przejawem poziomu rozwoju dziecka oraz wartościowym elementem stymulującym dalszy rozwój. Wielospektowość i bogata ekspresja plastyczna dziecka znacząco przewyższa zakres jego możliwości oraz umiejętności wypowiedzi słownej. Aktywność plastyczna umożliwia dziecku poznawanie otaczającego go świata oraz wyrażanie emocji. Dziecko w młodszym wieku szkolnym, posługując się wyobraźnią dowolną, kierowaną i twórczą, nie tylko kopiuje to co tkwi w jego doświadczeniach sensorycznych i społecznych, lecz twórczo przekształca materiał z „zewnątrz” dzięki bogatej wyobraźni, zdolności do fantazjowania, umiejętności improwizowania, pomysłowości, umiejętności wyrażania fantazji, marzeń i pragnień, jeśli istnieją ku temu warunki. Jak twierdzi K. Łapot-Dzierwa (2012: 113): „w trakcie tworzenia dochodzi do swoistego zespolenia świata zewnętrznego z wewnętrznym światem dziecka, umożliwiając mu kształtowanie wielu zdolności, które współcześnie są niezbędne i poszukiwane. To przede wszystkim umiejętność dostrzegania problemów i szukania na nie odpowiedzi. Zatem podstawową zdolnością, jaką powinno się rozwijać we wczesnej edukacji, jest zdolność poszukiwania i odkrywania rzeczy nowych. W taki sposób proces uczenia się nie będzie tylko sposobem akumulacji wiedzy, ale obejmie także przestrzeń rozumienia, w jaki sposób wiedza ta może być wykorzystana”. Uczeń klas I–III jest zainteresowany zadaniami formułowanymi przez dorosłych, w tym zadaniami wymagającymi twórczego rozwiązania problemu, potrafi generować projekty oraz pomysły rozwiązania problemów, potrzebuje jednak komfortu psychicznego, zainteresowania otoczenia wobec własnej aktywności, intensyfikując ją. Psycholodzy i pedagodzy akcentują aksjologiczny wymiar aktywności dziecka: potrzebę czynnego poznawania świata, ciekawość, myślenie konkretno-obrazowe, rozwój ekspresji werbalnej i plastycznej, stanowiących ewoluujący proces jego rozwoju (uczenia się i zdobywania doświadczeń) (Brich, Malim 1998).

Dziecięca twórczość plastyczna stanowiąca wynik rozwoju doświadczenia i świadomości wizualnej dziecka w zakresie poznania oraz doświadczania możliwości stosowania technik plastycznych, ujawniająca się w pracach plastycznych przekraczających typowe cechy obrazowania plastycznego w danym wieku przyjęte w psychologii twórczości dziecka (Szuścik 2014: 275) może angażować przeżycia, pomysłowość i świadomość (Szabelska-Holeksa 2007: 340). B. Kaczmarczyk i D. Szafrąńska określają twórczość plastyczną przeniesieniem, uzewnętrznieniem zamysłu dziecka o świecie przy użyciu tworzywa plastycznego (za: Uszyńska-

-Jarmoc 2003: 48). Jest ona zatem swoistego rodzaju sposobem komunikowania własnych emocji. Za pomocą symboli, barw, faktur, dynamiki prezentuje ono uczucia i własne dotychczasowe doświadczenia, wiedzę. W odniesieniu do perspektywy rozwoju twórczości plastycznej uczniów klas I–III należy zaakcentować dominującą przewagę wyrazu malarskiego wobec rysunku i innych technik tworzenia. Barwne układy uzyskiwane na drodze nawet przypadkowych połączeń wyzwalały pasje twórcze. Kolor stanowi zasadniczy środek ekspresji dziecięcej, gdyż pozwala na wyrażanie nastrojów (Popek 1999: 257). Dzieci siedmioletnie operują zestawami barw czystych i dość intensywnych w natężeniu. Około dziewiątego roku życia pojawiają się próby połączeń barw, świadome tworzenie kolorów pochodnych i złamanych. Dziesięcioletki świadomie łamią barwy. Kolorystyka stanowi główny walor estetyczny i jest podstawową cechą decydującą o oryginalności wytworów tego okresu. Ekspresja wyrazu posiada więc liczne walory edukacyjne i emocjonalne. Stanowi jeden ze sposobów osiągnięcia równowagi emocjonalnej. Proces twórczy umożliwia bowiem uwolnienie się od negatywnych emocji, które ujawnia się w tzw. przekształcaniu afektywnym, czyli pozapoznawczym wyrażaniu treści wewnętrznych (Popek 1988: 48). Rozwój emocjonalny dziecka w wieku wczesnoszkolnym charakteryzuje się dużą dynamiką i labilnością, a wzorce zawsze czerpane są z zewnątrz. Warto więc ten aspekt wykorzystać i tak organizować pracę z dziećmi, aby zaangażować uczucia do uczenia się. Zakres rozwoju emocjonalnego w plastyce jest związany z jednej strony z bodźcami, które dziecko otrzymuje ze świata zewnętrznego, z drugiej wytwór plastyczny jest obrazem rozumienia zjawisk i ich przeżywania. Wystarczy wspomnieć, że w dziecięcych rysunkach pojawiają się postacie i rzeczy szczególnie ważne, z którymi dziecko jest związane szczególną więzią emocjonalną.

W pracach dzieci bardzo często pojawiają się wyraźne symbole graficzne, obrazujące poszczególne emocje, na przykład: uśmiech – radość, zadowolenie, łzy i usta „w podkówkę” – smutek, serce – miłość. Psychologia dokonuje również interpretacji tych elementów zarówno ikonograficznych, jak i barwnych (natężenie emocjonalne). Przy wykonywaniu tego typu testów należy jednak pamiętać, wytwór plastyczny jest materia bardzo delikatną, a na jego powstanie ma wpływ wiele uwarunkowań zewnętrznych. We wspomaganie rozwoju emocjonalnego dziecka bardzo ważną rolę odgrywają elementy stymulujące. W plastyce jednym z najważniejszych działań jest wykorzystanie dzieła sztuki, a w szczególności odpowiednio dobranych dzieł malarskich. To dzięki analizie tych dzieł dziecko uczy się poznawać, rozpoznawać, nazywać pojęcia z zakresu różnych kategorii emocji. M. Guśpiel i J. Dyląg (2005: 427–532) wyróżniają pojęcia w odniesieniu do przeżywanych emocji, które pojawiają się w toku poznawania treści konkretnych, nie tylko w plastyce: zdziwienie, zadowolenie, miłość, wstyd, strach, wstręt, złość, łącząc je z literaturą i muzyką. W ten sposób pokazują, jak istotną rolę w harmo-

nijnym rozwoju dziecka spełnia edukacja przez sztukę, w której jedną z najważniejszych stosowanych metod powinna być metoda przekładu intersemiotycznego, w którym określone treści emocjonalne mogą być przekazywane różnymi kodami sztuki (słowem, dźwiękiem, środkami wyrazu plastycznego).

Wprowadzenie kategorii emocjonalnych wymaga odejścia od stereotypowego spojrzenia na plastykę. Stawia to nauczyciela przed dużym wyzwaniem. Z jednej strony wymaga od niego wiedzy i umiejętności w zakresie doboru odpowiednich treści, z drugiej wiąże się z doбором odpowiednich środków wyrazu plastycznego w celu umożliwienia dziecku identyfikacji z wyrażanymi treściami (emocjami). V. Lowenfeld (1977: 19) pisał: „Jego sztuka jest ciągłym stanem przemian, pozbawionym lęku o popełnienie błędu czy troski o dokładność uchwycenia poszczególnych przedmiotów. Dla niego sztuka jest prawdziwie indywidualnym przeżyciem, a siła zaangażowania w nią przyczynia się emocjonalnego rozwoju.” Stąd dziecko rysując, malując, konstruując wytwarza pewną konfigurację emocji, a aktywność plastyczna stanowi najlepszą okazję do ujawniania się uczuć (Łapot-Dzierwa, 2012: 101-114). Istotne jest wypracowanie konkretnych metod pracy z dzieckiem, by mogło się ono rozwijać nie tylko twórczo, ale i intelektualnie, tworzenie środowiska sprzyjającego rozwojowi twórczości dziecka tak, by przyjmowanie czy odbieranie wartości przekazywanych przez sztukę stało się czynnością tak samo ważną, jak działalność plastyczna w procesie edukacji plastycznej. Percepcja sztuki może mieć różne rodzaje i stopnie aktywności – od biernej, poprzez proste przenikanie w świadomość, kontemplację, aż do percepcji czynnej. Niezależnie od tego percepcja może być mimowolna lub kierowana. A to nasuwa wniosek, że nie wystarczy odebrane wrażenie i zdrowy rozsądek, potrzeba jeszcze wyrobienia, kształtowania i rozwijania świadomości artystycznej, która zapewni możliwość stosowania pełnej, aktywnej i dającej satysfakcję percepcji.

Rodzice i nauczyciele w stymulowaniu i rozwijaniu aktywności plastycznej dzieci

Aktywność twórcza dzieci w młodszym wieku szkolnym wyraża się między innymi: łatwością i szybkością uczenia się, bogatą wyobraźnią, myśleniem animistycznym, zdolnością do personifikacji, humorem dziecięcym, wrażliwością podczas przeżywania zdarzeń, bajek, częstym zadawaniem pytań, na które odpowiedzi budują dziecięcą wiedzę o świecie. Przejawami potencjału twórczego są również: wielość pomysłów, zmienianie znaczeń przedmiotów, wykraczanie w mowie i działaniu poza realizm i otaczającą rzeczywistość (Płóciennik 2010: 40–41). Zdaniem S. Szumana własna aktywność wynika z indywidualnie przyjętej decyzji, ma pewien określony cel, jest samodzielnie kierowana, wykonywana na

własną odpowiedzialność, a także realizowana jest dla własnego zadowolenia (1956: 566). M. Przetacznik-Gierowska (2000: 151) definiuje aktywność jako fundamentalny czynnik rozwoju psychicznego człowieka i jest charakterystycznym stanem, pozwalającym na czynną regulację stosunków jednostki z otoczeniem. Twórcza aktywność dziecka prowadzi do rozwoju intelektualno-sprawnościowego oraz uczuciowo-wolicjonalnego, kształtujących jego postawę twórczą (Puślecki 1999: 21).

W literaturze przedmiotu akcentowany jest fakt szczególnej roli środowiska rodzinnego w kształtowaniu właściwości psychicznych jednostki, stąd struktura rodziny pochodzenia i style wychowawcze mogą stymulować bądź hamować zachowania twórcze dzieci (Sołowiej 1987: 45; Davidson, Davidson 2000; Dobrowolowicz 1993; 2003; Jankowska 2009: 69–72; Karwowski 2009; 2012). Struktura rodziny prawidłowa, w której zaspokajane są potrzeby wszystkich członków sprzyja kształtowaniu się zachowań twórczych dzieci, natomiast nieprawidłowe struktury rodzin pochodzenia i zbyt rygorystyczny styl wychowania, czy nadopiekuńcza postawa nie jest ich korzystnym predykatorem (Jankowska 2012: 40).

Rozwój zainteresowań zależy od odpowiednich okazji do uczenia się, realnie więc zależy od środowiska i zainteresowań dorosłych z którymi dziecko jest związane. W rodzinie prawidłowej dziecko ma szansę na własną odrębność, zyskując tym samym podstawy do wzmocnień poczucia własnej wartości. Wszystkim członkom zależy na wzajemnym rozwoju, rodzice zachęcają dzieci do rozwijania zdolności, talentów, wszechstronnie stymulują ich rozwój, motywują je do samodzielnych działań, pomagają pokonywać trudności, wskazują błędy, doceniają osiągnięcia, wspierają twórczy wysiłek, wzmacniający rozwój motywacji a tym samym zapewniając optymalne warunki do optymalnego rozwoju osobowości (Przetacznik-Gierowska, 1998).

Specyfika aktywnego twórczo funkcjonowania dziecka jest determinowana przez dominujące w rodzinie style wychowania (Ryś 2009: 18). Style wychowania demokratycznego i liberalno-kochającego zapewniają aktywność twórczą (Jankowska 2012: 40). Aktywność twórcza realizowana jest w większym stopniu w rodzinie o otwartym systemie, opartym na zaufaniu, akceptacji, poczuciu wolności, bezpieczeństwa, szacunku, w którym dziecko buduje pozytywny obraz samego siebie, wierzy we własne możliwości, ma poczucie sprawstwa i kompetencji. Jak uzasadnia M. Stańczak (2019: 266), proces rodzinnego konstruowania dróg rozwojowych dzieci, transformacji dziecięcych zdolności to codzienne, niewidoczne mikropraktyki, stanowiące wskaźnik makrostrukturalnych trendów edukacyjnych. Swoboda działań i uwzględnienie indywidualnej perspektywy zdolności, wynikająca z kreowanych wobec dziecka wzmocnień rodziny, motywuje je do spontanicznego poszerzania doświadczeń, ekspresji działania, rozwijania pasji, ciekawości, wyobraźni i pasji. Nie ulega wątpliwości, że źródłem cen-

nej jakościowo diagnozy rodzicielskiej będą obserwacje, które z kolei mogą zostać wykorzystane przez nauczycieli w procesie identyfikacji poziomu twórczego rozwoju dziecka (Szewczyk 2012: 95), jak też doprecyzowanie rodzicielskich oczekiwań wobec podmiotów konstruujących ofertę edukacyjną dla dzieci.

Postawa twórcza jest powszechna wśród dzieci, niestety w miarę rozwoju może zostać zahamowana poprzez niewłaściwe oddziaływania rodziny czy transmisyjny charakter procesu edukacyjnego, które potencjalnie nie formują wysiłków w celu jej stymulowania. M. Przetacznik-Gierowska sądzi, iż „[...] własna aktywność dziecka, počawszy od najwcześniejszych okresów życia, ma w znacznej mierze charakter twórczy i to nie tylko u dzieci wyjątkowych, szczególnie pod jakimś względem utalentowanych, lecz po prostu u większości dzieci, jeśli tylko rozwijają się w środowisku, które nie hamuje wyraźnie ich wrodzonej skłonności do aktywnego eksplorowania i przekształcania świata” (1996: 187-188). Zrozumienie i zmiana charakteru działań edukacyjnych wymaga:

- diagnozowania potencjalnych problemów,
- refleksyjności wobec własnych kompetencji intelektualnych, edukacyjnych, nie obciążonych ryzykiem działań intuicyjnych,
- otwartości na samorealizację dzieci oraz możliwości organizowania warunków do twórczego działania poprzez stosowanie zabiegów psychodydaktycznych, dzięki którym możliwe będzie niwelowanie, zapobieganie kryzysom twórczym,
- analizowania możliwości inicjowania zmian.

Kształtowanie i rozwijanie postawy twórczej dziecka w młodszym wieku szkolnym, przy udziale jego aktywności twórczej, możliwe jest tylko w określonych warunkach, w przestrzeni sprzyjającej prawidłowemu rozwojowi i oddziaływaniu edukacyjnemu. Stąd wiedza o twórczości jako zasadniczy składnik kompetencji nauczycielskich, w tym kreatywnych, stanowi podstawę poznawczą interpretacji i rozumienia sensu rzeczywistości edukacyjnej oraz działania praktycznego nauczyciela.

E. Płóciennik, na podstawie wyników prowadzonych przez siebie badań twierdzi, że „twórczość podlega treningowi poprzez kształtowanie nawyków umysłowych i rozwijanie motywacji, grupowe uczenie się oraz integrację percepcji z interpretacją werbalną i plastyczną” (2010: 186). Wspomniana autorka zwraca uwagę na jeszcze jedną istotną kwestię. Prowadzone przez nią zajęcia eksperymentalne, wykorzystujące technikę obrazków dynamicznych (rozwijających wyobraźnię i myślenie), przyczyniły się do podniesienia gotowości szkolnej dzieci sześciolatków, poprzez rozwój umiejętności ważnych w nauce szkolnej i pomocnych w rozwiązywaniu problemów przy udziale percepcji, analizy i syntezy, porównywania, abstrahowania, wnioskowania, generowania pomysłów, myślenia przyczynowo-skutkowego, wypowiedziania się w formie graficznej i językowej,

dokładności wykonywania zadań. Stymulowały do zadawania pytań, udzielania odpowiedzi, doskonaliły umiejętności poznawcze dzieci. W. Ligęza natomiast zwraca uwagę na znaczenie systematycznej stymulacji zdolności twórczych dla kształtowania tzw. kompetencji kreatywnej, czyli indywidualnej zdolności do twórczej aktywności w sytuacjach społecznych i niespołecznych (2003: 291). E. Płóciennik, odwołując się do wyników badań własnych, dotyczących twórczości potencjalnej i realizacyjnej dziecka w wieku od 3 do 9 lat, w zakresie m.in. działań plastycznych, proponuje nauczycielom podejmowanie systematycznych działań zmierzających do wspierania spontanicznej twórczej aktywności dziecka w różnorodnych dziedzinach, do rozwijania dziecięcej samoświadomości oraz kompetencji autokreacyjnych, samorealizacyjnych, rozumianych jako zdolność do współtworzenia własnego rozwoju na podstawie świadomości własnego Ja (2010: 42).

Humanistyczne orientacje w edukacji dziecka udostępniają współczesnemu nauczycielowi warunki rozwiązań teoretyczno-praktycznych a wśród nich: indywidualne podejście do ucznia, obserwacja uwrażliwiająca na jego potrzeby i możliwości w tym przesunięcie akcentu z dyrektywnej roli nauczyciela w kierunku towarzyszącej. Ważne jest inspirowanie do działania oraz systematyczne motywowanie do podejmowania działań twórczych (Płóciennik 2010: 47). Styl pracy nauczyciela poprzez posiadane przez niego kompetencje uruchamia autokreację uczniów. Niewątpliwie kompetencje kreatywne nauczyciela stanowią sprawczy predyktor w procesie rozwoju predyspozycji twórczych uczniów, umiejętności transgresyjności działań, warunkując transfer jakości edukacji. Niezaprzeczalnie w obliczu zmienności i złożoności rzeczywistości, stymulowanie osobowości i elastyczności nauczyciela jest jednym z wielu czynników decydujących o podjęciu aktywności twórczej uczniów. Tylko autonomiczne działanie może uchronić przed metodyczną rutyną, wykształcić pedagogów, którzy celowo i skutecznie będą potrafili rozwijać zdolności twórcze wychowanków i w praktyce stwarzać takie sytuacje, w których twórczy uczeń i twórczy nauczyciel realnie „spotkają się nawzajem” (Czaja-Chudyba 2013: 85–86). Zdaniem U. Szuścik (2014: 268, 278) „każdy twórczy nauczyciel tworzy i kreuje swoją metodykę pracy w zakresie edukacji plastycznej [...] jego starania pedagogiczne to ustawiczne przekraczanie granic, ram hamujących rozwój zarówno nauczyciela, jak i ucznia. Nauczyciel winien być świadomym odpowiedzialności w zakresie rozwoju dziecka, by go wspierać i nieustannie pomagać na nowo odkrywać „nieodkryte”. Waloryzowanie dydaktyki plastyki – sztuki odnosi się do poznawania nowych trendów w sztuce, odwagi ich wdrożenia i przełamania schematyzmu w prowadzeniu tego rodzaju zajęć. Czynnikiem, który determinuje innowacyjność podstaw dydaktyki plastyki, jest wiedza psychologiczna z zakresu stymulacji rozwoju twórczego dziecka, podbudowa z estetyki, a także etyka zawodowa nauczyciela, akcentująca

istotę wsparcia rozwoju plastycznego dziecka zgodnie z jego rytmem rozwojowym”.

K.J. Szmidt formułuje cele lekcji twórczości (uczących rozwiązywania problemów twórczych oraz rozwijających potencjał i aktywność twórczą) w klasach wczesnej edukacji. Dotyczą one: rozwoju procesów percepcyjnych i poznawczych, rozwoju emocjonalno-motywacyjnego oraz sfery działaniowej. Wśród celów dotyczących rozwoju procesów percepcyjnych i poznawczych, autor wymienia: stymulowanie wrażliwości wzrokowej, słuchowej i dotykowej; rozwijanie spostrzegawczości; kształtowanie umiejętności świadomej obserwacji rzeczy, zjawisk, ludzi; stymulowanie umiejętności odkrywania, formułowania i rozumienia problemów; rozwijanie umiejętności koncentracji uwagi; stymulowanie i rozwijanie wyobraźni twórczej; kształtowanie operacji umysłowych: analizy, syntezy, uogólniania, kojarzenia, transformowania, przewidywania; stymulowanie i rozwijanie zdolności twórczych: płynności, giętkości i oryginalności myślenia; stymulowanie aktywności językowej (2003: 84).

Rozwój aktywności plastycznej dziecka zależy od wielu czynników. W dużej mierze są to cechy wrodzone, natomiast ich kształcenie i rozwijanie zależy od rzeczywistości społeczno-kulturowej, w której funkcjonuje, jej pozytywnego i stymulacyjnego charakteru oraz procesu nauczania i wychowania (Kawalec 2001). Warunki stymulowania aktywności twórczej można podzielić na: wewnętrzne (podmiotowe) i zewnętrzne (przedmiotowe). We wspieraniu aktywności twórczej dzieci w kontekście wewnętrznych (podmiotowych) i zewnętrznych (przedmiotowych) warunków jej stymulowania istotna jest rola sytuacji psychopedagogicznych: warunków wewnątrz-zewnętrznych, warunków emocjonalno-motywacyjnych powiązanych z materialnymi i metodycznymi warunkami środowiska wychowawczo-dydaktycznego. Jak konstatuje B. Kunat (2010: 488) „istotne jest wieloaspektowe przygotowanie kandydatów na nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej do pracy z dziećmi w młodszym wieku szkolnym, a w tym zdobycie przez nich wysokich kompetencji plastyczno-pedagogicznych, na których jakość składa się wiele elementów indywidualnych takich jak: poziom uzdolnień, osobowość, cechy charakteru oraz czynników zależnych bezpośrednio od ich pracy, wysiłku włożonego w nabywanie wiedzy i sprawności plastycznych oraz wiedza i umiejętności metodyczne. Świadomy w zakresie twórczości plastycznej dziecka nauczyciel, to przede wszystkim osoba znająca fazy rozwoju jego twórczości plastycznej, posiadająca umiejętność diagnozowania zdolności plastycznych dzieci, potrafiąca tworzyć właściwe warunki wspierające ich proces twórczy”, ujawniająca zdolność do pomocy w krystalizacji zdolności ucznia (Szmidt 2012) i sposobów ich rozwoju, czyli tworzenia przestrzeni rozwoju, w której dzieci zdobywają doświadczenia w zakresie kształtowania własnych zdolności. Asumptem w kreowaniu przestrzeni kształcenia plastycznego jest nauczyciel, profesjonalista

w zakresie przygotowania pedagogicznego jak i artystycznego oraz z własnym zapleczem twórczego doświadczenia (za: Kunat: 2016: 11–12). Najistotniejszą kwestią w kształtowaniu potencjału twórczego dziecka jest symulowanie jego autonomicznej motywacji, wyznaczającej działania wynikające z potrzeb osobistych (Tokarz 2004: 66), formowanie wrażliwości na piękno poprzez bezpośredni kontakt z dziełami sztuki. W poszukiwaniach możliwości twórczych oddziaływań, pozwalających na ukazanie emocji, przeżyć za pomocą ekspresji plastycznej znaczące są metody projekcyjne (Kostrubiec-Wojtachnio, Trubiłowicz, 2012: 7), odwołujące się w swych założeniach do pogłębionego badania dynamiki funkcjonowania autora w różnych kontekstach społecznych.

Zamiast podsumowania

W świetle próby zaprezentowania naukowych analiz dotyczących przebiegu rozwoju plastycznego dzieci w młodszym wieku szkolnym oraz możliwości stymulacji ich twórczej aktywności uprawnione jest stwierdzenie, że konsonans między rozwojem zdolności twórczych dzieci a oddziaływaniem psychopedagogicznym jest warunkowany wieloaspektowo. Na te uwarunkowania składają się stymulacyjne oddziaływania środowiska rodzinnego, przyczyniające się do intensyfikacji aktywności twórczej dziecka i jego kontaktu z rodzicami oraz wyzwalające aktywność oddziaływania nauczyciela klas początkowych.

Dziecko w trakcie rysowania rozwija analizator skórno-kinestetyczny i kinestetyczno-ruchowy, koordynację wzrokowo-ruchową, sprawność manualną, kontrolę ekspresji ruchów (choćby w celu zmieszczenia się na wydzielonej płaszczyźnie), orientację kierunkową na płaszczyźnie, uwagę i pamięć mimowolną, ciekawość, mowę czynną, z czasem – samoświadomość i nastawienie na celowe działania. Przy pomocy działań plastycznych już w tym wieku dorośli mogą pobudzać aktywność eksploracyjną oraz stymulować właściwe funkcjonowanie społeczne dzieci, na przykład otwartość dzieci nieśmiałych oraz kontrolę aktywności nadpobudliwych psychoruchowo (Olejniczak 2013: 63).

Świadoma stymulacja przejawów twórczych zdolności dziecka przez rodziców wiąże się z uznaniem jego autonomii, podtrzymywaniem, wspieraniem, realnym okazywaniem zainteresowania osiągnięciami, monitorowaniem postępów, uczeniem konstruktywnego reagowania na ewentualne niepowodzenia. W dyskursie edukacyjnym dotyczącym aktywności plastycznej dzieci lokowana jest indywidualna odpowiedzialność za ich rozwój oraz własny nauczyciela. Swoiste „kompulsywne” inwestowanie w permanentny rozwój, którego współcześnie nie da się „zamknąć” określonym zestawem kompetencji czy umiejętności stanowi indywidualny projekt edukacyjny.

Bibliografia

- Brich A., Malim T. (1998), *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, PWN, Warszawa.
- Czaja-Chudyba I. (2013), *Osobowe i profesjonalne uwarunkowania aktywności twórczej nauczyciela* [w:] *Kompetencje kreatywne nauczyciela wczesnej edukacji dziecka*, red. I. Adamek, J. Bałachowicz, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Davidson A., Davidson R. (2000), *Jak wychowywać wspaniałe dziecko: tajemnice sukcesu*, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Denek K., Morszczyńska U., Morszczyński W., Michałowski S. (2003), *Dziecko w świecie wartości, t. 1: Aksjologiczne barwy dziecięcego świata*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Dobrołowicz W. (1993), *Psychika i bariery*, WSiP, Warszawa.
- Dobrołowicz W. (2003), *W stronę kreatywności*, APS, Warszawa.
- Dymara B., Łopatkowa M., Pulinowa M., Murzyn A. (2003), *Dziecko w świecie wartości, t. 2: Poszukiwanie ładu umysłu i serca*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Dymara, B. (1999), *Dziecko w świecie marzeń*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Gloton R., Clero C. (1986), *Twórcza aktywność dziecka*, WSiP, Warszawa.
- Gnitecki J. (1994), *Twórcza aktywność uczniów klas początkowych. Stan aktualny i perspektywy rozwoju badań* [w:] *Teoretyczne odniesienia i praktyczne rozwiązania w pedagogice wczesnoszkolnej*, red. S. Palka, „Śląsk”, Katowice.
- Guśpiel M., Dyląg J. (2005), *Sztuka jako źródło harmonijnego rozwoju dziecka* [w:] *Edukacja – szkoła – nauczyciele*, red. J. Kuźma, J. Morbitzer, AP, Kraków.
- Jankowska M. (2009), *Jak w rodzinie kształtować u dzieci kreatywność i twórczy styl życia?* [w:] *Twórczość-wyzwanie XXI wieku*, red. E. Dombrowska, A. Niedźwiecka, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 69–82.
- Jankowska M. (2012), *Systemy rodzinne a zachowania twórcze*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 3, 11: 28–60.
- Karwowski M. (2009), *Klimat dla kreatywności. Koncepcje, metody, badania*, Difin, Warszawa.
- Kawalec J. (2001), *Stymulowanie zdolności plastycznych młodzieży*, „Edukacja i Dialog”, 1.
- Krzywoń D., (2007), *Kraina Kreatywności. Sposoby przeciwdziałania rutynie w pracy z dziećmi poprzez ekspresję twórczą i artystyczną*, Oficyna Wydawnicza Humanista, Sosnowiec.
- Kunat B. (2010), *Rola nauczyciela we wspieraniu aktywności plastycznej dzieci – postulaty i rzeczywistość*, <http://hdl.handle.net/11320/2714> [dostęp: 03.04.2020].
- Kunat B. (2016), *Spełnieni ale niedocenieni. Rozwój zawodowy nauczycieli plastyki*, Trans Humana, Białystok.
- Kurowska B. (2011), *Stymulowanie aktywności twórczej dzieci w wieku przedszkolnym*, „Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych”, t. LXIV: 85–94.
- Ligeża W. (2003), *Model rozwijania kompetencji kreatywnej u dzieci od 3. roku życia* [w:] *Dydaktyka twórczości. Koncepcje — problemy — rozwiązania*, red. K.J. Szmidt, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Lowenfeld V., Brittain W.L. (1977), *Twórczość a rozwój umysłowy dziecka*, PWN, Warszawa.
- Łapot-Dzierwa, K. (2012). *Edukacja plastyczna jako środek wspierania dziecka* [w:] *Doświadczenie poznawania świata przez dzieci w młodszym wieku szkolnym*, red. I. Adamek, B. Pawlak, Libron, Kraków.

- Łapot-Dzierwa K. (2012), *Plastyka*, <http://bc.codn.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=148&from=pubstats> [dostęp: 01.02.2012].
- Neckar-Ilnicka T. (2007), *Perspektywa dorosłości i obraz pracy ludzkiej w swobodnych wypowiedziach dzieci w wieku przedszkolnym*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Nęcka E., (2001), *Psychologia twórczości*, GWP, Gdańsk.
- Olejniczak E. (2013), *Psychologiczne uwarunkowania rozwoju zdolności plastycznych u dzieci i młodzieży*, „Zeszyty Psychologiczno-Pedagogiczne”, 1: 61–66.
- Płóciennik E. (2010), *Stymulowanie zdolności twórczych dziecka. Weryfikacja techniki obrazków dynamicznych*, Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Popiek S. (1999), *Barwy i psychika. Percepcja, ekspresja, projekcja*, UMCS, Lublin.
- Popiek S. (1988). *Zachowania ekspresyjne dzieci jako naturalny przejaw aktywności twórczej* [w:] S. Popiek (red.), *Aktywność twórcza dzieci i młodzieży*, WSiP, Warszawa.
- Przetacznik-Gierowska M. (1996), *Twórczość dzieci* [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. M. Tyszkowa, PWN, Warszawa.
- Przetacznik-Gierowska M. (1998), *Psychologia wychowawcza*, PWN, Warszawa.
- Przetacznik-Gierowska M. (2000), *Zmiany rozwojowe aktywności i działalności jednostki* [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, PWN, Warszawa, 151–188.
- Puślecki W. (1999), *Wspieranie elementarnych zdolności twórczych uczniów*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Ryś M. (2009). *Systemy Rodzinne*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.
- Sołowiej J. (1987), *Rodzinne uwarunkowania twórczości dzieci i młodzieży*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.
- Stańczak M. (2019), *Doświadczenia rodzin w odkrywaniu i rozwijaniu zdolności dzieci. Perspektywa pedagogiczna*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Szabelska-Holeksa M. (2007), *Ekspresyjna aktywność twórcza w obszarze działań edukacyjno-terapeutycznych*, WSP, Katowice–Mysłowice.
- Szewczyk A. (2012), *Rodzice w procesie wspierania twórczej aktywności dziecka*, „Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne”, 21: 89–97.
- Szmidt K. J. (2003), *Dydaktyka twórczości. Koncepcje — problemy — rozwiązania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Szmidt K.J. (2012), *Epifania i doświadczenie krystalizujące w biografii twórczej – próba zarysowania pola badawczego*, „Teraźniejszość-Człowiek-Edukacja”, 4/60: 73–86.
- Szmidt K.J. (2013). *Pedagogika twórczości*, GWP, Sopot.
- Szuman S. (1956), *Aktywność własna jako czynnik rozwoju dziecka w okresie 7–14 lat*, „Nowa Szkoła”, 6: 564-571.
- Szuścik U. (2014), *Perspektywa psychologiczna w edukacji plastycznej dziecka* [w:] *Sztuka, edukacja, kultura: z teorii i praktyki edukacji artystycznej*, red. U. Szuścik, E. Linkiewicz, Uniwersytet Śląski, Katowice, 268–279.
- Tokarz A. (2004), *Stymulowanie motywacji sprzyjającej aktywności twórczej w szkole* [w:] *Teoria i praktyka edukacji uczniów zdolnych*, red. W. Limont, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 63–94.
- Tyszkowa M. (1977), *Aktywność i działalność dzieci i młodzieży*, WSiP, Warszawa.

Kostrubiec-Wojtachnio B., Trubiłowicz E. (red.) (2012), *Rysunek projekcyjny w badaniach nad rodziną i wychowaniem. Aspekty badań nad rodziną i wychowaniem*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.

Uszyńska-Jarmoc J. (2003), *Twórcza aktywność dziecka. Teoria, rzeczywistość, perspektyw rozwoju*, Białystok: Trans Humana, Białystok.

Agnieszka Ochman

ORCID: 0000-0003-3321-3945

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Wspomaganie rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym poprzez arteterapię

Dynamiczne zmiany, jakie szczególnie w ostatnim czasie pojawiają się w egzystencji współczesnej cywilizacji, wymagają zarówno od dorosłych, jak i dzieci ciągłego dostosowywania się do zmieniających się warunków funkcjonowania oraz sprostania nowym i nieoczekiwanym wyzwaniom dla zdrowia i życia. W niniejszym artykule zwrócono uwagę na konieczność ciągłych poszukiwań strategii innowacyjnego i polisensorycznego kształcenia, które w sposób najbardziej efektywny będą wspomagały rozwój młodego pokolenia, w szczególności rozwój mowy i związanych z nim kompetencji komunikacyjnych. Doświadczenia praktyki logopedycznej oraz prowadzone badania naukowe wskazują na coraz częstsze występowanie szeroko pojętych trudności w mowie, u dzieci w wieku przedszkolnym. Dlatego też niezwykle istotnego znaczenia nabierają zagadnienia związane z oddziaływaniami prewencyjnymi. Przykładem takich polisensorycznych oddziaływań wspomagających rozwój mowy dzieci w wieku przedszkolnym jest arteterapia. Głównym celem przeprowadzonych badań było określenie obszarów mowy dzieci pięcioletnich, które są wspomagane poprzez zajęcia z zakresu arteterapii. W ramach projektu badawczego przeprowadzono cykl zajęć arteterapeutycznych. Przed ich rozpoczęciem (na początku roku przedszkolnego) i po zakończeniu (pod koniec roku przedszkolnego) wykonano ocenę rozwoju mowy dzieci, dzięki czemu możliwe było określenie obszarów wspomaganie mowy, na które wpływa aktywność twórcza.

Słowa kluczowe: profilaktyka logopedyczna, mowa, arteterapia, dzieci w wieku przedszkolnym

Supporting the speech of preschool children through art therapy

Dynamic changes constantly occur in the existence of modern civilization. They require adults and children to constantly adapt to the changing conditions of functioning. And also to meet new and unexpected challenges for health and life. In this article, attention was drawn to the need to constantly search for a strategy for innovative and polysensory education. They should support the development of the young generation in the most effective way, especially the development of speech. Speech therapist experience and scientific research indicate the presence of speech difficulties in preschool children. Therefore, preventive actions are extremely important. An example of such polysensory interactions supporting the speech development of preschool children is art therapy. The main aim of the research was to determine the areas of speech of five-year-old children that are supported by art therapy. A research project was carried out. Before their start (at the

beginning of the preschool year) and after their end (at the end of the preschool year), the children's speech development was assessed. Based on this, the areas of speech that are affected by art therapy have been identified.

Key words: preventive speech therapy, speech, art therapy, preschool children

Wprowadzenie

Wiek przedszkolny, między trzecim a szóstym rokiem życia, to czas w którym dziecko coraz lepiej stara się opanować mowę. Zaczyna ją również wykorzystywać w biegly sposób do poznawania otaczającego świata, siebie i innych osób. Jest to okres intensywnego rozwoju słownictwa, a także używania celowości komunikatu, dostosowanego zarówno do kontekstu sytuacji, jak i rodzaju odbiorcy (Matejczuk 2014). W związku z przedstawionymi powyżej kwestiami istotne wydaje się poszukiwanie odpowiedzi pytanie: Jak efektywnie, kreatywnie i polisensorycznie wspomagać rozwój mowy dzieci w wieku przedszkolnym, aby ułatwić im funkcjonowanie w codziennym życiu?

Mowa, podkreśla M. Zaorska (2008: 11), jest „[...] wyjątkową umiejętnością, która doskonali ludzkie istnienie, pomaga [...] tworzyć siebie i własne otoczenie, uzyskiwać autonomię osobową oraz kreować indywidualną egzystencję”. Mowa jest pojęciem złożonym i różnorodnie interpretowanym w literaturze. W ujęciu S. Grabiasa (2012: 15) jest „zespołem czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego”. Składa się ona z szeregu kompetencji: poznawczej, językowej i komunikacyjnej, a także sprawności, realizowanych w ich obrębie. Kompetencja poznawcza odnosi się do wiedzy dziecka o otaczającej go rzeczywistości, kompetencja językowa dotyczy zasad budowania zdań poprawnych pod względem gramatycznym, z kolei kompetencja komunikacyjna wiąże się z umiejętnością dziecka do dostosowania wypowiedzi do określonej sytuacji, celu lub odbiorcy wypowiedzanego komunikatu (Grabias 2013).

Opanowanie przez dziecko mowy nierozłącznie związane jest z całokształtem jego rozwoju w zakresie sfer: motorycznej (w zakresie motoryki dużej, małej oraz praktyki oralnej), poznawczej (w zakresie sprawności percepcji wzrokowej i słuchowej) oraz emocjonalno-społecznej (w zakresie rozwoju zabawy, zachowań społecznych i emocji). Zaburzenie w którejkolwiek ze sfer życia młodego człowieka negatywnie wpływa na rozwój mowy. Ale związek ten jest relacją zwrotną, gdyż brak odpowiedniego kształtowania się mowy w aspekcie fonetycznym, leksykalnym lub gramatycznym, uniemożliwia prawidłowe formowanie się dziecka jako jednostki, jak również wpływa na ilość i jakość interakcji z innymi osobami (por. Brzezińska 2004; Cieszyńska, Korendo 2008).

Profilaktyka logopedyczna

We współczesnym podejściu do terapii logopedycznej nie podlega dyskusji, że lepiej zapobiegać opóźnieniom i zaburzeniom mowy, niż w późniejszym czasie prowadzić ich terapię. Dlatego też niezwykle istotnym jest kształtowanie prawidłowej mowy dzieci poprzez wspomaganie jej właściwego rozwoju. Działania prewencyjne powinny być podejmowane kompleksowo, już od chwili narodzin i realizowane przez specjalistów reprezentujących różnorodne dyscypliny naukowe, zajmujące się szeroko rozumianą opieką nad dzieckiem (por. Gunia 2011a; Węsierska 2012).

Profilaktyka logopedyczna, zaznacza K. Węsierska (2012: 8) „jest działaniem kompleksowym, realizowanym systemowo we współpracy z całym środowiskiem [...]. To zespół działań prewencyjnych, które obejmują całą populację, dostępnych dla każdego człowieka w każdym momencie jego życia”. Głównym celem tak rozumianej profilaktyki logopedycznej, podkreśla S. Grabias (2008), jest stymulowanie procesu nabywania przez dziecko sprawności, od których zależy prawidłowy przebieg rozwoju kompetencji językowej i komunikacyjnej. Oddziaływania prewencyjne mogą być realizowane na trzech, wzajemnie uzupełniających się poziomach:

1. Profilaktyka pierwszorzędowa – ukierunkowana jest na zapobieganie wystąpienia opóźnień, zaburzeń, zakłóceń w komunikacji, upowszechnianie wiedzy logopedycznej, a także tworzenie warunków dla prawidłowego kształtowania mowy. Oddziaływania te kierowane są do całej populacji, zarówno dzieci, młodzieży jak i dorosłych.
2. Profilaktyka drugorzędowa – to działania mające na celu wczesne wykrywanie objawów zaburzeń i zakłóceń w komunikacji oraz wad wymowy, jak również objęcie osób ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia tych nieprawidłowości interwencją logopedyczną. Realizowana jest ona głównie poprzez wykonywanie badań przesiewowych, umożliwiających szybką identyfikację osób należących do grupy ryzyka.
3. Profilaktyka trzeciorzędowa – obejmuje działania mające zapobiegać zaburzeniom wtórnym, powstałym w wyniku pogłębiania i utrwalania się negatywnych skutków zaburzeń mowy. Kierowana jest ona wobec osób, u których zdiagnozowano wady i zaburzenia w komunikacji (Gunia 2011a; Węsierska 2012).

Doświadczenia praktyki logopedycznej, a także prowadzone badania naukowe (por. Ochman 2017; Sochacka 2016) wskazują na coraz częstsze występowanie szeroko pojętych trudności w mowie, u dzieci w wieku przedszkolnym. Dlatego też niezwykle istotnego znaczenia nabierają zagadnienia związane z oddziaływa-

niami prewencyjnymi. W odniesieniu do całej populacji dzieci w wieku od trzech do sześciu lat, najbardziej korzystne wydaje się być zastosowanie profilaktyki logopedycznej pierwszorzędowej, ukierunkowanej przede wszystkim na tworzenie warunków dla prawidłowego rozwoju mowy, jak również zapobieganie wystąpieniu opóźnień i zakłóceń w jej kształtowaniu. Dodatkowo, wczesne rozpoznanie powstałych trudności ma istotne znaczenie dla skuteczności podejmowanej terapii logopedycznej. Przykładem polisensorycznych oddziaływań wspomagających rozwój mowy dzieci w wieku przedszkolnym jest arteterapia.

Arteterapia a rozwój mowy dziecka

Twórczość artystyczna, podkreśla E. Dissanayake (za: Vick 2014), jest pierwotną cechą każdego człowieka, która podobnie jak mowa określa nasz gatunek. Jest ona niezwykle istotna dla prawidłowego rozwoju dziecka i jest obrazem rozwoju poznawczego, myślenia wizualnego, wiedzy, jak również zdobytych przez młodego człowieka doświadczeń. Aktywność plastyczna umożliwia także poznanie świata, wzbudza ciekawość i systematyzuje posiadaną wiedzę (Didkowska 2011). Ekspresja twórcza, podaje C. Malchiodi (2014: 15), „jest sposobem komunikacji, nawiązywania kontaktów, wspomagania terapii werbalnej oraz dotarcia do pacjentów, którym nie udało się wyjawić swoich doświadczeń poprzez samą rozmowę”. Arteterapia jest całościowym oddziaływaniem za pomocą szeroko pojętej sztuki, ukierunkowanym na jednostkę i poprawę jej funkcjonowania (Krasoń, Mazepa-Domagała 2003). „Jest dyscypliną zorientowaną na komunikację, zdrowie i rozwój osobisty człowieka” (Szulc 2011: 65). Zdaniem W. Karolaka (1998: 102) jest „sposobem wydobywania z dzieci i młodzieży sił, energii, które pomagają im we własnym rozwoju. Jest to poszukiwanie motywacji do procesu twórczego. Stanowi ona bezpieczny i akceptowany przez dzieci sposób wypowiedzi tego, co jest trudne do opisanego słowami, jest odzwierciedleniem problemów i negatywnych emocji nagromadzonych i przechowywanych”. Dostarcza ona również dziecku niezbędnej dla prawidłowego funkcjonowania przestrzeni prorozwojowej, stając się swoistego rodzaju zabawą, która umożliwia bezpieczne poznanie świata zewnętrznego (Łoza 2014).

Jak zaznacza I. Wojnar (za: Karolak 2014: 23-24) „człowiek posługuje się dwoma rodzajami języka, które wzajemnie się uzupełniają. Jeden z nich uzewnętrznia przeżycia człowieka przy pomocy idei, drugi zaś materializuje owe przeżycia za pośrednictwem obrazów. Pierwszy wymaga jasności, obiektywizmu, zmierza do neutralizowania indywidualnych przeżyć, drugi operuje bogactwem i niuansami indywidualnego przeżycia, intensywnością uczuć i nastrojów”. Tak więc istnieje potrzeba równorzędnego traktowania obu sposobów poznania,

zarówno wizualnego, jak i werbalnego, nie jako przeciwstawnych, ale komplementarnych (Józefowski: 2014). Arteterapia daje możliwość przekazania tego, co jest trudne do opowiedzenia słowami, za pomocą tradycyjnych materiałów i technik plastycznych, takich jak: rysunek, malarstwo, rzeźba czy kolaż.

Rysunek, jako jedna z form aktywności twórczej podejmowanej przez dzieci, podkreśla G. Gunia (2011b), pomaga wyrazić myśli, wrażenia, spostrzeżenia i wyobrażenia w formie graficznej. Wykonywanie przez dziecko rysunku może pełnić funkcje: emocjonalną – angażując do ćwiczeń i wywołując przeżycia; relaksującą – obniżając napięcie mięśniowe, a także nadpobudliwość i lęk; treningową – usprawniając określone umiejętności ruchowe, umysłowe i społeczne; aktywizującą – angażując i mobilizując dziecko w proces terapeutyczny; a także diagnostyczną – zbierając informacje o badanym i jego relacjach rodzinnych (tamże). Spontanicznie wykonany przez dziecko rysunek, przyczynia się do ujawnienia uczuć, problemów, zmartwień czy nieświadomych lub ukrytych pragnień. Porozumiewanie podczas procesu tworzenia odbywa się nie tylko w sposób werbalny, ale także symboliczny. Rysunek może zatem służyć jako bodziec, który mobilizuje i inicjuje komunikację, a także rozwój dziecka i wgląd w siebie (Buchalter 2006).

Arteterapia ma duży potencjał możliwości, z którego można korzystać wśród zróżnicowanych grup odbiorców w środowisku przedszkolnym, szkolnym i pozaszkolnym, medycznym, profilaktycznym, a także prewencyjnym (Karolak 2014). W przypadku dzieci, podkreśla A. Steliga (2016: 253) zajęcia arteterapeutyczne „uczą innego widzenia rzeczywistości, uczą ciekawości, zadawania pytań, a więc mogą stać się podwaliną dla przyszłego twórczego, ciekawego życia”.

W polskojęzycznej literaturze przedmiotu, badania nad skutecznością arteterapii, zaznacza P. Wierkowicz-Zawistowska (2015) „nie są zjawiskiem powszechnym i często zauważalny jest wręcz pejoratywny stosunek do tego typu działań”, a efekty prowadzonych oddziaływań najczęściej prezentowane są w formie doświadczeń lub opinii. Przeprowadzona kwerenda literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, iż w omawianym obszarze nie ma badań, które w bezpośredni sposób dotyczą wpływu arteterapii na rozwój mowy dzieci w wieku przedszkolnym. Jednak zarówno w polskiej, jak i światowej literaturze można odnaleźć przykłady rozważań dotyczące oddziaływań arteterapeutycznych ukierunkowanych na wspomaganie rozwoju dzieci (por. Gilroy 2009; Gładyszewska-Cylulko 2011, 2019; Krauze Sikorska 2016; Stańko 2009; Szulc, Twardowski 2001) czy poprawę funkcjonowania dzieci z niepełnosprawnością (por. Gilroy 2009; Grudziwska 2010).

Ekspresja twórcza była i jest ważnym elementem kształcenia nowych pokoleń młodych ludzi. Współczesne realia zmieniającej się rzeczywistość, stawiają przed pedagogami odpowiadającymi za procesu edukacji dzieci nowe i niejednokrotnie trudne zadania, które wymagają kierowania rozwojem młodego człowieka w taki sposób, aby potrafił radzić sobie w codziennym życiu. Proces ten rozpoczyna się

już od okresu edukacji w przedszkolu, który w istotny sposób wpływa na przebieg nauki dziecka na późniejszych etapach jego rozwoju. W tym czasie niezwykle istotnym jest aby zadbać o prawidłowy rozwój mowy dziecka, wczesne i trafne wykrywanie pojawiających się trudności, a także adekwatne wspomaganie zaobserwowanych opóźnień.

Założenia metodologiczne badań własnych

Głównym celem przeprowadzonych badań było: określenie obszarów mowy dzieci pięcioletnich, które są wspomagane poprzez zajęcia z zakresu arteterapii. Uszczegółowienie celu badań wymagało sformułowania następujących problemów badawczych:

- Jak zmieniła się sprawność: motoryczna narządów mowy, funkcji oddechowej, emisji głosu, słuchu fonemowego, werbalnej pamięci słuchowej oraz formowanie się lateralizacji u dzieci objętych oddziaływaniami arteterapeutycznymi?
- Jakie różnice w wynikach pretestu i posttestu ustalono u dzieci pięcioletnich uczęszczających na zajęcia arteterapeutyczne, w zakresie nadawania mowy w aspekcie fonetycznym, leksykalnym i gramatycznym?

W celu weryfikacji przedstawionych problemów badawczych zastosowano metodę quasi-eksperymentu, z techniką jednej grupy z pomiarem wstępnym (pretest) i końcowym (posttest). Narzędziem badawczym był „Test diagnozy rozwoju mowy dzieci pięcioletnich” – własnego autorstwa, który opracowano w oparciu o: schemat badania logopedycznego zaproponowany przez G. Jastrzębowską (1998), kartę badania mowy – G. Demel (1996) oraz Przesiewowy test logopedyczny – Z. Tarkowskiego (2015). Podczas quasi-eksperymentu zastosowano projekt zajęć arteterapeutycznych własnego autorstwa.

Procedura badawcza obejmowała: dobór dzieci pięcioletnich do badań, badania wstępne (pretest), realizację projektu arteterapeutycznego, badania końcowe (posttest), porównanie wyników badań, sformułowanie podsumowania i wniosków.

Grupa badawcza została wybrana na podstawie doboru celowego uwzględniającego wiek dzieci (5 lat). Badaniami objęto sześćdziesięcioro respondentów – 15 dziewcząt i 45 chłopców, w wieku od 5;0 do 5;10 lat, uczęszczających do trzech naturalnych grup przedszkolnych, w dwóch przedszkolach samorządowych na terenie Krakowa. Dzieci badane były indywidualnie, w oddzielnym pomieszczeniu znajdującym się w przedszkolu, dzięki czemu możliwe było zindywidualizowanie prowadzonych diagnoz rozwoju mowy, a w dalszej procedurze badaw-

czej, określenie obszarów wspomagania mowy, na które wpływa aktywność twórcza.

Wyniki uzyskane podczas badań pretestem zestawiono i porównano z wynikami posttestu, który przeprowadzono po zakończeniu cyklu 25 zajęć arteterapeutycznych, prowadzonych w ramach projektu badawczego, realizowanego przez autorkę niniejszego artykułu. Zajęcia prowadzone były dwa razy w tygodniu i każde trwało ok 45 minut.

Głównym celem przeprowadzonego projektu arteterapeutycznego było wspomaganie rozwoju psychomotorycznego dzieci w wieku przedszkolnym, ukierunkowane na tworzenie warunków dla prawidłowego rozwoju mowy oraz zapobieganie wystąpieniu opóźnień i zakłóceń w jej kształtowaniu.

Przebieg metodyczny zajęć podzielony został na trzy etapy:

- zajęcia wprowadzające, których celem było poszerzenie wiedzy i doświadczeń dotyczących danej tematyki zajęć, jak również pobudzenie myślenia twórczego;
- realizacja pracy ukierunkowana na poznanie różnorodnych technik plastycznych i wzbogacenie polisensorycznych doświadczeń;
- omówienie wykonanych prac, podczas którego dzieci prezentowały i opowiadały o swoich wytworach.

Podczas prowadzonych zajęć dzieci tworzyły kolejne części opowiadania własnego autorstwa, które przedstawiały w formie języka wizualnego – rysunków, wykonywanych różnorodnymi technikami plastycznymi. Następnie uczestnicy każdorazowo nadawali tytuł swojej pracy i opowiadali fragment tworzonego opowiadania, werbalizując to, co chcieli wyrazić za pomocą ilustracji i starając się w logiczny sposób połączyć wykonaną pracę z tematyką wymyślonej przez siebie historii (język werbalny). Po realizacji wszystkich spotkań arteterapeutycznych każde dziecko na forum grupy indywidualnie opowiadało wymyślone przez siebie opowiadanie i prezentowało wykonane ilustracje.

Wyniki z badań własnych

Badanie obszarów mowy dzieci pięcioletnich, które mogą być wspomagane poprzez zajęcia z zakresu arteterapii podzielono na dwie części. Pierwsza część – badania wstępne – obejmowała diagnozę: sprawności motorycznej narządów mowy, funkcji oddechowej, emisji głosu, słuchu fonemowego, werbalnej pamięci słuchowej, a także orientacyjne ustalenie lateralizacji. Z kolei druga część – badania podstawowe – obejmowała diagnozę nadawania mowy w aspekcie: fonetycznym, leksykalnym i gramatycznym.

W badaniach uzupełniających, jako pierwszą, skontrolowano sprawność motoryczną narządów artykulacyjnych w zakresie prawidłowego funkcjonowania: języka, wędzidełka podjęzykowego, warg, żuchwy a także poprawności zgryzu. Obserwowano i oceniano celowość i precyzję wykonywanych przez badanego ruchów, jak również fakt towarzyszenia współruchów w obrębie pozostałych mięśni aparatu mowy. Uzyskane w badaniach wstępnych i końcowych wyniki zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Sprawność motoryczna narządów artykulacyjnych

Sprawność motoryczna narządów artykulacyjnych		Badanie wstępne		Badanie końcowe	
		N	%	N	%
Wędzidełko podjęzykowe	prawidłowa	60	100	60	100
	nieprawidłowa	0	0	0	0
Język	prawidłowa	56	93	58	97
	nieprawidłowa	4	7	2	3
Wargi	prawidłowa	58	97	60	100
	nieprawidłowa	2	3	0	0
Żuchwa	prawidłowa	60	100	60	100
	nieprawidłowa	0	0	0	0
Zgryz	prawidłowy	43	72	43	72
	nieprawidłowy	17	28	17	28

Źródło: opracowanie własne.

Analizując uzyskane podczas badań oceny sprawności motorycznej narządów artykulacyjnych stwierdzono, że u wszystkich badanych dzieci ruchomość wędzidełka podjęzykowego, jak również umiejętność przesunięcia żuchwy w płaszczyźnie pionowej i poziomej były prawidłowe. Z kolei nieprawidłowości w obrębie zgryzu, związane były z wymianą u dzieci pięcioletnich uzębienia z mlecznego na stałe i nie uległy zmianie podczas prowadzonych diagnoz. Różnice w badaniach pretestem i postestem zaobserwowano w zakresie sprawności warg oraz języka i dotyczyły one dwójki dzieci.

Kolejna część badania dotyczyła prawidłowości procesu oddychania. W tym obszarze skontrolowano nawyk oddychania w spoczynku (nosem lub ustami), a także rytmiczność i harmonijność fazy wdechu i wydechu (tab. 2).

Tabela 2. Sprawność funkcji oddechowej

Sprawność funkcji oddechowej		Badanie wstępne		Badanie końcowe	
		N	%	N	%
Oddychanie spoczynkowe	nosem	55	92	57	95
	ustami	5	8	3	5
Harmonijność faz oddechu	prawidłowa	54	90	56	93
	nieprawidłowa	6	10	4	7

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z analizy danych zawartych w tabeli 2 w obrębie sprawności funkcji oddechowej różnice w badaniach wstępnych i końcowych odnotowano zarówno w zakresie nawyku prawidłowego oddychania spoczynkowego, jak i harmonijności fazy wdechu i wydechu. W opisanych obszarach zaobserwowano zmiany u dwóch pięcioletków.

Dalsza część prowadzonych badań dotyczyła emisji głosu. W tym zakresie, na podstawie diagnozy wypowiedzi dzieci skontrolowano fonację, w obrębie wysokości, głośności i czystości głosu oraz tempo mowy. Wyniki zestawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Emisja głosu

Emisja głosu		Badanie wstępne		Badanie końcowe	
		N	%	N	%
Fonacja	prawidłowa	27	45	44	73
	nieprawidłowa	33	55	16	27
Tempo mowy	prawidłowa	43	72	52	87
	nieprawidłowa	17	28	8	13

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych dotyczących emisji głosu pozwala stwierdzić, że w badaniach wstępnych nieprawidłowości w zakresie fonacji zaobserwowano u 33 pięcioletków (55%) i najczęściej dotyczyły one zbyt wysokiego tonu głosu lub nadmiernie cichych wypowiedzi. Porównując wyniki badań końcowych, opisane nieprawidłowości zdiagnozowano u 16 dzieci (27%).

Z kolei ocena tempa mowy pozwoliła wykryć w badaniach pretestem trudności u 17 badanych (28%) i najczęściej związane one były ze zwolnionym tempem wypowiedzi. Podczas badań posttestem przedstawione nieprawidłowości wykryto u 8 dzieci (13%).

Badanie słuchu fonemowego i werbalnej pamięci słuchowej to następna część badań uzupełniających, wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Słuch fonemowy i pamięć słuchowa

Słuch fonemowy i pamięć słuchowa		Badanie wstępne		Badanie końcowe	
		N	%	N	%
Słuch fonemowy	prawidłowy	60	100	60	100
	nieprawidłowy	0	0	0	0
Pamięć słuchowa	prawidłowa	16	27	36	60
	nieprawidłowa	44	73	24	40

Źródło: opracowanie własne.

Badanie słuchu fonemowego miało na celu określenie umiejętności różnicowania i identyfikacji przez dzieci poszczególnych głosek. Z analizy zestawionych w tabeli 4 danych wynika, że u żadnego z respondentów nie odnotowano nieprawidłowości w tym zakresie.

Natomiast badanie werbalnej pamięci słuchowej polegało na odtworzeniu przez dzieci usłyszanego ciągu słów. Analizując uzyskane dane można stwierdzić, że początkowo trudności w tym obszarze odnotowano u 44 badanych (73%). Z kolei podczas badań końcowych nieprawidłowości w odtworzeniu ciągu słów wskazano u 24 dzieci (40%).

Ostatnim elementem badań wstępnych była diagnoza lateralizacji, związana z przewagą wykonywania czynności jedną ze stron ciała. Podczas wykonywania badania dominacji ręki, nogi, oka i ucha, określono lateralizację respondentów: ustaloną (prawostronną, lewostronną, skrzyżowaną) i nieustaloną (tab. 5).

Tabela 5. Lateralizacja

Lateralizacja		Badanie wstępne		Badanie końcowe	
		N	%	N	%
Ustalona	prawostronna	31	52	38	63
	lewostronna	1	2	10	17
	skrzyżowana	5	8	12	20
	razem	37	62	60	100
Nieustalona		23	38	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Analizując dane dotyczące dominacji stronnej pięciolatek stwierdzono, że podczas badań wstępnych u większości respondentów (62%) odnotowano lateralizację ustaloną, przeważnie prawostronną (52%), z kolei lateralizację niustaloną zdiagnozowano u 23 dzieci (38%). Natomiast w badaniach końcowych lateralizację ustaloną wskazano u wszystkich dzieci i również w większości była ona prawostronna (63%), rzadziej skrzyżowana (20%) lub lewostronna (17%).

Druga część diagnozy rozwoju mowy obejmowała badania podstawowe i dotyczyła czynności nadawania (mówienia), analizowanej w aspekcie fonetycznym, leksykalnym oraz gramatycznym.

Ze względu na wiek dzieci, diagnozę nadawania mowy w aspekcie fonetycznym ograniczono do ustalenia zasobu głosek dźwiękowych [š, ž, č, ž, r, l] i określeniu czy realizowane są one zgodnie z normą fonetyczną, są zmieniane, opuszczane lub zniekształcane. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Nadawanie mowy w aspekcie fonetycznym

Nadawanie mowy w aspekcie fonetycznym			Badanie wstępne		Badanie końcowe	
			N	%	N	%
Głoski dźwiękowe	w mowie spontanicznej	występują	48	80	54	90
		nie występują	12	20	6	10
	powtarzanie głosek	tak	51	85	57	95
		nie	9	15	3	5
Substytucje		występują	36	60	28	47
		nie występują	24	40	32	53
Elizje		występują	6	10	1	2
		nie występują	54	90	59	98
Deformacje		występują	6	10	6	10
		nie występują	54	90	54	90

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych zebranych podczas badań wstępnych, dotyczących nadawania mowy w aspekcie fonetycznym stwierdzono, że u większości pięciolatek – 48 osób (80%), w spontanicznych wypowiedziach prawidłowo realizowane są głoski dźwiękowe, a znaczna większość 51 dzieci (85%) potrafi właściwie powtórzyć za badającym głoskę, znajdującą się w wyrazie w nagłosie, śródgłosie lub w wygłosie. Z kolei w badaniach końcowych, występowanie głosek dźwiękowych w mowie spontanicznej zdiagnozowano u 54 respondentów (90%), a 57 dzieci (95%) potrafiło prawidłowo powtórzyć wybraną głoskę.

W odnotowanych podczas badań wypowiedziach dzieci pojawiły się także substytucje, elizje i deformacje. Wśród substytucji najczęściej zaobserwowano zamianę głosek z szeregow szumiącego, syczącego i ciszącego. Podczas badań wstępnych dotyczyły one 36 dzieci (60%), natomiast w badaniach końcowych zastępowanie głosek odnotowano u 28 (47%) badanych. Opuszczania głosek, najczęściej [r, š, ž, č, ž] lub grup spółgłoskowych, czyli elizje, zdiagnozowano u 6 dzieci (10%) w badaniach pretestem i jednego dziecka (2%) w badaniach posttestem. Z kolei deformacje głosek zauważono u 6 pięcioletków (10%) podczas obu prowadzonych testów i dotyczyły one nieprawidłowej wymowy głoski [r] lub głosek dentalizowanych lub zastępowania głoski [w] lub [l] przez [j].

Kolejny etap badań podstawowych to badanie nadawania mowy w aspekcie leksykalnym, które ukierunkowane było na ustalenie zasobu słownictwa czynnego pięcioletków. Określając ilość i jakość używanych słów zdiagnozowano nazywanie wskazanych części ciała i relacji przestrzennych. Określono również ogólny zasób słownictwa, zgodnie z normą wiekową. Zebrane dane zestawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Nadawanie mowy w aspekcie leksykalnym

Nadawanie mowy w aspekcie leksykalnym		Badanie wstępne		Badanie końcowe	
		N	%	N	%
Nazywanie części ciała	prawidłowo	42	70	58	97
	nieprawidłowo	18	30	2	3
Nazywanie relacji przestrzennych	prawidłowo	33	55	49	82
	nieprawidłowo	27	45	11	18
Zasób słownictwa czynnego	bogaty	2	3	2	3
	adekwatny do wieku	47	79	56	94
	ubogi	11	18	2	3

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy zebranych danych dotyczących nadawania mowy w aspekcie leksykalnym wynika, że podczas badań wstępnych większość dzieci 42 osoby (70%) prawidłowo nazywała wskazane na ilustracji części ciała, natomiast w badaniach końcowych w opisanym zakresie brak trudności odnotowano u prawie wszystkich respondentów – 58 osób (97%). Z kolei blisko połowa pięcioletków – 33 dzieci (55%), początkowo prawidłowo nazywała relacje przestrzenne, a pod koniec roku przedszkolnego po zakończeniu zajęć arteterapeutycznych, brak trudności w tym obszarze zdiagnozowano u 49 osób (82%).

Badając pretestem ogólny zasób słownictwa czynnego przedszkolaków stwierdzono, że u większości dzieci – 47 osób (79%) jest on adekwatny do ogólnie przyjętych norm wiekowych, a u blisko co szóstego dziecka (11 osób) – ubogi. Natomiast w badaniach posttestem zasób słownictwa adekwatny do wieku ustalono dla większości – 56 dzieci (94%), a mały zasób słów odnotowano u dwójki dzieci (3%). Podobnie, u dwóch respondentów wskazano bogaty zasób słów, zarówno podczas badań wstępnych, jak i końcowych.

Ostatnia część badania nadawania mowy dotyczyła aspektu gramatycznego. W tym zakresie sprawdzono czy badane pięciolatki potrafią budować logiczne i sensowne zdania złożone, a także czy prawidłowo stosują reguły gramatyczne, tabela 8.

Tabela 8. Nadawanie mowy w aspekcie gramatycznym

Nadawanie mowy w aspekcie gramatycznym		Badanie wstępne		Badanie końcowe	
		N	%	N	%
Budowanie zdań złożonych	tak	29	48	45	75
	nie	31	52	15	25
Stosowanie reguł gramatycznych	prawidłowe	37	62	46	77
	nieprawidłowe	23	38	14	23

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych dotyczących ogólnej oceny nadawania mowy w aspekcie gramatycznym można stwierdzić, że blisko połowa dzieci – 29 osób (48%), podczas badań wstępnych, potrafiła prawidłowo budować zdania złożone. Natomiast pozostali badani (52%) w wypowiedziach najczęściej używali zdań prostych lub pojedynczych wyrazów. W zdaniach pięciolatek pojawiły się również trudności ze stosowaniem reguł gramatycznych i dotyczyły one 23 respondentów (38%). Z kolei podczas badań końcowych, u większości dzieci odnotowano prawidłową umiejętność formułowania zdań złożonych (75%), jak również właściwe posługiwanie się regułami gramatycznymi w mowie (77%).

Podsumowanie

W zmieniającej się i zaskakującej codziennymi wyzwaniem rzeczywistości, w szczególności związanymi z pandemią Covid-19, powinno się dążyć do poszukiwania kompleksowych rozwiązań profilaktyczno-edukacyjnych, które pozwolą w jak najlepszy sposób przygotować dzieci do funkcjonowania w przedszkolu,

szkole i późniejszym dorosłym życiu. W naukach o wychowaniu zawsze podkreślano, że rozwój mowy i bezpośrednio związanych z nim kompetencji komunikacyjnych wpływa na prawidłowe funkcjonowanie dzieci w grupie przedszkolnej i w całym otaczającym je środowisku. Dlatego w zawód pedagoga wpisane jest ustawiczne poszukiwanie kompleksowych rozwiązań, które będą miały wpływ na szeroko pojęty rozwój młodego człowieka.

Celem opisanych w niniejszym artykule badań było określenie obszarów mowy dzieci pięcioletnich, które mogą być wspomagane poprzez zajęcia z zakresu arteterapii. Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, że u największej liczby dzieci zmiany w wynikach badań wstępnych i końcowych odnotowano w obrębie: ustalenia lateralizacji (37 osób – 62%), werbalnej pamięci słuchowej (20 osób – 33%), emisji głosu w zakresie fonacji (17 osób – 28%), a także nadawania mowy w aspekcie: leksykalnym w zakresie nazywania części ciała i relacji przestrzennych oraz gramatycznym w zakresie budowania zdań złożonych (po 16 osób – 27%).

Zdiagnozowane różnice u mniejszej liczby dzieci dotyczyły również: emisji głosu w zakresie tempa mowy (9 osób – 15%), nadawania mowy w aspekcie: leksykalnym w zakresie ogólnego zasobu słownictwa czynnego i gramatycznym w obrębie stosowania reguł gramatycznych (po 9 osób – 15%), jak również nadawania mowy w aspekcie fonetycznym w obszarze występowania substytucji (8 osób – 13%) i występowania głosek dźwiękowych w mowie spontanicznej (6 osób – 10%). U niewielkiej liczby dzieci różnice w badaniach początkowych i końcowych zaobserwowano w obszarze sprawności motorycznej narządów mowy i funkcji oddechowej (po 2 osoby – 4%).

Podsumowując prowadzone badania, można stwierdzić, że uzyskane wyniki potwierdzają pozytywny wpływ oddziaływań arteterapeutycznych na rozwój mowy dzieci w wieku przedszkolnym, przede wszystkim w zakresie poprawy werbalnej pamięci słuchowej, zwiększenia poprawności budowania przez dzieci zdań złożonych, rozszerzenia zasobu słownictwa czynnego, ustalenia adekwatnej do wieku i sytuacji emisji głosu w zakresie fonacji, a także w obrębie ustalenia lateralizacji. Można zatem wysunąć wniosek, że uczestnictwo w zajęciach arteterapeutycznych wspomaga prawidłowy rozwój mowy dzieci pięcioletnich i zapobiega występowaniu opóźnień i zakłóceń w jego kształtowaniu. Należy również zaznaczyć, że w badaniach nie brano pod uwagę wpływu edukacji przedszkolnej na opisane obszary rozwoju mowy. Jednak dodatkowe oddziaływania o charakterze profilaktyczno-terapeutycznym zdecydowanie wzmacniają efekt prowadzonych w przedszkolu działań edukacyjnych.

Przedstawione wnioski z badań własnych pozwalają na sformułowanie postulatów dla praktycznych oddziaływań w zakresie wspomaganie i dodatkowej, prewencyjnej stymulacji rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym polegających na: dążeniu do zapewnienia dostępności zajęć arteterapeutycznych dla

wszystkich dzieci w wieku przedszkolnym, jak również postulowaniu o włączenie kursu: arteterapia do programów studiów kierunków pedagogicznych, w celu rozpowszechnienia jej wśród nauczycieli zajmujących się szeroko rozumianą edukacją przedszkolną i wczesnoszkolną.

Bibliografia

- Brzezińska A. (2004), *Spoleczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Buchalter S. I. (2006), *Terapia sztuką*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2008), *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*, WE, Kraków.
- Demel G. (1996), *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, WSiP, Warszawa.
- Didkowska B. (2011), *Znaczenie rysunku spontanicznego dla prawidłowego rozwoju dziecka [w:] Arteterapia. Od rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych*, red. W. Karolak, B. Kaczorowska, Wydawnictwo AH-E, Łódź.
- Gilroy A. (2009), *Arteterapia – badania i praktyka*, Wydawnictwo WSH-E, Łódź.
- Gładyszewska-Cyulko J. (2011), *Arteterapia w pracy pedagoga. Teoretyczne i praktyczne podstawy terapii przez sztukę*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Gładyszewska-Cyulko J. (2019), *Wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych poprzez wizualizację i inne techniki arteterapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Grabias S. (2008), *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia”, 37.
- Grabias S. (2012), *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego [w:] Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Grabias S. (2013), *O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania [w:] Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Grudziwska, E. (2010), *Arteterapia jako forma pracy z dzieckiem upośledzonym umysłowo*, „Szkoła Specjalna”, 3 (254).
- Gunia G. (2011a), *Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce [w:] Wprowadzenie do logopedii*, red. G. Gunia, V. Lechta, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 53–67.
- Gunia G. (2011b), *Pomoce w diagnozie, terapii i profilaktyce logopedycznej [w:] Wprowadzenie do logopedii*, red. G. Gunia, V. Lechta, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Jastrzębowska G. (1998), *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Józefowski E. (2014), *Wyobrażenia i obraz jako czynniki konstytuujące warsztat twórczy przy kreacji wizualnej*, „Dyskurs”, 17.
- Karolak W. (1998), *Sztuka jako zabawa, zabawa jako sztuka*, Wydawnictwo CODN, Łódź.
- Karolak W. (2014), *Arteterapie. Język wizualny w terapiach, twórczości i sztuce*, Difin, Warszawa.
- Krasoń K., Mazepa-Domagała B. (2003), *Przestrzenie sztuki dziecka. Strategia intersemiotycznego wsparcia jednostek o obniżonej sprawności intelektualnej*, Librus, Katowice.
- Krauze-Sikorska H. (2016), *Terapia przez twórczość plastyczną w procesie wspomaganiania i wspierania rozwoju dzieci z problemami internalizacyjnymi, czyli o tym, jak można pomóc dziecku*

- być „tym samym”, ale nie „takim samym”, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, 11, 3 (41).
- Łoza B. (2014), *Model teoretyczny – mechanizmy leczące w arteterapii* [w:] *Arteterapia*, red. B. Łoza, A. Chmielnicka-Plaskota, Difin, Warszawa.
- Malchiodi C.A. (2014), *Przedmowa* [w:] *Arteterapia. Podręcznik*, red. C.A. Malchiodi, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Matejczuk J. (2014), *Rozwój dziecka. Wiek przedszkolny*, IBE, Warszawa.
- Ochman A. (2017), *Mowa dzieci w wieku przedszkolnym w aspekcie parcjalnych zaburzeń w rozwoju* [w:] *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnościami: konteksty indywidualne i środowiskowe*, red. K. Parys, M. Pasteczka, J. Sikorski, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków.
- Sochacka I. (2016), *Sprawność narządów artykulacyjnych u dzieci w wieku przedszkolnym – doniesienie z badań*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika”, 12.
- Stańko M. (2009), *Arteterapia z dziećmi i młodzieżą – perspektywa rozwojowa*, „Psychiatria”, 6, 2.
- Steliga A. (2016), *Arteterapia w przedszkolnej edukacji a twórczy samorozwój dziecka* [w:] *Pomiędzy dwiema edukacjami. Dziecko/uczeń wobec czasu zmiany*, red. I. Adamek, J. Bałachowicz, Wydawnictwo Naukowe WSP, Łódź.
- Szulc W. (2011), *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Difin S.A., Warszawa.
- Szulc W., Twardowski A. (2001), *Praca z dzieckiem dyslektycznym w gabinecie arteterapii* [w:] *Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*, red. W. Dykcik, B. Szychowiak, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Tarkowski Z. (2015), *Przesiewowy test logopedyczny*, Wydawnictwo Digi-Cad-Projekt, Lublin.
- Vick R.M. (2014) *Krótką historia arteterapii* [w:] *Arteterapia. Podręcznik*, red. C.A. Malchiodi, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Węsierska K. (2012), *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym* [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, red. K. Węsierska, t. 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Wierkowicz-Zawistowska P. (2015), *Twórczość w życiu osób niepełnosprawnych z województwa podlaskiego*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, IV (17).
- Zaorska M. (2008), *Wstęp* [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J. Błęszyński, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

Sara Knapik-Szweda
ORCID:0000-0003-1276-1571
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Muzykoterapia jako forma wczesnej interwencji na oddziale intensywnej terapii noworodka. Studium przypadku

Dziecko przedwcześnie urodzone to dziecko, którego stan psychomotoryczny i neurologiczny jest bardzo zróżnicowany, a dalszy jego rozwój zależy od wielu czynników biologicznych i środowiskowych. Ważną rolę odgrywa wczesna interwencja i stymulacja rozwojowa, w którą zaangażowani są rodzice dziecka. Muzykoterapia (MT) to forma wczesnej stymulacji rozwoju wcześniaków na oddziale intensywnej terapii noworodka (OITN). Działania muzykoterapeutyczne mogą wspierać i pomagać w osiągnięciu stanu regulacji fizjologicznej i emocjonalnej zarówno dziecka, jak i jego rodziców. Celem niniejszego artykułu jest zaznajomienie czytelnika z możliwościami stosowania aktywnej muzykoterapii na OITN na przykładzie dziecka urodzonego w 27 tygodniu ciąży oraz jej matki (studium przypadku). Opis procesu muzykoterapeutycznego opartego na wybranych modelach muzykoterapeutycznych ilustruje możliwości prowadzenia muzykoterapii na oddziale. Zróżnicowane cele terapeutyczne opierały się na trzech obszarach: potrzeby dziecka, potrzeby matki oraz potrzeby dziecka i matki jako diady. Starano się również wskazać sposoby prowadzenia muzykoterapii w polskich warunkach szpitalnych, w którym jak dotąd nie była prowadzona tego typu interwencja. Opis przypadku pokazuje, że wprowadzenie terapii, która może być formą wczesnej interwencji, skupia się na rodzinie, na rozwijaniu wzajemnej relacji oraz na uczeniu się komunikacji. Ponadto może przyczynić się do poprawy jakości życia matki i dziecka. Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań sprawdzających efektywność muzykoterapii na oddziale neonatologicznym na gruncie krajowym. Jednakże niniejszy opis przypadku oraz rosnąca liczba międzynarodowych badań wskazują na korzyści terapeutyczne prowadzonej muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, oddział neonatologiczny, dziecko przedwcześnie urodzone, studium przypadku, badanie jakościowe

Music Therapy as an early intervention in the Neonatal Intensive Care Unit. Case study.

A prematurely born child is a child whose psychomotor and neurological condition can be highly diversified and whose further development depends on a number of biological and environmental factors. An important role is played by early intervention and developmental stimulation which involves parents. Music therapy (MT) is a form of an early developmental stimulation for premature infants at neonatal intensive care units (NICU). Music therapeutic activities may sup-

port and help in the achievement of physiological and emotional regulation of a child as well as his/her parents. The aim of this article is to familiarize readers with possibilities offered by active music therapy conducted at NICU based on the example of a child born at 27 weeks and her mother (case study). The description of a music therapy process based on chosen music therapy models shows how to conduct music therapy at the unit. The therapeutic goals are focused on three areas: child's needs, mother's needs and child and mother's needs as dyads. The author also tries to present ways how to conduct music therapy in Polish hospitals where this type of intervention has not been introduced yet. The case study shows that the introduction of music therapy, which can be a form of early intervention, focuses on the family, the development of a mutual bond as well as learning how to communicate. Moreover, it may improve both child's and mother's quality of life. There is a necessity to conduct more research into the effectiveness of music therapy at neonatal intensive care units in Poland. However, the case study in question as well as a growing number of international research shows the therapeutic benefits of music therapy for premature infants and their parents.

Key words: music therapy, neonatal unit, premature infant, case study, qualitative research

Wprowadzenie

Dziecko przedwcześnie urodzone to dziecko urodzone pomiędzy 22 a 37 tygodniem życia, z niską masą urodzeniową poniżej 2500 g lub skrajnie niską masą urodzeniową poniżej 1000 g (Oleszczuk, Sawulicka-Oleszczuk 2009: 17). Według danych statycznych zebranych przez Główny Urząd Statystyczny w roku 2020 liczba urodzeń wyniosła 355 309, z czego 19 106 to noworodki z masą urodzeniową poniżej 2500 g, a 868 dzieci urodzonych poniżej 1 kg (GUS, Dziedzicowe Bazy Wiedzy, 2021). Stan psychomotoryczny i neurologiczny dziecka może być bardzo zróżnicowany, a dalszy jego rozwój zależy od wielu czynników biologicznych i środowiskowych. Najczęściej trudności występują w zakresie: umiejętności oddechowych, prawidłowej pracy serca, napięcia mięśniowego, reakcji na bodźce czy termoregulacji (Bień, Bałanda-Bałdyga, Skurzak 2009). Ponadto na dalszy rozwój wcześniaka mają wpływ współwystępujące choroby czy zaburzenia, np. przewlekła choroba płuc, wodogłowie pokrwotoczne, krwawienie wewnątrzczaszkowe, zapalenie jelit, występowanie bezdechów i bradykardii, objawy refluku żołądkowo-przełykowego, duże trudności z karmieniem czy z ciśnieniem krwi (Oleszczuk, Sawulicka-Oleszczuk 2009: 21). Zakres opieki wcześniaków obejmuje opiekę medyczną (realizowaną przez neonatologa, pediatrę, neurologa, położną) oraz opiekę rozwojową (fizjoterapeutę, psychologa, neurologopedę, jak również audiologa, okulistę i innych specjalistów) (Bieleninik 2012; Oleszczuk, Sawulicka-Oleszczuk 2009). Oprócz opieki medycznej ważną rolę odgrywa wczesna stymulacja rozwojowa, w którą zaangażowani są rodzice dziecka. W tych trudnych okolicznościach rodzice stopniowo uczą się, jak być z nim, jak się z nim komunikować, rozpoznawać jego potrzeby, jak postępować z nim podczas czynności pielęgnacyjnych, a przede wszystkim jak nawiązywać z nim więź (Pilch 2009; Nöcker-Ribaupierre 2013). Doświadczenie przedwczesnego porodu i jego konse-

kwencje mogą negatywnie wpłynąć na zdrowie i dobrostan psychiczny rodziców (Ghetti 2020: 189). Dla matek wcześniactwo i związane z nim dalsze doświadczenia stanowią „stresogenny komponent” (Bieleninik, Bidzan, Bidzan 2014). Mogą konfrontować się z rozczarowaniem, lękiem, niepewnością, stratą, z przewlekłym stresem (stresem pourazowym) związanym z funkcjonowaniem swojego dziecka oraz traumą czy depresją poporodową (Bieleninik 2012; Bieleninik, Bidzan, Bidzan 2014; Ettenberger i in. 2017; Haslbeck 2017; Sloan i in. 2008). Podobnie jak matki, ojcowie również odczuwają lęk, stres, trudności w adaptacji do roli ojca wcześniaka (Ettenberger 2020; Lindberg i in., 2007). Ponadto mogą pojawić się u nich trudności emocjonalne wynikające zarówno ze stanu dziecka, jak i matki (Ettenberger i in. 2017; Mondanaro i in. 2016).

Muzykoterapia (MT) może być również formą wczesnej interwencji rozwoju wcześniaków na oddziale intensywnej terapii noworodka (OITN) (Bieleninik, Gold 2014; DeLoach, Detmer 2020). Wspomaga rozwój dziecka – jego parametry psychofizyczne, umiejętności żywieniowe oraz stany behawioralne (Bieleninik 2020; Bieleninik, Gold 2014; Haslbeck 2012). Wspiera rodziców w przeżywaniu trudnych emocji, nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji ze swoim dzieckiem oraz wypracowaniu strategii radzenia sobie z procesem adaptacji (Bieleninik 2020; Bieleninik, Gold 2014; Loewy 2011; Haslbeck 2012, 2013a; 2013b, 2017; Nöcker-Ribaupierre 2013). Może być realizowana w formie aktywnej i biernej. W tej pierwszej terapeuta i/lub rodzic nuca, śpiewają kołysanki lub piosenki w odpowiednio zmienionej formie. Do najbardziej znanych modeli należą: *First Sounds: Rhythm, Breath and Lullaby* (RBL) stworzonej przez Joanne Loewy (Loewy i in. 2013; Loewy 2011, 2015) oraz *Creative Music Therapy*, który został zaadaptowany i wprowadzony u wcześniaków przez Friederike Haslbeck¹ (Haslbeck 2004; 2012; 2017; 2020). W muzykoterapii biernej natomiast terapeuta wykorzystuje muzykę odtwarzaną (np. utwory, kołysanki) oraz odgłosy dźwiękowe (np. nagrany głos matki czy bicie jej serca) (Haslbeck 2012). Takim modelem jest np. system *Pacifier-Activated Lullaby* (PAL) – kołysanka aktywowana smoczkiem stworzona przez Jane Standly (2003), której zadaniem jest wzmocnienie odpowiednich odruchów ssania u wcześniaków, zwiększenie częstotliwości karmienia, wzrost wagi, doprowadzając do skrócenia czasu hospitalizacji wcześniaków na OITN (DeLoach, Detmer 2020). Drugim modelem jest *Multimodal Stimulation* (MMA) – stymulacja multimodalna odpowiedzialna za wspieranie i regulowanie rozwoju neurologicznego wcześniaków (Standley 1998; Detmer, Evans, i in., 2020; DeLoach, Detmer 2020). Niezależnie od stosowanych modeli cele muzykoterapii koncentrują się wokół dziecka, rodzica oraz ich relacji. W przypadku dziecka jest to między innymi: osiągnięcie korzystniejszych parametrów medycznych, nabycie zdolności

¹ Oba modele zostaną szerzej opisane w dalszej części artykułu.

koordynacyjnych podczas jedzenia-połykania-oddychania, zmniejszenie czasu pobytu w szpitalu czy zmniejszenie bólu. MT, oddziałując na rodzica, może poprawić jego samopoczucie, zmniejszać lęk czy wspierać umiejętności radzenia sobie z traumatyczną sytuacją rodzinną. Ponadto umożliwia mu rozwój interakcji ze swoim dzieckiem (Loewy 2011; Haslbeck, 2012, 2013a; 2013b, 2017; Nöcker-Ribaupierre, 2013; Loewy i in. 2013; Loewy 2015; Ettenberger i in. 2017).

Celem niniejszego artykułu jest zaznajomienie czytelnika z możliwościami stosowania aktywnej muzykoterapii na OITN na przykładzie Igi² – dziewczynki urodzonej w 27 tygodniu ciąży – oraz jej matki³. Opisywany proces odbywał się w Miejskim Szpitalu w Rudzie Śląskiej, placówce o III poziomie referencyjności – co oznacza możliwość leczenia chorych noworodków i wcześniaków w ciężkim stanie. Wspomniany oddział dysponował 44 łóżeczkami, w tym 27 inkubatorami (jest tam 15 stanowisk intensywnej terapii noworodka, 6 stanowisk opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji oraz 6 stanowisk opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego). Placówka współpracuje z Oddziałem Intensywnej Terapii Noworodka w Uppsali (Szwecja), dzięki czemu polski szpital stara się stworzyć warunki do rozwoju podejścia skoncentrowanego na rodzinie (informacje ze strony internetowej Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.: <https://szpitalruda.pl/departments/oddzialy/neonatologia/>).

Aktywna muzykoterapia u wcześniaków

Muzykoterapia dla dzieci przedwcześnie urodzonych może być wczesną formą muzycznej stymulacji, która oddziałuje na ich rozwój holistycznie (Bieleninik 2012; Arnon i in. 2006; Ettenberger i in., 2014; Loewy i in. 2013). Może stanowić wsparcie zarówno dla wcześniaka, jak i rodzica. Muzykoterapia aktywna na OITN jest zindywidualizowanym procesem rozwoju relacji pomiędzy rodzicem/rodzicami a dzieckiem za pomocą muzyki. Proste motywy muzyczne, kołysanki czy improwizacje wokalne stosowane przez **rodzica** wpływają na wzajemną interakcję z dzieckiem (Bieleninik 2015; Edwards 2011). Jego rola w procesie mu-

² Imię dziecka zostało zmienione.

³ Muzykoterapia dla Igi była prowadzona dzięki uczestnictwu dziecka w badaniu podłużnym skuteczności muzykoterapii dla wcześniaków i ich opiekunów: międzynarodowym randomizowanym badaniu klinicznym (LongSTEP). To międzynarodowy projekt trwający od 2018 do 2022 roku, organizowany przez GAMUT przy Research Council of Norway w Bergen wspieranym przez Norweską Radę Naukową - NORCE Norwegian Research Center (nr projektu: 273534) (Ghetti i in. 2019). Niniejszy artykuł prezentuje tylko opis procesu oddziaływań muzykoterapeutycznych u dziecka przedwcześnie urodzonego. Wnikliwa analiza efektywności muzykoterapii uczestników badania będzie prezentowana na dalszych etapach projektu. Autorka artykułu w ramach wspomnianego projektu prowadziła muzykoterapię oraz zajmowała się rekrutacją dzieci przedwcześnie urodzonych do badania.

zykoterapeutycznym jest niezastąpiona (Cytowska 2014; Haslbeck 2017). Rodzic, włączając się do muzycznej aktywności, może odkryć nowe sposoby komunikacji ze swoim dzieckiem oraz nabyć umiejętności radzenia sobie z nim za pomocą muzyki. Uczy się dostrzegać jego potrzeby i reagować na nie (Oldfield 2011). Muzyczna interakcja wpływa również na lepsze samopoczucie rodziców oraz nabranie pewności siebie i swojej roli, w obciążających i trudnych warunkach szpitalnych (Haslbeck, 2004; 2012).

W pracy opisanej w niniejszym artykule wykorzystano dwa z istniejących modeli muzykoterapeutycznych ukierunkowanych na pracę z wcześniakami: *First Sounds: Rhythm, Breath and Lullaby* (RBL) stworzony przez Joanne Loewy oraz *Creative Music Therapy* (CMT) w adaptacji Friederike Haslbeck.

Pierwszy z nich (RBL) zakłada nucenie krótkich melodii, kołysanek lub piosenek znanych rodzicom w połączeniu z odpowiednią stymulacją dotykową w celu budowania fizycznej, emocjonalnej więzi dziecka i rodzica (Loewy 2011, 2015; Ullsten 2020). Doświadczenie muzyki na żywo może wspomóc proces tworzenia i rozwijania więzi rodziców z dzieckiem i stwarza możliwości komunikacyjne (Abrams i in. 2007; Blumenfeld, Eisenfeld 2006; Whipple 2000). Ważną rolę w procesie tworzenia muzyki w RBL jest głos matki, który zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa, komfortu oraz przynależności do środowiska, w którym się rozwijało w okresie płodowym – pozwala na osiągnięcie stanu samoregulacji, w którym dziecko stopniowo przyzwyczaja się do nowej, otaczającej go rzeczywistości. Umożliwia nabywanie kolejnych umiejętności związanych z samodzielnym funkcjonowaniem (Abrams i in. 2007). Aktywne stosowanie muzyki jest bardziej preferowane przez dziecko niż muzyka odtwarzana (Arnon i in. 2006; Johnston i in. 2007), gdyż dzięki niej rodzic wraz z terapeutą mogą dostosować się do stanu psychofizycznego dziecka i w razie konieczności zmieniać muzyczne propozycje. Jedną z popularnych technik RBL jest tzw. *song of kin*, która polega na wyborze popularnych piosenek znanych rodzicom oraz zmodyfikowanie ich w taki sposób, aby muzycznie dostosować się do reakcji i parametrów medycznych dziecka (takich jak: tętno, saturacja czy częstotliwość oddechów). Nowo powstałe, zmodyfikowane piosenki mają spokojniejszy charakter, są wolniejsze od oryginalnych utworów, często przybierają formę kołysanek. Ich obecna forma dostosowuje dynamikę, tempo, miarowość oraz tembr głosu mamy do dziecka i jego stanu (Loewy 2015).

Kolejnym modelem muzykoterapeutycznym wykorzystywanym na OITN jest *Creative Music Therapy* (CMT). Model ten został zaadaptowany i wprowadzony u dzieci przedwcześnie urodzonych przez Friederike Haslbeck (2004, 2013a, 2013b, 2017, 2020; Haslbeck i in. 2017). Według założeń CMT nawet najmniejsza aktywność uczestnika sesji może być impulsem do tworzenia wspólnego materiału muzycznego, dzięki któremu buduje się relację terapeutyczną. Model ten jest

skoncentrowany na osobie, na jej zasobach, możliwościach i potrzebach (Haslbeck 2004; 2017). Muzyczna interakcja oparta jest na muzyce i na jej wyjątkowych właściwościach, które wspierają uczestników – w tym przypadku rodzica i dziecko – w osiąganiu zmian i adaptacji do nich (Nordoff, Robbins 2008; Verney, Andsell 2010). Zdaniem Haslbeck ta zindywidualizowana interakcyjność muzyczna, w której rodzic jest zaangażowany aktywnie, jest kluczowa (Haslbeck 2012).

Najistotniejszymi elementami w pracy na oddziale neonatologicznym w ramach CMT jest wzmacnianie komunikacji niewerbalnej rodzica z dzieckiem, wspomaganie tej relacji za pomocą muzycznej aktywności. Muzyka tworzona jest na podstawie aktywności dziecka – jego oddechu, mimiki i ruchów – te elementy nadają kształt muzycznej improwizacji opartej na nuceniu, spokojnym śpiewaniu głosek czy kołysanek. Krótkie improwizowane motywy muzyczne, kołysanki (znane rodzicom lub śpiewane w trakcie okresu prenatalnego) lub kołysanki stworzone przez rodziców dla swojego dziecka w trakcie pobytu w szpitalu (tzw. *songwriting*) są właśnie formą budowania interakcji (Shoemark 2011; Haslbeck 2020). Ta ostatnia technika – *songwriting* – jest wartościowym źródłem wspierającym rodziców, dającym im poczucie wiary w swoje możliwości w trudnych warunkach emocjonalnych i społecznych w szpitalu – tzw. *empowerment* (Haslbeck 2017). Proces tworzenia piosenki umożliwia rodzicowi zainicjowanie kontaktu ze swoim dzieckiem poprzez słowa, dźwięki, frazy, tempo oraz dotyk. Piosenki stworzone w ramach procesu są śpiewane w wyższym rejestrze melodii i wolniejszym tempie. Utwory mogą przybierać one charakter zabawowy – wtedy są przejrzyste, energiczne, z zachowaniem wyraźnych schematów rytmicznych – lub właśnie kołysankowy – są spokojniejsze, delikatniejsze niczym balsam głosu rodzica dla dziecka (Shoemark 2011). Podczas pobytu w szpitalu rodzice mierzą się z poczuciem osamotnienia, bezradności, braku kontroli czy niemożności podejmowania decyzji względem swojego dziecka. *Songwriting* przywraca wiarę rodzica w swoją sprawczość. Może on mieć realny wpływ na słowa, jakie kieruje do swojego dziecka w trakcie tworzenia i śpiewania kołysanki, jakiego rodzaju melodii użyje oraz w jakich okolicznościach będzie ją śpiewał swojemu dziecku. Muzykoterapia kreatywna w środowisku NICU pomaga rodzicom wcześniaków radzić sobie z traumą, odczuciami przytłoczenia, smutku, zwątpienia, lęku związanymi z ich dzieckiem. Ze względu na to, że stanowi element wczesnej interwencji, dostarcza poczucia bezpieczeństwa, wsparcia, ekspresji emocjonalnej czy relaksacji zarówno dziecku, jak i jego rodzicom (Bieleninik 2015; Bieleninik, Gold 2014; Haslbeck 2012, 2020).

Założenia RBL oraz CMT odnoszą się przede wszystkim do budowania i nawiązywania relacji rodzica z dzieckiem w sytuacji trudnej, jaką jest wcześniactwo i pobyt w szpitalu – w środowisku, w którym trudności fizjologiczne dziecka i emocjonalne matki – takie jak trauma wynikająca z ciągłego stanu napięcia

i niepewności, frustracji, stresu i lęku o los swojego dziecka – uniemożliwia nawiązywanie więzi pełnej spokoju i komfortu. Działania muzykoterapeutyczne prowadzone w tych modelach mogą pomagać w osiągnięciu stanu regulacji fizjologicznej i emocjonalnej zarówno dziecka, jak i jego matki/ojca oraz umacniać rodziców w poczuciu własnej tożsamości rodzicielskiej (Ghetti 2013).

Iga – opis przypadku – informacje podstawowe

Iga – dziewczynka urodzona 7 września 2018 roku, w 27 tygodniu życia, wążąc 900 gramów. Jędynaczka. Z chwilą rozpoczęcia muzykoterapii miała 36 tygodni plus 5 dni (PMA – wiek ciążowy + czas od urodzenia) i ważyła 2,384 kg. Urodzona naturalnie. Bezpośrednio po urodzeniu otrzymała 9 punktów w skali Apgar, po 5 minutach – 10. Matka dziecka przed porodem miała wprowadzoną terapię sterydami. Po wykonaniu USG nie stwierdzono żadnych krwawień wewnętrznych. Dziewczynka miała duże trudności z samodzielnym oddychaniem ze względu na dysplazję oskrzelowo-płucną (tlenozależność), więc wprowadzano jej dodatkowy tlen w wysokości 30%. Karmiona była pokarmem mamy za pomocą sondy oraz butelki. Nie miała żadnych poważniejszych innych operacji czy zabiegów.

Po wstępnej zgodzie matki na udział w projekcie lekarka prowadząca, która podjęła decyzję o włączeniu rodziny do badania, potwierdziła, że stan dziecka jest stabilny i pomimo wsparcia farmakologicznego może otrzymać dodatkowe wsparcie w formie muzykoterapii⁴. Lekarka podkreślała, że wsparcie tego typu będzie ważne również dla matki dziecka ze względu na długi okres hospitalizacji, ponieważ potrzebuje ona przekierowania uwagi na budowanie relacji ze swoim dzieckiem oraz relaksację.

Matka Igi – Teresa⁵ – podjęła ostateczną decyzję o udziale w badaniu, podpisując pisemną zgodę. Jak wynikało z wywiadu, matka dziewczynki często śpiewała oraz nuciła dziecku na oddziale. Jak przyznała, miała bogate doświadczenia muzyczne – ukończyła szkołę muzyczną w klasie fletu poprzecznego, a obecnie śpiewała w chórze, brała udział w regularnych próbach czy koncertach. Jej preferencje muzyczne były zróżnicowane – od rocka poprzez stare piosenki z lat 60. czy 70. po muzykę klasyczną, zwłaszcza pieśni operowe. Ojciec dziewczynki ze

⁴ Innymi kryteriami włączającymi do badania oprócz stanu medycznego dziecka były następujące punkty: dziecko urodzone poniżej 35 tygodnia życia; dziecko hospitalizowane dłużej niż dwa tygodnie od momentu zgody rodzica; rodzice bez udokumentowanej choroby psychicznej czy niepełnosprawności intelektualnej oraz zamieszkanie rodziców w rozsądnej odległości od szpitala.

⁵ Imię matki zostało zmienione.

względu na pracę zarobkową nie był w stanie brać udziału w spotkaniach muzykoterapeutycznych. Był obecny na jednej sesji.

Sesje muzykoterapii u Igi i jej matki

Muzykoterapia w opisywanym przypadku objęła 23 sesje: 20 sesji prowadzonych było na OITN, pozostałe 3 sesje – na oddziale neonatologicznym. Dziewczynka znajdowała się na oddziale intensywnej terapii wraz z pięcioma innymi wcześniakami, ich stale przebywającymi mamami oraz personelem medycznym. Ze względu na liczbę osób w sali na oddziale, czasem trudno było znaleźć dogodnie miejsca do prowadzenia sesji, które byłyby komfortowe dla mamy Igi i samego dziecka. Szpital nie dysponował osobnymi pomieszczeniami, w których matka z dzieckiem czy rodzice mogliby odbywać indywidualne zajęcia z muzykoterapii. Jednakże w trakcie procesu muzykoterapeutycznego, dzięki zaangażowaniu Teresy i personelu medycznego udało się wypracować system spotkań, biorąc pod uwagę stan Igi, liczbę osób trzecich tak, aby sesje prowadzone były w sposób komfortowy dla matki i jej dziecka.

Podczas całego procesu muzykoterapeutycznego matka dziecka uczestniczyła w 21 sesjach, w jednej sesji uczestniczyli oboje rodzice, na jednej sesji obecna była tylko pielęgniarka. Sesje trwały 30-40 minut w zależności od stanu dziecka i matki. Podczas sesji dziewczynka ułożona była na rękach mamy lub w łóżeczku (z chwilą rozpoczęcia muzykoterapii była w łóżeczku, nie w inkubatorze). Muzykoterapia u Igi i jej matki opierała się na założeniach scharakteryzowanych wcześniej modeli RBL oraz CMT.

W zależności od dnia i aktualnego stanu dziecka i matki sesje różniły się od siebie. Zróżnicowane były również cele terapeutyczne, które opierały się na aktualnych potrzebach obu uczestniczek. Można zatem wyróżnić trzy obszary realizowanych potrzeb/celów:

1. potrzeby dziecka;
2. potrzeby matki;
3. potrzeby dziecka i matki jako diady.

Sesje skoncentrowane na Idze (**1. potrzeby dziecka**) polegały na dostrajaniu się do jej aktualnego stanu medycznego (na zwiększeniu i wyrównaniu saturacji, zmniejszaniu i wyrównaniu tętna, uspokojeniu jej po różnych zabiegach medycznych); próbie regulowania bodźców dźwiękowych z zewnątrz i maskowaniu dźwięków z aparatur medycznych za pomocą śpiewu i gitary oraz obserwowaniu jej reakcji w trakcie procesu muzykoterapeutycznego – jej reakcji słuchowych, wizualnych, ruchowych oraz stanów behawioralnych. Zatem celami była stymu-

lacja słuchowa i czuciowa dziecka, umożliwienie stanu regulacji i odprężenia oraz poprawa parametrów fizjologicznych.

Cele terapeutyczne względem matki (**2. potrzeby matki**) opierały się na wspieraniu jej w szpitalu za pomocą muzyki i rozmowy. Był to czas towarzyszenia Teresie w trakcie przeżywania różnych, czasem trudnych emocji i przekierowania jej uwagi, a także przestrzeń do spędzania czasu z dzieckiem. Odbywało się to poprzez pisanie piosenek dla Igi, wykorzystywanie własnych, ulubionych piosenek lub tworzenie do nich tekstu skoncentrowanego na córce i jej aktywnościach. Obserwując Teresę na zajęciach, można było zauważyć, że z dużą łatwością śpiewała i angażowała się w różne muzyczne aktywności. Jej głos (w zależności od dnia) był pewny i mocny, stąd wysuwał się na pierwszy plan w trakcie sesji muzykoterapeutycznych. Dzięki śpiewaniu znanych kołysanek lub piosenek matka Igi odczuwała sprawczość swojego działania i decyzyjność względem swojego dziecka za pomocą słów, dźwięków, melodii, rytmu, dynamiki czy tempa śpiewania. Zatem celami było wsparcie emocjonalne matki, umożliwienie jej relaksacji oraz dawanie poczucia sprawstwa oraz ekspresji swoich emocji.

Sesje nastawione na pracę relacyjną Igi i jej matki (**3. potrzeby dziecka i matki jako diady**) opierały się na rozwoju poczucia bliskości, nawiązywania i podtrzymywania więzi między nimi. Budowanie kontaktu polegało na dostosowywaniu się matki do dziecka podczas śpiewania, nucenia czy kołysania, obserwowaniu i muzycznym reagowaniu matki i terapeuty na wszelkie działania i aktywności dziecka – zmiany oddechu, mimiki czy ruchów, zmiany pozycji, w których Iga uczestniczyła w trakcie zajęć. Niektóre sesje oparte były na tworzeniu piosenek, które Teresa śpiewała dla Igi nie tylko w trakcie sesji, ale także poza nimi.

W celu przybliżenia praktycznych zastosowań muzykoterapii u Igi i jej matki zostanie zaprezentowany krótki opis poszczególnych sesji.

Sesja 1 miała charakter zapoznawczy i wprowadzający do działań muzykoterapeutycznych. Terapeutka zadawała mamie pytania związane z jej doświadczeniami muzycznymi, śpiewaniem oraz jej samopoczuciem w danym momencie. Po krótkiej rozmowie terapeutka zaproponowała aktywność opartą na wspólnym śpiewie utworów znanych matce. Początkowo Teresa była onieśmielona śpiewaniem w obecności innych mam i personelu, lecz po chwili, skupiając się na dziecku, zaczęła delikatnie nucić, później śpiewać. Pierwszą propozycją był utwór chóralny pt. „Kołysanka” Jana Maklakiewicza do tekstu Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego. Mama wraz z terapeutką zaczęły od nucenia przy akompaniamencie gitary, a później przejść do śpiewania tekstu:

Kochanie, moje kochanie, dobranoc, już jesteś senna
i widzę twój cień na ścianie i noc jest taka wiosenna.
Jedyna moja na świecie, jakże wysłowię tve imię?
Ty jesteś mi wodą w lecie, rękawicą w zimie.

Terapeutka wspierała matkę, podążając za nią lub nadając kierunek śpiewu w zależności od potrzeb Teresy i jej córki. Iga była początkowo niespokojna, wykonywała gwałtowne ruchy. Teresa w tym czasie starała się dostosować do potrzeb dziecka, zmieniając pozycje Igi w celu zwiększenia jej komfortu. Z biegiem trwania sesji można było zauważyć reakcje dziewczynki na śpiew matki czy dźwięki gitary – obserwowano ruchy gałek ocznych oraz spontaniczne ruchy ciała. Iga uspokajała się stopniowo aż do momentu wejścia w stan głębokiego snu, na co wskazywały zamknięte oczy, regularny oddech i brak ruchów. Matka dziecka również się wyciszyła. Drugą piosenką był utwór *Sound of Silence* (muzyka, tekst oraz wykonanie: Simon i Garfunkel), którą mama zaczęła nucić po angielsku. Terapeutka zaproponowała zmianę tekstu na język polski, aby bardziej dostosować go do Igi, gdyż ten język – jego melodię, tembr, akcentowanie – dziewczynka zna jeszcze z okresu prenatalnego. Stąd powstała piosenka z nowym tekstem do melodii *Sound of Silence*:

Dla I. śpiewam tak
 By był dla niej lepszy świat
 Tak bardzo kocham Cię
 Tak bardzo kocham Cię
 O I. tak śpiewam dzisiaj Ci, aaa
 By się dobrze spało Ci.

Tekst został napisany przez Teresę z pomocą terapeutki. Oddanie matce dziecka decyzyjności w zakresie wyboru piosenek, jej aktywność i zaangażowanie w proces twórczy dały Teresie poczucie sprawczości i wpływu, dostarczyły emocjonalnego wsparcia i przyjemności z bycia w muzycznej relacji z córką. U Igi zaobserwowano odprężenie, co przełożyło się na zmianę parametrów medycznych – saturacji, tętna oraz stanów behawioralnych. Sesja trwała 35 minut.

Kolejne sesje (2-6) miały podobną strukturę. Oprócz wspomnianych już piosenek wprowadzono adaptację utworu *Alleluja* Leonarda Cohena (tekst i muzyka: Leonard Cohen) ze zmienionym tekstem i spokojniejszym sposobem wykonania, oraz spersonalizowane wersje piosenek: polskiej wersji *Miłość rośnie wokół nas/ Can you feel the Love tonight* Eltona Johna (autor muzyki: Elton John, autor tekstu: Tim Rice) z filmu *Król Lew* oraz *Sailing* Roda Stewarta (autor muzyki i tekstu: Gavin Sutherland), do których Teresa utworzyła własny tekst:

Miłość rośnie wokół nas
 W spokojny jasny dzień
 Uśmiechasz się, bo lepiej czujesz się
 Matczyną czując moc

oraz

Już jest późno
Już jest późno
O I. pora spać
Ukołyszcie Ciebie mama
Wyśpiewując imię Twe

Działania z piosenką były realizowane w oparciu o techniki muzykoterapeutyczne – *song of kin* czy *songwriting*. Pojawiały się również improwizacje i wokalizacje, które były dostosowywane do zachowania dziecka i jego reakcji na działania matki. Początkowo z terapeutką, później samodzielnie, Teresa starała się muzycznie dostroić się do Igi. Zatem jej zaangażowanie nie miało – śpiewanie, nucenie, tworzenie dla córki było motywatorem do innej aktywności niż dotychczas (sprzed rozpoczęcia muzykoterapii). Podczas śpiewu mamie towarzyszył akompaniament gitary i głos terapeutki, które dawały jej poczucie bezpieczeństwa, a także dodawały jej pewności i swobody w głosie oraz działaniu. Zdarzały się momenty, w których matka wolała tylko słuchać i się wyciszyć, wtedy swoim oddechem starała się dać córce poczucie bezpieczeństwa.

Warta uwagi była sesja 7, podczas której Teresa była twórcza i radosna. Utworzyła improwizowany tekst piosenki świątecznej (*Winter Wonderland* – autor muzyki: Felix Bernard; autor tekstu: Dick Smith) (było to bowiem czas zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia), w której opisywała chęć powrotu do domu z córką – *Pada śnieg, idą święta. A I. uśmiechnięta. Do domu tuż tuż, Szykujemy się już, lalalala, hej!*). Ponadto podkreślała, że wszyscy domownicy na nich czekają: *Czeka babcia, dziadek i Orionek (kot). Ciocia wujek i kuzyni też. Gdy I. będzie w końcu w domu, śmiejąc się, gaworząc tu i tam.* Podczas sesji Iga ze stanu senności stopniowo przeszła w stan spokojnego snu (oczy zamknięte, regularny oddech, odprężenie).

Na kolejnych spotkaniach stan dziecka ulegał poprawie – Iga przybierała na wadze, osiągając 3400 gramów. Porównując pomiary przed rozpoczęciem muzykoterapii i po niej, zaobserwowano poprawę w zakresie zarówno saturacji, jak i tętna. Dziewczynka coraz częściej była aktywna – uśmiechała się, spoglądała na mamę bądź na otoczenie, oddychała miarowo i regularnie. Matka Igi, widząc te zmiany, była zmotywowana i gotowa na dalsze proponowane aktywności muzyczne. Od 12 sesji Iga wraz z Teresą zostały przeniesione z OITN do oddziału neonatologicznego, gdyż stan dziewczynki się stopniowo stabilizował.

Na sesji 13 Iga ponownie wykazywała pobudzenie. Po raz pierwszy pojawiały się wokalizacje, ruchy rącek w różnych kierunkach. Dziewczynka wydawała się świadoma stymulacji słuchowej i wzrokowej. Nawiażywała kontakt wzrokowy zarówno z mamą, jak i terapeutką, koncentrowała się również na czarnej gitarze. Były momenty, w których Iga okazywała niezadowolenie z ułożenia swojego ciała. Gdy matka zaczęła częściej zmieniać jej pozycje – raz na rękach, raz w łóżeczku –

Iga zaczęła się stopniowo uspokajać. Terapeutka w tym czasie odzwierciedlała swoją grą aktywność dziecka poprzez zwiększanie tempa oraz dynamiki gry.

Niestety pozytywny przebieg hospitalizacji uległ pogorszeniu. Pomiędzy 13 a 14 sesją Iga zadławiła się w trakcie karmienia i przestała oddychać. Po tym wypadku ponownie trafiła na oddział intensywnej terapii. Matka była załamana stanem Igi oraz faktem, że wyjście Igi ze szpitala musi zostać opóźnione. Teresa wyraziła chęć rezygnacji z sesji muzykoterapeutycznych. Nie chciała się już włączać w działania. Widać było bardzo duże zmęczenie, frustrację, smutek i wszechogarniający żal. W związku z zaistniałą sytuacją terapeutka podczas kolejnych sesjach skupiła się na mamie i na jej wsparciu, oferując rozmowę, działania odprężające, relaksujące oparte na wspólnym oddychaniu. Ostatecznie matka Igi nie zrezygnowała z zajęć, choć jej motywacja i zaangażowanie było wyraźnie niższe niż na początku współpracy.

Na 17 sesji terapeutka podjęła decyzję o wprowadzeniu nowego instrumentu, który mógł być interesujący zarówno dla dziecka, jak i dla mamy ze względu na jego uspokajające brzmienie. Był to *ocean disc* (bęben wypełniony metalowymi kuleczkami; jego dźwięk przypomina odgłosy z okresu prenatalnego dziecka – Loewy i in. 2013; Haslbeck 2017). Iga bardzo się ożywiła – pojawiły się ruchy głowy w kierunku nowego dźwięku oraz kontakt wzrokowy z mamą i terapeutą. Im Iga wykazywała większą aktywność, tym u Teresy następowała poprawa samopoczucia. Uwaga dziewczynki utrzymywała się przez kilkanaście minut – podczas grania na *ocean discu* oraz śpiewaniu znanej piosenki *Panie Janie*. Matka wraz z terapeutą śpiewały w kanonie, potęgując stymulację dźwiękową. Iga sprawiała wrażenie zasłuchanej i skoncentrowanej.

Sesją, którą można uznać za wyjątkową, było spotkanie 20. Po raz pierwszy na sesji był obecny ojciec dziewczynki. Początkowo obserwował, na czym polega muzykoterapia, wsłuchiwał się w muzykę i dopytywał, jak reaguje Iga. Najpierw zdystansowany, dość szybko się zaangażował – nawiązywał relację z córką, często uśmiechał się do niej i mówił, lecz nie śpiewał. Dotykał poszczególnych części ciała Igi, o których śpiewała terapeutka. Dziewczynka w tym czasie leżała w łóżeczku, miała skupione spojrzenie, regularny oddech, była aktywna ruchowo oraz gotowa na przyjmowanie coraz to większej liczby bodźców zewnętrznych. Wydaje się, że sesja była przyjemnym doświadczeniem dla ojca Igi. Niestety z przyczyn zawodowych ojciec dziecka nie mógł towarzyszyć córce w pozostałych spotkaniach.

Spotkanie 22 było ostatnim, w którym wzięły wspólnie udział matka z córką. Od dłuższego czasu można było zaobserwować znaczny spadek zaangażowania mamy. Nie chciała już śpiewać ani wyjmować dziecka z łóżeczka, tylko delikatnie dotykała jej główki. Początkowo Iga była aktywna, a więc mama stymulowała ją dotykowo, jednak wydawała się zmęczona i niechętna do działania, choć jedno-

częście angażowała się w rozmowę z terapeutką. Rozmowa ta miała charakter zamykający proces na płaszczyźnie werbalno-muzycznej. Iga w tym czasie była aktywna, ale zrelaksowana. Pod koniec rozmowy stawała się coraz spokojniejsza, aż zasnęła. Ostatnie spotkanie (23) miało charakter pożegnalny ze względu na wypis ze szpitala i opuszczenie placówki przez Igę i Teresę.

Cały proces muzykoterapeutyczny był bardzo zróżnicowany. Takie też były potrzeby dziecka, jego matki i ich relacji. Sesje skoncentrowane na Idze były oparte na dostrajaniu się do jej aktualnego stanu medycznego, próbie regulowania bodźców dźwiękowych z zewnątrz, dopasowywaniu się do pozycji, aktywności i rozwoju na „tu i teraz” oraz na obserwowaniu i reagowaniu na jej sensoryczne odpowiedzi w trakcie procesu muzykoterapeutycznego. Choć w centrum spotkań była dziewczynka, muzykoterapia oddziaływała również na matkę, na jej poczucie sprawstwa i wpływu oraz na ich wzajemną relację.

Sesjami, w których pojawiły się istotne momenty relacyjne, były:

- 13 sesja, w której Iga nawiązywała kontakt wzrokowy z matką;
- sesje 17, 18, 19, w których pojawiła się aktywność dziecka pod względem słuchowym, wizualnym i ruchowym pod wpływem otaczających stymulacji w postaci śpiewu, ruchu czy instrumentu (gitara i ocean disc);
- sesje 20, 21, 22 – Iga miała skupione spojrzenie, regularny oddech; pojawiała się aktywność ruchowa, nawet wokalizacja.

Działania nastawione na pracę relacyjną między mamą i córką oraz rozwijanie poczucia bliskości opierały się na instruowaniu, inspirowaniu do nawiązywania kontaktu i wzajemnego dostosowywania się podczas aktywności muzycznych (nucenie czy śpiewanie w różnej dynamice w zależności od stanu Igi, zmiany pozycji jej ciała, stymulowanie kontaktu dotykowego). Sesje były również formą przekierowania uwagi od różnych, ciężkich sytuacji stresowych matki i dziecka (sesje 14, 15, 16) i tworzyły przestrzeń do spędzania czasu z dzieckiem w atmosferze bliskości i spokoju.

Dużą część procesu obejmowała pracę z matką. Sesje, w których brała ona czynny udział, wiązały się ze wspieraniem jej za pomocą muzyki i rozmowy. Teresa z dużą łatwością śpiewała, tworzyła słowa piosenek, angażowała się z różnymi muzycznymi aktywnościami, a jej głos był pewny i mocny. Czasem matka zamykała oczy i wtulała się w córkę – potrzebowała oderwania się od szpitalnej rzeczywistości, skupiając się wyłącznie na swoim dziecku – lub też chętnie mówiła o sobie – swoich planach, działaniach, które realizuje poza szpitalem czy o aktywnościach zawodowych. Muzykoterapia dla matki Igi była formą towarzyszenia jej w trakcie różnych przeżywanych emocji i stanów.

Podsumowując cały proces muzykoterapeutyczny, można zauważyć, że zaangażowanie rodzica początkowo było duże, jednak stopniowo malało. Czynniki, które mogły bezpośrednio przyczynić się do spadku motywacji rodzica na

sesji, były: niestabilny stan oddechowy Igi, jej trudności z oddychaniem i karmieniem, długi pobyt w szpitalu. Z kolei u dziewczynki dostrzega się tendencję odwrotną – na pierwszych sesjach Iga była mało aktywna i rzadko reagowała na aktywność muzyczną. Jednak z biegiem czasu wykazywała coraz większą aktywność słuchowo-ruchowo-wzrokową, koncentrując się na twarzy matki lub terapeuty oraz dostrzegając instrumenty (gitara, *ocean disc*), aktywizowała się lub uspokajała w zależności od okoliczności. Można było również zauważyć, iż reakcje córki przekładały się na lepsze samopoczucie matki i odwrotnie – im większa aktywność rodzica na sesji, tym większa aktywność dziecka podczas sesji. Działania muzykoterapeutyczne miały wielowymiarowe skutki dla każdej z uczestniczek sesji i ich relacji.

Dyskusja

Aktywna muzykoterapia może wspomóc rozwój dziecka przedwcześnie urodzonego, wspierać rodziców i towarzyszyć im w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji ze swoim dzieckiem. Muzykoterapia dla Igi i jej mamy była procesem, w którym obie uczestniczki poznawały się lepiej w różnych okolicznościach, czasem sprzyjających, spokojnych i twórczych, a czasem trudnych i emocjonujących. Częstotliwość spotkań – trzy razy w tygodniu – sprawiała, że proces był intensywny, dzięki czemu możliwe było wnikliwe obserwowanie dziecka, jego reakcji oraz zmian. Sesje koncentrowały się na dziecku, matce i ich wzajemnej relacji. Duże znaczenie miały następujące działania terapeutki:

1. dostosowywała się do samopoczucia mamy, do jej aktywności, zaangażowania, dopytywała, obserwowала, reagowała;
2. brała pod uwagę stan dziecka (stany behawioralne, parametry medyczne, ruchy, mimikę, reakcje);
3. obserwując dziecko i mamę jednocześnie, instruowała rodzica, jak świadomie wykorzystywać głos, muzykę i ruch w interakcji z dzieckiem, np. jak reagować na zachowanie Igi w sposób muzyczny lub w jaki sposób przyczyniać się do poprawy np. saturacji czy tętna;
4. terapeutka stopniowo wycofywała się z aktywności wokalnej, aby dać matce i dziecku przestrzeń do bycia razem w muzyce; towarzyszyła im za pomocą gitary, kontaktu wzrokowego, była obecna;
5. inspirowała do działań, zachęcała, ale nie zmuszała do aktywności; dawała możliwość wyboru i starała się stwarzać komfortowe warunki dla matki i dziecka.

Ważnymi i znaczącymi momentami z perspektywy muzykoterapeutki była **twórczość mamy** i jej zdolność do tworzenia piosenek, **kontynuacja muzykoterapii**

pii pomimo załamania Teresy i stanu zdrowia Igi oraz wzrost aktywności (zwłaszcza słuchowo-wzrokowo-ruchowej) dziecka i jej reaktywność na instrumenty (ocean disc, gitara) – ich brzmienie, rozmiar, wibrację oraz na głos mamy – w trakcie śpiewania czy mówienia. Niestety z przyczyn organizacyjnych nie udało się porozmawiać z matką o jej wrażeniach, refleksjach czy spostrzeżeniach dotyczących muzykoterapii.

Trudności, które uwidoczniły się podczas procesu muzykoterapeutycznego z Igą i jej matką, związane były z organizacją miejsca spotkań, gdyż szpital nie dysponował osobnymi pomieszczeniami, w których matka z dzieckiem mogliby odbywać indywidualne zajęcia z muzykoterapii. Ponadto obecność osób trzecich - innych rodziców, personelu medycznego - mogła wpłynąć na poczucie komfortu matki dziecka oraz na jej swobodę w wyrażaniu zróżnicowanych stanów emocjonalnych.

Celem niniejszego artykułu było zaznajomienie czytelnika z możliwościami zastosowania muzykoterapii aktywnej na OITN poprzez zaprezentowanie historii Igi – dziecka urodzonego w 27 tygodniu życia oraz jej mamy Teresy. Opis procesu muzykoterapeutycznego opartego na modelach RBL oraz CMT miał zilustrować możliwości prowadzenia muzykoterapii na oddziale. Starano się również wskazać sposoby prowadzenia muzykoterapii w polskich warunkach szpitalnych, w którym jak dotąd nie była prowadzona tego typu interwencja. Warto również podkreślić, że samo badanie ma pewne ograniczenia. Jednym z nich jest mała grupa badana. Przedstawiona jest historia tylko jednej rodziny, stąd nie jest wskazane, aby uogólniać możliwości prowadzonej terapii na szerszą populację. Kolejnym ograniczeniem jest mało wnikliwa analiza efektywności samego procesu muzykoterapii wspomnianych uczestników, w tym brak informacji zwrotnej od matki dziecka na temat spostrzeżeń dotyczących muzykoterapii. Jednakże ze względu na etapowość projektu, efektywność działań muzykoterapeutycznych zostanie przedstawiona na dalszych etapach międzynarodowego, randomizowanego badania skuteczności muzykoterapii dla wcześniaków i ich opiekunów (LongSTEP) (Ghetti i in. 2019).

Historia Igi i jej matki pokazuje, że wprowadzenie terapii, która skupia się na rodzinie, na rozwijaniu wzajemnej relacji oraz na uczeniu się komunikacji, może przyczynić się do poprawy jakości życia matki i dziecka (Haslbeck, 2013a; Bieleninik, Gold, 2014; Bieleninik, 2015; Ettenberger i in. 2017; Haslbeck 2017; Ullsten i in. 2019). Oczywiście, istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań sprawdzających efektywność muzykoterapii na oddziale neonatologicznym na gruncie krajowym (Standley 2012; Bieleninik i in. 2016). Jednakże niniejszy opis przypadku oraz rosnąca liczba międzynarodowych badań wskazują na korzyści terapeutyczne prowadzonej muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców (Bieleninik, Ghetti 2019).

Muzykoterapia może wspierać fizjologiczne, behawioralne i emocjonalne obszary funkcjonowania dziecka i jego rodziców z poszanowaniem ich indywidualnych potrzeb, pragnień i możliwości. Może stanowić źródło cennych informacji dla lekarzy/położnych/pielęgniarek o stanie dziecka, jego reakcjach czy o zmianach parametrów medycznych. Zatem terapia muzyką w warunkach szpitalnych może być indywidualnym wsparciem dla całej społeczności szpitalnej – wcześniaków, ich rodzin oraz personelu. Biorąc pod uwagę, że Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej jako pierwszy szpital w Polsce wprowadził muzykoterapię w ramach projektu badawczego LongSTEP, można liczyć na to, że ta forma wsparcia będzie tam kontynuowana (jako standardowa opieka dla wszystkich wcześniaków) oraz mieć nadzieję, że inne szpitale otworzą się na możliwości muzykoterapii i dostrzegą pozytywne korzyści z jej stosowania na oddziałach neonatologicznych w całej Polsce.

Bibliografia

- Abrams B., Dessler A.-M., Lee S., Loewy J., Silverman F., Telsey A. (2007), *Instituting Music Therapy in the NICU: A Team Centered Approach* [w:] *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit*, red. J. Loewy, The Louis and Lucille Armstrong Music Therapy Program Beth Israel Medical Center, New York, 21-37.
- Arnon S., Shapsa A., Forman L., Regev R., Bauer S., Dolfin T. (2006), *Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment*, „*Birth*” 33: 131–136.
- Bieleninik Ł. (2012), *Dzieci urodzone przedwcześnie w percepcji matek*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Bieleninik Ł. (2015), *Muzykoterapia a więź emocjonalna* [w:] *Psychologia muzyki. Między wykonawcą a odbiorcą*, red. J. Kaleńska-Rodzaj, R. Lawendowski, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk, 113–132.
- Bieleninik Ł., Bidzan I., Bidzan M. (2014), *Wcześniactwo a trudne rodzicielstwo w okresie pre- i perinatalnym*, „*Roczniki Pedagogiczne*”, 5 (41): 39–68.
- Bieleninik Ł., Gold Ch. (2014). *Early intervention for premature infants in neonatal intensive care unit*, „*Acta Neuropsychologica*”, 12 (2): 185–203.
- Bieleninik Ł., Ghetti C., Gold Ch. (2016), *Music therapy for preterm infants and their parents: a meta-analysis*, „*Pediatrics*”, 138, <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/3/e20160971> [dostęp: 10.06.2021].
- Bień A.M., Bałanda-Bałdyga A., Skurzak A. (2009), *Zasady postępowania z noworodkiem urodzonym przedwcześnie podczas porodu i bezpośrednio po urodzeniu* [w:] *Opieka nad wcześniakiem*, red. A.B. Pilewska-Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 61–69.
- Blumenfeld H., Eisenfeld L. (2006), *Does a mother singing to her premature baby affect feeding in the neonatal intensive care unit?*, „*Journal of Clinical Pediatrics*”, 45: 65–70.
- Cytowska B. (2014), *Idea wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 15–26.

- DeLoach D., Detmer M. (2020), *Amerykański Narodowy Instytut ds. Muzykoterapii Medycznej dla Dzieci i Niemowląt: interwencje muzykoterapeutyczne na oddziale intensywnej terapii noworodka* [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 148–163.
- Detmer M., Evans K., Shina E., Walker K., DeLoach D., Malovitz J.R. (2020), *Multimodal neurological enhancement improves preterm infants's developmental outcomes: A longitudinal polot study*, „Neonatal Network”, 39 (1): 16–23.
- Edwards J. (2011), *Music therapy and parent – infant bonding* [w:] *Music therapy and parent – infant bonding*, red. J. Edwards, Oxford University Press, Oxford, 5–21.
- Ettenberger M., Cardenas C.R., Parker M., Odell-Miller H. (2017), *Family-centred music therapy with preterm infants and their parents in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in Colombia – A mixed-methods study*, „Nordic Journal of Music Therapy”, 25 (3), 207–234.
- Ettenberger M. (2020), *Muzykoterapia dla ojców na oddziale intensywnej terapii noworodka – doświadczenia z Ameryki Południowej* [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 164–172.
- Ghetti C.M. (2013). *Pediatric intensive care* [w:] *Guidelines for music therapy practice in pediatric care*, red. J. Bradt, Barcelona Publishers, Gilsum, 152–204.
- Ghetti C. M., Bieleninik Ł., Hysing M., Kvestad I., Assmus J., Vederhus B., Gold Ch. (2019), *Longitudinal study of music therapy's effectiveness for premature infants and their caregivers (LongSTEP): protocol for an international randomized trial*, *BMJ Open*, 9 (8), <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e025062> [dostęp: 10.06.2021].
- GUS, *Dziedzinowe Bazy Wiedzy*, 2020, http://swaid.stat.gov.pl/Demografia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_DEM_9.aspx [dostęp: 10.09.2021].
- Haslbeck F. (2004), *Music therapy with preterm infants – theoretical approach and first practical experience*, „Music Therapy Today”, 5 (4), 1–15.
- Haslbeck F. (2017), *Three little wonders: Music therapy with families in neonatal care* [w:] *Music Therapy with Families. Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*, red. S.L. Jacobsen i G. Thompson, Jessica Kingsley Publishers, Londyn–Filadelfia, 19–44.
- Haslbeck F.B. (2012), *Music therapy for premature infants and their parents: an integrative review*, „Nordic Journal of Music Therapy”, 21 (3), 203–226.
- Haslbeck F.B. (2013a), *The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: A qualitative analysis*, „Nordic Journal of Music Therapy”, 23 (1), 36–70.
- Haslbeck F.B. (2013b), *Creative music therapy with premature infants: an analysis of video footage*, „Nordic Journal of Music Therapy”, 23 (1), 5–35.
- Haslbeck F.B. (2020), *Zestrojenie mózgu z muzyką – neuronaukowe ramy muzykoterapii kreatywnej w opiece nad noworodkami* [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Wydawnictwo Scholar, Warszawa, 121–131.
- Haslbeck F.B., Bucher H.-U., Bassler D., Hagmann C. (2017), *Creative music therapy to promote brain structure, function, and neurobehavioral outcomes in preterm infants: a randomized controlled pilot trial protocol*, „Pilot and Feasibility Studies”, 3 (36), 2–8.
- Johnston C.C., Filion F., Nuyt A.M. (2007), *Recorded maternal voice for preterm neonates undergoing heel lance*, „Advanced Neonatal Care”, 7: 258–266.

- Lindberg B., Axelsson K., Ohrling K., (2007), *The birth of premature infants: Experiences from the father's perspective*, „Journal of Neonatal Nursing”, 13 (4), 142–149.
- Loewy J. (2015). *NICU music therapy: Song of kin as critical lullaby in research and practice*, „Annals of The New York Academy of Sciences”, 1337: 178–185.
- Loewy J.V. (2011), *Music Therapy for hospitalized infants and their parents* [w:] *Music therapy and parent-infant bonding*, red. J. Edwards, Oxford University Press, Oxford, 179–190.
- Loewy J.V., Stewart K., Dassler A.-M., Telsey A., Homel P. (2013), *The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants*, „Pediatrics”, 131 (5), 902–918.
- Mondanaro J., Ettenberger M., Park L. (2016), *Mars Rising: Music Therapy and the Increasing Presence of Fathers in the NICU*, „Music & Medicine”, 8 (6): 96–107.
- Nöcker-Ribaupierre M. (2013), *Premature infants* [w:] *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care*, red. J. Bradt, Barcelona Publishers, Gilsum, 66–115.
- Nordoff P., Robbins C. (2008), *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Oldfield A. (2011), *Parents' perception of being in music therapy sessions with their music: what is our role as music therapists with parents?*, [w:] *Music therapy and parent-infant bonding*, red. J. Edwards, Oxford University Press, Oxford, 58–72.
- Oleszczuk J., Sawulicka-Oleszczuk H. (2009), *Wczesniactwo jako problem medyczny, rodzinny i społeczny*, [w:] *Opieka nad wcześniakiem*, red. A.B. Pilewska-Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 17–25.
- Pilch D. (2009), *Fototerapia, aromaterapia i muzykoterapia w opiece nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie* [w:] *Opieka nad wcześniakiem*, red. A.B. Pilewska-Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 242–248.
- Shoemark H. (2011), *Translating 'Infant-Directed Singing' into a Strategy for a Hospitalized Family* [w:] *Music therapy and parent-infant bonding*, red. J. Edwards, Oxford University Press, Oxford, 161–178.
- Sloan K., Rowe J., Jones J. (2008), *Stress and coping in fathers following the birth of a preterm infant*, „Journal of Neonatal Nursing”, 14 (4): 108–115.
- Standley J. (2012), *Music therapy research in NICU: an updates meta-analysis*, „Neonatal Network”, 31: 311–316.
- Standley J.M. (1998), *The effect of music and multimodal stimulation on responses of premature infants in neonatal intensive care*, „Journal of Pediatric Nursing”, 24 (6), 532–538.
- Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. (2021), *Oddział neonatologiczny*, <https://szpital-ruda.pl/departments/oddzialy/neonatologia/> [dostęp: 10.06.2021].
- Ullsten A., (2020), *Muzykoterapia z muzyką na żywo i śpiewaniem kołysanek jako wsparcie emocjonalne podczas bolesnych zabiegów. Uzasadnienie dla śpiewania piosenek w ramach leczenia bólu u noworodków* [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Wydawnictwo Scholar, Warszawa, 132–147.
- Ullsten A., Gaden T.S., Mangernes J. (2019), *Development of family-centred care informing Nordic neonatal music therapy*, [w:] *Music in paediatric hospitals – Nordic perspectives*, red. L.O. Bonde i K. Johansson, Norwegian Academy of Music, Oslo, 1–25.
- Verney R., Ansdell G. (2010), *Conversations on Nordoff-Robbins Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Whipple J. (2000), *The effect of parent training in music and multimodal stimulation on parent – neonate interactions in the neonatal intensive care unit*, „Journal of Music Therapy”, 37 (4): 250–268.

Anna Bieganowska-Skóra

ORCID:0000-0003-3097-7376

Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS Lublin

Prawda czasów czy prawda ekranu? O modelu niepełnosprawności wzrokowej w filmie fabularnym

W artykule, odnosząc się do funkcjonujących w dyskursie społecznym pojęć „prawdy czasu” i „prawdy ekranu”, dokonano analizy sposobu konstruowania postaci bohatera z niepełnosprawnością wzrokową oraz modelu niepełnosprawności wzrokowej w dwóch polskich i dwóch zagranicznych filmach fabularnych. Omówiono bohaterów filmów inspirowanych wydarzeniami prawdziwymi („Carte blanche” i „Imagine”) oraz postaci będące wytworem scenarzystów („Zapach kobiety” i „Tańcząc w ciemnościach”). Wybrane do analizy filmy figurują na listach najpopularniejszych filmów, których bohaterami są osoby niewidome.

Słowa kluczowe: model niepełnosprawności wzrokowej w filmie, społeczny model niepełnosprawności, wizerunek filmowy niepełnosprawności, Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych

The truth of the times or the truth of the screen? About the model of visual impairment in a feature film

In the article, referring to the concepts of “truth of time” and “truth of the screen” functioning in social discourse, an analysis was made of the way of constructing the character with visual impairment and the model of visual impairment in two Polish and two foreign feature films. The heroes of films inspired by real events (“Carte blanche” and “Imagine”) and characters created by scriptwriters (“Scent of a woman” and “Dancing in the dark”) were discussed. The films selected for analysis are included in the lists of the most popular films whose protagonists are blind people

Key words: model of visual impairment in the film, social model of disability, film image of disability, Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Wprowadzenie

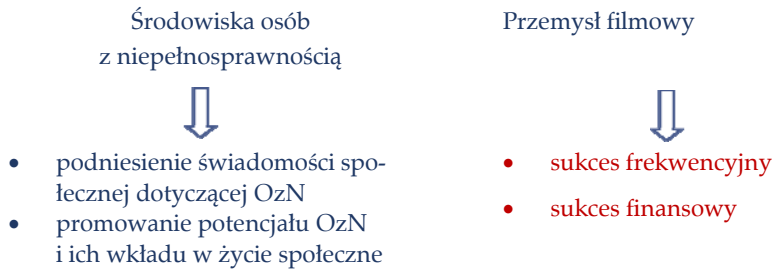
Film fabularny jest dla współczesnego człowieka nie tylko źródłem rozrywki, ale również sposobem zdobywania wiedzy o świecie – analogonem rzeczywistości, narzędziem, które służy społecznym przemianom (Demby, za: Kozubek 2016:

124). Według H. Himmelweit (za: Gajda 2002: 113–114) film wywiera na widza wpływ natychmiastowy i działa głównie na emocje i intelekt. Jeśli dzieło filmowe mówi odbiorcy o ważnych dla niego doświadczeniach, nie ma większego znaczenia, że jest fikcją. Atrakcyjny przekaz wzbudza w widzach chęć naśladowania prezentowanych wzorów czy postaw. Magia ruchomego obrazu – zdaniem L. Blausteina – polega na tym, że „widz nie wierzy w rzeczywistość tego, co widzi, ale wierzy w prawdę utworu filmowego [...] mimo fikcyjności jego postaci i akcji. Widz kinowy nie sądzi, że to, co widzi zdarzyło się faktycznie, ale przekonany jest, że tak dzieje się w rzeczywistości, że postaci i zdarzenia są jakby z życia wzięte” (za: Kozubek 2016: 130, 133; por. Kossowski 1999:19–20). Film uczy widza myślenia, analizowania różnorodnych zjawisk oraz – szczególnie ważne z punktu widzenia niniejszych rozważań – zastępuje niekiedy zachowania o bezpośrednim, społecznym charakterze, a także nawet najmniejszym grupom umożliwia społeczną widzialność (por. Melosik 1996: 10; Ogonowska 2005: 81). Oznacza to, że widz, nie odrywając się od telewizyjnego czy kinowego ekranu, może poznać przedstawicieli różnych grup społecznych, zwłaszcza tych, których na co dzień w swoim otoczeniu nie spotyka. Poznanie to, mimo że zapośredniczone, jest niekiedy jedyną płaszczyzną spotkania i źródłem wiedzy na temat określonej grupy osób. Edukacyjnej funkcji filmu w tym obszarze od lat przyglądają się badacze przestrzeni społecznej: pedagodzy, psychologowie, socjologowie czy filmoznawcy, próbując dać odpowiedź na szereg pytań, między innymi o to, jaką rolę pełni kino w procesie modyfikowania postaw społecznych. W tym kontekście analizie poddany zostanie wizerunek osób z niepełnosprawnością wzrokową w filmie fabularnym.

Celem niniejszego tekstu jest próba odpowiedzi na pytanie, czy popularne i znane szerokiej publiczności filmy, których bohaterami są osoby z niepełnosprawnością wzrokową, upowszechniają pozytywny wizerunek osoby niewidomej oraz rzetelną wiedzę na temat niepełnosprawności wzrokowej – nazwaną na użytek niniejszego tekstu w ślad za Barejowskim „Misiem” *prawdą czasów*, o których mówimy czy też powielają szkodliwe stereotypy prezentując tytułową *prawdę ekranu*, który mówi.

Przyczyną tej polaryzacji prezentowanych wizerunków jest rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami samego środowiska osób z niepełnosprawnością a przemysłu filmowego, co schematycznie można przedstawić w sposób następujący:

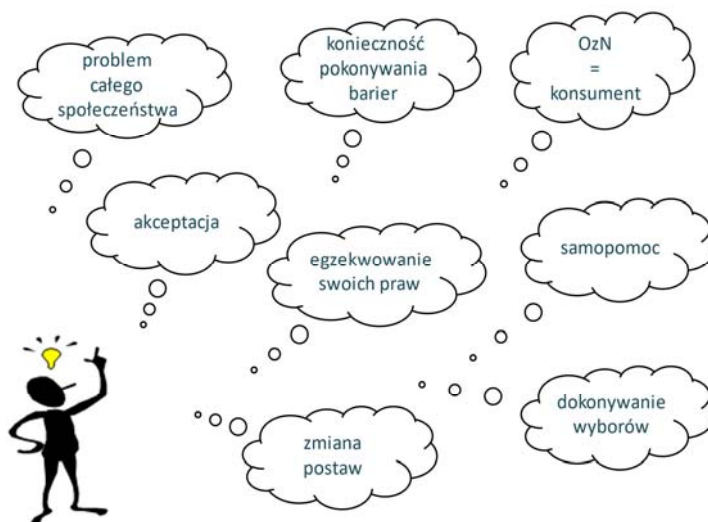
Oczekiwania:



Schemat 1. Oczekiwania środowisk osób z niepełnosprawnościami (OzN) wobec filmów fabularnych kontra oczekiwania przemysłu filmowego

Źródło: opracowanie własne.

Prawda czasów będzie zatem równoznaczna z ukazywaniem niepełnosprawności w myśl art. 1 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, który definiuje ją jako „długotrwałą obniżoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami”. *Prawda czasów* będzie się dodatkowo manifestowała realizacją oficjalnego stanowiska środowisk osób z niepełnosprawnościami wyrażonego w art. 8 wspomnianego dokumentu – zobowiązaniem do podjęcia działań mających na celu podniesienie świadomości społecznej, promowanie społecznego modelu niepełnosprawności oraz potencjału OzN i ich wkładu w życie społeczne (por. Kirenko 2002: 65–72, OSON 1998). Wszystko po to, aby w społeczeństwie utrwaliło się przekonanie, że niepełnosprawność jest tylko jedną z cech, bardzo charakterystyczną co prawda, ale nie jedyną – stać się tak może, gdy informacje o niepełnosprawności przestaną budzić negatywne emocje. Pozytywny wizerunek osoby z niepełnosprawnością w filmie służy wielu celom – zjednuje opinię publiczną, usuwa anonimowość określonej grupy osób, likwiduje tzw. „efekt odgrodzienia”; umożliwia wzajemne porozumienie, dialog oraz sprzyja społecznej akceptacji oraz partycypacji w działaniach i podejmowanych inicjatywach (por. Szyszka 2013: 26). Idąc tropem starożytnych retorów można stwierdzić, że w takich produkcjach funkcja *docere* dominuje nad *movere* lub jest jej równa (co można zapisać matematycznym wzorem: $D \geq M$). Kontekst ukazywania niepełnosprawności w tym ujęciu przedstawiono na rysunku 1.



Rysunek 1. *Prawda czasów* – pożądany kontekst ukazywania niepełnosprawności w filmie

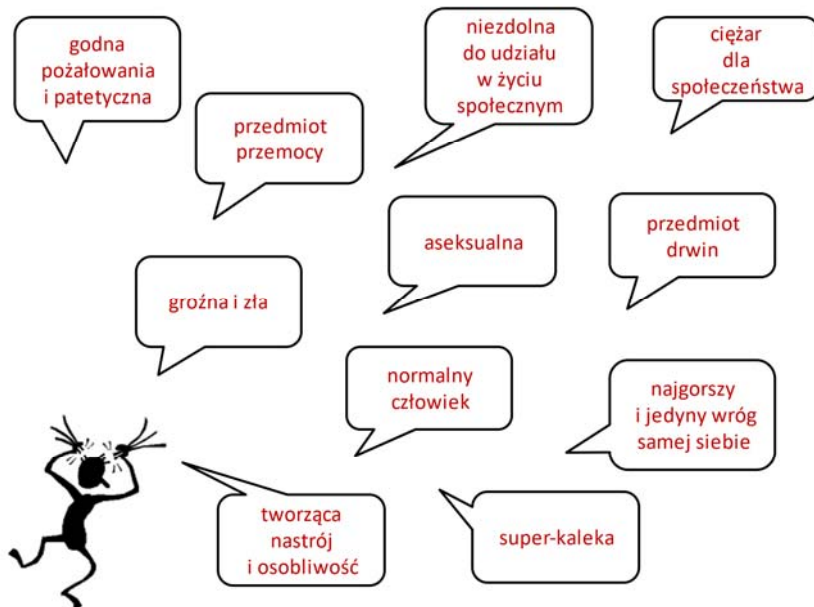
Źródło: opracowanie własne.

Prawda ekranu natomiast to wizerunek najczęściej oparty na stereotypach (wymienione na rysunku 2). Nie ma w niej miejsca na pokazywanie tak szerokiego spektrum zjawiska i zróżnicowanego wizerunku osób z niepełnosprawnościami, co jest konsekwencją faktu, iż oczekiwaniem przemysłu filmowego jest sukces manifestujący się rosnącymi wpływami z dystrybucji filmów, sprzedanych biletów – film ma osiągnąć sukces liczony liczbą widzów oraz sumą, która wpływa na konto.

Mimo wielu działań środowisk osób z niepełnosprawnością i zapisów w międzynarodowych dokumentach wciąż jeszcze typowe krzywdzące stereotypy niepełnosprawności powielane są z upodobaniem w kolejnych produkcjach filmowych, a sporządzona pod koniec lat 90. XX wieku lista stereotypów C. Barnes jest nadal aktualna (por. Barnes 1997). Odnosząc się do wspomnianych wcześniej funkcji retorycznych, należy podkreślić, że celem tego typu produkcji jest przede wszystkim poruszenie widza (z reguły jest to *movere* nie najwyższych lotów), a na naukę – czyli *docere* – nie zawsze wystarczy „miejsca”. Regułę tę określić można: $M > D$.

Analizie poddano 4 filmy, których głównymi bohaterami są osoby z niepełnosprawnością wzrokową. Dwa z nich to produkcje zagraniczne, które mimo upływu lat od premiery, stoją na czele zestawienia najciekawszych, zdaniem krytyka T. Raczkowskiego, filmów o osobach niewidomych (<https://film.org.pl/a/zestawienie/widzac-ciemnosc-najciekawsze-filmy-o-niewidomych-178244>). Mowa tu (w kolejności zaproponowanej przez autora) o obrazach: „Zapach kobiety” (1992)

oraz „Tańcząc w ciemnościach” (2000). Kolejne dwa filmy są produkcji lub koprodukcji polskiej: „Imagine” (2012) oraz „Carte blanche” (2015).



Rysunek 2. *Prawda ekranu* – najczęstszy kontekst ukazywania niepełnosprawności w filmie

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji C. Barnesa.

Nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż mimo upływu lat od premier wymienionych produkcji, wciąż jeszcze grono kinomanów, którzy deklarują chęć obejrzenia poszczególnych obrazów, jest całkiem spore (zob. tabela 1). Z tego wniosek, że promowane w każdym z filmów wizerunki osoby z niepełnosprawnością wzrokową kolejne lata będą obecne w ogólnodostępnym, społecznym dyskursie, co dodatkowo potwierdza zasadność podjęcia przedmiotowych analiz.

Tabela 1. Zestawienie liczby użytkowników portalu filmowego FilmWeb, którzy obejrzelili analizowane filmy z liczbą uczestników deklarujących chęć obejrzenia

	„Zapach kobiety”	„Tańcząc w ciemnościach”	„Imagine”	„Carte blanche”
Obejrzało	352 858	57 249	40 809	67 285
Chce obejrzeć	99 058	42 322	31 903	29 051

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z portalu www.filmweb.pl.

Filmy dobrano na zasadzie analogii „sytuacji wzrokowej” bohatera: bohaterowie filmów „Zapach kobiety” oraz „Imagine” są osobami niewidomymi od lat, natomiast bohaterom filmów „Tańcząc w ciemnościach” oraz „Carte blanche” widz towarzyszy w momencie utraty wzroku. Odnosząc filmowych bohaterów do klasyfikacji filmowych wizerunków niepełnosprawności ze względu na stopień wykreowania bohatera, w zestawieniu znalazły się po 2 filmy reprezentujące wizerunki fabularyzowane oraz fabularyzowano-rzeczywiste (losy bohaterów inspirowane są wydarzeniami rzeczywistymi: „Imagine”, „Carte blanche”) (por. Bieganowska-Skóra 2017: 80). Celowo zrezygnowano z analizy filmów biograficznych – opartych na świadectwach historycznych i dokumentach, „których treścią są dzieje jakiejś znanej postaci” (Pijanowski 1960: 19) – w nich z założenia realizować się powinna prawda konkretnych czasów (ze względu na zmienność historyczną podejścia do niepełnosprawności nierzadko nieodpowiadająca definicji prawdy czasów przyjętej na potrzeby niniejszego tekstu). Ponadto ze względu na fakt stabilizacji i zmediatyzacji współczesnej rzeczywistości, co również w filmie biograficznym skutkuje udratyzowaniem wątków i zniekształceniem losów postaci, wydaje się słuszne poddanie tego gatunku oddzielnym analizom (por. Kołos 2014: 65; Golonka-Legut 2018: 128).

Niepełnosprawność wzrokowa – wizerunki fabularyzowane

Ta część analiz zostanie poświęcona dwóm postaciom w całości wykreowanymi przez scenarzystów: Frankowi Slade’owi z filmu „Zapach kobiety” oraz Selmie Jezkovej – głównej bohaterce filmu „Tańcząc w ciemnościach”

„Zapach Kobiety”

Główny bohater to Frank Slade (oscarowa rola Ala Pacino), emerytowany pułkownik amerykańskiej armii. Utrata wzroku, będąca konsekwencją zabawy granatami pod wpływem alkoholu, nieodwołalnie zakończyła jego 26-letnią karierę w armii, odebrała mu wszystko, co stanowiło o dotychczasowej zawodowej i społecznej pozycji. Nie mogąc zaakceptować zaistniałej sytuacji, Frank postanawia spędzić luksusowy weekend w Nowym Jorku i popełnić samobójstwo.

Ten sposób wykreowania bohatera odpowiada jednemu z elementów tytułowej *prawdy ekranu* – Barnesowskiemu wizerunkowi osoby niepełnosprawnej jako jedynej i najgorszego wroga samego siebie. Frank mimo upływu lat nie pogodził się ze swoją niepełnosprawnością – wypowiada się o niej pogardliwie; traktuje jako tragedię osobistą, nie widzi dla siebie żadnych szans ani perspektyw na przyszłość („nie mam życia, tonę w ciemnościach”), nadużywa alkoholu, od-

rzuca każdą propozycję pomocy i wsparcia. Ze „wspaniałego żołnierza, prawdziwego bohatera” stał się – we własnej opinii – pogrążonym w depresji, nieproduktywnym członkiem społeczeństwa: „nie nadaję się już do niczego, nikomu nie jestem potrzebny”. Widz ma świadomość, że odpowiedzialność za cały proces destrukcji i aktualny stan rzeczy ponosi jedynie główny bohater (por. Barnes 1997: 26–27). Warto podkreślić, że przyczyną tej stopniowej degradacji jest nie sama niepełnosprawność, a jej wartościowanie przez Franka Slade’a. Do kategorii *prawda ekranu* można przypisać ponadto nieakceptowane społecznie oraz nieprawdopodobne w rzeczywistym świecie – biorąc pod uwagę niepełnosprawność – zachowania Franka Slade’a: zniecierpliwiony oczekiwaniem na zmianę światła bohater przechodzi przez ruchliwe skrzyżowanie na czerwonym, tłumacząc, że przecież nie widzi; tym samym argumentem usprawiedliwia fakt zaspokajania potrzeb fizjologicznych w przestrzeni publicznej. Nieprawdopodobna jest scena, w której Slade prowadzi rozpędzone ferrari ulicami Nowego Jorku nawigowany przez swojego przerażonego towarzysza.

Cały scenariusz weekendowej wyprawy wydaje się widzowi nierzeczywisty, ale biorąc pod uwagę jego elementy składowe, należy stwierdzić, że wiele z nich odpowiada charakterystyce *prawdy czasów* – mowa tu o roli osoby z niepełnosprawnością (konsument), istocie zjawiska niepełnosprawności (konieczność pokonywania barier, uzależnienie od pomocy innych), rozwiązaniu i kontroli (egzekwowanie praw i dokonywanie wyborów) oraz oczekiwanych wyników (akceptacja społeczna). Frank ani razu nie występuje w roli pacjenta. Poza sceną kłótni z bratankiem brak wzroku nie stanowi elementu określającego możliwości i potencjały głównego bohatera. Frank nie jest osobą miłą – ale przyczyną takiego stanu rzeczy nie jest niepełnosprawność – jak utrzymuje rodzina to kwestia charakteru: Frank tak samo szorstki i bezpardonowy był już przed wypadkiem. Slade ukazany jest jako ceniący jakość konsument dóbr luksusowych, koneser – wydaje pieniądze na towary i usługi z najwyższej cenowo półki: ekskluzywny hotel, limuzyna, wysokiej jakości trunki, wykwintne dania, garnitur szyty na miarę, najdroższe panie do towarzystwa. Jego relacje z hotelowym personelem wskazują na to, że gości w hotelu Walldorf nie po raz pierwszy.

Frank cieszy się akceptacją i szacunkiem otoczenia, mimo że sam siebie nie akceptuje – być może rolę w tym procesie przełamywania barier odegrała zasobność portfela głównego bohatera. Egzekwuje swoje prawa i od otoczenia żąda ich respektowania, często odwołując się do swojego wojskowego autorytetu. Jest osobą niezależną, sam o sobie decyduje, dokonuje wyborów lekceważąc często zdanie innych. Z pomocy korzysta w ostateczności, umniejszając swoje kompetencje w zakresie orientacji w przestrzeni („jakoś sobie radzę w Nowym Jorku, ale czasem ktoś musi mi wskazać kierunek”); aby sobie pomóc, bez oporów posługuje się białą laską.

Finalnie dokonuje się zmiana utrzymywanego przez większą część filmu wizerunku: Slade wkracza na drogę bycia swoim przyjacielem: zaczyna dostrzegać sens życia, poznaje kobietę, serdeczniej traktuje rodzinę; staje się przewodnikiem po życiu dla swojego weekendowego opiekuna. Okazuje się, że jego hierarchia wartości to nie tylko „kobiety, potem długo, długo nic i ferrari”, ale również honor, wierność ideałom, poszanowanie prawdy i lojalność.

Wizerunek niepełnosprawności wzrokowej w filmie „Zapach kobiety” nie przeterminował się. Mimo iż od premiery minie niebawem 30 lat, kryteria budowania postaci odpowiadają współczesnym oczekiwaniom co do sposobu przedstawiania osób z niepełnosprawnością. Odnosząc to do klasyfikacji stworzonej na potrzeby niniejszego tekstu należy film „Zapach kobiety” zaklasyfikować do kategorii *prawda czasu*, co nie jest bez znaczenia biorąc pod uwagę, że wciąż jeszcze 99 tysięcy użytkowników portalu FILMWEB deklaruje chęć obejrzenia go [<https://www.filmweb.pl/film/Zapach+kobiety-1992-1093>].

„Tańcząc w ciemnościach”

Selma Jezkova, główna bohaterka filmu „Tańcząc w ciemnościach” traci wzrok w wyniku dziedzicznej choroby. Za wszelką cenę chce uchronić przed podobnym losem swojego syna, dlatego przybyła z Czech do Stanów Zjednoczonych, pracuje tu ponad siły, by zarobić na operację oczu. Nieuczciwy sąsiad policjant okrada ją. Gdy Selma chce odzyskać swoją własność, dochodzi do strzelaniny, sąsiad ginie, a sąd uznaje Selmę winną morderstwa z premedytacją i skazuje na karę śmierci przez powieszenie.

Niepełnosprawność w filmie „Tańcząc w ciemnościach” jest ukazana jako powód wszystkich dramatów i życiowych perturbacji głównej bohaterki: przyczyna emigracji, konieczności podjęcia pracy ponad normę, braku życia osobistego i funkcjonowania na granicy biedy, rezygnacji z marzeń i wreszcie wyroku skazującego. W omawianym obrazie realizuje się większość z Barnesowskich obzewładniających stereotypów niepełnosprawności w nierealnym wręcz nagromadzeniu. Selma ukazana jest jako: osoba godna pożałowania, ofiara przemocy, jako groźna i zła, najgorszy i jedyny wróg samej siebie, ciężar dla społeczeństwa, niezdolna do pełnego udziału w życiu społecznym.

Selma swoją niepełnosprawność traktuje jak coś w pewnym sensie normalnego, oczywistego, zaadaptowała się do sytuacji: „ja oślepnę. Nie od razu, ale nie długo. Pewnie w tym roku. [...] Już się z tym pogodziłam. To u nas dziedziczne [...] wiedziałam o tym od dziecka”. Natomiast potencjalną niepełnosprawność dziecka – mimo że też dziedziczna i od nikogo niezależna – postrzega jako tragedię, której za wszelką cenę musi zapobiec. Czuje się winna „on ma to przeze mnie” i z tego powodu gotowa jest do wielu poświęceń: „jestem w Stanach, bo

chcę wysłać Gene'a na operację. [...]". Zebranie środków na operację jest jej jedynym celem. Selma zdaje sobie sprawę z tego, iż podjęta przez nią ciężka praca fizyczna (cięcie i prasowanie blachy) wpłynie na jej zdrowie – przyspieszy utratę wzroku, ale dokonuje świadomego wyboru. Tak długo, jak to jest możliwe, ukrywa stan swojego zdrowia przed znajomymi i przełożonymi, nie dlatego, że wstydzi się swojej niepełnosprawności, ale w obawie przed utratą pracy. Aby przejść okresowe badania lekarskie, przed wizytą u lekarza uczy się na pamięć tablic Snellena. Znajomym tłumaczy, że zarobione pieniądze wysyła swojemu ojcu do Czech. Postępujące pogorszenie stanu zdrowia stopniowo pozbawia ją wszystkiego, co sprawia jej przyjemność – rezygnuje z wymarzonej roli w musicalu, z życia osobistego: „nie szukam faceta, nie mam na to czasu, nie teraz”. Troskę o samą siebie odkłada na czas po operacji Gene'a. Kiedy przestaje widzieć, zwielokrotnia swoje obowiązki, żeby skrócić czas zbierania pieniędzy. Pracuje za wolno, popełnia błąd, który przyplaca utratą pracy. Sytuacji nie tłumaczy problemami ze wzrokiem, mówi: „ja się tylko rozmarzyłam”.

W swoich wysiłkach Selma jest sama – nie ma żadnej rodziny. Może jedynie liczyć na siebie i pomoc kilku wspierających osób: przyjaciółki Kathy, która broni jej w sytuacjach konfliktowych, pomaga na nocnej zmianie; w kinie opowiada, co dzieje się na ekranie i na dłoni Selmy rysuje ruch sceniczny; w czasie prób do musicalu udaje swoją pomyłkę, żeby przeliczyć Selmie odległość do pokonania na kroki; próbuje wyciągnąć z więzienia. Szef wstawia się za Selmą u przełożonych „przekonałem ich, żeby ci nie potrącali za [uszkodzone] maszyny”, obiecuje pomoc w znalezieniu pracy, którą Selma mogłaby wykonywać mimo kłopotów ze wzrokiem; zakochany w niej Jeff, mimo odrzucenia jego względów, pomaga – podwozi ją z pracy, oferuje swoją pomoc w sprawach codziennych. Początkowo życzliwi wydają się też być sąsiedzi – Selma mieszka w wynajętej od nich przychacie – zapraszają swoich lokatorów do siebie, przywożą Gene'a ze szkoły, pod nieobecność matki chłopak spędza u nich czas.

Niepełnosprawna bohaterka ukazana jest jako osoba ufna i naiwna. Widoczna jest różnica pomiędzy Selmą a innymi osobami z jej otoczenia. Jezkova ufa ludziom i płaci finalnie za to wysoką cenę. Sąsiad, wykorzystując jej brak wzroku, podstępnie okrada, a następnie wykorzystując swoją pozycję społeczną i zawodową, szantażuje Selmę, zarzuca kradzież, grozi jej bronią; dochodzi do awantury, w wyniku której ginie. Selma, jako oskarżona, od początku stoi na straconej pozycji – jest emigrantką, zabiła stróża prawa, zdaniem władz „za dobroć odpłaciła zdradą, kradzieżą”. Sąd orzeka, że jest świadomą sprawczynią zbrodni, egoistycznie i cynicznie ukrywała się „ze swoim kalectwem mając na względzie wyłącznie własne dobro”. Widz ma świadomość manipulacji i poczucie krzywdy; jest przekonany, że przyczyną takiego obrotu spraw jest słabość bohaterki wynikająca z niepełnosprawności. Nie biorąc pod uwagę wyjaśnień Selmy, a podkreślając jej

niegodziwość i perfidie, sąd skazuje ją na karę śmierci przez powieszenie. Selma w tej sytuacji prosi Kathy o dopilnowanie jedynie tego, by Gene poddał się operacji. Nie chce walczyć o siebie. Gdy odkrywa, że zapłacono adwokatowi pieniędzmi przeznaczonymi na operację, odrzuca pomoc: „to głupota wyrzucać tyle pieniędzy na ślepą kobietę, która resztę życia spędzi w więzieniu”. Na argument Kathy, że Gene potrzebuje matki, odpowiada, że bardziej potrzebuje wzroku. Mimo że Selma usiłuje pokonywać piętrzące się na jej drodze bariery, próbuje egzekwować swoje prawa i dokonuje wyborów, co zgodne jest z poszukiwaną w filmowym wizerunku *prawdą czasów*, paradoksalnie działania te prowadzą do realizacji kolejnego elementu *prawdy ekranu* – śmierci bohaterki jako elementu rozwiązującego wszystkie problemy. Widzowi pokazana została osoba z niepełnosprawnością gotowa do największych poświęceń w imię wartości, które wyznaje; bardzo wrażliwa a przez to za słaba, żeby się mierzyć z otaczającym, niegodziwym światem. Postać, którą można zmanipulować i uwikłać, postąpić z nią niesprawiedliwie, pozbawić dobrego imienia, a wszystko to przez niepełnosprawność. Obraz von Triera jest bardzo wysoko oceniany (średnia ocen: 7,8 na 10 możliwych punktów według użytkowników portalu Filmweb), zdobył wiele prestiżowych nagród przemysłu filmowego. Docenia się go za walory artystyczne (muzyka piosenkarki i kompozytorki Björk), poleca kolejnym widzom (chęć obejrzenia deklaruje ponad 42 tysiące widzów). Trudno natomiast doszukać się w nim walorów pedagogicznych. Utrwała upowszechniane od lat krzywdzące stereotypy niepełnosprawności – jednoznacznie zatem promuje będącą przedmiotem niniejszych rozważań *prawdę ekranu*.

Niepełnosprawność wzrokowa – wizerunki fabularyzowano-rzeczywiste

Druga część rozważań dotyczyć będzie sposobu wykreowania niepełnosprawności wzrokowej w filmach inspirowanych historiami prawdziwymi: „Carte blanche” oraz „Imagine”.

„Imagine” (2012)

Film opowiada historię Iana, który przyjeżdża do prestiżowego ośrodka dla niewidomych w Lizbonie, aby za pomocą kontrowersyjnych metod uczyć wychowanków samodzielnego poruszania się i orientacji w przestrzeni. Instruktor odrzuca poruszanie się za pomocą białej laski i chce przekonać wszystkich do zgłębiania i wykorzystania w praktyce zjawiska echolokacji, co nie spotyka się z aprobatą zwierzchników. Film dedykowany jest pamięci „chłopca widzącego

bez oczu”, Bena Underwooda, który w wieku 5 lat w wyniku choroby stracił wzrok i zaczął wykorzystywać echo w celu określenia usytuowania obiektów w swoim otoczeniu. Warto podkreślić, że obecnie echolokacja zyskuje na popularności jako narzędzie zwiększające mobilność osób niewidomych i słabowidzących, a wyniki kolejnych badań naukowych zmniejszają sceptycyzm wobec zjawiska i przyczyniają się do popularyzacji i wdrażania tego wyjątkowego narzędzia (FIRR 2019: 32).

Mimo iż akcja filmu toczy się współcześnie, widz od pierwszych kadrów wprowadzany jest w świat niepełnosprawności ugruntowanej w modelu indywidualnym. Brak wzroku pokazany jest jako problem medyczny. Akcja rozgrywa się w prywatnej, renomowanej klinice okulistycznej z internatem dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzroku. Na czele ośrodka stoi lekarz ubrany w biały fartuch, który o swoich podopiecznych mówi „pacjenci”. W placówce obowiązuje ustalony rytm dnia, nietolerowane są odstępstwa od reguł, pracę reguluje grafik; wszystko co nowe budzi niepokój, opór i sprzeciw. Uczniowie uczestniczą tylko w zajęciach rehabilitacyjnych (lekcjach orientacji przestrzennej, czynności dnia codziennego). Są bierni i podporządkowani. Celem oddziaływań rehabilitantów i terapeutów jest adaptacja podopiecznych do norm i reguł świata zewnętrznego, z którym nie mają żadnej styczności.

Dzieci uczą się i mieszkają w pomieszczeniach, których okna zabezpieczone są kratami. Nie opuszczają terenu kliniki, odgradzonej od reszty świata grubym murem i zamkniętą bramą. Rehabilitanci, obsługa techniczna kliniki, kucharka, pracznica i ogrodnik, to jedyne osoby, z którymi mają kontakt. Daje się zauważyć kontrast pomiędzy zamkniętym światem kliniki – statycznym, podporządkowanym rytuałom i rutynie dnia, a tętniącym życiem miastem za murami ośrodka.

W filmie „Imagine” dostrzec można obezwładniające, wymieniane przez Barnes, wizerunki osoby niewidomej jako normalnego człowieka oraz osoby niezdolnej do udziału w życiu społecznym, będącej ciężarem dla społeczeństwa (por. Barnes 1997: 27–28, 32, 33; Otto 2012). Dlatego wysiłki bohaterów nakierowane są na to, aby niepełnosprawność ukryć. Utwierdzić to może w przekonaniu zgodnym z założeniami modelu indywidualnego, że niepełnosprawność jest tragedią osobistą; powodem wstydu; czymś, co trzeba zamaskować, na przykład chodząc w ciemnych okularach czy też poruszając się bez użycia białej laski.

Biała laska pokazana jest nie jako sprzęt, który zapewnia niewidomym samodzielność i bezpieczeństwo, ale jako stygmat. Jedną z bohaterek, Eva, zafascynowana faktem, że gdy porusza się bez laski, jej rozmówcy nawet nie przypuszczają, że jest osobą niewidomą i traktują ją normalnie, chce zgłębić tajniki echolokacji i niszczy swoją białą laskę: „połamałam ją; kiedy chodziłam z laską, wszyscy się na mnie gapili, chcieli mi pomagać, popychali mnie i ciągnęli”. Chodzenie bez laski jawi się jej jako bilet do wolności i normalnego życia. Wychowanek kliniki, nasto-

latak Serrano, proponuje starszej koleżance pomoc w wyprawie do miasta: „*Udawaj, że mnie prowadzisz. Bez laski będziesz bardziej sexi*”. Gdy Eva go prowadzi, robi to niezgodnie z zasadami bezpiecznego prowadzenia osoby niewidomej i w sytuacji rzeczywistej może stanowić przyczynę wypadków i urazów. W filmie „*Imagine*” powielony został również mit na temat niepełnosprawności wzrokowej zakładający, że osoby niewidome poznają nieznanym dotykając ich twarzy. W czasie pierwszych zajęć dzieci pytają Iana, czy mogą podejść do niego bliżej, żeby dotknąć jego twarzy albo go powąchać.

Ian upowszechnia błędne przekonanie co do echolokacji, przekonując, że może ona być alternatywą dla poruszania się z białą laską: „niewidomy nie potrzebuje laski, chyba że jest kulawy”. Tymczasem echolokacja nie może całkowicie zastąpić białej laski; powinna być stosowana komplementarnie z nią, aby pomóc osobie niewidomej w zgromadzeniu pełniejszych informacji o przestrzeni (por. FIRR 2019: 29).

Dyrektor zarzuca Ianowi, że jego eksperymentalne metody są ryzykowne i niebezpieczne („pan jest niebezpieczny dla siebie i dla innych niewidomych”) i nie wyraża zgody, aby pacjenci kierowanej przez niego placówki uczestniczyli w proponowanych praktykach. Ośmiesza Iana przed podopiecznymi, pozwalając na to, aby wpadł on do otwartego zsypanego węgla, po czym zwalnia go i każe opuścić placówkę. Całe zajście komentuje przed wychowankami krótko: „powinien używać laski jak każdy niewidomy”.

Mimo iż omawiany film jest inspirowany historią prawdziwą, pokazany w nim świat jest bardziej artystyczny niż rzeczywisty, niosący społecznie użyteczną naukę (podobnie jak w filmie „*Tańcząc w ciemnościach*”). Poetyka filmu nie współgra z troską o rzetelne ukazywanie osób z niepełnosprawnością. Widz może poczuć się zdezorientowany – prezentowane mu są osadzone w modelu indywidualnym stereotypy niepełnosprawności wzrokowej na przemian z nowatorskim, nieco kontrowersyjnym podejściem. Gdy oglądający nabierze przekonania do tego ostatniego, okazuje się, że jest ono niebezpieczne i prowadzić może do tragedii, a jedynym rozwiązaniem jest utrzymanie obowiązującego *status quo*. Film nie podnosi świadomości społecznej wobec osób z niepełnosprawnością, trudno też w nim doszukiwać się promowania potencjałów osób niewidomych, bo o tych potencjałach w filmie po prostu się nie mówi, osoba niepełnosprawna ukazana jest jako odbiorca określonego typu świadczeń i oddziaływań. Wszystko to jednoznacznie upoważnia do zakwalifikowania obrazu do tytułowej *prawdy ekranu*. Warto dodać, że film „*Imagine*” średnią ocen widzów zalogowanych na portalu Filmweb 7.4. Obejrzało go prawie 41 000 osób, a kolejne blisko 32 000 deklarują chęć obejrzenia [<https://www.filmweb.pl/film/Imagine-2012-607122#rates>].

„Carte blanche” (2015)

W najmłodszym z omawianych filmów przedstawiono inspirowaną wydarzeniami prawdziwymi historię nauczyciela historii, Kacpra Bielika, który nagle i niespodziewanie w wyniku choroby zaczyna tracić wzrok. By zachować pracę i doprowadzić klasę, której jest wychowawcą, do matury, postanawia ukryć problemy zdrowotne przed otoczeniem. Historię tę dotychczas obejrzało 67 300 użytkowników portalu Filmweb, a 29 000 ma w planach zapoznanie się z omawianym obrazem [<https://www.filmweb.pl/film/Carte+Blanche-2015-702937#rates>].

Bielik, będący do tej pory osobą pełnosprawną – diagnozę traktuje jako osobistą tragedię. Patrzy na siebie i swoją sytuację z punktu widzenia człowieka widzącego. Informacja o konsekwencjach choroby spada na niego nagle i niespodziewanie – w przeciwieństwie do Selmy Jezkovej – nie tylko nie zdążył się jeszcze z nią pogodzić, ale przede wszystkim nie chce. Początkowo zaprzecza diagnozie, a nawet postępowi choroby – gdy lekarz uświadamia Kacprowi, że minęli się w drzwiach kliniki i pacjent go nie poznał, on racjonalizuje: „byłem zamyślony”. Kiedy dociera do niego, że sytuacja jest nieodwracalna, usiłuje odebrać sobie życie, a gdy to się nie udaje – skutecznie próbuje okiełznać nową rzeczywistość. Zdaje sobie sprawę z wagi sytuacji – obrazowo tłumaczy ją przyjacielowi: „wyobraź sobie: wyrzucają cię z pracy, nigdy nie przeczytasz żadnej książki, nie pograsz w bilard, nigdy nie zobaczysz Magdy i Zosi”. Podejmuje szereg aktywności, które mają mu umożliwić adaptację do nowych dla niego warunków – uczy się funkcjonować „po niewidomemu” – liczy kroki pomiędzy poszczególnymi obiektami, tworzy legendy dźwiękowe stałych tras, uczy się warunków akustycznych przestrzeni. Początkowo nie po to, by ułatwić sobie życie, ale – podobnie jak Selma Jezkova – by przede wszystkim skutecznie ukryć przed otoczeniem stan swojego zdrowia; zminimalizować możliwość popełnienia pomyłki, która by go zdemaskowała. Widz obserwuje zmagania bohatera z otaczającą rzeczywistością i nabiera przekonania o wadze akceptacji otoczenia w godzeniu się z niepełnosprawnością.

Niepełnosprawność w filmie „Carte blanche” jest zdefiniowana społecznie – to rozumienie zjawiska przez otoczenie człowieka z niepełnosprawnością wyznacza mu określoną rolę. Gdy wychodzi na jaw, że Kacper traci wzrok, rozpada się jego związek. W oczach partnerki przestał być mężczyzną, a zaczął być jedynie niewidomym: „myślałam, że dostaję nową szansę. Ale z tobą niewidomym, co to za szansa?! Do końca życia mam być skazana na inwalidę?”. Również przyjaciel Bielika w trosce o jego dobro domaga się, by zaczął funkcjonować w sposób typowy dla niewidomych: „Ty już nie widzisz, rozumiesz?! I za chwilę stanie się jakies nieszczęście. Tobie trzeba rentę załatwić! Ty powinieneś z białą laską chodzić!”. Zostaje również oszukany przez człowieka, któremu sprzedaje lunetę –

nieuczciwy kupiec wykorzystuje sytuację i płaci Kacprowi dużo mniej niż było to umówione. W wypowiedziach i zachowaniach otoczenia realizują się trzy, będące wyznacznikiem *prawdy ekranu*, stereotypy: osoby z niepełnosprawnością jako niezdolnej do udziału w życiu społecznym, będącej ciężarem dla społeczeństwa, a także obiektem przemocy. Sam Kacper, gdy już przyjął do wiadomości, że nie jest w stanie zahamować procesu chorobowego, zaczyna przekonywać się, że jego rola zawodowa i pozycja społeczna nie są zależne od stanu jego wzroku: wzorowo wywiązuje się z obowiązków, żadna sfera jego aktywności nie ucierpiała wskutek utraty wzroku. Bielik jest konsumentem, pokonuje bariery, zaczyna akceptować swój stan i wchodzi na drogę zmiany postaw. Klasa, której jest wychowawcą, również akceptuje go takim jaki jest, pomaga dochować tajemnicy i radzić sobie z otaczającą rzeczywistością. Stopniowo najbliższe otoczenie również wchodzi w ten proces – przestaje definiować go przez pryzmat niepełnosprawności. Do widza płynnie przesłanie, że w relacjach pomiędzy osobami pełno- i niepełnosprawnymi najistotniejsza jest (zgodnie z założeniami modelu społecznego niepełnosprawności) akceptacja warunkowana pozytywnymi postawami. Z pedagogicznego punktu widzenia istotne jest rzetelne podejście do niepełnosprawności – w filmie „Carte blanche” uwzględnia się fakt, iż niepełnosprawność wiąże się z utratą pewnych życiowych funkcji, koniecznością modyfikacji dotychczasowego sposobu i stylu życia, ale jednocześnie pokazuje się potencjał osoby z niepełnosprawnością, jej możliwości, zwraca uwagę na sprawczość i autonomię – w sposób wyważony, realistyczny i wiarygodny. Widz kończy seans z przekonaniem, że Kacper Bielik – jak to sam deklaruje – „nie widzi przeszkód”, co sprawi, że poradzi sobie w życiu, które będzie wartościowe i pełne pasji. Wszystko to sprawia, że bez wątplenia film „Carte blanche” można przyporządkować do tytułowej prawdy czasu.

Podsumowanie

Aby, jak sugeruje Paul Longmore (2003), za sprawą kina widz mógł dostrzec setki charakterystyk osób z niepełnosprawnościami, należy sprawić, by niepełnosprawność (utożsamiana z Innością) przestała być piętnowana i mieć negatywny status wyjątkowości (Krause 2005: 99; Żuraw 2016: 39).

Film powinien potwierdzać to, co już blisko 50 lat temu wybrzmiało w teorii cech wspólnych i swoistych Antoniego Hulka, a mianowicie: że osoby z niepełnosprawnością mają ze sprawnymi więcej podobieństw niż różnic. Wiedza o tym, w czym obie grupy są podobne, powinna stanowić podstawę do tworzenia wspólnych warunków i sytuacji życia; wiedza o różnicach natomiast – ma za-

pewnić osobom z niepełnosprawnością odpowiednie i adekwatne wsparcie (Hulek 1980).

Może tak się stać, gdy bohater filmowy będzie uniwersalny, oryginalny i jednocześnie „pod jakimś względem swojski, taki sam jak inni ludzie” (Kozubek 2016: 120), a widz zechce wejść z nim we wspólnotę My, podlegając Tischnerowskiej przemianie w stronę tożsamości biegnącej po linii: Ja-Ty-On-My (por. Tischner 2017: 8, 17). Prawdopodobieństwo rośnie, gdy prezentowany wizerunek osoby z niepełnosprawnością będzie odzwierciedlał tytułową prawdę czasów. Tylko wtedy możliwe będzie zniwelowanie skutków gapienia się, które G. Garland-Thomson (2020: 35) definiuje jako intensywną wymianę wzrokową, która tworzy znaczenia i która podporządkowuje sobie drugą osobę oraz ustawia ją w kategorii ofiary, antagonizując tym samym widzów i bohaterów. Dzieli ich automatycznie na dwie grupy: MY i ONI ze wszystkimi konsekwencjami tego podziału: postrzeganiem ICH jako negatywnych, ubogich i skrajnych, budzących podejrzliwość i niechęć (por. Otrębski, Rożnowski 2008: 14). A do tego widz może wręcz poczuć się zachęcony po obejrzeniu obrazu, w którym głos oddano nie czasom i obyczajom, ale *ekranowi, który mówi* realizując przy tym swoje (nomen-omen) interesy.

Bibliografia

- Barnes C. Barnes, C. (1997), *Wizerunki niepełnosprawnych i media: badanie sposobów przedstawiania osób niepełnosprawnych w środkach masowego przekazu*, Ogólnopolski Sejmik Osób Niepełnosprawnych, Warszawa.
- Bieganowska-Skóra A. (2017), *„And the winner is... Model niepełnosprawności w oscarowych produkcjach*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego (FIRR) (2019), *Kompendium Aktywna echolokacja dla osób z dysfunkcją wzroku*, https://firr.org.pl/wp-content/uploads/2020/03/O2_Kompendium_EchoProVIP_pl.pdf [dostęp: 21.04.2021].
- Garland-Thomson R. (2020), *Gapienie się, czyli o tym, jak patrzemy i jak pokazujemy siebie innym*, Wydawnictwo Teatr 21, Warszawa.
- Golonka-Legut (2018), *Jak pracować z filmem biograficznym. Na przykładzie edukacji osób dorosłych* [w:] *Film w edukacji i profilaktyce. Na tropach psychologii w filmie. Część 1*, red. A. Skorupa M. Brol, P. Paczyńska-Jasińska, Wydawnictwo Difin, Warszawa, 124–143.
- Hulek, A. (red.) (1980), *Pedagogika rewalidacyjna*, PWN, Warszawa.
- Kirenko, J. (2002), *Indywidualny a społeczny model niepełnosprawności – próba empirycznej weryfikacji* [w:] *Człowiek wobec ograniczeń*, red. Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Fundacji Orator, Lublin, 65–72.
- Kołos S. (2014), *Życie sfilmowane: uwagi o filmie biograficznym* [w:] *Film i media, przeszłość i przyszłość*, A. Gwóźdź, M. Kempna-Pieniążek, Instytut Sztuki Polskiej Akademii Nauk, Warszawa, 65–77.
- Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych, Dz. U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169.

- Kossowski P. (1999), *Dzieci i reklama telewizyjna*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Kozubek M. (2016), *Filmoterapia, Słowo/Obraz terytoria*, Gdańsk.
- Krause A. (2005), *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Longmore P. (2003), *Why i burned my book and other essays on disability*, Temple University Press, Philadelphia, PA.
- Melosik Z. (1996), *Mass media i amerykanizacja*, „Edukacja Medialna”, 2: 10–16.
- Ogonowska A. (2005), *Problematyka edukacji medialnej w kontekście wybranych zagadnień pedagogiki krytycznej*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, 1 (195): 79–94.
- Ogólnopolski Sejmik Osób Niepełnosprawnych (1998), *Społeczny model niepełnosprawności*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, 1 (155), 43–54, Centrum Badawczo-Rozwojowe Osób Niepełnosprawnych, Warszawa.
- Otrębski W., Rożnowski B. (2008), *Sytuacja psychologiczna osób z niepełnosprawnością na rynku pracy*, Instytut rynku Pracy, Lublin.
- Otto W. (2012), *Obrazy niepełnosprawności w polskim filmie*, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Pijanowski L. (1960), *Mate abecadło filmowe*, Warszawa, 9–20.
- Rackowski T. *Widząc ciemność. Najciekawsze filmy o niewidomych*, <https://film.org.pl/a/zestawienie/widzac-ciemnosc-najciekawsze-filmy-o-niewidomych-178244>.
- Szyska M. (2013), *Kształtowanie wizerunku instytucji pomocy społecznej w mediach*, Centrum rozwoju zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Tischer J. (2017), *INNY. Eseje o spotkaniu*, Wydawnictwo ZNAK, Kraków.
- Twardowski A. (2018), *Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna*, „Studia Edukacyjne” 48: 97–114.
- Żuraw H. (2016), *Ewolucja podejścia do niepełnosprawności w kulturze zachodu –perspektywa antropologii*, „Pogranicze. Studia Społeczne”, t. XXVIII, Białystok, 27–47.

Netografia

- <https://www.filmweb.pl/film/Carte+Blanche-2015-702937>.
- <https://www.filmweb.pl/film/Zapach+kobiety-1992-1093>.
- <https://www.filmweb.pl/film/Imagine-2012-607122x>.
- <https://www.filmweb.pl/film/Tanczac+w+ciemnosciami-2000-1417>.
- https://filmotekaszkolna.pl/files/Broszury_dla_lekcji/Lekcja_35_-_Czowiek_i_sztuka_-_broszura.pdf.
- <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/165509>.

Tomasz Sahaj

ORCID: 0000-0003-0633-7993

Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Gry komputerowe w procesie emancypacji, rehabilitacji i socjalizacji osób z niepełnosprawnościami

Celem artykułu jest dopełnienie i rozwinięcie, nieczęstych na gruncie polskiej literatury socjologicznej (szerzej: humanistyczno-społecznej), analiz i refleksji dotyczących relacji zachodzących pomiędzy grami elektronicznymi a niepełnosprawnością, rehabilitacją i socjalizacją. Gry elektroniczne są dziś dopełnieniem masowych mediów, mając realny wpływ na kolektywną świadomość i sposób postrzegania ważkich problemów społecznych. Współczesne gry cyfrowe wykraczają poza dotychczasowe funkcje rozrywkowe, stając się specyficznymi tekstami kultury popularnej, służąc edukacji, e-sportowi i rehabilitacji. W artykule dokonano analizy zawartości/treści wybranych gier fabularnych typu RPG oraz medycznemu zastosowaniu platform typu Microsoft Xbox, Nintendo Wii, Sony PlayStation i systemu VR. Uwagę badawczą skoncentrowano na grach z ostatnich kilku lat, dostrzegając w nich istotne zmiany w sposobie prezentacji chorób i niepełnosprawności oraz nowe funkcje jakie interaktywne gry pełnią dla ludzi z niepełnosprawnościami.

Słowa kluczowe: gry komputerowe, niepełnosprawność, rehabilitacja, socjalizacja, społeczeństwo

Computer games in the process of the emancipation, rehabilitation and socialization of the people with disabilities

The aim of the article is the complement and expansion of the rare, on the ground of Polish sociological literature (more extensively: social-humanistic), analyses and reflections referring to the relations between electronic games and disability, rehabilitation and socialisation. Nowadays, electronic games are the complement of mass media having real influence on collective consciousness and the method of perceiving important social problems. Contemporary digital games move beyond existing entertainment functions, becoming peculiar texts of popular culture, serving education, e-sport and rehabilitation. The article gives the analysis of the content of chosen RPG games as well as medical application of platforms such as Microsoft Xbox, Nintendo Wii, Sony PlayStation and VR experience. The research's attention was concentrated on the games from the past few years noticing substantial changes in the method of presentation of the disabled together with the new functions which interactive games fulfil for the people with disabilities.

Key words: computer games, disability, rehabilitation, socialization, society

Wprowadzenie

Damian Gałuszka i Dorota Żuchowska-Skiba w unikatowym artykule *Niepełnosprawność w grach wideo... zauważają*:

W badaniach nad zjawiskiem niepełnosprawności w odniesieniu do gier wideo brakuje refleksji dotyczących wizerunków postaci niepełnosprawnych. Dotychczas prowadzone analizy mieściły się w trzech nurtach. Pierwszy dotyczył utrudnień w odstępności gier wideo dla niepełnosprawnych odbiorców. Badacze w swoich pracach koncentrowali się na identyfikacji barier, jakie tacy użytkownicy spotykają w grach oraz możliwościach ich wyeliminowania (...). Drugi obejmował ukazanie możliwości wykorzystania gier wideo w procesie rehabilitacji i wyrównywania deficytów osób z niepełnosprawnościami (...). Trzeci nurt koncentrował się na ukazaniu gier w szerokiej perspektywie związanej z funkcjami, jakie pełnią dla osób z niepełnosprawnościami. Wśród tych ujęć badawczych brakuje spojrzenia na gry wideo, jak i na media zdolne do utrwalenia lub zmiany stereotypowych wyobrażeń dotyczących niepełnosprawności (Gałuszka, Żuchowska-Skiba 2018: 96).

Zgadzając się z powyższymi twierdzeniami i korzystając z wytyczonych ram interpretacyjnych, w artykule zostaną omówione kolejne kwestie związane z tą tematyką. Autor poszerza perspektywę poznawczą o mało znanej problematyce: powiązaniu gier komputerowych z niepełnosprawnością. Badania podjęte w niniejszym artykule mieszczą się w zakresie *disability studies*. Kazimierz Krzysztofek (2006: 25) twierdzi: „Relacja komputer – człowiek – społeczeństwo jawi się jako najważniejszy dziś przedmiot refleksji nauk społecznych”.

Platformy cyfrowe umożliwiające grę osobom z niepełnosprawnościami: e-sport

Rozwój technologii zwiększa dostępność elektroniki użytkowej dla osób z deficytami, niepełnosprawnościami i w wieku senioralnym. Pandemia COVID-19 proces ten zintensyfikowała, czego przykładem jest opieka zdalna i telemedycyna w latach 2020–2022 (Sahaj 2021b). Systemy operacyjne komputerów mają ustawienia dla osób z deficytami i niepełnosprawnościami (panel sterowania/ikona wózka inwalidzkiego/ułatwienia dostępu). Rośnie popularność aplikacji indukowanych głosem, czego klasycznym przykładem jest asystent google'a przywoływany głosem lub gestami. Gry elektroniczne są dostępne także na innych platformach niż komputery, smartfony i tablety, od lat dostosowywane do możliwości i potrzeb osób niewidomych (Myers 2015; Morris, Sweatman, Jones 2017; *Smartphone Use... 2021*) i z ograniczeniami ruchowymi. Gracz e-sportowy wymienia:

Platformy – urządzenia do gier komputerowych: komputer osobisty (gra się przy biurku, posługując się myszą i klawiaturą), konsole wpinane do telewizora (Nintendo, Sony PlayStation, Microsoft Xbox, gry kontroluje się za pomocą padów), konsole ręczne (Nintendo), automaty do gry (używane w salonach gier komputerowych i podczas turniejów, z wbudowanym dżojstikiem i przyciskami), urządzenia mobilne (smartfony i tablety kontrolowane za pomocą ekranu dotykowego) (Chaloner, Sillis 2020: 9).

Sprzęt jest korelowany z rodzajem niepełnosprawności i stopniem deficytu oraz tym, do czego ma służyć, czyli edukacji, rozrywki, pracy (Gałuszka 2017). Dla niepełnosprawnych użytkowników komputerów producenci sprzętu dostarczają rozwiązania aplikacyjne, programowe i techniczne w postaci urządzeń peryferyjnych: manipulatorów i kontrolerów, dostosowanych myszek i klawiatur, obsługiwanych różnymi częściami ciała. Wyzwaniem jest dostosowywanie sprzętu do profesjonalnych zastosowań, w e-sporcie na poziomie wyższym niż amatorski. Pod tym względem niepełnosprawni zawodnicy są w podobnej sytuacji, jak np.. kobiety uprawiające e-gaming. Granie jest dla nich sposobem integracji i emancypacji społecznej (Stasienko 2005: 39–42; Chaloner, Sillis 2020: 339–340; Sahaj 2021a: 20–70), wyrównywania szans. Kobiety i osoby z niepełnosprawnościami grają na coraz wyższym poziomie e-sportowym i wymagają profesjonalnego sprzętu. Dobra kondycja fizyczna i odpowiednie cechy motoryczne mają duże znaczenie dla e-sportowców (Hilvoorde, Pot 2016; Michaluk, Pezdek 2016; Michaluk 2018; Jasny 2019). Najlepszym drużynom i zawodnikom towarzyszą dietetycy, fizjoterapeuci, trenerzy przygotowania fizycznego i psychologowie sportu. Predyspozycje psychofizyczne odgrywają ważną rolę w e-sportach wymagających długotrwałej uwagi i wzmoczonej koncentracji. W wywiadach czołowi e-sportowcy przyznają się do brania środków stosowanych w leczeniu osób z ADHD (i innymi zaburzeniami psychoruchowymi), takich jak: Adderall, Concentra, Ritalin, Vyvanse (Grandin 2017: 156; Jasny 2019: 68; Chaloner, Sillis 2020: 306–307; Jasny 2020).

W rywalizacji e-sportowej gracze godzinami siedzą przed monitorami. Osoby na wózkach inwalidzkich (amputanci kończyn dolnych, para- i tetraplegicy i inni) w siedzeniu mają duże doświadczenie – z konieczności. Pod tym względem są w stanie znieść trudy długotrwałych gier e-sportowych. Osoby ze spektrum autyzmu (autystyczne, z zespołem Aspergera) mają predyspozycje i skłonność do rozwiązywania „zagadek”, co predestynuje je do gier strategicznych i taktycznych, wymagających operowania wieloma danymi w krótkim czasie¹ (Simsion 2013: 13–14). Dla mających problemy z bezwładem niesprawnego ciała, koordynacją ruchową i ruchami spastycznymi (jak w dystrofii mięśniowej, porażeniu mózgowym dziecięcym, parkinsonizmie, stwardnieniu rozsianym, zespole Tou-

¹ Zob. film *Mój pierwszy dzień w pracy 360*, o zadaniowym sposobie funkcjonowania osoby autystycznej, wyprodukowany przez World of VR dla Fundacji SYNAPSIS [<https://synapsis.org.pl>]; <https://www.youtube.com/watch?v=hpHLuQqvGNc> [dostęp: 6.01.2022].

rette'a, udarze itp.) gry elektroniczne mogą stanowić efektywną formę reedukacji ruchem, ćwiczenie propriocepcji, trening kooperacji i koordynacji oko-ręka² (Gazihin i in. 2010; Geoghegan, Wormald 2019; Lee i in. 2019). O tym, że osoby z tymi dysfunkcjami i niepełnosprawnościami mogą być aktywne fizycznie i sportowo, traktują społeczne akcje i kampanie radiowo-telewizyjne (np. dotyczące stwardnienia rozsianego [<https://ptsr.org.pl>]), szczególnie intensywne w czasie pandemii COVID-19.

Na turnieju e-sportów rozgrywanym na Stadionie Narodowym w 2018 r. byli obecni niepełnosprawni gracze komputerowi. Maciej Sawicki, organizator akcji, stwierdził:

Turniej na Stadionie Narodowym miał wymiar symboliczny. E-sport po raz pierwszy pojawił się w miejscu, które wiąże się z najważniejszymi wydarzeniami sportowymi w kraju. Przy okazji tego nobilitującego wydarzenia, chcieliśmy wysłać ważny sygnał. Sporty elektroniczne, jak żadna inna dyscyplina, dają osobom niepełnosprawnym możliwość rywalizacji na równych zasadach z osobami w pełni sprawnymi. Niepełnosprawni mogą zmagać się bez taryfy ulgowej, wygrywać i przeżywać fantastyczne emocje. To niezwykle aspekt nowego zjawiska, jakim jest e-sport. Warto o nim pamiętać, dyskutując o społecznym wymiarze sportów elektronicznych (za: Chałabiś 2018).

O jednym z zawodników z niepełnosprawnością – Marcinie Bielańczuku – z rdzeniowym zanikiem mięśni typu pierwszego (SMA, ang. *spinal muscular atrophy*), który uprawiając e-sporty, udowadnia, że nie liczą się mięśnie, lecz technika i umiejętności, powstaje film *Druga strona* (reż. Jakub Zalewski). Fundusze są zbierane w akcjach charytatywnych w środowisku e-sportowym (Petryszyn 2019) i na portalu Zrzutka.pl. Marcin specjalizuje się w grze turniejowej *Counter Strike Global Offensive* i nie jest jedynym wysokiej klasy graczem e-sportowym. Adam Gajda z niewykształconymi dłońmi jest specjalistą w grze *Tekken*, będąc czołowym zawodnikiem w Polsce, na krajowych i europejskich turniejach e-sportowych, wygrywając rywalizację z pełnosprawnymi.

Gry komputerowe, konsole do gier i *virtual relity* (VR) w procesie rehabilitacji

Interaktywne konsole do gier są stosowane w rehabilitacji osób z deficytami i niepełnosprawnościami (Juul 2010: 8-12; Mańkowski 2010: 310). Philip G. Zimbardo z Nikitą S. Coulombe dostrzegają prospołeczne i prozdrowotne walory tych urządzeń:

² Ćwiczenie takie – doskonalące precyzję ruchów – zalecane jest chirurgom – wielogodzinnym operatorom laserowych skalpeli i robotów medycznych, prowadzącym operacje także przez Internet.

Systemy Xbox Kinect i Nintendo Wii są świetnymi przykładami dobrych gier. Wii trafia do bardziej różnorodnej wiekowo publiczności niż inne konsole, obejmuje też więcej ćwiczeń fizycznych i socjalizacji. Cała rodzina może wspólnie grać, ale gry są na tyle ciekawe, że nastoletni chłopcy mogą w nie grać też sami lub z kolegami. Nikita widziała 90-letnie babcie grające w Wii Bowling w domu opieki. To jedna z tych gier „testowanych przez dzieci, zaaprobowanych przez rodziców”, w której wszyscy wygrywają. Jak wykazała niedawna ankieta TNS Technology, jedna piąta młodych ludzi w wieku od szesnastu do dwudziestu czterech lat twierdzi, że gdyby grała regularnie w Wii, mogłaby zrezygnować z chodzenia na siłownię. Rodzice zaś sądzą, że takie uspołeczniające platformy jak Wii mają pozytywny wpływ na ich domy niezależnie od zachęcania dzieciaków, by się więcej ruszały. W jednym z badań, w którym udział brały dzieci z nadwagą i otyłością uczestniczące w programie kontroli wagi, część z nich została przydzielona do gry na Xbox Kinect. Okazało się, że dzieci grające schudły bardziej niż dzieci stosujące się wyłącznie do programu kontroli wagi (Zimbardo, Coulombe 2015: 176; zob. Gałuszka 2019: 178-201).

Xbox Kinect od dekady jest stosowany w kilkunastu polskich ośrodkach leczących i rehabilitujących pacjentów po amputacjach, z porażeniem mózgowym, po udarze połowicznym itp., wspomagając reedukację i resocjalizację ruchem. W projekt zaangażowana jest Fundacja Iskierka [<https://fundacjaiskierka.pl>]³ Kolejnym etapem rozwoju medycznego, technologicznego i społecznego jest stosowanie do rehabilitacji, rozrywki i sportu urządzeń VR (ang. *virtual reality*). Doświadczenia zdobyte w kilku ośrodkach, np. Wielkopolskim Stowarzyszeniu Alzheimerowskim [<http://www.alzheimer-poznan.pl>], w którym ta technologia jest stosowana w praktyce rehabilitacyjnej, przynoszą obiecujące efekty terapeutyczne. Przykładem innowacyjności jest Centrum Technologicznie Wspomaganej Rehabilitacji, funkcjonujące od 2019 r. przy poznańskim uniwersyteckim Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi, w którym technologię VR stosuje się w ramach nowoczesnego programu (szacowanego na ok. 20 mln zł) do rehabilitacji ruchowej dzieci i młodzieży (*Nowe technologie...*, 2019). W reklamach sportowców z niepełnosprawnościami, od igrzysk paraolimpijskich Rio de Janeiro 2016 poczynając, na Tokio 2020 kończąc, pokazywane są ich treningi sportowe z VR.

Opcję gier mają nowoczesne roboty rehabilitacyjne, co jest atrakcją dla pacjentów podczas monottonnych zabiegów. Paletę możliwości dostarczają humanoidalne roboty społeczne, stworzone do wsparcia ludzi w chorobie, niepełnosprawności i starości. Interaktywna Sophia ma zaimplementowane cechy ludzkie (Przegalińska 2016; Mamzer, Isański 2018; Przegalińska, Oksanowicz 2020; Ishiguro 2021); umiła czas grami typu „papier, nożyce, kamień”, zagra też w warcaby, sudoku, szachy. Polski Związek Szachowy [PZSzach, <https://pzszech.pl>] wspiera

³ Zob. film: <https://fundacjaiskierka.pl/tag/xbox-polska> [dostęp: 6.01.2022].

rozgrywki szachowe osób z deficytami i niepełnosprawnościami, rekomendując je jako formę leczenia i psychoterapii w szpitalach i ośrodkach rehabilitacyjnych⁴.

Komunikacja zdalna jest chętnie stosowana przez osoby z niepełnosprawnościami społecznymi: zespołem Aspergera i spektrum autyzmu. Z uwagi na konstrukcję psychiczną i deficyty społeczne osoby te preferują kontakt zapośredniczony za pomocą mediów elektronicznych. Wybierają zawody nie wymagające bezpośredniego kontaktu: analityka, diagnostyka, informatyka⁵. Media elektroniczne i dostosowane środowiska internetowe służą rehabilitacji i resocjalizacji tych osób. Grą społeczną jest projekt *Echoes* dla autystycznych dzieci (Bernardini, Porayska-Pomsta, Smith 2014; Porayska-Pomsta 2018). Ludzie niedostosowani społecznie i wyalienowani azyłu szukają w Internecie, czego przykładem jest aktywność osób z deficytami i niepełnosprawnościami w uniwersum *Second Life* [<https://secondlife.com>], o którym filozof medycyny Andrzej Szczeklik napisał: „W nowym fenomenie internetowym – *Second Life* – grze komputerowej MMO (*Massively Multiplayer Online*), która przyciąga szybko miliony użytkowników, nie biegamy z mieczem i nie zabijamy potworów. Wychodzimy z ‘realu’ w inny świat, gdzie czeka na nas wirtualny dom” (Szczeklik 2007: 269; zob. Ziemiański 2013). Autystyczna Temple Grandin badająca funkcjonowanie mózgu ludzi autystycznych i ich zaburzone relacje społeczne, stwierdza:

Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu zgłaszają więcej problemów związanych z korzystaniem przez ich pociechy z urządzeń elektronicznych niż rodzice dzieci neurotypowych. Dzieci ze spektrum autyzmu zaczynają swoją przygodę z grami komputerowymi oraz urządzeniami elektronicznymi i internetem wcześniej niż dzieci neurotypowe. Jedynym obszarem w sieci, z którym dzieci z zaburzeniami autystycznymi wchodzi w kontakt później, są media społecznościowe, takie jak Facebook, Flickr i Twitter. To niebezpieczne, ponieważ *dzieci ze spektrum autyzmu prawdopodobnie w większym stopniu odczuwają skutki korzystania z urządzeń mających ekran, nawet jeśli robią to z umiarem*. Autystyczny mózg uwielbia gry komputerowe, ponieważ jest zaprogramowany podobnie jak one. Gry charakteryzuje powtarzalność i brak elastyczności – cechy, które mózg autystyczny lubi (Grandin 2017: 141).

Poczucie bezpieczeństwa i uzależnienie od gier komputerowych dotyczy także dorosłych osób z autyzmem i zespołem Aspergera, w tym kobiet. Potwierdza to badaczka tego zjawiska – Sarah Hendrickx (2018), będąca osobą autystyczną.

Natalia Walter informuje o grach elektronicznych dla osób z deficytami wzroku:

⁴ Rehabilitację grą w szachy pokazano w filmie *3 minuty*. 21:37 (2011, reż. Maciej Ślesicki).

⁵ Zob. filmy: *Dziewczyna z tatuażem* (2011, ang. *The Girl with the Dragon Tattoo*, reż. David Fincher), *Dziewczyna w sieci pająka* (2018, ang. *The Girl in the Spider’s Web*, reż. Fede Alvarez) oraz *Strasznie głośno, niesamowicie blisko* (2011, ang. *Extremely Loud & Incredibly Close*, reż. Stephen Daldary), a także seriale telewizyjne *Doktor House* (2004–2012) i *The Good Doctor* (2017–).

Osoby niewidome mogą coraz częściej brać udział w grach komputerowych, dzięki rosnącej popularności wersji dźwiękowych (ang. *audio games*). (...) około 3 tysięcy gier dla niewidomych sprzedawanych jest w ciągu jednego roku. Obecnie dostępnych jest około 50 tytułów na runku. W Internecie znaleźć można wiele stron z grami dla niewidomych (...). Coraz większą popularnością cieszą się także gry internetowe (...), w których możliwe jest równorzędne współzawodnictwo, zwykle nierealne w świecie rzeczywistym ze względu na ograniczenia fizyczne niepełnosprawnych oraz mentalne pozostałych graczy. W ramach jednego z programów Unii Europejskiej powstaje projekt TIM (ang. *Tactile Interactive Multimedia*), którego głównym celem jest umożliwienie dzieciom z uszkodzonym wzrokiem samodzielnego udziału w grach komputerowych (Walter 2007: 89).

Nowoczesne interaktywne urządzenia do komunikacji zapośredniczonej i neurorehabilitacji, jak C-eye [<http://c-eye.eu/pro>], pozwalające sprzęgać pacjentów z niepełnosprawnościami i dużymi wadami wzroku, posiadają aplikacje umożliwiające edukację i pracę zdalną oraz surfowanie po Internecie oraz rozrywkę w postaci gier. Dwie ostatnie opcje skutecznie odciągają pacjentów od dwóch pierwszych. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO, <https://www.who.int>) uzależnienie od gier uznaje za zaburzenie psychiczne (ang. *gaming disorder*), w 2018 r. wpisane do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 (*Addictive behaviours...* 2018). Literatura przedmiotu dotycząca cyber-uzależnień (w tym gier komputerowych) jest przepastna (Bójko i in 2019; Cash, McDaniel 2014; Pisula 2012; Piersa 2017), a zjawisko, które pandemia COVID-19 jeszcze pogłębiła, choć dobrze rozpoznane, stanowi duże wyzwanie dla pedagogów i pedagogów specjalnych. Na pudełkach wielu gier komputerowych, tak jak na opakowaniach i w reklamach leków, jest informacja o potencjalnych skutkach ubocznych, np. epilepsji.

Zbigniew Dziubiński dostrzega inkluzyjny charakter aktywności fizycznej w cyberprzestrzeni (Dziubiński 2019: 156; zob. Pereira i in. 2021). „W tym ujęciu gra komputerowa przestaje być tworem izolującym, a staje się platformą kontaktów, zabaw, rozrywki, ale również nauki i pracy. Mechanizmy funkcjonujące w grach mniej lub bardziej łączą się z mechanizmami funkcjonowania innych praktyk kulturowych (...), wskutek czego budują one prawdziwe więzi społeczne i stają się istotnym czynnikiem kulturotwórczym” (Bomba 2016: 72). Pandemia COVID-19 spowodowała izolację społeczną, szczególnie dotkliwą dla osób z deficytami i niepełnosprawnościami, na skutek *lockdownu* pozbawionych zabiegów rehabilitacyjnych. Mimo starań fizjoterapeutów nie sposób przeprowadzić zdalnie przez Internet prawidłowej i skutecznej rehabilitacji. Internet dla osób z niepełnosprawnościami był oknem na świat. Nowe media i nowoczesne technologie „(...) stanowią pewien potencjał, który przez środowisko niepełnosprawnych może zo-

stać wykorzystany do poprawy swojego położenia w społeczeństwie (Żuchowska-Skiba 2016: 61; zob. Babecki 2013).

Rehabilitacja holistycznie ujmowana, w szerokim zakresie psychospołecznym, to powrót do wcześniej pełnionych ról społecznych lub podjęcie nowych, alternatywnych, satysfakcjonujących pacjenta, uwzględniających kondycję i stan po chorobie, niepełnosprawności. Gry elektroniczne pełnią rolę inkluzyjno-socjalizacyjną:

Możliwość powrotu do lubianej formy spędzania czasu wolnego po wypadku lub chorobie czy też otwarcie się na nowy wymiar cyberkultury i innych jest użytkowników poprzez gry elektroniczne stanowią obecnie realną ścieżkę aktywności wielu osób niepełnosprawnych. Takie zaangażowanie może pomagać osobom niepełnosprawnym w spełnianiu ich potrzeb przynależności społecznej, uznania czy samorealizacji. W efekcie projektowanie dostępnych gier staje się jednym z elementów poprawy jakości życia wielu osób – szczególnie w dobie społeczeństwa cyfrowego (Gałuszka 2017: 344; zob. McGonigal 2017⁶).

Egzemplifikacją dla tych konstatacji jest historia młodego brytyjskiego gracza – Jamesa Younga – który w wypadku stracił całą rękę i popadł w ciężką depresję:

Niepełnosprawny chłopak z Londynu zgłosił się do Phantom Limb Project – projektu realizowanego pod szyldem znanego japońskiego producenta gier komputerowych. Celem programu było skonstruowanie zaawansowanej protezy wyznaczającej nowe trendy w dziedzinie robotyki. Wielka miłość Younga do gier komputerowych przekonała decydentów z Konami do jego kandydatury spośród 60 innych uczestników konkursu. (...). Dzięki najnowocześniejszym czujnikom użytkownik protezy, która powstała w technologii druku 3D, może wykonywać bardzo płynne i precyzyjne ruchy (Wojtowicz 2016).

Niepełnosprawny od urodzenia Brytyjczyk – Daniel Melville – otrzymał multifunkcyjną protezę ręki umożliwiającą zaawansowane używanie komputera, realistycznie odwzorowaną z pierwowzoru – gry komputerowej *Deus Ex* – noszonej przez jednego z bohaterów (Adama Jensena) (Trzyna 2017). Proteza powstała w laboratorium Open Bionics na podstawie wydruku z drukarki 3D; jak również wiele nowoczesnych protez kończyn górnych. N. Walter zauważa: „Technika obecnie rozwija się bardzo intensywnie w dziedzinie metod rehabilitacyjnych, i to nie tylko w zakresie rehabilitacji leczniczej (medycznej), ale też pedagogicznej, społecznej czy zawodowej. (...). W dziedzinie rehabilitacji technika nieustannie tworzy nowe przedmioty i rozwiązania. Dzięki temu staje się możliwe wykonywanie czynności nigdy do tej pory niedostępnych” (Walter

⁶ Autorka, będąca projektantką gier, która na skutek urazu mózgu stała się osobą z niepełnosprawnością, dotkniętą depresją. Stworzona przez nią gra jest unikatową metodą terapeutyczną, którą zainteresował się amerykański Narodowy Instytut Zdrowia.

2007: 53). Na 5. Ogólnopolskim Kongresie Sportów Elektronicznych (18.03.2021) pod patronatem Ministerstwa Kultury, Dziedzictwa Narodowego i Sportu, organizowanym przez Esport Association Polska [ESA, <https://polskiesport.pl/okse>] podkreślano, że e-sport jest dla osób z niepełnosprawnościami aktywnością prospołeczną i sportową. Polska Liga Esportowa od 2020 r. prowadzi akcję „Gaming bez barier” [<https://ple.gg/gamingwithoutbarriers>].

Chorzy i osoby z niepełnosprawnościami w grach komputerowych

Do relacji ludzie z niepełnosprawnościami – gry komputerowe można podejść: a) pod kątem dostępności platform i sprzętu komputerowego oraz ich wykorzystania w procesie rehabilitacji i socjalizacji; b) rolę, jakie osoby z deficytami i niepełnosprawnościami pełnią w grach komputerowych. Pierwsza część omówiona została powyżej, część druga znajduje rozwinięcie poniżej.

W grach cyfrowych wirtualne postaci osób z niepełnosprawnościami w większości przypadków pełnią role drugorzędne lub dalsze, aż po rolę społecznego tła. Kolejną aproksymacją jest twierdzenie, że osoby z niepełnosprawnościami oraz charakterystyczne i związane z ich deficytami i ograniczeniami akcesoria, są obecne w grach cyfrowych. Jakie rodzaje deficytów i niepełnosprawności najczęściej występują w grach elektronicznych? Choroby umysłowe, obłąd i szaleństwo, stany psychotyczne oraz niepełnosprawność społeczna w postaci autyzmu są stosunkowo łatwe do zobrazowania w grach cyfrowych, bardzo realistycznie oddających ludzki wygląd i człowiecze zachowania:

(...) pokazując szaleńcze wizje, omamy czy autystyczne lub destrukcyjne zachowania. Przy czym należy podkreślić, że często w grach brakuje pogłębionego objaśnienia stanu psychologicznego i emocjonalnego bohaterów, szczególnie tych drugoplanowych. Zazwyczaj chodzi o bardzo ogólnie rozumiane szaleństwo, które oczywiście nie jest jednostką chorobową, a kategorią wskazującą na odbiegające od normy zachowania postaci, takie jak: niekontrolowane i gwałtowne reakcje, wyjątkową brutalność, halucynacje, lęki czy manie (Gałuszka, Żuchowska-Skiba 2018: 104).

W grach komputerowych jest obfitość chorobowych stanów i zachowań postaci. Są to objawy chorób o rozpoznanej etiologii, wywołane konkretnymi czynnikami biologicznymi lub psychospołecznymi; jak trauma pourazowa po zaginięciu dziecka u bohatera gry *Max Payne*. Autystyczne postaci są w grach *Amy* i *Fahrenheit*. Obok niewyspania, stresu i zmęczenia, omamy, halucynacje i wizje u postaci gier komputerowych są wywoływane przez środki psychoaktywne: alkohol, dopalacze, narkotyki, medykamenty upośledzające działanie umysłu i motoryki, uniemożliwiając poruszanie się, prowadzenie pojazdów, walkę itp. Kondycję psychofizyczną pogarszają (aż do letalnego skutku) toksyczne wyzicie-

wy, zatrucia chemikaliami i oparami, rany w walce, tortury, uderzenia, upadki z wysokości, postrzelenia, pogryzienia przez dzikie zwierzęta itp. Odmienne stany świadomości są też wynikiem transgresji: uzyskiwania nadzwyczajnych mocy, przechodzenia na wyższe poziomy, nadprzyrodzonych potencji w wyniku eksperymentów medycznych, magii, sprawności strzeleckiej wynagradzanej profitemi nadjaźni (jak w *Übersoldier 1*, którego akcja dzieje się też w zakładzie psychiatrycznym i *Übersoldier 2*); kilku lub wszystkich czynników łącznie (jak w serii gier *Diablo*, *Half-Life* i *Half-Life 2*, serii gier *Stalker*, *Pain Killer* i *Wolfenstein*). Obląkane, nienormalne, psychopatyczne postaci w grach komputerowych występują często, niekiedy dominując, jak w *BioShock* i *BioShock 2*.

W *Fallout – New Vegas* przyjaciółka głównego bohatera, cieleśnie nienormalna Lily, cierpi na silne zaburzenia psychiczne i cyklofreniczne nawroty. Podczas epizodów chorobowych Lily jest niepoczytalna: atakuje wszystkich wokół z destrukcyjną siłą. W chwilach poczytalności ma świadomość tego, że jest chora i bierze środki uspokajające. W czasie psychotycznych przerw (ang. *psychotic break*) koi nerwy whisky. Rozmawia sama ze sobą, ma urojenia, są w niej mnogie osobowości. *Post factum* wie, że postępowała źle; jest jej przykro z powodu wyrządzonych krzywd i szkód. Ta *post-ludzka* postać – Lily Marie Bowen – ma w grze biografię⁷ wraz z etiologią i historią choroby, dostępnymi w Internecie⁸. Główny bohater gry rozmawia z Lily o jej chorobie i są to pouczające teksty terapeutyczne.

Choroba i fizyczna niepełnosprawność nie są łatwe do oddania w scenariuszu gier. Granie „chorą” postacią jest kłopotliwe i spowalnia akcję; przykładem jest bohater gry *Far Cry 2* chory na malarię. Trapi go gorączka i zwalają go z nóg silne ataki; musi brać trudno dostępne pigułki. Bez nich nie jest w stanie normalnie żyć i sprawnie funkcjonować⁹. Operowanie tą postacią jest niekiedy mało spektakularne, skoncentrowane na zdobywaniu lekarstwa. W *Far Cry 5* cukrzycę ma niedźwiedź Cheeseburger.

Gry typu RPG (ang. *role-playing game*) osadzone w realiach konfliktów zbrojnych (jak seria *Call of Duty* i *Medal of Honor*) obfitują w sceny pełne przemocy (Kochanowicz 2012: 132-148), postaci bez kończyn, ciężko ranne, nie w pełni sprawne. Pierwszoplanowa postać komandosa Alexa, występującego w serii gier *Call of Duty – Modern Warfare*, w *Sezonie 3* jest po amputacji: nosi wysokowydajną protezę kończyny dolnej, biorąc czynny udział w akcjach (Wawrzyniak 2020). We wcześniejszych odcinkach były postaci z bionicznymi protezami rąk i nóg, ale nie

⁷ Lily Marie Bowen - Plus, Zapp's Neon Signs & the Ruby Hill Mine – *Fallout New Vegas Lore*, <https://www.youtube.com/watch?v=u9ugrKOT11k> [dostęp: 6.01.2022].

⁸ https://fallout.fandom.com/wiki/Lily_Bowen [dostęp: 6.01.2022].

⁹ Film ze zbiorem bolesnych epizodów chorobowych bohatera gry: *Far Cry 2 - All Malaria Pill Animations*, <https://www.youtube.com/watch?v=qhTOKPEODV0> [dostęp: 6.01.2022].

brały udziału w akcjach, stanowiąc zaplecze logistyczne dla kolegów, moderując ich działania zdalnie. Ich ułomność była dyskretnie pokazana¹⁰. Bo czy ktoś wyobraża sobie bohatera wojennego podczas walki jeżącego na wózku inwalidzkim¹¹?

A jednak taki fakt w grze komputerowej nastąpił. W *Wolfenstein 2. The New Colossus* główny „(...) bohater na wózku ma istotne ograniczenia i odczuwa je sam gracz, więc jego doświadczenie staje się niejako doświadczeniem osoby osadzonej na wózku. (...) nie może poruszać się w sposób właściwy dla pełnosprawnych postaci – na przykład wjeżdżać po schodach, podskakiwać (...) czy wspinać się po drabinach. (...) jego statystyki zdrowia są obniżone do połowy wartości bazowych” (Gałuszka, Żuchowska-Skiba 2018: 101-102). William J. Blazkowicz ma biografię wirtualną w Internecie¹². To bohater serii *Wolfenstein*, ciężko ranny trafia do niemieckiej niewoli. W krwawej operacji chirurgicznej stracił część jelit, uszkodzone zostały narządy wewnętrzne, zapadł w kilkumiesięczną śpiączkę. Po przebudzeniu pacjent jest „wrakiem człowieka” z niewydolnością nerek i układu moczowego. Ma rozległe blizny pooperacyjne i szramy na twarzy, jest bardzo osłabiony (mdleje, jest zamroczony), a jego mięśnie dotknięte są atrofią po długiej hospitalizacji. Wózek inwalidzki jest wsparciem dla chorego i niepełnosprawnego. Trudno nim jednak poruszać się po pokładzie łodzi podwodnej, niedostosowanej do możliwości i potrzeb człowieka na wózku, samodzielnie nim nawigującego, najczęściej jedną ręką. W drugiej bohater trzyma broń, odpierając i atakując wrogów. Gdy napędza wózek dwoma osłabionymi rękoma – porusza się efektywniej i szybciej, ale jest wtedy bezbronny. Skuteczną strategią przetrwania jest jazda wózkiem poruszonym jedną ręką, a strzelanie drugą; akcja jest bardzo dynamiczna, a barier architektonicznych i wrogów przybywa. Bohater korzysta z ramp i wind transportowych uruchamianych przyciskiem znajdującym się na wyciągnięcie ręki człowieka siedzącego, ale także – nie mając innego wyboru – wykorzystuje infrastrukturę i ruchome mechanizmy maszyn pokładowych. Z drabin korzystać nie może z oczywistych względów. Niekiedy bez kontroli nad wózkiem bezwładnie spada ze stromych schodów. Wspięcie się na wózek jest mozolne i trudne; bohater jest nieporadny i słaby.

Szczegółowy opis ma swoje uzasadnienie. Bohater gry porusza się na wózku inwalidzkim w niedostosowanym środowisku, percypując świat z poziomu siedzącego człowieka. Nie jest w stanie sięgnąć do wielu newralgicznych urządzeń,

¹⁰ Rozwiązania wojskowe – egzoszkielety wspomagające pracę mięśni – pokazywane w filmach *sf* i grach wojennych, ułatwiające żołnierzom przenoszenie dużego bagażu na znaczne odległości, znalazły cywilne zastosowanie w rehabilitacji i sporcie osób niepełnosprawnych.

¹¹ Wątek ten jest osiłą fabuły filmu *Bardzo dziki Zachód* (1999, ang. *Wild Wild West*, reż. Barry Sonnenfeld).

¹² [https://wolfenstein.fandom.com/wiki/William_J._Blazkowicz_\(MachineGames\)](https://wolfenstein.fandom.com/wiki/William_J._Blazkowicz_(MachineGames)) [dostęp: 6.01.2022].

jego motoryka jest bardzo ograniczona, a stan psychofizyczny mizerny. Aby kontaktować się z nim należy pochylać się, obniżając do jego poziomu. Spadłszy z wózka jest nieporadny, niewprawnie na niego się wspina¹³. Nawigowanie prymitywnym wózkiem inwalidzkim jest największą przeszkodą do pokonania i stanowi wyzwanie zarówno dla gracza-nawigatora, jak i jego niezdarnej wirtualnej postaci. Ten pomysłowy i nowatorski zabieg spotkał się z interesującą z pedagogicznego i socjologicznego punktu widzenia recepcją społeczną w środowisku graczy. Był analizowany i komentowany na portalach społecznościowych i ma dużo odsłon na YouTube. Reakcje i ton wypowiedzi graczy są skrajnie ambiwalentne¹⁴.

Błazkowicz nie jest jedyną postacią na inwalidzkim wózku. W *Wolfenstein 2. The New Colossus* spotyka się z przyjaciółką Caroline, która na skutek urazów stała się osobą z niepełnosprawnością, zmuszoną do poruszania się na wózku. Zdanie na temat swego opłakanego stanu wyraża w dosadnych słowach. Za sprawą eksperymentów medycznych i technicznych zyskała możliwość używania egzozszkieletu, dającego nadludzkie moce i asumpt do futurystycznych rozważań na temat transhumanizmu (w grze jest wiele hybryd istot żywych z maszynami). Caroline bez egzozszkieletu, w samej bieliźnie, a Błazkowicz w koszuli szpitalnej, pozbawieni wózków, stają się „zwykłymi” niepełnosprawni, poniewieranymi i szykanowanymi przez oprawców. Nie tylko oni: bezlitosna nazistka pastwi się nad „hańbiącą rasę” otyłą funkcjonariuszką. Przemoc wobec mniej sprawnych i słabszych jest w grze wszechobecna, ale temat ten wykracza poza ramy artykułu.

Gry komputerowe w procesie destereotypizacji i socjalizacji osób z niepełnosprawnościami

W „globalnej wiosce” (McLuhan 2004), w dobie powszechności Internetu i elektronicznych urzędzeń, gry komputerowe są elementem techno-kultury (Petrovicz 2016), kultury grywalizacji (ang. *gambling culture*) (McMillen 2005). Żyjemy w hybrydowym świecie, realno-wirtualnym, niczym w metaforycznej jaskini Platona. Cyfrowa rzeczywistość, której emanacją są gry komputerowe i portale społecznościowe, jest obok prasy, radia i telewizji oraz filmów i seriali, kolejnym

¹³ Znakomity opis improwizowanej jazdy po schodach wózkiem inwalidzkim bohatera, który chory, omdlewający i osłabiony ucieka ze szpitala (po wcześniejszym zorganizowaniu wyścigów na wózkach) autorstwa profesora literaturoznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, entuzjasty gier komputerowych, Krzysztofa A. Zajasa: *Skowyt nocy* (2020: 41).

¹⁴ *Wolfenstein II The New Colossus – Wózek inwalidzki* (01), <https://www.youtube.com/watch?v=j5hqeIo7KM>; *Wolfenstein II The New Colossus (#1) Wózek inwalidzki*, <https://www.youtube.com/watch?v=DwLL1wyhdgM>; MORDERCZY WÓZEK INWALIDZKI!!! | *Wolfenstein II: The New Colossus #1*, <https://www.youtube.com/watch?v=pVgDUPMaxSM> [dostęp: 6.01.2022].

wypływowym medium. Gry komputerowe są „tekstami kultury przechodzącymi proces nobilitacji” (Hopfinger 2010: 22), wykraczając poza funkcje rozrywkowe. Przenikają do rzeczywistości społecznej, oddziałują na postawy ludzi grami niezainteresowanych (Zichermann, Linder 2013). Przykładem jest nowatorska reklama Fundacji Onkologicznej Alivia [<https://alivia.org.pl>], nakłaniająca do przekazania 1% podatku na wsparcie osób dotkniętych chorobami nowotworowymi, emitowana w telewizji, środkach publicznego transportu i w Internecie. Reklama ta jest animacją/grą komputerową („strzelanką”), w której główna bohaterka (chora na raka) rozpaczliwie i z determinacją walczy ze strasznym potworem – rakiem – aż do utraty amunicji, której my – odbiorcy reklamy – możemy być sponsorami, aby jej walka była skuteczna i nie poszła na marne.

Gry elektroniczne przestają być pogardzaną aktywnością zarezerwowaną dla młodocianych maniaków komputerowych. Przechodzą proces destereotypizacji, przyjmując nowe role społeczne, dopełniając klasyczne media. Gry cyfrowe służą sportowi (e-sport), edukacji, akcjom i kampaniom społecznym. W 2020 r. premier Mateusz Morawiecki ogłosił, że gra *This War of Mine* trafi do kanonu lektur szkół średnich jako element polskiej kultury (Gry... 2020). Prestiżowa British Academy of Film and Television Arts [BAFTA, www.bafta.org] nagradza za osiągnięcia w dziedzinie gier komputerowych: *British Academy Games Awards*. Wielokrotnie wyróżniano interaktywną platformę Wii Sports. Osobną kategorię stanowią „gry nierozrywkowe” (ang. *game beyond entertainment*) poruszające kwestie etyczne, filozoficzne i społeczne. W grach tych, jak niegdyś w bajkach i lekturach szkolnych (Fidowicz 2020), filmach fabularnych i serialach telewizyjnych, pojawiają się dyskryminowani i marginalizowani aktorzy społeczni (w tym chorzy i niepełnosprawni), przechodząc proces transformacji. Z postaci drugo- i trzecioplanowych, odgrywających ostatnie role, stają się bohaterami głównymi, w znaczący sposób wpływając na recepcję społeczną.

Pod koniec 2020 r. zadebiutował *Cyberpunk 2077* [<https://www.cyberpunk.net/be/pl>] (Gołkowski 2020; Ziemiański 2020). W grze tej większość futurystycznej populacji jest po interwencji medycznej poprawiającej cielesny wygląd, protezami kończyn, egzoszkieletami, wszczepami¹⁵. Zygmunt Bauman sądził, że medycyna kosmetyczna jest najdynamiczniej rozwijającą się gałęzią medycyny współczesnej: „(...) świat online nakłania nas, zachęca i kusi, abyśmy budowaliśmy go własnymi sposobami i środkami, posługując się narzędziami, taktykami i sztuczkami podsuwanymi przez informatykę – kładzie się na niego duży nacisk i aż za często sięga w głąb mnie, jakby należał do mnie. Mogę, przynajmniej w części, projektować jego formę i zawartość, mogę usuwać i blokować treści niechciane, niewygodne, które wywołują we mnie dyskomfort” (Bauman, Leoncini 2018: 78).

¹⁵ Jak w grze *The Surge*, w której większość postaci to transformersi w egzoszkieletach.

Dwie dekady wcześniej Bauman twierdził: „Gra, w której bierze udział konsument, to nie żądza kupowania i posiadania, nie gromadzenie dóbr w materialnym, namacalnym sensie tego słowa; tutaj chodzi o wzbudzanie nowych, nieznanych dotąd wrażeń (Bauman 2000: 99).

Wrażeń wykraczających poza doświadczenia codzienności przeciętnego człowieka, jak w symulatorach latania, pływania, nurkowania, operowania pojazdami i nawigowania cyfrowymi postaciami. Stąd tylko krok do elektronicznych symulatorów protez kończyn i jazdy na wózku inwalidzkim (ang. *wheelchair simulator*). Artur Petrzak stworzył grę miejską pozwalającą wcielić się w rolę osoby przemierzającej miasto na wózku (*Symulator...* 2019). W postaci z takich symulatorów powinni na studiach wcielić się przyszli architekci projektujący budownictwo uniwersalne. Analogicznie do studentów fizjoterapii na zajęciach z adaptacyjnej aktywności ruchowej, podczas których wdrażają się w role osób z deficytami i niepełnosprawnościami, bądź ludzie po urazach, uczący się używania wózka na warsztatach aktywnej rehabilitacji. Tak, by teoria spletała się z praktyką, a rzeczywistość wirtualna z rzeczywistością społeczną.

Gry komputerowe (cyfrowe, video) obrosły wieloma stereotypami społecznymi. Granie – na komputerze, konsoli do gier, smartfonie, tablecie – przez wielu uznawane jest za szkodliwe dla zdrowia psychofizycznego, silnie uzależniające („cyfrowa heroina”), marnotrawiące bezcenny czas i pieniądze, które można by przeznaczyć na bardziej wartościowe cele i szlachetniejsze rodzaje aktywności. Wybuchająca co pewien czas „panika moralna” (Cohen 2009) wskazuje na „dyżurne” ofiary cyfrowych uzależnień: dzieci i młodzież socjalizowane przemocą. Tymczasem gry cyfrowe sukcesywnie ewoluując, stały się wartościowym i ważnym elementem nowoczesnej i wielowymiarowej rzeczywistości społecznej. Służą rozrywce, owszem, ale są także wykorzystywane w nowoczesnej medycynie, rehabilitacji i terapii oraz aktywizacji fizycznej, mentalnej i społecznej osób z deficytami i niepełnosprawnościami różnej proveniencji; dzieci, młodzieży, dorosłych i seniorów. Chorzy i niepełnosprawni ludzie w gry nie tylko grają, ale i coraz częściej stają się bohaterami gier, mając możliwość wpływania na percepcję społeczną i zmianę wyobrażeń ich dotyczących; wyobrażeń często ich dyskryminujących, marginalizujących, wykluczających, zamykających w „rezerwacie przestrzeni publicznej” (Gajdzica 2013). Gry są dziś interaktywnymi lekturami szkolnymi i składnikami edukacji na poziomie podstawowym, średnim i wyższym. Powstają już klasy o profilu e-sportowym, a akademie wychowania fizycznego i akademie pedagogiki specjalnej¹⁶ praktyczną wiedzę o grach komputerowych wprowadzają do programu studiów (Sahaj 2021c; Nyćkowiak i in. 2021). Jako

¹⁶ https://usosweb.aps.edu.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&kod=PE-2S-KEA [dostęp: 6.01.2022].

elementy akcji i kampanii społecznych oraz narzędzia nowoczesnej pedagogiki specjalnej (Chrzanowska 2018) i socjologii niepełnosprawności (Koperski 2019) gry komputerowe mają realną szansę na poprawę jakości życia i zmianę wizerunku osób z deficytami i niepełnosprawnościami.

Bibliografia

- Addictive behaviours: Gaming disorder* (2018), <https://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en> [dostęp: 6.01.2022].
- Babecki M. (2013), *Terapeutyczne funkcje e-sportu w leczeniu pacjentów dziecięcych* [w:] *Sport w mediach*, red. M. Jarosz, P. Drzewiecki, P. Płatek, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa, 11–25.
- Bauman Z. (2000), *Globalizacja*, przeł. E. Klekot, PIW, Warszawa.
- Bauman Z., Leoncini T. (2018), *Płynne pokolenie*, przeł. S. Żuchowski, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.
- Bernardini S., Porayska-Pomsta K., Smith T.J. (2014), *ECHOES: An intelligent serious game for fostering social communication in children with autism*, „*Information Sciences*”, 264: 41–60, doi: 10.1016/j.ins.2013.10.027.
- Bójko M., Dzielska A., Mazur J., Oblacińska A. (2019), *Częstość grania oraz objawy uzależnienia od gier komputerowych a wybrane kompetencje emocjonalne nastolatków*, „*Problemy Higieny i Epidemiologii*”, 100 (2): 95–103.
- Bomba R. (2016), *Gry komputerowe w perspektywie antropologii codzienności*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Cash H., McDaniel K. (2014), *Dzieci konsoli. Uzależnienia od gier*, przeł. B. Ludwiczak, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań.
- Chałabiś K. (2018), *Niepełnosprawni zawitali na PGE Narodowy. Nowatorska inicjatywa w e-sporcie*, <https://www.esporter.pl/news-niepelnosprawni-zawitali-na-pge-narodowy-nowatorska-inicjatywa>,nId,2585508 [dostęp: 6.01.2022].
- Chaloner P.R., Sillis B. (2020), *Esport. Insiderski przewodnik po świecie gamingu*, przeł. G. Łuczkiwicz, Wydawnictwo Znak Litera Nova, Kraków.
- Chrzanowska I. (2018), *Pedagogika specjalna: od tradycji do współczesności*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Cohen S. (2009), *Folk devils and moral panics: the creation of the Mods and Rockers*, Routledge, London–New York.
- Dziubiński Z. (2019), *Socjalizacja do kultury fizycznej* [w:] *Socjologia kultury fizycznej*, red. Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, M. Lenartowicz, Wydawnictwo AWF, Warszawa: 145–158.
- Fidowicz A. (2020), *Niepełnosprawność w polskiej literaturze XX i XXI wieku dla dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Gajdzica Z. (red.) (2013), *Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacie przestrzeni publicznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Gałuszka D. (2017), *Gry wideo w perspektywie potrzeb osób niepełnosprawnych* [w:] *Oblicza niepełnosprawności w teorii i praktyce*, red. J. Niedbalski, M. Reclaw, D. Żuchowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź: 327–355.
- Gałuszka D. (2019), *Rozważania wokół dyskursu nad grami cyfrowymi w oparciu o ich krytykę ze strony Philipa Zimbardo*, „*Przegląd Socjologii Jakościowej*”, 15 (3): 178–201.

- Gałuszka D., Żuchowska-Skiba D. (2018), *Niepełnosprawność w grach wideo – omówienie na przykładach wybranych wirtualnych postaci*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 14 (3): 92–112, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.14.3.06>.
- Gazihin A., Lazar A., May M., Kelleher C. (2010), *Towards Customizable Games for Stroke Rehabilitation*, „Therapy and Rehabilitation”, 10–15: 2113–2122, <https://doi.org/10.1145/1753326.1753649>.
- Geoghegan L., Wormald J.C.R. (2019), *Sport-related hand injury: a new perspective of e-sport*, „Journal of Hand Surgery”, 44 (2): 219–220, doi: 10.1177/1753193418799607.
- Gołkowski M. (2020), *Sybir Punk*, 1-3, Wydawnictwo Fabryka Słów, Warszawa-Lublin.
- Grandin T. (2017), *Uwaga, niebezpieczeństwo: uzależnienie od gier komputerowych i ucieczka w wirtualny świat mediów* [w:] T. Grandin, D. Moore, Kochaj i pomóż dorosnąć. Jak pomóc dziecku ze spektrum autyzmu wejść w dorosłe życie, przeł. K. Sapeta-Czajka, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 131–181.
- Hendrickx S. (2018), *Kobiety i dziewczyny ze spektrum autyzmu. Od wczesnego dzieciństwa do późnej starości*, przeł. M. Moskal, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Hilvoorde I. van, Pot N. (2016), *Embodiment and fundamental motor skills in eSports*, Sport. „Ethics and Philosophy”, 10 (1): 14–27, <https://doi.org/10.1080/17511321.2016.1159246>.
- Hopfinger M. (2010), *Literatura i media po 1989 roku*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Ishiguro K. (2021), *Klara i słońce*, przeł. A. Szulc, Wydawnictwo Albatros, Warszawa.
- Janasy M. (2019), *Sportowy wymiar 'maniaczenia' przy komputerze, czyli kształtowanie sprawności fizycznej w ramach treningu w e-sporcie* [w:] *Sport w ponowoczesności. Konteksty, perspektywy badawcze, narracje*, red. D. Mańkowski, W. Woźniak, Wydawnictwo w Podwórku, Gdańsk, 57–70.
- Janasy M. (2020), *Doping in e-sports. An empirical explorations and search for sociological interpretation*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica”, 75: 85–99, <https://doi.org/10.18778/0208-600X.75.06>.
- Juul J. (2010), *A Casual Revolution. Reinventing Video Games and Their Players*, The MIT Press, Cambridge.
- Kochanowicz R. (2012), *Fabularyzowane gry komputerowe w przestrzeni humanistycznej. Analizy, interpretacje i wnioski z pogranicza poetyki, aksjologii, dydaktyki i literatury*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Koperski Ł. (red.) (2019), *Niepełnosprawność w socjologii. Stan obecny i perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Krzysztofek K. (2006), *Okno na e-świat* [w:] *Wielka sieć. E-seje z socjologii Internetu*, red. J. Kurczewski, Wydawnictwo Trio, Warszawa: 23–74.
- Lee H.S., Park Y.J., Park S.W. (2019), *The Effects of Virtual Reality Training on Function in Chronic Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis*, BioMed Research International, <https://doi.org/10.1155/2019/7595639>. <https://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2019/7595639.pdf>.
- Mamzer H., Isański J. (2018). *Socjologia kultury w czasach inteligentnych zwierząt i uczących się maszyn*, Oficyna Wydawnicza Epigram, Bydgoszcz.
- Mańkowski P. (2010), *Cyfrowe marzenia. Historia gier komputerowych i wideo*, Collegium Civitas i Wydawnictwo Trio, Warszawa.
- McGonigal J. (2017), *SuperBetter*, przeł. E. Kaniowska, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.

- McLuhan M. (2004), *Zrozumieć media. Przedłużenia człowieka*, przeł. N. Szczucka, Wydawnictwa Naukowo-Techniczne, Warszawa.
- McMillen J. (red.) (2005), *Gambling cultures. Studies in history and interpretation*, Routledge, London–New York.
- Michaluk T. (2018), *Od niepełnosprawności do e-sportu. Podmiotowość ciała jako cyfrowy symulakr*, „*Studia Kulturoznawcze*”, 1 (14): 89–101.
- Michaluk T., Pezdek K. (2016), *Rozproszone wydarzenia sportowe. Podmiotowość i cielesność w e-sportach* [w:] *Filozoficzne i społeczne aspekty sportu i turystyki*, red. J. Kosiewicz, E. Małolepszy, T. Drozdek-Małolepsza, Akademia Jana Długosza, Częstochowa, 55–63.
- Morris J.T., Sweatman W.M., Jones M.L. (2017), *Smartphone Use and Activities by People with Disabilities: User Survey 2016*, „*Journal on Technology and Persons with Disabilities*”, 5: 50–66.
- Myers A. (2015), *Stanford engineer produces free Braille-writer app*, <https://news.stanford.edu/news/2015/february/braille-writer-app-021015.html> (dostęp: 6.01.2022).
- Nowe technologie w rehabilitacji. Nowoczesne centrum otwiera się w Poznaniu* (2019), http://www.propertydesign.pl/design/185/nowe_technologie_w_rehabilitacji_nowoczesne_centrum_otwiera_sie_w_poznaniu,27079.html [dostęp: 6.01.2022].
- Nyckowiak J., Kołodziej T., Jasny M. (red.) (2021), *Społeczne i kulturowe uwarunkowania e-sportu*, „*Rocznik Lubuski*”, 47 (2), http://www.roczniklubuski.uz.zgora.pl/wydania/tom_47/Rocznik_Lubuski_47_2.pdf.
- Pereira A.M. i in. (2021), *Physical Activity Levels of Adult Virtual Football Players*, *Frontiers in Psychology*, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.596434>.
- Petrowicz M. (2016), *Gry wideo – medium XXI wieku* [w:] *Technokultura: transhumanizm i sztuka cyfrowa*, red. D. Gałuszka, G. Ptaszek, D. Żuchowska-Skiba, Wydawnictwo Libron, Kraków, 155–172.
- Petryszyn M. (2019), *Trwa zbiórka na film „Druga Strona o niepełnosprawnym graczu CS:GO*, <http://cybersport.pl/182843/trwa-zbiorka-na-film-druga-strona-o-niepelnosprawnym-graczu-csgo> (dostęp: 6.01.2022).
- Piersa K. (2017), *Komputerowy ćpun*, Wydawnictwo Muza, Warszawa.
- Pisula A. (2012), *Wszystko o uzależnieniu od gier komputerowych*, Wydawnictwo Colorful Media (e-book).
- Porayska-Pomsta K. (2018), *ECHOES Project*, <https://www.ucl.ac.uk/ioe/research-projects/2018/oct/echoes-project> [dostęp: 6.01.2022].
- Przegalińska A. (2016), *Istoty wirtualne. Jak fenomenologia zmieniała sztuczną inteligencję*, Wydawnictwo Universitas, Kraków.
- Przegalińska A., Oksanowicz P. (2020), *Sztuczna inteligencja. Nieludzka, arcyłudzka*, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków.
- Sahaj T. (2021a), *Marginalizowane grupy społeczne w kontekście kultury fizycznej i sportu*, Wydawnictwo AWF, Poznań.
- Sahaj T. (2021b), *Nowe narzędzia i technologie komunikacyjne dla osób niepełnosprawnych fizycznie, intelektualnie i społecznie oraz seniorów* [w:] *Wirtualizacja życia osób z niepełnosprawnością*, red. G. Całek, J. Niedbalski, M. Raclaw, D. Żuchowska-Skiba, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2021: 19–43, <https://doi.org/10.18778/8220-739-2.02>.
- Sahaj T. (2021c), *Od rekreacji do e-sportowej profesjonalizacji. Kulturowo-społeczne aspekty gier elektronicznych*, „*Rocznik Lubuski*”, 47 (2): 23–42, doi: <https://doi.org/10.34768/rl.2021.v472.03>.

- Simsion G. (2013), *Projekt „Rosie”*, przeł. M. Potulny, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań.
- Smartphone Use and Activities by People with Disabilities* (2021), <https://www.inclusive-citymaker.com/infographic-smartphone-use-disabled-people> [dostęp: 6.01.2022].
- Stasienko J. (2005), *Alien vs. Predator? Gry komputerowe a badania literackie*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP, Wrocław.
- Symulator jazdy na wózku inwalidzkim. Zobacz jakie to trudne* (2019), <https://www.rdc.pl/informacje/symulator-jazdy-na-wozku-inwalidzkim-projekt-studenta-politechniki> [dostęp: 6.01.2022].
- Szczepkiewicz A. (2007), *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Trzyma M. (2017), *Młody Brytyjczyk otrzymał bioniczną protezę wzorowaną na ręce Adama Jensena z Deus Ex*, <https://www.gram.pl/news/2017/09/23/mlody-brytyjczyk-otrzymal-bioniczna-proteze-wzorowana-na-rece-adama-jensena-z-deus-ex.shtml> [dostęp: 6.01.2022].
- Walter N. (2007), *Nowe media dla niewidomych i słabo widzących*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Wawrzyniak M. (2020), *Wiemy, kiedy wystartuje trzeci sezon rozgrywek w Call of Duty: Modern Warfare!*, <https://www.gram.pl/news/2020/04/03/wiemy-kiedy-wystartuje-trzeci-sezon-rozgrywek-w-call-of-duty-modern-warfare.shtml> [dostęp: 6.01.2022].
- Wojtowicz D. (2016), *Rewolucyjna proteza. Znany producent gier podarował „rękę” zapalonemu graczowi*, <https://natemat.pl/183801.rewolucyjna-proteza-znany-producent-gier-podarowal-reke-zapalonemu-graczowi> [dostęp: 6.01.2022].
- Zajas K.A. (2020), *Skowyt nocy*, Wydawnictwo Marginesy, Warszawa.
- Zichermann G., Linder J. (2013), *The Gamification Revolution. How Leaders Leverage Game Mechanics to Crush the Competition*, McGraw-Hill, New York.
- Ziemiański A., (2013), *A jeśli to ja jestem Bogiem* [w:] A. Ziemiański, *Pułapka Tesli*, Wydawnictwo Fabryka Słów, Lublin, 173–295.
- Ziemiański A., (2020), *Cyberpunk: odrodzenie*, Wydawnictwo Muza, Warszawa.
- Zimbardo P.G., Coulombe N.S. (2015), *Gdzie ci mężczyźni?*, przeł. M. Guzowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Żuchowska-Skiba D. (2016), *Aktywność środowisk osób niepełnosprawnych we współczesnej Polsce*, IFiS PAN, Warszawa.