

**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu**

**Mowa i jej zaburzenia  
w teorii oraz praktyce  
logopedyczno-pedagogicznej**

pod redakcją

Mirosława Michalika, Zdzisławy Załony

Nowy Sącz 2021

**Redaktor Naukowy**

prof. dr hab. Mirosław Michalik

**Redaktor Wydania**

dr hab. Zdzisława Załona, prof. PWSZ

**Recenzja**

dr hab. Olga Przybyła, prof. UŚ

**Redaktor Techniczny**

dr Tamara Bolanowska-Bobrek

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu  
Nowy Sącz 2021

ISBN 978-83-65575-87-6

**Wydawca**

Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu  
ul. Staszica 1, 33-300 Nowy Sącz  
tel.: +48 18 443 45 45, e-mail: wn@pwsz-ns.edu.pl

**Adres Redakcji**

Nowy Sącz 33-300, ul. Staszica 1  
tel.: +48 18 443 45 45, e-mail: tbolanowska@pwsz-ns.edu.pl

**Druk**

Wydawnictwo i drukarnia NOVA SANDEC s.c.  
Mariusz Kałyniuk, Roman Kałyniuk  
33-300 Nowy Sącz, ul. Lwowska 143  
tel.: +48 18 547 45 45, e-mail: biuro@novasandec.pl

## Spis treści

<b>Wprowadzenie</b> .....	5
---------------------------	---

### **Mirosław MICHALIK**

Kształcenie logopedów w Instytucie Pedagogicznym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu – między tradycją a nowoczesnością.....	9
--	---

## **I. BADANIA PODSTAWOWE**

### **Joanna JACHIMOWICZ, Zdzisława ZACŁONA**

Pedagogiczne konteksty troski o dzieci z zaburzeniami mowy.....	20
---	----

### **Maciej MALINOWSKI**

Zapisywanie terminów i pojęć wykorzystywanych w logopedii (na wybranych przykładach).....	35
---	----

### **Mirosław MICHALIK**

Logopedyczna deskrypcja kompetencji kulturowej (poznawczej) osób niemownych i niemówiących w duchu lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC).....	64
---	----

## **II. BADANIA STOSOWANE**

### **Beata LISOWSKA**

Studenci logopedii – motywacja, oczekiwania wobec studiów, obawy oraz preferencje dotyczące pracy zawodowej.....	72
--	----

### **Izabela MALICKA**

Głoska w diagnozie i terapii logopedycznej .....	88
--	----

### **Anna SOLAK**

Tempo mówienia dzieci .....	98
-----------------------------	----

## **III. BADANIA WDROŻENIOWE**

### **Agata KALINOWSKA**

Alternatywne i wspomagające metody komunikacji stosowane w pracy z uczniami klas I-III.....	110
---	-----

### **Jerzy TOMIK, Beata SOLOWSKA**

Otoskleroza jako problem otolaryngologiczny i logopedyczny .....	119
--	-----

### **Katarzyna HNAT**

Mentoring w diagnozie oraz terapii logopedycznej – wybrane metody i techniki.....	128
---	-----

### **Damian ZELEK**

Wykorzystanie nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem ....	145
---	-----



## Wprowadzenie

Celem prezentowanej monografii wieloautorskiej jest wieloaspektowa deskrypcja fenomenu mowy, w tym zaburzonej, dokonywana z perspektywy teorii i praktyki logopedycznej profilowanej pedagogicznie. Książka powstała w Instytucie Pedagogicznym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, a więc, naszym zdaniem, miejscu odpowiednim do tego typu poszukiwań i odkryć poznawczych, służących zawsze działaniom praktycznym.

Taki kierunek naukowych eksploracji ma wymiar wieloaspektowy, gdyż dokonywany jest przez badaczy oraz praktyków reprezentujących różne dyscypliny, a nawet dziedziny naukowe. Miejszem – nie tylko w znaczeniu topograficznym – odpowiednim do tego typu zintegrowanych działań na pewno jest wymieniona jednostka dydaktyczno-naukowa. Tworzą ją bowiem osoby, które nie tylko poznają wyimki świata z różnych punktów naukowego widzenia, ale również próbują uzyskane wyniki badań scalić w spójny obraz, służący realizacji celów praktycznych. Wielość oglądów i dążenie do ich integracji to ważny wymiar oddanej Czytelnikom monografii.

Prócz miejsca powstania książki, wymiar integrujący posiada również człon nadrzędny jej tytułu, czyli *mowa*. Dziś, na początku trzeciej dekady XXI wieku, jest ona rozumiana na gruncie logopedii – za Stanisławem Grabiasem – w kategoriach zespołu czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek poznający rzeczywistość i przekazujący jej interpretację innym członkom życia społecznego. Oczywiście mowa bywa często zaburzona. Tak szerokie i jednocześnie pogłębione jej rozumienie zaprasza nie tylko logopedów do zajęcia się nią. Karty monografii dowodzą, że z zaproszenia, prócz logopedów, skorzystali pedagodzy, lingwiści, medycy czy terapeuci. Bez wątpienia profil pedagogiczny, obok logopedycznego, zdaje się w zredagowanej pracy dominować. Wszak mowę często kształcimy, a wdrażając w procesie terapii procedury i strategie postępowania logopedycznego, odwołujemy się do powszechnie uznanych celów, treści, metod, środków i form działania, których indeks i strukturę najpełniej wypracowała właśnie pedagogika. Zatem na jedno z bardziej epatujących w refleksji na temat zaburzeń mowy ostatnich lat pytań: „Czy można logopedię uprawiać bez pedagogiki?” odpowiadamy: „Można, tylko po co?”.

Logopedia w świetle pedagogiki to także kształcenie przyszłych logopedów. Niestety, na tym polu, w zakresie jego standaryzacji i homogenizacji w skali kraju dużo pozostało jeszcze do zrobienia. Wciąż toczy się żywiołowa i nieelastyczna dyskusja na temat tego, czy logopedów mają kształcić językoznawcy, lekarze czy pedagodzy. Podchodząc do słabości całego systemu kształcenia logopedów z pokorą, skupiamy się w Instytucie Pedagogicznym PWSZ w Nowym Sączu na swoich planach, niemałych wyzwaniach, ale też sukcesach. Również o tym jest niniejsza książka.

W pełni zgadzając się z tezą, że współczesne badania naukowe przyjmują postać trzech przylegających do siebie segmentów postępowania: badań podstawowych, badań stosowanych i badań wdrożeniowych, właśnie takiemu układowi podporządkowaliśmy treść monografii. Po wprowadzającym tekście Mirosława Michalika, w którym, przywołując logopedyczne historyczno-dydaktyczne konteksty, dokonano charakterystyki procesu kształcenia logopedów w Instytucie Pedagogicznym PWSZ w Nowym Sączu, w części pierwszej monografii, wpisującej się w koncepcję badań podstawowych, czyli wzbogacających oraz porządkujących wiedzę teoretyczną, zamieszczono trzy studia. Pierwsze z nich, autorstwa Joanny Jachimowicz i Zdzisławy

Zacłony, noszące tytuł *Pedagogiczne konteksty troski o dzieci z zaburzeniami mowy*, to przekonujący i mocny głos za integracją wątków pedagogicznych i logopedycznych w docieraniu do fenomenu dzieci dotkniętych zaburzeniami mowy. Z kolei perspektywa normatywna w oglądzie specyficznych faktów logopedycznych, jakimi są terminy, dominuje w lingwistycznym opracowaniu Macieja Malinowskiego pt. *Zapisywanie terminów i pojęć wykorzystywanych w logopedii (na wybranych przykładach)*. Z dumą anonsujemy, że to pierwszy tego typu tekst w polskiej logopedii. Część pierwszą monografii zamyka artykuł Mirosława Michalika, dotyczący logopedycznej deskrypcji kompetencji poznawczej osób niemownych i niemówiących w duchu lingwistyki komunikacji alternatywnej oraz wspomagającej. W przestrzeni nowej subdyscypliny, czyli lingwistyki komunikacji alternatywnej oraz wspomagającej, Autor scharakteryzował zjawisko rozumienia świata za pomocą języka przez osoby pozbawione mowy.

Na część drugą monografii, otwierającą wyniki badań podstawowych w celach praktycznych, również składają się trzy opracowania. Ich użyteczność obejmuje kwestię dydaktyki akademickiej, zogniskowanej na kształceniu logopedów, a także zagadnienia oddziaływań terapeutycznych w zakresie elementów segmentalnych i suprasegmentalnych języka. Beata Lisowska, w tekście pt. *Studenci logopedii – motywacja, oczekiwania wobec studiów, obawy oraz preferencje dotyczące pracy zawodowej*, udowadnia, odwołując się do swoich zakrojonych na szeroką skalę badań sondażowych, że główną motywacją do podjęcia studiów z zakresu logopedii były zainteresowania badanych tą tematyką. Udowodniona przez Badaczkę ciekawość poznawcza studentów, ich zainteresowania trudnymi tematami teoretycznymi to dobry prognostyk dla logopedii jako nauki. Izabela Malicka, proponując artykuł *Głoska w diagnozie i terapii logopedycznej*, osadza czytelniczą uwagę na fundamentach logopedii jako lingwistyki stosowanej, skupiając ją głównie na znaczeniu głoski w procesie diagnozy i terapii logopedycznej dyslalii obwodowej oraz złożoności patomechanizmu powstawania zaburzeń artykulacyjnych. Swoistym rozszerzeniem refleksji na temat głoski, czyli elementu segmentalnego wypowiedzi, jest studium Anny Solak, która referuje wyniki swoich badań nad płaszczyzną suprasegmentalną mowy w zakresie tempa wypowiedzi dziecięcych. Jej badania szybkości realizacji wypowiedzi przez dzieci umożliwiły ustalenie norm zjawisk: tempa mówienia i tempa artykulacji.

Część trzecia monografii, zawierająca wyniki badań wdrożeniowych dotyczących mowy i jej zaburzeń, jest najobszerniejsza i najbardziej praktyczna. Agata Kalinowska w pracy pt. *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji stosowane w pracy z uczniami klas I-III* włącza w poczet kluczowych problemów logopedyczno-pedagogicznych przestrzeń wiedzy i praktyki określanej mianem AAC. To również rozdział o uczniach ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, wśród których znajdują się jednostki z najgłębszymi deficytami kompetencji i zaburzeń sprawności językowych. Niezwykle oryginalny oraz ciekawy tekst przedłożyli Jerzy Tomik i Beata Solowska. Przyjmując medyczną, otolaryngologiczną perspektywę, w artykule noszącym tytuł *Otoskleroza jako problem otolaryngologiczny i logopedyczny*, zwrócili czytelniczą uwagę na problem otosklerozy, czyli postępującej choroby przebudowy kości, prowadzącej do kalcyfikacji błędnika kostnego, a w konsekwencji do nieodwracalnego uszkodzenia słuchu i zaburzeń kompetencji komunikacyjnej. Katarzyna Hnat, w pracy pt. *Mentoring w diagnozie oraz terapii logopedycznej – wybrane metody i techniki*, inspirująco rozszerzając ramy terapii logopedycznej, przedstawia definicje mentoringu, omawia założenia procesu mentoringowego oraz podejścia, metody pracy i narzędzia mentoringowe, takie jak: karta diagnostyczna, model GROW, model P-BRAIN, uważność i metoda kaizen. Zwieńczenie części wdrożeniowej monografii, jak i całej książki stanowi opracowanie Damiana Zelka,

zatytułowane *Wykorzystanie nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem*. Wyniki badań własnych Autora przedstawiają aktualną sytuację związaną z wykorzystywaniem nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi dotkniętymi spektrum autystycznym (ASD). Bogaty indeks rozwiązań technologicznych stworzony przez Autora i uwzględnione podmioty oddziaływań terapeutycznych, czyli osoby dotknięte autyzmem, to walory pracy, które lokują ją w samym centrum współczesnych i najważniejszych problemów logopedii.

Monografia, którą mieliśmy honor redagować, nie powstałyby, gdyby nie mądrość, doświadczenie i otwartość poznawcza Autorów poszczególnych rozdziałów. Różnorodność reprezentowanych przez Nich ujęć badawczych to atut książki. Trzeba jednak podkreślić, że jej kształt jest również pokłosiem gotowości do współpracy każdej z osób, które podjęły autorskie wyzwanie. Gotowości do współpracy jako cechy osób potrafiących uwzględniać perspektywę innych.

Na końcu drogi wyznaczonej bogactwem wymienionych, opisanych w książce, uwarunkowań czeka człowiek obdarzony mową. Mową przyswojoną na różnym poziomie – zaburzoną, niedokształconą, opóźnioną. Mową będącą przedmiotem logopedii, ale również atrybutem ucznia, wychowanka, osoby rewalidowanej, czyli podmiotów pedagogicznych oddziaływań. Jesteśmy przekonani, że zunifikowana przestrzeń wiedzy oraz praktyki logopedyczno-pedagogicznej takim podmiotom służyć może najpełniej.

Mirosław Michalik  
Zdzisława Załona





**Mirosław MICHALIK**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **KSZTAŁCENIE LOGOPEDÓW W INSTYTUCIE PEDAGOGICZNYM PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ W NOWYM SĄCZU – MIĘDZY TRADYCJĄ A NOWOCZESNOŚCIĄ**

### **Streszczenie**

W rozdziale – przywołując logopedyczne historyczno-dydaktyczne konteksty – dokonano charakterystyki procesu kształcenia logopedów w Instytucie Pedagogicznym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu.

Wychodząc od rozumienia logopedii jako nauki i działalności praktycznej, uwzględniając w ujęciu diachronicznym polską specyfikę kształcenia logopedów, skupiono się na działalności akademickiej prowadzonej w wymienionej jednostce, a umożliwiającej studentom zdobycie pełnych kwalifikacji nauczyciela logopedy. Szczególny akcent położono na oryginalną i niespotykaną w żadnym polskim ośrodku akademickim organizację procesu kształcenia na studiach drugiego stopnia. Wynika ona wprost z wdrożenia w proces kształcenia logopedów teoretycznych założeń typologii zaburzeń mowy prof. Stanisława Grabiasa. W związku z tym studenci logopedii Instytutu Pedagogicznego w PWSZ w Nowym Sączu są uczeni o zaburzeniach mowy, będących wynikiem: niewykształcenia sprawności percepcyjnych, niedokształcenia sprawności realizacyjnych i rozbicia systemu językowego. W efekcie umieją budować kompetencję lingwistyczną, usprawniać realizację komunikacyjnego systemu i odbudowywać system językowy.

**Słowa kluczowe:** studenci logopedii, akademicki proces dydaktyczny, typologia zaburzeń mowy, procedury postępowania logopedycznego.

### **Summary**

In the chapter – recalling historical and didactic logopedic contexts – the process of educating speech therapists at the Pedagogical Institute of the State University of Applied Sciences in Nowy Sącz is characterized.

Starting from the understanding of speech therapy as a science and practical activity, taking into account the Polish specificity of speech therapist education in a diachronic perspective, the focus was on academic activity conducted in the aforementioned unit, enabling students to acquire full qualifications as a speech therapist teacher. Particular emphasis was placed on the original and unique in any Polish academic center organization of the education process at second-cycle studies. It results directly from the implementation of the theoretical assumptions of the typology of speech disorders by prof. Stanisław Grabias. Therefore, students of speech therapy at the Pedagogical Institute at the State University of Applied Sciences in Nowy Sącz are taught about speech disorders that are: the result of not educating perceptive skills, the result of underdeveloping the performance skills, and the consequence of disrupting the language system. As a result, they are able to build linguistic competence, improve the implementation of the communication system and rebuild the language system.

**Key words:** speech therapy students, academic didactic process, typology of speech disorders, speech therapy procedures.

### **Wstęp**

„Logopedia” jako termin, pojęcie wydaje się mieć dwie główne konotacje. Mniej popularna przywołuje na myśl pewien byt, przestrzeń mentalną, konceptualizowaną w kategoriach nauki, czyli pewnego rodzaju wiedzy ludzkiej opisującej rzeczywistość. Jeśli przyjmiemy tytułem wprowadzenia, że na pojęcie „nauka” składa się: 1. podmiot nauki, 2. nauka *sensu stricto*, której

składowe to praca naukowa i jej wytwory, a także 3. przedmiot nauki (Grucza, 1983, s. 19), logopedia, postrzegana przez niektórych jako nauka, wyżej wymienione składowe – swój podmiot, przedmiot oraz pracę naukową i jej wytwory – posiada. Dodatkowo, opisując pewien wyimek rzeczywistości, czyli realizując funkcję poznawczą, powinna charakteryzować się określonymi metodami badawczymi oraz swoistym językiem, jakim się posługuje, realizując stawiane przez nią cele, tudzież logiczną budową (Szołtysek, 2011, s. 200; por. także Michalik, Horyń, Olma, 2021; Grabias, 2019). Dzięki takiej perspektywie oglądu, logopedia jest dziś rozumiana w Polsce powszechnie jako nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka oraz zachowań językowych (Grabias, 2012, s. 57; 2019, s. 285-287) i choć ma charakter autonomiczny, wyrasta jednakowoż z komponentów wiedzy kilku odrębnych dyscyplin (Jastrzębowska, 2003), wśród których na plan pierwszy wysuwają się lingwistyka oraz medycyna. Swój udział w jej ukonstytuowaniu się miała oczywiście również pedagogika, choć dziś w polskiej logopedii jako nauce nie jest to nurt dominujący<sup>1</sup>.

Drugie znaczenie terminu „logopedia” ma związek z działalnością praktyczną, użyteczną, terapeutyczną i służebną wobec człowieka potrzebującego pomocy. Celem takiej logopedii jest niesienie pomocy, a skutkiem takiego jej ujmowania jest rosnący w społeczeństwie prestiż zawodu logopedy, jego atrakcyjność, coraz szersze i bardziej opłacalne z ekonomicznego punktu widzenia możliwości wykonywania oraz budująca się wokół tej profesji atmosfera pewnej misyjności, ugruntowujące jej status jako działalności ważnej, bo potrzebnej, użytecznej, konkretnej, namacalnej. O misyjności logopedii pisał przykładowo Stanisław Grabias (2015, s. 15):

Logopedia ma [...] do spełnienia sobie tylko właściwą misję. Zaburzenie mowy niestety zawsze, w większym lub mniejszym stopniu, uniemożliwia człowiekowi uczestnictwo w życiu, a logopeda, budując w umyśle język lub usprawniając komunikację, staje się przewodnikiem na drodze powrotu jednostki do społeczeństwa.

Taki logopeda terapeuta, logopeda przewodnik<sup>2</sup>, logopeda nauczyciel, prawie lekarz<sup>3</sup>, ale i człowiek sukcesu dobrze odnajdujący się na rynku pracy, doskonale wpisuje się w nurt praktyczny logopedii, skupiający się przede wszystkim na wdrażaniu procedur oraz strategii postępowania logopedycznego w zakresie działań terapeutycznych (Grabias, 2012, s. 59-60; Kaczmarek, 1991, s. 5-6; por. także Michalik, Horyń, Olma, 2021).

Z dwiema konotacjami, tj. logopedią jako nauką i logopedią jako profesją zawodową, łączy się trzecia, nazwijmy ją roboczo – dydaktyczna. Upraszczając, chodzi w niej o to, że osoba wykonująca zawód logopedy musiała być wcześniej wykształcona przez logopeda uprawiającego naukę. Właśnie temu aspektowi, zawężonemu dodatkowo do jednego ośrodka akademickiego kształcącego logopedów, poświęcono niniejszy tekst.

---

<sup>1</sup> Niektórzy pedagodzy uważają, że 1. postępowanie logopedyczne opiera się na prawach określanych przez pedagogikę (ogólną, specjalną, przedszkolną, wczesnoszkolną, andragogikę); 2. logopedia była jedną ze specjalności pedagogiki specjalnej; 3. Logopedia została wyróżniona ze względu na analogię dysfunkcji mowy do innych dysfunkcji, np. intelektualnych, słuchowych, wzrokowych; 4. była działem pedagogiki korekcyjnej (*Onkologia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*, A. Hamerlińska-Latecka, 2015, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 36). Mimo że niektórym zacytowanym stanowiskom trudno odmówić racji, nie są to dziś sądy powszechne.

<sup>2</sup> O logopedzie przewodniku, przybierającym postawę akceptującą rzeczywistość i ludzkie wybory oraz propagującym w postępowaniu terapeutycznym metodę sokratyczną – nieoddziałującą wprost, za to doskonale uczącą rozumowania moralnego poprzez „poddawanie w wątpliwość”, pisał Maciej Migocki („Kwestie moralne w komunikacji logopedzi – rodzice – dzieci”, 2013, w: M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń (red.), *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, Kraków: Collegium Columbinum).

<sup>3</sup> Logopeda pracujący w służbie zdrowia, często po studiach specjalizacyjnych, posiada status zbliżony do dyplomowanego fizjoterapeuty, czyli przedstawiciela zawodu paramedycznego.

## 1. Kształcenie logopedów w Polsce

Początek instytucjonalnej, uniwersyteckiej logopedii w Polsce przypada na rok 1969, kiedy to z inicjatywy prof. Leona Kaczmarka powstał w UMCS Zakład Logopedii. Przez długi czas była to jedyna placówka naukowa tego typu w kraju. Kształcono tam logopedów już od 1970 roku na 2-letnich studiach podyplomowych w zakresie *logopedii korekcyjnej* i na rocznych studiach *logopedii szkolnej*. Największym dydaktycznym osiągnięciem pracowników ośrodka lubelskiego, już po objęciu jej kierownictwa przez prof. Stanisława Grabiasa (rok 1990), było uruchomienie w 2007 roku pierwszych w Polsce studiów na kierunku *logopedia z audiofonologią*<sup>4</sup>. Jeszcze wcześniej, gdyż w 1992 roku, powołano tu specjalność logopedyczną w ramach dziennych studiów na kierunku *filologia polska* (Woźniak, 2016, s. 98-100). Jako punkt odniesienia warto dodać, odwołując się do historii najważniejszych ośrodków naukowych polskiej myśli logopedycznej, że formalnie logopedia w Warszawie powstała w 1973 roku, kiedy to przy Zakładzie Fonetyki UW, kierowanym przez prof. Stanisława Skorupkę, utworzono Podyplomowe Studium Ortofonii Szkolnej<sup>5</sup>, nad którym pieczę powierzono dr Irenie Styczek, w gdańskim ośrodku logopedycznym utworzono Podyplomowe Studium Logopedyczne Uniwersytetu Gdańskiego w roku 1979, a w Krakowie, w ówczesnej Wyższej Szkole Pedagogicznej im. Komisji Edukacji Narodowej, 2-letnie Podyplomowe Studium Logopedyczne, którego kierownikiem został prof. Jan Ożdżyński, powołano do istnienia w 1983 roku (Michalik, Horyń, Olma, 2021). Logopedów początkowo kształcono zatem wyłącznie na studiach podyplomowych.

Współcześnie sytuacja wygląda inaczej. Wynika to zwłaszcza z szerokiego zakresu problemów badawczych i zawodowych, jaki został poniekąd narzucony logopedom. Syntetycznie zjawisko to próbował określić Tomasz Woźniak (2017, s. 72-73, por. także Michalik, Horyń, Olma, 2021):

Na początku XXI wieku w logopedii można zauważyć dwa główne nurty myślowe [...]: 1. oparcie postępowania badawczego i praktycznego na zasadach *evidence based practice* (EBP)<sup>6</sup>, co połączone jest z włączeniem w badania, diagnozę i terapię logopedyczną nowoczesnych technologii; 2. poszerzanie obszaru poszukiwań badawczych i praktyki wykonywania zawodu o rejon

---

<sup>4</sup> Studia te ówczesny Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego uruchomił we współpracy z Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, kierowanym przez prof. dr. hab. n. med. Henryka Skarżyńskiego. Trzymając się faktów, należy zwrócić uwagę, że w tym samym roku w Uniwersytecie Gdańskim uruchomiono pierwszą edycję studiów takiej samej formy kształcenia.

<sup>5</sup> W to miejsce, w 1975 roku zostało powołane Podyplomowe Studium Logopedyczne, którym do 1977 roku kierowała dr I. Styczek.

<sup>6</sup> EBP łączyć należy ściśle z koncepcją logopedii opartej na dowodach, *Evidence based speech therapy* (EBST), wywodzącej się wprost z zasady *terapii (praktyki) opartej na dowodach (Evidence based practice – EBP)*, która z kolei ma swe źródło w *medycynie opartej na faktach, Evidence based medicine – EBM*. Ta ostatnia „polega na integracji wyników najlepszych badań z wiedzą kliniczną i wartościami prezentowanymi przez pacjentów” (*Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, D. Pluta-Wojciechowska, 2019, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 130). Zdaniem T. Woźniaka, EBP oznacza „interdyscyplinarne podejście do praktyki klinicznej, oparte na dowodach – to jest na wynikach badań, które pochodzą z systematycznego gromadzenia danych, uzyskiwanych w drodze obserwacji i eksperymentów, realizowanych przy zachowaniu ścisłych rygorów metodologii badań naukowych” („Logopedia na świecie u progu XXI wieku”, 2017, w: D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 73). Stadia każdego procesu respektującego zasadę EBP powinny być następujące: 1. Sformułowanie pytania klinicznego, 2. Wyszukiwanie dowodów naukowych, 3. Ocena dowodów, 4. Podejmowanie decyzji klinicznej (*Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, D. Pluta-Wojciechowska, 2019, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 130). Jeśli EBD przeniesiemy na grunt logopedii, czyli proponujemy zasady *evidence based speech therapy* (EBST), mogłyby mieć postać następującą: 1. Zbieranie faktów językowych, 2. Opracowywanie ich – ilościowe, jakościowe, czyli analiza i interpretacja, 3. Dobór strategii postępowania logopedycznego (metod) do pacjenta, a nie stosowanie jednej metody dla wszystkich przypadków, 4. Krytyczna, falsyfikacjonistyczna weryfikacja danych, uwzględniająca zasady zarządzania jakością oraz efektywności terapii.

wykraczające poza terapię dotyczącą tylko mówienia i rozumienia; włączenie w refleksję logopedyczną komunikacji niewerbalnej i społecznych uwarunkowań zachowań językowych, w tym czynnika >>jakości życia<<.

By wymienionym zadaniom sprostać, logopeda trzeciej dekady XXI wieku musi być kształcony inaczej, czyli dogłębniej i szerzej. Potrzeba ta wynika również z ustaleń *IALP-u – Międzynarodowego Stowarzyszenia Logopedów i Foniatorów (International Associations of Logopedics and Phoniatrics)* i *CPLOL-u – Komitetu Stałej Łączności Ortofonistów/Logopedów Unii Europejskiej (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne)*<sup>7</sup>. W latach 2010-2013 aż 65 jednostek kształcących logopedów w Europie, zrzeszonych w *IALP-ie*, pod patronatem Unii Europejskiej i *CPLOL-u*, w ramach programu *NetQues*, opracowało wykaz kompetencji, które powinien osiągnąć absolwent kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu logopedy. Co ważne, cele te można osiągnąć różnymi drogami, jednak w jednej kwestii eksperci z kilkudziesięciu krajów są zgodni – uzyskać je można dopiero w ramach kształcenia w formie studiów licencjackich i, co oczywiste, magisterskich (Ostapiuk, Pluta-Wojciechowska, Grabias, Woźniak, 2018). Wciąż niezwykle popularne w naszym kraju studia podyplomowe nie gwarantują zatem odpowiedniego poziomu kształcenia.

Profesja logopedyczna zaliczana jest do zawodów regulowanych. Wynika z tego, że wykonywanie tego zawodu jest możliwe po spełnieniu konkretnych wymogów określonych przepisami prawa. W Polsce, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, logopeda jako pełnoprawny zawód regulowany zaklasyfikowany jest w grupie specjalistów (2) i obejmuje specjalistów do spraw zdrowia (22) i specjalistów nauczania i wychowania (23) (Gruba, 2021, s. 3). Zgodnie z wymienionym Rozporządzeniem, w ramach służby zdrowia pracują logopedzi (229 402), neurologopedzi (229 403) oraz surdologopedzi (229 404), zaś w oświacie – nauczyciele logopedzi (235 906). Patrząc bardzo ogólnie:

- a) logopeda prowadzi badania i działania praktyczne w zakresie ogólnej diagnozy stanu rozwoju mowy i ogólnej terapii zaburzeń komunikacji człowieka na różnych etapach rozwoju i w różnych sferach aktywności: edukacyjnej, społecznej oraz zawodowej; zajmuje się korygowaniem wad wymowy i usprawnianiem języka, profilaktyką i likwidowaniem zaburzeń komunikacji uwarunkowanych środowiskowo lub organicznie (różnego rodzaju czynnikami patologicznymi), a także rehabilitacją mowy po wypadkach i urazach;

---

<sup>7</sup> Organizacja IALP została założona w lipcu 1924 roku w Wiedniu przez logopedę Emila Froeschelsa (1884-1972). Obecnie to apolityczna, pozarządowa organizacja zrzeszająca naukowców i praktyków zajmujących się zaburzeniami mowy i głosu z ponad 40 krajów całego świata. Jest to rodzaj międzynarodowej platformy, która koordynuje działania w obszarze badań naukowych, działań profesjonalnych i współpracy organizacyjnej między różnymi stowarzyszeniami. Oficjalnym organem IALP-u jest „Folia Phoniatica et Logopaedica”, prestiżowe czasopismo wydawane przez wydawnictwo medyczne i naukowe Karger z siedzibą w Bazylei („Edukacja logopedów w UMCS. Historia – terażniejszość – przyszłość”, T. Woźniak, 2016, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio N, Educatio Nova I*, s. 106; por. także *U źródeł polskiej terminologii logopedycznej. Podstawy teoretyczne i metodologiczne*, M. Michalik, E. Horyń, M. Olma, 2021, Kraków: UP). CPLOL powstał 6 marca 1988 roku w Paryżu, kiedy to z inicjatywy francuskiej *Federation Nationale des Orthophonistes*, organizacje reprezentujące dziewięć krajów Unii Europejskiej podpisały kartę konstytucyjną, postanowieniem której ustanowiony został CPLOL. Organizacja liczy obecnie ok. 80 tys. członków, a jedną z jej zasług jest uprawomocnienie w oficjalnych dokumentach logopedii jako z jednej strony dyscypliny naukowej, a z drugiej – profesji zawodowej („Edukacja logopedów w UMCS. Historia – terażniejszość – przyszłość”, T. Woźniak, 2016, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio N, Educatio Nova I*, s. 10).

- b) neurologopeda wykonuje specjalistyczne badania neurologopedyczne, analizuje ich wyniki oraz dokonuje diagnozy osób z zaburzeniami mowy, wynikającymi z uszkodzenia centralnego układu nerwowego; prowadzi rehabilitację i terapię pacjentów z zaburzeniami głosu, z chorobami psychicznymi, po udarach i innych wypadkach; prowadzi ćwiczenia usprawniające mowę w poradniach foniatrycznych, klinikach i oddziałach poporodowych, klinikach neurologicznych, sanatoriach, szkołach i przedszkolach specjalnych;
- c) surdologopeda wykonuje specjalistyczne badania, analizuje ich wyniki, dokonuje diagnozy osób z zaburzeniami i uszkodzeniami słuchu; prowadzi rehabilitację i terapię usprawniającą mowę: ćwiczenia artykulacyjne, oddechowe, słuchowe, odczytywanie mowy z ust itp. w poradniach rehabilitacyjnych Polskiego Związku Głuchych, poradniach foniatrycznych, oddziałach otolaryngologicznych, sanatoriach, szkołach i przedszkolach oraz ośrodkach dla dzieci z uszkodzeniem słuchu;
- d) nauczyciel logopeda organizuje pomoc logopedyczną na terenie szkoły, przedszkola (placówki), zajmuje się profilaktyką, diagnozowaniem i terapią dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy; prowadzi badania diagnostyczno-prognostyczne i zajęcia logopedyczne, mające na celu likwidację lub ograniczenie zakłóceń komunikacji językowej w zakresie mowy głośnej i pisma; prowadzi działania profilaktyczne oraz współpracuje z najbliższym środowiskiem dzieci i młodzieży, w celu osiągnięcia trwałego sukcesu terapeutycznego, dba o sprawność językową dzieci i młodzieży z zaburzoną komunikacją językową.

W Polsce logopedzi mogą uzyskiwać uprawnienia do wykonywania zawodu, kończąc studia podlegające Ministerstwu Nauki i Szkolnictwa Wyższego (od października 2021 roku Ministerstwu Nauki i Edukacji) lub też Ministerstwu Zdrowia<sup>8</sup>. Uczelnie prowadzą studia licencjackie (studia pierwszego stopnia), studia magisterskie (studia drugiego stopnia) i studia podyplomowe (Gruba, 2021), a prawo do wykonywania zawodu logopedy można uzyskać w ramach: specjalności przy studiach stacjonarnych lub niestacjonarnych innego kierunku (obejmujących obecnie minimum 800 godzin logopedycznych)<sup>9</sup>, logopedycznych studiów licencjackich (180 punktów ECTS), logopedycznych studiów magisterskich (120 ECTS), jak również – ciągle pomagisterskich studiów podyplomowych (minimum 600 godzin kształcenia).

---

<sup>8</sup> Zasady funkcjonowania systemu szkolnictwa wyższego i nauki określa Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

<sup>9</sup> W Polsce można spotkać następujące fuzje na poziomie studiów licencjackich: *filologia polska* specjalność *język polski z logopedią* (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach), *filologia polska* specjalność *logopedia* (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej), *pedagogika specjalna* specjalność *logopedia szkolna i pedagogika wczesnej edukacji* (Uniwersytet Szczeciński), *pedagogika* specjalność *logopedia i terapia pedagogiczna* oraz *pedagogika* specjalność *logopedia* (PWSZ w Nowym Sączu), *pedagogika specjalna* specjalność *logopedia – profilaktyka i terapia* (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – Wydział Studiów Edukacyjnych), *pedagogika* w zakresie *logopedii* (PWSZ w Elblągu), *pedagogika specjalna* specjalność *logopedia ogólna* (Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku). Z kolei na poziomie studiów magisterskich kwalifikacje logopedyczne uzyskać można w ramach: *filologii polskiej* specjalności *język polski z logopedią* (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach), *filologii polskiej* specjalności *logopedia* (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej), *pedagogiki specjalnej* specjalności *logopedia kliniczna* (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – Wydział Studiów Edukacyjnych), *pedagogiki przedszkolnej i wczesnoszkolnej z logopedią* (Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego), *pedagogiki* specjalności *logopedia* (PWSZ w Nowym Sączu), *pedagogiki specjalnej* specjalność *logopedia* (Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku) (za: „Raport o stanie kształcenia logopedów”, J. Gruba, 2021, Gliwice: Fundacja *Science Watch Polska*, Wydawnictwo *Komlogo*).

## 2. Kształcenie logopedów w Instytucie Pedagogicznym PWSZ w Nowym Sączu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu rozpoczęła swoją działalność 1 lipca 1998 roku na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 czerwca 1998 roku. Jednym z trzech pierwszych instytutów uczelni był Instytut Pedagogiczny, powołany do istnienia na bazie Kolegium Nauczycielskiego. Kształcono wówczas studentów w zakresie edukacji fizyczno-informatycznej, edukacji matematyczno-informatycznej, matematyki z wychowaniem fizycznym oraz edukacji wczesnoszkolnej i przedszkolnej.

Początek kształcenia logopedów, uściślając – nauczycieli logopedów, w Instytucie Pedagogicznym przypada na rok akademicki 2014/2015. Jego sposób wpisywał się w dominującą wówczas na polskich uczelniach, w ramach studiów stacjonarnych, formę kształcenia, czyli połączenie specjalności logopedycznej z innym kierunkiem. W opisywanym przypadku, co oczywiste, była to pedagogika. Oryginalność studiów pedagogicznych w nowosądeckim IP PWSZ polegała jednak na tym, że oprócz specjalizacji głównej, tj. logopedycznej, studenci mieli również możliwość zdobycia specjalizacji dodatkowej, czyli terapii pedagogicznej. Program kształcenia obejmował przedmioty podstawowe (270 godzin dydaktycznych), np. *filozofię, psychologię rozwoju człowieka*, przedmioty kierunkowe (270 godzin), np. *historię myśli pedagogicznej, teoretyczne podstawy wychowania i kształcenia, metody badań pedagogicznych*, przedmioty kształcenia wynikające z innych wymagań kierunkowych (400 godzin), np. *technologia informacyjna, biomedyczne podstawy rozwoju, seminarium dyplomowe*, przedmioty kształcenia nauczycielskiego (205 godzin), np. *emisja głosu, diagnoza i ewaluacja w pracy nauczyciela*, przedmioty z zakresu specjalności dodatkowej (420 godzin), np. *teoretyczne podstawy terapii pedagogicznej, zaburzenia rozwoju psychomotorycznego dziecka, elementy rewalidacji, projektowanie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych*, oraz – co dla nas kluczowe – przedmioty specjalności głównej (600 godzin): *anatomia i fizjologia, foniatria i audiologia, wybrane zagadnienia z neurologii, wybrane zagadnienia z psychiatrii dziecięcej, elementy ortodoncji, wybrane zagadnienia z neuropsychologii, rozwój mowy dziecka, fonetyka i fonologia, nauka o języku, wprowadzenie do logopedii, kultura języka mówionego, zaburzenia mowy – diagnoza i terapia, metodyka logopedyczna, alternatywna komunikacja, logorytmika*.

Absolwent sądeckiej logopedii, prócz kwalifikacji pedagogicznych, posiadał uprawnienia do zajmowania stanowiska nauczyciela logopedy w przedszkolach, szkołach podstawowych i placówkach wychowania pozaszkolnego oraz placówkach zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania. Był przygotowany do prowadzenia terapii logopedycznej, zajęć z osobami o sprzężonych zaburzeniach rozwojowych i specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, ogólnej terapii zaburzeń komunikacji człowieka na różnych etapach rozwoju i w różnych sferach aktywności: edukacyjnej, społecznej oraz zawodowej, zespołu i placówki, w której prowadzona jest diagnoza i terapia zaburzeń komunikacji językowej, prywatnej praktyki logopedycznej. Posiadał również kwalifikacje do prowadzenia zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

Z punktu widzenia profesji logopedycznej kluczowe w programie kształcenia były dwa przedmioty, tj. *zaburzenia mowy – diagnoza i terapia* oraz *metodyka logopedyczna*. Rozkład treści kształcenia w nich się mieszczący pozwalał studentom na przyswojenie kompetencji i umiejętności z zakresu etiologii, epidemiologii, symptomatologii, diagnozy oraz terapii logopedycznej następujących zaburzeń mowy i zjawisk logopedycznych: opóźnionego rozwoju mowy, dysalii, alalii, afazji dziecięcej, dysglosji, jąkania, afazji, dyzartrii, oligofazji i mutyzmu. Nawet pobieżny rzut oka na ten wykaz pozwala dostrzec korelacje między nim a etiologiczną klasyfikacją zaburzeń mowy dr I. Styczek (1970). Nie jest to fakt zaskakujący,

gdyż programy studiów logopedycznych chyba wszystkich krajowych ośrodków kształcenia logopedów na tej typologii właśnie do dziś się opierają<sup>10</sup>. Tzw. klasyfikacja Styczkowej dzieli zaburzenia mowy na dwie duże grupy: zewnątrzpochodne, czyli egzogenne, środowiskowe, a także wewnątrzpochodne, czyli endogenne. W obrębie tych drugich wymienia: dysglosję, dyzartrię, dyslalię z alalią, afazję, jąkanie, nerwice mowy, oligofazję i schizofazję (Styczek, 1970). Widać zatem wyraźnie, że autorzy programu kształcenia dla specjalności logopedycznej na kierunku pedagogika w IP PWSZ w Nowym Sączu właśnie tu szukali inspiracji<sup>11</sup>.

Ostatni studenci pedagogiki realizujący zarysowaną koncepcję edukowania logopedów, powiązaną z kształceniem w ramach specjalności *terapia pedagogiczna*, wpisaną w „logopedyczną filozofię” I. Styczek, opuścili mury sądeckiej uczelni latem 2021 roku. Głębokie zmiany w zakresie kształcenia nauczycieli, wynikające z tzw. reformy Gowina, ale również rozwój logopedii jako nauki skłoniły do zmiany koncepcji w zakresie kształcenia logopedów w Instytucie Pedagogicznym PWSZ w Nowym Sączu. Wynikało to zwłaszcza ze standardu kształcenia, obligującego do zwiększenia liczby godzin bezpośrednio związanych z logopedią. Organizacyjne zmiany dotyczyły dwóch aspektów: po pierwsze, w ramach studiów stacjonarnych pierwszego stopnia na kierunku Pedagogika wprowadzono grupę zajęć specjalizacyjnych z zakresu logopedii, a po drugie, utworzono niestacjonarne studia drugiego stopnia (magisterskie) na kierunku Pedagogika, z wyraźnie wydzieloną grupą zajęć specjalizacyjnych z zakresu logopedii.

Absolwenci studiów magisterskich w zakresie logopedii posiadają kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela logopedy w przedszkolach, szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym w poradniach specjalistycznych, szkołach policealnych, liceach ogólnokształcących, technikach, branżowych szkołach II stopnia, branżowych szkołach I stopnia, placówkach oświatowo-wychowawczych oraz placówkach zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania. Są przygotowani do prowadzenia: terapii logopedycznej, zajęć z osobami o sprzężonych zaburzeniach rozwojowych i specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, badań i działań praktycznych w zakresie ogólnej diagnozy stanu rozwoju mowy, ogólnej terapii zaburzeń komunikacji człowieka na różnych etapach rozwoju i w różnych sferach aktywności: edukacyjnej, społecznej i zawodowej, działań w instytucjach dydaktyczno-badawczych zajmujących się upowszechnianiem oraz rozwijaniem wiedzy logopedycznej. Mogą także prowadzić zespół bądź placówkę, w której prowadzona jest diagnoza i terapia zaburzeń komunikacji językowej, a także prywatną praktykę logopedyczną.

Program nowych logopedycznych studiów stacjonarnych (licencjackich) i niestacjonarnych (magisterskich) został skonstruowany zupełnie inaczej, zarówno w stosunku do wcześniejszych rozwiązań proponowanych w IP PWSZ w Nowym Sączu, jak i wobec ciągle dominujących na polskich uczelniach pomysłów inspirowanych klasyfikacją zaburzeń mowy Ireny Styczek. Podczas lektury programów kształcenia, obowiązujących wykładowców i studentów, od razu można zauważyć radykalną zmianę w stosunku do ujęcia tradycyjnego. Zrezygnowano bowiem z wykładania treści merytorycznych w układzie wertykalnym, pionowym, począwszy od zaburzeń tzw. łatwiejszych, skończywszy na trudnych, neurologopedycznych. W zamian mamy układ horyzontalny, poziomy, przekrojowy, umożliwiający deskrypcję różnicową, a kwintesencja logopedycznego procesu dydaktycznego dokonuje się w ramach takich przedmiotów, jak:

---

<sup>10</sup> Wyjątek stanowią studia logopedyczne drugiego stopnia prowadzone przez Uniwersytet Jagielloński, w ramach których dominującym sposobem zapoznawania studentów z problemami logopedycznymi są studia przypadków.

<sup>11</sup> Klasyfikacja etiologiczna zaburzeń mowy Ireny Styczek jest od wielu już lat krytykowana. Zarzuca się jej, że: stanowi luźny, niesystemowy zbiór zaburzeń, nie dokonuje różnicowania na zaburzenia mowy i wady mowy, nie wyróżnia głuchoty jako odrębnej przyczyny trudności mownych, status zaburzeń egzogennych jest nie do końca określony („Perspektywy opisu zaburzeń mowy”, S. Grabias, 2001, w: S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy*, Lublin: UMCS, s. 30-31).

*zaburzenia mowy związane z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi, zaburzenia mowy związane z brakiem sprawności realizacyjnych, zaburzenia mowy związane z rozpadem systemu komunikacyjnego, metodyka postępowania logopedycznego – budowanie kompetencji lingwistycznej, metodyka postępowania logopedycznego – usprawnienie realizacji, metodyka postępowania logopedycznego – odbudowywanie kompetencji lingwistycznej.* Nie trzeba być wytrawnym logopedą, by wymienione nazwy przedmiotów wywieść wprost z typologii zaburzeń mowy prof. S. Grabiasa. Taki zabieg koncepcyjny nie jest oczywiście przypadkowy.

Twórca współczesnej polskiej logopedii swą logopedyczną typologię zaburzeń mowy opracował już w połowie lat 90. XX wieku i dość szybko stała się ona dominującym sposobem interpretacji zaburzeń mowy praktycznie w każdym polskim ośrodku myśli logopedycznej, inspirującym wiele rozwiązań naukowych, koncepcyjnych, jednak – co może zaskakiwać – nieoddziałujących wprost na organizację procesu kształcenia studentów (Grabias, 1996, 2000). W swej typologii Grabias wyróżnił trzy duże grupy zaburzeń mowy: 1. Zaburzenia mowy związane z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi, tu: głuchotę oraz niedosłuch (alalię i dyslalię audiogenną), alalię i dyslalię, oligofazję, autyzm (niesamoistny opóźniony rozwój mowy na skutek autyzmu), padaczki dziecięcej (niesamoistny opóźniony rozwój mowy na skutek epilepsji dziecięcej); skutkiem tych zaburzeń jest to, że w większości z nich mowa nie może się samoistnie wykształcić<sup>12</sup>; 2. Zaburzenia mowy związane z brakiem lub niedostatecznym wykształceniem się sprawności realizacyjnych, tu: dysglosję, gielkot, jąkanie, dyzartrię, anartrię; tacy pacjenci mają kompetencję lingwistyczną (językową, komunikacyjną, poznawczą), jednak występują u nich kłopoty z jej „uzewnętrznieniem”, realizacją; 3. Zaburzenia mowy związane z rozpadem kompetencji językowej i komunikacyjnej, tu: afazję, pragnozję, schizofazję i demencję; u takich pacjentów dochodzi do rozbicia systemu językowego i w efekcie do niemożności posługiwania się mową (Grabias, 2012, s. 54-57). Należy dodać, że z perspektywy całokształtu działań terapeutycznych wyróżnia się trzy procedury prognostyczne (terapeutyczne), stanowiące jednocześnie szkielet logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy: I. Budowanie kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej w umysłach jednostek. Procedura obligatoryjna w takich zaburzeniach komunikacyjnych i rozwojowych, jak: głuchota i niedosłuch, alalia i dyslalia, oligofazja, autyzm czy różne postaci epilepsji. II. Usprawnienie czynności mowy przy zdobytych kompetencjach mające niwelować skutki niepełnego wykorzystywania zdobytych kompetencji. Wdraża się w przypadku: dysglosji, jąkania i gielkotu, dyzartrii i anartrii. III. Odbudowywanie wszystkich typów kompetencji (czynności mowy i funkcjonowania umysłu) oraz stabilizowanie rozpadu kompetencji lingwistycznej. Stosuje się ją wraz z usprawnianiem realizacji czynności mowy w: afazji, pragnozji, chorobach psychicznych, demencji (Ibidem, s. 64-66).

Przedstawiona typologii, spójna teoretycznie i inspirująca naukowo, zweryfikowana została w praktyce. Zakwalifikowanie danego zjawiska logopedycznego do jednej z trzech grup zaburzeń niejako automatycznie narzuca najskuteczniejszą procedurę terapeutyczną, w ramach której logopeda dokonuje wyboru poszczególnych strategii terapeutycznych. Taka algorytmizacja prognostycznych działań logopedycznych niweluje ryzyko błędu, przyczyniając się do zwiększenia efektywności prowadzonej terapii.

---

<sup>12</sup> Przypomnijmy, że mowa współcześnie rozumiana jest przez logopedów jako „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego” („Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego”, S. Grabias, 2012, w: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: UMCS, s. 15).



## Podsumowanie

Powiązanie trzech dużych grup zaburzeń z trzema procedurami prognostycznymi (terapeutycznymi) stanowi oś stworzonej w Instytucie Pedagogicznym PWSZ w Nowym Sączu nowatorskiej na skalę kraju koncepcji kształcenia logopedów. Jednak nie o samą oryginalność chodziło w tym przypadku. Student, przyswajając wiedzę w sposób przekrojowy, poprzeczny, horyzontalny, widzi oraz rozumie więcej. Gwałtowne narastanie refleksji logopedycznych w ostatnich 20 latach wymaga innych koncepcji dydaktycznych niż miało to miejsce w XX wieku. Koncepcji, w których kładzie się nacisk na umiejętność szerokiej deskrypcji, dokonywania diagnozy różnicowej, programowania terapii logopedycznej, uwzględniającego m.in. sprzężone zaburzenia mowy. Kształcenie dotychczasowe, w ramach którego omawiało się po kolei jednostki patologii mowy, zdaje się już być nieefektywne. Wyposażało ono studenta w wiedzę podręcznikową, zatimizowaną, hermetycznie oscylującą wokół pooddzielanych od siebie logopedycznych jednostek nozologicznych, uniemożliwiając postrzeganie komunikacyjnych problemów w kategoriach pewnego kontinuum, bardziej przystającego do faktów. Wierzmy, w żadnym stopniu nie negując polskich tradycji logopedycznych, że nowa koncepcja logopedycznej dydaktyki akademickiej przyczyni się do efektywniejszego uprawiania przez naszych absolwentów logopedii jako zawodu, w centrum którego jest człowiek potrzebujący pomocy.

## Bibliografia

- Grabias, S. (1996). Typologie zaburzeń mowy. Narastanie refleksji logopedycznej. *Logopedia*, 23, 79-90.
- Grabias, S. (2000). Mowa i jej zaburzenia. *Logopedia*, 28, 7-36.
- Grabias, S. (2001). Perspektywy opisu zaburzeń mowy. W: S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy* (s. 11-43). Lublin: UMCS.
- Grabias, S. (2012). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 15-71). Lublin: UMCS.
- Grabias, S. (2015). Postępowanie logopedyczne. Standard terapii. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 13-35). Lublin: UMCS.
- Grabias, S. (2019). *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*. Lublin: UMCS.
- Gruba, J. (2021). *Raport o stanie kształcenia logopedów*. Gliwice: Fundacja Science Watch Polska, Wydawnictwo Komlogo.
- Grucza, F. (1983). *Zagadnienia metalingwistyki. Lingwistyka – jej przedmiot, lingwistyka stosowana*. Warszawa: PWN.
- Hamerlińska-Latecka, A. (2015). *Onkologia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
- Hamerlińska-Latecka, A. (2016). Logopedia a metodologia badań nauk społecznych. W: I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne logopedii* (s. 19-34). Łódź: Wydawnictwo Naukowe UŁ.
- Jastrzębowska, G. (2003). Przedmiot, zakres zainteresowań i miejsce logopedii wśród innych nauk. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi* (s. 315-329). Opole: UO.
- Kaczmarek, B.L.J. (1991). Logopedia a neurolingwistyka. W: H. Borowiec i in. (red.), *Przedmiot logopedii* (s. 55-63). Lublin: UMCS.
- Michalik, M., Horyń, E., Olma, M. (2021). *U źródeł polskiej terminologii logopedycznej. Podstawy teoretyczne i metodologiczne*. Kraków: UP.

- Migocki, M. (2013). Kwestie moralne w komunikacji logopedzi – rodzice – dzieci. W: M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń (red.), *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy* (s. 67-77). Kraków: Collegium Columbinum.
- Ostapiuk, B., Pluta-Wojciechowska, D., Grabias, S., Woźniak, T. (2018). Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce. *Logopedia*, 47-1, 369-398.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2019). *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Styczek, I. (1970). *Zarys logopedii*. Warszawa: PWN.
- Szołtysek, A.E. (2011). *Filozofia myślenia. Ontologiczne, językowe i metodologiczne determinanty myślenia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Woźniak, T. (2016). Edukacja logopedów w UMCS. Historia – teraźniejszość – przyszłość. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio N, Educatio Nova I*, 97-107.
- Woźniak, T. (2017). Logopedia na świecie u progu XXI wieku. W: D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej* (s. 65-79). Gdańsk: Harmonia Universalis.

## **I. BADANIA PODSTAWOWE**

**Joanna JACHIMOWICZ, Zdzisława ZACŁONA**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **PEDAGOGICZNE KONTEKSTY TROSKI O DZIECI Z ZABURZENIAMI MOWY**

### **Streszczenie**

Zaburzenia mowy mają różną etiologię, ale są często spotykanym zaburzeniem komunikacji językowej wśród dzieci. Sytuacja edukacyjna dziecka z zaburzeniami mowy w dużej mierze zależy od nauczyciela, od jego uwrażliwienia na problem, umiejętności wczesnego diagnozowania, prowadzenia zajęć profilaktycznych i szybkiej interwencji w celu zadbania o specjalistyczną pomoc logopedyczną. Profesjonalizm nauczycieli przedszkola i edukacji wczesnoszkolnej w wykonywaniu zadań związanych z rolą zawodową powinien obejmować szczególną troskę w pedagogicznych oddziaływaniach o dzieci z zaburzeniami mowy.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia mowy, dzieci w wieku przedszkolnym, uczniowie w młodszym wieku szkolnym, pedagogiczne oddziaływania nauczyciela.

### **Summary**

Speech disorders have various etiologies, but are a common disorder of language communication among children. The educational situation of a child with speech disorders largely depends on the teacher, his sensitivity to the problem, early diagnosis skills, conducting preventive classes and quick intervention in order to provide specialist speech therapy assistance. Professionalism of kindergarten and early childhood education teachers in performing tasks related to their professional role should include special care in pedagogical interactions with children with speech disorders.

**Key words:** speech disorders, preschool children, students at a younger school age, teacher's pedagogical impact.

### **Wstęp**

W procesie porozumiewania się ludzie wymieniają różne informacje i poglądy, wyrażają opinie, oceny, pragnienia, przeżycia i emocje. Jako dwukierunkowe działanie, komunikowanie jest skuteczne tylko wtedy, gdy komunikujący przekazują, odbierają i rozumieją wiadomość (Sztejnberg, 2006, s. 50). Komunikowanie się może przyjąć formę komunikacji werbalnej, ustnej i dokonywać się poprzez język mówiony (Sztejnberg, 2001, s. 17). Człowiek rodzi się z predyspozycją do mówienia, jednak w ciągu życia musi opanować umiejętność takiego wypowiedziania się, które będzie odzwierciedlać sens jego myśli. Rozwój mowy zawsze przebiega przy współdziałaniu i w ścisłej współzależności pomiędzy różnymi sferami rozwoju dziecka. Trzeba też zauważyć, że z biegiem lat zmieniają się formy aktywności dziecka, poszerzają oraz doskonalą się jego umiejętności poznawcze, społeczne i emocjonalne, co związane jest bezpośrednio ze zmianami w zakresie komunikowania się, dziecko używa większego zakresu słów i bogatszych form gramatycznych. W młodszym wieku szkolnym dziecko potrafi już uczestniczyć w różnych formach komunikacji w zespole, umie planować, wydawać instrukcje, słuchać poleceń i włączyć się w dialog (Stefańska-Klar, 2000, s. 141-142). Wczesne, świadome podejmowanie rozmaitych działań w obszarze mowy pozwoli na poszerzenie zasobu czynnego i biernego słownictwa oraz zachęcenie dzieci do wypowiedziania się, co przełoży się na opanowanie podstawowych

zasad komunikowania się w kontaktach z dorosłymi i rówieśnikami. Kształtowanie kompetencji językowych u dzieci młodszych jest procesem długotrwałym i niezaprzeczalnie wymaga systematycznego wsparcia ze strony osób dorosłych. Można przyjąć, że rozpoczyna się w 2. roku życia (zwykle w tym czasie większość dzieci wchodzi w etap lingwalny rozwoju mowy i zaczyna posługiwać się mową zrozumiałą dla otoczenia), ale to nie oznacza, że wcześniej nie kształtowały się w umysłach dzieci schematy konieczne do rozwoju mowy (Dołęga, 2003, s. 70). Dbałość i szczególna troska dorosłych o prawidłowy rozwój mowy dzieci młodszych to priorytetowe działania związane z podstawową potrzebą dzieci w okresie średniego i późnego dzieciństwa, jaką jest nawiązywanie satysfakcjonujących kontaktów z innymi ludźmi i potrzebą przynależności do grupy oraz zacieśnianiem więzi emocjonalnych z jej członkami (Załona, 2020, s. 17).

Wiele umiejętności językowych dzieci nabywają, będąc członkami grup społecznych funkcjonujących w najbliższym otoczeniu, które oddziałują na nie mniej lub bardziej celowo i racjonalnie. Dzieci uczą się języka przede wszystkim w naturalnym środowisku, w relacjach interpersonalnych z rodzicami, rówieśnikami i nauczycielami oraz w rozmaitych codziennych interakcjach społecznych. Wielość i różnorodność doświadczeń językowych nabywanych w trakcie porozumiewania się pozwala dziecku zarówno mówić, jak też słuchać, czyli być nadawcą i odbiorcą komunikatów. Modelowanie i naśladowanie zachowań komunikacyjnych dzieci w zakresie komunikacji werbalnej pisemnej czy ustnej, odbywającej się za pośrednictwem głosu i wypowiedzianej mowy, jest niezwykle ważne, ponieważ kształtuje nie tylko schematy komunikacyjne z zakresu komunikacji werbalnej, ale również niewerbalnej, gdyż w trakcie wypowiedzania słów i zdań angażowana jest cała wokalizacja (mająca takie elementy, jak np. ton głosu, głośność głosu itp.), zaliczana do komunikacji niewerbalnej (Grove, 2014, s. 122).

Chociaż otaczający nas świat zmienia się nieustannie, a nowe technologie oraz środki masowego przekazu stały się powszechnie dostępne i obecnie dominują w wielu sferach życia społecznego, zaciekawiają dzieci młodsze i często zaburzają ich potrzebę kontaktów z drugim człowiekiem, to trzeba pamiętać, że międzyosobowe kontakty komunikacyjne odbywają się przede wszystkim w świecie rzeczywistym i pozwalają prawidłowo kształtować wszystkie elementy przekazu komunikacyjnego. Udział osób dorosłych w procesie opanowania oraz doskonalenia przez dziecko języka jest bezdyskusyjny. E. Słodownik-Rycaj uważa, że dorośli wspomagają proces rozwoju języka i jest to najczęściej prezentowany pogląd przez logopedów-nauczycieli, ale również samych nauczycieli. Chociaż zagadnienie trudności językowych nie jest szczególnie często opisywane w publikacjach naukowych, należy jednak podkreślić, że jeśli już jest rozpatrywane, to zazwyczaj w kontekście gotowości dziecka do nauki czytania i pisania, a omawiane w opracowaniach trudności językowe postrzegane są jako jedna z przyczyn dysleksji. Rzadziej badacze zwracają uwagę na możliwości komunikowania się, powstałe w wyniku trudności w nabywaniu języka oraz niedostatecznego rozumienia wzajemnych kontaktów zachodzących pomiędzy uczestnikami relacji interpersonalnych czy zmniejszonej skuteczności komunikowania własnych intencji. Sporadycznie jest też poruszane zagadnienie możliwości poznawczych dzieci z ograniczonymi umiejętnościami językowymi. Fakty te świadczą o tym, że znaczenie języka w uczeniu się jest niedoceniane, a często też pomijane w kontekście wyrażania siebie czy budowania relacji i więzi pomiędzy różnymi osobami. Obserwuje się, że problem ten narasta w wieku szkolnym, gdyż wtedy nauczyciele nadmiernie koncentrują się na mowie pisanej i rozwijają przede wszystkim tę umiejętność, zaniedbując tym samym doskonalenie procesu mówienia u dzieci (Słodownik-Rycaj, 2007, s. 207). Można zatem uznać, że współczesna rzeczywistość edukacyjna w znacznym stopniu ogranicza doświadczenia językowe dzieci, które występują zarówno w roli osób mówiących, jak i słuchających. W efekcie

tego sytuacja dzieci z zaburzeniami mowy jest coraz bardziej skomplikowana, gdyż dotyczy nie tylko sfery poznawczej i wyników w pracy dydaktycznej, ale również kierunkowej sfery ich osobowości, kształtowania postaw społecznych, zaspokojenia potrzeby pozytywnych oraz satysfakcjonujących interakcji międzyosobowych.

### **1. Sytuacja edukacyjna dzieci z zaburzeniami mowy**

Poziom mowy dziecka jest jednym z ważnych wskaźników stopnia jego dojrzałości szkolnej. M. Szurek, na podstawie przeprowadzonych badań, formułuje wniosek, że w grupie dzieci przedszkolnych aż u 46,2% występują zaburzenia językowe, a w tym tylko 35,1% korzysta z terapii logopedycznej. Jest to zjawisko szczególnie niepokojące, ponieważ w tej grupie są także dzieci 5- i 6-letnie, które niebawem rozpoczną naukę w klasie I (Szurek, 2018, s. 209). Optymistyczne nie są również wyniki badań empirycznych M. Zielińskiej, potwierdzające, że 1/4 spośród badanych przez nią uczniów klas I ma nieprawidłową wymowę. Autorka ta zauważa wyższy poziom rozwoju mowy u dziewcząt niż chłopców, twierdząc też, że najczęściej występującą wadą wymowy jest niewłaściwa artykulacja głoski r, następnie sygmatyzm, chociaż występują też wady łączone, dotyczące zarówno rotacyzmu, jak również sygmatyzmu (Zielińska, 2014, s. 367). Choć od dziecka kończącego etap edukacji przedszkolnej oczekuje się poprawnej wymowy wszystkich dźwięków i umiejętności posługiwania się mową, to w rzeczywistości mamy do czynienia z grupą dzieci posiadającą wady wymowy. G. Demelowa twierdzi, że jeśli do szkoły trafia dziecko, u którego nie zlikwidowano wady wymowy, to już zaniedbano sprawę, ponieważ szybkie tempo nauki oraz intensywność różnych aktywności edukacyjnych nie sprzyjają wyrównywaniu takich zaburzeń, co pokazuje, że czas edukacji przedszkolnej jest najbardziej właściwy na korektę wymowy u dzieci (1987, s. 27).

Wymagania dotyczące dziecka 7-letniego rozpoczynającego naukę w klasie I obejmują także nabycie podstawowej sprawności językowej, a więc również prawidłowej artykulacji, kojarzonej z komunikatywną funkcją języka. Sprawność językowa dotyczyć ma zarówno mówienia, jak i słuchania. Stanowi ona wypadkową następujących umiejętności: językowej sprawności systemowej (opanowanie języka na poziomie fonologicznym, morfologicznym i składniowym), językowej sprawności społecznej (umiejętności dostosowania wypowiedzi do rozmówcy), językowej sprawności sytuacyjnej (dostosowanie wypowiedzi do sytuacji komunikacyjnej) oraz językowej sprawności pragmatycznej (osiąganie celu założonego przez nadawcę wypowiedzi) (Walencik-Topiłko, 2002, s. 173). Pewne zaburzenia wynikające z niższej sprawności językowej, które będą miały konsekwencje w obniżeniu efektów kształcenia, są dostrzegalne już w wieku przedszkolnym. Dzieci z tej grupy mają trudności z wypowiadaniem złożonych słów, posiadają mniejszy zasób słownictwa i kłopoty z zapamiętaniem wyrazów. W wieku 6-7 lat w ich wypowiedziach pojawiają się błędy gramatyczne, wadliwa wymowa, kłopoty z rozróżnianiem głosek, zapamiętywaniem piosenek i wierszy, wydzielaniem głosek i sylab ze słów oraz z czytaniem prostych tekstów zgodnie z wymaganiami programowymi. Można powiedzieć, że niższy (w stosunku do oczekiwań) poziom rozwoju mowy lub też jej zaburzenia stanowią przeszkodę w zadawalającym funkcjonowaniu zarówno w roli dziecka w przedszkolu, jak też ucznia w edukacji wczesnoszkolnej. Już dzieci z klas I, które mają zaburzenia mowy, narażone są na bieżące obciążenie związane z nauką szkolną, a oprócz tego mają jeszcze dodatkowe obowiązki wynikające z uczestnictwa w zajęciach wyrównawczych lub terapii logopedycznej. W grupie przedszkolnej czy w klasie szkolnej dzieci z zaburzeniami mowy zwracają uwagę otoczenia tym, że nieprawidłowo wymawiają głoski, niepoprawnie zapisują litery, a także źle czytają. Nauczyciel, koncentrując się na rozpoznaniu zjawiska, powinien zwrócić uwagę przede wszystkim na słuch fonemowy, czyli umiejętność rozróżniania

fonemów w dzieleniu wyrazów na sylaby, głoski, rozróżnianie głosek początkowych oraz końcowych, w śródgłosie wyrazów itp. Umiejętności te są niezbędne w elementarnej nauce czytania, będącej formą językowego porozumiewania się, w której dziecko musi rozpoznawać relacje głoska-litera-fonem. Im dziecko sprawniej wyróżnia sylaby, rymy czy fonemy, tym szybciej i z lepszym efektem robi postępy w czytaniu (Polewczyk, 2007, s. 386).

W praktyce pedagogicznej nauczyciele spotykają się z różnymi, mniej lub bardziej trwałymi, nieprawidłowościami rozwoju mowy u dzieci, które często wynikają z anatomicznej budowy ich aparatu mowy. Do tzw. zaburzeń przejściowych zaliczyć można np. seplenienie i reranie. To pierwsze związane bywa z brakiem stałych zębów po utracie mleczaków. Z podłożem emocjonalnym związane są: nie płynność mówienia, przejęzyczenia oraz niekontrolowane wypowiedzianie elementów paralingwistycznych, tj. eeee, yyy, e-e, y-y. Do rzadziej występujących zalicza się mutyzm wybiórczy (milczenie), zjawisko złożone i niełatwe do zbadania. Trudności wynikające z zaburzeń mowy utrzymujące się na etapie edukacji wczesnoszkolnej rzutują na zakres opanowania wiadomości, które – zgodnie z wymaganiami programowymi – trzeba przyswoić, np. zapamiętanie dni tygodnia, miesięcy, tabliczki mnożenia, działania na liczbach wielocyfrowych. Specyficzne kłopoty dzieci dotyczą: mylenia liter, które odpowiadają podobnym dźwiękowo głoskom, zapisu głosek miękkich i nosowych, przestawiania liter i kolejności cyfr, opuszczania wyrazów i sylab lub ich dodawanie. Problem ten może jeszcze narastać w kolejnych latach edukacji szkolnej, kiedy to obserwuje się agramatyzmy, zniekształcenia dłuższych wyrazów, trudności z budową zdań, wolniejsze opanowywanie słownictwa. Choć w większości przypadków dzieci w okresie dzieciństwa uzyskują pomoc od psychologów i logopedów, to od kompetencji nauczyciela będzie zależało, czy i kiedy ją otrzymają (Bednarkowa, 2016, s. 69-69).

W. Bednarkowa uważa, że: „Od zdolności dorosłego nadawcy do przewidzenia sposobu odbioru przez dziecko wysydanego komunikatu zależy powodzenie językowej komunikacji, a co za tym idzie – uczenie się dziecka” (2016, s. 54). Autorka ta podaje ważne dla nauczyciela przykłady, świadczące o tym, że relacje oparte na słowie otwierają cztery komunikacyjne przestrzenie: w pierwszej nadawca ujawnia siebie i pokazuje, kim jest, co czuje, co myśli, jaki jest jego stan emocjonalny; w drugiej kieruje apel do odbiorcy, mówi po to, aby spowodować nastawienie odbiorcy na spełnienie jego oczekiwań; w przestrzeni trzeciej nadawca przekazuje rzeczową treść komunikatu, natomiast w czwartej celowo lub nieświadomie wysyła informacje dotyczące relacji zachodzących między nadawcą i odbiorcą (Ibidem, s. 55). M. Cywińska wyjaśnia z kolei, że słuchanie i mówienie to podstawowe sprawności językowe, które mają ścisły związek z kształtowaniem umiejętności konwersacyjnych jednostki (2016, s. 96), które są niezbędne w procesie uczenia się. Nabywanie sprawności komunikowania się wymaga od uczestników uwzględniania jego reguł. Nie można jednak zapominać, że ich znajomość u dzieci w początkowym etapie wieku przedszkolnego jest jeszcze niedoskonała i niewystarczająca, co można dostrzec, analizując wypowiedzi dzieci, które w tym wieku mogą być jeszcze luźnymi zdaniami, często niezwiązanymi z tematem. Dopiero w końcowej fazie okresu przedszkolnego zaczynają się zarysowywać umiejętności komunikowania się z innymi osobami, uwzględniające słuchanie, punkt widzenia innej osoby, a społeczna forma wypowiedzi dostrzegalna jest w zadawanych pytaniach, prośbach czy zaprzeczeniach. Dzieci potrafią również modyfikować komunikaty w zależności od potrzeb odbiorcy oraz włączać zwroty językowe służące nawiązywaniu, a także podtrzymywaniu interakcji (Kielar-Turska, 2002, s. 111). Chociaż dziecko rozpoczynające naukę w szkole ma już względnie opanowane umiejętności interpersonalne i stara się w nich przestrzegać zasad prowadzenia rozmowy, to jednak nie potrafi jeszcze uwzględnić retoryki tekstowej, dlatego jego wypowiedzi są często niejasne i niespójne (Cywińska, 2016, s. 97).

Słuchanie i mówienie to podstawa procesu komunikowania się edukacyjnego, który implikuje przekazywanie wiedzy, nabywanie wiadomości, wymianę myśli, nawiązywanie oraz podtrzymywanie relacji międzyosobowych. Nie zawsze jednak te procesy są doceniane w praktycznej rzeczywistości edukacyjnej. M. Żytko zwraca uwagę, że na etapie edukacji wczesnoszkolnej w klasie szkolnej dominują dyrektywy i sformalizowany (instrukcyjny) sposób komunikowania się nauczyciela z uczniami. Nauczyciel w kontaktach z dziećmi manifestuje pozycję dominacji, mówi do nich, a nie rozmawia z nimi, w sposób monologiczny przekazuje wiadomości, wydaje instrukcje, polecenia, formułuje oceny oraz sądy wartościujące. Nie jest zainteresowany myśleniem uczniów, rzadko nagradza, a często stosuje kary (Żytko, 2014, s. 317). Podobne wnioski można wyciągnąć na podstawie badań J. Jachimowicz, która analizuje nauczycielskie komunikaty werbalne w odniesieniu do posiadanego przez nie sensu illokucyjnego, rozpatrując je w kontekście trzech obszarów: odnoszące się do dyscypliny, do organizacji pracy na zajęciach edukacyjnych i do przebiegu zajęć. Z badań J. Jachimowicz wynika, że nauczyciele (40 osób uczących w szkołach podstawowych, w tym 20 z edukacji wczesnoszkolnej) na obserwowanych zajęciach w odniesieniu do dyscypliny najliczniej stosowali: parawerbalne „cii” (20,41%), imienne dyscyplinowanie (16,3% komunikatów dyscyplinujących) i rozkazy (16,1%). W ramach komunikatów dotyczących organizacji pracy na zajęciach edukacyjnych badani posługiwali się głównie informacjami innymi (niezaliczonymi do tych związanych z zasadami pracy na zajęciach – stanowiły one 39,69% wszystkich komunikatów dotyczących organizacji pracy), poleceniami (25,19%) oraz pytaniami (11,04%). Najczęściej formułowanymi komunikatami odnoszącymi się do przebiegu zajęć były z kolei: informacje (22,45%), pytania (20,94%) i polecenia (12,54%) (2018, s. 89-110). D. Klus-Stańska i M. Nowicka również dowodzą, że poprawianie błędnych odpowiedzi uczniów w toku lekcji odbywa się przez przerywanie wypowiedzi ucznia. Zjawisko to jest niekorzystne, ponieważ znacząco zakłóca tok myślenia dziecka i świadczy o ignorowaniu jego aktywności w słowny przekaz treści. Autorki podają, że wypowiedź błędną należy korygować dyskretną korektą lub też korektą odroczoną. Korekta dyskretna polega na stosowaniu parafrazy, w której należy podsumować to, co mówił uczeń, z poprawioną wypowiedzią. W przypadku korekty odroczonej należy dokonać poprawy po zakończeniu wypowiedzi przez dziecko (Klus-Stańska, Nowicka, 2005, s. 81).

Przystawione powyżej wyniki badań diagnostycznych, dotyczące usterek oraz błędów popełnianych przez nauczycieli w toku zajęć edukacyjnych, generują bariery w komunikowaniu się, które są niekorzystne dla wszystkich uczniów w klasie, ale szczególnie są negatywnie odbierane przez dzieci z zaburzeniami mowy. Wyzwalają one u takich dzieci cechy bierności, wycofania i niepodejmowania aktywności. Zachowania takie wynikają z lęku, obawy przed ośmieszeniem i niepokoju, ponieważ inne dzieci je naśladują i złośliwie przedrzeźniają. Wyśmiewanie powoduje, że nie chcą one nawiązywać relacji z rówieśnikami, dlatego często funkcjonują na marginesie zespołu klasowego oraz są uczniami nieakceptowanymi. Sytuację tę pogarsza jeszcze fakt niewyznaczenia im przez nauczyciela ról w przedstawieniach, występach, co przekłada się na brak ich zaangażowania także w inne działania społeczne. Wszystko to powoduje, że dzieci z zaburzeniami mowy osiągają niższe od innych oceny i funkcjonują w placówkach edukacyjnych poniżej swoich możliwości. Jeśli jeszcze oczekiwania rodziców co do nauki szkolnej dziecka nie są spełnione, dochodzi do tego czynnik karcenia lub karania go w domu. W efekcie tego dziecko zaczyna obawiać się szkoły i jednocześnie nie czuje się też dobrze w rodzinie. Na dalszych etapach edukacji szkolnej trudności w mówieniu, czytaniu i pisaniu są mniejsze, ale nadal obserwuje się kłopoty w nauce szczególnie takich przedmiotów, jak geografia, historia



czy języki obce, jak również słabszą pamięć słuchową i tym samym nierozumienie instrukcji podawanych przez nauczycieli, co ujawnia się przykładowo w pisaniu dyktand (Kozłowska, 1998, s. 42-43).

Zaburzenia mowy mają również związek z kontaktami z rówieśnikami i szerszymi relacjami społecznymi. E.M. Skorek pisze, że wobec dzieci z zaburzeniami mowy rówieśnicy przejawiają postawę obojętności, a często prezentują nastawienia wrogie, wręcz dyskryminujące, które cechują się wykluczeniem ich z zabaw i zajęć grupowych, drwinami, przedrzeźnianiem i dokuczaniem (2000, s. 17). Konflikty z rówieśnikami prowadzą w efekcie do braku akceptacji lub izolacji – dziecko funkcjonuje wtedy na marginesie życia grupy, czuje się odrzucone, izolowane i skazane są na osamotnienie. Zachowania takiego dziecka, niezgodne z oczekiwaniami innych dzieci, są powodem trudności w regulacji jego stosunków z otoczeniem społecznym. Zakłócenia relacji koleżeńskich, słaby wgląd w życie nieformalnej grupy rówieśniczej to niewątpliwie wynik braku przemyślanych i skutecznych oddziaływań wychowawczych nauczycieli oraz niewystarczającego uwrażliwienia na trudności w funkcjonowaniu dziecka z zaburzeniami mowy w gronie otaczających go osób.

Dziecko z zaburzeniami mowy ma niezaspokojoną podstawową potrzebę kontaktu zarówno z rówieśnikami, jak też osobami dorosłymi. Bezpośredni kontakt z drugą osobą daje dziecku możliwość wyrażania swoich przeżyć dotyczących konkretnych zdarzeń i sytuacji, poczucie autentyczności i autonomii, a jego zaburzenie może prowadzić do napięć nerwowych, wystąpienia złości czy agresji, zachowań wrogich, złośliwych, niezdyscyplinowanych. Strach przed mówieniem pogłębia jeszcze wadę i może dodatkowo prowadzić do zacinania się lub jąkania. Trudności dziecka w obszarze mowy odnoszące się do realizacji zachowań związanych z kompetencją językową oraz kompetencją komunikacyjną nie pozwalają na budowanie zdań poprawnych gramatycznie i formułowanie sensownych wypowiedzi (Góral-Półroła, Mosiołek, 2011, s. 161). Trudności te mogą przyczyniać się do zniechęcenia do działania, braku motywacji, unikania rozmów, skłonności do płaczu czy też nieśmiałości. Ich przyczyny mogą wynikać z niepoprawnych zachowań rówieśników wobec dziecka z zaburzeniami mowy, ponieważ istnieje związek pomiędzy zachowaniem się a stosunkami koleżeńskimi panującymi w grupie. Postawy rówieśników unikające, odrzucające wobec dzieci z zaburzeniami mowy utrwalają ich bierność lub obojętność i nie zachęcają do nawiązywania bądź podtrzymywania koleżeńskich relacji interpersonalnych. Równocześnie trzeba zauważyć, że pewne cechy i zachowania dzieci z trudnościami mowy mogą także prowadzić do braku akceptacji przez zespół i w konsekwencji izolacji lub ich odrzucenia.

Konkludując, można twierdzić, że nieodzownym warunkiem i znaczącym predyktorem rozwoju umiejętności komunikacyjnych oraz językowych, szczególnie dziecka mającego trudności z mową, niezależnie od płci, wieku życia i tempa postępów w nauce szkolnej, jest nauczyciel, logopeda, wychowawca bądź też inna osoba pełniąca ważną rolę w systemie edukacyjnym. Jednostki te są dla ucznia przewodnikami, wzorami osobowymi i życzliwymi doradcami. Swoim zaangażowaniem, oddziaływaniem na zachowania dzieci, stosunkiem do drugiego człowieka kształtują postawy społeczne i podstawowe nawyki dnia codziennego. Akceptująca postawa oraz zrozumienie dziecka stanowi podstawę do eliminowania barier językowych i komunikacyjnych oraz trudności z wypowiedzianiem się (Minczakiewicz, 2008, s. 140).

## 2. Pomoc nauczyciela dziecku z zaburzeniami mowy

Opanowanie oraz rozwój mowy dziecka wymaga odpowiednich warunków nie tylko wewnętrznych, związanych z rozwojem i dojrzałością odpowiednich struktur organizmu, ale także zewnętrznych, tzn. odpowiednich warunków społecznych, kontaktów i doświadczeń z mową ludzką oraz mową do dziecka. Rola środowiska społecznego jest tutaj wiodąca i decyduje o osiągnięciu przez dziecko językowych kompetencji kluczowych. Prawidłowe kształtowanie się i rozwój mowy dziecka to podstawa do właściwego rozwoju jego osobowości. L. Wygotski uważa, że dziecko uczy się, inicjuje nowe zadania, bada otaczającą rzeczywistość po to, aby później, w przyszłości, stać się dorosłym (2002, s. 143). Według teorii L. Wygotskiego, w sferze najbliższego rozwoju, która jest przestrzenią spotkań edukacyjnych dziecka z osobą dorosłą i grupą innych dzieci w interaktywnym oraz relacyjnym działaniu, odbywa się doświadczanie rozmaitych sytuacji i zdarzeń społecznych. Aby takie założenia były rozsądnie oraz mądrze wdrażane w praktykę edukacyjną, wymaga się od nauczyciela refleksyjnego projektowania oddziaływań i poszukiwania takich rozwiązań, które kierowane są do każdego dziecka, uruchamiają jego procesy motywacyjne i wyzwalają różnorodną aktywność poznawczą.

Właściwa postawa nauczyciela wobec dziecka z zaburzeniami mowy poprawi jego sytuację w grupie rówieśniczej. Nauczyciel musi być przewidujący i świadomy swoich relacji z każdym dzieckiem z grupy, a szczególnie powinien być uwrażliwiony na kontakty z dzieckiem, którego mowa jest zaburzona. Jego działania nie mogą być sporadyczne bądź okazjonalne, ale systematycznie i długofalowo podejmowane w obszarze monitorowania sytuacji szkolnej dziecka, które ma kłopoty z mową, w tym znajomości jego pozycji w grupie rówieśniczej oraz podejmowanie czynności przeciwdziałających niepowodzeniom w osiąganiu efektów edukacyjnych oraz zaspokajania podstawowych potrzeb wynikających z etapu rozwojowego. Profesjonalne oddziaływania<sup>1</sup> nauczyciela powinny zmierzać w kierunku budowania pozytywnego obrazu dziecka z zaburzeniami mowy. Przychylne nastawienie nauczyciela i chęć pomocy dziecku wiążą się z jego wiedzą na temat zaburzeń mowy oraz skuteczności oddziaływań wychowawczych w grupie dzieci o różnych możliwościach rozwojowych i specyficznych potrzebach edukacyjnych.

Ważne, aby nauczyciele zdawali sobie sprawę, że zaburzenia mowy nie są symptomem izolowanym. Interwencja i prewencja skierowane na dziecko powinny obejmować nie tylko usprawnienia komunikacji słownej, ale również wzmocnienie poczucia jego wartości oraz motywowanie do kontaktów społecznych i przezwyciężania trudności lub niepowodzeń edukacyjnych. Praca wychowawcza nauczyciela ma zatem przebiegać trójwymiarowo.

Po pierwsze, trzeba podjąć czynności pedagogiczne wobec dziecka mającego zaburzenia mowy. Powinny one obejmować aspekt lingwistyczny (skierowanie na badania specjalistyczne i terapię), podjęcie współpracy z logopedą i prowadzenie czynności usprawniających mowę dziecka (rozwijanie kompetencji komunikacyjnych, usprawnienie aparatu mowy). Mając na uwadze aspekt psychologiczny, należy zwrócić uwagę na postawę dziecka wobec swojego defektu związanego z mową, minimalizowanie lub redukcję lęku przed mówieniem, ograniczanie

---

<sup>1</sup> Podstawą prawną dla działań nauczyciela w ramach organizowania pomocy dzieciom z zaburzeniami mowy jest Obwieszczenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lipca 2020 r. (Dz.U. poz. 1280) w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Na podstawie tego rozporządzenia, nauczyciel ma: udzielać pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom, współpracować z innymi specjalistami i placówkami świadczącymi uczniom wyżej wymienioną pomoc. Dzieci posiadające problemy logopedyczne zaliczane są do dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w tym obwieszczeniu, zatem pomoc psychologiczno-pedagogiczna świadczona ma być w szkołach również wobec nich – jest za nią odpowiedzialny dyrektor (par. 4, pkt 1), a realizują ją wychowawcy, nauczyciele i specjaliści (par. 4, pkt 2).

niepokoju wewnętrznego i wzmacnianie poczucia swojej wartości. Naturalna potrzeba kontaktów pobudza dziecko do szukania towarzystwa pośród rówieśników, a potrzeba przynależności objawia się identyfikacją dziecka z grupą i daje poczucie więzi, dlatego w aspekcie społecznym istotne są działania nauczyciela zmierzające do celowego tworzenia sytuacji, w których inicjowane są relacje międzyosobowe, uczenie dobrej współpracy, motywowanie do kontaktów z innymi osobami oraz stopniowej poprawy zachowania. Udzielanie instruktażu, dawanie konkretnych wskazówek, jak być dobrym członkiem grupy i jak rozmawiać z innymi dziećmi, zapewne podniesie pozycję dziecka w grupie. Należy również dbać o motywację proedukacyjną, pomagać w niwelowaniu trudności występujących w nauce mających związek z mową, a przy ocenianiu brać pod uwagę specyficzne kłopoty, na które napotyka dziecko – mając na uwadze wychowawczą funkcję oceny szkolnej, doceniać wkład pracy dziecka w wykonane zadania.

Po drugie, pracę wychowawczą nauczyciel powinien skierować na pozostałe dzieci będące członkami grupy i próbować zmienić ich nastawienie wobec dziecka z zaburzeniami mowy na akceptujące i życzliwe oraz doskonalić ich umiejętności komunikacji interpersonalnej w różnych sytuacjach.

Po trzecie, sam nauczyciel musi podjąć trud zmiany swojego nastawienia i postawy wobec dziecka mającego zaburzenia mowy, po to, by nie ulegać stereotypom. Nie bez znaczenia jest również umiejętność diagnozowania stosunków koleżeńskich w grupie dziecięcej, dlatego aby temu sprostać, nauczyciel-wychowawca powinien podejmować samokształcenie w zakresie pozwalającym mu na wdrożenie tych działań i rozumienie przyczyn, znajomość objawów, społecznych oraz psychologicznych następstw, które wynikają z zaburzeń mowy u dzieci i generują w szkole problemy dydaktyczne oraz wychowawcze (Skorek, 2000, s. 21).

W kompetencjach zawodowych nauczycieli dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym mieszczą się działania stymulujące rozwój dzieci we wszystkich sferach osobowości oraz działania z zakresu profilaktyki logopedycznej. Wyposażenie nauczycieli w wiedzę, umiejętności i odpowiednie narzędzia pozwoli im zwrócić szczególną uwagę na dzieci z nieprawidłowościami w opanowywaniu języka. W oparciu o wiedzę dotyczącą norm rozwojowych, w tym rozwoju języka, o zaburzeniach mowy i ich przyczynach nauczyciele mogą pobudzać dzieci do wielorakiej aktywności, dzięki której będą też wspierać rozwój mowy.

Ocena rozwoju mowy musi się opierać na znajomości etapów jej rozwoju i wymowy, aby można było stwierdzić, co jest prawidłowe, a co może być sygnałem pewnych zaburzeń w tym zakresie. Warto jednak pamiętać, że rozwój mowy nie u wszystkich dzieci przebiega jednakowo. Różnice dostrzegalne są w czasie potrzebnym na opanowanie systemu fonologicznego języka polskiego, kolejności pojawiania się poszczególnych głosek oraz tempa rozwoju mowy, które uwarunkowane jest indywidualnymi predyspozycjami dziecka i jego sytuacją środowiskową. Trudno przecenić prowadzone w przedszkolach badania pilotażowe czy przesiewowe, które pozwalają wyselekcjonować dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy. Diagnoza taka stanowi punkt wyjścia do pomocy dziecku i działań wspierających złożony proces rozwoju mowy, jak też jest warunkiem niezwłocznego podjęcia interwencji logopedycznej i prawidłowego, zindywidualizowanego przebiegu terapii logopedycznej. Ważnym zadaniem w wypełnianiu funkcji nauczycielskiej w przedszkolu jest wyłonienie dzieci z grupy ryzyka lub mających dostrzegalne deficyty rozwojowe, które można wychwycić już w pierwszych tygodniach pracy z dziećmi. Początkowa wnikliwa diagnoza jest niewątpliwie podstawą do podejmowania działań profilaktycznych i kompensacyjnych. Kompetencje diagnostyczne nauczyciela związane są z umiejętnością spostrzegania i rzetelnej obserwacji, analizy oraz interpretowania zachowań

dzieci, a także dostrzegania zmian, które zachodzą pod wpływem oddziaływań pedagogicznych w odniesieniu do grupy i poszczególnych dzieci (Cygan, 2019, s. 110). Szczególne miejsce w diagnozie dziecka zajmuje obserwacja jego poczynań w codziennym kontakcie bezpośrednim i w naturalnych sytuacjach. Przygotowanie się do obserwacji, jej zaplanowanie, rejestrowanie i analiza oraz interpretacje zgromadzonego materiału pozwolą nauczycielowi – na podstawie wiedzy z psychologii rozwoju człowieka, wiedzy pedagogicznej i metodycznej – na poprawne wnioskowanie w kwestii ustalenia pewnych braków, dysharmonii rozwojowych, trudności, a następnie na podjęcie konkretnych działań zmierzających do optymalizacji, ograniczania lub stopniowego wygaszania trudności związanych z mową.

Opóźnienia i zaburzenia mowy mają różne podłoże oraz etiologię, ale nauczyciele powinni wiedzieć, że należą one do często spotykanych zaburzeń komunikacji językowej wśród dzieci. Rolą nauczyciela, szczególnie w przedszkolu, jest „dostrzeganie występujących u dziecka trudności i stymulowanie jego rozwoju” (Klim-Klimaszewska, 2010, s. 51). Uwrażliwienie nauczycieli na problem pozwoli na wczesną identyfikację tych dzieci, które mają zaburzenia mowy. Zadaniem nauczyciela jest też propagowanie wśród rodziców podstawowej wiedzy na temat rozwoju mowy dzieci i w razie konieczności udzielenie im informacji, gdzie mogą uzyskać specjalistyczną pomoc. Ważne są kontakty z rodzicami dzieci, odpowiadanie na ich wątpliwości lub też bagatelizowanie nieprawidłowości językowych. Wczesne rozpoznanie i profesjonalna pomoc dziecku jest podstawą jego sukcesu edukacyjnego, dlatego też rola nauczyciela, który ma wielogodzinny, codzienny kontakt z dziećmi jest nie do przecenienia.

Wspomaganie rozwoju zdolności komunikacyjnych dzieci w przedszkolu i na pierwszym etapie edukacji szkolnej to ważny obszar działań zapobiegawczych, prowadzonych w ramach profilaktyki logopedycznej. Profilaktyka (prewencja) logopedyczna to system działań zmierzających do utrzymania zdolności komunikacyjnej na poziomie ocenianym jako optymalny, pożądany lub satysfakcjonujący. Działania te mają na celu niedopuszczenie do pojawienia się lub dalszego rozwinięcia zarówno zaburzonej zdolności komunikacyjnej, jak i skutków wtórnych zaburzonej zdolności komunikacyjnej (Skorek, 2019, s. 305). Profilaktyka logopedyczna obejmuje zatem praktyczne działania, podejmowane przez podmioty wychowania, w tym szczególnie nauczycieli przedszkoli i edukacji wczesnoszkolnej. Mają one na celu dbałość o prawidłowy rozwój mowy dziecka. Profilaktykę pierwotną stanowią naturalne, spontaniczne działania stymulujące rozwój mowy w sytuacjach wychowawczych, opiekuńczych. Polega ona na prewencji swoistej, której celem jest zapobieganie zaburzeniom komunikacji (tj. jąkaniu, dyslalii, dysfonii, audiogennym zaburzeniom mowy). W skład prewencji niespecyficznego wchodzi działania zapobiegawcze w środowiskach wychowawczych w celu tworzenia optymalnych warunków do prawidłowego kształtowania mowy oraz doskonalenie wymowy już ukształtowanej (Marczykowska, Zaborniak-Sobczak, 2014, s. 350). Monitorowanie czynników ryzyka i prowadzenie wieloaspektowej profilaktyki to zadania obowiązkowe realizowane przez nauczycieli. Profilaktyka zaburzeń mowy na etapie edukacji przedszkolnej jest ważnym elementem opieki logopedycznej. Jeśli nauczyciel jest w pełni świadomy tego faktu, to docenia proste i różnorodne formy zabaw, które są okazją do bezpośrednich kontaktów z dziećmi i nauczycielem, a tym samym pobudzają do naturalnej aktywności werbalnej wszystkie dzieci. W okresie przedszkolnym dziecko jest podatne na bodźce otaczającego świata, różnorodne oddziaływania najbliższego środowiska jego życia, dlatego tę naturalną skłonność dzieci należy wykorzystać, stwarzając jak najlepsze warunki stymulujące rozwój, w tym również w zakresie sprawności językowej.

Celowo i systematycznie organizowane sytuacje edukacyjne stymulują kształtowanie możliwości rozwojowych dzieci, ale też w sposób naturalny pozwalają na przyswajanie języka. Jedną z form aktywności stymulujących poprawny rozwój mowy jest kultura żywego słowa, która stanowi ważny element kultury językowej. Równocześnie jest to subdyscyplina wiedzy logopedycznej, tzw. logopedii artystycznej. Dzieci młodsze mają naturalną, silną potrzebę obcowania z literaturą, dlatego nauczyciel powinien często wykorzystywać ją w pracy edukacyjnej. Może ona usprawniać technikę mówienia, realizującą się w kształceniu oddychania, fonacji i artykulacji. Nauczyciel przygotowuje i odczytuje tekst, pomaga zrozumieć jego treść, ukazuje związki przyczynowo-skutkowe, tłumaczy niezrozumiałe słowa lub fragmenty tekstu, stosując odpowiednią intonację głosową (recytację), a wszystko to sprzyja przeżywaniu i recepcji walorów estetycznych. Oddziaływania takie mają nieocenioną wartość zarówno dydaktyczną, jak też wychowawczą, gdyż pozwalają na sprawniejsze posługiwanie się mową jako narzędziem komunikacji. Osluchanie się dziecka z tekstem literackim stanowi wzór do naśladowania, a poprawna recytacja pozwala realizować tekst pod względem ortofonicznym. Korzyści dla dziecka z doświadczenia pracy z tekstem dotyczą zatem przygotowania do odbioru tekstu mówionego, kształcenia słuchu polegającego na odróżnianiu głosek, miejsca akcentu, intonacji zdaniowej itp. Ucząc się wierszy i odtwarzając je w grupie, dzieci kodują język, słowa i ich połączenia, kształcą język na poziomie wyrazów i konstrukcji gramatycznych. Poprzez głosowe wykonanie utworu doskonala też wymowę oraz techniczne aspekty, tj. oddychanie, fonacja czy artykulacja (Trzaskalik, 2006, s. 106-107). Działania takie są niezbędne do ćwiczeń logopedycznych usprawniających aparat oddechowy i prowadzą do uzyskania poprawnej techniki mówienia u dzieci. Kształtowanie umiejętności prawidłowego oddychania wiąże się także z poprawnym frazowaniem tekstu, czyli realizacją składniowo-logiczną treści wypowiedzi w trakcie jednego wydechu. Podczas spontanicznego wypowiedzania się nie zauważa się trudności oddechowych, dlatego pamięciowe odtwarzanie tekstu może dla nauczyciela mieć wartość diagnostyczną, który musi być świadomy, że procesy oddechowe są bezpośrednio związane z zaburzeniami tempa i płynności mowy (z jąkaniem) (Ibidem, s. 110).

S. Włoch i A. Włoch podkreślają, że nauczyciel powinien postawić na wszechstronne poznanie dziecka (tzn. sposób jego myślenia, odczuwania, wyrażania emocji, reagowania w sytuacji rozwiązywania problemów) i dopiero wtedy zrozumie dziecko, będzie potrafił wspomagać jego rozwój oraz kompensować braki bądź niedostatki w jego rozwoju (2009, s. 22). Profilaktyce służą ćwiczenia ortofoniczne, które są wkomponowane w proces pedagogicznego oddziaływania w edukacji przedszkolnej. Należą do nich ćwiczenia oddechowe, fonacyjne, słuchowe, usprawniające narządy mowy i logorytmiczne. Nauczyciele, wykorzystując je w toku zajęć w przedszkolu, mogą korzystać z dostępnej metodycznej literatury specjalistycznej, która zawiera wiele różnorodnych propozycji, zapobiegających niewłaściwej pracy narządów mowy, w tym zabaw polegających na werbalnej aktywności dzieci, tj. wyliczanki, rymowanki, rysowane wierszyki. Walorem wyliczanek jest to, że są chętnie powtarzane przez wszystkie dzieci, nawet te słabiej mówiące. Spontaniczność, a jednocześnie naturalność sytuacji sprawiają, że lęk przed mówieniem jest eliminowany. Wyliczanki zachowują melodię, akcent i rytm wypowiedzi, dlatego są one ważne w procesie mówienia (Skorek, 2002, s. 111). Inną atrakcyjną formą wspomagającą rozwój mowy są rymowanki, dwuwierszowe wierszyki, które łatwo zapamiętać. Można je wykorzystywać jako ćwiczenia słuchu mownego, kształtujące świadomość fonologiczną, ale także jako ćwiczenia artykulacyjne. Wśród nich ważne są też rymowanki-skojarzenia, które polegają na dokładnym artykułowaniu przez dziecko każdego słowa. W profilaktyce logopedycznej można również korzystać z wierszyków rymowanek mających postać rysunku związanego ze słowem, w których

kolejność rysowanego elementu powinna być zgodna z wypowiedzianym słowem. Rysowane wierszyki stymulują rozwój mowy dziecka, będąc przy tym doskonałą formą aktywizowania dzieci z opóźnionym rozwojem mowy. Mają one jeszcze inną zaletę: uspokajają dzieci nadmiernie pobudzone, a pobudzają dzieci zahamowane (Ibidem, s. 113, 114).

K. Żuchelkowska pisze, że chcąc zoptymalizować proces kształtowania prawidłowej wymowy u dzieci przedszkolnych, można też zastosować edukacyjne programy komputerowe, które wykorzystuje się w pracy pedagogicznej przedszkola. Mogą one z dobrym skutkiem służyć zarówno tym dzieciom, których wymowa nie budzi żadnych zastrzeżeń, jak i tym, które mówią niepoprawnie. Programy te pełnią funkcję profilaktyczną i rozwojową, a przy tym przydają się do korygowania wad wymowy i utrwalania głosek, które sprawiają dzieciom trudności. Dają też możliwość wywoływania dźwięku w izolacji, połączenie go najpierw z samogłoską, później ze spółgłoską na początku, w środku i na końcu wyrazu (Żuchelkowska, 2015, s. 331).

Przez dobór różnorodnych materiałów i środków dydaktycznych oraz ćwiczeń mających ścisły związek z prawidłową wymową nauczyciel troszczy się o dobre funkcjonowanie aparatu słuchowego, oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego. Kształcenie mowy dziecka powinno być dla niego atrakcyjne, poznawczo ciekawe, a nade wszystko związane z pozytywnymi przeżyciami i emocjonalnym zaangażowaniem.

Nauczyciel dziecka będącego w okresie średniego i późnego dzieciństwa ma świadomość roli i znaczenia mowy w aspekcie jej rozumienia oraz posługiwania się nią w procesie życia i edukacji. Od jego umiejętności przekazywania i doboru informacji słownej, konstruowania komunikatów, wymawiania tekstów oraz uwrażliwienia na dzieci z wadami wymowy już w pierwszych kontaktach edukacyjnych zależeć będzie niestety ich kariera szkolna i postępy edukacyjne. Warto pamiętać, że okres nauki na etapie edukacji wczesnoszkolnej powinien być czasem usuwania i wyrównywania braków bądź niedostatków w rozwoju mowy dziecka. Ćwiczenie podstawowych, określonych w *Podstawie programowej*, umiejętności w zakresie mówienia, pisania i czytania stwarza naturalne okazje do niwelowania lub znacznego ograniczenia zaburzeń mowy i wymowy (Michalczuk, 2006, s. 227).

Zrozumienie istoty wad wymowy i przyczyn ich występowania u dzieci młodszych umożliwi podejmowanie działań pedagogicznych w dbałości i trosce o ich wielostronny rozwój. Podjęcie właściwych działań w oparciu o wiedzę nauczyciela i profesjonalne oddziaływania to szansa dla dziecka na dobre samopoczucie w szkole oraz lepsze efekty edukacyjne. Obowiązki nauczyciela w zakresie rozpoznania zaburzeń słuchu fonemowego, obserwacja dzieci – ich niepewnego zachowania – analiza błędów i usterek w pisowni tekstów w ramach pracy własnej lub dyktand i zorganizowanie dla nich specjalistycznej pomocy jest gwarantem troskliwej opieki nad dzieckiem oraz pozytywnej współpracy z rodzicami. W innej grupie mogą znaleźć się dzieci z wadą wymowy i kłopotami o charakterze motorycznym – mimo tego, że prawidłowo słyszą różnice fonologiczne, to często źle piszą. Nieprawidłowa artykulacja wynika z nieumiejętności wykonania konkretnego układu artykulacyjnego, zaś błędna pisownia jest konsekwencją powstałych u dziecka powiązań słuchowo-ruchowych – jeśli wymawia błędnie, w konsekwencji tak pisze (Ibidem, s. 228).

Prowadząc rozważania o zaburzeniach mowy u dzieci, warto podkreślić, że zachęty i pozytywne wzmocnienia stosowane przez nauczyciela w celu wyćwiczenia konkretnych umiejętności językowych mają duże znaczenie terapeutyczne. A. Twardowski lansuje zasadność oddziaływań terapeutycznych w kontekście podejścia środowiskowego, co oznacza, że dziecko uczy się języka w używaniu go w sytuacjach naturalnych, występujących w najbliższym środowisku życia dziecka. W założeniach tego podejścia ważne jest wykorzystywanie spontanicznego dążenia

dziecka do porozumiewania się z drugą osobą, co stwarza okazje do rozwijania form językowych i uczenia się na podstawie wzorów mowy innych osób komunikujących się z dzieckiem. Kontekst naturalnego otoczenia i przestrzeni, w jakich dziecko z zaburzeniami mowy przebywa, wydaje się być formą możliwą do wykorzystywania w środowisku klasy szkolnej czy też w grupie przedszkolnej. Chociaż od strony naukowej koncepcja ta nie jest w pełni dopracowana, to można z nią wiązać pewne nadzieje na eliminowanie lub ograniczanie zaburzeń mowy, ponieważ systematyczne stosowanie konkretnych bodźców w celu zachęcania dziecka do wypowiadania się spowoduje, że każda taka sytuacja będzie zachęcać dziecko do sformułowania wypowiedzi bardziej poprawnej, kompletnej lub złożonej. Rola dorosłego polega na udzielaniu dziecku pochwały i powtarzaniu jego wypowiedzi – w ten sposób prezentując model poprawnej wypowiedzi, którą należy się posługiwać. Nauczanie poprawnej mowy w najbliższym środowisku życia jest ciągle i intensywne, ponieważ dziecko uczy się od osób, z którymi często przebywa – są to rodzice, opiekunowie, nauczyciele. Mogą oni uczyć określonych sprawności językowych oraz komunikacyjnych codziennie i w różnych sytuacjach dnia codziennego (Twardowski, 2002, s. 185, 190).

Dzieci młodsze uczą się poprzez naśladownictwo i odniesienia do wzorów, dlatego w instytucjach edukacyjnych powinno się przestrzegać poprawności wymowy, zgodnie z zasadami ortofonii, a szczególne znaczenie ma to na etapie edukacji przedszkolnej oraz wczesnoszkolnej. „Prawidłowa wymowa polegać będzie na: poprawnej artykulacji głosek, przy czym należy tu pamiętać o prawach rządzących się głosek w ciągu fonicznym; właściwej intonacji; poprawnej technice wytwarzania głosek” (Skorek, 1998, s. 320). Wymagania od nauczycieli nienagannej wymowy są uzasadnione, gdyż powinni oni przyzwyczajać uczniów do starannej i naturalnej poprawności. Od sposobu wymowy nauczyciela zależy odbiór informacji, a co za tym idzie – efektywność pracy pedagogicznej. Poprawna wymowa związana jest też z właściwą techniką wytwarzania głosu przez nauczyciela, dlatego może sprzyjać eliminowaniu z wypowiedzi dzieci nabytych wcześniej nieprawidłowych nawyków artykulacyjnych (Ibidem, s. 322) oraz utrwalania poprawnych umiejętności komunikacyjnych. Zawodowym obowiązkiem nauczyciela jest zatem po pierwsze – dbanie o wysoką sprawność i poprawność sposobu mówienia, tzn. wymowę, prawidłową intonację, akcent wyrazowy oraz zdaniowy, jednoznaczność wypowiedzi oraz proste i zrozumiałe budowanie wypowiedzi, obrazowość i sugestywność, odpowiadające możliwościom rozwojowym dziecka, a po drugie – podejmowanie samowychowania, kontroli opanowania własnych stanów psychicznych, a także kierowania się szacunkiem i życzliwością wobec drugiej osoby (Błachnio, 2015, s. 101)

Należy zatem zauważyć, że w przygotowaniu nauczycieli do zawodu szczególną troskę powinno się kierować ku kompetencjom komunikacyjnym, w tym formom ich wypowiedzi, aby zapobiegać błędom i barierom w komunikacji interpersonalnej.

## **Podsumowanie**

Dokształcanie się i doskonalenie warsztatu pracy pedagogicznej jest wpisane w zawód nauczyciela, ponieważ realizuje on szeroki zakres zadań wychowawczych, dydaktycznych i opiekuńczych, które są związane z pełnieniem funkcji nauczyciela. Zadaniem nauczyciela przedszkola oraz edukacji wczesnoszkolnej jest organizowanie zajęć stymulujących funkcje percepcyjno-motoryczne u dzieci, które rozwijają się nieharmonijnie. Warto pamiętać, że sprawność językowa i komunikacyjna to ważny element złożonego procesu socjalizacji, gdyż ułatwia dziecku adaptację do warunków pracy przedszkola oraz szkoły, a w tym do kontaktów interpersonalnych z innymi osobami.

Dzieci w grupie przedszkolnej i uczniowie pierwszego etapu szkolnego w procesie edukacji skupieni są wokół komunikacji interpersonalnej i powinni być podmiotami w relacjach dialogicznych. Priorytetowe zadania nauczyciela na tym etapie rozwoju dzieci koncentrować powinny się na wspieraniu ich w rozwoju myślenia i wypowiedania się w języku ojczystym oraz na promowaniu właściwych wzorców wymowy w środowisku edukacyjnym. Mowa nauczyciela do dzieci powinna stanowić wzorzec wymowy nie tylko w aspekcie poprawności artykulacyjnej, ale też przestrzegania zasad etyki mowy w rozmaitych komunikacyjnych sytuacjach i zasad właściwych dla języka mówionego (ortofonia, fleksja, leksyka, składnia, frazeologia).

Warto tu podkreślić, że placówka edukacyjna ma zapewnić każdemu dziecku optymalne warunki rozwoju, a nauczyciel ma obowiązek dostosować wymagania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dziecka, u którego stwierdzono jakieś zaburzenia bądź specyficzne trudności wynikające z dysfunkcji rozwojowych. Pogłębione obserwacje nauczycieli, poznawanie dziecka we wszystkich sferach jego rozwoju, zgodnie z założeniami holistycznego poznawania wychowanka i indywidualnego traktowania, pozwoli na wieloaspektową diagnozę, w tym ustalenie przyczyn zaburzeń mowy. Specjalistyczna wiedza nauczyciela, dobre przygotowanie merytoryczne w zakresie zaburzeń mowy i ich przyczyn, przebiegu i związku z sytuacją szkolną dziecka to ważne elementy jego pracy zawodowej, które pozwalają mu podejmować konkretne działania, zmierzające do pomocy dziecku i jego rodzicom. Jeśli dziecko już korzysta z pomocy logopedycznej, to zadaniem nauczyciela jest wspierać jego wysiłki, ale także doceniać wkład pracy osoby prowadzącej terapię oraz dołożyć wszelkich starań, żeby dla dobra dziecka współpracować z logopedą.

W trakcie wszystkich tych oddziaływań pedagogicznych konieczny jest profesjonalizm zawodowy, takt pedagogiczny oraz życzliwość zarówno wobec dziecka, jak i jego rodziców. Akceptująca postawa nauczyciela oraz pozytywna atmosfera będą ograniczały lub całkiem niwelowały u dziecka wzmożone stany emocjonalne, co niewątpliwie umożliwi optymalizację warunków do oceny stanu jego mowy i gotowości do podejmowania komunikacji słownej. Spersonalizowane traktowanie dziecka związane będzie z większą trafnością jego oceny i wzrostem indywidualnych osiągnięć, a w dalszym etapie – ze skutecznością oddziaływań nauczyciela logopedy. Upodmiotowienie dziecka oraz postrzeganie go w wymiarze aksjologicznym to priorytetowa zasada w postępowaniu pedagogicznym nauczyciela wobec dzieci w okresie dzieciństwa. Szacunek i wyrozumiałość, ale również mądrość i refleksja będą sprzyjać pracy pedagogicznej nad nabywaniem i rozwijaniem przez dzieci kultury języka, ze świadomością, że jest on odbiciem konceptualizacji świata oraz płaszczyzną budowania porozumiewania się w relacjach z drugim człowiekiem.



## Bibliografia

- Bednarkowa, W. (2016). Rozwój językowych kompetencji dzieci w świetle kompetencji pedagogów. W: M. Cywińska (red.), *Rozwijanie umiejętności językowych i komunikacyjnych dziecka* (s. 47-76). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Błachnio, K. (2015). *Vademecum logopedyczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cygan, B. (2019). *Diagnoza małego dziecka. Konteksty interdyscyplinarne*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Cywińska, M. (2016). Rozwijanie sprawności językowych dziecka. W: M. Cywińska (red.), *Rozwijanie umiejętności językowych i komunikacyjnych dziecka* (s. 95-117). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Demelowa, G. (1987). *Elementy logopedii*. Warszawa: WSiP.
- Dołęga, Z. (2003). *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Góral-Półrola, J., Mosiołek, M. (2011). Mowa dzieci wiejskich u progu nauki szkolnej. Znaczenie wczesnej opieki logopedycznej. W: M. Karwowska-Struczyk, D. Sobierańska, M. Szpotowicz (red.), *Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna. Badania, opinie, inspiracje* (s. 159-190). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Grove, T.G. (2014). Niewerbalne elementy interakcji. W: J. Stewart, *Mosty zamiast murów* (s. 122-134). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jachimowicz, J. (2018). *Komunikowanie się nauczycieli szkół podstawowych z uczniami w procesie edukacji szkolnej*. Nowy Sącz: Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu.
- Kielar-Turska, M. (2002). Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (t. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Klim-Klimaszewska, A. (2010). *Pedagogika przedszkolna*. Warszawa: Instytut Wydawniczy ERICA.
- Klus-Stańska, D., Nowicka, M. (2005). *Sensy i bezsensy edukacji wczesnoszkolnej*. Warszawa: WSiP.
- Kozłowska, K. (1998). *Wady wymowy możemy usunąć*. Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.
- Marczykowska, I., Zaborniak-Sobczak, M. (2014). Rola osób dorosłych we wspieraniu rozwoju językowego małych dzieci. Założenia programu „Hanen”. W: M. Kułakowska, A. Myszka (red.), *Kultura mówienia dawniej i dziś* (s. 350-362). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Michalczuk, M. (2001). Pomówmy o niektórych problemach logopedycznych utrudniających realizację zadań procesu dydaktyczno-wychowawczego w klasie pierwszej. W: E. Szeffler (red.), *Aktualne problemy edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej* (s. 227-228). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Minczakiewicz, E.M. (2008). Strategie terapeutyczne w procesie usprawniania funkcji mowy i języka u dzieci z deficytami rozwoju w świetle założeń pedagogiki leczniczej Marii Montessori. W: P. Majewicz, A. Mikrut (red.), *Kompetencje pedagoga w kontekście teorii i praktyki edukacji specjalnej* (s. 125-148). Gliwice-Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Polewczyk, I. (2007). Słuch fonemowy a edukacja przedszkolna – ujęcie logopedyczne i pedagogiczne. W: M. Królika, E. Piwowarska, E. Skoczylas-Krotli (red.), *Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna na początku XXI wieku. Wyzwania i konteksty* (s. 383-390). Częstochowa: Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie.
- Skorek, E.M. (1998). Wymowa nauczyciela wzorem dla uczniów. W: I. Adamek (red.), *Idee i strategie edukacji nauczycieli klas I-III i przedszkoli* (s. 319-328). Kraków: Wydawnictwo Naukowe.
- Skorek, E.M. (2000). *Dzieci z zaburzeniami mowy wśród rówieśników w klasie szkolnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Skorek, E.M. (2002). Profilaktyka logopedyczna w przedszkolu. W: L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Wybrane elementy terapii w procesie edukacji artystycznej* (s. 111-116). Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytet Zielonogórski.

- Skorek, E.M. (2019). Profilaktyka logopedyczna w placówkach oświatowych – zadania nauczycieli i logopedów. W: *Dziecko w kształceniu instytucjonalnym. Idee, refleksje, badania* (s. 303-313). Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Słodownik-Rycaj, E. (2007). Dorosły i dziecko w terapii logopedycznej – różne perspektywy jej ujmowania. W: M. Karwowska-Struczyk, E. Słodownik-Rycaj (red.), *Pedagogika małego dziecka. Wybrane zagadnienia* (s. 205-217). Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Stefańska-Klar, R. (2000). Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 130-156). Warszawa: wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sztejnberg, A. (2001). *Podstawy komunikacji społecznej w edukacji*. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
- Sztejnberg, A. (2006). *Podstawy komunikacji społecznej w edukacji*. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
- Szurek, M. (2018). Przesiewowe badanie mowy jako działanie służące identyfikacji dzieci z grupy ryzyka zaburzeń mowy. W: E. Gacka, M. Kaźmierczak, *Teoria i praktyka logopedyczna. Wybrane zagadnienia* (s. 199-211). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Trzaskalik, J. (2006). Kultura żywego słowa w kształceniu mowy dzieci w wieku przedszkolnym. Kształcenie i utrwalanie prawidłowego sposobu oddychania. W: J. Wuttke, M. Kisiel (red.), *Wychowanie estetyczne w edukacji i wspomaganiu rozwoju dzieci i młodzieży* (s. 105-111). Mysłowice: Górnosląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna imienia Kardynała Augusta Hłonda w Mysłowicach.
- Twardowski, A. (2002). Koncepcja terapii mowy w naturalnym środowisku. W: M.T. Michalewska, M. Kisiel (red.), *Problemy edukacji lingwistycznej. Teoria i praktyka edukacyjna w zmieniającej się Europie. Różne aspekty edukacji lingwistycznej dziecka* (t. II, s. 183-191). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Walencik-Topiłko, A. (2002). Stymulacja sprawności językowej dziecka w młodszym wieku szkolnym. W: M.T. Michalewska, M. Kisiel (red.), *Problemy edukacji lingwistycznej. Kształcenie języka ojczystego dzieci* (t. I, s. 173-180). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Włoch, S., Włoch, A. (2009). *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Wygotski, L. (2002). Zabawa i jej rola w rozwoju psychicznym dziecka. W: A. Brzezińska, M. Marchow, *Wybrane prace psychologiczne* (s. 143-145). Poznań: Zysk i S-ka.
- Załona, Z. (2020). Potrzeby dziecka w okresie średniego i późnego dzieciństwa w kontekście edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. W: J. Jachimowicz, Z. Załona (red.), *Potrzeby dzieciństwa. Wokół wybranych teoretyczno-praktycznych zagadnień współczesnej edukacji* (s. 10-21). Nowy Sącz: Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu.
- Zielińska, M. (2014). Mowa dzieci w młodszym wieku szkolnym. W: M. Kułakowska, A. Myszką (red.), *Kultura mówienia dawniej i dziś* (s. 363-370). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Żuchelkowska, K. (2015). Edukacyjne programy komputerowe w kształtowaniu prawidłowej wymowy u dzieci przedszkolnych. W: D. Siemienicka (red.), *Edukacja a nowe technologie w kulturze, informacji i komunikacji* (s. 329-341). Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Żytko, M. (2014). Edukacja językowa w szkole – między dążeniem do formalizacji schematu a refleksją nad uczestnictwem w zdarzeniach komunikacyjnych. W: D. Klus-Stańska (red.), *(Anty)edukacja wczesnoszkolna* (s. 315-344). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

**Maciej MALINOWSKI**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **ZAPISYWANIE TERMINÓW I POJĘĆ WYKORZYSTYWANYCH W LOGOPEDII (NA WYBRANYCH PRZYKŁADACH)**

### **Streszczenie**

Jedną z ważniejszych reguł ortograficznych, do których należy się bezwzględnie stosować, jest *zasada konwencjonalna* (inaczej *umowa*). Mimo to w przepisach pisowniowych w częściach wstępnych słowników wspomina się o niej na samym końcu (po omówieniu *zasady fonetycznej*, *zasady morfologicznej* i *zasady historycznej*), tak jak gdyby była najmniej istotna. Tymczasem sprawia ona współcześnie użytkownikom polszczyzny sporo kłopotu, gdyż mówi o zapisywaniu wyrazów wielką i małą literą, łącznie lub rozdzielnie, z łącznikiem albo bez łącznika itp. Różne nakazy i zakazy – nieco arbitralnie narzucone przez normatywistów – pozostają dla piszących mało przekonujące albowiem im zupełnie nieznane. Skutek jest taki, że w tekstach naukowych (także tych z zakresu logopedii) spotyka się wiele wariantów zapisów pojęć i terminów, szczególnie gdy wchodzi w grę wielocłonowe zestawienie wyrazowe. W obszernym opracowaniu Autor przedstawił – na wybranych przykładach – najważniejsze kwestie dotyczące zapisu wielką i małą literą, omówił rozbieżności spotykane w tekstach z zakresu logopedii i wskazał na przyczyny ich występowania. W konkluzji stwierdził, że piszący powinni stale poszerzać kompetencje językowe, czyli doskonalić ortografię i interpunkcję, co pozytywnie wpłynie na ogólną jakość i poziom merytoryczny tekstów zamieszczanych w poważnych monografiach.

**Słowa kluczowe:** logopedia, ortografia, zasada konwencjonalna, artykulacja, wielkie i małe litery, adaptacja graficzna.

### **Summary**

One of the most important spelling rules that must be strictly followed is the conventional rule (or contract). Nevertheless, the spelling rules in the introductory parts of the dictionaries mention it at the very end (after discussing the *phonetic principle*, the *morphological principle* and the *historical principle*) as if it were the least important. Meanwhile, it causes a lot of trouble to the users of the Polish language today, because it talks about writing words with uppercase and lowercase letters, jointly or separately, with or without a hyphen, etc. unknown. The result is that in scientific texts (including those in the field of speech therapy) there are many variants of the notation of concepts and terms, especially when it comes to a multi-segment combination of words. In an extensive study, the author presented – on selected examples – the most important issues regarding notation with capital and small letters, discussed the discrepancies found in texts in the field of speech therapy and indicated the reasons for their occurrence. In conclusion, he stated that writers should constantly expand their linguistic competences, i.e. improve their spelling and punctuation, which will positively affect the overall quality and substantive level of texts published in serious monographs.

**Key words:** speech therapy, spelling, conventional principle, articulation, upper and lower case letters, graphic adaptation.

## Wstęp

### **Osobliwości zasady konwencjonalnej polskiej ortografii (na przykładzie pisowni wielką i małą literą)**

We wszelkich opracowaniach leksykograficznych dotyczących pisowni (dawnych i współczesnych) – w ich części wstępnej – reguły, na których opiera się polska ortografia, wymienia się i analizuje zwykle w następującej kolejności (Szymczak, 1978, s. 15-17; Polański, 2017, s. 11-12; Janik-Płocińska, Sas, Turczyn, Podracki, 2001, s. XX; Markowski, 1999, s. XI-XII):

- 1) *Zasada fonetyczna*
- 2) *Zasada morfologiczna*
- 3) *Zasada historyczna*
- 4) *Zasada konwencjonalna inaczej umowna.*

Wyjaśnia się zainteresowanym, że *zasada fonetyczna* polega na całkowitej i stałej odpowiedniości głoski i litery, tzn. że każdej głosce odpowiada ten sam znak graficzny – litera (niekiedy dyftong *cz, sz, ch, dz*). Inaczej mówiąc, dany wyraz pisze się tak, jak się go wymawia, np. *agrafka, alfabet, flet, geneza, mowa, pewny, rygor, woźny*.

Następnie sporo uwagi poświęca się *zasadzie morfologicznej*, pozwalającej na zachowanie podobieństwa między formami fleksyjnymi danego wyrazu lub między wyrazami pokrewnymi z tej samej rodziny słów, mimo że – w wyniku upodobnień i uproszczeń artykulacyjnych – brzmią one inaczej. Piszemy np.:

*bez, brud, chleb, mag, próg*, choć wymawiamy [bes], [brut], [χlep]  $\chi = ch$ , [ʌafka]  $\mu = ł$ , [mak], [pruk] (następuje ubezdźwięcznienie wygłosowej spółgłoski dźwięcznej niesonarnej przytoczonych wyrazów),

żeby zachowany został związek tych wyrazów z ich postaciami fleksyjnymi:

*bzu, bzowi, bzem, bzie; brudu, brudowi, brudem, brudzie; chleba, chlebowi, chlebem, chlebie; maga, magowi, magiem, magu; progę, progowi, progiem, progę.*

Tak samo pisze się:

*gwiazdka, łyżka, ławka, prośba,*

mimo że wymawia się:

[gviastka], [ʌyška], [ʌafka], [proźba] (w wyniku upodobnienia grup spółgłoskowych na granicy rdzenia i przyrostka),

by zachować związki formalnoznaczeniowe z leksemami:

*gwiazda, gwiazdy, gwiazdek; łyżek, łyżeczka, łyżeczkowanie; ławek, ławeczka, ławeczką, ławeczce; prosić, proś.*

Może niekiedy dojść do upodobnienia grup spółgłosek na granicy rdzenia i przedrostka i wtedy również pisze się inaczej, niż wymawia, np.:

*bezpieczny* [bespječný], *bezstronny* [besstronny], *przedpokój* [pšetpokuj], *rozparty* [rosparty].

Jednym słowem, zgodnie z *regułą morfologiczną* polskiej ortografii wyrazy i ich formy zapisuje się inaczej, niż się je wymawia po to, by zachować ich związek z innymi formami tego samego wyrazu lub z wyrazami pokrewnymi zapisywanymi zgodnie z wymową. Rzadko się zdarza, by *zasada morfologiczna* ustąpiła miejsca *zasadzie fonetycznej*; dzieje się tak w wypadku wyrazów:

*wesprzeć, westchnąć,*

kiedy to przedrostek *wesz-* przeszedł w pisowni w *wes-* (dźwięczna głoska *z-* w zetknięciu z bezdźwięcznymi głoskami *p* i *t* stała się bezdźwięczna [s]).

Omawiając z kolei *zasadę historyczną* ortografii, podkreśla, że odwołuje się ona do dziejów polszczyzny i procesów rozwoju języka. Pewne wyrazy i ich formy zapisujemy tak, a nie inaczej ze względu na tradycję i zjawiska fonetyczne, które zaszły w tych słowach. Głoska oddawana dzisiaj literą *ó* ma inne pochodzenie niż głoska, której odpowiada litera *u* (litera *ó* miała wartość fonetyczną pośrednią między [o] a [u]), tak samo dwuznak *rz* nie był tym samym co *ż* (odpowiadał frykatywnej głosce [ř], por. np. *rzeka*), wreszcie litera *h* miała ścisły związek z głoską dźwięczną, podczas gdy dwuznak *ch* był właściwy głosce bezdźwięcznej. Właśnie *zasada historyczna* polskiej ortografii powoduje utrzymanie niewymiennych *rz*, *h* i *ó* występujących w wielu wyrazach, np. *jak*

*chór, chrzest, córka, dużo, góra, hak, harcerz, hejnał, higiena, historia, jarzmo, każdy, król, krzyż, który, mżawka, rzeczywistość, rzeka, skóra, wyżyna, żaba, żmija, żona, żyzny.*

Pisowni wymienionych wyrazów nie da się uzasadnić bez odwołania się do historii języka polskiego. W wyniku wielkiej reformy polskiej ortografii w latach 1934-1935 pisze się np.:

*bruzda, chrust, Jakub, ślusarz, żuraw* zamiast *brózda, chróst, Jakób, śłószarz, żuraw,*

mimo że druga pisownia miała uzasadnienie etymologiczne (Malinowski, 2018, s. 331).

Dopiero po przedstawieniu i objaśnieniu trzech wymienionych wyżej zasad polskiej ortografii – niejako na końcu – wspomina się o *zasadzie konwencjonalnej* (inaczej *umownej*), zdaniem dużej części użytkowników polszczyzny nieco arbitralnie narzuconej przez kodyfikatorów (Karpowicz, 2008, s. 61-62), odnoszącej się do wyrazów, których pisownia nie została umotywowana fonetycznie, morfologicznie, historycznie. Obejmuje ona przede wszystkim stosowanie wielkiej i małej litery, pisownię łączną i rozłączną, oznaczenie miękkości spółgłosek oraz oddawanie w piśmie skrótów i skrótowców. Wygląda to trochę tak, jakby leksykografowie traktowali zasadę konwencjonalną po macoszemu, jako mniej istotną niż pozostałe, niesprawiającą raczej piszącym większego kłopotu (Malinowski, 2018, s. 333-338).

Czy takie traktowanie sprawy, tzn. przedstawianie kanonicznych reguł będących podstawą normalizacji i kodyfikacji pisowni w części wstępnych słowników ortograficznych w takiej, a nie innej kolejności, jest zasadne?

Czy słuszne jest zawsze zaczynanie od omawiania zasady fonetycznej, owszem, ważnej, ale z całą pewnością nie najważniejszej, gdyż nieregulującej pisowni wszystkich wyrazów, lecz jedynie ich części (byłoby idealnie, gdyby każdej głosce odpowiadał w polszczyźnie zawsze ten sam, dokładnie jeden znak graficzny, to jednak niemożliwe)?

Czy po zasadzie fonetycznej każdorazowo trzeba omawiać zasadę morfologiczną pisowni polskiej, stojącą na straży niezwykle istotnej – jednakowego zapisu wyrazów i ich form – oraz zasadę historyczną, przechowującą relikty przeszłości?

Na wszystkie postawione wyżej pytania należy odpowiedzieć przecząco. Uważam, że na samym początku powinno się opowiedzieć zainteresowanym coś klarownego właśnie o *zasadzie konwencjonalnej*, gdyż to ona przysparza współcześnie piszącym największą trudność i rozmaitych wątpliwości (Karpowicz, 2008, s. 61-62)<sup>1</sup>. *Zasada konwencjonalna (umowna)* polskiej ortografii pozostaje dzisiaj niezwykle ważnym zbiorem podpowiedzi dla piszących<sup>2</sup>, kiedy nie można się powołać ani na wymowę, ani na budowę morfologiczną, ani na historię języka w rozstrzygnięciu tego, jak coś się pisze (łącznie czy rozdzielnie?, z łącznikiem czy bez łącznika?, wielką czy małą literą?, ze znakiem diakrytycznym czy *i*? itd.).

Na kilku przykładach warto pokazać, jak trudna w stosowaniu bywa *reguła konwencjonalna* polskiej pisowni. Chodzi tu chociażby o użycie wielkiej lub małej litery w zapisywaniu rozmaitych nazw dwu- lub więcejwyrazowych ulic, placów, rynków, budowli zabytków i innych obiektów miejskich. Odpowiedni zapis zawarty w *Wielkim słowniku ortograficznym* PWN brzmi następująco (Polański, 2017, s. 49-50):

18.25.1. Jeśli stojący na początku nazwy wyraz: *ulica, aleja, brama, bulwar, osiedle, plac, park, kopiec, kościół, klasztor, pałac, willa, zamek, most, molo, pomnik, cmentarz* itp. jest tylko nazwą gatunkową (rodzajową), piszemy go małą literą, a pozostałe wyrazy wchodzące w skład nazwy – wielką literą, np. *ulica 3 Maja, ul. Świętego Jana* (albo: *ulica św. Jana, aleja Słowackiego, bulwar Nadmorski, osiedle Zawodzie, plac Bankowy, rondo Waszyngtona, park Jordana, kopiec Józefa Piłsudskiego, kościół Świętego Krzyża* (albo: *kościół św. Krzyża) pałac Krasińskich, willa Atma, pomnik Mickiewicza, cmentarz Rakowicki, dzwon Zygmunt*.

Niełatwo jednak odgadnąć, kiedy mamy do czynienia z nomen proprium składającym się z dwóch członów imiennych, a kiedy tylko z jednym. Wymienione rzeczowniki traktowane są najczęściej przez leksykografów jako pospolite (nomina appellativa), a zatem trzeba je pisać małą literą, choć tworzą z nazwą główną wyraźny związek składniowy (zgody lub rządu).

Dlaczego jednak nakazuje nam się pisać np.:

*brama Szewska, pałac Krasińskich, pałac Radziwiłłów, wieża Babel, park Jordana*, ale: *Brama Floriańska, Pałac Staszica, Pałac Elizejski, Pałac Namiestnikowski, Mysia Wieża, Krzywa Wieża w Pizie, Tatrzański Park Narodowy?* (Podracki, 2001, s. 1433)<sup>3</sup>.

Skąd zwykły użytkownik polszczyzny ma wiedzieć, kiedy – przykładowo – napisać *Pałac Saski*, ale *pałac Brühla*? Nawiasem mówiąc, w *Druku sejmowym nr 1388* przedstawionym w lipcu br. przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej jednakowo oddano w piśmie nazwy *Pałac Saski* i *Pałac Brühla*:

Projekt ustawy o przygotowaniu i realizacji inwestycji w zakresie odbudowy Pałacu Saskiego, Pałacu Brühla oraz kamienic przy ulicy Królewskiej w Warszawie.

---

<sup>1</sup> Warto zaznaczyć, że prymat zasady konwencjonalnej ortografii polskiej przyznał jedynie Tomasz Karpowicz i w rozdziale „Przepisy ortografii” swojego *Słownika ortograficznego języka polskiego*, Warszawa 2001, s. IX-X umieścił ją na pierwszym miejscu przed zasadą historyczną, zasadą morfologiczną i zasadą fonetyczną.

<sup>2</sup> Świadczą o tym chociażby nieustanne pytania w tej kwestii do poradni językowych, w tym mojej [www.obcyjezykpolski.pl](http://www.obcyjezykpolski.pl).

<sup>3</sup> *Wielki słownik ortograficzno-fleksyjny*, B. Janik-Płocińska, M. Sas, R. Turczyn, J. Podracki (red.), 2001, Warszawa: „Horyzont” Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media, s. 1433, podaje pisownię *krzywa wieża w Pizie* (małymi literami). Tego typu rozbieżności w słownikach należy mocno skrytykować i napiętnować.

Powtórzono to w projekcie ustawy:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

1) zasady przygotowania i realizacji inwestycji w zakresie odbudowy Pałacu Saskiego, Pałacu Brühla oraz kamienic przy ulicy Królewskiej w Warszawie<sup>4</sup>.

Nietrudno skonstatować, że prawnik prezydenta przygotowujący ów projekt po prostu nigdy nie słyszał o regule 18.25.1. *Wielkiego słownika ortograficznego* PWN, a więc użył wielkiej litery w wyrazie *pałac* w obydwu przypadkach. W „Gazecie Wyborczej”, dbającej na co dzień o poprawność językową, owo rozróżnienie pisowniowe, rzecz jasna, uwzględniono:

Zapowiedziana przez Jarosława Kaczyńskiego 15 maja podczas prezentacji „Polskiego ładu” odbudowa Pałacu Saskiego, pałacu *Brühla i kamienic przy ul. Królewskiej w Warszawie ma kosztować ponad 2,4 mld zł. Taka kwota znalazła się w specustawie przygotowanej przez zespół powołany przez prezydenta Andrzeja Dudę. Odbudowa ma trwać dziesięć lat*<sup>5</sup>.

Przy omawianiu wybranych zagadnień związanych z funkcjonowaniem w polszczyźnie zasady konwencjonalnej warto wspomnieć o rozbieżnościach w słownikach i leksykonach. Stanisław Jodłowski i Witold Taszycki (a za nimi inni leksykografowie) traktują np. *Bramę Floriańską* jako budowlę zabytkową, historyczną, dlatego obydwaj członowie proponują zapisywać wielkimi literami (1967, s. 155). Jak w takim razie ocenić zupełnie inne normatywne ustalenie dotyczące pisowni owej nazwy, odnotowane w *Pisowni słownictwa religijnego* Renaty Przybylskiej i Wiesława Przyczyny (2011, s. 59):

*brama Floriańska* podobnie jak *brama Damasceńska* (Izrael), *brama Heroda* (Izrael), *brama Syjońska* (Izrael), *brama Świętego Szczepana/ brama św. Szczepana* (Izrael)?

Wiele wątpliwości dotyczy również zapisywania nazw własnych ze słowem *cmentarz*. Już pobieżne chociażby zapoznanie się z praktyką pisowniową dużej części użytkowników polszczyzny pokazuje, że ów wyraz w połączeniu z członem określającym (przymiotnikowym) bądź wyrażeniem opisowym (z przyimkiem *na*) pisany bywa prawie zawsze wielką literą, gdyż powszechne jest mniemanie, że należy on integralnie do nazwy własnej, np.:

*Cmentarz Powązkowski* w Warszawie, *Cmentarz Łyczakowski* we Lwowie, *Cmentarz Na Pęksowym Brzyzku* w Zakopanem.

Jak gdyby na przekór temu kodyfikatorzy z Zespołu Ortograficzno-Onomastycznego Rady Języka Polskiego ustalili jakiś czas temu, że słowo *cmentarz* w nazwach dwu- oraz wielowyrazowych powinno się zapisywać małą literą ze względu na jego status gatunkowy (rodzajowy)<sup>6</sup>. Rozmija się to kompletnie z odczuciami i oczekiwaniami większości piszących. Mając na względzie prawie że już powszechny zwyczaj pisowniowy, należałoby oczekiwać czegoś zgoła odmiennego, tzn. usankcjonowania we wszystkich wypadkach (szczególnie w nazwach więcejwyrazowych) pisowni rzeczownika *cmentarz* wielką literą i odnotowania

---

<sup>4</sup> <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?documentId=E5EF7842CFC50647C125870C004E7BB1> (dostęp: 18.07.2021).

<sup>5</sup> Tak: „Odbudujmy Pałac Saski! Tylko po co?” – rozmowa Marty Grzywacz z Grzegorzem Piątkiem, architektem, *Gazeta Wyborcza*, dodatek „Ale Historia” z 17 lipca 2021 r., s. 4-6.

<sup>6</sup> [http://www.rjp.pan.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1486:ekspertyzy&catid=58&Itemid=71](http://www.rjp.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1486:ekspertyzy&catid=58&Itemid=71) (dostęp: 25.06.2021).

tego w poprawionej regule – w części zasadniczej i w części opisowej wśród przykładów ilustrujących hasło *cmentarz* – nowo opracowywanych wydań słowników ortograficznych z *Wielkim słownikiem ortograficznym* PWN na czele. Nie ma raczej szans na to, żeby zdecydowana część użytkowników języka dostosowała się w praktyce do przywołanego nakazu normatywnego, czyli do zapisywania słowa *cmentarz* każdorazowo małą literą (Malinowski, 2018, s. 337-343).

Prawie zawsze też widuje się pisownię wyrażenia omownego (inaczej peryfrazy):

*Wzgórze Wawelskie*<sup>7</sup> czy *Wieża Mariacka* (*Wieża Bazyliki Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny* w Krakowie)

wielkimi literami<sup>8</sup>, a tymczasem nakaz jest w tym względzie inny. Jak wiadomo, oficjalną nazwą własną wzgórza w Krakowie i wybudowanego tam później zamku królewskiego oraz kompleksu zabytkowych budowli pozostaje *Wawel*. Tak więc:

*wzgórze wawelskie* to wyłącznie peryfrazą utworzona od *Wawel* (tak samo jak *wzgórze kapitołińskie* od *Kapitol*<sup>9</sup>),

a tym samym nie ma żadnego powodu i uzasadnienia, by zapisywać ją od wielkich liter<sup>10</sup>. W wypadku zapisu *wieża mariacka* obydwie człony traktuje się zazwyczaj apelatywnie<sup>11</sup>. I słusznie. W Krakowie są przecież dwie wieże mariackie: wyższa, zwana *Hejnalicą*, o wysokości 82 m, i niższa, o wysokości 69 m, przeznaczona na dzwonnice kościelną. Mimo to w jednej z poradni językowych na pytanie: *Jak zapisać nazwę WIEŻA MARIACKA?*, znajdujemy taką odpowiedź Pauliny Pitek:

Pisze się *wieża Mariacka*, gdyż w tym zestawieniu wyraz *wieża* jest nazwą gatunkową, a przymiotnik *Mariacka* – właściwą nazwą własną<sup>12</sup>.

Są i inne minusy działania zasady konwencjonalnej w ortografii. Stosunkowo duża grupa piszących nie potrafi poprawnie oddać w druku nazw ulic, placów, alei, osiedli itp. O ile raczej nikt nie napisze:

*Ulica (Ul.) Anny, Ulica (Ul.) Świętokrzyska,*

o tyle niezwykle często spotyka się błędny zapis:

*Aleja (Al.) Najświętszej Maryi Panny, Aleja (Al.) Pokoju, Aleja (Al.) Solidarności, Aleja (Al.) Róż, Osiedle (Os.) Na Stoku, Osiedle (Os.) Piastów, Plac (Pl.) Trzech Krzyży, Plac (Pl.) Centralny, Plac (Pl.) Konstytucji* itp.

<sup>7</sup> Na stronie: [https://visitmalopolska.pl/pl\\_PL/obiekt/-/poi/wzgorze-wawelsk-1](https://visitmalopolska.pl/pl_PL/obiekt/-/poi/wzgorze-wawelsk-1) (dostęp: 17.07.2021) czytamy: *Na Wzgórzu Wawelskim możemy podziwiać Zamek Królewski na Wawelu oraz wspaniałą Katedrę, w której podziemiach znajdują się krypty z Grobami Królewskimi, a w jednej z wież umieszczony jest Dzwon Zygmunta* [poprawnie: *dzwon Zygmunt*].

<sup>8</sup> Na stronie <https://www.polskieszlaki.pl/wieza-mariacka-i-hejnal-w-krakowie.htm> (dostęp: 17.07.2021) czytamy: *Wieża Mariacka, czyli wyższa wieża Bazyliki Wniebowzięcia NMP – popularnego Kościoła w Krakowie, dumnie wznosi się ponad krakowskim Rynkiem i przyciąga uwagę turystów z całego świata.*

<sup>9</sup> *Wielki słownik ortograficzny*, E. Polański (red.), 2017, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 533, hasło: *kapitołiński*.

<sup>10</sup> Patrz: *Słownik ortograficzny i przepisy pisowni polskiej*, S. Jodłowski, W. Taszycki, 1967, Warszawa: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo, s. 644 (hasło: *wawelski*) oraz s. 682 (hasło: *wzgórze*).

<sup>11</sup> Tak: *Wielki słownik ortograficzny* PWN, op. cit., s. 658; hasło *mariacki*: *wieża mariacka, ołtarz mariacki, ale: kościół Mariacki*.

<sup>12</sup> Patrz: [https://fil.ug.edu.pl/strona/42547/jak\\_zapisac\\_nazwe\\_wieza\\_mariacka](https://fil.ug.edu.pl/strona/42547/jak_zapisac_nazwe_wieza_mariacka) (dostęp: 17.07.2021).



Ludzie (nawet ci o większych kompetencjach ortograficznych) są święcie przekonani o tym, że owe zestawienia stanowią w całości nazwę własną. Tymczasem *aleja* to takie same wyrazy pospolite jak *ulica* i należy je zapisywać małą literą<sup>13</sup>. Niejako wyjątkiem pozostają nazwy:

*Aleje Marszałkowskie, Aleje Ujazdowskie,*

w których wyraz *aleje* jest istotnie częścią nomen proprium (to jak gdyby elipsa dłuższej konstrukcji *ulica Aleje Marszałkowskie, ulica Aleje Ujazdowskie*). Nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, że właśnie jak najbardziej poprawna pisownia *Aleje (Al.) Marszałkowskie, Aleje (Al.) Ujazdowskie* wpływa negatywnie na sposób zapisu nazw topograficznych ze słowem *aleja* (skrót *al.*) – *aleje Niepodległości, aleja Róż* itp.

Spory problem dla piszących stanowią również zestawienia:

*kopiec Kościuszki, kopiec Józefa Piłsudskiego, kopiec Wandy* itp.

wymagające jedynie członu drugiego oddanego wielką literą. O wiele częściej widuje się zapis *Kopiec Kościuszki, Kopiec Józefa Piłsudskiego, Kopiec Wandy*. Piszących nie przekonuje argument, że komponent *kopiec* jest tutaj apelatywem. Przywołują nazwę:

*Góra Kościuszki*

pisaną w całości wielkimi literami i formę dopełniaczową *Kościuszki*, która nie stanowi nazwy sama w sobie, lecz dopiero w połączeniu z wyrazem *kopiec*. Leksykografowie tłumaczą, że w wyrażeniu *kopiec Kościuszki* człon *kopiec* trzeba traktować nie jako określenie geograficzne, lecz jako toponim (taki sam jak *ulica, osiedle* itp.). Sprawę tę podnosił na początku lat 60. Stanisław Jodłowski. W wydaniu XIII *Pisowni polskiej* PAN z 1963 roku chciał jednak zrobić co innego: pisownię *Góra Kościuszki* zamienić na *góra Kościuszki*, czyli z członem *góra* jako apelatywem (wydanie to nie weszło do użytku) (Malinowski, 2018, s. 343-344).

Innym przykładem nieznaności odpowiedniej reguły (bądź też jej ignorowania), wynikającej z zasady konwencjonalnej polskiej ortografii, pozostaje nieprzestrzeganie normatywnego nakazu, że wyłącznie pierwszy wyraz w tytułach książek lub ich rozdziałów, w tytułach artykułów, rozpraw, filmów, przedstawień teatralnych, piosenek, wierszy, ustaw i innych aktów prawnych, modlitw i nabożeństw wymaga wielkiej litery. O tym, że piszący nie zawsze się do tego stosują, świadczy posługiwanie się przez urzędników i samych nauczycieli pisownią:

*Karta Nauczyciela* (obydwa człony wielką literą).

Jak wiadomo, chodzi o kodeks regulujący prawa i obowiązki nauczycieli, dość obszerny, gdyż składający się z 15 rozdziałów. Jest to więc niewątpliwie akt prawny, a w wersji papierowej broszura, czyli zgodnie z przywołaną wyżej regułą wyłącznie pierwsze słowo (*Karta*) powinno być oddawane w druku wielką literą. Tymczasem ustawodawca posłużył się w nazwie ustawy niepoprawną pisownią *Karta Nauczyciela* (Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta Nauczyciela*, Dz.U z 2017 r., poz. 1189<sup>14</sup>), nie przejmując się stanowiskiem w tej kwestii leksykografów. Skutek? Nie tylko w języku prawnym i prawniczym, ale również we wszystkich tekstach oraz

---

<sup>13</sup> *Wielki słownik ortograficzny* PWN, op. cit., s. 818, podaje *osiedle Zawodzie*, ale: *Osiedle Młodych*.

<sup>14</sup> <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19820030019/U/D19820019Lj.pdf> (dostęp: 19.07.2021).

dokumentach pisanych przez środowisko nauczycieli (mam na myśli urzędników Ministerstwa Edukacji Narodowej i kuratoriów oświaty) prawie zawsze widuje się zapis *Karta Nauczyciela*. Poprawnej pisowni:

– *Karta nauczyciela* (tak jak *Karta górnika*, *Karta hutnika* itd.),

ale też nie zawsze, używają na szczęście dziennikarze w mediach dbających o poprawność językową (Malinowski, 2018, s. 282, 346, 387).

## Słownictwo spotykane w logopedii

### 1. Pisownia małą czy wielką literą?

Wybrane przeze mnie i dość wnikliwie przeanalizowane zagadnienia ortograficzne wynikające z zasady konwencjonalnej dobitnie pokazują, że są one znacznej części użytkowników polszczyzny albo w ogóle nieznane, albo w sporej części niezrozumiałe. Warto więc chyba przy każdej okazji o nich przypominać, przykładowo wtedy, kiedy jest się zaproszonym do napisania czegoś na temat poprawności ortograficznej terminów stosowanych w słownictwie logopedycznym w monografii zbiorowej. Z moich obserwacji wynikających z okazjonalnej lektury tekstów z zakresu szeroko pojętej logopedii wynika, że autorzy mają niekiedy wątpliwość związaną z zapisem takich pojęć, jak np.:

*zespół/ Zespół Downa*  
*zespół/ Zespół Aspergera*  
*zespół/ Zespół Millarda-Gublera*  
*zespół/ Zespół Marcusa Gunna*  
*zespół/ Zespół Marina Amata*  
*zespół/ Zespół Guillaina-Barré.*

Chodzi o to – co zaznaczyłem – czy w przywołanych terminach człon rzeczownikowy ma być zapisany wielką literą jako integralny element całej nazwy, czy też potraktowany gatunkowo jako wyraz pospolity. Już pobieżna kwerenda pokazuje, że autorzy piszą rozmaicie: raz *Zespół* (wielką literą), a raz *zespół* (małą literą). Oto kilka przykładów na zapis wielką literą:

1. *Trisomia chromosomu 21, czyli Zespół Downa*<sup>15</sup>.
2. *Wielu badaczy traktuje Zespół Aspergera jako spektrum autyzmu, wskazując trudności w komunikacji wraz z zaburzeniami społecznymi jako wspólną cechę łączącą oba zaburzenia*<sup>16</sup>.
3. *Do mojego biura poselskiego trafił list od rodzica dziecka z Zespołem Aspergera, w którym zasygnalizowano problem dotyczący przeprowadzania egzaminów dla takich dzieci*<sup>17</sup>.
4. *Choroba jest opisana w Zespół Marcusa Gunna*<sup>18</sup>.
5. *Czy Zespół Marcusa Gunna może powodować depresję?*<sup>19</sup>.
6. *Pan Robert choruje na Zespół Guillaina-Barrégo. Ma szansę na wyzdrowienie, ale musi jak najszybciej przystąpić do kosztownej terapii*<sup>20</sup>.

---

<sup>15</sup> <https://edutapia.pl/blog/view/16> (dostęp: 17.07.2021).

<sup>16</sup> <https://www.aptekagemini.pl/poradnik/zdrowie/zespol-aspergera-czym-rozni-sie-od-autyzmu/> (dostęp: 17.07.2021).

<sup>17</sup> <https://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=3D4F63EA> (dostęp: 17.07.2021).

<sup>18</sup> [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?lng=PL&Expert=101104](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=PL&Expert=101104) (dostęp: 17.07.2021).

<sup>19</sup> <https://www.diseasemaps.org/pl/marcus-gunn-phenomenon/top-questions/depresja/> (dostęp: 17.07.2021).

<sup>20</sup> <https://82-200.pl/4670,zbiorka-na-leczenie-Roberta-Mieszkaniec-Malborka-potrzebuje-naszej-pomocy.html> (dostęp: 17.07.2021).

Częściej jednak widuje się w tekstach słowo *zespół* zapisane małą literą:

1. *Osoby z zespołem Downa mają mniejsze zdolności poznawcze niż średnia w populacji zdrowe*<sup>21</sup>.
2. *Osoba z zespołem Aspergera czuje głęboki, wewnętrzny przymus do powtarzania czynności, żeby wyładować dręczące ich napięcie*<sup>22</sup>.
3. *W przypadku gdy proces chorobowy zlokalizowany jest w moście, rozwijać się może zespół Millarda-Gublera*<sup>23</sup>.
4. *Wszystkie czynniki wywołujące tę dolegliwość dzielą się na: czynniki neurogenne, mające związek z nieprawidłowym unerwieniem wywołanym przez porażenie okoruchowego nerwu czaszkowego, jak również zespołem Marcusa Gunna*<sup>24</sup>.
5. *Niejednokrotnie chorzy mogą przejawiać obecność objawu Marcusa Gunna bądź zespołu Marina Amata*<sup>25</sup>.
6. *W zespole Guillaina-Barrégo zwykle nie występują zaburzenia widzenia*<sup>26</sup>.

Nie podlega dyskusji, że w przywołanych nazwach chorób neurologicznych i zespołów genetycznych człon przedimienny (*zespół*, także *syndrom*, *objaw* itp.) powinien być oddawany w piśmie małą literą. Nie jest on absolutnie częścią integralną przywołanych terminów, w których dominują tzw. *eponimy* medyczne (gr. ἐπώνυμος *eponymos* dosł. ‘dawca imienia’; ‘nazwa własna, od której je utworzono’)<sup>27</sup>. Zwróćmy uwagę na to, że w języku angielskim apelatyw, choć występuje w postpozycji, również oddawany jest w piśmie małą literą, np.:

*Down syndrome*  
*Asperger's syndrome*  
*Rett syndrome (Rett's disorder)*  
*Guillain-Barré syndrome*  
*Bland-White-Garland syndrome*  
*Brissaud-Sicard syndrome,*  
*Foville's syndrome.*

Nieco mylące może być za to powszechne stosowanie skrótów wywiedzionych z wyżej wymienionych terminów jako tworów zapisanych wielkimi literami, np. po polsku:

*ZD (= zespół Downa)*  
*ZA (= zespół Aspergera)*  
*ZMG (= zespół Millarda-Gublera)*

---

<sup>21</sup> [https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82\\_Downa](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82_Downa) (dostęp: 17.07.2021).

<sup>22</sup> [https://psychoterapiacotam.pl/zesp%C3%B3%C5%82\\_Aaspergera/](https://psychoterapiacotam.pl/zesp%C3%B3%C5%82_Aaspergera/) (dostęp: 17.07.2021).

<sup>23</sup> <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-nerwowy/pniowe-zespoły-naprzemienne-przyczyny-objawy-rodzaje-leczenie-aa-N9HH-67PJ-vusw.html> (dostęp: 17.07.2021).

<sup>24</sup> <http://www.klinika.gda.pl/ptoza-podwieszenie-opadajacej-powieki/> (dostęp: 17.07.2021).

<sup>25</sup> <https://openmedical.pl/porazenie-nerwu-twarzowego-przyczyny-objawy-i-rehabilitacja/> (dostęp: 17.07.2021).

<sup>26</sup> [https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/985/original/Strony\\_od\\_MpD\\_2011\\_03-7.pdf?1468236159](https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/985/original/Strony_od_MpD_2011_03-7.pdf?1468236159) (dostęp: 17.07.2021).

<sup>27</sup> Owych terminów używa się w medycynie na określenie przede wszystkim jednostek i objawów chorobowych biorą one swoją nazwę od nazwisk ludzi, najczęściej lekarzy, którzy opisywali je po raz pierwszy. Rzadziej eponimy pochodzą od nazwisk pacjentów (np. *choroba Lou Gehriga*, *zespół Cowdena*) albo postaci mitologicznych (np. *zespół Proteusza*) bądź literackich (np. *zespół Otella*); tworzenie eponimów medycznych jest praktyką od wieków stosowaną w zachodniej medycynie. W czasach gdy nauka nie potrafiła określić przyczyny większości chorób, często o zbliżonym obrazie klinicznym, nadanie im charakterystycznych nazw pozwalało uporządkować gromadzoną wiedzę medyczną. Obecnie w medycynie odchodzi się od tworzenia nowych eponimów medycznych; [https://pl.wikipedia.org/wiki/Eponimy\\_medyczne](https://pl.wikipedia.org/wiki/Eponimy_medyczne) (dostęp: 17.07.2021).

ZMG (= zespół Marcusa Gunna)  
ZMA (= zespół Marina Amata)  
ZGM (= zespół Guillaina-Barré<sup>28</sup>).

po angielsku:

DS (=Down syndrome)  
RS (=Asperger's syndrome)  
RS a. RTT (= Rett syndrome, Rett's disorder)  
GBS (= Guillain-Barré syndrome)  
BWGS (= Bland-White-Garland syndrome)  
BS (= Brissaud-Sicard syndrome)  
FS (= Foville's syndrome)

Mniej sprawni językowo autorzy odbierają to czasem jako zachętę do pisania także wielkimi literami obydwu członów rozwiniętych nazw:

Zespół Downa  
Zespół Aspergera  
Zespół Millarda-Gublera  
Zespół Marcusa Gunna  
Zespół Marina Amata  
Zespół Guillaina-Barré.

Tymczasem – co pokazaliśmy – taka pisownia jest nieuzasadniona, a tym samym błędna.

\*\*\*

---

<sup>28</sup> Możliwe jest też odmienienie nazwiska *Barré*. Pojawia się jednak kłopot, jak owo nazwisko zapisać w przypadkach zależnych (np. w dopełniaczu): *Barrégo* czy *Barré'go*? A może jeszcze inaczej, np. *Barré'ego*? W literaturze przedmiotu spotyka się dwie pierwsze wersje zapisu: a) *Zespół Guillaina-Barrégo to choroba o podłożu autoimmunologicznym, która doprowadza do osłabienia mięśni i uczucia mrowienia w różnych częściach ciała*; <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-nerwowy/zespol-guillaina-barrego-objawy-leczenie-rehabilitacja-aa-KkFD-aQaZ-kiAu.html> (dostęp: 18.07.2021); b) *Zespół Guillaina-Barre'go jest to choroba o charakterze autoimmunologicznym dotycząca nerwów obwodowych*; <https://www.su.krakow.pl/jednostki/choroby-rzadkie/zespol-guillaina-barre-go-ostra-zapalna-demielinizacyjna-polineuropatia-g61-0> (dostęp: 18.07.2021). Należy się opowiedzieć za pisownią *Barrégo* w myśl [reguły 247] 66.5 zawartej w *Wielkim słowniku ortograficznym* PWN, op. cit., s. 99, że: „Nazwiska kończące się w wymowie na *e* (zapisywane w postaci liter: *-é, -ée, -ai, -eu*, po których mogą następować niewymawiane litery spółgłoskowe *-s* lub *-x*) odmieniamy w liczbie pojedynczej jak przymiotniki, przy czym odcinamy początkowe samogłoski z końcówek przymiotnikowych *-ego, -emu, im (-ym)*, np. *Debré, Debrégo, Debrém; Mérimée, Mérimégo, Mériméemu*; tak *Wielki słownik ortograficzny* PWN, op. cit., s. 99; zob. także hasła: *André*, s. 196, i *Suppé*, s. 1103. Zapis *Barré'ego* (z pozostawieniem końcówki *-ego*) wymuszałby nolens volens artykulację [bareego].

**Wykaz eponimów medycznych<sup>29</sup>**  
(z I członem oddanym w piśmie małą literą)

**A**

- test Aalsmeera – William Charles Aalsmeer
- reakcja Abderhaldena – Emil Abderhalden
- test Adama
- liczba Addisa – Thomas Addis
- próba Addisa-Shevky’ego – Thomas Addis, Marion C. Shevky
- próba Adlera – Oskar Adler
- dźwignia Albarrana
- metoda Aldridge’a
- prawo Aleksandra
- test Amotta-Saundersa
- metoda Amreicha-Richtera
- test Amslera – Marc Amsler
- zespół Angelmana
- objaw Amussata
- test Anvila
- skala Apgar – Virginia Apgar
- test Apleya
- wzór Areya – Leslie Brainerd Arey
- metoda Arlta
- prawo Arndta-Schulza
- wzór Arnetha – Joseph Arneth
- reakcja Arthusa – Nicolas Maurice Arthus
- próba Aschheima-Zondeka
- komórki Askanazy’ego
- zespół Aspergera
- skala Astlera-Collera
- współczynnik Ayali – Giuseppe Ayala

**B**

- kleszczyki Babcocka
- próba Babińskiego-Weilla
- test Babińskiego-Weilla
- zacisk Backhausa
- odruch Bainbridge’a – Francis Arthur Bainbridge
- operacja Baldy’ego-Frankego
- rozwieracz Balfoura
- skala Balthazara

---

<sup>29</sup> [https://pl.wikipedia.org/wiki/Eponimy\\_medyczne](https://pl.wikipedia.org/wiki/Eponimy_medyczne) (dostęp: 17.07.2021) oraz własne.

- pierścień Bandla – Ludwig Bandl
- próba Banga – Ivar Christian Gottfried Bang
- uszkodzenie Bankarta
- okulary Bartelsa
- test Bauera – Julius Bauer
- wzór Bazetta – Henry Cuthbert Bazett
- tamponada Bellocqa –
- biało Bence’a Jonesa – Henry Bence Jones
- test Bender – Laurette Bender
- próba Benedicta – Stanley Rossiter Benedict
- metoda Bennholda – Hans Hermann Bennhold
- test Bersteina
- reakcja Besredki – Aleksander Michałowicz Besredka
- próba Biala – Manfred Bial
- odczyn Biernackiego – Edmund Faustyn Biernacki
- skala Bijstervelda – O. Paul van Dijsrerveld
- metoda Billingsów
- operacja Billroth I – Theodor Billroth
- operacja Billroth II – Theodor Billroth
- skala Bishopa
- skala Blooma-Richardsona
- gorset Blounta
- metoda Bobatha – Karel Bobath, Berta Bobath
- efekt Bohra
- operacja Bondy’ego
- pinceta Bonneya
- odczyn Bordet-Gengou
- podłoże Bordeta-Gengou
- test Bowdena
- śniadanie Boydena, komora Boydena
- zacisk Bozemana
- strzykawka maciczna Brauna
- manewr Brachta
- pomoc ręczna Brachta-Cowjanowa – Napoleon Cowjanow
- test Bragaarda
- skurcze Braxtona Hicksa – John Braxton Hicks
- hak Brauna, kranioklast Brauna
- wziernik Breisky’ego – August Breisky
- zespół Brissauda
- wzór Broki
- próba Browna

- cewnik Broviaca
- test Brujninksa-Oseretzky'ego
- odczyn Bujwida – Odo Feliks Kazimierz Bujwid
- operacja Burcha
- płyn Burowa
- haki Buscha

## C

- pierścienie Cabota – Richard Clarke Cabot
- operacja Caldwell-Luca – Georg Caldwell, Henri P. Luc
- kikut Callandera
- łuk Calvego
- test Casoniego
- odczyn Castellaniego – Aldo Castellani
- skala Centora – Robert M. Centor
- objaw Chadwicka – James Read Chadwick
- linia Chamberlaina – W. Edward Chamberlain
- kryształ Charcota-Leydena – Jean-Martin Charcot, Ernst Viktor von Leyden
- odczyn Chédiaka – Alexander Moisés Chédiak
- zacisk Chersona
- skala Childa-Pugha – C.G. Child, R.N. Pugh
- operacja Choparta
- przetoka Cimino-Brescii
- czynnik Christmasy – Stephen Christmas
- test Clarka – Peter A. Clark
- metoda Cobba – John Robert Cobb
- odczyn Coburn-Pauliego
- wzór Cockcrofta-Gaulta
- rozwieracz Collina
- odczyn Coombsa – Robin Coombs
- próba Cottle'a, test Cottle'a – Maurice Cottle
- zespół Cowdena
- test Cozena
- zabieg Credégo, zabieg położniczy Credégo – Carl Credé
- kapsułka Crosby'ego – William Holmes Crosby
- klamra Crutchfielda
- spirale Curschmanna – Hans Curschmann
- test Cutlera – Jacob Cutler
- odruch Czermaka – Johann Nepomuk Czermak

## D

- biopsja Daniela
- test Dawbarna
- operacja Davidowa
- opatrunek Desaulta
- imadło Deschampa
- odczyn Dicków – George Frederick Dick, Gladys Rowena H. Dick
- manewr Dix-Hallpike'a
- test Donatha-Landsteinera – Julius Donath, Karl Landsteiner
- fundoplikacja Dora – Jacques Dor
- zespół Downa
- wkręt Doyena
- hak Doyena
- wskaźnik de Ritisa
- skala Dubowitzów – Lilly Dubowitz, Victor Dubowitz
- metoda Duke'a – William Wedell Duke
- mechanizm Duncana

## E

- zespół Edvardsa
- próba Ehrlicha – Paul Ehrlich
- trójkąt Einthovena
- test Eijkmana – Christiaan Eijkman
- metoda Esbacha
- zabieg Esmarcha, rękoczyn Esmarcha
- bateria Ewinga

## F

- metoda Facklera
- test Fagerströma
- test Fåhræusa-Westergrena – Robert Sanno Fåhræus, Alf Vilhelm Albertsson Westergren
- test Fairbanka
- hak Farabeufa – Louis Hubert Farabeuf
- zacisk Feure'a
- metoda Feulgena, odczyn Feulgena
- wzór Ficka
- test Finkelsteina
- odczyn Fletchera
- cewnik Foleya – Frederic Eugene Basil Foley
- metoda Fonio
- operacja Fontana – Francis Fontan
- skala Forresta



- zacisk Förstera-Ballengera
- odczyn Foshaya
- test Fowlera
- skala Frankla
- odczyn Freia – Wilhelm Siegmund Frei
- poduszka Frejki
- okulary Frenzla
- operacja Freyera
- hak Fritscha

## G

- technika Gallie
- test Gänsslana
- manewr Gaskin
- objaw Gaussa
- próba Gellé
- operacja Gilliama
- skala Glasgow
- skala Gleasona
- metoda Gmelina
- trójlustro Goldmanna
- skala Grannuma
- skala Greena
- plateau Grehanta
- test Grifki
- wymiar Groedla – Franz Maximilian Groedel
- wskaźnik sercowy Grollmana
- cewnik Groshonga
- metoda Grotta – Józef Waclaw Grott
- odczyn Grubera-Widala
- zespół Guillaina-Barré
- cienie Gumprechta
- metoda Gustafsona
- zacisk Guyona

## H

- szpatułki jelitowe Haberera
- wskaźnik ischemiczny Hachinskiego – Vladimir Hachinski
- operacja Halbana
- efekt Haldane'a
- manewr Hallpike'a
- zabieg Halsteda – William Stewart Halsted

- test Hama – Thomas Hale Ham
- liczba Hamburgera
- skala depresji Hamiltona
- próba Hamolsky’ego
- kryteria Hannifina-Rajki
- hak Harringtona
- operacja Harrisa
- reguła Harrisa-Benedicta
- operacja Hartmanna
- roztwór Hartmann – Alexis Hartmann
- test Hawkinsa
- płyn Hayema
- rozszerzadło Hegara
- igłotrzymacz Hegara
- objaw Hegara
- rękoczyn Heimlicha
- kardiomotomia metodą Hellera – Ernst Heller
- prawo Henry’ego
- dostęp Henry’ego
- nomogram Henssgego
- egzofalometr Hertla
- próba Hessa
- metoda Hilgenreinera
- operacja antyrefluksowa Hilla – Lucius D. Hill
- test Hirschberga – Julius Hirschberg
- odczyn Hirsta
- próba Hoescha
- próba Holzera
- skala Hounsfielda – Godfrey N. Hounsfield
- komórki Hürthle’a – Karl Hürthle
- test Hughstona
- zęby Hutchinsona

## I

- aparat Ilizarowa – Gawriił Ilizarow
- test Inslera
- metoda Irvinga
- tablice Ishihary – Shinobu Ishihara

## **J**

- manewr Jacquemiera – Jean M. Jacquemier
- próba Jaffego
- metoda Jahhsa
- test Jakoba
- odczyn Jarischa-Herxhemera-Łukasiewicza
- gorset Javetta
- zabieg Jawdyńskiego-Crile'a – George Crile, Franciszek Jawdyński
- manewr Jendrassika – Ernő Jendrassik
- test Jobe'a
- histerektomia sposobem Joela-Cohena
- kryteria Jonesa
- projekcja Judeta

## **K**

- odczyn Kahna
- wziernik Kallmorgena
- metoda Kaltenborna-Evjentha
- zacisk Kantrowitza
- skala Karnofsky'ego – David A. Karnofsky
- ćwiczenia Kegla
- dren Kehra – Hans Kehr
- układ Kell – Kellacher (nazwisko pacjentki)
- skala Kellgrena-Lawrence'a
- klasyfikacja Killipa-Kimballa
- drut Kirschnera – Martin Kirschner
- rama Kirschnera – Martin Kirschner
- test Kleinhauera-Bertkego
- hipoteza Knudsona – Alfred G. Knudson
- zacisk Kochera(-Ochsnera)
- klem Kochera
- sposób Kochera
- klasyfikacja Kodsiego
- metoda Korotkowa – Nikołaj Korotkow
- test Krausa-Webera
- test Kremera
- zabieg Kristellera (manewr, rękoczyn) – Samuel Kristeller
- postrzał Krönleina
- gwóźdź Küntschera
- odczyn Kveima, antygen Kveima – Morten Ansgar Kveim

## L

- test Lachmanna
- zacisk Laheya
- punkt Lanza
- próba Lattesza
- projekcja Lauensteina
- metoda Lee-White'a
- chwyt Leopolda
- figury Lichtenberga
- operacja Lichtensteina
- metoda Liljestranda-Zandera – Christian Gerhard Leopold
- zgłębnik Lintona-Nachlasy
- pętla Lippesa
- strefy Loosera-Milkmana
- procedura Lortata-Jacoba – Jean-Louis Lortat-Jacob
- test Losego
- choroba Lou Gehriga
- skala Lovetta
- sposób Lövseta, manewr Lövseta
- test Ludloff-Hohmanna
- test Lundha
- przesłona Lysholma

## M

- operacja Maddena
- kark Madelunga – Otto Madelung
- metoda Madlenera
- kleszcze Madurowicza
- metoda Maitlanda
- test Manninga
- odczyn Mantoux – Charles Mantoux
- operacja Mariona
- zespół Marcusa Gunna
- klasyfikacja Marsha
- operacja Marshalla-Krantza-Marchetti
- zespół Marina Amata
- objaw Martina
- próba Mastera
- metoda Mauriceau-Veit-Smelliego
- histerektomia sposobem Maylarda
- igłotrzymacz Mayo
- nożyczki Mayo

- szew McDonalda
- linia McGregora
- manewr McRoberts
- operacja Meigsa – Joe Vincent Meigs
- typy Meltona-Riggsa
- próba Meltzera-Lyona
- nożyczki Metzenbauma
- czworobok Michaelisa
- zacisk Mikulicza – Jan Mikulicz-Radecki
- operacja Milesa – William Ernest Miles
- test Milla
- zespół Millarda-Gublera
- nożyczki Monaghana
- reguła Monro-Kelliego
- odruch Moro – Ernst Moro
- metoda Mulligana
- manewr Müllera

## N

- reguła Naegelego, miednica Naegelego, kleszcze Naegelego, perforator Naegelego
- test Neera
- odczyn Nelsona-Mayera
- fundoplikacja Nissena
- operacja Norwooda
- próba Nylandera
- gwóźdź Nyströma

## O

- hak Obwegesera
- metoda Ogino-Knausa
- linie Ombredanne'a-Perkinsa
- wiskozymetr Ostwalda
- zacisk Overholta

## P

- reguła Parklanda
- zabieg Pateya
- objaw Patricka – Hugh Talbot Patrick
- odczyn Paula
- odczyn Paul-Bunnella i Davidsona
- podział Pauwelsa, kął Pauwelsa, osteotomia Pauwelsa
- zespół Pataua

- test Payra
- zacisk Péana
- metoda Perlsa
- próba Perthesa
- szalka Petriego
- cięcie Pfannenstiela – Hermann Johannes Pfannenstiel
- histerektomia sposobem Pfannenstiela
- manewr Phalena – George S. Phalen
- słuchawka Pinarda, manewr Pinarda – Adolphe Pinard
- skala Pirqueta, odczyn Pirqueta
- balon Politzera – Adam Politzer
- metoda Ponsetiego
- zasada Potta
- skala Pradera, orchidometr Pradera – Andrea Prader
- krzywa Price'a-Jonesa

## Q

- próba Queckenstedta – Hans Heinrich Georg Queckenstedt
- próba Querido
- metoda Quicka, czas protrombinowy Quicka

## R

- kryteria Ransona
- skala Reida
- zespół Retta
- komórki Reitera
- odczyn Rieckenberga
- roztwór Ringera – Sydney Ringer
- metoda Riva-Rocciego – Scipione Riva-Rocci
- odczyn Rivalty-Janowskiego
- miednica Robertsa
- skala Rockalla
- skala Rodnana
- zacisk Roedera, spinak Roedera
- metoda Romanowskiego
- próba Ropesa
- linia Rosera-Nelatona
- metoda Rosina
- skala Rossa
- hak typu Roux
- manewry Rubina
- zacisk Rumeya

## S

- odczyn Sabina-Feldmana
- klasyfikacja Saltera-Harrisa
- metoda Sanforda
- skala Savary-Millera
- test Saxona
- kleszcze Scanzoniego
- operacja Schauty-Stoeckela
- odczyn Schicka – Béla Schick
- test Schillinga – Robert F. Schilling
- test Schirmera – Otto Schirmer
- cięcie Schuchardta
- odczyn Schultza-Charltona
- mechanizm Schultzego, wahania Schultzego – Bernhard Sigismund Schultze
- próba Schwabacha
- odczyn Schwartzmanna
- rękoczyn Sellicka – Brian Arthur Sellick
- zgłębnik Sengstakena-Blakemore'a – Robert W. Sengstaken, Arthur H. Blakemore
- szew Shirodkara
- nożyce Siebolda
- wziernik Siegle'a
- pozycja Simsa
- test Simsa-Hühnera
- operacja Sistrunka
- test Slocuma
- perforator Smelliego
- gwóźdź Smitha-Petersena
- tablice Snellena – Hermann Snellen
- wskaźnik Sokolowa-Lyona – Maurice Sokolow, Thomas P. Lyon
- test Spurlinga
- próba Stauba
- gwóźdź Steinmanna
- projekcja Stenversa
- operacja Strassmanna
- odczyn Straussa
- zabieg Stretta
- operacja Subbotha-Mitry
- operacja Sugiury – Mitsuo Sugiura
- cewnik Swana-Ganza

## T

- próba Takaty-Ary – Maki Takata, K. Ara
- biańko Tamma-Horsfalla – Igor Tamm, Frank L. Horsfall
- skala Tannera
- metoda Tannera-Whitehouse'a – J.M. Tanner, R.H. Whitehouse
- plamki Tardieu
- próba Taschena
- kryształki Teichmanna – Ludwik Teichmann
- cewnik Tenckhoffa
- szyna Thomasa, obcas Thomasa
- test Thomsona
- próba Thorna
- wskaźnik Tiffeneau, próba Tiffeneau – Robert Tiffeneau
- nóż Tobolda
- fundoplikacja Toupet'a – André Toupet
- próba Traugotta
- pozycja Trendelenburga – Friedrich Trendelenburg
- próba Trendelenburga – Friedrich Trendelenburg
- ułożenie Trendelenburga – Friedrich Trendelenburg
- obręcz Turnerra-Warwicka
- test Tzancka – Arnault Tzanck

## U

- próba Uhlenhutha – Paul Uhlenhuth
- zabieg Urbana

## W

- odczyn Waalera-Rosego
- test Wady – Juhn Atsushi Wada
- reguła Wallace'a
- zespół, Warkany'ego
- odczyn Wassermanna – August Wassermann
- próba Webera
- popręg Webera
- skala Wechslera
- odczyn Weigla
- odczyn Wellensteina-Kobera
- klem Wertheima
- operacja Wertheima
- operacja Wertheima-Meigsa
- imadło Wertheima-Bozemana
- przyrząd Westergreena



- próba Widmarka – Erik M.P. Widmark
- czynnik von Willebranda
- klasyfikacja Vaughana Williama
- operacja Winckelmana
- nożyce Wintera
- plamki Wiszniewskiego
- lampa Wooda
- manewr Woodsa
- odczyn Wrighta
- objaw Wydlera

## V

- punkty Valleixa – Francois Louis Isidore Valleix
- próba Valsalvy – Antonio Maria Valsalva
- odczyn van den Bergha – Abraham Albert Hijmans van den Bergh
- metoda Vasterlinga
- waginoplastyka Vechettiego
- manewr Veita-Smelliego
- igła Veressa – Janos Veress
- metoda Villareta
- triada Virchowa – Rudolf Virchow
- odczyn Vogesa-Proskauera
- metoda Vojty – Vaclav Vojta
- próba Volharda – Franz Volhard
- odczyn Volmera

## Y

- test Yargasona

## Z

- chwyt Zangemeistera – Wilhelm Zangemeister
- manewr Zavanelliego – William Angelo Zavanelli
- klem Zeppelina
- szyna Zimmera
- próba Zimnickiego

## 2. Jak pisać: *O.U.N.*, *C.U.N.*, *C.N.S.* // *o.u.n.*, *c.u.n.*, *c.n.s* // *oun*, *cun*, *cns*?

Jeżeli chodzi o inne zapisy terminów medycznych stosowane w logopedii, to warto wspomnieć przykładowo o skrótach:

1. *OUN* oraz *CUN* (od: *ośrodkowy układ nerwowy*, *centralny układ nerwowy*), a także *CNS* (od: ang. *central nervous system*) pojawiających się w tekstach specjalistycznych również w wariantach graficznych:
  - a) wielkimi literami i kropkami *O.U.N.*, *C.U.N.*, *C.N.S.*;
  - b) małymi literami i z kropkami *o.u.n.*, *c.u.n.*, *c.n.s*  
oraz
  - c) małymi literami bez kropek *oun*, *cun*, *cns*.
  
2. *MPD* (*mózgowe porażenie dziecięce*, łac. *paralysis cereбрalis infantum*, ang. *cerebral palsy*) pojawiających się w tekstach specjalistycznych również w wariantach graficznych:
  - a) wielkimi literami i kropkami *M.P.D.*;
  - b) małymi literami i z kropkami *m.p.d*
  - c) małymi literami i z jedną kropką na końcu *mpd*.  
oraz
  - c) małymi literami bez kropek *mpd*.

Najlepiej zapisywać takie skróty wielkimi literami (bez kropek), czyli: *OUN*, *CUN*, *CNS*, *MPD* (taki zapis przeważa), co akceptuje *Wielki słownik skrótów i skrótowców* Wydawnictwa „Europa” (Müldner-Nieckowski, 2007, s. 944). Za oboczny (tzn. też poprawny) uznaje się tam jednak pisownię małymi literami (z kropkami) *o.u.n.*, co pozostaje zgodne z ustaleniami normatywnymi *Wielkiego słownika ortograficznego* PWN (Polański, 2017, s. 90):

1. [regulą 208], że:

Jeśli w nazwie dwu- lub wielowyrazowej drugi wyraz lub któryś z następnych rozpoczyna się od samogłoski, to skrót tej nazwy ma kropkę po skrócie każdego wyrazu, np. *b.u* (= bez uwag), *c.o.* (= centralne ogrzewanie), *m.in.* (= między innymi), *n.e.* (= naszej ery a. nowej ery), *o.o.* (= ograniczona odpowiedzialność), *p.o.* (pełniący obowiązki).

2. [regulą 209], że:

W skrótach obcych nazw wielowyrazowych zasadniczo kropkę stawia się po każdym wyrazie, np. *a.c* (= łac. *anno currente* – w roku bieżącym), *a.i.* (= łac. *ad interim* – tymczasowo, zastępczo), *a.m.* (= łac. *ante meridiem* – przed południem), *a.t.* (= *a tergo* – od tyłu, ułożony w porządku alfabetycznym ostatnich liter wyrazów), *e.i.* (= *eo ipso* – tym samym, dlatego), *l.c.* (= *loco citato* – w miejscu cytowanym), *oc.*, *op.cit.* (= *opus citatum*, *opere citato* – dzieło cytowane, w cytowanym dziele).

W myśl tej reguły akceptuje się także skrót *c.n.s* (= *central nervous system*), czyli pisany małymi literami i z kropkami. Dodam, że [regulą 209] należy odróżnić od [reguły 207], zgodnie z którą:

Stawia się tylko jedną kropkę po skrócie nazwy dwu- lub wielowyrazowej, jeśli wyrazy następne rozpoczynają się od spółgłoski, np. *bm.* (= bieżącego miesiąca), *ds.* (= do spraw), *cdn.* (= ciąg dalszy nastąpi), *wf.* (= wychowanie fizyczne; można też pisać *WF*), *itd.* (= i tak dalej), *itp.* (= i tym podobne), *iw.* (= jak wyżej).

W nielicznych wyrazach stawia się kropkę po skrócie każdego wyrazu dla odróżnienia dwóch podobnych zapisów, np. *br.* (= bieżącego roku), ale: *b.r.* (= bez roku; brak roku wydania), *dn.* (= dnia), ale: *d.n.* (= dokończenie nastąpi). Wyjątkowo pisze się *ac* (w ogóle bez kropek) (= łac. *a capite* – od głowy, od początku wiersza (*a.c.* znaczy = *anno currente*, w roku bieżącym).

Identycznie należy traktować skróty pochodzące od rozwiniętych nazw chorób w języku angielskim, pomimo że mają one polskie odpowiedniki. Mam na myśli np. takie terminy medyczne, jak:

*ostra białaczka szpikowa AML* (ang. *acute myeloid leukemia*);  
*zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne OCD* (ang. *obsessive-compulsive disorder*);  
*zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi ADHD* (ang. *attention deficit hyperactivity disorder*);  
*zespół wstrząsu toksycznego TSS* (ang. *toxic shock syndrome*)  
*płyn mózgowo-rdzeniowy CSF* (ang. *cerebrospinal fluid*; także polski skrót *PMR*).

Takie skróty angielskie również zapisuje się wielkimi literami i bez kropek.

Śród innych kwestii ortograficznych związanych ze słownictwem logopedycznym wspomnijmy o zapisywaniu nazw rozmaitych testów i konkursów. Logopedom znany jest:

*Logopedyczny Test Przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*

autorstwa Stanisława Grabiasa, Zdzisława M. Kurkowskiego i Tomasza Woźniaka, służący do badania zarówno siedmiolatków, jak i piętnastolatków (powstał w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie). Czy słusznie trzy pierwsze człony przytoczonej nazwy testu wyposażone zostały w wielkie litery (*Logopedyczny Test Przesiewowy*)? A może należało napisać:

*Logopedyczny Test Przesiewowy dla Dzieci w Wieku Szkolnym* (wszystkie człony nazwy wielkimi literami)

albo

*Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym* (jedynie pierwszy człon wielką literą)?

Odpowiedź na to pytanie nie jest sprawą prostą. Wszystko zależy od interpretacji. Niewątpliwie autorzy testu uznali za nazwę własną wyłącznie część *Logopedyczny Test Przesiewowy*, dlatego zapisali wszystkie te elementy wielkimi literami, traktując człon *dla dzieci w wieku szkolnym* jako dopowiedzenie. Ktoś jednak interesujący się ortografią może ową pisownię odrzucić i upierać przy zapisie *Logopedyczny Test Przesiewowy dla Dzieci w Wieku Szkolnym*, obstając przy tym, że wszystkie elementy (z wyjątkiem przyimków *dla* i *w*) wchodzi w skład przytoczonego *nomen proprium*. I co ma wówczas zrobić językoznawca? Cóż, zaakceptować pisownię jedną i drugą, a wielkie litery w obydwu wypadkach wytłumaczyć tym, że jeśli coś ma charakter jednostkowy, cykliczny, jest to dopuszczalne. Ale może znajdują się i tacy osobnicy, dla których zasadny stanie się wyłącznie zapis:

*Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym,*

jedynie z członem pierwszym oddanym w piśmie wielką literą? Przywołają wówczas [regułę 73] *Wielkiego słownika ortograficznego PWN* (Polański, 2017, s. 46), że:

w tytułach książek bądź podrozdziałów, a także w tytułach artykułów, rozpraw, konkursów, testów, filmów, przedstawień teatralnych, piosenek, wierszy, ustaw i innych aktów prawnych, modlitw i nabożeństw wielkiej litery wymaga jedynie pierwszy wyraz, np. *Podaruj dzieciom słońce; Reklama dzieciom; Telewizowie powodzianom*

i podciągną pod nią zapis:

*Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*

bądź:

*Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*<sup>30</sup>.

I również im trzeba będzie przyznać rację.

W literaturze przedmiotu z łatwością natrafiamy na zapisywanie tytułów testów w całości wielkimi literami, co wydaje się chybione (wygląda na odwzorowanie w polszczyźnie ortografii typowej dla języka angielskiego), np.:

E. Pietsch-Szurek, B. Szmigielska, J. Siuta, *Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig. Podręcznik*, Warszawa 1992, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN

B. Strupczewska, *Test Figury Złożonej Rey-Osterrieth. Podręcznik*, Warszawa 1990, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN

A. Jaworowska, *Test Pamięci Wzrokowej Bentona. Polska normalizacja*. Warszawa 2007, Pracownia Testów Psychologicznych.

Jest to w dodatku o tyle naganne, że mamy do czynienia z tytułami prac naukowych, a więc powinno się napisać:

E. Pietsch-Szurek, B. Szmigielska, J. Siuta, *Test rozwoju percepcji wzrokowej Marianny Frostig. Podręcznik*, Warszawa 1992, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN

B. Strupczewska, *Test figury złożonej Rey-Osterrieth. Podręcznik*, Warszawa 1990, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN

A. Jaworowska, *Test pamięci wzrokowej Bentona. Polska normalizacja*. Warszawa 2007, Pracownia Testów Psychologicznych.

tak samo jak:

E. Krajna, *100-wyrazowy test artykulacyjny*, Gliwice 2008.

Na szczęście taki zapis jest powszechny...

---

<sup>30</sup> Tak: *Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, M. Jodkowska, B. Woynarowska, A. Oblacińska, 2007, Warszawa: Materiały metodyczne dla pielęgniarek szkolnych oraz lekarzy podstawowej opieki lekarskiej; <https://imid.med.pl/files/imid/Do%20pobrania/test-przesiewowy%202007-do-wykrywania-zaburzen.pdf> (dostęp: 18.07.2021).

### 3. *Dyzartria* a. *dysartria*. **Oboczność pisowniowa usankcjonowana**

Wśród wątpliwości dotyczących poprawnego zapisywania terminów logopedycznych pojawia się często pytanie, jak pisać:

*dyzartria* czy *dysartria* (przez *z-* czy przez *s-*)?

Jak wiadomo, chodzi o nazwę ‘zaburzenia artykulacji mowy polegającego na niewyraźnym wymawianiu głosek, powstające wskutek uszkodzenia mięśni języka, podniebienia i gardła lub niektórych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego’ (Bańko, 2003, s. 308). Jest to zapożyczenie z języka greckiego – *dys-árthron* (*dys-* ‘nie-, źle’, *árthron* ‘człon’), które weszło do polszczyzny (do języka medycznego) za pośrednictwem nowołacińskiej formy *dys-arthria* (Bańko, 2003, s. 308).

Jak widać, w tym wyrazie złożonym człon pierwszy wskazuje na ‘brak, zaprzeczenie lub wadliwość albo upośledzenie czegoś’ i zapisuje się go jako *dys-* lub obocznie jako *dyz-*, kiedy poprzedza wyraz rozpoczynający się od samogłoski. Dlatego też z punktu widzenia normatywnego pierwszeństwo należałoby dać zapisowi:

*dyzartria*,

ponieważ człon rzeczownikowy rozpoczyna się samogłoską *a* (*artria*).

Tak samo pisze się np.:

*dyzenteria* (gr. *dys-enteria*), *dyzunia* (*dyz-* + *unia*), *dyzunita* (*dyz-* + *unita*) czy *dyzgust* (łac. *dys-* + *gustus* ‘smak, gust’).

Owa adaptacja graficzna tego typu złożzeń (transkrypcja) nie przebiegła jednak na gruncie polszczyzny konsekwentnie, do dzisiaj piszemy bowiem:

*dysortografia* (*dys-*+ *ortografia*),

gdy tymczasem należałoby oczekiwać zapisu:

*dyzortografia* (jak *dyzartria*, *dyzenteria*, *dyzunia*, *dyzunita*, *dyzgust*), gdyż wyraz zasadniczy zaczyna się od samogłoski *o*.

Na upowszechnienie się formy *dysortografia* (z nieuzasadnionym *dys-*) z pewnością wpłynęły wyrazy:

*dysgramatyzm*, *dysgrafia* i *dysleksja*

słusznie zapisywane z przedrostkiem *dys-*, gdyż wyraz zasadniczy zaczyna się od spółgłosek *d*, *l*. Podobnie rzecz się podziela z *dyzartrią*, na którą oddziaływało przez lata wiele terminów medycznych zapisywanych z początkowym *dys-*, np.:

*dysfagia*, *dysfazja*, *dysforia*, *dysgenezja*, *dysfonia*, *dysglosja*, *dysharmonia*, *dyskineza*, *dyskopatia*, *dyspareunia*, *dyspepsja*, *dysplazja*, *dystonia*, *dystrepsja*, *dysymulacja* itp.

Nie bez znaczenia okazał się też zapis tego słowa przez *dys-* w językach zachodnich (porównaj ang. *dysarthria*, fr. *la dysarthrie*, niem. *die Dysarthrie*). Dlatego we współczesnych słownikach podaje się podwójny zapis omawianego słowa: *dysarthria* a. *dysarthria* z informacją, że forma z *dys-* jest rzadsza (Polański, 2017, s. 369-370). Tak samo można pisać *dysartryczny*, *dysartryczny*<sup>31</sup>, chociaż *Wielki słownik ortograficzny* PWN o derywacie przymiotnikowym *dysarthrii* (tzn. *dysartryczny*) już nie wspomina.

## Podsumowanie

Przy pisaniu niniejszego opracowania Autorowi przyświecał jeden cel: przybliżenie odbiorcom *zasady konwencjonalnej* (inaczej *umownej*) polskiej ortografii, a wśród niej ważnej kwestii zapisywania wyrazów oraz wyrażeń wielką i małą literą, i jej wpływu na poprawne oddawanie w piśmie rozmaitych terminów logopedycznych oraz medycznych. Okazuje się, że jest to dość obszerne zagadnienie, wymagające zgłębienia, a później stosowania nabytej wiedzy w praktyce. W przeciwnym razie będzie się popełniało różne uchybienia związane z ortografią, nie zawsze to sobie uświadamiając.

Trudność w posługiwaniu się w piśmie przywołanymi w tekście pojęciami z dziedziny medycyny i logopedii polega również na tym, że większość z nich polszczyzna specjalistyczna zapożyczyła z łaciny za pośrednictwem języka angielskiego, w którym obowiązują inne nakazy i zakazy ortograficzne. Do leksykografów należało zatem nie tylko właściwe zaadaptowanie graficznie nowych pojęć do potrzeb języka polskiego, lecz również przystosowanie ich do odpowiednich reguł pisowniowych. Bez tego wszystkiego powstałby zamęt oraz chaos przeszkadzający w percepcji trudnych nierzadko treści.

Nie mam wątpliwości, że logopedzi powinny – z korzyścią dla siebie – częściej korzystać ze słowników ortograficznych oraz innych normatywnych wydawnictw poprawnościowych i tam szukać w razie czego wskazówek i pomocy.

## Bibliografia

- Bańko, M. (red.). (2003). *Wielki słownik wyrazów obcych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grabias, S., Kurkowski, Z.M., Woźniak, T. (2002). *Logopedyczny Test Przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*. Lublin: Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grzywacz, M. (2021). *Odbudujmy Pałac Saski! Tylko po co?* – rozmowa z architektem Grzegorzem Piątkiem. *Gazeta Wyborcza*, dodatek „Ale Historia” z 17 lipca 2021 r.
- Janik-Płocińska, B., Sas, M., Turczyn, R., Podracki, J. (red.). (2001). *Wielki słownik ortograficzno-fleksyjny*. Warszawa: „Horyzont” Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media.
- Jaworowska, A. (2007). *Test Pamięci Wzrokowej Bentona. Polska normalizacja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych [pisownia oryginalna].
- Jodkowska, M., Woynarowska, B., Oblacińska A. (2007). *Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*. Warszawa: Materiały metodyczne dla pielęgniarek szkolnych oraz lekarzy podstawowej opieki lekarskiej.
- Jodłowski, S., Taszycki, W. (1967). *Słownik ortograficzny i przepisy pisowni polskiej*. Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Karpowicz, T. (2001). *Słownik ortograficzny języka polskiego*. Warszawa: Muza SA.
- Karpowicz, T. (2008). *Kultura języka polskiego. Wymowa, ortografia, interpunkcja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

---

<sup>31</sup> <https://sjp.pwn.pl/slowniki/dysartryczny.html> (dostęp: 18.07.2021).

- Klemensiewicz, Z. (red.). (1963). *Pisownia polska. Przypisy – Słowniczek* (wyd. XIII). Warszawa–Kraków–Wrocław–Łódź: Zakład im. Ossolińskich.
- Malinowski, M. (2018). *Ortografia polska. Kodyfikacja, reformy i zmiany pisowni (183-2010) oraz jej recepcja*. Kraków: Wydawnictwo EkoDruk.
- Markowski, A. (red.). (1999). *Wielki słownik ortograficzny języka polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo „Wilga”.
- Müldner-Nieckowski, P. (2007). *Wielki słownik skrótów i skrótowców*. Wrocław: Wydawnictwo „Europa”.
- Pietsch-Szurek, E., Szmigielska, B., Siuta, J. (1992). *Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig. Podręcznik*. Warszawa: Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN [pisownia oryginalna].
- Polański, E. (red.). (2017). *Wielki słownik ortograficzny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Przybylska, R., Przyczyna, W. (2011). *Pisownia słownictwa religijnego*. Tarnów: Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej *Biblos*.
- Strupczewska, B. (1990). *Test Figury Złożonej Rey-Osterrieth. Podręcznik*. Warszawa: Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN [pisownia oryginalna].
- Szymczak, M. (red.). (1978). *Słownik ortograficzny języka polskiego*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- <http://www.klinika.gda.pl/ptoza-podwieszenie-opadajacej-powieki/>
- [http://www.rjp.pan.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1486:ekspertyzy&catid=58&Itemid=71](http://www.rjp.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1486:ekspertyzy&catid=58&Itemid=71).
- <https://82-200.pl/4670,zbiorka-na-leczenie-Roberta-Mieszkaniec-Malborka-potrzebuje-naszej-pomocy.html>.
- <https://edutapia.pl/blog/view/16>.
- [https://fil.ug.edu.pl/strona/42547/jak\\_zapisac\\_nazwe\\_wieza\\_mariacka](https://fil.ug.edu.pl/strona/42547/jak_zapisac_nazwe_wieza_mariacka).
- <https://imid.med.pl/files/imid/Do%20pobrania/test-przesiewowy%202007-do-wykrywania-zaburzen.pdf>.
- <https://openmedical.pl/porazenie-nerwu-twarzowego-przyczyny-objawy-i-rehabilitacja/>.
- [https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82\\_Downa](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82_Downa).
- [https://pl.wikipedia.org/wiki/Eponimy\\_medyczne](https://pl.wikipedia.org/wiki/Eponimy_medyczne).
- [https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/985/original/Strony\\_od\\_MpD\\_2011\\_03-7.pdf?1468236159](https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/985/original/Strony_od_MpD_2011_03-7.pdf?1468236159).
- <https://psychoterapiacotam.pl/zespol-aspergera/>.
- <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?documentId=E5EF7842CFC50647C125870C004E7BB1>.
- <https://sjp.pwn.pl/slowniki/dysartryczny.html>.
- [https://visitmalopolska.pl/pl\\_PL/obiekt/-/poi/wzgorze-wawelsk-1](https://visitmalopolska.pl/pl_PL/obiekt/-/poi/wzgorze-wawelsk-1).
- <https://www.aptekagemini.pl/poradnik/zdrowie/zespol-aspergera-czym-rozni-sie-od-autyzmu/>.
- <https://www.diseasemaps.org/pl/marcus-gunn-phenomenon/top-questions/depresja/>.
- [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?lng=PL&Expert=101104](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=PL&Expert=101104).
- <https://www.polskieszlaki.pl/wieza-mariacka-i-hejnal-w-krakowie.htm>.
- <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-nerwowy/pniowe-zespoły-naprzemienne-przyczyny-objawy-rodzaje-leczenie-aa-N9HH-67PJ-vusw.html>.
- <https://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=3D4F63EA>.

**Mirosław MICHALIK**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **LOGOPEDYCZNA DESKRYPCJA KOMPETENCJI KULTUROWEJ (POZNAWCZEJ) OSÓB NIEMOWNYCH I NIEMÓWIĄCYCH W DUCHU LINGWISTYKI KOMUNIKACJI ALTERNATYWNEJ I WSPOMAGAJĄCEJ (AAC)**

### **Streszczenie**

Kompetencja kulturowa, zwana coraz częściej poznawczą, to – obok kompetencji językowej i kompetencji komunikacyjnej – składowa kompetencji lingwistycznej. Uwzględniając tę klasyczną już taksonomię, w rozdziale dokonano charakterystyki tytułowej kompetencji, ale osób niemownych i niemówiących. Zrealizowano to w duchu tzw. lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej, której głównymi parametrami są wymienione wcześniej składowe kompetencji lingwistycznej, zaś parametrami pomocniczymi – zjawiska niemowności, czyli niemożności mówienia na skutek braku systemu językowego, oraz niemówienia, które występuje, gdy pacjent system językowy posiada, ale nie mówi z powodu niedowładów realizacyjnych. Zaproponowana deskrypcja wpisuje się wprost w przedmiot logopedii, czyli nauki o biologicznych uwarunkowaniach rozwoju i zaburzeń mowy.

**Słowa kluczowe:** zdolność porozumiewania się za pomocą środków symbolicznych, wiedza ogólna, nawyki, doświadczenie, reguły kulturowe, niemowność, niemówienie.

### **Summary**

Cultural competence, called more and more often cognitive, is – apart from linguistic competence and communicative competence – a component of linguistic competence. Taking into account this already classic taxonomy, the chapter describes the title competence, but of the mute and speechless people. These were realized in the spirit of the so-called linguistics of alternative and supportive communication, the main parameters of which are the aforementioned components of linguistic competence, and the auxiliary parameters – the phenomena of disability, i.e. inability to speak due to the lack of a language system, and mute, which occurs when the patient has a language system but does not speak due to performance paresis. The proposed description fits directly into the subject of speech therapy, i.e. the science of biological determinants of development and speech disorders.

**Key words:** ability to communicate using symbolic means, general knowledge, habits, experience, cultural rules, disability, speechlessness.

### **Wstęp**

Kompetencja kulturowa, zwana często poznawczą, jako składowa kompetencji lingwistycznej, czyli wiedzy gramatycznej, sprawności funkcjonalnej i zdolności do uczestnictwa w kulturze (Rittel, 1994a), stosunkowo rzadko bywa przedmiotem refleksji lingwistycznie zorientowanej logopedii. Można przypuszczać, że wynika to z dwóch faktów: po pierwsze, to komponent trzeci (po kompetencji językowej i komunikacyjnej), czyli ostatni – zarówno w porządku linearnym, jak i ontolingwistycznym; a po drugie, logopedzi-praktycy, wdrażając pierwszą procedurę postępowania logopedycznego w ujęciu Stanisława Grabiasa (2012a; 2012b; 2015), czyli budowanie trzech rodzajów kompetencji, na interioryzację tej trzeciej, ostatniej zwykle czasu nie mają, a jeśli mają, to i tak skupiają się na gramatyce i pragmatyce wypowiedzi uczniów i pacjentów; deficyty w ich obrębie są bowiem bardziej zauważalne niż kłopoty na poziomie kompetencji kulturowej (poznawczej).



Nieco inaczej sytuacja wygląda na gruncie lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC) – nowej subdyscypliny z pogranicza lingwistyki stosowanej, praktyki AAC oraz logopedii. Tu proporcje między kompetencją językową, komunikacyjną a kulturową (poznawczą) osób niemownych i niemówiących zdają się być bardziej wyważone. Tej ostatniej poświęca się tylko niewiele mniej miejsca niż dwóm pierwszym. Deskrypcji właśnie tego procesu dotyczy niniejszy tekst.

Tytułem wprowadzenia należy założyć, że pogłębiona diagnoza stopnia przyswojenia kompetencji kulturowej (poznawczej) przez osoby niemowne/niemówiące oraz efektywne zabiegi terapeutyczne służące jej interioryzacji muszą być wynikiem przenikania się wiedzy teoretycznej i strategii diagnostyczno-terapeutycznych wypracowanych w trzech przestrzeniach: lingwistyki edukacyjnej, logopedii i praktyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej.

### **1. Lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej – definiowanie subdyscypliny**

Lingwistykę komunikacji alternatywnej i wspomagającej definiuję, odwołując się do terminologicznych ustaleń lingwistyki edukacyjnej (Rittel, 1994b), jako lingwistykę stosowaną z silnymi podstawami metodologicznymi, wykorzystującą i rozwijającą zbiór uporządkowanych teoretycznie terminów (parametrów), które mogą/powinny być wykorzystywane w opisie diagnozowania oraz nabywania przez osoby pozbawione możliwości mówienia kompetencji lingwistycznej.

Parametrem głównym tego rodzaju językoznawczej subdyscypliny jest kompetencja lingwistyczna, której podstawowymi składnikami są: kompetencja językowa (gramatyczno-leksykalna), komunikacyjna (socjolingwistyczna, komunikatywna, pragmatyczna) i – kluczowa dla nas – kulturowa (językowo-kulturowa), zwana często poznawczą (por. Rittel, 1994b). Kompetencja lingwistyczna zawiera w sobie trzy płaszczyzny: zasadniczą, obejmującą wyróżnione powyżej trzy składowe kompetencje, oraz dwie naddane, tj. nadkompetencję i subkompetencję (Rittel, Rittel, 2015). Dodatkowo, kompetencję lingwistyczną opisywać można, przywołując skalę jej oceny. Jednostki tej skali to: kompetencja przejściowa, przybliżona i docelowa. Pierwsza z nich – kompetencja przejściowa – może być poprzedzona w procesie nabywania mowy poziomem subkompetencji, charakteryzującym przede wszystkim dyskurs zaburzony, a ostatnia – kompetencja docelowa – w pewnych sytuacjach ewoluuje w twórczość językową drugiego stopnia, czyli nadkompetencję (Rittel, 1994b).

Z kolei parametry pomocnicze lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej, mocno wpisane w teorię i praktykę logopedii jako nauki o biologicznych uwarunkowaniach rozwoju i zaburzeń mowy, to niemowność i niemówienie (por. Michalik, Przebinda 2020; Michalik, 2020).

### **2. Niemowność i niemówienie – parametry pomocnicze lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC)**

*Niemowność* (ang. *speech inability*), będąca antonimem rzeczownika odprzymiotnikowego *mowność*, pochodzącego od przymiotnika *mowny*, to stan towarzyszący człowiekowi, w którym nie zachodzi układ czynności, jaki przy udziale języka wykonywany jest w celu poznawania rzeczywistości i przekazywania jej interpretacji innym uczestnikom życia społecznego (por. Michalik, 2018, s. 43; Michalik, 2020, s. 133). Definicja ta wykorzystuje z jednej strony tradycję logopedyczną – definicję *mowy* Stanisława Grabias (2015), z drugiej – ustalenia leksykograficzne, a z trzeciej – odwołuje się do etymologii (por. Michalik, 2018, s. 45-49). Odsyłając do wcześniejszych publikacji, można przykładowo jedynie zasygnalizować, że przymiotnik *niemowny* w słownikach języka polskiego jest definiowany na dwa sposoby: 1. «niemogący mówić, pozbawiony mowy» – słowniki: Lindego, tzw. warszawski oraz pod

redakcją Witolda Doroszewskiego, 2. «niemający daru wymowy» – słownik Doroszewskiego. Znaczenie pierwsze odpowiada niniejszemu rozumieniu pojęcia (por. Michalik, 2018). Leksem *niemowność* byłby zaprzeczeniem rzeczownika odprzymiotnikowego *mowność*, który z kolei pochodzi od przymiotnika *mowny* (ang. *verbose, of speech*) (Surowaniec, 2012, s. 498). Rzeczownik *mowność* i przymiotnik *mowny* współtworzą pole semantyczne z rzeczownikiem *mowa*.

*Niemówienie* (ang. *speech non-occurrence*) z kolei definiowane jest w relacji antonimicznej do *mówienia*, które za Renatą Grzegorzyczkową rozumiem jako jednostkowy akt nadawczo-odbiorczy, w którym nadawca, chcąc przekazać odbiorcy pewną informację, wybiera z kodu językowego odpowiednie słownictwo i struktury gramatyczne, uruchamia narządy mowne mające zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego wysyła fale akustyczne do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna (2007, s. 14). Nawiązując do tej definicji, proponuję następującą, wyrosłą z językoznawstwa, definicję *niemówienia*: nadawca, (nie?)<sup>1</sup> chcąc przekazać odbiorcy pewną informację, nie wybiera z kodu językowego odpowiedniego słownictwa oraz struktur gramatycznych, nie uruchamia narządów mownych mających zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego nie wysyła fal akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych nie dokonuje się recepcja dźwięku oraz jego interpretacja mentalna (por. Grzegorzyczkowa, 2007; Michalik, 2018, s. 43-44). Uwzględniając powyższe rozróżnienie, w ramach lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej, a także samej praktyki terapeutycznej wyodrębnić można dwie grupy osób: 1. *dotknięte niemownością (niemowne)*, czyli nieposiadające mowy (w znaczeniu *langage*) i w związku z tym niepodejmujące zespołu czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek mówiący, niepoznające tym samym rzeczywistości na poziomie osób mownych i nieprzekazujące jej interpretacji innym uczestnikom życia społecznego; 2. *dotknięte niemówieniem (niemówiące)*, czyli posiadające system językowy (w znaczeniu *langue*), ale nieprzekazujące odbiorcy informacji, niewybierające z kodu językowego (*langue*) odpowiedniego słownictwa i struktur gramatycznych, nieuruchamiające narządów mownych mających zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego niewysyłające fal akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych nie dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna (por. Michalik, 2018, s. 50-51).

Wykorzystując z kolei tradycję klasyfikowania innych zjawisk logopedycznych oraz ujmowania ich w formie standardów, zaproponować można następującą typologię niemowności i niemówienia, uwzględniającą moment wystąpienia czynnika patogenego:

- 1) Niemowność prelingwalna – czynnik patogeny skutkujący późniejszym brakiem mowy a w efekcie mówienia wystąpił przed opanowaniem mowy, czyli w okresie prenatalnym, perinatalnym i postnatalnym w 1. r. ż. dziecka; zaliczyć tu można takie logopedyczne jednostki nozologiczne, jak: alalię audiogenną, oligofazję, alalię, anartrię o podłożu mpd., brak mowy w autyzmie dziecięcym;
- 2) Niemowność i niemówienie perilingwalne – czynnik patogeny skutkujący niemownością lub niemówieniem wystąpił w trakcie rozwoju mowy, tj. między 2. a 6. r. ż; zalicza się tu następujące jednostki nozologiczne: niedokształcenie mowy o typie afazji i mutyzm;
- 3) Niemowność i niemówienie postlingwalne – czynnik patogeny wystąpił po opanowaniu mowy, tj. począwszy od 7. r. ż.; w tę grupę włączyć można przede wszystkim: afazję globalną, afazję motoryczną, mutyzm akinetyczny, anartrię, mowę bezkrtaniową (por. Michalik, 2018).

---

<sup>1</sup> Często nie można rozstrzygnąć, czy osoba niemówiąca chce (nie chce) przekazywać odbiorcy informację.

### 3. Kompetencja kulturowa (poznawcza) jako przedmiot zainteresowania lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC) oraz logopedii praktycznej

Przypominam, odwołując się do koncepcji wypracowanych przez lingwistykę edukacyjną, że kompetencja kulturowa, obok językowej i komunikacyjnej, jest składową kompetencji lingwistycznej (Rittel, 1994a, s. 27). Kompetencja ta, zwana czasem wiedzą kulturową lub kompetencją interaktywną, to inaczej zdolność do uczestnictwa w kulturze, jego warunek *sine qua non* (Rittel, 1994a, s. 27, 31; por. także Michalik, 2016, s. 20-21). Jest przejawem osiągnięcia kompetencji językowej, czyli danej biologicznie, nieuświadomionej wiedzy idealnego mówcy-słuchacza, pozwalającej tworzyć i rozumieć zdania gramatycznie poprawne danego języka (Chomsky, 1982, s. 14-16; por. także Rittel, Rittel, 2015), a także kompetencji komunikacyjnej, rozumianej jako warunek wszelkich społecznych zachowań językowych i umiejętność użycia języka adekwatnie do intencji nadawcy komunikatu i odpowiednio do sytuacji oraz wiedzy o słuchaczu (Rittel, 1994a, s. 30). Logopedzi przyjmują, że bez nabycia na odpowiednim poziomie kompetencji językowej i komunikacyjnej niemożliwe jest przyswojenie kompetencji kulturowej (poznawczej).

Z punktu widzenia lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC) najbardziej trafioną definicję kompetencji kulturowej proponują Teodozja Rittel i Stefan Jerzy Rittel (2015, s. 82), ujmując jej istotę, jako:

zdolność porozumiewania się za pomocą środków symbolicznych, odpowiednio zróżnicowanym słownikiem i zróżnicowanymi znaczeniami w działaniu językowym. Kompetencja kulturowa [...] oznacza sprawność ponadjęzykową, którą buduje wiedza ogólna, nawyki oraz doświadczenie [...]. W językoznawstwie kompetencja kulturowa oznacza treść komunikacyjną, która ma charakter konwencji reguł kulturowych, przypisaną, również na zasadzie konwencji, czynnościom, ich wytworom i zjawiskom<sup>2</sup>.

Z kolei w logopedii drugiej dekady XXI wieku – już dojrzałej teoretycznie oraz metodologicznie – semantycznie zrównano terminy: *kompetencja kulturowa* i *kompetencja poznawcza*. Opracowania najnowsze *kompetencję poznawczą* łączą natomiast częściej z procesem diagnozy logopedycznej, zaś termin *kompetencja kulturowa* jest wpisywany w układ procedur prognostyczno-terapeutycznych (por. np. Grabias, 2012a, s. 58, 60). Kompetencja kulturowa zajmuje poczesne miejsce w procedurach postępowania logopedycznego. Jej uwewnętrznienie, zautomatyzowanie zapewnia bowiem człowiekowi możliwość poznawania świata i dokonywania jego interpretacji, a w efekcie – przekazywanie tych interpretacji innym (Michalik, 2018, s. 193).

Potencjał teoretyczny i praktyczny wiążący się z treściami wnoszonymi przez pojęcie kompetencji kulturowej (poznawczej) w proces diagnozowania jako pierwszej procedury postępowania terapeutycznego wynika w przypadku osób niemownych i niemówiących przede wszystkim z obszarów zachowań komunikacyjnych, które powinny być opisywane. Pierwszy z nich stanowią czynności poznawcze człowieka, drugi – dokonywany przez niego przekaz wiedzy i realizacja intencji. W zakresie opisu czynności poznawczych człowieka niemownego/niemówiącego ocenie podlegają aspekty: leksykalny, semantyczny i – rzadko dostępny – narracyjny

---

<sup>2</sup> Dodatkowo w obszarze lingwistyki edukacyjnej kompetencja kulturowa jest pomocna w wyróżnianiu i dookreślaniu pojęcia nadkompetencji oraz subkompetencji, czyli stanów przyswojenia mowy niemieszczących się w schemacie kompetencja przejściowa, przybliżona, docelowa. Subkompetencja to nie tylko brak kompetencji, ale również niezdolność do opanowania języka. Nadkompetencja z kolei to tzw. twórczość drugiego stopnia, kreatywność językowa osiągalna dzięki opanowaniu kompetencji językowej (por. *Dyskurs edukacyjny. Zagadnienia – znaczenia – terminy. Wybór i opracowanie*, T. Rittel, S.J. Rittel, 2015, Kraków: Wydawnictwo Collegium Columbinum, s. 82). Nadkompetencja to stan przyswojenia mowy praktycznie nieosiągalny dla osób niemownych.

(por. Grabias, 2012a; 2012b). Z kolei w zakresie deskrypcji czynności przekazu wiedzy o świecie i intencji oceniane być powinny: intencje i ich realizacje, czynność komunikowania się, sprawność dialogowa, językowa sprawność społeczna. Przedstawiony plan deskrypcji czynności poznawczych człowieka oraz czynności przekazu wiedzy i intencji to najważniejszy element logopedycznego procesu diagnozowania. Wydaje się on możliwy do zastosowania (w obszernych partiach) w przypadku deskrypcji kompetencji lingwistycznej z kompetencją poznawczą (kulturową) jako najważniejszą osób niemówiących i niemownych (Michalik, 2018, s. 195-197).

Przechodząc z etapu diagnozowania do etapu programowania i prowadzenia terapii logopedycznej osób niemownych i niemówiących, należy podkreślić, że nabywanie i doskonalenie kompetencji poznawczej wymaga umiejętności wykraczających poza sprawności gramatyczne, składniowe, leksykalne oraz komunikacyjne. Kate Silver w kontekście strategii AAC do takich umiejętności wyższego rzędu, czasem zwanymi wyższymi czynnościami psychicznymi, zalicza: 1) utrzymywanie uwagi – od wspólnego pola uwagi w trakcie wspólnej aktywności poprzez uwagę na partnerze komunikacyjnym, większej grupie osób, aż do dostrzegania detali na tle całości; 2) dokonywanie wyborów – najpierw z konkretnych przedmiotów, następnie za pomocą symboli, do dokonywania wyborów z podanych alternatyw oraz umiejętności uzasadnienia; 3) planowanie, zapowiadanie – w trakcie rutynowych czynności, zapowiadanie kolejnego kroku, kolejnych zajęć, planowanie czynności i wydarzeń; 4) wnioskowanie – np. z podanych kilku symboli przedmiotów wnioskowanie o czynności; 5) rozwiązywanie problemów – dostrzeganie brakującego przedmiotu i prośenie o niego, dostrzeganie problemu i znajdowanie rozwiązania, tu: prośenie o pomoc, dawanie wskazówek, prośenie o informację, rozważanie alternatywnych rozwiązań; 6) kategoryzowanie – sortowanie przedmiotów codziennego użytku na dwie kategorie, sortowanie przedmiotów w trakcie codziennych aktywności, dopasowywanie przedmiotów ze względu na funkcje, podawanie kategorii nadrzędnej, ustalanie własnych kategorii i uzasadnianie ich; 7) dostrzeganie podobieństw i różnic, porównywanie – używanie słownictwa typu: taki sam, inny, podobny; 8) posiadanie świadomości myśli i uczuć – świadomość oraz nazywanie własnych uczuć i emocji, uczuć i emocji innych, umiejętność „zarządzania” nimi, prawidłowe reagowanie na uczucia u innych osób; 9) zdobywanie, segregowanie, ocena informacji; 10) rozumienie dwuznaczności i wieloznaczności – rozumienie, że słowo może mieć dwa lub więcej znaczeń, rozumienie, że jedno pojęcie może być określane dwoma lub więcej słowami, rozumienie idiomów, rozpoznawanie i używanie sarkazmu, żartu, kłamstwa; 11) dostrzeganie ukrytych znaczeń, nielogiczności i braku sensu i in. (Silver, 2005; por. Michalik, 2018; Michalik, Przebinda, 2018).

Niezwykle ważnym komponentem wyposażania dziecka niemownego/niemówiącego w kompetencję kulturową (poznawczą) jest wypracowanie umiejętności pracy z tekstem, czyli semantycznego przekodowywania zawartych w nim treści. Nim dziecko nauczy się czytać i pisać, musi mieć okazję obcowania z książką, przez co wykształca się u niego umiejętności rozumienia struktury tekstu, wyróżniania głównych bohaterów, ich charakterystyki, rozpoznawania wątków, opowiadania fabuły. By osiągnąć pewien etap zaawansowania, potrzebna jest strategia tzw. czytania uczestniczącego (*shared reading*) (Light, McNaughton, 2009). Polega ona na włączeniu dziecka w proces czytania książki tak, aby opanowało ono na wstępie umiejętności techniczne z tym związane (jak trzymać książkę, jak podążać wzrokiem/palcem za tekstem od lewej do prawej, odwracać strony, przeglądać od początku do końca itp.). Dodatkowo należy zachęcać dziecko do czytania analogicznego do dzieci mówiących, poprzez np.: powtarzanie jednej frazy na końcu strony, wewnątrz strofy, jednej linii do wiersza, wstawianie pojedynczych słów lub zdań wewnątrz strofy, wstawianie dwóch różnych linii/zdań wewnątrz strofy. Dziecko

musi mieć również dostęp do słownictwa pozwalającego wyrażać emocje związane z książką oraz służącego do tworzenia komunikatów typowych w takiej sytuacji. Służyć temu mogą urządzenia z możliwością nagrywania mowy oraz tablice do czytania uczestniczącego (za: Light, McNaughton, 2009; Michalik, Przebinda, 2018).

Innym ważnym warunkiem przyswojenia kompetencji kulturowej jest efektywne stymulowanie dziecka niemownego/niemówiącego szeroko rozumianymi elementami rzeczywistości. Zważywszy na przyczyny niemowności/niemówienia, które najczęściej sprowadzają się do głębokich biologicznych determinant rozwoju dziecka, zadanie to wcale nie jest łatwe. Jeśli jednak przyjmiemy, że kultura „to sposoby konceptualizacji, kategoryzacji i doświadczania świata” (Anusiewicz, 1995, s. 8), wówczas każdy kierowany przez dorosłego kontakt dziecka z rzeczywistością jest *de facto* konceptualizacją, kategoryzowaniem oraz doświadczaniem wielkiego świata-kultury, łączącym się z wyróżnionymi przez Kate Silver umiejętnościami wyższego rzędu (2005). Jednym z pierwszych etapów budowania kompetencji kulturowej (poznawczej) dziecka niemownego/niemówiącego powinna być zatem rytualizacja ustalonych konwencji. Rytuały te, początkowo niejęzykowe, ale od razu związane z kolistą koncepcją czasu obrzędowo-przyrodniczego, opierać muszą się na pozytywnych emocjach. Dalszy etap, czyli nazywanie pewnych rytualnych zabiegów z wykorzystaniem symboli AAC, to załączek budowanego Językowego Obrazu Świata i Kultury (Dąbrowska, Anusiewicz, 2000). Istotnym komponentem kompetencji kulturowej są również wartości. Spośród elementarnych, a więc takich, które dziecku powinien przekazać logopeda, terapeuta, są: czas, praca, poświęcenie, oddanie, zaufanie, ciepło oraz radość ze wspólnego przebywania. Mimo że z punktu widzenia aksjolingwistyki – kierunku badań lingwistycznych, którego przedmiotem jest wartość oraz wartościowanie jako elementy semantycznego systemu języka, językowe oraz tekstowe formy eksplikacji wartości i ich funkcje pragmatyczne – wydają się oczywiste, w terapeutycznej praktyce nie zawsze, niestety, takimi są.

### **Podsumowanie**

W przywołanej powyżej definicji kompetencji kulturowej autorstwa T. Rittel i S.J. Rittela, wyrosłej z lingwistyki edukacyjnej (2015, s. 82), kluczowe z punktu widzenia teorii i praktyki AAC są następujące terminy: *zdolność porozumiewania się za pomocą środków symbolicznych, wiedza ogólna, nawyki, doświadczenie, reguły kulturowe*. Budując za pomocą strategii AAC system komunikacyjny niemownego dziecka, większość z nich to jednocześnie środki i cele działań terapeutów. Wprowadzając środki symboliczne któregoś z systemów AAC, automatycznie rozwijamy sprawności dziecka w tym zakresie, co przecież jest jednym z celów terapii osób niemownych i niemówiących. Przekazując podczas zajęć terapeutycznych informacje o świecie, budujemy podstawy wiedzy ogólnej, automatyzując zachowania komunikacyjne, zyskujemy taki poziom ich interioryzacji, że stają się nawykami. Tym samym dziecko zdobywa doświadczenia, pozwalające mu odkrywać, a później współtworzyć reguły kulturowe.

Przyswojenie kompetencji kulturowej (poznawczej) nie jest możliwe bez posiadania pewnego minimum psychofizycznych umiejętności, określonego zasobu czynności psychicznych, sprawności wyższego rzędu, np. utrzymywania uwagi, dokonywania wyborów, planowania, zapowiadania, wnioskowania, myślenia przyczynowo-skutkowego, myślenia przez analogię, kategoryzowania, dostrzegania podobieństw i różnic, porównywania, posiadania świadomości myśli i uczuć i in. W przypadku niemowności o podłożu np. głębokiej niepełnosprawności intelektualnej są one praktycznie nieosiągalne, co niweluje do zera możliwość wyposażenia takiej osoby system komunikacyjny używany intencjonalnie, a przez to skutecznie (por. Baraniewicz, Baraniewicz, 2007). Kolejnym środkiem umożliwiającym pełne korzystanie

z zasobów kompetencji kulturowej (poznawczej) jest odkrycie dla dziecka niemownego/niemówiącego potencjału subkodu pisanego języka – najefektywniejszego medium tworzącego teksty kultury. I w tym przypadku środek (umiejętność czytania i tworzenia tekstów w języku naturalnym) staje się celem – dowodem na przyswojenie kompetencji kulturowej jest właśnie umiejętność czytania oraz pisania. Ostatnią kwestią, bez której nie zbudujemy kompetencji kulturowej (poznawczej), są wartości. Oczywiście za swoiste zanurzenie dziecka w ich świecie odpowiedzialności nie ponosi wyłącznie terapeuta.

### **Bibliografia**

- Anusiewicz, J. (1995). *Lingwistyka kulturowa. Zarys problematyki*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Baraniewicz, D., Baraniewicz, M. (2007). Możliwości komunikacyjne uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym. W: J. Baran, A. Mikrut (red.), *Umiejętności komunikacyjne osób z niepełnosprawnością. Teoria, diagnoza, wspomaganie* (s. 195-205). Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Chomsky, N. (1982). *Zagadnienia teorii składni*. Wrocław: Wydawnictwo Ossolineum.
- Dąbrowska, A., Anusiewicz, J. (red.). (2000). *Językowy obraz świata i kultura*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Grabias, S. (2012a). O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki* (s. 56-69). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Grabias, S. (2012b). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 16-71). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grabias, S. (2015). Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 13-35). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grzegorzczakowa, R. (2007). *Wstęp do językoznawstwa*. Warszawa: PWN.
- Light, J., McNaughton, D. (2009). Addressing the literacy demands of the curriculum for conventional and more advanced readers and writers who require AAC. W: G. Soto, C. Zangari (red.), *Practically Speaking. Language, Literacy, and Academic Development for Students with AAC Needs* (s. 195-215). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Michalik, M. (2016). Kompetencja kulturowa jako przedmiot zainteresowania współczesnej logopedii – na przykładzie teorii logopedycznego wiersza pajdialnego, *Logopedia*, 45, 19-32.
- Michalik, M. (2018). *Lingwistyczno-logopedyczne podstawy komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Ujęcie metodologiczne*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Michalik, M. (2020). Linguistics of Augmentative and Alternative Communication in the Process of Diagnosis of Speech Inability and Speech Non-Occurrence. *Logopaedica Lodziensia*, 4, 131-140.
- Michalik, M., Przebinda E. (2020). Inter- i transdyscyplinarność w opisie niemowności i niemówienia. W: I. Więcek-Poborczyk, J. Żulewska-Wrzosek (red.), *Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar?* (s. 15-27). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Michalik, M., Przebinda, E. (2018). Budowanie kompetencji lingwistycznej u osób niemówiących z wykorzystaniem strategii komunikacji alternatywnej. W: A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Metody terapii logopedycznej* (s. 143-183). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Rittel, T. (1994a). *Metodologia lingwistyki edukacyjnej. Rozwój języka*. Kraków: WSP.
- Rittel, T. (1994b). *Podstawy lingwistyki edukacyjnej. Nabywanie i kształcenie języka* (wyd. 2 poszerz.). Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Rittel, T., Rittel, S.J. (2015). *Dyskurs edukacyjny. Zagadnienia – znaczenia – terminy. Wybór i opracowanie*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Columbinum.
- Silver, K. (2005). *Assessing and Developing Communication and Thinking Skills in People with Autism and Communication Difficulties. A Toolkit for Parents and Professionals*. London-Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Surowaniec, J. (2012). *Logopedyczny słownik angielsko-polski, polsko-angielski*. Kraków: Józef Surowaniec.

## **II. BADANIA STOSOWANE**

**Beata LISOWSKA**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

**STUDENCI LOGOPEDII –  
MOTYWACJA, OCZEKIWANIA WOBEC STUDIÓW,  
OBAWY ORAZ PREFERENCJE DOTYCZĄCE PRACY ZAWODOWEJ**

**Streszczenie**

Autorka przedstawia wyniki badań, którymi objęto studentów logopedii studiujących w czterech uczelniach: Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, Uniwersytecie Gdańskim i Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie. Z przeprowadzonych badań wynika, że główną motywacją do podjęcia studiów z zakresu logopedii były zainteresowania badanych tą tematyką. Ponadto studenci bardzo wysoko ocenili zajęcia teoretyczne, a trochę słabiej te o charakterze praktycznym, choć wskazują na wiele pozytywnych aspektów praktyk zawodowych. Z zebranych danych wynika także, że najmocniejszą stroną studiów z zakresu logopedii jest profesjonalna kadra wykładowców, natomiast w odczuciu respondentów pewnego dopracowania wymaga program studiów – dobór niektórych przedmiotów i treści. Z opinii studentów wynika także, że mają pewne obawy związane z wykonywaniem pracy zawodowej – nie czują się jeszcze w pełni do niej przygotowani, a większość respondentów chciałaby w przyszłości prowadzić swój gabinet logopedyczny.

**Słowa kluczowe:** logopedia, motywacja do podjęcia studiów, studenci logopedii, opinie studentów o studiach z zakresu logopedii, preferencje zawodowe studentów logopedii.

**Summary**

The author presents the results of research involving students of speech therapists and studying at four universities: Krakowska Akademia im. Andrzej Frycz Modrzewski, the State University of Applied Sciences in Nowy Sącz, the University of Gdańsk and the Pedagogical University in Krakow. The conducted research shows that the main motivation to start studies in the field of speech therapy were the interests of the respondents in this subject. Moreover, the students assessed the theoretical classes very highly, and the practical ones a little lower, although they indicate many positive aspects of apprenticeships. The collected data also shows that the strongest side of studies in the field of speech therapy is the professional staff of lecturers, while the respondents felt that the curriculum needed some refinement – the selection of certain subjects and content. The students' opinions also show that they have some fears related to their professional work – they do not feel fully prepared for it yet, and most of the respondents would like to run their own speech therapy office in the future.

**Key words:** speech therapy, motivation to undertake studies, speech therapy students, students' opinions about studies in the field of speech therapy, professional preferences of speech therapy students.

**Wstęp**

Obecnie młodzi ludzie stojący przed wyborem studiów lub decydujący się na uzupełnienie swojego wyższego wykształcenia mogą wybierać różnorodne kierunki bądź też grupy zajęć specjalizacyjnych z bardzo bogatej oferty wielu różnych uczelni. Nasuwa się zatem pytanie, jakie czynniki wpływają na to, że z ogromnego wachlarza możliwości kandydaci wybierają właśnie logopedię – dziedzinę wiedzy jakże szeroką i odwołującą się do wielu innych dyscyplin. Można oczywiście zakładać, że przyszli studenci nie mają pełnej świadomości, z czym dokładnie



będzie się wiązało ich studiowanie oraz przyszła praca zawodowa, ale może już w trakcie zdobywania wiedzy i umiejętności z zakresu logopedii będą wyrażali rozczarowanie tą profesją i nie zdecydują się na jej wykonywanie w przyszłości. Naturalnie może się też okazać, że będą usatysfakcjonowani studiami i w trakcie swojej edukacji utwierdzą się w przekonaniu, że chcą pracować w tym zawodzie.

Wszystkie te kwestie wydają się bardzo interesujące i warte szerszej analizy. W związku z tym zaplanowano badania, którymi objęto grupę 100 studentów z następujących ośrodków: Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, Uniwersytetu Gdańskiego oraz Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Aby zapewnić studentom pełną anonimowość, nie proszono ich o wskazanie miejsca studiowania, ale tylko o określenie rodzaju studiów. Z danych liczbowych wynika, że 42% badanych to studenci studiów stacjonarnych, 35% studiów niestacjonarnych, a 23% to słuchacze studiów podyplomowych. Zawód logopedy jest profesją wyraźnie sfeminizowaną, stąd 95% ankietowanych stanowiły kobiety, a pozostałe 5% to mężczyźni.

Wyniki zostały zebrane za pośrednictwem ankiety elektronicznej. Składała się ona z 13 pytań – z czego 7 miało charakter zamknięty, a 6 otwarty. Pytania dotyczyły następujących kwestii:

- motywacji odpowiedzialnej za wybór przez studentów kierunku lub grupy zajęć specjalizacyjnych związanych z logopedią;
- oceny zajęć teoretycznych, praktycznych oraz praktyk;
- mocnych i słabych stron studiów z zakresu logopedii;
- obaw studentów związanych z ich pracą zawodową i preferencji dotyczących przyszłej pracy zawodowej studentów.

W dalszej części opracowania zostaną omówione wyniki zebrane w formie ilościowej oraz jakościowej.

## **1. Motywacja do podjęcia studiów z zakresu logopedii**

Zawód logopedy jest trudny ze względu na interdyscyplinarność wpisaną w tę profesję, a także odpowiedzialność wynikającą z prowadzonej terapii. Warto zatem się przyjrzeć, co skłoniło młodych ludzi do podjęcia studiów z tego zakresu. Zanim to jednak nastąpi, należy przybliżyć, czym w ogóle jest motywacja. Najczęściej określa się ją jako zbiór „wszystkich procesów zaangażowanych w inicjowanie, ukierunkowywanie i utrzymywanie fizycznych i psychicznych aktywności. Wymaga pobudzenia i determinuje jedną z możliwych reakcji, którą uruchomisz w danej sytuacji – choć wybór nie zawsze jest celowy i świadomy” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2010, s. 60). Najczęściej wyróżnia się motywację wewnętrzną oraz zewnętrzną i ciekawym wydaje się, która z nich odgrywa kluczową rolę przy podejmowaniu decyzji związanych z wyborem studiów.

Z zebranych danych (tabela 1) wynika, że w przypadku tej grupy badanych dominującym czynnikiem były zainteresowania ankietowanych – 47 wskazań. Wyniki te korespondują z innymi badaniami dotyczącymi czynników decydujących o wyborze studiów. Analizy prowadzone przez ostatnie lata wyraźnie wskazują, że młode osoby, wybierając studia, kierują się przede wszystkim chęcią rozwijania swoich pasji i mocnych stron (por. Pielach, 2019; Michno, Lib, 2019). Widać zatem wyraźnie, że kandydaci przede wszystkim poszukują sensu i spełnienia, natomiast względy ekonomiczne są przesuwane na dalszy plan. Zauważa się istotną zmianę, ponieważ jeszcze badania prowadzone na początku XX wieku wskazywały, że priorytetem przy wyborze studiów była chęć pozyskania dobrze płatnej pracy (Jarecki, 2008).

Z zebranych danych wynika też, że ankietowani, rozpoczynając studia z zakresu logopedii, brali również pod uwagę fakt, że w ten sposób poszerzają swoje wykształcenie (33 wskazania). Takie odpowiedzi wydają się zrozumiałe z tego względu, że część ankietowanych to studenci studiów drugiego stopnia lub studiów podyplomowych. Często decydują się zatem na podjęcie dodatkowych studiów, mając już wykształcenie wyższe z innego zakresu. Kwalifikacje z zakresu logopedii poszerzają więc ich możliwości zatrudnienia, otwierają szersze perspektywy zawodowe. Jak wynika z badań prowadzonych przez Anetę Domagałę, Urszulę Mirecką i Ewę Muzykę-Furtak (2016), ten motyw przy wyborze studiów ma najważniejsze znaczenie w przypadku słuchaczy studiów podyplomowych.

Tabela 1

*Motywacja do podjęcia studiów na kierunku / w grupie zajęć specjalizacyjnych logopedia*

<b>Motywacja studentów</b>	<b>Liczba wskazań</b>
zainteresowanie problematyką związaną z logopedią	49 <sup>1</sup>
możliwość poszerzenia kwalifikacji zawodowych	33
zapotrzebowanie na rynku pracy	26
chęć uzupełnienia studiów I stopnia	19
zachęta ze strony innych osób	17
przypadkowa decyzja	7
udział studenta w terapii logopedycznej	5
inne	10

Źródło: badania własne.

Niektórzy badani wskazywali też, że właśnie zapotrzebowanie na rynku pracy na logopedów było – według nich – ważnym czynnikiem decydującym o wyborze studiów (26 odpowiedzi). Takie spostrzeżenia są w pełni uzasadnione, gdyż z informacji podanych w *Barometrze zawodów* wynika, że w Polsce logopedzi znajdują się w grupie zawodów zbilansowanych, a zatem możemy mówić o równowadze między popytem i podażą (<https://barometrzwodow.pl/modul/prognozy-na-mapach-wyniki?province%5B%5D%23polska&year%5B%5D=2021&forecast%5B%5D=relation&profession%5B%5D=304&relation=1>, dostęp: 10.08.2021). W województwie małopolskim, a także w pomorskim, czyli w tych, z których pochodzą badani, wydzielone są nawet powiaty, gdzie prognozuje się na 2021 rok zwiększone zapotrzebowanie na logopedów, zatem oznaczono w nich ten zawód jako deficytowy. W Małopolsce dotyczy to powiatu krakowskiego, limanowskiego, brzeskiego, tarnowskiego, miechowskiego. Z kolei w województwie pomorskim o większym popycie na tę profesję można mówić w następujących powiatach: malborskim, starogrodzkim, kartuskim oraz bytowskim.

Z analiz prowadzonych na potrzeby *Barometru zawodów* wynika, że taka sytuacja na rynku pracy determinowana jest różnymi przyczynami. Podaje się m.in. zwiększającą się liczbę dzieci z dysfunkcjami, co wiąże się z koniecznością objęcia ich terapią, a z raportu wynika właśnie, że brakuje specjalistów posiadających wymagane kwalifikacje. Kolejnym czynnikiem jest też większa świadomość rodziców, którzy rozumieją fakt, że prawidłowo rozwinięta mowa jest kluczową umiejętnością i wszelkie nieprawidłowości w tym zakresie należy skonsultować z logopedą, który poprowadzi odpowiednią terapię. Ponadto zauważa się stały wzrost liczby przedszkoli, a zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. o w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej

<sup>1</sup> Wyniki nie sumują się do 100, ponieważ studenci mieli możliwość wskazania kilku odpowiedzi.

w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach na dyrektorze przedszkola ciąży obowiązek zapewnienia pomocy uczniom z deficytami kompetencji i zaburzeń sprawności językowych, co w praktyce przekłada się na konieczność zatrudnienia w placówce logopedy.

Z zebranych danych wynika także, że czasami ludzie podejmują wybory dotyczące ich edukacji pod wpływem zachęty innych osób. Wprawdzie w ankiecie nie proszono badanych o konkretne wskazanie, kto w największej mierze przyczynił się do podjęcia decyzji ze strony respondentów, jednak z badań o podobnym charakterze wynika, że największy wpływ ma rodzina, potem nauczyciele oraz przyjaciele (Czerwonka, Lib, 2019; Jarecki, 2008). Okazuje się także, że pewne znaczenia, ale nieznaczne, mają własne doświadczenia, w tym wypadku związane z osobistym uczestnictwem w terapii logopedycznej – tak wskazało 5 respondentów.

W ramach podsumowania tej części należy stwierdzić, że badani w wyborze studiów kierują się przede wszystkim własnymi zainteresowaniami, co wydaje się pozytywnym zjawiskiem i pozwala przypuszczać, że dzięki wewnętrznej motywacji będą z zainteresowaniem zgłębiać studiowane zagadnienia, a w przyszłości będą swój zawód wykonywać z pasją, co jest niezmiernie ważne w kontakcie z drugim człowiekiem, czyli osobą objętą terapią i jej bliskimi. Okazuje się także, że ważnym powodem, głównie dla słuchaczy studiów podyplomowych, jest możliwość poszerzenia swoich dotychczasowych kwalifikacji.

## 2. Ocena zajęć teoretycznych z zakresu logopedii

Obecnie w programach studiów kładzie się duży nacisk na osiągnięcie przez studenta efektów uczenia się w trzech obszarach: wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych. Każdy z nich jest istotny w przyszłej pracy zawodowej i bardzo często się one wzajemnie przenikają, tworząc integralną całość. Stąd też w ramach badań zapytano respondentów w pierwszej kolejności o ocenę poziomu zajęć merytorycznych, które stanowią bazę do wypracowania umiejętności praktycznych. Z zebranych danych (tabela 2) wynika, że studenci wysoko (63 wskazania) oraz bardzo wysoko (19 wskazań) oceniają tę część programu studiów. Znacznie mniej osób, gdyż 17 uważa, że zajęcia są prowadzone na poziomie przeciętnym. Generalnie z opinii respondentów można wysunąć wniosek, że uczelnie zapewniają studentom właściwe przygotowanie merytoryczne.

Tabela 2

*Ocena przez studentów poziomu zajęć teoretycznych*

Poziom zajęć teoretycznych	Liczba wskazań
bardzo wysoki	19
wysoki	63
przeciętny	17
słaby	1
bardzo słaby	0

Źródło: badania własne.

Respondentów pytano także o ocenę liczby zajęć teoretycznych. Z przedstawionych danych wynika (tabela 3), że większość studentów (55 osób – głównie studenci studiów stacjonarnych i niestacjonarnych) nie ma w tej kwestii żadnych zastrzeżeń.

Tabela 3

Ocena przez studentów liczby zajęć teoretycznych uwzględnionych w programie studiów

Ocena zajęć	Ogólna liczba wskazań	Procentowa liczba wskazań z podziałem na formę studiów	
odpowiednia liczba godzin	56	stacjonarne	55
		niestacjonarne	70
		podyplomowe	33
zbyt duża liczba godzin	32	stacjonarne	24
		niestacjonarne	23
		podyplomowe	61
zbyt mała liczba godzin	12	stacjonarne	21
		niestacjonarne	7
		podyplomowe	6

Źródło: badania własne.

Respondenci tak uzasadniali swoje opinie:

- „Optymalna liczba godzin”<sup>2</sup>.
- „Myślę, że liczba godzin teoretycznych jest odpowiednia i wystarczająca”.
- „Jest ona wystarczająca do zaznajomienia się z problematyką logopedii”.
- „Liczba godzin proporcjonalna do liczby materiału”.
- „Myślę, że są przemyślane i odpowiednio ułożone”.
- „Jest idealna dla zainteresowania tematyką studiów i zagłębianie się w nią”.

Należy podkreślić, że 1/3 wszystkich respondentów uważa, że w programie studiów znalazło się zbyt wiele zajęć teoretycznych. Takie opinie dominują przede wszystkim w grupie studentów studiów podyplomowych, także średnio co 5. student studiów stacjonarnych oraz niestacjonarnych jest podobnego zdania. Wydaje się, że warto zacytować tu wypowiedzi respondentów:

- „Poświęcono zbyt dużo godzin na zajęcia z zakresu pedagogiki”.
- „Przeważająca liczba godzin powinna dotyczyć stricte logopedii, bo to kierunek, który wybrałam jako studia podyplomowe i to taki zawód będę wykonywać, zatem studia logopedyczne powinny dotyczyć głównie logopedii, a przedmioty pedagogiczne powinny być wyłącznie dodatkiem, jak powtórzenie, a nie nauką od podstaw.”
- „Zależy od przedmiotu, były w programie studiów przedmioty, które były całkowicie zbędne i nieprzydatne do pracy”.
- „Zbyt niska liczba godzin dotyczących logopedii, przy wysokiej liczbie godzin pedagogiki, metodyki nauczania”.
- „Uważam, że jest ich za dużo w stosunku do zajęć praktycznych. Wiele tematów i zagadnień powtarzało się na kilku przedmiotach” .
- „Uważam, że było za mało godzin związanych z tematami logopedycznymi”.
- „Niektórych pedagogiczno-psychologicznych zdecydowanie za dużo”.

<sup>2</sup> Wypowiedzi studentów cytowane są dosłownie, bez poprawy ewentualnych błędów.

Z zacytowanych wypowiedzi wynika, że respondenci przede wszystkim uważają, iż w programie studiów poświęcono zbyt wiele godzin na zajęcia o charakterze pedagogicznym. Ponadto podnoszą oni jeszcze inną kwestię, a mianowicie uważają, że warto by było, żeby w programie studiów znalazło się więcej przedmiotów o charakterze praktycznym. Znajduje to potwierdzenie w następujących opiniach:

- „Teorii dość, mało praktyki”.
- „Byłabym bardziej zadowolona, gdyby zajęć praktycznych było więcej w stosunku do teoretycznych”.

Podsumowując, można stwierdzić, że osoby podejmujące studia z zakresu logopedii dosyć wysoko oceniają poziom zajęć o charakterze teoretycznym – łącznie 82 respondentów jest zdania, że są one prowadzone na wysokim lub bardzo wysokim poziomie. Także ponad połowa ankietowanych uważa, że ich wymiar jest wystarczający. Wyniki te korespondują z badaniami prowadzonymi przez Joannę Grubą (2020), która na podstawie zebranych danych zauważyła, że studenci wszystkich form studiów wysoko oceniają przygotowanie merytoryczne z zakresu logopedii prowadzone na uczelniach w całej Polsce.

Wracając do badań przeprowadzonych na potrzeby tego opracowania, należy jednak stwierdzić, że respondenci mają jedynie zastrzeżenia do liczby przedmiotów o charakterze psychologiczno-pedagogicznym, co wydaje się nieuzasadnione, ponieważ studenci w ramach kierunku lub grupy zajęć specjalizacyjnych z zakresu logopedii otrzymują także przygotowanie pedagogiczne, które jest bardzo ważne w pracy z dziećmi oraz uczniami. Przygotowanie pedagogiczne daje absolwentom przede wszystkim kwalifikacje do pracy w placówkach oświatowych, gdzie mogą pracować jako nauczyciele logopedzi. Przeprowadzone badania wskazują, że niektórzy badani, a zwłaszcza studenci studiów podyplomowych, nie mają świadomości w tym zakresie, stąd też nie widzą celowości niektórych zajęć.

### 3. Ocena zajęć praktycznych z zakresu logopedii

Respondentów poproszono także o ocenę zajęć praktycznych, które są bardzo ważne ze względu na przygotowanie do pracy zawodowej. W tabeli 4 przedstawiono opinie badanych w tym zakresie. Jak widać, jeśli zestawić łącznie liczbę wskazań dotyczącą bardzo wysokiej oraz wysokiej oceny, to można powiedzieć, że ponad połowa respondentów (52 osoby) jest usatysfakcjonowana z tego rodzaju zajęć, 38 osób ocenia je jako przeciętne, 7 jako słabe, a 2 nawet jako bardzo słabe.

Tabela 4

*Ocena przez studentów poziomu zajęć praktycznych uwzględnionych w programie studiów*

Poziom zajęć praktycznych	Liczba wskazań
bardzo wysoki	15
wysoki	37
przeciętny	38
słaby	7
bardzo słaby	2

Źródło: badania własne.

Warto także przeanalizować, jak respondenci oceniają liczbę godzin przewidzianych w programie studiów na zajęcia praktyczne. Z tabeli 5 wynika, że ponad połowa badanych uważa, że należałoby zwiększyć pulę godzin przeznaczonych na kwestie praktyczne. Najmocniej ten problem akcentowali studenci studiów stacjonarnych (64%), chociaż z analizy liczbowej wynika, że podobnie tę kwestię postrzegają uczestnicy innych form studiów – 43% studentów studiów niestacjonarnych i 50% słuchaczy studiów podyplomowych.

Tabela 5

*Ocena przez studentów liczby zajęć praktycznych uwzględnionych w programie studiów*

Ocena zajęć	Ogólna liczba wskazań	Procentowa liczba wskazań z podziałem na formę studiów	
zbyt mała liczba godzin	53	stacjonarne	64%
		niestacjonarne	43%
		podyplomowe	50%
odpowiednia liczba godzin	35	stacjonarne	33%
		niestacjonarne	43%
		podyplomowe	28%
zbyt duża liczba godzin	6	stacjonarne	3%
		niestacjonarne	6%
		podyplomowe	11%
trudno ocenić	6	stacjonarne	0%
		niestacjonarne	6%
		podyplomowe	11%

Źródło: badania własne.

Badani w uzasadnieniu swojej opinii na temat liczby godzin bardzo często ograniczali się do krótkich sformułowań typu:

- „Jest ich zbyt mało”.
- „Mogłaby być większa liczba”.

Pojawiały się jednak również trochę dłuższe wypowiedzi, w których respondenci przede wszystkim podkreślali ważny fakt, że zajęcia praktyczne głównie przygotowują ich do wykonywania zawodu. Warto w tym miejscu zacytować następujące opinie respondentów:

- „Praktyczne nauczanie jest najskuteczniejsze, dlatego w programie studiów powinno być ich dużo więcej”.
- „Byłabym bardziej zadowolona, gdyby zajęć praktycznych było więcej w stosunku do teoretycznych”.
- „Jest ich zdecydowanie za mało. Przez to młodzi logopedzi boją się podjąć pracy w zawodzie i często się zniechęcają z powodu braku przygotowania praktycznego do zawodu”.

Z kolei 36 osób stwierdza, że nie ma zastrzeżeń co do liczby zajęć praktycznych i w zasadzie ok. 30-40% respondentów każdej formy studiów jest takiego zdania. Tak badani wypowiadali się na ten temat udziału zajęć praktycznych w ogólnej liczbie godzin:

- „Jest wystarczająca”.
- „Optymalna liczba godzin”.
- „Myślę, że są to przemyślane godziny”.
- „Jest ona odpowiednia w stosunku do godzin zajęć teoretycznych, w odpowiedni sposób pomaga uzupełnić wiedzę teoretyczną”.
- „Liczba godzin z zajęć praktycznych jest wystarczająca”.

Tylko 6 badanych wskazało, że zbyt wiele czasu poświęcono na omówienie praktycznych zagadnień i tyle samo osób zapisało, że w czasie pandemii bardzo trudno jest ocenić zajęcia praktyczne, ponieważ mają one inny charakter, kiedy odbywają się w formie zdalnej, a nie w bezpośrednim kontakcie z wykładowcą. Oto przykładowe odpowiedzi studentów:

- „Myślę, że godzin z zajęć praktycznych jest dość dużo”.
- „Jest bardzo duża”.
- „W dobie pandemii trudno się wypowiedzieć na ten temat”.

#### **4. Ocena praktyk z zakresu logopedii**

Jednym z celów badań było też zebranie opinii studentów na temat praktyk zawodowych, ponieważ nie tylko stanowią one integralną część kształcenia, ale także mają bardzo ważną rolę ze względu na przygotowanie do wykonywania zawodu. Respondenci bardzo wysoko ocenili znaczenie praktyk w procesie kształcenia, 29 osób stwierdziło, że są one przydatne lub bardzo potrzebne (49 osób) w ich edukacji.

Jeśli przeanalizować opinie badanych, to można je pogrupować w pewne kategorie. Najczęściej w opiniach podkreślano kwestię, że praktyki pozwalają w pełni poznać przyszłą pracę zawodową, ponieważ przede wszystkim dają możliwość obserwowania i włączania się w terapię prowadzoną przez logopeda z pacjentem, posiadającym konkretne zaburzenia. Dzięki temu studenci mają możliwość zobaczenia rzeczywistych działań terapeutycznych z użyciem różnorodnych metod dobranych do określonego pacjenta. Na potwierdzenie tych słów warto przytoczyć niektóre z wypowiedzi studentów na temat praktyk:

- „Pokazują, jak naprawdę wygląda praca w zawodzie”.
- „Pozwalają ujrzeć pracę logopedy „od kuchni” i poznać wszelkie metody pracy, które mogą być nie do końca dobrze zrozumiane na studiach”.
- „Ułatwiają początek rozpoczęcia pracy w zawodzie”.
- „Podczas praktyk można poznać środowisko pracy, nauczyć się zarządzania sobą w czasie, sprawdzić swoją odporność na stres”.
- „Podczas praktyk można obserwować, jak logopeda prowadzi zajęcia, jakie dobiera metody i ćwiczenia do konkretnego zaburzenia. Praktyki dają też możliwość prowadzenia zajęć przez studenta, dzięki czemu można przygotować się do pełnienia zawodu logopedy”.

Część studentów podkreślała, że praktyki dają możliwość utrwalenia wiedzy zdobytej w trakcie studiów. W czasie ich odbywania respondenci widzą celowość przekazywanej im w trakcie studiów wiedzy, a oprócz tego połączenie treści teoretycznych oraz praktycznych pozwala im na holistyczne spojrzenie na dane zagadnienia. Tak na ten temat wypowiedzieli się badani:

- „Można utrwalić swoją teorię, zobaczyć na żywo, na czym polega badanie logopedyczne”.
- „Pozwalają na zastosowanie wiedzy w praktyce, co za tym idzie na lepsze zapamiętanie i sprawne zastosowanie narzędzi”.
- „Pozwalają przełożyć wiedzę teoretyczną na praktykę i korzystać z doświadczenia osób wykonujących dany zawód”.

W analizowanych opiniach daje się wyodrębnić jeszcze inny ważny aspekt praktyk. Dla niektórych respondentów zajęcia o tym charakterze są formą sprawdzenia ich wiedzy oraz umiejętności zdobytych w czasie studiów. Dzięki praktykom mogą zweryfikować swoje faktyczne przygotowanie do zawodu, co potwierdzają następujące opinie:

- „Podczas praktyk można skonfrontować się ze swoją wiedzą, nauczyć czegoś nowego, podejrzeć prace innej osoby, spróbować samemu poprowadzić terapię, badanie itp. (same plusy)”.
- „Można wykorzystać swoją wiedzę teoretyczną w praktycznym działaniu z pacjentem oraz sprawdzić swoje umiejętności w praktyce oraz dostrzec braki w wiedzy”.

Należy też zwrócić uwagę, że studenci mają świadomość, iż praktyki zawodowe nie tylko stanowią dopełnienie ich wiedzy zdobywanej w czasie studiów, ale też często poszerzają ich wiadomości, a znajduje to potwierdzenie w następujących opiniach:

- „Według mnie praktyki uzupełniają braki z zajęć i dają możliwość spojrzenia na logopedię z szerokiej perspektywy, nie ograniczają nas do jednej metody”.
- „Jeśli trafi się do dobrej placówki, to na praktykach można bardzo dużo się nauczyć, czasem nawet więcej niż na zajęciach”.
- „Nie wszystko opisane jest literaturze, więc praktyki pozwalają na uzupełnienie wiedzy”.

W ramach podsumowania tej części należy stwierdzić, że respondenci trochę słabiej oceniają zajęcia o charakterze praktycznym w porównaniu z zajęciami teoretycznymi. Oczekiwaliby większej liczby godzin przedmiotów, w czasie których mogliby zdobywać przede wszystkim umiejętności przydatne w zawodzie logopedy. Prawie wszyscy studenci są świadomi celowości praktyk i wskazują wiele ich pozytywnych aspektów, zwracając zwłaszcza uwagę na rolę tych zajęć w przygotowaniu zawodowym, ugruntowaniu i poszerzeniu wiedzy i umiejętności zdobytych w czasie studiów. Badani podkreślali także, że praktyki dają im możliwość weryfikacji własnych umiejętności, co się przekłada na ich samoświadomość, jakie zagadnienia powinni jeszcze zgłębić, aby odpowiednio pełnić role zawodowe.

## **5. Mocne i słabe strony studiów z zakresu logopedii**

Jednym z celów badań było też zebranie opinii studentów na temat mocnych i słabych stron studiów z zakresu logopedii. Respondenci podawali różnorodne odpowiedzi, które można pogrupować w określone kategorie, co przedstawiono w tabelach (6 i 7). Tylko 6 osób zaznaczyło, że nie potrafi wskazać mocnej strony studiów, a 3 respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, co też można potraktować jako sugestię, że nie mają zdania na ten temat lub też nie potrafią wskazać pozytywnej strony swojego obecnego kształcenia.



Tabela 6

*Mocne strony kierunku logopedia / grupy zajęć specjalizacyjnych z zakresu logopedii*

Kategorie odpowiedzi	Liczba wskazań <sup>3</sup>	Procentowa liczba wskazań z podziałem na formę studiów	
profesjonalna kadra	40	stacjonarne	12%
		niestacjonarne	57%
		podyplomowe	56%
obszerność przekazywanej wiedzy	20	stacjonarne	27%
		niestacjonarne	2%
		podyplomowe	11%
zapotrzebowanie na rynku pracy	16	stacjonarne	24%
		niestacjonarne	6%
		podyplomowe	16%
praktyki	10	stacjonarne	18%
		niestacjonarne	3%
		podyplomowe	11%

Źródło: badania własne.

Jeśli chodzi o mocne strony, to przede wszystkim podkreślano profesjonalną kadre – ta kwestia była podnoszona przez 40 osób, w tym głównie przez studentów studiów niestacjonarnych i podyplomowych – w obydwóch tych grupach ponad połowa respondentów była tego zdania. Badani tak wypowiadali się na ten temat:

- „Wykłady prowadzone przez specjalistów w swojej dziedzinie”.
- „Możliwość uczestnictwa w wykładach prowadzonych przez grono wybitnych specjalistów – praktyków i lekarzy”.
- „Wykwalifikowana kadra wykładowców, często praktycy”.
- „Wykłady ze specjalistami, którzy popierają swoją wiedzę praktyką”.

Kwestią, na którą też zwracali uwagę badani, głównie studenci studiów stacjonarnych, była szeroka wiedza z różnych dyscyplin. Respondenci podkreślali, że w trakcie studiów otrzymali gruntowne przygotowanie teoretyczne nie tylko z logopedii, ale również neurologii, psychologii czy pedagogiki. Będzie ono z pewnością bardzo przydatne w pracy zawodowej oraz w codziennym funkcjonowaniu, ponieważ pozwoli na bardziej świadome pełnienie ról społecznych, np. rodzicielskich. Oto przykładowe wypowiedzi studentów:

- „Wiedza zdobyta na tych studiach przyda się w przyszłości, nawet jeśli nie będzie się pracować w zawodzie logopedy (np. w życiu rodzinnym, w trakcie wychowywania własnych dzieci). Studia zdecydowanie poszerzają horyzonty”.
- „Przede wszystkim szeroką wiedzę, którą zdobywają studenci z różnych dziedzin: neurologii, pedagogiki czy psychologii”.
- „Uświadomienie, jakie czynniki mają wpływ na zaburzenia rozwoju i jak można uniknąć tych zaburzeń”.
- „Wiedza oparta na dowodach naukowych, badaniach neurobiologicznych, stała się aktualizowanie informacji, wiedza przekazywana od praktyków”.

<sup>3</sup> Liczby nie sumują się do 100, ponieważ w tabeli ujęto wskazania dotyczące tylko powtarzających się wypowiedzi.

Warto także podkreślić, że 16 respondentów zwróciło uwagę na fakt, iż za wartością studiów z zakresu logopedii przemawia zapotrzebowanie na rynku pracy na tego typu specjalistów. Tak pisali na ten temat:

- „Zapotrzebowanie na rynku pracy”.
- „Zaletą jest ciągle zapotrzebowanie na logopedów”.
- „Dużo ofert na rynku pracy”.

Studia te zatem wpisują się w zapotrzebowanie społeczno-gospodarcze, co jest ważnym elementem oceny przez Polską Komisję Akredytacyjną na etapie tworzenia i funkcjonowania kierunku (zał. nr 1 i 2 Uchwały Nr 66/2019 Prezydium Polskiej Komisji Akredytacyjnej).

Kolejną mocną stroną studiów, którą można było wyodrębnić na podstawie powtarzających się odpowiedzi, są praktyki – wskazane przez 10 osób. Ta kwestia była istotnym elementem głównie dla studentów studiów stacjonarnych, ale też podyplomowych. Na ogół respondenci nie rozwijali szerzej swoich wypowiedzi na ten temat, tylko wpisywali pojedynczy wyraz: praktyki.

Wydaje się, że na zakończenie części poświęconej pozytywnym aspektom studiów z zakresu logopedii warto jeszcze zacytować pojedyncze wypowiedzi, nieukładające się co prawda w powtarzające się kategorie, ale wskazujące na fakt, że studenci zwracają uwagę na różnorodne elementy w ocenie studiów. Oto przykładowe opinie:

- „Studiowana specjalność mieści się w zakresie moich zainteresowań. Wszystkie informacje, które były uzupełnieniem studiów licencjackich, mogę uznać za mocną stronę”.
- „Są to studia pełnowymiarowe”.
- „Uzyskanie kwalifikacji pedagogicznych i logopedycznych”.

Teraz czas na omówienie słabych stron studiów wskazywanych przez respondentów. W pierwszej kolejności należy zaznaczyć, że 20 osób napisało, iż nie potrafi podać negatywnych aspektów, co wydaje się pozytywnym zjawiskiem. Pozostałe odpowiedzi dało się pogrupować w pewne kategorie i z analizy liczbowej wynika, że najwięcej uwag dotyczyło układu przedmiotów oraz doboru treści (30 osób) – te kwestie były podnoszone głównie przez studentów studiów niestacjonarnych (tabela 7).

Według badanych wskazane są pewne modyfikacje w tym zakresie, a potwierdzają to następujące wypowiedzi:

- „Za dużo przedmiotów, które nie będą mi w przyszłości potrzebne. Specjalizacje polonistyczne, które dodają dodatkowych przedmiotów, przez które ciężko skupić się tylko i wyłącznie na aspektach logopedycznych i neurologicznych”.
- „Zbyt mała ilość wiedzy na temat pracy z dorosłymi”.
- „Skupienie się tylko na jednej metodzie”.
- „Powtarzające się tematy na kilku przedmiotach. Mało praktycznych informacji”.
- „Zbyt dużo zajęć i tematów niezwiązanych z samą logopedią. Przygotowywanie wszystkich do pracy w szkole lub przedszkolu, nawet jeśli ktoś nie zamierza pracować w wyżej wymienionych placówkach”.
- „Zajęcia prowadzone w nieprawidłowej kolejności”.

Tabela 7

*Słabe strony kierunku logopedia / grupy zajęć specjalizacyjnych z zakresu logopedii*

Kategorie odpowiedzi	Liczba wskazań <sup>4</sup>	Procentowa liczba wskazań z podziałem na formę studiów	
niewłaściwy układ przedmiotów i dobór treści przedmiotowych	30	stacjonarne	27%
		niestacjonarne	43%
		podyplomowe	17%
nauczanie zdalne	11	stacjonarne	9%
		niestacjonarne	3%
		podyplomowe	22%
zbyt duża liczba godzin	9	stacjonarne	3%
		niestacjonarne	23%
		podyplomowe	0%
organizacja studiów	6	stacjonarne	0%
		niestacjonarne	6%
		podyplomowe	0%

Źródło: badania własne.

Kolejne uwagi studentów dotyczyły nauczania zdalnego, oczywiście wiadomym jest, że ta kwestia była niezależna od uczelni, ale wymuszona ważnymi czynnikami związanymi z ochroną zdrowia i życia studentów. Warto ją jednak zauważyć, ponieważ wskazuje to, że respondenci preferują zajęcia, które odbywają się w bezpośrednim kontakcie z prowadzącym, a nie za pośrednictwem platform. Głównie słuchacze studiów podyplomowych odbierali kształcenie zdalne jako pewną przeszkodę, utrudniającą im zdobywanie wiedzy i umiejętności.

Jako negatywną stronę studiowania w zakresie logopedii wskazywano także zbyt dużą liczbę godzin w programie studiów (9 osób). Przede wszystkim zwracali na to uwagę studenci studiów niestacjonarnych. Tak pisali na ten temat:

- „Bardzo dużo godzin, zajęcia w piątki do późna – studia niestacjonarne”.
- „Bardzo dużo godzin zajęć teoretycznych. Niekiedy od rana do wieczora. Zajęcia zazwyczaj odbywane co weekend. Brak wolnych weekendów”.
- „Na studiach niestacjonarnych kierunek ten bardzo obciąża czasowo ze względu na ogromną liczbę godzin”.

Ostatnią słabą stroną wskazywaną przez kilka osób (6) były trudności organizacyjne. W wypowiedziach studentów były podnoszone następujące kwestie:

- „Zbyt duża liczba godzin, bardzo kiepska organizacja harmonogramu, słaby kontakt z sekretariatem w załatwieniu spraw (brak wiedzy, brak odzewu)”.
- „Chaos organizacyjny”.
- „Dezorganizacja na uczelni w niektórych momentach”.

W ramach podsumowania tej części warto zauważyć, że ponad 90% studentów wskazuje na pozytywne aspekty studiów z zakresu logopedii, zwracając przede wszystkim uwagę na profesjonalizm kadry, przekazywaną wiedzę, późniejsze możliwości zdobycia pracy, a także podkreślając rolę praktyk. Natomiast 20% badanych nie widzi żadnej negatywnej strony swoich studiów, z kolei część studentów ma uwagi do układu przedmiotów i zawartości ich treści, a także do zbyt dużej liczby godzin oraz rozwiązań organizacyjnych. Warto zaznaczyć, że liczba godzin na studiach z zakresu logopedii jest regulowana przez Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa

<sup>4</sup> Liczby nie sumują się do 100, ponieważ w tabeli ujęto wskazania dotyczące tylko powtarzających się wypowiedzi.

Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, w którym podano minimalną liczbę godzin konieczną do uzyskania kwalifikacji nauczyciela logopedy. Stąd też uczelnie nie mają dowolności w tym zakresie i podporządkowują się wytycznym po to, aby absolwenci mogli mieć pełne kwalifikacje do wykonywania zawodu. Tym samym wykazują dbałość o jakość kształcenia na tych studiach, dając studentom odpowiednie przygotowanie merytoryczne i praktyczne, które uważa się za konieczne, aby w rzetelny sposób przygotować absolwenta do późniejszej pracy.

## 6. Przyszła praca zawodowa – obawy i preferencje

Osoby, które decydują się na podjęcie studiów w wybranym zakresie, najczęściej wiążą też z nimi swoją przyszłość zawodową. Często wizja pracy budzi wątpliwości, czy odbywane studia przygotowują w pełni do wybranego zawodu. Z analizy danych jasno wynika, że ponad połowa respondentów (53 osoby) stwierdziła, że jednak ma obawy związane z wykonywaniem zadań przypisanych do obowiązków logopedy, gdyż nie czuje się w pełni do tego przygotowana. Wątpliwości takie wydają się naturalne i w części wskazują na dojrzałość ankietowanych, którzy mają świadomość, że praca zawodowa będzie wiązała się z pewnymi wyzwaniem i koniecznością samodzielnego poszukiwania nowych rozwiązań.

Tabela 8

*Obawy studentów logopedii związane z ich przyszłą pracą zawodową*

Obawy studentów	Liczba wskazań <sup>5</sup>
brak wystarczającego przygotowania do samodzielnego wykonywania zawodu	53
zbyt duża odpowiedzialność za prowadzoną terapię	41
brak oczekiwanych rezultatów w prowadzeniu terapii	38
problemy ze znalezieniem pracy	35
brak współpracy ze strony rodziców	22
inne	3

Źródło: badania własne.

Oczywiście można to również interpretować, że badani nie uzyskali odpowiedniego przygotowania w trakcie studiów, jednak wydaje się to mało prawdopodobne, jeśli weźmie się pod uwagę, że jako kolejną obawę studenci wymieniali odpowiedzialność za prowadzoną terapię (41 osób). Jeśli połączyć te dwa wskazania, to można wyciągnąć wniosek, że przeświadczenie o niedostatecznym przygotowaniu do zawodu wynika u respondentów z poczucia odpowiedzialności za prowadzone działania. Wiadomym jest, że nieodpowiednia diagnoza lub niewłaściwie dobrana terapia nie tylko mogą nie przynieść pożądaných rezultatów, ale mogą prowadzić do nawyków błędnych i pogłębiających zaburzenia.

Z analizy danych wynika także, że badani obawiają się jednak (38 osób) tego, że ich działania terapeutyczne nie będą się przekładały na widoczne rezultaty. Zresztą Aleksandra Jastrzębska-Jasińska (2018) na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań stwierdziła, że ponad połowa logopedów uważa swoją pracę za stresującą właśnie ze względu na fakt, że ciąży na nich odpowiedzialność za skuteczność prowadzonej terapii, a co z tym związane – za dobro pacjenta. Zresztą według autorki logopedzi bardzo często muszą się dodatkowo mierzyć z presją ze strony rodziców, którzy oczekują szybkich efektów, często też bez wkładu z ich strony w prowadzoną terapię.

<sup>5</sup> Liczby nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli podać więcej niż jedną odpowiedź.

Z zebranych wyników można także wyciągnąć wniosek, że respondenci mają obawy związane ze znalezieniem pracy – takiego zdania jest 35 osób. Choć zawód logopedy należy do grupy profesji zrównoważonych, a nawet w niektórych regionach jest duże zapotrzebowanie na tego typu specjalistów, to jednak studenci obawiają się, że będą mieli trudności ze znalezieniem pracy.

Tabela 9

*Preferowane miejsce pracy przyszłych logopedów*

<b>Preferowane miejsce pracy</b>	<b>Liczba wskazań<sup>6</sup></b>
własny prywatny gabinet	38
poradnia psychologiczno-pedagogiczna	32
publiczna placówka, np. przedszkole lub szkoła	30
prywatny gabinet prowadzony przez innego logopedę	27
niepubliczna placówka, np. szkoły, przedszkole	25
nie ma to znaczenia dla studenta	19
specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy	17
praca w innym zawodzie	1

Źródło: badania własne.

Jeśli chodzi o preferowane przez respondentów miejsca pracy (tabela 9), to okazuje się, że większość z nich (38 osób) chciałaby prowadzić własny gabinet logopedyczny, co wydaje się oczywiście zrozumiałe, ponieważ daje to logopedzie większą niezależność zawodową oraz finansową. Wiele osób jest też zainteresowanych pracą w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub w placówce oświatowej o charakterze publicznym, co wiąże się często z korzystniejszymi warunkami zatrudnienia i mniejszym wymiarem godzin w porównaniu z ofertą placówek niepublicznych. Poza tym prawie co 5. student zaznaczył, że nie ma to dla niego znaczenia, gdzie będzie pracował, a co ważne, tylko jedna osoba stwierdziła, że nie wiąże swojej przyszłości zawodowej z logopedią. Wskazuje to jasno, że respondenci nie żałują wyboru kierunku i chcieliby w przyszłości pracować jako logopedzi.

## Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że studenci logopedii kierują się przy wyborze studiów głównie motywacją wewnętrzną, czyli swoimi zainteresowaniami. Ponadto do podjęcia kształcenia w tej dziedzinie zachęca ich możliwość poszerzenia swoich kwalifikacji i zapotrzebowanie na logopedów na rynku pracy.

Ponadto studenci w większości pozytywnie oceniają program studiów z zakresu logopedii. Nie mają większych zastrzeżeń do liczby i poziomu zajęć teoretycznych. Z zebranych wyników można wyciągnąć wnioski, że osoby podejmujące studia w różnej formie są zgodne co do tego, że wskazana byłaby większa liczba godzin przeznaczona w programie studiów na kwestie praktyczne. Widać zatem, że studenci oczekują przede wszystkim praktycznego przygotowania do wykonywanego zawodu, zależy im zwłaszcza na umiejętnościach, stąd być może krytyczniej ocenili zajęcia praktyczne, ponieważ mają świadomość, jak są one istotne w przygotowaniu do właściwego pełnienia ról zawodowych.

<sup>6</sup> Liczby nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli podać więcej niż jedną odpowiedź.

Pragmatyczne nastawienie do studiów widoczne jest także w ocenie przez respondentów praktyk, które uważają za bardzo przydatne w programie studiów. Wskazują szereg rozmaitych korzyści wynikających z możliwości obserwowania i włączania się w terapię prowadzoną przez logopedę. Jest to najczęściej bardzo dobra okazja do całościowego poznania specyfiki wybranego przez nich zawodu, ugruntowania swojej wiedzy oraz umiejętności, jak również dokonania samooceny w konfrontacji z rzeczywistością typową dla zawodu wybranego przez respondentów.

Z analizy liczbowej wynika także, że studia z zakresu logopedii spełniają w większości oczekiwania studentów, ponieważ ponad 90 ankietowanych wskazuje na mocne strony tego kształcenia. Zadawalający jest fakt, że władze uczelni lub jednostek organizacyjnych starają się zapewnić, aby zajęcia były prowadzone przez kompetentne osoby, które posiadają odpowiednie przygotowanie teoretyczne i praktyczne, co zostało uznane przez badanych jako najważniejsza zaleta studiów. Po części jest to związane z kolejnym pozytywnym aspektem studiowania wskazywanym przez respondentów – obszerność wiedzy przekazywanej z różnych dyscyplin. Oczywiście nie byłoby to możliwe bez odpowiednio przygotowanej kadry, która dzieli się swoją wiedzą ze studentami. Jako inne pozytywne strony studenci wymienili zapotrzebowanie na tego typu specjalistów na rynku pracy i możliwość odbywania praktyk.

Badani wskazywali także na ewentualne niedociągnięcia w programie oraz organizacji studiów, jednak trzeba zaznaczyć, że co 5. ankietowany nie miał żadnych negatywnych uwag, co wydaje się dobrym sygnałem świadczącym o wysokiej jakości studiów z zakresu logopedii. Jeśli pojawiały się zastrzeżenia, to dotyczyły one programu studiów – kolejności przedmiotów i doboru treści albo problemów organizacyjnych związanych z pracą sekretariatu. Pojawiało się również kilka głosów dotyczących zbyt dużej liczby godzin w harmonogramie odbywania studiów, jednak uwagi te wydają się nieuzasadnione z tego względu, że kwestia ta jest regulowana standardami kształcenia nauczycieli, stąd uczelnie muszą respektować odgórne wytyczne, które zostały wprowadzone w trosce o zachowanie odpowiedniej jakości kształcenia przyszłych logopedów. Niektórzy studenci jako negatywną stronę studiów podawali także zdalne kształcenie wymuszone pandemią. Wiadomym jest, że nie zastąpi ono zajęć odbywanych w murach uczelni w bezpośrednim kontakcie z prowadzącym, jednak ośrodki akademickie musiały przede wszystkim brać pod uwagę sytuację epidemiologiczną i dostosować do niej metody kształcenia tak, aby zapewnić ciągłość edukacji.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że respondenci mają obawy związane z przyszłą pracą. Połowa badanych uważa, że nie są w pełni przygotowani do samodzielnego wykonywania zadań zawodowych, a część respondentów obawia się odpowiedzialności ciążącej na logopedzie, związanej z prowadzoną terapią i jej efektami. Niektórzy wskazywali także, że biorą pod uwagę problemy ze znalezieniem pracy.

Jeśli chodzi o preferencje dotyczące miejsc pracy, to można zauważyć, że studenci przede wszystkim chcieliby prowadzić terapię we własnym gabinecie logopedycznym lub pracować w placówkach publicznych typu poradnie psychologiczno-pedagogiczne, szkoły bądź też przedszkola.

## **Bibliografia**

- Barometr zawodów. Pobrane z: [https://barometrzwodow.pl/modul/prognozy-na-mapach-wyniki?province%5B%5D=%23polska&year%5B%5D=2021&forecast\\_type=relation&profession%5B%5D=304&relation=1](https://barometrzwodow.pl/modul/prognozy-na-mapach-wyniki?province%5B%5D=%23polska&year%5B%5D=2021&forecast_type=relation&profession%5B%5D=304&relation=1).
- Czerwonka, A., Lib, W. (2019). Motywy wyboru studiów przez studentów – sprawozdanie z badań pilotażowych. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 4/30, 298-303.
- Domagała, A., Mirecka, U., Muzyka-Furtak, E. (2016). Edukacja logopedyczna – potrzeby i preferencje zawodowe słuchaczy studiów podyplomowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 1/141, 141-160.
- Gruba, J. (2020). *Raport o stanie kształcenia logopedów*. Gliwice: Komlogo.
- Jarecki, W. (2008). Motywy wyboru studiów i kierunku studiów wyższych. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 3, 143-153.
- Jastrzębska-Jasińska, A. (2018). Superwizja w zawodzie logopedy. W: E. Gacka, M. Kaźmierczyk, *Teoria i praktyka logopedyczna* (s. 119-129). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Michno, M., Lib, W. (2019). Czynniki wpływające na wybór kierunku studiów przez studentów – badania pilotażowe. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 4/30, 311-317.
- Pielach, M. (2019). Studia z pasją. „Nesweek” – dostęp elektroniczny (10.08.2021).
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz.U. z 2019 r., poz. 1450).
- Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. o w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2020 r., poz. 1280).
- Uchwała Nr 66/2019 Prezydium Polskiej Komisji Akredytacyjnej, zał. nr 1 i 2. Pobrane z: <https://www.pka.edu.pl/dla-uczelni/wzory-raportow-samooceny/>.
- Zimbardo, Ph., Johnson, R., McCann, V. (2010). *Psychologia kluczowe koncepcje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

**Izabela MALICKA**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **GŁOSKA W DIAGNOZIE I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ**

### **Streszczenie**

Autorka przedstawia rozważania na temat znaczenia głoski w procesie diagnozy i terapii logopedycznej dyslalii obwodowej. Wskazuje na przedmiot fonetyki w odniesieniu do budowy artykulacyjnej głosek języka polskiego. Zwraca uwagę na wnikliwą analizę patomechanizmu powstawania zaburzeń artykulacyjnych.

**Słowa kluczowe:** dyslalia obwodowa, głoska, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna, warunki anatomiczno-czynnościowe

### **Summary**

The author presents considerations on the importance of the phone in the diagnosis and speech therapy process of peripheral dyslalia. It indicates the subject of phonetics in relation to the articulation structure of the sounds of the Polish language. He draws attention to a thorough analysis of the pathomechanism of articulation disorders.

**Key words:** peripheral dyslalia, sound, speech therapy diagnosis, speech therapy, anatomical and functional conditions.

## **1. Przedmiot logopedii**

Logopedia jako nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych [...] nie jest prostym zlepkiem wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej i językoznawczej, lecz zhierarchizowaną strukturą, do której starsze od logopedii dyscypliny wnoszą wyniki swoich badań w różnym stopniu. Jedne uzyskują ważniejsze znaczenie na etapie opisu i wyjaśnienia zjawisk, inne znowu stają się istotne w planowaniu terapii logopedycznej i samym postępowaniu praktycznym (Grabias, 2012, s. 31).

Jedną z dziedzin nauki, w obszarze której mieści się przedmiot logopedii, jest medycyna. Przykładowo, wiedza medyczna może być wykorzystana podczas diagnozy logopedycznej dyslalii obwodowej, która zajmuje się zaburzeniami artykulacyjnymi powstałymi m.in. w wyniku wadliwej budowy i nieprawidłowego funkcjonowania obwodowego narządu artykulacyjnego. Według koncepcji H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya (1997) obejmuje ona głównie dyslalię anatomiczną ruchową oraz funkcjonalną<sup>1</sup>. Pierwsza z nich dotyczy wad anatomicznych narządów mowy, takich jak wargi, podniebienie oraz język. Z kolei dyslalia funkcjonalna, według autorek, bierze swoje źródło w nieprawidłowym przebiegu takich czynności, jak oddychanie, połykanie, żucie (Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1997). Rozszerzoną kategorizację dyslalii obwodowej możemy odnaleźć w opracowaniu D. Pluty-Wojciechowskiej (2013), co pozwala na wnikliwą

---

<sup>1</sup> Wśród dyslalii obwodowej autorki wyróżniają także dyslalię anatomiczną słuchową („Projekt zestawienia form zaburzeń mowy”, H. Mierzejewska, D. Emiluta-Rozya, 1997, *Audiofonologia*, 10, s. 37-48).



analizę przyczyn zaburzeń artykulacyjnych głosek języka polskiego. Informacje uzyskane podczas badania logopedycznego na temat warunków anatomiczno-czynnościowych pacjenta stanowią kluczowy element diagnozy oraz terapii logopedycznej. Dzięki temu logopeda może ocenić budowę narządów mowy, ich funkcjonowanie i przyczyny zakłóceń dźwięków mowy<sup>2</sup>. Na tej podstawie specjalista zaburzeń mowy podejmuje decyzję np. o ewentualnym zabiegu frenotomii lub zaleca kontrolę ortodontyczną celem oceny okluzji oraz leczenia wad zgryzu<sup>3</sup>. Do gabinetu logopedycznego trafiają również pacjenci z zaburzeniami czynnościowymi, do których należą dysfunkcje oddychania, połykania i ssania<sup>4</sup>. Zadaniem logopedy jest ocena tych funkcji oraz połączenie objawu, w postaci deformacji głosek, z przyczyną, np. dysfunkcją oddychania i/lub połykania. Jak czytamy w literaturze przedmiotu (Mackiewicz, 2002; Malicka, 2014, 2019; Pluta-Wojciechowska, 2009, 2013; Sambor, 2014/2015, 2017), taka sytuacja negatywnie wpływa na rozrost układu stomatognatycznego oraz pracę języka w aspekcie artykulacji, pozycji spoczynkowej języka (PSJ) i jego ułożenia podczas ustnej fazy połykania. Według koncepcji D. Pluty-Wojciechowskiej (2013), wadliwa artykulacja jest jedynie objawem pewnych nieprawidłowości anatomiczno-czynnościowych. Autorka podkreśla, że na bazie motoryki pierwotnej i czynności prymarnych, takich jak np. przyjmowanie pokarmów, picie i oddychanie, kształtuje się ruchowy aspekt sprawności fonetycznej. Każda z tych funkcji wymaga pewnej aktywności, np. warg oraz języka podczas pobierania pokarmu z łyżeczki lub podczas aktu ssania. Ćwiczenie i doskonalenie czynności prymarnych wykorzystywane jest później podczas sprawności fonetycznej<sup>5</sup>. Diagnoza logopedyczna powinna być więc przyczynowa, uwzględniająca wszystkie aspekty natury medycznej, niezbędne do oceny warunków anatomiczno-czynnościowych, które mogłyby wpłynąć na zaburzenia artykulacyjne głosek języka polskiego.

Poza wiedzą medyczną, logopeda korzysta również z nauk o języku w aspekcie jego budowy, funkcji i rozwoju. Studenci logopedii podczas studiów nabywają wiedzę językoznawczą, która jest niezbędna w przypadku badania artykulacji w dyslalii obwodowej i innych zaburzeniach mowy. Językoznawstwo, jako „nauka o języku, mowie, o jego budowie, funkcji i rozwoju” (Szymczak, 1978, s. 845), doskonale wpisuje się w przedmiot logopedii, która zajmuje się zaburzeniami mowy i jej wszystkimi aspektami. Według S. Grabiasa, mowa to „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego” (2012, s. 15). Jednak aby uczestniczyć w akcie komunikacji językowej, musi być spełnionych kilka czynników, takich jak np. sprawny mózg, prawidłowy słuch oraz właściwie zbudowane narządy mowy, które są wykorzystywane podczas realizacji fonemów. Z kolei do prawidłowej oceny dźwięków mowy, niezbędna jest wiedza na temat rozwoju języka i budowy artykulacyjnej głosek języka polskiego, czym zajmuje się fonetyka.

<sup>2</sup> W aspekcie miejsca oraz sposobu artykulacji, jak również rezonansu i udziału wiązań głosowych podczas tworzenia głosek (por. *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, D. Pluta-Wojciechowska, 2017, Bytom: Ergo-Sum).

<sup>3</sup> O nieprawidłowej artykulacji u osób z wadą zgryzu pisze Lilianna Konopska (*Wymowa osób z wadą zgryzu*, 2007, Szczecin: Wydawnictwo Media Druk).

<sup>4</sup> Wśród innych zaburzeń czynnościowych przestrzeni orofacjalnej można wymienić, np. nieprawidłową pracę stawu skroniowo-żuchwowego, dysfunkcję podniebienia miękkiego, np. w przypadku dzieci z rozszczepem podniebienia miękkiego oraz wszelkie parafunkcje, czyli nawyki wpływające szkodliwie na narząd żucia (*Zarys współczesnej ortodoncji. Podręcznik dla studentów i lekarzy stomatologów*, I. Karłowska (red.), 2009, Warszawa: PWZL).

<sup>5</sup> W ujęciu D. Pluty-Wojciechowskiej „oddychanie oraz przyjmowanie pokarmów i picia kształtujące się na bazie motoryki pierwotnej (...)” to czynności prymarne, z kolei „mowa, która pojawia się w rozwoju jako wtórna czynność w stosunku do czynności pierwotnych” – to czynność sekundarna (*Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, 2013, Bytom: Ergo-Sum, s. 305-306).

## 2. Przedmiot fonetyki

W literaturze przedmiotu znajdujemy różne działy fonetyki (Strutyński, 1998) i odmienne kryteria opisu oraz klasyfikacji głosek (Bąk, 1984; Dłuska, 1986; Strutyński, 1998; Dudkiewicz, Sawicka, 1995; Rocławski, 2010; Ostaszewska, Tambor, 2012). Można zadać sobie pytanie, czy z punktu widzenia praktyki logopedycznej dotychczasowe opisy artykulacyjne głosek języka polskiego są wystarczające? Czy student logopedii, na podstawie obecnej wiedzy fonetycznej, jest w stanie wychwycić pewne niuanse w artykulacji<sup>6</sup>, które mogą mieć znaczący wpływ np. na decyzję o frenotomii wędzidełka językowego? Czy dla językoznawcy lub polonisty ma znaczenie np. niepełna lub jednostronna wibracja głoski /r/? Praktyka logopedyczna weryfikuje nasze postrzeganie fonetyki i budowy artykulacyjnej głosek języka polskiego. Dla specjalisty zaburzeń mowy właśnie te pozorne detale stają się istotnym źródłem wiedzy na temat przyczyn deformacji głosek. Pewne rozbieżności, jakie odnajdujemy w rozmaitych analizach fonetycznych dotyczących artykułowanych dźwięków mowy, również nie ułatwiają zadania. Dla przykładu posłużę się opisem artykulacyjnym głosek miękkich /ś, ź, ć, dź/, których dokładniejszy i bardziej szczegółowy opis, w niektórych przypadkach, ułatwiłby diagnozę oraz terapię logopedyczną.

Jedni autorzy opisują je jako środkowojęzykowe, nie biorąc przy tym pod uwagę pracy czubka języka (Bąk, 1984; Strutyński, 1998). Z kolei inni badacze fonemy miękkie opisują jako głoski przedniojęzykowo-zębowe, jako ewentualne zwanie pomiędzy przednią częścią języka a zębami lub szczeliną pomiędzy nimi (Tambor, Ostaszewska, 2012). Irena Styczek, badając spiranty /s, ś, ź/, stwierdza, że powstała podczas artykulacji głoski [ś] szczelina tworzy się dzięki przedniej części języka przy wałku dziąsłowym lub przy początkowej części podniebienia twardego (Styczek, 1973). Na pracę przedniej części języka oraz jego wzniesienie podczas realizacji fonemów ciszących zwraca również uwagę M. Dłuska, jednocześnie podkreślając, że głoski /ś, ź/ – są najszersze, najdłuższe oraz najmniej regularnie ukształtowane w porównaniu do pozostałych par głosek szczelinowych [s, z], [ś, ź] (Dłuska, 1986). Podobnie B. Rocławski we własnej analizie budowy artykulacyjnej fonemów języka polskiego zwraca uwagę nie tylko na mediopalatum – jako główne miejsce artykulacji głosek przednio-środkowojęzykowo-przydziąsłowo-twardopodniebiennych – ale również na artykulację predorsalno-prepalatalną (Rocławski, 2010) (Malicka, 2019, s. 141-150).

Niestety niektórzy studenci logopedii są błędnie uczeni, że podczas artykulacji głosek szeregu ciszącego apex powinien znajdować się na dnie jamy ustnej, a do ich wywołania wystarczy ułożyć czubek języka przy dolnych zębach, w wyniku czego „środek języka uniesie się do przedniej części podniebienia twardego” (Michalak-Widera, 2007, s. 32). Nic bardziej mylnego, bowiem takie ułożenie języka jest wadą artykulacyjną, wymagającą pełnej analizy i terapii logopedycznej. Jak pokazują badania (Malicka, 2019; Sambor, 2017), deformacja głosek szeregu ciszącego współwystępuje z nieprawidłowym ułożeniem języka podczas ustnej fazy połykania, co z kolei negatywnie wpływa na układ stomatognatyczny oraz artykulację (Malicka, 2019; Pluta-Wojciechowska, 2013, 2017; Sambor, 2017), a sygmatyzm m.in. głosek miękkich jest istotnym objawem ustnego toru oddychania (Malicka, 2019; Trzaskalik, 2012). Dlatego bardzo

<sup>6</sup> Np. dysmedialność, doprzednie ruchy żuchwy podczas artykulacji (por. *Dysfunkcje oddychania i połykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*, I. Malicka, 2019, niepublikowana rozprawa doktorska, Katowice).

istotne w procesie nauczania studentów logopedii jest dobór odpowiedniej literatury z zakresu fonetyki<sup>7</sup>, która będzie przydatna logopedom-praktykom, oraz zrozumienie, czym jest głoska i jakie ma znaczenie w procesie diagnozy oraz terapii logopedycznej.

### 3. Głoska i jej właściwości fizyczno-artykulacyjne

Głoska – jako „reprezentant fonemu w świecie zewnętrznym człowieka” (Pluta-Wojciechowska, 2010, s. 51) – to artykułowane dźwięki mowy, które są odpowiednio sklasyfikowane, posiadają właściwości fizyczno-artykulacyjne i wzajemnie oddziałują na siebie (Strutyński, 1998). Według D. Danuty Pluty-Wojciechowskiej (2010), głoskę można analizować w aspekcie:

- funkcjonalnym – określając jej stosunek do fonemu;
- strukturalnym – traktując ją jako element pewnej całości;
- fizycznym lub czynnościowym – jako zespół ruchów narządów mowy;
- poznawczym – jako pojęcie.

Do głosek języka polskiego należą zarówno samogłoski, czyli głoski otwarte<sup>8</sup>, jak też spółgłoski. Podczas analizy artykulacyjnej samogłosek bierzemy pod uwagę ruch języka, układ warg i położenie podniebienia miękkiego. W historii klasyfikacji samogłosek możemy odnaleźć pewne próby ich usystematyzowania w postaci trójkąta samogłoskowego<sup>9</sup>, później prostokąta samogłoskowego<sup>10</sup>. Obecnie stosuje się czworokąt samogłoskowy<sup>11</sup>, który otrzymano „przez połączenie najbardziej ku sklepieniu jamy ustnej wzniesionych punktów grzbietu języka przy wymawianiu samogłosek /i, u/, tylnego /a/ oraz tzw. przedniego /a/” (Strutyński, 1998, s. 62). Z kolei cechy artykulacyjne spółgłosek języka polskiego możemy opisać według czterech kryteriów<sup>12</sup>:

- miejsce artykulacja;
- sposób artykulacji;
- udział rezonatora nosowego;
- udział wiązań głosowych.

Każda z głosek, według systemu fonetycznego, posiada określone miejsce artykulacji (lokację)<sup>13</sup> w jamie ustnej, do którego zbliża się jeden z narządów artykulacyjnych. Nazwy dla określenia głównego miejsca artykulacji są tworzone w rozmaity sposób, np. przez wskazywanie na główne miejsce artykulacji (głoski wargowe, zębowe, dziąsłowe itp.), poprzez wskazywania na narząd artykulacyjny (wargowe, przedniojęzykowe, środkowojęzykowe itp.). Innym sposobem

---

<sup>7</sup> Ważne, aby uświadomić studentom odmiennosć opisów artykulacyjnych oraz wskazać takie, które są najbardziej przydatne logopedom w pracy zawodowej podczas diagnozy oraz terapii dyslalii obwodowej.

<sup>8</sup> Są dźwiękami wymawianymi bez zwarć lub szczelin w nasadzie (*Gramatyka polska*, J. Strutyński, 1998, Kraków: Wydawnictwo Tomasz Strutyński).

<sup>9</sup> Opracowany w 1781 przez Wolfganga Hellwaga, a później zmodyfikowany przez Tytusa Benniego.

<sup>10</sup> Zapropionowany w 1899 roku przez angielskich uczonych Alexandra M. Bella i Henry’ego Sweeta.

<sup>11</sup> Autorem jest Daniel Jones, który opracował go w 1926 roku.

<sup>12</sup> B. Wierzchowska wymienia pięć kryteriów opisu głoski: 1. udział wiązań głosowych, 2. udział rezonatora nosowego, 3. sposób artykulacji, 4. główne miejsce artykulacji, 5. udział itowości (*Wymowa polska*, 1971, Warszawa: PZWSZ), z kolei D. Ostaszewska i J. Tambor uwzględniają tylko trzy kryteria: 1. miejsce artykulacji, 2. sposób artykulacji, 3. udział wiązań głosowych, jednocześnie traktując miękkość jako pochodną miejsca artykulacji, z kolei ustność/nosowość jako pochodną od stopnia zbliżenia narządów mowy (*Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, 2012, Warszawa: PWN).

<sup>13</sup> Cechy artykulacyjne spółgłosek można również opisać wymiennie według czterech kryteriów: lokacja, modalność, rezonansowość, sonantyczność (*Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*, D. Pluta-Wojciechowska, 2008, Bytom: Ergo-Sum; *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*, D. Pluta-Wojciechowska, 2010, Bytom: Ergo-Sum).

jest opis ujmujący równoczesne uwzględnienie narządu artykulacyjnego oraz głównego miejsca artykulacji (przedniojęzykowo-zębowe, tylnojęzykowo-miękkopodniebienne). Kolejną cechą klasyfikującą fonemy spółgłoskowe jest sposób artykulacji (modalność), a więc opis zwarć, szczelin wytworzonych przez kontakt narządów mowy, a także przedostające się przez nie powietrze. Inną cechą dystynktywną fonemów języka polskiego jest udział rezonatora nosowego (rezonansowość). Głoski ustne powstają dzięki pracy zwieracza podniebienne-gardłowego, który zamyka przejście powietrza do jamy nosowej. Inaczej dzieje się podczas realizacji fonemów nosowych /m, n, ń/, gdzie prąd powietrza przedostaje się do jamy nosowej, w wyniku braku zwarcia podniebienne-gardłowego<sup>14</sup>. Z kolei udział wiązań głosowych (sonantyczność) warunkuje artykulację dźwięcznych obstruentów. Realizacja fonemów bezdźwięcznych i/lub niepełnie dźwięcznych<sup>15</sup> wiąże się z brakiem aktywności strun głosowych lub ich nieprawidłową pracą.

Poniższa klasyfikacja, zaproponowana przez D. Plutę-Wojciechowską (2008; 2010) z punktu widzenia praktyki logopedycznej, pozwala na utworzenie terminów opisujących pewne zaburzenia poprzez dodanie przedrostka -dys<sup>16</sup>:

- lokacja – **dyslokacja** (zaburzenia miejsca artykulacji);
- modalność – **dysmodalność** (zaburzenia sposobu artykulacji);
- rezonansowość – **dysrezonansowość** (zaburzenia rezonansu);
- sonantyczność – **dyssonantyczność** (zaburzenia udziału wiązań głosowych).

Tego rodzaju kategoryzacja otwiera drogę do budowania nazw nienormatywnych cech fonetycznych głosek, z którymi mamy do czynienia podczas diagnozy oraz terapii logopedycznej.

#### 4. Głoska w diagnozie logopedycznej

Każdy z logopedów stoi przed wyzwaniem przeprowadzenia i postawienia diagnozy logopedycznej celem zaplanowania terapii mowy. Jednym z elementów badania logopedycznego jest ocena realizacji fonemów spółgłoskowych i samogłoskowych według przyjętego systemu fonetyczno-fonologicznego języka polskiego<sup>17</sup>. Każda spółgłoska powinna być zbadana z uwzględnieniem jej wszystkich cech fonetycznych, a wszelkie odstępstwa od normy wnikliwie przeanalizowane. Jedynym, najbardziej obiektywnym obecnie narzędziem diagnostycznym, jest metoda analityczno-fonetyczna z użyciem ścieżki wzrokowo-słuchowo-czuciowo-eksperymentalnej

<sup>14</sup> Wiele uwagi w literaturze na temat zwarcia podniebienne-gardłowego w aspekcie mowy rozszczepowej poświęca M. Hortis-Dzierzbicka (*Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebienne-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*, 2004, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka Borgis; „Nowoczesna diagnostyka niewydolności podniebienne-gardłowej”, M. Hortis-Dzierzbicka, Z. Dudkiewicz, 2000, *Nowa Pediatria*, 18, s. 21-23; „Standard postępowania foniatryczno-logopedycznego w wadzie rozszczepowej twarzy”, M. Hortis-Dzierzbicka, Z. Dudkiewicz, E. Stecko, 2000a, *Standardy medyczne. Miesięcznik dla lekarzy pediatrów*, 2(12), s. 27-28; „Nosowanie otwarte – przyczyny, diagnostyka, sposoby eliminacji”, M. Hortis-Dzierzbicka, Z. Dudkiewicz, E. Stecko, 2000b, *Nowa Pediatria*, 18, s. 18-19).

<sup>15</sup> W badaniach własnych dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym z dysfunkcją oddychania i połykania zaobserwowałam tzw. niepełną dźwięczność, która występowała we wszystkich trzech badanych grupach wiekowych. Jednak ten aspekt wymaga dalszych badań (*Dysfunkcje oddychania i połykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*, I. Malicka, 2019, niepublikowana rozprawa doktorska, Katowice).

<sup>16</sup> Według *Słownika języka polskiego* przedrostek dys- oznacza: „rozdzielenie, oddzielenie lub przeczenie, brak czegoś, nadający wyrazom znaczenie negatywne, przeciwstawne” (*Słownik języka polskiego*, M. Szymczak, 1978, t. 1, Warszawa: PWN, s. 487).

<sup>17</sup> Pozostałymi elementami diagnozy w dyslalii obwodowej są m.in.: ocena warunków anatomiczno-czynnościowych, wywiad z rodzicem na temat rozwoju badanego, ocena wybranych elementów percepcji słuchowej oraz mowy ekspresywnej (por. Karta Badania Logopedycznego, *Dysfunkcje oddychania i połykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*, I. Malicka, 2019, niepublikowana rozprawa doktorska, Katowice).

(Pluta-Wojciechowska, 2015), która pozwala na dostrzeżenie wszelkich niuansów podczas artykulacji głosek. Analiza fonetyczna, znajomość wzorca fonetycznego, a także właściwa ocena warunków anatomiczno-czynnościowych<sup>18</sup> pozwalają na postawienie pytań, które doprowadzą nas do rzetelnej diagnozy logopedycznej, a tym samym do zaplanowania terapii logopedycznej. Możemy wtedy zastanowić się, np. dlaczego obstruenty dźwięczne u 4-latka są ubezdźwięczniane? Czy to jest zjawisko rozwojowe, czy jednak patologiczne?<sup>19</sup>. Dlaczego język podczas artykulacji głoski /l/ jest ułożony dysmedialnie?<sup>20</sup>. Co ogranicza jego pełną ruchomość? Czy pacjent uzyska normatywną artykulację w toku terapii logopedycznej? Dopiero połączenie objawu z przyczyną pozwala na postawienie właściwej diagnozy. Ale czy na te wszystkie i inne możliwe pytania uzyskamy odpowiedź na pierwszej wizycie diagnostycznej? W mojej opinii, logopedy-praktyka, diagnoza logopedyczna niejednokrotnie stanowi proces, podczas którego weryfikujemy swoje wcześniejsze poglądy. Załóżmy, że trafia do nas pacjent np. z nieznaczną ankyloglosją<sup>21</sup>. W oczekiwaniu na zabieg frenotomii podejmujemy terapię logopedyczną, która coraz bardziej obnaża słabości artykulacyjne pacjenta. Zaczynamy dostrzegać pewne kompensacje w postaci np. doprzednich ruchów żuchwy. Specjalne ćwiczenia, dobierane do indywidualnych potrzeb pacjenta, wykorzystywane podczas terapii logopedycznej, zmieniają dodatkowo miomechanikę języka. Tym samym pacjent uruchamia pewne strategie kompensacyjne<sup>22</sup>, nie zawsze widoczne podczas diagnozy, aby sprostać zadaniu, np. uzyskaniu dźwiękowości. Co istotne, jak podkreśla Sambor, „w ocenie artykulacji niezbędne jest zastosowanie dodatkowych kryteriów oceny budowy artykulacyjnej głoskowych realizacji fonemów (takich jak uwzględnienie kształtu języka, toru przepływu powietrza, kształtu wytworzonych szczelin czy napięcia narządów)” (2017, s. 24).

## 5. Głoska w terapii logopedycznej

Konsekwencją diagnozy logopedycznej jest terapia, która powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta. Logopeda musi zaplanować terapię logopedyczną tak, aby była ona jak najbardziej skuteczna, jednocześnie uwzględniając wszystkie czynniki diagnozy wraz z podejściem przyczynowo-skutkowym. Należy pamiętać, że terapia to proces, podczas którego krok po kroku realizujemy wyznaczone dla konkretnego pacjenta cele. Pamiętając, że artykulacja jest tylko objawem pewnych nieprawidłowości anatomiczno-funkcjonalnych, możemy zadać pytanie, czy terapia to tylko odbudowa anatomii głoski? Myślę, że zdecydowanie jest to bardziej skomplikowane zadanie. Niejednokrotnie zanim przejdziemy do tzw. wywoływania głosek, musimy przygotować język do innego, nowego ułożenia. Powinniśmy pacjentowi pokazać, nauczyć go, że język może przyjmować odmienne ułożenie i kształt niż do tej pory. Jeśli podczas

<sup>18</sup> Do warunków anatomicznych przestrzeni orofacialnej możemy zaliczyć między innymi: budowę zgryzu, podniebienia oraz wędzidełek, z kolei w skład warunków czynnościowych wchodzi funkcja polykania, oddychania, gryzienia, żucia, ssania itp.

<sup>19</sup> Piotra Łobacz zwraca uwagę, że mowa bezdźwięczna powinna obejmować dwa aspekty analizy – patologiczny i rozwojowy (*Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*, 1996, Warszawa: Wydawnictwo Energeia).

<sup>20</sup> Dysmedialność – niepośrodkowe ułożenie języka lub warg („Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji”, B. Ostapiuk, 1997, *Audiofonologia*, 10, s. 119-131).

<sup>21</sup> Na temat skróconego wędzidelka języka pisze Barbara Ostapiuk, której badania naukowe donoszą, że nawet nieznaczne skrócenie wędzidelka może być przyczyną wad wymowy („Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią”, 2002, *Logopedia*, 31, s. 95-156; por. też „O różnych typach skróconych wędzidełek języka, ich ocenie i interpretacji wyników badań w logopedii”, D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor, 2016, *Logopedia*, 45, s. 123-155) oraz ocenę skróconego wędzidelka u niemowląt (*Assesment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF). Use in a lactation consultant's private practice*, A. Hazelbaker, 1993, Pasadena: Calif. Pacific Oaks College).

<sup>22</sup> „Strategia kompensacyjna – (...) sposób przejmowania funkcji jakiegoś chorego, niesprawnego, niedojrzałego funkcjonalnie narządu przez inną część tego narządu lub przez inny narząd przejmowane (...)” (*Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, D. Pluta-Wojciechowska, 2013, Bytom: Ergo-Sum, s. 310-311).

spoczynku znajduje się na dnie jamy ustnej, wynikiem czego jest deformacja głosek, to trudno będzie pacjentowi w szybkim czasie uzyskać normatywną artykulację. Często dodatkowa przyczyna tkwi np. w ankyloglosji i/lub w dysfunkcji połykania oraz oddychania, jak również nieprawidłowej budowie zgryzu itp. W takim przypadku należy sprawdzić, czy w tych warunkach możliwe jest osiągnięcie prawidłowej realizacji fonemu? Czy język jest w stanie swobodnie uzyskać pozycję wertykalno-horyzontalną (Pluta-Wojciechowska, 2009; 2011) jako punkt wyjścia do dalszych ćwiczeń? Co zrobić, gdy jest to niemożliwe? Znajomość artykulacyjnej budowy głosek języka polskiego oraz przyczyn powstawania wad artykulacyjnych pozwala na uzyskanie wiedzy, jak głoska jest zbudowana i czy można ją wywołać w odmiennych warunkach anatomiczno-czynnościowych? Czy np. pacjent z doprzednią wadą zgryzu uzyska normatywną realizację fonemu /f/, a w przypadku znacznej ankyloglosji dojdzie do wibracji języka podczas próby wywołania głoski /r/?

Dobór właściwej głoski i wywołanie jej cechy lub cech artykulacyjnych uzależniony jest od wielu czynników, takich jak np. wiek pacjenta, warunki anatomiczno-czynnościowe, rodzaj deformacji głosek czy też sprawność motoryczna narządów mowy. Nie ma jednej „złotej” metody, gdyż każdy pacjent posiada odmienne warunki anatomiczno-czynnościowe, a ten sam fonem może być deformowany u każdego pacjenta w odmienny sposób. Przede wszystkim należy odpowiedzieć sobie na pytanie, dlaczego pacjent nieprawidłowo realizuje dany fonem i co należy zrobić, aby uzyskać np. prawidłowe miejsce artykulacji? Czy największym problemem jest dysmedialne ułożenie języka, czy trudności z jego pionizacją? Czy łatwiejsze będzie uzyskanie pośrodkowego ułożenia języka, czy umiejętność wzniesienia go do pozycji wertykalno-horyzontalnej? Dlatego też należy wziąć pod uwagę progowe warunki realizacyjne pacjenta (Pluta-Wojciechowska, 2017), które mogą stanowić podstawę doboru materiału artykulacyjnego i konstruowanie przedpola artykulacji (Ibidem). Można się również zastanowić, jaka kolejność doboru głosek będzie najlepsza z punktu widzenia diagnozy dyslalii obwodowej? Czy lepiej zastosować sekwencję uczenia się głosek o charakterze rozwojowym, czy terapeutycznym (Pluta-Wojciechowska, 2008, 2012)? W pierwszym przypadku logopeda próbuje odtworzyć naturalną ścieżkę nabywania sprawności fonetycznej, natomiast podczas wykorzystania ścieżki terapeutycznej specjalista dobiera kolejność głosek w zależności od cech objawu i możliwości badanego. W mojej ocenie, im szybciej dziecko lub osoba dorosła uzyska pożądaną efekt, tym bardziej wzrasta motywacja do dalszej pracy terapeutycznej. Dlaczego więc nie zacząć od pracy nad głoskami najłatwiejszymi do osiągnięcia dla pacjenta, a tym samym nie skorzystać ze ścieżki terapeutycznej i indywidualnego doboru materiału artykulacyjnego? W tym celu można posłużyć się różnymi metodami opisanymi w literaturze logopedycznej, np. metodą fonetyczną, polegającą na uzyskaniu nowej głoski z innej (Antos, Demel, Styczek, 1971; Styczek, 1981; Kania, 1968; Pluta-Wojciechowska, 2008, 2015, 2017; Rodak, 2002)<sup>23</sup> i/lub mechanicznym uzyskaniem np. prawidłowego miejsca artykulacji poprzez dokładanie kolejnych elementów stanowiących cechy danego fonemu<sup>24</sup>. Może się jednak okazać, że ta sama strategia logopedycznego postępowania w przypadku jednego pacjenta będzie skuteczna, a w przypadku innego zawodna.

---

<sup>23</sup> Danuta Pluta-Wojciechowska metodę przekształcania głoski w celu uzyskania pożądaną cechy fonetycznej nazywa strategią syntetyczną, czyli „przekształceniem budowli” (*Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, 2017, Bytom: Ergo-Sum, s. 344).

<sup>24</sup> Strategia analityczna, czyli metoda „składania klocków” (Ibidem, s. 340).

## Podsumowanie

Diagnoza i terapia dyslalii, rozumianej jako zaburzenia „realizacji fonemów spowodowane czynnikami patogennymi” (Pluta-Wojciechowska, 2017, s. 416), wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta, ze względu na złożoność przyczyn oraz objawów w postaci niewłaściwej artykulacji. Niezbędna jest również wiedza z zakresu dziedzin pokrewnych oraz współpraca z innymi specjalistami, takimi jak ortodonta, laryngolog czy chirurg (Malicka, 2011). Umiejętności, jakie zdobywa student logopedii podczas studiów, powinny być właściwie wykorzystane podczas procesu diagnozy i terapii logopedycznej. Ocena warunków anatomiczno-czynnościowych przestrzeni orofacjalnej w dyslalii obwodowej pomaga nam w uzyskaniu informacji na temat prawidłowo lub nieprawidłowo zbudowanych narządów mowy oraz przebiegu takich czynności, jak oddychanie, połykanie, ssanie, gryzienie, żucie itp. Dopiero połączenie tych elementów z wiedzą fonetyczną, która obejmuje budowę artykulacyjną głosek języka polskiego, dopełnia wiedzę w kwestii zakłóceń dźwięków mowy, jako objawu nieprawidłowości anatomiczno-czynnościowych. Wykorzystanie metody analityczno-fonetycznej z użyciem ścieżki wzrokowo-słuchowo-czuciowo-eksperymentalnej (Pluta-Wojciechowska, 2015) podczas logopedycznej diagnozy umożliwia wnikliwą analizę mechanizmu zakłócającego przebieg prawidłowej artykulacji. Szczegółowy opis deformacji głosek w postaci niewłaściwego ułożenia warg i/lub języka wraz z uwzględnieniem strategii kompensacyjnych, pozwala na pełną diagnozę logopedyczną oraz skuteczną terapię dyslalii obwodowej.

## Bibliografia

- Antos, D, Demel, G., Syczek, I. (1971). *Jak usuwać seplenie i inne wady wymowy*. Warszawa: WSiP.
- Bąk, P. (1984). *Gramatyka języka polskiego*. Warszawa: Wiedza Praktyczna.
- Dłuska, M. (1986). *Fonetyka polska. Artykulacje głosek polskich*. Warszawa, Kraków: PWN.
- Dudkiewicz, L., Sawicka, I. (1995). Fonetyka i fonologia. W: H. Wróbel (red.), *Gramatyka współczesnego języka polskiego* (s. 74-79). Kraków: Krakowskie Biuro Festiwalowe.
- Grabias, S. (2012). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 15-71). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Hazelbaker, A. (1993). *Assesment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF). Use in a lactation consultant's private practice*. Pasadena: Calif. Pacific Oaks College.
- Hortis-Dzierzbicka, M. (2004). *Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebiennie-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka Borgis.
- Hortis-Dzierzbicka, M., Dudkiewicz, Z. (2000). Nowoczesna diagnostyka niewydolności podniebiennie-gardłowej. *Nowa Pediatria*, 18, 21-23.
- Hortis-Dzierzbicka, M., Dudkiewicz, Z., Stecko, E. (2000a). Standard postępowania foniatryczno-logopedycznego w wadzie rozszczepowej twarzy. *Standardy medyczne. Miesięcznik dla lekarzy pediatrów*, 2(12), 27-28.
- Hortis-Dzierzbicka, M., Dudkiewicz, Z., Stecko, E. (2000b). Nosowanie otwarte – przyczyny, diagnostyka, sposoby eliminacji. *Nowa Pediatria*, 18, 18-19.
- Kania, J. (1968). Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych. *Szkoła Specjalna*, 3, 264-271.
- Karłowska, I. (red.). (2009). *Zarys współczesnej ortodoncji. Podręcznik dla studentów i lekarzy stomatologów*. Warszawa: PWZL.
- Konopska, L. (2007). *Wymowa osób z wadą zgryzsu*. Szczecin: Wydawnictwo Media Druk.

- Łobacz, P. (1996). *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Energeia.
- Mackiewicz, B. (2002). *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-polykowego*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Malicka, I. (2011). O współpracy logopedy i chirurga w przypadku ankyloglosji. W: M. Michalik, A. Siudak (red.), *Nowa Logopedia, t. 2. Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy* (s. 297-304). Kraków: Collegium Columbinum.
- Malicka, I. (2014). Wstępne podsumowanie badań zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym z dysfunkcją fazy polykania i oddychania. *Logopedia Silesiana*, 3, 241-249.
- Malicka, I. (2019). *Dysfunkcje oddychania i polykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*. Nieopublikowana rozprawa doktorska. Katowice.
- Michalak-Widera, I. (2007). *Mile uszom dźwięki. Usprawnienie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*. Katowice: Bonito.
- Mierzejewska, H., Emiluta-Roza, D. (1997). Projekt zestawienia form zaburzeń mowy. *Audiofonologia*, 10, 37-48.
- Ostapiuk, B. (1997). Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji. *Audiofonologia*, 10, 119-131.
- Ostapiuk, B. (2002). Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią. *Logopedia*, 31, 95-156.
- Ostaszewska, D., Tambor, J. (2012). *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2008). *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Bytom: Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2009). Polykanie jako jedna z niewerbalnych czynności kompleksu ustno-twarzowego. *Logopedia*, 38, 119-148.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2010). *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*. Bytom: Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2013). *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*. Bytom: Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2015). Analityczno-fonetyczna metoda realizacji fonemów w logopedii. W: M. Kurkowska, E. Wolańska (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii* (s. 64-78). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2017). *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*. Bytom: Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska, D., Sambor, B. (2016). O różnych typach skróconych wędzidełek języka, ich ocenie i interpretacji wyników badań w logopedii. *Logopedia*, 45, 123-155.
- Roślowski, B. (2010). *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Gdańsk: Glottispol.
- Rodak, H. (2002). *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Sambor, B. (2014/2015). Zaburzone wzorce polykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych. *Logopedia*, 43/44, 460-485.
- Sambor, B. (2017). *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*. Nieopublikowana rozprawa doktorska. Katowice.
- Styczek, I. (1973). *Badania eksperymentalne spirantów polskich s, sz, ś ze stanowiska fizjologii i patologii mowy*. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Styczek, I. (1981). *Logopedia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.



- Strutyński, J. (1998). *Gramatyka polska*. Kraków: Wydawnictwo Tomasz Strutyński.
- Szymczak, M. (1978). *Słownik języka polskiego* (t. 1). Warszawa: PWN.
- Trzaskalik, J. (2012). Choroby układu oddechowego jako przyczyna dyslalii – na przykładzie dzieci z aglomeracji śląskiej. W: K. Kokot (red.), *Wieloaspektowość diagnozy i terapii logopedycznej* (s. 67-86). Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Wierzchowska, B. (1971). *Wymowa polska*. Warszawa: PZWSZ.

**Anna SOLAK**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **TEMPO MÓWIENIA DZIECI**

### **Streszczenie**

Badania szybkości realizacji wypowiedzi przez dzieci umożliwiły ustalenie norm zjawisk: tempa mówienia i tempa artykulacji. Przyniosły też jednoznaczną odpowiedź na pytanie o czynnik warunkujący te zjawiska. W niniejszym artykule zaprezentowano podsumowanie tych badań, prowadzonych wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Przedstawiono grupy badawcze, przykładową analizę ilościowo-jakościową oraz wyniki zbiorcze, a także wyniki uzyskane dzięki przeprowadzonej analizie statystycznej.

**Słowa kluczowe:** tempo mówienie, tempo artykulacji, pauzy.

### **Summary**

Research on the speed of the performance of statements by children made it possible to establish the norms of phenomena: the speed of speaking and the speed of articulation. They also brought an unequivocal answer to the question about the determinant of these phenomena. This article presents a summary of the research conducted among children in preschool and early school age. Research groups, an exemplary quantitative-qualitative analysis and collective results as well as the results obtained thanks to the performed statistical analysis are presented.

**Key words:** speaking pace, articulation pace, pauses.

### **Wstęp**

Tempo mówienia<sup>1</sup> dzieci stało się przedmiotem badań doktorskich, prowadzonych w latach 2014-2017 przez Annę Solak. Celem głównym badań było określenie norm tempa mówienia w trzech grupach wiekowych – wśród dzieci 6-, 7- i 9-letnich, jak również ustalenie czynnika, który ma istotny wpływ na badane zjawisko. Autorka badań przyjęła tezę, że starsze dzieci, które sprawniej posługują się językiem, mają bogatsze doświadczenia językowe, będą szybciej tworzyć wypowiedź, a innymi słowy: tempo wypowiedzi powinno rosnać z wiekiem (Aitchison, 1991; Kurcz, 2005).

Badania obejmowały także ocenę ilościowych i jakościowych zjawisk obserwowalnych w wypowiedziach dziecięcych (Cholewiak, 2016, 2017; Michalik, Solak, 2011; Michalik, Solak, 2018). Autorka wskazywała więc w każdym z analizowanych fragmentów wypowiedzi:

- liczbę głosek i sylab;
- liczbę pauz;
- czas trwania pauz;
- czas trwania poszczególnych typów pauz;
- czas samego mówienia;
- procentowy udział pauz.

---

<sup>1</sup> Terminem stosowanym zamiennie dla tempa mówienia jest tempo wypowiedzi.

Postawione w badaniach problemy dotyczyły tego, czy w populacji dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym istnieją różnice w:

- liczbie wykorzystanych przez dzieci pauz właściwych/wypełnionych/częściowo wypełnionych podczas trzydziestosekundowej wypowiedzi w podziale na wiek oraz płeć?;
- czasie trwania pauz właściwych/wypełnionych/częściowo wypełnionych (Śniatkowski, 2002) występujących w trzydziestosekundowej wypowiedzi w podziale na wiek oraz płeć?;
- procentowym udziale pauz występujących w trzydziestosekundowej wypowiedzi w podziale na wiek oraz płeć?;
- tempie mówienia [syłab/sek. oraz głosek/sek.] podczas trzydziestosekundowej wypowiedzi w podziale na wiek oraz płeć?;
- tempie artykulacji [syłab/sek. oraz głosek/sek.] w trakcie trzydziestosekundowej wypowiedzi w podziale na wiek oraz płeć?;
- całkowitym czasie trwania pauz [sek.] podczas trzydziestosekundowej wypowiedzi w podziale na wiek oraz płeć?

Opisywane badania miały charakter innowacyjny z uwagi na podejmowaną problematykę, postawione cele i zakres badanego materiału.

## 1. Przebieg badań

Poszukiwanie odpowiedzi na postawione problemy badawcze nie było łatwym zadaniem. Autorka w toku badań nagrała rozmowy z ponad 150 uczniami jednej z tarnowskich placówek oświatowych. Do analiz wybrane zostało 90 wypowiedzi uczniowskich<sup>2</sup>. Uczniowie biorący udział w badaniu spełniali kryterium wieku i kryterium dotyczące braku zaburzeń języka, w tym patologicznej niepełności mówienia (Woźniak, 2012; Andrade, Cervone, Sassi, 2003). W poniższej tabeli zaprezentowano podstawowe dane dotyczące badanych uczniów.

Tabela 1

*Grupy badawcze – charakterystyka uwzględniająca wiek i płeć*

	Liczba uczniów		Średnia wieku	
	Dziewczynki	Chłopcy	Dziewczynki	Chłopcy
Grupa uczniów 6-letnich	15	15	5;9	6;0
Grupa uczniów 7-letnich	15	15	6;9	7;2
Grupa uczniów 9-letnich	15	15	9;0	9;0

Źródło: opracowanie własne.

Tak zebrany materiał poddany został w pierwszej kolejności analizom ilościowo-jakościowym. Obejmowały one zapis trzydziestosekundowych fragmentów wypowiedzi, w których głos nieprzerwanie zabiera dziecko, kolejno wskazano liczby głosek, sylab i pauz w każdym z fragmentów. Dalsze działania dotyczyły pomiarów czasu trwania interesujących Autorkę zjawiska.

<sup>2</sup> Całkowita liczba uzyskanych wypowiedzi, spełniających kryteria przyjęte w badaniach, była dla poszczególnych grup różna. Jeśli w danej grupie pojawiało się ponad 15 wypowiedzi chłopców, które spełniały założenia, do właściwych analiz losowo wybrano fragmenty, które posłużyły do badań. Ostatecznie do każdej z grup zakwalifikowano po 30 uczniów. Jednoczesne przyjęcie równego podziału ze względu na płeć dało możliwość porównywania wyników badań dla czynników wiek i płeć.

Należy zaznaczyć, że analizowane wypowiedzi stanowiły werbalne reakcje na zadawane przez Autorkę pytania, które dotyczyły bieżących doświadczeń dzieci<sup>3</sup>. Ważnym założeniem badaczki było uzyskanie wypowiedzi spontanicznych, powstających bez trudu, będących odpowiedziami na proste, bliskie dzieciom pytania, zadawane przez osobę im znaną (Żydek-Bednarczuk, 1994; Warchała, 1991; Wilkoń, 2003). Opisując tempo mówienia, należy pamiętać, że realizacja wypowiedzi spontanicznej nigdy nie będzie odbywać się w stałym tempie (Woźniak, 2012; Zyss, Zięba, 2015; Wysocka, 2016), dlatego tak ważne jest, dla uzyskania średnich wartości, badanie możliwie najdłuższych fragmentów wypowiedzi. Zbadanie wyłącznie fraz wypowiedzeniowych wydaje się w tym wypadku mniej właściwe. Uzyskane z nich średnie wartości mogą być bowiem mylące.

Dla zobrazowanie przebiegu opisaną część badań zamieszczono poniżej przykładowy fragment wypowiedzi poddanej analizie ilościowo-jakościowej. Przytoczony trzydziestosekundowy fragment to wypowiedź chłopca w wieku 5 lat i 8 miesięcy. W nawiasach zapisane zostały pauzy, w nawiasach kwadratowych czas ich trwania.

Tabela 2

*Analiza ilościowo-jakościowa przykładowej wypowiedzi uczniowskiej (opracowanie własne)*

<b>Chłopiec [wiek: 5:8]</b>	
(y-) [0,56 s.] najpierw (-y) [0,84 s.] pani nam to wytumaczyła (-y) [0,96 s.] najpierw (-i) [2,07 s.] idziesz z kasą (-) [1,94 s.] bo my mieliśmy takie kartki (-) [0,31 s.] pani nam (-) [0,36 s.] dawała takie kartki i daa nam też takie (pudeł-) [0,89 s.] pudełko (y-) [0,87 s.] co (-chrząknięcie) [0,35 s.] tam były pieñondze bo (-) [0,34 s.] była taka karta co (-y) [0,62 s.] tam były (-f) [0,46 s.] pieñondze (-i-) [1,13 s.] i później (-) [0,31 s.] wyciongało sie jakoś rzecz z te <sup>4</sup>	
Liczba głosek	<b>191</b>
Liczba sylab	<b>79</b>
<b>Tempo mówienia: 6,36 glosek/s. (2,63 sylab/s.)</b>	

Dalszy ciąg analizy dotyczył charakterystyki pauz wskazanych w badanym fragmencie uczniowskiej wypowiedzi. W przypadku wypowiedzi zaprezentowanej w tabeli 2 czas trwania pauz w wypowiedzi wyniósł niewiele ponad 12 sekund, co stanowiło 40,03% badanego fragmentu wypowiedzi. Czas trwania poszczególnych typów pauz z przykładowej wypowiedzi uczniowskiej zawarto w tabeli 3.

Tabela 3

*Liczbowa charakterystyka pauz z przykładowej wypowiedzi uczniowskiej (opracowanie własne)*

	<b>Liczba pauz</b>	<b>Czas trwania pauz</b>
Pauzy w wypowiedzi	15	12,01 s.
Pauzy właściwe	5	3,26 s.
Pauzy wypełnione	0	0 s.
Pauzy częściowo wypełnione	10	8,75 s.

Opisywane analizy były najbardziej czasochłonnym zadaniem realizowanym w badaniach.

<sup>3</sup> Osoba badająca zadawała następujące pytania: Co robicie w klasie/w grupie? W co się bawicie w grupie? Co robiłeś/-aś/-cie w świetlicy? Co dziś robiłeś? Co robiłeś wczoraj? Co najczęściej robisz w domu? Co będziesz robił?

<sup>4</sup> Tłumaczenie zapisu:

(y)/(i) itp. – pauza wypełniona (w nawiasach dźwięki artykułowane lub jednostki leksykalne – uwzględnienie wydłużenia pauzy wypełnionej poprzez powtórzenie znaku bądź znaków);

(-) krótka pauza właściwa w wypowiedzi;

(--) wydłużona pauza właściwa w wypowiedzi;

(-y) pauza częściowo wypełniona.

## 2. Wyniki surowe uzyskane w badaniach

Wyniki analiz ilościowo-jakościowych stały się podstawą dalszych działań. Pozwoliły też zrealizować najważniejszy cel postawiony przez Autorkę – wskazanie średniej szybkości realizacji wypowiedzi przez dzieci. Zebrane dane<sup>5</sup> – zbiorcze wyniki analiz ilościowo-jakościowych, które przedstawiono poniżej, zostały przeanalizowane z wykorzystaniem metody statystycznej: analizy wariancji ANOVA – dwuczynnikowa<sup>6</sup>. Porównanie uzyskanych wyników umożliwiło wskazanie statystycznie istotnych różnic między średnimi grupowymi dla poszczególnych zjawisk.

Tabela 4

Zbiorcze wyniki analiz ilościowo-jakościowych w grupie dzieci 6-letnich (opracowanie własne)

Fragment wypowiedzi	Wiek dziecka	Płeć dziecka	Liczba pauz			Czas trwania pauz (sek.)			Procentowy udział pauz (%)	Tempo mówienia	
			właś.	wyp.	c-w	właś.	wyp.	c-w		gl./s.	syl./s.
1.	5;8	C	5	0	10	3,26	0	8,75	40,03	6,36	2,63
2.	5;7	C	13	0	3	9,25	0	2,36	38,7	5	2,17
3.	6;1	C	10	1	1	10,23	0,16	1,67	40,2	6,16	2,4
4.	6;5	C	6	0	7	6,21	0	9,77	53,26	3,86	1,63
5.	6;1	C	10	3	3	8,24	2,19	4,76	50,63	5	1,96
6.	5;10	C	2	0	3	7,85	0	13,12	69,9	3,2	1,4
7.	6;3	C	5	0	3	7,81	0	9,06	56,23	3,16	1,26
8.	6;4	C	7	0	9	3,47	0	8,68	40,5	7,63	3,16
9.	6;3	C	8	2	3	5,52	0,63	6,73	42,93	5,03	2,03
10.	5;8	C	5	1	5	2,62	0,37	7,37	34,53	5,46	2,33
11.	6;5	C	10	1	0	10,24	0,15	0	34,63	7,4	2,93
12.	6;1	C	8	0	6	4,13	0	8,41	41,8	5,5	2,3
13.	6;1	C	6	1	5	4,72	0,35	9,56	48,76	5,2	2
14.	6;3	C	9	0	3	7	0	3,67	35,56	6,36	2,66
15.	6;4	C	12	2	1	8,59	2,96	0,28	39,43	6,46	2,46
16.	6;0	D	12	3	3	4,28	3,55	2,63	34,86	6,56	2,93
17.	6;0	D	7	5	3	4,78	4,67	2,85	41	6,47	2,77
18.	5;8	D	12	3	3	8,22	0,79	4,92	46,44	5,27	2,34
19.	5;9	D	7	4	2	6,16	2,2	3,75	40,36	5,1	2,26
20.	5;7	D	7	0	4	4,43	0	5,95	34,6	5,23	2,4
21.	5;10	D	7	0	4	5,1	0	6,91	40,03	5,53	2,33
22.	6;1	D	7	0	3	5,14	0	7,64	42,6	6,16	2,73
23.	6;1	D	6	3	8	2,16	1,42	7,94	38,4	5,96	2,53
24.	5;9	D	8	1	2	9,54	0,58	2,79	43,03	4,5	2,03
25.	5;9	D	12	1	0	13,93	0,22	0	47,16	5,4	2,1
26.	6;3	D	10	1	2	10,23	0,33	1,46	40,06	6,83	2,93
27.	6;1	D	6	2	3	5,73	0,82	4,02	35,23	5,9	2,4
28.	5;11	D	6	4	2	2,66	3,25	9,97	52,93	5,13	2,13
29.	5;11	D	8	2	5	3,49	0,33	9,92	45,8	6,2	2,6
30.	5;7	D	11	2	1	5,74	2,58	1,19	31,7	7,73	3,3

<sup>5</sup> Dane surowe. W tabelach posłużono się następującymi skrótami:

- C – chłopiec;
- D – dziewczynka;
- właś. – pauzy właściwe;
- wyp. – pauzy wypełnione;
- c-w – pauzy częściowo wypełnione.

<sup>6</sup> Analiza wariancji ANOVA – dwuczynnikowa pozwala zbadać wpływ każdego z czynników z osobna na zmienną zależną oraz równoczesne oddziaływanie dwóch czynników na analizowaną zmienną zależną. Opisana analiza została stworzona przez Rolanda Fishera (stąd określenie statystyka F, test F). Porównanie uzyskanych za jej pomocą wyników, umożliwia wskazanie statystycznie istotnych różnic pomiędzy średnimi grupowymi (*Statystyczny drogowkaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*, S. Bedyńska, A. Brzezicka, 2007, Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Academica).

Tabela 5

Zbiórce wyniki analiz ilościowo-jakościowych w grupie dzieci 7-letnich (opracowanie własne)

Fragment wypowiedzi	Wiek dziecka	Płeć dziecka	Liczba pauz			Czas trwania pauz			Procentowy udział pauz (%)	Tempo mówienia	
			właś.	wyp.	c-w	właś.	wyp.	c-w		gł./s.	syl./s.
1.	6;9	C	8	1	3	8,16	0,23	2,51	36,3	6,1	2,63
2.	7;2	C	5	2	2	2,22	6,9	4,51	45,43	5,2	2,2
3.	7;4	C	8	5	2	4,09	2,86	2,72	32,23	6,56	2,83
4.	7;1	C	4	1	3	4,01	0,65	2,93	25,3	5,46	2,26
5.	7;1	C	8	0	4	5,02	0	6,67	38,96	6,06	2,46
6.	7;5	C	8	0	2	6,96	0	2,28	30,8	6,26	2,73
7.	6;9	C	7	2	2	2,39	0,93	3,22	21,8	7,56	3,06
8.	7;4	C	3	6	3	3,66	6,11	4,42	47,3	5,96	2,56
9.	6;10	C	11	0	0	10,64	0	0	35,46	6,86	2,86
10.	7;5	C	3	2	3	4,79	1,79	5,02	38,6	6,7	2,73
11.	7;2	C	6	2	4	4,18	0,92	4,86	33,2	5,83	2,6
12.	7;1	C	10	2	1	6,51	2,64	4,15	44,33	6,3	2,63
13.	7;5	C	4	3	4	3,09	6,72	6,03	52,8	4,46	1,8
14.	6;11	C	10	4	1	8,4	1,96	0,9	37,53	7,8	3,26
15.	7;5	C	7	2	3	4,29	1,37	10,75	54,7	5,53	2,43
16.	6;7	D	10	1	2	7	0,18	2,45	32,1	6,8	3,06
17.	6;8	D	5	0	5	8,12	0	6,84	49,86	4,4	1,9
18.	6;8	D	7	2	2	3,38	0,35	1,26	16,63	8,06	2,9
19.	6;8	D	9	0	1	12,88	0	1,64	48,4	5,76	2,26
20.	6;7	D	9	2	2	9,6	1,11	0,62	37,76	6,93	2,86
21.	6;7	D	9	2	5	3,53	0,99	4,71	30,76	7,8	3,36
22.	7;3	D	3	4	3	2,83	4,16	3,91	36,3	6,7	2,7
23.	6;8	D	2	7	1	0,55	3,15	6,75	34,83	4,76	2,06
24.	7;0	D	1	6	4	0,38	6,81	3,73	36,4	7,6	3,36
25.	7;1	D	9	0	1	4,97	0	0,6	18,56	6,6	2,56
26.	7;4	D	9	0	1	7,52	0	0,74	27,53	5,4	2,23
27.	7;4	D	5	6	3	1,87	3,97	1,82	25,53	7,13	3
28.	7;2	D	8	1	6	3,19	0,2	8,12	38,36	6,4	2,73
29.	6;7	D	7	1	2	5,62	0,2	3,43	30,83	8,53	3,6
30.	7,4	D	5	1	6	2,09	0,2	8,13	34,73	6,06	2,36

Tabela 6

Zbiornicze wyniki analiz ilościowo-jakościowych w grupie dzieci 9-letnich (opracowanie własne)

Fragment wypowiedzi	Wiek dziecka	Płeć dziecka	Liczba pauz			Czas trwania pauz			Procentowy udział pauz (%)	Tempo mówienia	
			właś.	wyp.	c-w	właś.	wyp.	c-w		gl./s.	syl./s.
1.	9;1	C	8	6	3	3,24	2,31	3,3	29,5	6,93	2,93
2.	8;8	C	5	3	4	2,11	2,43	5,79	34,43	5,7	2,43
3.	9;5	C	4	0	3	2,45	0	7,37	32,73	6,06	2,6
4.	8;11	C	10	1	3	8,13	0,16	3,69	39,93	7,56	3,06
5.	9;0	C	6	2	5	5,07	0,63	5,18	36,26	6,46	2,83
6.	9;1	C	5	6	7	2,24	3,82	6,49	41,83	7,5	3,2
7.	9;3	C	5	4	5	3,07	3,1	5,54	39,03	6,7	2,9
8.	8;9	C	7	7	1	4,53	3,33	0,48	27,8	8,7	3,63
9.	9;3	C	3	7	3	1,37	3,24	4,25	29,53	8,23	3,3
10.	8;7	C	8	0	4	5,39	0	5,53	36,4	7,3	3
11.	9;5	C	8	2	0	6,66	0,75	0	24,7	10,33	4,3
12.	9;0	C	7	1	4	3,56	0,53	9,29	44,6	6,5	2,66
13.	9;2	C	7	2	5	3,57	0,9	4,46	29,76	6,2	2,43
14.	9;0	C	6	3	4	2,32	0,58	8,52	38,06	6,03	2,36
15.	8;11	C	7	2	2	3,9	0,76	2,74	24,66	7,06	2,76
16.	9;5	D	9	0	2	7	0	7,27	47,56	6,03	2,4
17.	9;2	D	6	1	5	4,59	0,26	6,46	37,7	5,7	2,2
18.	9;1	D	8	0	4	6,15	0	6,6	42,5	6,96	2,86
19.	8;8	D	2	3	8	1,2	1,29	7,75	34,13	6,03	2,43
20.	8;11	D	5	0	3	4,59	0	5,12	32,36	6,8	2,93
21.	9;2	D	9	2	2	4,54	1,85	2,23	28,73	8	3,36
22.	9;5	D	6	2	4	3,03	1,09	4	27,06	7,93	3,23
23.	8;10	D	4	5	4	2,47	1,14	3,63	24,13	8,76	3,93
24.	9;5	D	10	1	5	6,2	0,36	5,64	40,66	6,9	2,66
25.	8;9	D	11	1	1	7,14	0,29	2,1	31,76	8,7	3,53
26.	9;4	D	5	0	7	2,11	0	9,64	39,16	5,93	2,33
27.	8;10	D	4	1	4	5,35	0,21	5,83	37,96	8	3,33
28.	9;3	D	2	3	7	0,62	1,01	7,91	31,8	8,03	3,33
29.	8;11	D	8	2	2	7,29	0,84	6,02	47,16	5,93	2,46
30.	8;9	D	5	1	6	2,2	0,81	6,04	30,16	6,83	2,9

### 3. Wyniki analiz statystycznych

W niniejszym pracy prezentowane są wyłącznie skrótowe opracowania statystyczne danych dotyczących tempa mówienia<sup>7</sup>. Postawione problemy badawcze w przypadku wskazanego zjawiska był następujące:

*Czy w populacji dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym istnieją różnice w tempie mówienia [syllab/sek.] w trakcie wypowiedzi trzydziestosekundowej w podziale na wiek oraz płeć?*

*Czy w populacji dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym istnieją różnice w tempie mówienia [głosek/sek.] w trakcie wypowiedzi trzydziestosekundowej w podziale na wiek oraz płeć?*

Średnie wartości interesującego nas zjawiska wskazano poniżej, uwzględniając wiek i płeć uczniów (tabele 7 i 8).

<sup>7</sup> Wszystkie wskazane wcześniej problemy zostaną zaprezentowane w książce *Jak szybko mówią dzieci?* (w przygotowaniu).

Tabela 7

*Średnie tempo trzydziestosekundowej wypowiedzi [syłab/sek.] uczniów (z podziałem na wiek i płeć)*

Wiek	Średnie tempo mówienia [syłab/sek.]	
	Chłopcy	Dziewczynki
6-latki	<b>2,2</b>	<b>2,5</b>
7-latki	<b>2,6</b>	<b>2,7</b>
9-latki	<b>3,0</b>	<b>2,9</b>

Tabela 8

*Średnie tempo trzydziestosekundowej wypowiedzi [głosek/sek.] uczniów (z podziałem na wiek i płeć)*

Wiek	Średnie tempo mówienia [głosek/sek.]	
	Chłopcy	Dziewczynki
6-latki	<b>5,5</b>	<b>5,9</b>
7-latki	<b>6,2</b>	<b>6,6</b>
9-latki	<b>7,2</b>	<b>7,1</b>

Wskazane średnie wartości tempa mówienia pozwoliły zweryfikować niżej wymienione hipotezy:

- Jest istotna różnica w przeciętnym tempie trzydziestosekundowej wypowiedzi [syłab/sek.] oraz [głosek/sek.] w podziale na wiek.
- Jest istotna różnica w przeciętnym tempie trzydziestosekundowej wypowiedzi [syłab/sek.] oraz [głosek/sek.] w podziale na płeć.
- Występuje istotne współdziałanie, pomiędzy obydwoma czynnikami, tj. „poziomem wieku” i „rodzajem płci”, wpływające na przeciętne tempo mówienia [syłab/sek.] oraz [głosek/sek.].

Analiza statystyczna wykazała<sup>8</sup>, że tempo mówienia ma związek z wiekiem dzieci. Zależność ta jest bardzo istotna statystycznie – pewność podanych hipotez wynosi 100%<sup>9</sup> (dotyczy to zarówno tempa mierzonego w sylabach, jak i głosek na sekundę).

Tempo mówienia w trakcie trzydziestosekundowej wypowiedzi dzieci mierzone sylabami oraz głoskami na sekundę nie ma związku z ich płcią. Pewność hipotezy w przypadku tempa mierzonego za pomocą sylab na sekundę wynosi 80,90%<sup>10</sup>, natomiast w przypadku głosek na sekundę 73,82%<sup>11</sup>. Z uwagi na to, że obydwa wyniki nie przekroczyły przyjętego w badaniach poziomu ufności przyjmuje się, że nie ma istotnych różnic w tempie realizacji wypowiedzi trzydziestosekundowej w podziale na płeć.

Na tempo mówienia nie wpływa również interakcja czynników, jakimi są wiek i płeć. Pewność hipotez nie jest wysoka i wynosi 60,57%<sup>12</sup> – biorąc pod uwagę tempo mierzone sylabami na sekundy oraz 36,03%<sup>13</sup> – w przypadku tempa mierzonego głoskami na sekundę.

Opisane wyniki zastosowanej statystyki F przedstawiono w poniższych tabelach.

<sup>8</sup> W analizach statystycznych przyjęto następujący poziom istotności:  $\alpha = 0,05$ , wynikający poziom ufności  $1 - \alpha = 0,95$ . Kolorem czerwonym w tabelach zaznaczono wyniki istotne statystycznie;  $p < 0,05$ , a czarnym nieistotne;  $p > 0,05$ .

<sup>9</sup>  $[(1-0,000)*100\%=100\%]$

<sup>10</sup>  $[(1-0,1910)*100\%=80,90\%]$

<sup>11</sup>  $[(1-0,2618)*100\%=73,82\%]$

<sup>12</sup>  $[(1-0,3943)*100\%=60,57\%]$

<sup>13</sup>  $[(1-0,6397)*100\%=36,03\%]$



Tabela 9

Wyniki zastosowanej statystyki *F* dla postawionych hipotez [sylab/sek.]

Analizowane efekty	Jednowymiarowe testy istotności i wielkości efektów: Zmienna zależna: Tempo mówienia [sylab/sek.]		
	Stopnie swobody efektów df	Wartość testu F	Komputerowy poziom prawdopodobieństwa (istotności) p
Wiek dziecka	<b>2</b>	<b>11,23</b>	<b>0,0000</b>
Płeć dziecka	<b>1</b>	<b>1,74</b>	<b>0,1910</b>
Wiek dziecka i płeć dziecka	<b>2</b>	<b>0,94</b>	<b>0,3943</b>
Błąd	<b>84</b>		

Tabela 10

Wyniki zastosowanej statystyki *F* dla postawionych hipotez [głosek/sek.]

Analizowane efekty	Jednowymiarowe testy istotności i wielkości efektów: Zmienna zależna: Tempo mówienia [głosek/sek.]		
	Stopnie swobody efektów df	Wartość testu F	Komputerowy poziom prawdopodobieństwa (istotności) p
Wiek dziecka	<b>2</b>	<b>13,45</b>	<b>0,0000</b>
Płeć dziecka	<b>1</b>	<b>1,28</b>	<b>0,2618</b>
Wiek dziecka i płeć dziecka	<b>2</b>	<b>0,45</b>	<b>0,6397</b>
Błąd	<b>84</b>		

Analizy statystyczne pozwoliły dowieść, że dzieci z wiekiem mówią coraz szybciej, a co więcej – tempo mówienia jest zależne od wieku dzieci w 100%. Na tempo wypowiedzi nie mają natomiast wpływu płeć badanych oraz interakcja wieku i płci.

Skoro tempo mówienia w najwyższym stopniu zależy od wieku badanych, konieczne było sprawdzenie – uwzględniając wyłącznie różnicę wieku – które ze średnich wartości badanego zjawiska różnią się istotnie między sobą. W tym celu wykorzystano test post-hoc: LSD Fishera. W poniższych tabelach zawarto dane niezbędne do przeprowadzenia analiz, a także same analizy.

Tabela 11

Średnie tempo mówienia [sylab/sek.] uczniów w podziale na wiek

Poziom wieku	Średnie tempo mówienia [sylab/sek.]
6-latki	<b>2,37</b>
7-latki	<b>2,67</b>
9-latki	<b>2,94</b>

Tabela 12

Ocena istotności różnic pomiędzy średnim tempem wypowiedzi [syłab/sek.] dziecięcych w podziale na wiek

<b>Test istotności LSD-Fishera (NIR)</b>				
<b>Zmienna zależna:</b> Tempo wypowiedzi [syłab/sek.]				
<i>Przybliżone prawdopodobieństwa dla testów post hoc</i>				
<i>Błąd: MS międzygrupowe = 0,2187, df = 84,000</i>				
Numer Podklasy	Wiek dziecka	Podklasa {1} Średnia 2,37	Podklasa {2} Średnia 2,67	Podklasa {3} Średnia 2,94
1	sześcioletki		<b>0,0163</b>	<b>0,0000</b>
2	siedmioletki	<b>0,0163</b>		<b>0,0246</b>
3	dziwęcioletki	<b>0,0000</b>	<b>0,0246</b>	

Dla wszystkich poziomów czynnika – jakim był wiek badanych – średnie tempo w trzydziestosekundowych wypowiedziach [syłab/sek.] różni się istotnie statystycznie między sobą, tj. odpowiednio: pomiędzy 6-latkami i 7-latkami  $p = 0,0163 < 0,05$ , 6-latkami i 9-latkami  $p = 0,0000 < 0,05$  oraz pomiędzy 7-latkami i 9-latkami  $p = 0,0246 < 0,05$  – tabela powyżej (tabela 12).

Tabela 13

Średnie tempo mówienia [głosek/sek.] uczniów w podziale na wiek

Poziom wieku	Średnie tempo mówienia [głosek/sek.]
6-latki	<b>5,66</b>
7-latki	<b>6,39</b>
9-latki	<b>7,13</b>

Tabela 14

Ocena istotności różnic pomiędzy średnim tempem wypowiedzi [głosek/sek.] dziecięcych w podziale na wiek

<b>Test istotności LSD-Fishera (NIR)</b>				
<b>Zmienna zależna:</b> Tempo wypowiedzi [głosek/sek.]				
<i>Przybliżone prawdopodobieństwa dla testów post hoc</i>				
<i>Błąd: MS międzygrupowe = 1,2021, df = 84,000</i>				
Numer Podklasy	Wiek dziecka	Podklasa {1} Średnia 5,66	Podklasa {2} Średnia 6,39	Podklasa {3} Średnia 7,13
1	sześcioletki		<b>0,0120</b>	<b>0,0000</b>
2	siedmioletki	<b>0,0120</b>		<b>0,0105</b>
3	dziwęcioletki	<b>0,0000</b>	<b>0,0105</b>	

Dla wszystkich poziomów czynnika, jakim był wiek badanych, średnie tempo wypowiedzi w trzydziestosekundowych wypowiedziach [głosek/sek.] różni się istotnie statystycznie między sobą, tj. odpowiednio: pomiędzy 6-latkami i 7-latkami  $p = 0,0120 < 0,05$ , 6-latkami i 9-latkami  $p = 0,0000 < 0,05$  oraz pomiędzy 7-latkami i 9-latkami  $p = 0,0105 < 0,05$  – tabela powyżej (tabela 14).

## Podsumowanie

Prowadzone badania pozwoliły kompleksowo spojrzeć na zagadnienia, które do tej pory łączone były głównie z płynnością mówienia i jej zaburzeniami. Umożliwiły więc wyznaczenie oraz opisanie, zaprezentowanych w podsumowaniu, norm tempa mówienia, a co więcej – jednoznacznie pokazały, że badane zjawisko jest warunkowane wiekiem. Wynika to oczywiście z faktu, że z wiekiem proces formułowania wypowiedzi przebiega sprawniej, a tym samym maleje liczba czy czas trwania pauz w wypowiedziach, czyli maleje procentowy ich udział, dzięki czemu z ust dzieci starszych powinniśmy spodziewać się płynniejszych przekazów.

Tabela 15

*Normy tempa mówienia dla poszczególnych grup wiekowych*

Wiek dziecka	Tempo mówienia [głoszek/sek.]	Tempo mówienia [syłab/sek.]
6-latki	5,66	2,37
7-latki	6,39	2,67
9-latki	7,13	2,94

Prezentowane wyniki badań inspirowały do dalszych rozważań nad szybkością formułowania wypowiedzi przez dzieci. Zastanawia tym samym, jak kwestia ta wygląda u dzieci starszych, czy tendencje prezentowane w pracy utrzymują się w dalszych latach rozwoju językowego uczniów? Odpowiedź na to pytanie wymaga kolejnych rozległych badań i wnikliwych analiz.

## Bibliografia

- Aitchison, J. (1991). *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*. Tłum. M. Czarniecka. Warszawa: PWN.
- Andrade, C.R.F., Cervone, L. M., Sassi, F.C. (2003). Relationship between the stuttering severity index and speech rate. *Sao Paulo Medical Journal*, 121, 81-84.
- Bedyńska, S., Brzezicka, A. (2007). *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Academica.
- Cholewiak, A. (2016). Tempo wypowiedzi gimnazjalistów – pilotażowe badania ilościowo-jakościowe. *Forum Logopedyczne*, 24, 101-111.
- Cholewiak, A. (2017). Metodologiczne aspekty badania tempa wypowiedzi (ujęcie neurolingwistyczne). *Studia Logopaedica VI*, 82-88.
- Essen von, O. (1967). *Fonetyka ogólna i stosowana*. Warszawa: PWN.
- Kurcz, I. (2005). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Michalik, M. (2013). Niemówienie jako problem lingwistyczny, kulturowy i szkolny. Uwagi neurolingwisty, W: M. Michalik, A. Hetman (red.), *Synergia. Mowa – Terapia – Wychowanie* (s. 9-19). Jastrzębie-Zdrój – Kraków: Wydawnictwo Pasaże.
- Michalik, M., Cholewiak, A. (2017). Tempo wypowiedzi w oligofazji. *Logopedia*, 46, 267-283.
- Michalik, M., Cholewiak, A., Jagielowicz, W. (2015). Niemówienie, milczenie, przemilczenie, pauza, czyli wielkie nic w teorii i praktyce logopedycznej. W: I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii* (s. 79-93). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Michalik, M., Milewski S., Kaczorowska-Bray, K., Solak, A. (2018). Tempo wypowiedzi jako kategoria badawcza – w normie i w zaburzeniach. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Linguistica*, 13, 107-116.
- Michalik, M., Solak, A. (2017). The pace of speech in autistic spectrum disorder. *Acta Neuropsychologica*, 15(4), 433-441.

- Michalik, M., Solak, A. (2018). Badanie tempa wypowiedzi – na przykładzie tekstów tworzonych przez osoby dotknięte autyzmem. *Neurolingwistyka Praktyczna*, 4, 176-196.
- Napierała, M. (2014). Jak to się dzieje, że rozmawiamy ze sobą, czyli tworzenie i rozumienie przekazów językowych w ujęciu psycholingwistyki. W: K. Cikała, K. Drażkiewicz, W. B. Zieliński (red.), *Spoleczeństwo rozumne. O relacji między jednostkami a racjonalnością* (s. 109-120). Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II.
- Polański, K. (red.). (1999). *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Śniatkowski, S. (2002). *Milczenie i pauza w gramatyce nadawcy i odbiorcy. Ujęcie lingwoedukacyjne*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Warchała, J. (1991). *Dialog potoczny a tekst*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wilkoń, A. (2003). Gatunki mówione. W: M. Kita (red.), *Porozmawiajmy o rozmowie. Lingwistyczne aspekty dialogu* (s. 46-58). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Woźniak, T. (2012). Niepłynność mówienia. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 549-565). Lublin: UMCS.
- Wysocka, M. (2012). Zaburzenia prozodii mowy. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 165-184). Lublin: UMCS.
- Wysocka, M. (2015). Narzędzia badawcze do oceny prozodii mowy. *Nowa Audiofonologia*, 4(4), 20-27.
- Wysocka, M. (2016). Prozodia mowy – problemy opisu. W: B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Logopedia artystyczna* (s. 213-230). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Zyss, T., Zięba, A. (2015). Tempo mówienia – kilka uwag z psychiatrycznego punktu widzenia. *Neurolingwistyka praktyczna*, 1, 15-26.
- Żydek-Bednarczuk, U. (1994). *Struktura tekstu rozmowy potocznej*. Katowice: Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego.

<http://www.encyklopedialogopedii.pl/tiki-index.php?page=TACHYLALIA>.

<http://www.encyklopedialogopedii.pl/tiki-index.php?page=TEMPO+M%C3%93WIENIA>.

### **III. BADANIA WDROŻENIOWE**

**Agata KALINOWSKA**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **ALTERNATYWNE I WSPOMAGAJĄCE METODY KOMUNIKACJI STOSOWANE W PRACY Z UCZNIAMI KLAS I-III**

### **Streszczenie**

Podjęta tematyka została ukierunkowana na alternatywne i wspomagające metody komunikacji, które są stosowane wobec uczniów klas I-III. Dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, wśród których znajdują się jednostki z deficytami kompetencji i zaburzeń sprawności językowych, powinny stanowić wyzwanie dla nauczycieli i terapeutów. Prawidłowości w doborze alternatywnych oraz wspomagających metod komunikacji powinny zostać poparte odpowiednim sposobem wprowadzenia oraz ukierunkowania całości procesu zarówno edukacyjnego, jak i terapeutycznego.

**Słowa kluczowe:** alternatywna komunikacja, wspomagające metody komunikacji, specjalne potrzeby edukacyjne, zaburzenia sprawności językowych.

### **Summary**

The subject matter was focused on alternative and supportive methods of communication that are used with students in grades 1-3. Children with special educational needs, including individuals with competence deficits and language disorders, should be a challenge for teachers and therapists. Correctness in the selection of alternative and supportive methods of communication should be supported by an appropriate method of introducing and directing the whole process, both educational and therapeutic.

**Key words:** alternative communication, supporting methods of communication, special educational needs, language disorders.

### **Wstęp**

Podjęte rozważania dotyczące alternatywnych i wspomagających metod komunikacji stanowią duże wyzwanie dla nauczycieli pracujących z dziećmi wymagającymi podejmowania działań związanych z udzielaniem specjalistycznej pomocy. Znajomość zagadnień i elementów praktycznych wykorzystywanych w pracy jest prymarnym obowiązkiem każdego nauczyciela, który nie tylko powinien być inicjatorem procesu edukacyjnego, ale również osobą wspierającą, ukierunkowaną na indywidualizację podejmowanych działań.

W początkowej fazie przygotowań do pracy z uczniem wymagającym specjalistycznego podejścia należy doprecyzować i dokonać analizy istotnych zapisów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 lipca 2020 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. W świetle zapisów Rozporządzenia (Dz.U. z 2020 r., poz. 1280, s. 2):

pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym.

Jak wynika z powyższego zapisu, do zadań placówek zajmujących się edukacją należy podejmowanie szeregu działań umożliwiających jak najpełniejsze funkcjonowanie każdej jednostki będącej częścią grupy.

Należy również dookreślić, jakie jednostki pretendują do grona osób obejmowanych pomocą. W przytaczanym rozporządzeniu do takich jednostek należą osoby (Dz.U. z 2020 r., poz.1280, s. 2):

z niepełnosprawnością; z niedostosowaniem społecznym; z zagrożeniem niedostosowaniem społecznym; z zaburzeniami zachowania lub emocji; ze szczególnymi uzdolnieniami; ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się; z deficytami kompetencji i zaburzeń sprawności językowych; z chorobą przewlekłą; z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych; z niepowodzeń edukacyjnych; z zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi; z trudnościami adaptacyjnymi związanymi z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą.

Ważne z punktu widzenia prawidłowej realizacji zadań w obrębie organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej staje się doprecyzowanie zadań nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, do których należy:

- rozpoznawanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów;
- określanie mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień uczniów;
- rozpoznawanie przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu uczniów, w tym barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie uczniów i ich uczestnictwo w życiu przedszkola, szkoły lub placówki;
- podejmowanie działań sprzyjających rozwojowi kompetencji oraz potencjału uczniów w celu podnoszenia efektywności uczenia się i poprawy ich funkcjonowania;
- współpraca z poradnią w procesie diagnostycznym i postdiagnostycznym, w szczególności w zakresie oceny funkcjonowania uczniów, barier i ograniczeń w środowisku utrudniających funkcjonowanie uczniów i ich uczestnictwo w życiu przedszkola, szkoły lub placówki oraz efektów działań podejmowanych w celu poprawy funkcjonowania ucznia oraz planowania dalszych działań (Dz.U. z 2020 r., poz. 1280, s. 6).

Po dokonaniu wstępnej analizy przedstawienia różnorodnych aspektów, ukierunkowanych na podkreślenie istotnych elementów aktów normatywnych, przejdę do analizy grupy uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W danej grupie znajdują się również dzieci z deficytami kompetencji i zaburzeń sprawności językowych.

## 1. Specjalne potrzeby edukacyjne

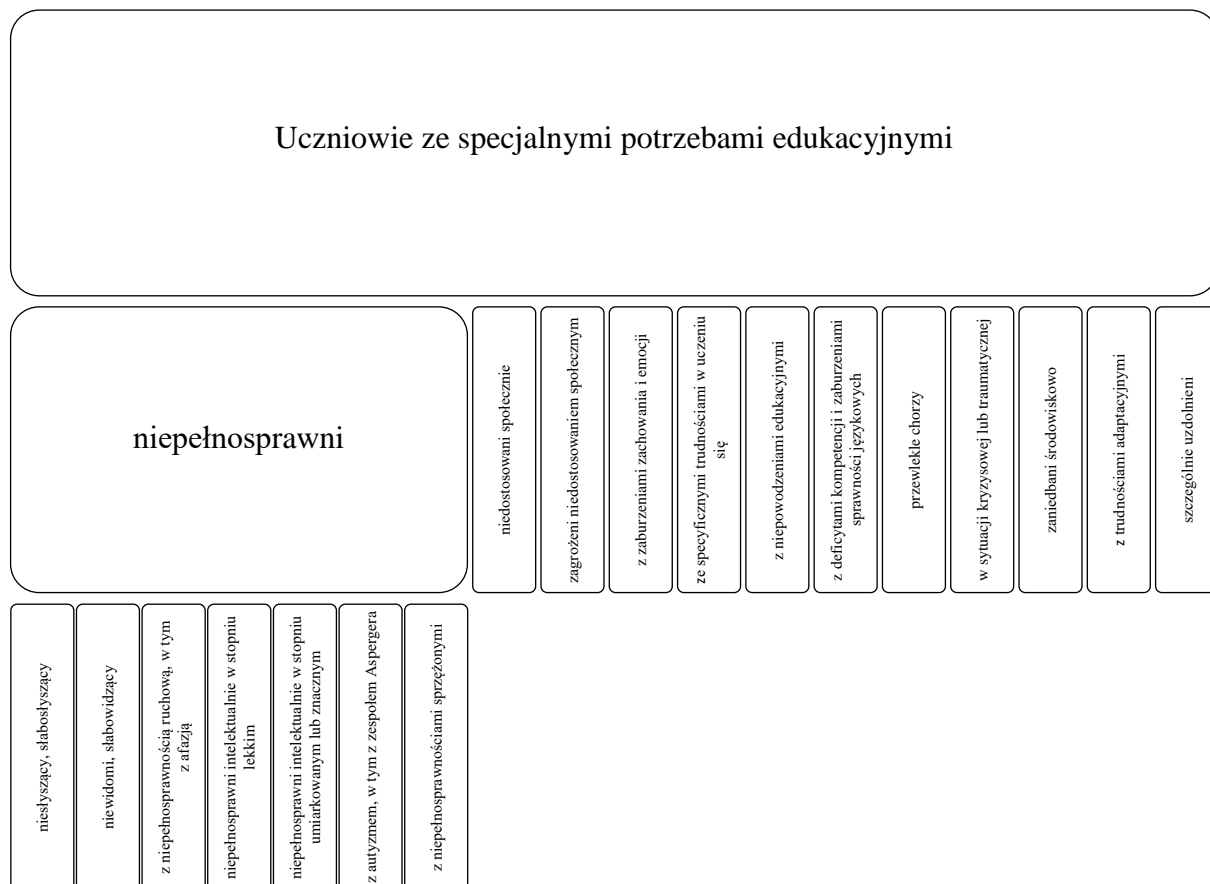
Rozważania warto rozpocząć od doprecyzowania terminologicznego ujętego w szerszym zakresie, jakim są specjalne potrzeby edukacyjne. Wynikają one ze „zindywidualizowanego sposobu nabywania wiedzy i umiejętności w procesie uczenia się, określanego specyfiką ich funkcjonowania poznawczo-percepcyjnego” (Trochimiak, 2010, s. 103).

Bardziej szczegółowe ujęcie zostało zaprezentowane przez J. Thompsona, który definiuje ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jako osobę, która (2013, s. 49):

- ma znaczące trudności w uczeniu się w porównaniu do swoich rówieśników;
- ze względu na przejawiane trudności lub niepełnosprawność ma utrudniony lub uniemożliwiony dostęp do pomocy edukacyjnych, z których korzysta się w danej szkole;
- jest objęta obowiązkiem szkolnym i spełnia dwa powyższe warunki lub spełniałaby je, gdyby nie specjalistyczna pomoc i wsparcie.

„Szkoła powinna stwarzać warunki do osiągnięcia sukcesu każdemu dziecku w miarę jego możliwości. Tego zobowiązania nie da się zrealizować bez personalizacji procesu edukacyjnego, a więc bez uwzględniania w systemie dydaktyczno-wychowawczym różnic indywidualnych między uczniami” (Słupek, 2018).

Dla określenia jednostek znajdujących się w obszarze zainteresowań specjalistów ukierunkowanych na pracę z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi przedstawię ujęcie graficzne zaproponowane przez K. Słupka.



Źródło: *Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, dostosowanie wymagań* (s. 7), K. Słupek, 2018, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.



Kolejnym elementem niezbędnym w analizie terminologicznej będzie doprecyzowanie charakterystyki kompetencji zarówno językowych, jak i komunikacyjnych.

Kompetencje językowe to:

wrodzony i uniwersalny mechanizm znajdujący się w umysłach, pozwalający jego użytkownikom budować zdania gramatycznie poprawne i sensowne oraz odróżniać zdania poprawne od niepoprawnych. Kompetencja językowa pozwala na przyswojenie sobie przez każde dziecko dowolnego języka, używanego w jego społecznym otoczeniu. Do komponentów tego pojęcia należą: kreatywność, gramatyczność, akceptabilność oraz interioryzacja. Dysponowanie odpowiednim stopniem kompetencji językowej jest warunkiem niezbędnym opanowania kompetencji komunikacyjnej (zdobyta w procesie socjalizacji wiedza na temat zasad użycia języka w grupie społecznej (Słupek, 2018, s. 122).

Kompetencje komunikacyjne natomiast „pozwalają na wchodzenie w różne interakcje społeczne, kształtujące mowę impresywną (odpowiedzialne za przyjmowanie informacji, mowę wewnętrzną) i ekspresywną (odpowiedzialne za przekaz informacji), wpływające na funkcje poznawcze i ustrukturyzowany przekaz” (Błęszyński, Baczała, 2017, s. 13).

Mając na względzie zapewnienie uczniom prawidłowych warunków funkcjonowania w społeczności szkolnej, grono nauczycieli powinno znać różnorodność form alternatywnych i wspomagających metod komunikacji.

Wspomagające i alternatywne sposoby porozumiewania się – AAC (ang. *Augmentative and Alternative Communication*) to wszelkie działania, których celem jest umożliwienie komunikacji osobom, u których zdolność posługiwania się mową dźwiękową nie rozwinęła się bądź rozwinęła się w sposób niewystarczający. Zastosowanie odpowiednich symboli, strategii i technik AAC wraz z odpowiednimi pomocami komunikacyjnymi daje szansę jednostkom na efektywne porozumiewanie się z otoczeniem (Zielińska, Piotrowska-Madej, 2017, s. 90).

Warto więc doprecyzować prymarne elementy związane z komunikacją alternatywną i komunikacją wspomagającą.

Analizując termin „komunikacja alternatywna”, należy podkreślić każdy inny sposób określający bezpośrednie porozumiewanie się, bez użycia mowy dźwiękowej. Ten sposób porozumienia się z innymi stosowany jest przez osoby, które nie mają możliwości mówienia. Komunikacja wspomagająca jest z kolei nastawiona na wzmocnienie, uzupełnienie mowy oraz doprecyzowanie zastępczego sposobu komunikowania się osób, u których mowa nie rozwija się w sposób prawidłowy (Tetzchner, Martinsen, 2002, s. 7).

Należy podkreślić, że ze względu na funkcję S. Tetzchner i H. Martinsen wyróżnili trzy grupy użytkowników AAC. Pierwszą z nich są jednostki z zaburzeniami ekspresji językowej – uczniowie z danej grupy nie potrafią mówić, ale posiadają zdolność rozumienia mowy otoczenia. Trudności w tym zakresie wynikają z zaburzeń ruchowych, które najczęściej występują wraz z uszkodzeniami centralnego układu nerwowego. Zaburzenia te wpływają na brak lub znaczne zniekształcenie artykulacji dźwięków mowy. Często do danej grupy możemy zakwalifikować osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym i jednostki z niepełnosprawnością intelektualną. Drugą grupę stanowią osoby potrzebujące wsparcia językowego. Mając na względzie specyfikę danej grupy, należy doprecyzować osoby, u których mowa rozwija się ze znacznym opóźnieniem lub jednostki posługujące się mową, która jest niezrozumiała dla innych. Do trzeciej grupy użytkowników AAC należą uczniowie potrzebujący alternatywnego sposobu porozumiewania się, który jest substytutem mowy przez całe życie. W przypadku trzeciej, najbardziej wymagającej

wspomagania, grupy należy dostrzec brak lub znaczne ograniczenie zarówno rozumienia, jak i nadawania mowy. Jest to sytuacja, która niejako wymusza zaprzestanie odwoływania się do języka mówionego, z jednoczesnym rozumieniem i posługiwaniem się alternatywnym środkiem komunikacji (Tetzchner, Martinsen, 2002, s. 62-66).

Według innego spojrzenia użytkownikami AAC „są osoby ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi, czyli dzieci i dorośli, których mowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia (w sposób konwencjonalny, czyli z użyciem języka naturalnego) codzienną komunikację oraz pełnienie funkcji życiowych i społecznych” (Michalik, 2018, s. 19).

Zastosowanie sposobów komunikacyjnych względem osób niemówiących bądź jednostek z ograniczeniami mowy ma na celu nie tylko umożliwienie porozumiewania się, ale również: ułatwienie w zakresie pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, nawiązywania relacji oraz podejmowania interakcji z innymi, podejmowania świadomych decyzji, podwyższania poczucia własnej wartości oraz niwelowania trudnych emocji związanych ze stanami emocjonalnymi (Kaczmarek, 2007, s. 362).

Różnorodność klasyfikacji precyzującej rodzaje alternatywnych i wspomagających metod komunikacji ma szeroki zakres. W opracowaniu przyjęłam klasyfikację za B. Kaczmarek (2007, s. 362), która dokonała podziału na:

- symbole wspomagane (ang. *aided symbols*) – ten sposób porozumiewania się charakteryzuje korzystanie przez użytkownika z różnorodnych pomocy, takich jak: urządzenia elektroniczne, tablice komunikacyjne;
- symbole niewspomagane (ang. *unaided symbols*) warunkują porozumiewanie się użytkownika bez użycia pomocy lub innych urządzeń.

Symbole wspomagane stanowią zbiór znaków graficznych, realnych przedmiotów lub miniatur i są wykorzystywane przez osoby, które wykazują się złożonymi potrzebami komunikacyjnymi. Do najczęściej wykorzystywanych form wobec uczniów klas I-III należą:

- Program językowy Makaton – wykorzystujący zarówno gesty, jak i znaki graficzne. Znaki graficzne uporządkowano tematycznie i przedstawiono za pomocą białoczarnych rysunków, co stanowi o prostocie i funkcjonalności danego systemu.
- Piktogramy (*Pictogram Ideogram Communication*) są kolejnym systemem AAC, w którym wykorzystano ujęcie graficzne białych sylwetek na czarnym tle. Pod każdym obrazem zamieszczono też podpis wskazujący na jego znaczenie. Podział systemu na kategorie umożliwia przystępność nauki oraz korzystania z zasobów dla osób, które wymagają wsparcia w zakresie komunikacji (Kaczmarek, 2007, s. 368).
- System Bliss jest często wybieraną formą alternatywnej i pomagającej komunikacji, która jest wykorzystywana w klasach edukacji wczesnoszkolnej. W danym systemie występują znaki, które symbolizują słowa oraz oznaczenia dzięki którym możliwe jest tworzenie końcówek fleksyjnych, zaprzeczeń oraz umożliwiają odmianę części mowy. System Bliss jest precyzyjnym narzędziem, dzięki któremu możliwe jest budowanie zdań zgodnych z regułami gramatycznymi (Tetzchner, Martinsen, 2002, s. 11).
- Sztuczna mowa wraz z oprogramowaniem. Syntezator mowy jest „urządzeniem elektronicznym, które wraz z wyspecjalizowanymi programami służy do generowania mowy” (Grycman, Kaczmarek, 2014, s. 307). Dostępnym narzędziem jest proteza mowy MÓWik, która umożliwia użytkownikom porozumiewanie się z innymi poprzez wskazywanie poszczególnych symboli bądź budowanie zdań, które następnie zostają odczytane przez syntezator mowy (Rygielska, 2017, s. 96).

Symbole niewspomagane stanowią natomiast zbiór znaków tworzonych samodzielnie przez osobę komunikującą się (np. gesty, znaki manualne, ekspresja twarzy). Do najczęściej wykorzystywanych form należą:

- Język Migowy jest zbiorem znaków migowych, które obrazują umowne gesty wskazujące na pojęcia oraz znaki charakterystyczne precyzujące litery i liczby. Ekspresja twarzy wraz ze zbiorem gestów umożliwia jednostkom osiągnięcie sukcesów w sferze komunikacyjnej (Olejasz, 2016, s. 138).
- Makaton w rozumieniu stosowania zbioru gestów wraz z elementami pochodzącymi z Języka Migowego. Dane gesty są łatwym elementem do zapamiętania dzięki występowaniu podobieństwa do przedstawianych rzeczy i czynności (Kaczmarek, 2007, s. 363).
- Wokalne kody alfabetyczne, np. kod Morse'a, umożliwiają jednostkom wymagającym zastosowania niewspomaganych symboli przekazywania informacji za pomocą mrugania kodu oczami, uwzględniając przy tym dłuższe oraz krótsze ruchy powiek (Ibidem, s. 363).

Przytoczone przykłady systemów symboli wspomaganych i niewspomaganych stanowią jedynie ukazanie różnorodności form, które można wykorzystywać w pracy z uczniami edukacji wczesnoszkolnej. Złożoność problematyki zdecydowanie wymaga poszerzenia wiadomości i posiadania umiejętności, które będą stanowiły realny pomost pomiędzy osobą nauczyciela, terapeuty a jednostką wymagającą specjalistycznej oraz precyzyjnej pomocy w zakresie porozumiewania się.

## 2. Zarys elementów badawczych

Główne pytanie, jakie zostało postawione, brzmiało następująco: „Jakie alternatywne i wspomagające metody komunikacji są stosowane w pracy z uczniami klas I-III?”.

Takie ujęcie wymagało następującego uszczegółowienia:

P.S.1 Które z alternatywnych i wspomagających metod komunikacji są najczęściej wykorzystywane względem uczniów klas I-III?

P.S.2 Jaki jest dobór odpowiednich metod alternatywnej i wspomagającej komunikacji do danej jednostki?

P.S.3 Jakie trudności w obszarze stosowania alternatywnych i wspomagających metod komunikacji dostrzegają nauczyciele?

W celu zebrania materiału faktograficznego, Autorka posłużyła się metodą sondażu diagnostycznego, popartą techniką sondażu z zastosowaniem wywiadu. Grupę respondentów stanowiło 20 nauczycieli pracujących z dziećmi w klasach I-III oraz posiadających doświadczenie w prowadzeniu zintensyfikowanych działań względem uczniów wymagających korzystania z alternatywnych i wspomagających metod komunikacji.

Pierwszym zagadnieniem, które niejako stanowiło punkt wyjścia podczas prowadzonego wywiadu, było dookreślenie wykorzystywanych przez nauczycieli alternatywnych oraz wspomagających metod komunikacji. 12 nauczycieli wskazało, że w swojej pracy najczęściej wykorzystują Program Językowy Makaton, Piktogramy oraz system Blissa. 6 respondentów wskazało na podejmowanie działań przy użyciu oprogramowania MÓWik, Piktogramów oraz fonogestów. 2 osoby podkreślały, że najbardziej precyzyjną metodą w ich opinii jest Polski Język Migowy. Interesujące u danych nauczycieli było stwierdzenie, że jest to jedyna metoda, którą pracowali i którą chcą pracować. Pozostałe elementy należące do alternatywnej oraz wspomagającej komunikacji są im znane jedynie od strony teoretycznej, ale w praktyce nigdy nie wykorzystywali tej wiedzy. Powyższe odpowiedzi nasunęły refleksję, że badana grupa

nauczycieli w swojej pracy korzysta łącznie jedynie z sześciu metod, natomiast ich różnorodność jest znacząco większa. Zastanawiający jest również fakt wykorzystywania przez 2 osoby jedynie jednej metody (Język Migowy), wraz z deklaracją braku możliwości dokonania zmiany, co prowadzi do braku możliwości ukierunkowania się na dobór metod związany z indywidualnymi preferencjami i uwarunkowaniami ucznia.

Kolejnym, niezwykle ważnym, aspektem wymagającym wyjaśnienia stał się dobór odpowiednich metod alternatywnej i wspomagającej komunikacji do danej jednostki. Większość respondentów podkreślała potrzebę szczegółowej analizy specjalistycznej dokumentacji, wydanej przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Na podstawie informacji w niej zawartych nauczyciele starali się przeprowadzić wywiad z rodzicami, który umożliwił sprecyzowanie własnej opinii najczęściej popartej obserwacją ucznia. Niepokojące podczas wywiadu z dwoma respondentami stało się podkreślenie, że większość uczniów wymagających alternatywnych i wspomagających metod komunikacji w najbardziej przystępny sposób posługuje się Polskim Językiem Migowym. Pozostałe metody w ich opinii nie są skuteczne i nie warto podejmować trudu wdrażania jakichkolwiek działań. Należy podkreślić, że właśnie ci respondenci wskazali, iż nigdy nie pracowali z uczniami przy użyciu innych metod.

Reasumując podjęty dylemat badawczy, warto dostrzegać spójny, jednolity tok myślenia prezentowany przez 18 respondentów. Podobieństwo w zakresie działań ukierunkowanych na odpowiedni dobór metody może świadczyć o przemyślanym i odpowiedzialnym podejściu, w którym indywidualizacja względem jednostki staje się realnym działaniem. Warto jednak podkreślić, że odpowiedzi uzyskane od 2 nauczycieli dały podstawę do zastanowienia się, w jakim stopniu nieznamość, brak doświadczenia i chęci wpływa na odpowiedzialne ukierunkowanie specjalistycznych działań wobec uczniów. Nie jest możliwe, aby komunikowanie się uczniów w klasach I-III sprowadzić do znajomości i stosowania jednej metody, która nie zawsze stanie się celowym działaniem warunkującym poprawę funkcjonowania ucznia.

Ostatnim, ale jakże istotnym zagadnieniem stało się doprecyzowanie wszelkich trudności, które dostrzegają nauczyciele w obszarze alternatywnych i wspomagających metod komunikacji.

Większość respondentów wskazała, że największą trudność w danym zakresie stanowi brak wsparcia i możliwości podjęcia dyskusji z dyrekcją i innymi osobami pracującymi w szkole. Nauczyciele zwracali uwagę, że tylko nieliczne osoby są zaangażowane w dostosowanie procesu dydaktyczno-wychowawczego do jednostek wymagających zastosowania alternatywnych i wspomagających metod komunikacji. Drugi element, który był często określany jako istotny, świadczył o posiadaniu niewystarczających pomocy komunikacyjnych, które otrzymywał nauczyciel do pracy. Podejmowanie działań z dzieckiem wymagającym specjalistycznej opieki i wsparcia wymaga różnorodnych, ciekawych i precyzyjnie dobranych środków dydaktycznych. Zaskakującym faktem, który przedstawili respondenci, były trudności wynikające ze współpracy z rodzicami. Nauczyciele precyzowali, że rodzice w początkowej fazie pracy są zmotywowani do podejmowania działań na rzecz nauki dziecka względem metod komunikacyjnych, jednak zbyt szybko oczekują na rezultaty i natychmiastową poprawę. 3 respondentów wskazywało również, że rodzice – chcąc przyspieszyć uzyskanie pożądaných efektów pracy – wprowadzają własne modyfikacje, które w konsekwencji stanowią utrudnienie w pracy z uczniem.

W moim przekonaniu, przeprowadzony zarys badań stanowi jedynie zasygnalizowanie obszarów, które powinny zostać poddane analizie na szerszą skalę. Warto zastanowić się, w jakim zakresie możemy udzielić wsparcia nauczycielom, którzy starają się sprostać wymaganiom ukierunkowanym na rzetelną pracę z uczniem, wobec którego konieczne jest zastosowanie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji.

Reasumując podjętą analizę, należy podkreślić, że do najczęściej stosowanych przez nauczycieli alternatywnych i wspomagających metod komunikacji należą: Program Językowy Makaton, Piktogramy i System Bliss. Warto przemyśleć ukierunkowanie działań na doprecyzowanie systemu szkoleń, które będą stanowiły rozszerzenie perspektywy względem różnorodności metod. Należy także doprecyzować zwiększenie nadzoru nad stosowanymi przez nauczycieli metodami. Precyzowanie sądów, że wybór jednej metody pracy jest działaniem precyzyjnym, dostosowanym do różnorodnych potrzeb oraz możliwości uczniów, jest niedopuszczalne. Należy też podjąć działania w zakresie niwelowania trudności występujących podczas stosowania alternatywnych i wspomagających metod komunikacji. Jednym z działań, które powinno zostać podjęte, jest zaangażowanie pracowników placówki w troskę i dostrzeganie potrzeby podejmowania interakcji ze wszystkimi uczniami. Warto również wyposażyć gabinety w szereg pomocy, które są niezbędne do pracy z uczniem wymagającym wsparcia w aspekcie komunikacyjnym. Zdecydowanie nauczyciele i terapeuci powinni podejmować dyskusje na różnorodnych polach, które będą prowadziły do poprawy życia oraz funkcjonowania jednostek wymagających zastosowania alternatywnych i wspomagających metod komunikacji. Nie zapominajmy, że „niemożność porozumiewania się z najbliższymi osobami staje się barierą, która oddziela dziecko od otaczającego je świata” (Kaczmarek, 2015, s. 145). Zastosowanie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji umożliwi jednostkom wyrażanie własnych myśli, formowanie sądów i precyzowanie potrzeb. Powyższe elementy są niezbędne do niwelowania negatywnych konsekwencji emocjonalnych, które mogą wywierać negatywny wpływ na funkcjonowanie uczniów. Ważnym aspektem, który również powinien stanowić punkt wyjścia pracy z uczniami jest ich funkcjonowanie w obszarze społecznym. Często alternatywne oraz wspomagające formy komunikacji umożliwiają dziecku nawiązywanie przyjaźni i podejmowanie interakcji z rówieśnikami oraz dorosłymi. Metody komunikacji alternatywnej i wspomagającej mogą przyczynić się również do kreowania jednostek otwartych na relacje oraz różnorodne kontakty z innymi.

Reasumując, przytoczę opracowane przez M. Nosko-Goszczycką kroki, które „mogą być pomocne podczas pierwszych spotkań z rodzicami dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się:

1. Usłysz rodzica! Wyjdź naprzeciw jego oczekiwaniom.
2. Bądź dokładnym obserwatorem.
3. Zidentyfikuj profil umiejętności komunikacyjnych dziecka.
4. Zawrzyj z rodzicem kontrakt.
5. Opracuj i stale modyfikuj strategie komunikacyjne.
6. Przygotuj pomoce AAC na potrzeby realizowanych strategii.
7. Dbaj o siebie.
8. Bądź na bieżąco.
9. Korzystaj ze wsparcia terapeutów” (2019, s. 73-77).

## **Bibliografia**

- Błęszyński, J. (red.). (2006). *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Błęszyński, J., Baczała, D. (red.). (2017). *Spółeczeństwo włączające a komunikacja*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Grycman, M., Kaczmarek, B. (2014). *Podręczny słownik terminów AAC (komunikacji wspomagającej i alternatywnej)*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kaczmarek, B. (2007). Choroby uwarunkowane genetycznie a wspomagające i alternatywne sposoby porozumiewania się. W: B. Cytowska, (red.), *Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne* (s. 355-378). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kaczmarek, B. (2015). Obraz narzędziem komunikacji – znaki i strategie wizualne w usprawnianiu społecznego zrozumienia i komunikacji osób ASD. W: B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem* (s. 143-199). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Michalik, M. (2018). *Lingwistyczno-logopedyczne podstawy komunikacji alternatywnej i wspomagającej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Nosko-Goszczycka, M. (2019). *AAC dla każdego. Poradnik dla rodziców i terapeutów*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Olechowska, A. (2016). *Specjalne potrzeby edukacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Olejasz, J. (2016). Wspomagające i alternatywne sposoby porozumiewania się. W: B. Kazek, J. Wojciechowska, (red.), *Zmysły w komunikacji. Wszystkie zmysły prowadzą do mózgu* (s. 129-157). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Rygielska, A. (2017). Komunikacja alternatywna i wspomagająca. W: J. Błęszyński, D. Baczała (red.), *Spółeczeństwo włączające a komunikacja* (s. 85-101). Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Słupek, K. (2018). *Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, dostosowanie wymagań*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Tanajewska, A., Naprawa, R., Stawska, J. (2014). *Praca z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Warszawa: Difin SA.
- Tetzchner, S., Martinsen, H. (2002). *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się. Nauka znaków oraz używania pomocy komunikacyjnych przez dzieci, młodzież i dorosłych z zaburzeniami rozwojowymi*. Warszawa: Stowarzyszenie na rzecz propagowania wspomagających metod porozumiewania się „Mówić bez słów”.
- Thompson, J. (2013). *Specjalne potrzeby edukacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trochimiak, M. (2010). *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- Winczura, B. (red.). (2014). *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych diagnoza – edukacja – terapia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Zielińska, J., Piotrowska-Madej, K. (2017). Komunikacja AAC w terapii osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: J. Błęszyński, D. Baczała (red.), *Spółeczeństwo włączające a komunikacja* (s. 85-101). Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

**Jerzy TOMIK**

Katedra i Klinika Otolaryngologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

**Beata SOŁOWSKA**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **OTOSKLEROZA JAKO PROBLEM OTOLARYNGOLOGICZNY I LOGOPEDYCZNY**

### **Streszczenie**

Otoskleroza to postępująca choroba patologicznej przebudowy kości (uwapnienia), prowadząca do kalacyfikacji błędnika kostnego dookoła podstawy strzemiączka, a w efekcie do unieruchomienia podstawy strzemięcia i braku przekazywania dźwięku do ucha wewnętrznego. Jej bezpośrednim skutkiem jest nieodwracalne uszkodzenie słuchu, a w efekcie obniżenie kompetencji komunikacyjnej oraz zmiana funkcjonowania człowieka w jego środowisku społecznym. Zaburzając kompetencję komunikacyjną, niedosłuch wskutek otosklerozy staje się też problemem logopedycznym, wymagającym zaprogramowania i podjęcia rehabilitacji surdologopedycznej. W celu poprawy słuchu wykonuje się zabieg operacyjny, polegający na usunięciu skostniałych fragmentów strzemiączka i zastąpieniu ich specjalną protezą.

**Słowa kluczowe:** otoskleroza, niedosłuch, audiometria, stapedektomia, stapedotomia, surdologopedia.

### **Summary**

Otosclerosis is a progressive disease of pathological bone remodeling (calcification), leading to the calcification of the bone labyrinth around the stapes footplate, and consequently to the immobilization of the stirrup base and a lack of sound transmission to the inner ear. Its direct effect is irreversible damage to hearing, which reduces communication skills and changes the functioning of a person in their social environment. By disrupting communicative competence, hearing loss due to otosclerosis also becomes a speech therapy problem that requires programming and undergoing surdologopedic rehabilitation. In order to improve hearing, a surgical procedure is performed to remove the fossilized fragments of the stapes and replace them with a special prosthesis.

**Key words:** otosclerosis, hearing loss, audiometry, stapedectomy, stapedotomy, surdologopedia.

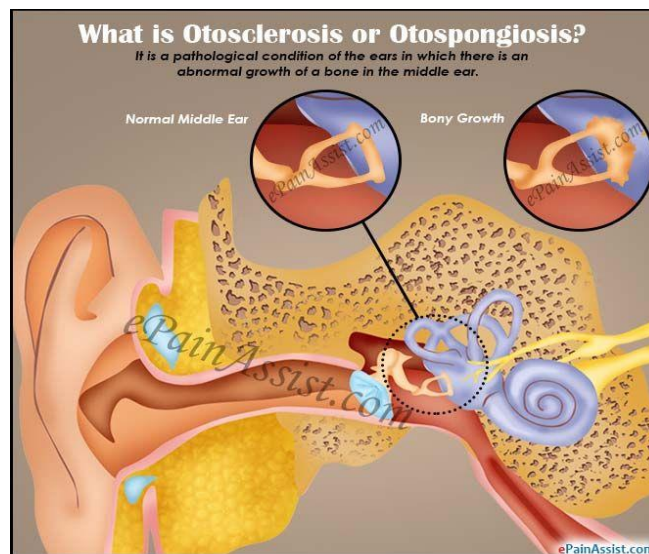
### **Wstęp**

Zaburzenia słuchu w wyniku otosklerozy mają wpływ na percepcję słuchową, a w związku z tym kompetencję komunikacyjną. Choroba ta wymaga więc podejścia interdyscyplinarnego: połączenia badań medycznych, lingwistycznych i logopedycznych. Zapoznanie się z etiologią i diagnostyką otosklerozy oraz sposobami leczenia choroby pozwoli na wieloaspektowe zbadanie aktywności językowej osób dotkniętych tym zaburzeniem oraz ich wpływu na kompetencję lingwistyczną i komunikacyjną.

Zakłócenia komunikacyjne w wyniku otosklerozy, ich deskrypcja i analiza językoznawcza w dyskursie zaburzonym mogą stanowić źródło cennej informacji diagnostycznej, pomocnej w programowaniu terapii surdologopedycznej osób z niedosłuchem na skutek otosklerozy.

## 1. Patofizjologia i epidemiologia otosklerozy

Otoskleroza jest procesem patologicznej przebudowy kości (uwapnienia) błędnika kostnego dookoła podstawy strzemiączka, w wyniku której następują nieprawidłowe procesy resorpcji kostnej oraz rekalcyfikacji (Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 237). Skutkiem ich jest unieruchomienie podstawy strzemięcia w okienku owalnym i brak możliwości przekazywania dźwięku do ucha wewnętrznego. Jej nazwa bierze swój początek z greki, stanowiąc połączenie dwóch słów: „oto” – ucho oraz „scler” – twardy. Otoskleroza może stanowić przyczynę nieodwracalnego uszkodzenia słuchu. Postępujący niedosłuch ma charakter przewodzeniowy (w ok. 80% przypadków), ale zaawansowana postać otosklerozy może rozszerzyć się do kostnego labiryntu ucha wewnętrznego, wpływając na ślimak, stając się powodem niedosłuchu czuciowo-nerwowego (w ok. 5%), mieszanego (w ok. 15%), zmian w strukturach błoniastych ucha wewnętrznego oraz szumów usznych (występują one u ok. 60% chorych, zdecydowanie częściej u kobiet).



Rysunek 1. Proces otosklerozy (na górze) – unieruchomienie strzemiączka.

Źródło: materiały dydaktyczne Autorów.

Choroba ta wykazuje zróżnicowanie w stosunku do ras i grup etnicznych. Dotyka głównie rasy białej (ok. 10-13%), kaukaskiej (8,3-13%), żółtej (ok. 1%), lecz prawie nie zdarzają się jej przypadki u rasy czarnej czy Indian amerykańskich.

W populacji europejskiej szacuje się ją u ok. 0,3-0,4% ludzi, a prowadzone badania wskazują, że od 5% do 9% wszystkich niedosłuchów wynika z otosklerozy. Choroba ta jest też przyczyną 20% niedosłuchów przewodzeniowych. W ok. 70% przypadków występuje obustronnie, a pierwsze jej objawy przypadają zwykle na trzecią dekadę życia. Niezwykle rzadko otoskleroza wstępuje u dzieci. Zauważono, że choroba dotyka dwukrotnie częściej kobiet (zwykle między 20. a 50. rokiem życia), w okresie ciąży, po rozwiązaniu ciąży albo w okresie karmienia. Schorzenie, ze względu na swój liniowy charakter, może rozwijać się niezauważone przez wiele lat, a upośledzenie słuchu, które przeszkadza w normalnym funkcjonowaniu człowieka, w 90% przypadków, zwykle występuje przed 50. rokiem życia. Otoskleroza dwa razy częściej diagnozowana jest u kobiet niż u mężczyzn, a wystąpienie pierwszych objawów otosklerozy u kobiet (albo ich nasilenie) ma miejsce w czasie ciąży, po urodzeniu dziecka, w okresie karmienia lub zmian hormonalnych (pokwitanie, menopauza) czy przyjmowania preparatów estrogenowych. Być może etiologia choroby wiąże się ze zmianami hormonalnymi, zwłaszcza



z poziomem estrogenów oraz zmianą poziomu pierwiastków w tkance kostnej strzemiączka, takich jak wapń, fosfor, cynk, chrom, żelazo, magnez (Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 240). Uszkodzenie słuchu na skutek otosklerozy dokonuje się powoli (badacze często mówią o jego liniowym charakterze), ok. 70% przypadków dotyka oboje uszu, ale niekoniecznie symetrycznie. Ognisko otosklerozy może być różnie zlokalizowane: zarówno w przedsionku, ślimaku, jak i kanałach półkolistych, stąd – w zależności od miejsca – powoduje niedosłuch przewodzeniowy, odbiorczy lub mieszany.

Pierwszy opis unieruchomienia strzemięcia przedstawił włoski anatom i chirurg, Antonio Maria Valsalva z Bolonii, w 1735 roku, a w dalszych badaniach zauważono dziedziczne uwarunkowanie choroby (Toynbee w 1860 roku, Magnus w 1876 roku – za: Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 237). Termin „otosklerozę” został wprowadzony w 1872 roku przez A.M. Valslava z Bolonii do ostatniego etapu choroby, zajmując miejsce w terminologii medycznej, choć czasem można spotkać w literaturze fachowej pojęcie „otospiongoza”, wprowadzone na początku XX wieku przez badacza T. Siebenmanna, aby podkreślić, iż schorzenie to jest źródłem powstania struktur gąbczastych, które niszczą kość, powodując nieodwracalne uszkodzenie słuchu.

Badacze wskazują na trzy etapy rozwoju ogniska otosklerotycznego:

- 1) faza przekrwienia, zwana też aktywną – w której rozpoczyna się destrukcyjna przebudowa kości;
- 2) faza resorpcji – polega na powolnym wchłanianiu składników mineralnych kości;
- 3) faza powstania nowej, patologicznej kości, zwana nieczynną – w fazie tej kość ulega stwardnieniu, staje się bardzo zbita, a struktury gąbczaste zanikają (Szyfter, 2003, s. 356; Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 240; por. także Tomik, Solowska, 2017).

Jedno ognisko otosklerotyczne może zawierać wspomniane trzy fazy histologiczne, zaś miejscem najczęstszych zmian jest okienko owalne, okienko okrągłe, ale też, o czym wspomniano powyżej, przewód słuchowy wewnętrzny, kanały półkoliste, zakończenie włókien nerwowych gałęzi ampulkowych górnych oraz bocznej nerwu przedsionkowego (Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 240).

## 2. Etiologia otosklerozy

Etiologia otosklerozy nie jest dokładnie wiadoma i chociaż od dawna trwają badania w zakresie morfologii, patogenezy, epidemiologii, to nadal nie poznano przyczyny tej choroby. Ostatnio wskazuje się, że powodowana jest różnymi uwarunkowaniami, głównie genetycznymi i środowiskowymi:

- czynniki genetyczne – 50-70% przypadków choroby jest dziedziczona rodzinnie, najczęściej dziedziczy się autosomalnie dominująco; wskazuje się, że ojcowie stanowią 31% przypadków, matki – 68%, obydwój rodzice – 1,5%, rodzeństwo ok. 18% (Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 240);
- zaburzenia immunologiczne – reakcja autoimmunologiczna przeciwko torebce błędniaka oraz podwyższony poziom przeciwciał przeciwko kolagenowi typu II (Tomik, 2016, s. 1);
- zaburzenia hormonalne i enzymatyczne – zaobserwowany rozwój choroby w okresie pokwitania, ciąży, karmienia i menopauzy u kobiet może wskazywać na jej związek z poziomem estrogenów oraz zaburzeniami metabolizmu mineralnego kości (Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 240);
- infekcje wirusowe – zakażenie wirusem odry, który może być bodźcem do rozwoju ognisk otosklerozy.

### 3. Objawy, rozpoznanie i diagnostyka różnicowa otosklerozy

Jak wspomniano powyżej, najważniejszym objawem otosklerozy jest niedosłuch – może być jednostronny i dotyczyć niskich częstotliwości albo obustronny (ok. 70% przypadków); zwykle nie jest symetryczny (utrata słuchu w obu uszach może być na różnych poziomach i rozwijać się w różnym tempie). Ponieważ otosklerozą najczęściej wynika z unieruchomienia strzemiączka (usztywnienia jego podstawy) w okienku owalnym, więc mamy do czynienia z niedosłuchem przewodzeniowym w zakresie do 50 dB (80% przypadków). Jeżeli uszkodzeniu ulegną struktury ślimaka i poszczególne części błędnika, to ubytek słuchu ma charakter mieszany (15%) lub też odbiorczy (5%). Na skutek procesu otosklerotycznego dochodzi prawdopodobnie do zaburzeń komórek słuchowych w narządzie Cortiego, przekrwienia naczyń żylnych ślimaka, w efekcie niedokrwienia tętniczego (Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 241). Chorzy z niedosłuchem wskutek otosklerozy zwykle zaczynają dostrzegać swoje upośledzenie słuchu, gdy wynosi ono ok. 25-30 dB w uchu lepiej słyszającym, gdyż choroba rozwija się wiele lat. W przypadku pacjentów z niedosłuchem przewodzeniowym lepsze jest słyszenie w hałasie, ponieważ hałas powoduje głośniejszą rozmowę, a ponadto hałas osłabia szумы uszne, które często towarzyszą niedosłuchowi. Pacjenci z niedosłuchem odbiorczym mają natomiast problem ze zrozumieniem mowy, gdy dźwięki tła zagłuszają komunikację.

Drugim objawem niedosłuchu w następstwie otosklerozy są uciążliwe szумы uszne o niskich częstotliwościach (dzwonienie, syczenie, brzęczenie, pulsowanie). Zauważono, że częściej występują u kobiet (70%) niż u mężczyzn (56%) i mogą się zmniejszyć po zabiegu operacyjnym, usprawniającym ruchomość kosteczek ucha środkowego (u ok. 2/3 pacjentów). Szумы uszne zwykle łączy się je z niedosłuchem odbiorczym, chociaż zjawisko to jest nadal niejasne, mimo wielu prowadzonych badań (Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 242). Mogą nasilać się z wiekiem i procesami demencyjnymi.

Kolejnymi objawami w procesie otosklerozy są zawroty głowy i zaburzenia równowagi (9-47% pacjentów). Mechanizm tych zjawisk, tak jak w przypadku szumów usznych, nie został dokładnie wyjaśniony. Być może łączy się ze wzrostem ciśnienia wewnątrz błędnika, zmianami naczyniowymi albo uszkodzeniami przedsionka ucha wewnętrznego w wyniku procesu otosklerotycznego i niedotlenienia komórek zmysłowych (Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 242). Jednostronna otosklerozą może wywoływać zaburzenia równowagi, a prowadzone badania kaloryczne narządu przedsionkowego przekonują o obniżeniu czynności błędnika, które ma miejsce, kiedy upośledzenie słuchu jest duże.

Otosklerozę należ różnicować z:

- tympanosklerozą, czyli unieruchomieniem kosteczek słuchowych z zachowaną błoną bębenkową;
- wrodzonym unieruchomieniem kosteczek słuchowych;
- chorobami tkanki łącznej i kostnej powodującymi unieruchomienie strzemięcia (osteogenesis imperfecta);
- przerwaniem ciągłości łańcucha kosteczek (np. po urazie) (por. Tomik, 2016).

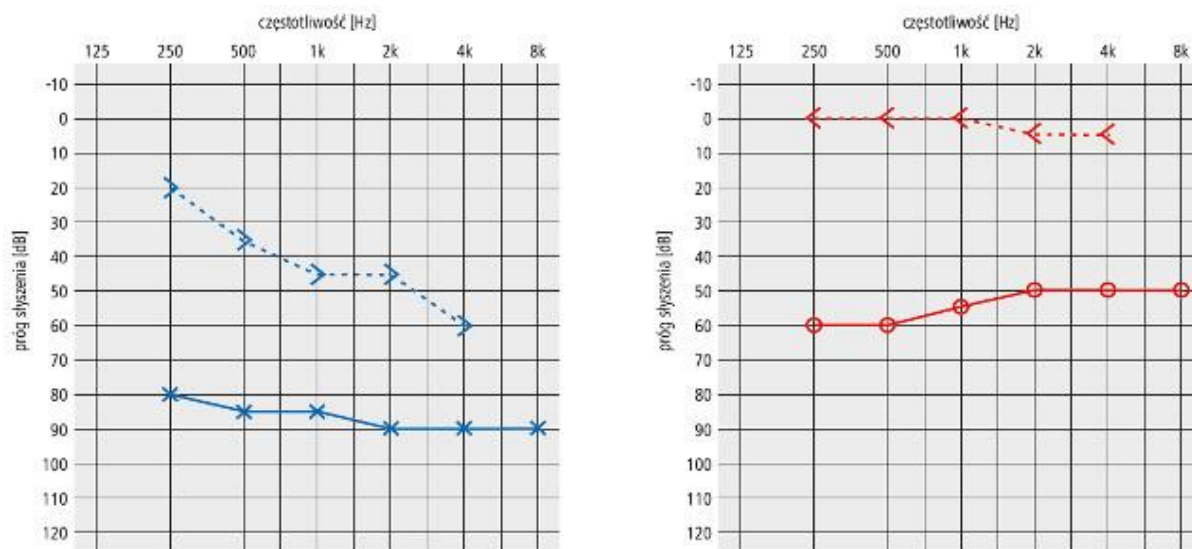
#### 4. Diagnostyka i leczenie otosklerozy

Otosklerozę można podejrzewać na podstawie wywiadu lekarskiego, uwzględniającego postępujący niedosłuch bez uchwytnej przyczyny, wiek, występowanie rodzinne, ewentualną ciążę czy karmienia w przypadku kobiet.

W badaniu otoskopowym można stwierdzić nadmiernie cienką skórę przewodu słuchowego, brak woskowiny oraz ścieńczenie błony bębenkowej z przeświecaniem różowej błony śluzowej wzgórką (tzw. objaw Schwartz'a), a w badaniach audiometrycznych stwierdza się niedosłuch i brak odruchów z mięśnia strzemiączkowego.

Do stwierdzenia otosklerozy konieczne są odpowiednie badania diagnostyczne:

- tzw. próby stroikowe – badanie stroikami 256 Hz, 512 Hz oraz 1024 Hz (tzw. próba Rinne'go, Gelle'go i Webera) może potwierdzić otosklerozę; próby te mają na celu ocenę przewodzenia i odbioru fal akustycznych;
- badania audiometryczne:
  - audiometria tonalna – w początkowym okresie choroby stwierdza się niedosłuch przewodzeniowy, szczególnie dla niższych częstotliwości, który osiąga maksymalnie wartość 60 dB (zachowana jest tzw. rezerwa ślimaka, krzywe progowe są wznoszące; często ma miejsce załamanie krzywej przewodnictwa kostnego o głębokości 10-20 dB dla częstotliwości 2000 Hz (to tzw. załamek Carharta, który powstaje na skutek mechanicznego unieruchomienia strzemiączka). Jeżeli dochodzi do uszkodzenia ucha wewnętrznego, zmniejsza się rezerwa ślimaka, a krzywe przewodnictwa powietrznego i kostnego mają kształt poziomy lub lekko opadający dla wysokich częstotliwości.



Rysunek 2. Audiogramy tonalne – obustronny niedosłuch typu przewodzeniowego sięgający w uchu prawym 80 dB i w uchu lewym ok. 60 dB.

Źródło: archiwum własne Autorów.

- audiometria słowna – odsetek zrozumienia mowy jest mniejszy niż 80%,
- audiometria impedancyjna – badanie wskazuje, że zniesiony jest odruch z mięśnia strzemiączkowego; na początku choroby obecny jest nieprawidłowy, dwufazowy odruch, później – wraz z postępem choroby i unieruchomieniem strzemiączka – odruch ten jest nieobecny najpierw ipsilateralnie (w uchu chorym), a później kontralateralnie (skutek upośledzenia słuchu w uchu z otosklerozą) (Tomik, 2016).

Dodatkowe badania diagnostyczne, a w szczególności tomografia komputerowa, pozwalają określić rozległość zmian otosklerotycznych w obrębie otoczki błędnika, strzemiączka i płytki okienka owalnego. Jest ona przydatna w sytuacjach wątpliwych i przy wyborze operowanego ucha w sytuacji obustronnej otosklerozy. Jednak na podstawie wspomnianych badań można mieć tylko podejrzenie (graniczące z dużą pewnością) zdiagnozowania otosklerozy, ostateczne rozpoznanie choroby stawia się dopiero po potwierdzeniu śródoperacyjnym.

## 5. Leczenie otosklerozy

Niedosłuch wynikający z otosklerozy ma wpływ na obniżenie kompetencji komunikacyjnej i zmianę funkcjonowania człowieka w jego środowisku społecznym, ponieważ podstawowym warunkiem komunikacji językowej jest prawidłowo funkcjonujący słuch, zarówno fizjologiczny, jak i fonematyczny, związany z analizą i syntezą dźwięków mowy (rozumienie mowy). Droga słuchowa zaczyna się od momentu dojścia dźwięku do błony bębenkowej, a kończy na procesie percepcji i interpretacji w ośrodkowym układzie nerwowym. W przypadku zaburzeń słuchu w wyniku otosklerozy ważny jest zatem sposób leczenia schorzenia, zwłaszcza że nie jest znany sposób skutecznego zapobiegania i powstrzymania choroby. Współcześnie stosuje się leczenie operacyjne, protezowanie słuchu i leczenie zachowawcze. To ostatnie związane jest z próbą zahamowania postępu choroby przez zmniejszenie resorpcji kości w obrębie okienka owalnego poprzez zastosowanie fluorku sodu, którego dodatkowo, hamujące na enzymy proteolityczne działanie, zmniejsza ich toksyczny wpływ na ucho wewnętrzne. Wskazaniem do tego typu leczenia są: zaburzenia przedsionkowe, ślimakowa postać otosklerozy (postępujący niedosłuch mieszany lub czuciowo-nerwowy) oraz czasowe przeciwwskazania do leczenia operacyjnego. Leczenie fluorem jest przeciwwskazane w okresie ciąży, wzrostu, przewlekłego zapalenia stawów, nerek oraz kamicy nerkowej.

Głównym i najbardziej skutecznym leczeniem otosklerozy jest leczenie chirurgiczne, polegające na przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego poprawiającego słuch. W trakcie takiej operacji zostają usunięte skostniałe fragmenty strzemiączka, a samo strzemię zostaje zastąpione protezą. Protezki stosowane w operacyjnym leczeniu otosklerozy są bardzo małe i lekkie, pacjent nie odczuwa ich założenia. Są one wykonane z tworzyw sztucznych (najczęściej teflonu) lub metali szlachetnych (złoto, tytan). Trzeba zaznaczyć, że wszystkie stosowane protezki przechodzą bardzo rygorystyczne testy dopuszczające i są całkowicie bezpieczne dla organizmu człowieka.

Sam zabieg nie likwiduje przyczyn powstania otosklerozy, ale dzięki zwróceniu ruchomości pomiędzy strzemiem a okienkiem owalnym, znacząco poprawia się słuch. Poprawa oczywiście dotyczy przewodzenia dźwięku, nie zaś usunięcia zmian, które zaszły w uchu wewnętrznym. Zabieg jest efektywny w przypadku poprawy niedosłuchu przewodzeniowego, nie zaś odbiorczego. Zalecenie do leczenia operacyjnego stanowi występowanie niedosłuchu przewodzeniowego z rezerwą ślimakową wynoszącą 15dB i więcej dla częstotliwości mowy, rozróżnianie zrozumienia mowy w audiometrii słownej poniżej 80%. Jeżeli ubytek słuchu jest obustronny, stosowana jest reguła operowania ucha gorzej słyszającego, gdy zaś audiogramy ilustrują podobne ubytki słuchu w obu uszach, wówczas o wyborze operowanego ucha decyduje subiektywna ocena stanu słuchu przedstawiona przez chorego.

Przeciwwskazaniem do przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego są: zakażenia i procesy zapalne w uchu, perforacja błony bębenkowej, choroba Meniere'a, otosklerozę ślimaka powodująca odbiorcze upośledzenie słuchu, ciąża, zły stan ogólny chorego (Chodnicki, Olszewska, 2005, s. 246; Tomik, 2016).

Zabieg operacyjny może być wykonywany w znieczuleniu zarówno miejscowym, jak też ogólnym. Lekarz może mieć cały czas kontakt z operowanym pacjentem, co umożliwia monitorowanie chorego i na bieżąco kontrolę poprawy słuchu.

Chirurgia strzemiączka ma swój początek w roku 1876 i od tego czasu przechodziła wiele etapów rozwoju oraz modyfikacji. Istotą leczenia operacyjnego jest przywrócenie słyszenia dwuokienkowego poprzez zastąpienie unieruchomionego strzemia protezą.

W 1876 roku A. Kessel przeprowadził pierwszą operację, dzięki której doszło do poprawy słuchu, chociaż zapalenie błędnika, jakie się wywiązało później, spowodowało głuchotę operowanego pacjenta. Warty wspomnienia jest polski chirurg, emigrant, Juliusz Lempert, bardzo popularny w Stanach Zjednoczonych po II wojnie światowej, który z sukcesem stosował jednoetapową fenestrację (wykonanie otworu w kanale półkolistym). Przełomem w chirurgii strzemiączka była zastosowana przez S. Rosena w 1954 roku metoda mobilizacji strzemiączka. Polegała ona na uruchomieniu strzemiączka przez ucisk na staw kowadełkowo-strzemiączkowy (mobilizacja pośrednia) albo poprzez ucisk na odnogi lub podstawę strzemiączka (mobilizacja bezpośrednia) (za: Szymański, Gołąbek, 2004, s. 27). Poprawa słuchu uzyskiwana w ten sposób była krótkotrwała (strzemię powtórnie ulegało unieruchomieniu), a skuteczność tej metody zauważalna była tylko u chorych z małymi zmianami otosklerotycznymi.

Największe zasługi w operacyjnym leczeniu otosklerozy ma J. Shea Jr, ponieważ jako pierwszy zastosował, do dziś używaną, metodę (z modyfikacjami) stapedektomii, a do pokrycia okienka owalnego użył fragmentów żyły (dziś wykorzystuje się inne sposoby). W 1960 roku pierwszy raz wprowadzono protezę wykonaną z drutu stalowego, a już w 1970 roku D. Meyers wynalazł protezę w kształcie tłoczka i wykonał otwór w płytce strzemiączka (dziś powszechnie stosuje się tłoczki teflonowe). Zastosowanie protezy, zamiast nieruchomego strzemia, daje efekt prawidłowo funkcjonującego słuchu. Forma modyfikacji stapedektomii, zastosowana przez D. Plestera, polegała na usunięciu tylko części podstawy strzemiączka. Następnie, od lat 90., Shea i inni badacze nie usuwali już całego strzemiączka, ale w podstawie strzemiączka wierceili otwór, aby w nim umieścić protezę. Taki sposób chirurgicznego leczenia otosklerozy, zwany stapedotomią, stał się powszechnie stosowany w zabiegach ze względu na mniejsze ryzyko uszkodzenia ucha wewnętrznego, zwłaszcza że rozwijająca się technologia w zakresie otochirurgii (dwuokularowe mikroskopy, mikronarzędzia, technika laserowa) sprzyja chirurgii „wysoce efektywnej i minimalnie inwazyjnej” (Szymański, Gołąbek, 2004, s. 28).

Pionierami operacji otosklerozy w Polsce byli J. Miodoński i J. Sekuła, kierujący Kliniką Otolaryngologii w Krakowie. Nawiązywali oni do Portmanna i typu operacji zwanych interpozycjami. M. Portmann oddzielał łuk lub podstawę strzemiączka od błędnika kostnego, a na otwarte okienko owalne nakładał płatek żyły, na nim z kolei mocował łuk strzemiączka. Miodoński i Sekuła przecinali odnogi strzemiączka przy podstawie, usuwali całą podstawę lub jej część, a na okienko owalne układali kawałki tłuszczu, na którym ustawiali pozostałą część strzemiączka (Szymański, Gołąbek, 2004, s. 27).

Problem otosklerozy w badaniach medycznych przeszedł różne etapy – od pierwszej diagnozy schorzenia (unieruchomienie strzemia), poprzez lata 50. i 60., w których narodziła się nowoczesna chirurgia strzemia (od stapedektomii po stapedotomię), po zastosowanie nowoczesnych technologii (mikrowiertel i technologii laserowej), a także narzędzi (proteżki różnych kształtów i rozmiarów). Cel prowadzonych badań był zawsze jeden – umożliwienie pacjentom powrót do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie poprzez odzyskanie sprawności słuchowej, a także uniknięcie wszelkich powikłań w trakcie leczenia i zabiegu chirurgicznego.

Znane są różne sposoby przeprowadzania zabiegów operacyjnych, a dotyczą one zakresu otwarcia okienka owalnego, jego uszczelnienia, sposobu wykonania otworu w płytce oraz rodzaju zastosowanej protezy. Aktualnie, nawiązując do metody Shea, stosuje się trzy rodzaje zabiegów chirurgicznych, przyjmując za kryterium podziału wielkość otwarcia płytki strzemiączka (modyfikacje w tych zabiegach wynikają z rodzaju zastosowanej protezy, sposobu wykonania otworu w płytce oraz zakresu otwarcia okienka owalnego i jego uszczelnienia). Po zabiegu w uchu pozostaje opatrunek. Efekt słuchowy operacji ujawnia się dopiero po wyjęciu opatrunku, co następuje najczęściej po ok. tygodniu.

Trzy rodzaje zabiegów stosowanych w operacyjnym leczeniu otosklerozy:

- 1) Stapedektomia – usuwa się całą płytkę wraz ze strzemiem, protezę zawiesza się nad okienkiem owalnym i uszczelnia się kawałkiem żyły, mięśnia skroniowego lub tkanki łącznej.
- 2) Stapedektomia częściowa – usuwa się część płytki strzemięcia wraz z jego suprastrukturą, a protezę uszczelnia się tkanką łączną.
- 3) Stapedotomia (tzw. „małe okienko”) – usuwa się suprastrukturę strzemięcia, a pozostawia się płytkę, w której robi się niewielki otwór (średnica 0,4-0,6 mm) pasujący do wielkości protezy, do którego mocuje się zakończenie protezy. Całość może zostać uszczelniona kawałkami tkanki łącznej lub tłuszczowej.

Usunięcie płytki lub też wykonanie w niej otworu przeprowadza się przy użyciu odpowiednich narzędzi mikrochirurgicznych. Najczęściej stosuje się perforatory, mikrohaczyki lub mikrowiertarki. W ostatnich latach zastosowano nowe rozwiązania, wykonując stapedotomię przy użyciu lasera. Do celów chirurgii strzemiączka wykorzystuje się laser CO<sub>2</sub>, argonowy i KTP-532.

Operacja otosklerozy pozwala pacjentom odzyskać słuch dzięki – uzyskanej w jej wyniku – poprawie przewodnictwa powietrznego i zamknięciu rezerwy ślimakowej, przekładającej się na rozumienie mowy i usprawnienie kompetencji komunikacyjnej (Tomik, 2016).

## **6. Otoskleroza jako problem logopedyczny**

Niedosłuch w następstwie otosklerozy (uszkodzenie słuchu postlingwalne), wywołujący ograniczenie pozyskiwania informacji z otoczenia, na pewno utrudnia oraz zakłóca proces komunikacji (Grabias, 2015; 2017). Otoskleroza, prowadząca do upośledzenia słuchu, wpływa więc na gorsze słyszenie, wiążące się ze słabszym rozumieniem mowy, a co za tym idzie – utrudnia proces przetwarzania słuchowego, zakłócając kompetencję komunikacyjną oraz interpretowanie komunikatów (wnioskowanie w oparciu o kontekst, efekty kontekstowe). Świadomość zaburzonej kompetencji komunikacyjnej, przy zachowaniu kompetencji lingwistycznej, głównie gramatyczno-leksykalnej, ma wpływ na adekwatne budowanie relacji społecznych, uwzględniających dysfunkcje komunikacyjne.

Badanie materiału językowego osób z niedosłuchem wynikającym z otosklerozy może być narzędziem służącym do deskrypcji i analizy językoznawczej w dyskursie zaburzonym. Na pewno stanowi źródło cennej informacji diagnostycznej pomocnej w programowaniu dalszej terapii surdologopedycznej osób dotkniętych tym schorzeniem. W powiązaniu z badaniem otoskopowym, badaniami audiologicznymi i testem rozumienia słów może stanowić jedno z kryterium rozpoznawania otosklerozy i kierowania do dalszego leczenia (np. operacyjnego) usprawniającego składowe kompetencji lingwistycznej, w tym kompetencję komunikacyjną.

Jak wielokrotnie podkreślano, badania kompetencji komunikacyjnej osób z niedosłuchem wskutek otosklerozy mają charakter interdyscyplinarny i być może przyczynią się do wyodrębnienia dziedziny, subdyscypliny nazywanej przez L. Cummningsa językoznawstwem klinicznym (Rittel, Rittel, 2015, s. 71), której celem byłoby diagnozowanie na poziomie klinicznym zaburzeń językowych jako zaburzeń właśnie kompetencji komunikacyjnej. Interakcja, wzajemne oddziaływanie nadawcy oraz odbiorcy w komunikacji (efekt zwrotny) warunkują dojrzałą kompetencję komunikacyjną, a jej badanie, jak w językoznawstwie klinicznym, mogłoby opierać się na wykorzystaniu następujących środków badania języka: aktów mowy, kontekstu, wiedzy nadawcy i odbiorcy, implikatur konwersacyjnych, wnioskowania, analizy rozmowy i dyskursu (Rittel, Rittel, 2015, s. 71; por. także Michalik, 2008).

Badanie „trudno mierzalnego” problemu kompetencji komunikacyjnej, np. u osób z niedosłuchem wskutek otosklerozy, otwiera nową przestrzeń badawczą, pomocną w diagnostyce oraz rehabilitacji logopedycznej osób współtworzących specyficzny i rzadko badany dyskurs zaburzony.

### **Bibliografia**

- Chodynicki, S., Olszewska, E. (2005). Otoskleroza. W: M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna* (s. 237-248). Łódź: Wydawnictwo Mediton.
- Grabias, S. (2015). Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 13-35). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grabias, S. (2017). Język w diagnozowaniu umysłu. Terapia logopedyczna a poznawcza i interakcyjna funkcja języka. W: D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej* (s. 35-63). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Michalik, M. (2008). Teoria relewancji w badaniu kompetencji komunikacyjnej uczniów z dyzartrią o podłożu mózgowego porażenia dziecięcego. W: J. Porayski-Pomsta (red.), *Studia Pragmalingwistyczne* (t. 5: Mowa i język w perspektywie dydaktycznej, logopedycznej i rozwojowej) (s. 201-212). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UW.
- Rittel, T., Rittel, S.J. (2015). *Dyskurs edukacyjny. Zagadnienia – znaczenia – terminy. Wybór i opracowanie*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Columbinum.
- Szyfter, W. (2003). Otoskleroza. W: A. Pruszewicz (red.), *Audiologia kliniczna. Zarys* (s. 355-358). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP.
- Szymański, M., Gołabek, W. (2004). Otoskleroza. Diagnostyka i postępowanie. *Magazyn Otolaryngologiczny*, V, 24-34.
- Tomik, J. (2016). Otoskleroza. Rozpoznanie i postępowanie. *Otolaryngologia*, 2, 1-4.
- Tomik, J., Solowska, B. (2017). Otoskleroza – etiologia, diagnostyka, leczenie. *Neurolingwistyka Praktyczna*, 3, 9-17.

**Katarzyna HNAT**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **MENTORING W DIAGNOZIE ORAZ TERAPII LOGOPEDYCZNEJ – WYBRANE METODY I TECHNIKI**

### **Streszczenie**

W terapii logopedycznej posługujemy się wieloma różnymi sprawdzonymi metodami i technikami, jednocześnie wciąż szukając nowych, które okażą się skuteczniejsze dla danego pacjenta. Nadal jednak zdarzają się sytuacje, w których znane metody nie przynoszą oczekiwanego efektu. Wtedy warto sięgnąć po niestandardowe rozwiązania. Mając za sobą doświadczenia jako trener emisji głosu i logopeda medialny, zgłębiłam równocześnie temat mentoringu jako indywidualnej formy rozwoju drugiego człowieka. Przyglądając się metodom pracy mentorów i mając do dyspozycji narzędzia mentoringowe, które wykorzystuję w pracy z klientem, postanowiłam przyjrzeć się, w jaki sposób można wykorzystać te metody w terapii logopedycznej osób dorosłych, zwłaszcza w logopedii artystycznej i medialnej.

W pierwszej części artykułu przedstawiam definicje mentoringu, omawiam założenia procesu mentoringowego i próbuję ustalić, co warunkuje sukces w relacji mentor – mentee. Pokazuję zastosowanie mentoringu w pracy z klientem jeden na jeden i sięgam do kodeksu wartości mentora na przykładzie dostępnej literatury i działalności Stowarzyszenia Mentorów PROMENTOR. Przedstawione zagadnienia konfrontuję z tym, co ważne w pracy logopedycznej podczas prowadzenia terapii.

W części drugiej omawiam wybrane podejścia, metody pracy i narzędzia mentoringowe, takie jak: karta diagnostyczna, model GROW, model P-BRAIN, uważność i metoda kaizen.

W przedstawionych metodach i narzędziach mentoringowych szukam możliwości praktycznego zastosowania ich w pracy logopedycznej z pacjentem. Zwracam też uwagę na sposoby diagnozowania w logopedii i mentoringu czy umiejętność zadawania pytań w celu ustalania potrzeb pacjenta/mentee oraz efektów terapeutycznych. Zagadnienia teoretyczne przeplatam wnioskami z własnych doświadczeń i przemyśleń.

**Słowa kluczowe:** mentoring, narzędzia mentoringowe, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna.

### **Summary**

In speech therapy, we use many different proven methods and techniques, while constantly looking for new ones that will prove to be more effective for a given patient. However, there are still situations where the known methods do not bring the expected results. Then it is worth reaching for non-standard solutions. Having experience as a voice emission trainer and media speech therapist, I am also exploring the topic of mentoring as an individual form of development of another person. Looking at the methods of work of mentors and having at my disposal the mentoring tools that I use in my work with the client, I decided to look at how these methods can be used in speech therapy for adults, especially in artistic and media speech therapy.

In the first part of the article, I present the definitions of mentoring, discuss the assumptions of the mentoring process and try to determine what determines success in the mentor-mentee relationship. I show the application of mentoring in working with the client one-on-one and refer to the mentor's code of values on the example of the available literature and the activities of the PROMENTOR Mentors Association. I confront the presented issues with what is important in speech therapy during therapy.

In the second part, I discuss selected approaches, methods of work and mentoring tools, such as: diagnostic card, GROW model, P-BRAIN model, mindfulness and the kaizen method.



In the presented methods and mentoring tools, I am looking for the possibility of their practical application in speech therapy work with the patient. I also pay attention to the methods of diagnosis in speech therapy and mentoring or the ability to ask questions in order to determine the patient's / mentee's needs and therapeutic effects. I interweave theoretical issues with conclusions from my own experiences and reflections.

**Key words:** mentoring, mentoring tools, speech therapy diagnosis, speech therapy.

## Wstęp

W literaturze przedmiotu nie ma jednej definicji mentora i mentoringu. Z tego też względu na wstępie posłużę się tą, którą podaje Stowarzyszenie PROMENTOR. „Mentoring to partnerska relacja między Mentorem a Mentee, która polega na tym, że Mentee wspierany przez Mentora – jego wiedzę, doświadczenie i osobowość – poznaje i rozwija siebie, definiując i realizując własne cele i wizję własnej osoby w obszarze zawodowym i/lub osobistym” (www.promentor.pl, dostęp: 10.07.2021). Chodzi też o to, by uczeń, poprzez regularne rozmowy z mentorem – mistrzem, wykonywanie ćwiczeń czy sięganie do literatury, poznawał siebie, rozwijał samoświadomość, jak również nabywał nowe kompetencje. Mentoring jest relacją nakierowaną nie tylko na rozwój, ale też opiekę osobistą mentora nad mentee (*cura personalis*), dzielenie się wiedzą i pomoc; wszystko po to, by przyspieszyć rozwój mentee. Ciekawie też brzmi następująca definicja mentoringu: „mentoring to udzielanie drugiej osobie indywidualnej pomocy nieliniowej w przekształcaniu wiedzy, pracy lub myślenia” (Megginson, Clutterbuck, Garvey, Stokes, Garret-Harris, 2008, s. 17). I jeszcze ujęcie D. Clutterbucka: „mentoring to dobrowolna, niezależna od hierarchii służbowej pomoc udzielana przez jednego człowieka drugiemu, dzięki czemu może on poczynić znaczny postęp w wiedzy, pracy zawodowej lub sposobie myślenia” (2002, s. 13).

Ta opieka osobista, postęp w sposobie myślenia i poznawanie siebie wydają się być równie ważne w pracy z pacjentem, który potrzebuje pomocy logopedy, zwłaszcza, jeśli myślimy tu o osobach dorosłych. Z drugiej strony, to jakim człowiekiem jest logopeda – terapeuta, jakie ma podejście do pacjenta, jakimi wartościami się kieruje, jakie metody rozwoju wykorzystuje, niewątpliwie także będzie miało wpływ na przebieg terapii logopedycznej oraz jej skuteczność. Z tego też względu zasadnym wydaje mi się porównanie roli mentora z funkcją, jaką pełni logopeda w pracy z pacjentem indywidualnym. Pamiętajmy, że w terapii logopedycznej pacjent wymaga specjalistycznego i optymalnego oddziaływania, ale i różnych sposobów komunikacji – od komunikacji werbalnej, wtórnie niewerbalnej, do komunikacji wspomagającej i alternatywnej (Baczała, Błeszyński, 2014, s. 62). Komunikacja jako warunek społecznego funkcjonowania, staje się więc istotnym terminem zarówno w terapii logopedycznej, jak również w procesie mentoringowym.

Kolejną istotną sprawą jest diagnoza. Skupiając się właśnie na niej, D. Baczała i J. Błeszyński podają: „ważnym elementem doboru terapii jest umiejscowienie potrzeb, określenie możliwości osoby i etapu rozwoju, na jakim się ona znajduje. Konieczne staje się dookreślenie powodu wystąpienia zaburzenia oraz możliwości udzielenia wsparcia lub oddziaływania terapeutycznego” (2014, s. 62-63). W takim kontekście celem działań logopedy będzie nie tylko doprowadzenie do nabycia przez daną osobę kompetencji językowych, ale także umiejętności wykorzystania ich w komunikacji ze środowiskiem. Pacjent ma osiągnąć poprawność językową i artykulacyjną oraz zastosować te umiejętności w określonych sytuacjach życiowych. W takim przypadku niezbędną wartością będzie także wzmocnienie samooceny pacjenta, jego pewności siebie i wiary we własne umiejętności. Założenie, że logopeda będzie towarzyszył pacjentowi w tej

zmianie, pomagał i wspierał swą wiedzą oraz doświadczeniem, pozwala sądzić, że w takim zestawieniu relacja logopedy z pacjentem jest bardzo podobna do tej, jaką buduje mentor ze swoim mentee. Zatem i metody pracy wykorzystywane w mentoringu, o których mówi się, że są bardzo skuteczne, mogłyby przynieść podobne rezultaty w terapii logopedycznej.

### **1. Początki i założenia mentoringu**

Pojęcie „mentoring” wywodzi się z mitologii greckiej. Jak podaje Homer, Odyseusz wyruszając pod Troję, powierzył pieczę nad edukacją syna Telemacha swojemu przyjacielowi, mędrcomu o imieniu Mentor. Miał on też przygotować młodego księcia do roli króla, ale jednocześnie zwracał uwagę na wartości i zasady, jakimi powinien się kierować władca. Mityczny Mentor zapewne nie przypuszczał, że jego imię stanie się określeniem tej formy rozwoju ludzi, jaką jest mentoring, w odległym XXI wieku. Idea mentoringu dojrzała przez wieki. Jak czytamy na stronie Stowarzyszenia PROMENTOR ([www.promentor.pl](http://www.promentor.pl), dostęp: 10.07.2021):

Jednym z ważnych elementów tej drogi było średniowiecze z jego kulturą rzemieślniczą i relacją mistrz – czeladnik; gdy mistrz był nie tylko nauczycielem zawodu, ale na koniec nauki zaświadczał, że uczeń zarówno zna fach, jak i prezentuje określone cechy charakteru oraz wyznaje wartości środowiska. Dziś korzystamy z tej historycznie ukształtowanej metodyki, a terminu “mentor” używamy jako określenia nauczyciela, mistrza.

Głównym założeniem mentoringu jest odkrywanie oraz rozwijanie potencjału ucznia w oparciu o partnerską relację mistrz – uczeń. Zastanówmy się, czy w relacji, jaką buduje logopeda z pacjentem, takie podejście ma rację bytu? Żeby to stwierdzić, przyjrzyjmy się jeszcze bliżej założeniom mentoringu, relacji mistrz – uczeń oraz efektom ich współpracy.

Mentoring współcześnie wykorzystywany jest głównie do przekazywania wiedzy przez mentora i budowania nowych umiejętności u mentee. Stosuje się go przy okazji obejmowania nowych funkcji zawodowych, rozpoczynania działalności w nowej dziedzinie, w nauczaniu akademickim, przy sukcesji w firmach czy przygotowywaniu młodego pracownika na nowe stanowisko. Stowarzyszenie Mentorów PROMENTOR wdraża również mentoring w oświacie, szkoląc starszych stażem nauczycieli, którzy sprawują opiekę nad rozwojem zawodowym swych młodszych kolegów.

Mentor jest osobą przekazującą wiedzę, umiejętności i postawy, jest autorytetem, za którym warto podążać oraz go naśladować. Zachęca podopiecznego do doskonalenia swoich umiejętności, wskazuje kierunki rozwoju, nadzoruje tempo i rozbudza entuzjazm, ocenia postępy i analizuje błędy (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 24). Osoba, chcąc pełnić rolę mentora, powinna wnosić w życie swojego mentee wartość oraz wiedzę, ale ważne są też: umiejętność nawiązywania relacji, zdolność prowadzenia inspirującej rozmowy, przekazywanie informacji, umiejętne zadawanie pytań i aktywne słuchanie. Nie można też zapomnieć o poczuciu własnej wartości i szacunku dla drugiego człowieka (Ibidem, s. 25).

PROMENTOR podaje, że mentor uczy tego, czego uczeń chce się nauczyć, a sama relacja, jaką buduje z mentee, zmienia życie tak samego ucznia, jak też jego mentora.

W takim świecie, opartym na wzajemnym szacunku i zaufaniu, a stworzonym wspólnie przez mentora i jego klienta, jest możliwe osiąganie celów stawianych sobie przez mentee/klienta dzięki odkrywaniu istniejącego w nim potencjału i dzięki świadomości rozwoju, a także radom mentora i różnorodnemu wsparciu z jego strony ([www.promentor.pl](http://www.promentor.pl), dostęp: 01.07.2021).

Warto też przyjrzeć się kompetencjom mentora, wśród których M. Sidor-Rządkowska wylicza takie, jak: samoświadomość (rozumienie siebie), świadomość behawioralna (rozumienie innych), wiedza zawodowa i biznesowa, wycucie proporcji, poczucie humoru, komunikatywność, zdolność dokonywania konceptualizacji, nieprzerwane samokształcenie, zainteresowanie rozwojem innych, umiejętność budowania więzi z podopiecznym oraz jasność celów. „W tym miejscu szczególnie warto przyjrzeć się komunikatywności, którą należy rozumieć bardzo szeroko, a do jej składników należy:

- słuchanie – otwarcie na słowa drugiego człowieka, okazywanie autentycznego zainteresowania;
- zdolność wsłuchania się w ciszę;
- umiejętność właściwej interpretacji sygnałów niewerbalnych przekazywanych przez rozmówcę;
- umiejętność dostosowywania się do różnych stylów komunikowania się prezentowanych przez podopiecznych” (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 27).

Mentoring trwa tak długo, jak długo przynosi korzyści. Jest inwestycją w rozwój, a jedną z ważniejszych jego zalet jest wysoka efektywność oraz skrócenie czasu, jaki jest potrzebny do osiągnięcia celu, samodzielności klienta i wprawy w wykonywanych czynnościach (por. Oleksyn, 2011, s. 186-187).

Co warunkuje sukces stosowania tej metody we współczesnym świecie biznesu, nauki i szkolnictwa, organizacji pozarządowych i rozwoju osobistego? Fundamentalne z nich to według opracowań Stowarzyszenia Mentorów PROMENTOR:

- osoba mentora – mistrza, przewodnika i doradcy, który inspiruje i wspiera mentee/klienta w rozwoju kompetencji zawodowych i w rozwoju osobistym;
- osoba mentee – który musi być gotowy do tej roli: mieć chęć i gotowość zmieniania się, podejmować szczerą wysiłki z determinacją do osiągnięcia celów, umieć patrzeć samokrytycznie na siebie, korzystać z wiedzy, doświadczeń i osobowości mentora (www.promentor.pl, dostęp: 01.07.2021).

O skuteczności relacji mentorskiej i procesu mentoringowego decydują: dobrowolność, zaufanie, szczerść i otwartość w komunikacji, wzajemna akceptacja, gotowość do wpływania na siebie i spójny system wartości obu stron. Dobrze, by to wszystko zostało wcześniej ustalone, zapisane i zatwierdzone przez mentora i mentee.

Jakie zatem korzyści niesie ze sobą mentoring? Ponieważ według jednej z definicji mentoring to „indywidualna pomoc drugiej osobie” (Megginson i in., 2008, s. 18), korzyści płynące z mentoringu analizowane są w rozmaitych sektorach: publicznym, prywatnym, wolontariackim i typu non profit. Naukowcy z Mentoring and Coaching Research Unit przy Sheffield Hallam University dokonali przeglądu ponad 100 projektów naukowych ze Stanów Zjednoczonych oraz Europy i podzielili korzyści na cztery podstawowe kategorie:

- lepsze funkcjonowanie firmy i wdrażanie przepisów (30%);
- korzyści motywacyjne (33%);
- korzyści z rozwoju wiedzy i umiejętności (24%);
- korzyści z zarządzania zmianą i jej następstwami (13%) (Megginson i in., 2008, s. 46).

To, co wydaje się istotne też z punktu prowadzenia terapii logopedycznej, to korzyści motywacyjne oraz te związane z zarządzaniem zmianą i jej następstwami, które mogą się pojawić, jeśli wykorzystamy w działaniach logopedy również wiedzę płynącą z mentoringu. Do tego wątku powrócę w dalszej części niniejszego artykułu.

Ciekawie prezentują się również wyniki polskich badań przeprowadzonych przez Stowarzyszenie Mentorów PROMENTOR i HRM Partners S.A., którzy przebadali we wrześniu 2016 roku przedstawicieli 165 organizacji działających na terenie Polski. Wśród korzyści płynących z mentoringu, jakie najczęściej wymieniali mentorowani, znalazły się:

- możliwość doskonalenia swoich umiejętności (58%);
- wzrost świadomości posiadanych zasobów (47%);
- usystematyzowanie wiedzy (33%);
- zwiększenie pewności siebie (28%);
- poczucie bycia potrzebnym (21%).

Korzyści, jakie najczęściej wymienili mentorzy, to:

- satysfakcja (53%);
- doskonalenie umiejętności rozwoju innych (47%);
- budowanie partnerskich relacji (42%);
- własny rozwój i zdobycie wiedzy (37%);
- podniesienie motywacji (21%);
- unikanie wypalenia zawodowego (21%);
- nowe horyzonty, budowanie pewności siebie (16%) (<https://www.promentor.pl/badanie-mentoring-praktyce>, dostęp: 06.07.2021).

W tym przypadku interesujące wydaje się to, że mentoring powoduje wzrost świadomości posiadanych zasobów oraz zwiększa pewność siebie, co w przypadku prowadzenia terapii logopedycznej może mieć istotne znaczenie dla pacjenta, który np. w dzieciństwie borykał się z mutyzmem, a w życiu dorosłym czuje lęk przed publicznym wystawianiem się.

W przypadku zaś korzyści, które odnajduje sam mentor, możemy dokonać analogii do zawodu logopedy i tu naszą uwagę zwracają takie elementy, jak np. poczucie satysfakcji z wykonywanej pracy, budowanie partnerskich relacji z klientem, ale też rozwój własny, wzrost motywacji oraz unikanie wypalenia zawodowego, co w każdym zawodzie po jakimś czasie się zdarza, nie wykluczając logopedów.

W tym miejscu spróbuję odnieść powyższe rozważania i spostrzeżenia do konkretnych sytuacji związanych z działaniami logopedycznymi. Logopedia jako nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych „musi – na co zwraca uwagę jej współtwórca – mieć do dyspozycji układ pojęć, procedur i narzędzi badawczych pozwalających ocenić i interpretować wypowiedzi jednostki z perspektywy centralnych i obwodowych czynności biologicznych, które warunkują język i realizację zachowań językowych” (Grabias, 2012, s. 58).

Badacz, ale i logopeda-praktyk powinien zatem oceniać kompetencje: poznawczą, językową i komunikacyjną. „Przyjęło się sądzić, że kompetencja jest wynikiem poznawczych możliwości właściwych człowiekowi jako przedstawicielowi gatunku oraz utartych społecznie wzorców zachowań interakcyjnych, zdobytych w procesie socjalizacji. Realizacja zaś dotyczy kreacji – twórczego sposobu wykorzystania zdobytej wcześniej wiedzy” (Ibidem, s. 59). Grabias wyodrębnia tu dwa zasadnicze pola aktywności badawczej i praktycznej, a są to: profilaktyka logopedyczna i zaburzenia mowy. Najważniejszym polem badawczym i działań praktycznych są właśnie zaburzenia mowy. Logopeda diagnozuje je, tworzy programy terapii i prowadzi samą terapię. Do obowiązków logopedy należy więc sformułowanie celów i metod postępowania terapii oraz wyznaczenie jej mierzalnych etapów.

Współcześnie logopedzi spotykają się z osobami o bardzo różnorodnych potrzebach terapeutycznych, zatem ich wiedza i umiejętności powinny pozwolić im sprostać oczekiwaniom klientów. Konkretyzując:

założyciele i wykładowcy wrocławskiej logopedii uniwersyteckiej wychodzą z założenia, że praktykujący logopeda powinien umieć zobaczyć swojego klienta całościowo, a nie jako przedstawiciela konkretnego zaburzenia. Musi odnaleźć patomechanizmy oraz przyczynę ich wystąpienia, zrozumieć wpływ zaburzeń na funkcjonowanie społeczne danej osoby, dobrać terapię odpowiednio do możliwości klienta, nawiązać komfortowy kontakt i skutecznie wyeliminować problem. Nie da się tego zrobić, nie posiadając wiedzy chociażby z psychologii czy medycyny. Logopeda musi wiedzieć nie tylko, co i jak należy zrobić, aby pomóc klientowi, ale przede wszystkim prognozować i mieć świadomość, dlaczego jego działanie odniesie oczekiwany skutek (Hartman, Batosiewicz, 2012, s. 48).

Z tego też względu studenci studiów logopedycznych na uczelniach w całej Polsce w ramach nauki pozyskują/powinni pozyskiwać wiedzę z tak różnych dziedzin, jak: psychologia, pedagogika, językoznawstwo ogólne, medycyna, fizjoterapia, emisja głosu, kultura języka, socjolingwistyka i psycholingwistyka, muzykoterapia, arteterapia czy technologie informacyjne, a ja dodałabym do tego jeszcze mentoring.

## **2. Wybrane metody pracy i narzędzia mentoringowe przydatne w logopedii**

Diagnoza logopedyczna, oparta na dość uniwersalnym zestawie pytań, służy przede wszystkim do ustalenia rodzaju zaburzenia mowy. Według G. Jastrzębowskiej i O. Pelc-Pękali, jest to „potwierdzenie bądź wykluczenie istnienia zjawisk logopedycznych oraz przewidywanie ich tendencji rozwojowych na podstawie objawów, patogenezy i patomechanizmów. Objawy ustala się na podstawie danych z obserwacji i wywiadu, prób i testów językowych” (2003, s. 309). W procesie diagnozowania logopedycznego wyróżnia się kilka etapów badawczych, należy też przestrzegać określonych zasad. Ważne są nie tylko kwestie medyczne, ale także możliwości psychofizyczne pacjenta czy też jego wiek. Na tej podstawie dobieramy metody i narzędzia diagnostyczne oraz określamy czas trwania badania. Ważne też, by pacjent czuł się bezpiecznie i komfortowo, nie był oceniany ani krytykowany. Według metodologii badań naukowych do poszczególnych etapów diagnozowania logopedycznego zalicza się: określenie problemu, formułowanie hipotez i weryfikację hipotez (por. Ibidem, s. 309-312).

S. Grabias, przedstawiając model czynności diagnostycznych, zaznacza, że diagnozowanie wymaga dwojakiego rodzaju technik badawczych. „Jedną z nich jest deskrypcja, czyli rejestracja i opis stanów oraz zachowań badanej osoby, a drugą interpretacja, polegająca na włączeniu zarejestrowanych stanów oraz zachowań w perspektywę wiedzy objaśniającej ich istotę” (Grabias, 2012, s. 61). Z punktu widzenia działań logopedy, jak podaje Grabias, sferę deskrypcji stanowią zachowania językowe, które należy rejestrować i opisać. Interpretacja natomiast służy do tego, żeby opisać wcześniejsze zachowania pacjenta na podstawie ogólnej wiedzy o człowieku, wywiadu z rodziną czy opiekunami, a także z wykorzystaniem wiedzy z zakresu medycyny, psychologii czy pedagogiki. Tu należy wymienić, co dokładnie zwiera model czynności diagnostycznych w logopedii:

1. Deskrypcja: badanie sprawności interakcyjnych (motoryka, wymowa, język, struktury pojęciowe, realizacja dialogu, realizacja wypowiedzi narracyjnych).
2. Interpretacja: analiza wyników badań specjalistycznych, wywiad rodzinny, diagnoza różnicowa i rozpoznanie przypadku (por. Ibidem, s. 61).

Deskrypcja i interpretacja prowadzą zatem do diagnozy wstępnej, która pozwala nam określić, jaki jest stan umysłu osoby badanej, ewentualnie jakie są uszkodzenia mózgu oraz układów wykonawczych związanych z mową czy życiem społecznym (por. Ibidem, s. 61-62). W obydwu ujęciach widać wyraźnie, że dobra diagnoza wymaga holistycznego podejścia do pacjenta i przyjrzenia się jego problemom z różnych punktów widzenia. Dopelnieniem diagnozy są również procedury prognostyczne, o których pisze S. Grabias w kolejnym studium. Chodzi tu o programowanie terapii, a następnie jej prowadzenie. „Do obowiązków logopedy należy też sformułowanie celów terapii, metod postępowania i co niezwykle ważne wyznaczenie jej mierzalnych etapów. Wszystkie zabiegi postępowania terapeutycznego muszą być dokumentowane i nieustannie dobierane do możliwości człowieka poddanego takim zabiegom” (Grabias, 2014, s. 68).

Holistyczne podejście do pacjenta i dobre formułowanie celów są również podstawą w diagnozowaniu potrzeb klienta/mentee w mentoringu. Cieszy fakt, że coraz więcej terapeutów mowy, trenerów emisji głosu czy nawet logopedów sięga po rozwiązania, jakie daje nam mentoring czy coaching. Możemy więc przyjąć, że narzędzia diagnostyczne wykorzystywane w mentoringu mogą mieć częściowo swoje zastosowanie w logopedii. Przyjrzyjmy się zatem, jakie mechanizmy tu działają i z jakich innych doświadczeń oraz rozwiązań mentoringu warto skorzystać.

Decydując się na prowadzenie procesu mentoringowego, mentor na wstępie ustala z mentee pewne zasady, które będą ich obowiązywać przez cały czas trwania procesu. W kontrakcie, który powinien być spisany, należy uwzględnić podstawowe założenia. Oprócz zgody na partnerską relację, otwartość, uczciwość oraz szczerłość, znajdują się w nim przede wszystkim: określenie celu bądź celów, ilość i częstotliwość spotkań, wybór metod pracy dogodnych dla mentee, wyznaczenie kamieni milowych, narzędzia do mierzenia efektów pracy na poszczególnych etapach, analiza możliwości rozwojowych, czas na samodzielną pracę mentee, udzielanie na bieżąco informacji zwrotnej oraz ewaluacja. Niezbędne jest także ustalenie pewnych zasad i wartości, które powinny być wspólne i akceptowalne zarówno dla mentora, jak również mentee. W „Kodeksie wartości zawodowych mentora i relacji mentorskiej”, proponowanym przez Stowarzyszenie Mentorów PROMENTOR, znajdziemy m.in. te, które mają na względzie dobro mentee/klienta, a są to:

- partnerskie traktowanie mentee;
- pomaganie w osiągnięciu celu;
- inspirowanie;
- szacunek dla wyborów mentee;
- dbałość o wartości.

To, na co – uważam – warto też zwrócić uwagę, to odpowiedzialność za podejmowane działania, do których SM PROMENTOR zalicza:

- uczciwość w działaniu;
- jakość i efektywność podejmowanych działań;
- konsekwencja w działaniu;
- zaangażowanie ([www.promentor.pl](http://www.promentor.pl), dostęp: 30.06.2021).

Wszystkie wymienione wartości skłaniają do zastanowienia się, czy nie powinno się ich uwzględnić w każdej formie terapii z osobą dorosłą czy też w ogóle pracy z drugim człowiekiem.

W materiałach, jakie uzyskałam dzięki uprzejmości Mentorów Stowarzyszenia PROMENTOR, znalazłam także bardzo ciekawe narzędzie do diagnozowania potrzeb klienta i wyznaczania celów. Jego autorem jest K. Prystupa, trener, terapeuta mowy, mentor, członek SM PROMENTOR. Głównym zadaniem testu jest sprawdzenie, czy zarówno mentor, jak i mentee rozumieją tak samo określony cel – karta diagnostyczna weryfikuje to, czy wyobrażenie klienta dotyczące pracy z mentorem zgadza się z tym, co naprawdę jest jego problemem. Czasem bowiem okazuje się, że są to dwie różne sprawy. „Zdarza się, że klient przychodzi do mnie na sesję, mówiąc, że chciałby nauczyć się poprawnie wymawiać głoskę „r”, a po głębszej analizie okazuje się, że jego głównym problemem jest to, że stresuje się występować publicznie” – mówi K. Prystupa w rozmowie ze mną. W takiej sytuacji zadaniem mentora będzie przede wszystkim przetransformowanie jego postawy, uświadomienie klientowi jego faktycznej potrzeby oraz ustalenie, nad jakim celem bądź celami ostatecznie będą pracować. Może się jednak okazać, że prawdziwy problem klienta wykracza poza możliwości danego mentora, poza jego kompetencje i w takim przypadku jego obowiązkiem jest uczciwe przyznanie się do tego, zaproponowanie innego rozwiązania i skierowanie mentee do odpowiedniego specjalisty. Przyjrzyjmy się zatem temu narzędziu – jak zostało skonstruowane i jakie zawiera pytania.

KARTA DIAGNOSTYCZNA – WYWIAD

Instrukcja:

1. Pytania zadajemy w kontekście celów sesji mentoringowych.
2. Pytania można modyfikować na swój użytek.
3. Zaproponowane pytania dotyczą trzech obszarów: kolor zielony – oczekiwania, kolor pomarańczowy – potrzeby zawodowe, kolor niebieski – postrzeganie siebie.

Lp.	PYTANIE	ODPOWIEDŹ
1.	<b>Jak wyobrażasz sobie współpracę?</b>	Wstępne pytanie o oczekiwania, które powinno otworzyć rozmowę, miejsce na wypracowywanie zasad porozumiewania się, ustalenie akceptowalnych i nieakceptowalnych zachowań, częstotliwości spotkań, metod komunikowania się itp.
2.	<b>Jakie masz potrzeby, na czym Ci najbardziej zależy?</b>	Wyrażone oczekiwanie nie jest jednoznaczne z faktem, że należy je realizować; mentor powinien zasugerować po dokonaniu całej diagnozy kluczowe elementy sukcesu, kamienie milowe i uzgodnić je z mentee. Mentor jest odpowiedzialny za proces – od diagnozy, przez prowadzenie sesji i realizację głównych celów mentoringu.
3.	<b>Gdybym pstryknęciem palca mógł coś zmienić albo nauczyć czegoś, to co by to było? Możesz wybrać tylko jedną rzecz...</b>	Pytanie każe mentee dokonać wyboru i określić priorytet. Często pojawia się rozbieżność pomiędzy odpowiedzią na pytanie „Na czym Ci zależy?”, a odpowiedzią udzieloną w tym pytaniu; osoby postawione w sytuacji wyboru i jedynej szansy podejmują zupełnie inne decyzje. W nich czasami ujawniają się prawdziwe potrzeby.
4.	<b>Co uznajesz za swoją największą wartość (mocne strony)</b>	Dzięki temu możemy się dużo dowiedzieć o przekonaniach mentee na swój własny temat: czy potrafi mówić o sobie dobrze, czy deprecjonuje informację, w której powiedział o sobie coś dobrego, czy zna swoją wartość, czy wskazuje obszary, w których we własnej ocenie jest dobry.
5.	<b>Co uznajesz za swoją największą słabość? (obszary do rozwoju)</b>	Pytanie o słabe strony, poza tym, że pozwala poznać obszary do rozwoju naszego mentee, to pośrednio dostarcza informacje: czy mentee potrafi mówić o swoich słabościach, jak reaguje na swoje słabości, czy nadmiernie eksponuje swoje słabe strony.
6.	<b>Twój największy sukces? Dlaczego?</b>	Pośrednio dowiadujemy się, co jest dla mentee ważne, możemy poznać, co stanowi dla niego prawdziwą wartość, z czego jest naprawdę dumny, czy potrafi wskazać jakąś pozytywną rzecz.
7.	<b>Twoja największa porażka? Dlaczego?</b>	O porażkach też trzeba umieć mówić. Tu również dowiadujemy się o wartościach, przekonaniach, postrzeganiu siebie.
8.	<b>W jakich okolicznościach/ kiedy jesteś gotowy do przekraczania strefy własnego komfortu (jesteś gotowy zaryzykować coś nowego)?</b>	Pytanie o poczucie bezpieczeństwa, zagrożenia, świadomość przekraczania własnych ograniczeń, pytanie powinno być modyfikowane, tak żeby było zrozumiałe dla mentee.
9.	<b>Na swoją sesję mentoringową musisz zarabiać przez tydzień. Kiedy uznasz, że to dobrze wydane pieniądze?</b>	Tym pytaniem chcemy powiedzieć mentee, że będzie korzystał z niezwykle wartościowej formy rozwoju, ale też chcemy się dowiedzieć, jakie są oczekiwania względem mentora. Jeśli zapytamy kogoś, kiedy jest skłonny na coś wydać dużo pieniędzy, wtedy bardzo się zastanawia, co chce dostać w zamian. Odpowiedź na to pytanie warto porównywać z odpowiedzią na pytanie nr 1.
10.	<b>Po czym poznasz, że zrealizowałeś cele mentoringu?</b>	Tym pytaniem zachęcamy mentee do zbudowania wizji przyszłości i opowiedzenia o niej przez perspektywę działania.



Jak twierdzi autor karty diagnostycznej, jest to narzędzie, które chroni mentee przed dysonansem poznawczym, pozwala na doprecyzowanie celu oraz zapobiega ewentualnym niedomówieniom czy błędnym założeniom. Pokazuje też mentee spektrum jego możliwości, słabe i mocne strony, szanse oraz zagrożenia, a także konkretne korzyści, jakie przyniesie mu praca z mentorem. Tym bardziej, że – jak już wspominałam – postawiony cel może mieć drugie dno – oprócz problemów natury technicznej związanych z jakością mówienia, mogą się ujawnić głębsze potrzeby, jak np. akceptacja siebie, poczucie pewności siebie czy gotowość do podejmowania nowych wyzwań i wychodzenia ze strefy komfortu. „Kiedy pracuję z klientem nad artykulacją i brzmieniem głosu, chcę także wiedzieć, dlaczego to dla niego ważne, co dzięki temu zyskuje poza ładnym wysławianiem się” – dodaje K. Prystypa. Odnosząc się do szerszego zastosowania narzędzia, dzięki zadaniem pytaniom, mentor może zobaczyć, jakie ograniczenia mogą się tu pojawić i na co powinien zwrócić uwagę, planując dalsze sesje mentoringowe. Jest to bardzo holistyczne podejście do klienta i odpowiada na wszystkie wcześniej wymienione potrzeby, jakie mogą się pojawić w takiej relacji, jak choćby potrzeba partnerskiego traktowania, szacunku i uczciwości do siebie na wzajem, inspirowania czy pomagania w osiągnięciu celu, o czym była wcześniej mowa w kodeksie wartości mentora. Są to bardzo uniwersalne rozwiązania, które sprawdzą się, uważam, również w przypadku diagnozowania zaburzeń mowy czy pogłębionej analizy problemów pacjenta w gabinecie logopedycznym.

### **3. Model Potrzeb Społecznych Mózgu P-BRAIN**

Kolejnym zagadnieniem, które odnajdujemy wśród narzędzi mentorskich, jest Model Potrzeb Społecznych Mózgu P-Brain, oparty na założeniach neurobiologii oraz przedstawiony z punktu widzenia Neuro Coachingu. Autorem modelu jest D. Niedzieski, coach, mentor, trener biznesu, konsultant, były wieloletni członek International Coach Federation, Izby Coachingu i NeuroLeadership Institute z siedzibą w USA, zwolennik wykorzystywania odkryć nauki o mózgu w coachingu, szkoleniach i mentoringu. W jednym z artykułów opisuje on odkrycia neurobiologii, które zaczynają wywierać istotny wpływ na coaching, a pośrednio również na mentoring, który w pewnych obszarach korzysta z jego metod i narzędzi. Odkrycia te wyjaśniają i udowadniają skuteczność interwencji w coachingu, tłumacząc i uzasadniając słuszność jego paradygmatów, takich jak np.: nieudzielanie rad, koncentracja na przyszłości, rozwiązania, nie problemy, pozytywny cel, pytania jako główne narzędzie. D. Niedzieski podaje, że główne filary Neuro Coachingu to: uważność, neuroplastyczność, emocje, poznanie, relacje społeczne.

Obszary, w których szczególnie mocno odkrycia neuronauki wzmacniają praktykę coachingową, to z kolei: podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów, radzenie sobie z emocjami, współpraca z innymi, wspomaganie zmiany ([neuro4coaching.wordpress.com](http://neuro4coaching.wordpress.com), dostęp: 15.07.2021).

Czym w takim razie jest Model Potrzeb Społecznych Mózgu P-BRAIN i co pokazuje?

Podstawową zasadą, którą kieruje się mózg podejmując decyzje i kierując działaniami, jest z jednej strony unikanie wszelakich zagrożeń, z drugiej zaś dążenie do zdobycia nagrody. Mówimy więc o strategii OD, czyli unikanie zagrożeń i o strategii DO, czyli dążenie do osiągnięcia nagrody. Celem nadrzędnym mózgu jest zapewnienie własnej ochrony i orientacja na swoje przetrwanie ([neuro4coaching.wordpress.com](http://neuro4coaching.wordpress.com), dostęp: 15.07.2021).

I jak dalej czytamy w artykule autora modelu, istotnym źródłem zagrożeń bądź nagród są relacje i doświadczenia społeczne, w które wchodzimy w trakcie swojego życia. Jak twierdzą neurobiolodzy:

w niektórych obszarach doświadczeń społecznych reakcja na stan zagrożenia bądź nagrody powoduje pobudzenie tych samych obszarów mózgu, co potrzeby elementarne, zwane też „pierwotnymi”, innymi słowy aktywuje obszary pierwotnych zagrożeń lub pierwotnych nagród. Przykładowo, jeśli człowiek ma poczucie, że jest sprawiedliwie traktowany w relacjach społecznych, w mózgu aktywowane są te same obwody, jak przy otrzymaniu nagrody pieniężnej. Z drugiej strony doświadczane przez człowieka poczucie wykluczenia z grupy pobudza te same ośrodki w mózgu, co przy odczuwanym bólu fizycznym (Ibidem).

D. Niedzieski określa obszary doświadczeń społecznych według wymiarów:

- ja – inni członkowie bliskiej mi grupy;
- ja – szersze otoczenie społeczne.

W pierwszym z wymiarów określa trzy istotne obszary:

- 1) Poziom ogólnej akceptacji i wzajemnych relacji w grupie – w modelu P-BRAIN nazwiemy ten obszar INTERAKCJE SPOŁECZNE.
- 2) Odczuwany przez podmiot subiektywny poziom jego pozycji wewnątrz grupy – w modelu P-BRAIN nazwiemy ten obszar AUTORYTET.
- 3) Odczuwanie subiektywne przez podmiot, jak jest oceniany przez innych – w modelu P-BRAIN nazwiemy ten obszar RÓWNE TRAKTOWANIE.

W drugim wymiarze „ja vs szersze otoczenie” wymienia natomiast dwa istotne obszary:

- 1) W jaki sposób podmiot może kształtować i wpływać na swoje otoczenie – w modelu P-BRAIN nazwiemy ten obszar NIEZALEŻNOŚĆ.
- 2) W jaki sposób otoczenie wywiera wpływ na podmiot – w modelu P-BRAIN nazwiemy ten obszar BYCIE PEWNYM.

Wymienione wyżej obszary tworzą Model Doświadczeń Społecznych P-BRAIN:

**B** – Bycie pewnym/**Pewność**

**R** – Równoważna wymiana/**Poczucie sprawiedliwości**

**A** – Autorytet/**Pozycja**

**I** – Interakcje Społeczne/**Przynależność**

**N** – Niezależność/**Prawo wyboru**

Autor modelu uczuła, że każdy z powyższych obszarów pokazuje, „jak rozpatrywany podmiot subiektywnie określa poczucie swojej obecności w danym obszarze – w kontekście zagrożenia bądź nagrody w stosunku do danej relacji społecznej” (neuro4coaching.word press.com, dostęp: 15.07.2021). Idąc dalej, Niedzieski przekłada model P-BRAIN na potrzeby mentoringu i dopasowuje go dla mentora. Ostatecznie obszary do pracy mentorskiej określa w następujący sposób:

**Pewność** – ustal program i nadaj strukturę spotkaniom

**Poczucie sprawiedliwości** – ustal zasady procesu i stosuj je w relacjach

**Pozycja** – odnoś się z szacunkiem do mentee i jego decyzji, daj mu poznać uczucie sukcesu

**Przynależność** – zadbaj o pozytywną i bezpieczną relację z mentee

**Prawo wyboru** – nie narzucaj rozwiązań mentee.

Warto zauważyć, że świadome wykorzystanie odkryć neurobiologii pozwala na osiągnięcie jeszcze lepszych efektów pracy rozwojowej. Interesująco brzmi również kolejne spostrzeżenie D. Niedzieskiego, który pisze, że „celem Neuro Coachingu nie jest jedynie zaplanowanie zmieniających bieżące doświadczenia działań, ale jego głęboką istotą jest poprawienie/polepszenie sposobu myślenia klienta. Dopiero to może przynieść prawdziwe, głębokie i długotrwałe zmiany w jego życiu” (linkedin.com).

Biorąc pod uwagę fakt, że odkrycia te oparte są na badaniach systemu nerwowego, których celem jest poznanie tajemnic działania ludzkiego mózgu, widać możliwość zastosowania ich w logopedii, która przecież w dużej mierze także bazuje na wiedzy dotyczącej funkcjonowania mózgu. Natomiast, jak zauważa Niedzieski, dzięki neurobiologii rozumiemy także coraz więcej aspektów ludzkiego zachowania oraz ludzkich motywacji. Może w przyszłości znajdzie to zastosowanie praktyczne również we współczesnej logopedii, która jako nauka interdyscyplinarna sięga po nowe zdobycze nauki w coraz szerszych kręgach.

#### **4. Uważność**

Uważność to stan, o jaki zabiega u swojego mentee wielu mentorów, choć oczywiście jest to metoda, która ma szerokie zastosowanie także w innych dziedzinach nauki i rozwoju. Myśląc o uważności, warto przyjrzeć się na początku pułapkom nieświadomego życia. Rozproszenie uwagi, stres, złe nawyki oraz myśli to tylko niektóre sytuacje będące często źródłem niepokoju i poczucia nieszczęścia. „Jesteśmy nieświadomi naszych prawdziwych wartości, życiowych priorytetów i głębokiej tęsknoty za większą równowagą w życiu. Jesteśmy również nieświadomi ogromnych pokładów zadowolenia i spokoju, które są na wyciągnięcie ręki, a wszystko dlatego, że żyjemy przeszłością i martwimy się o przyszłość” (Scott, Davenport, 2019, s. 11). Po drugiej stronie takiego myślenia jest bycie tu i teraz, myślenie o chwili obecnej, przeżywanie jej oraz przyglądanie się sobie, brak osądu i akceptacja, czyli uważność, często nazywana dziś mindfulness. Definicja tego zjawiska, jaką znajdziemy choćby w Wikipedii (wikipedia.pl, dostęp: 05.07.2021), brzmi:

Mindfulness lub uważność – to proces psychologiczny koncentrowania uwagi na wewnętrznych i zewnętrznych bodźcach występujących w danej chwili, który może zostać rozwijany poprzez medytację lub inne ćwiczenia. Badania przeprowadzone na dużych populacjach wykazały, że praktyka medytacji mindfulness jest silnie skorelowana z dobrym samopoczuciem i poczuciem zdrowia, wykazały także, że nadmierne rozmyślanie i niepokój prowadzą do problemów psychicznych takich jak depresja i lęk, oraz że praktyka medytacji mindfulness efektywnie redukuje zarówno gonitwę myśli, jak i niepokój (por. także Pagnini, Philips, 2015, s. 289).

Warto dodać, że medytacja mindfulness zyskała światową popularność jako metoda zarządzania emocjami, a te towarzyszą przecież każdej podejmowanej przez nas próbie zmiany przyzwyczajeń, nawyków czy przekonań. Sprawdza się także w momencie, kiedy przyglądamy się swoim emocjom, odczuciom, kiedy zastanawiamy się, jak przebiega proces zmiany albo kiedy chcemy stwierdzić, czy i jak dokonała się sama zmiana. Tu często pada pytanie: po czym poznasz, że coś w twoim życiu się zmieniło? Bez uważności, samoświadomości i refleksji trudno byłoby odpowiedzieć na to pytanie.

Jeżeli więc w procesie mentoringowym dzięki uważności łatwiej jest ocenić stan samoświadomości klienta/mentee oraz nakłonić go do podjęcia aktywności, to wydaje się, że jest to obszar, który sprawdzi się jako metoda działania również w terapii logopedycznej. Ta z założenia ma przecież przynieść zmianę, poprawę w komunikowaniu się pacjenta z otoczeniem, świadome kreowanie wypowiedzi i rozumienie ich. Autorzy książki *Mindfulness w 10 minut* zadają pytanie: „Czy można być obecnym w każdej chwili swojego życia? Otóż nie. Ale można praktykować mindfulness po to, by być bardziej obecnym” (Scott, Davenport, 2019, s. 14).

Ponadto w mentoringu odpowiedzialność za wynik jest jego istotą i leży bardziej po stronie mentee, zaś za przebieg procesu uczenia się odpowiada mentor. Analogicznie wygląda to w terapii. Tu też pacjent musi zadbać o osiągnięcie wyniku, ale za metodę pracy odpowiada już logopeda/terapeuta. By ćwiczenia przynosiły określone rezultaty, nasz pacjent musi się postarać, wysilić, skoncentrować na działaniu. Sądzę więc, że umiejętność skupiania się na sobie metodą mindfulness mogłaby być bardzo pomocną.

Warto w tym miejscu wymienić konkretne korzyści, jakie przynieść nam może wykształcenie nawyku uważności. We wspomnianej wyżej publikacji autorzy wymieniają ich kilka, dzieląc na trzy kategorie:

- 1) Poprawa samopoczucia fizycznego i psychicznego.
- 2) Osłabienie lub spowolnienie występowania objawów choroby fizycznej.
- 3) Zminimalizowanie częstotliwości i intensywności destrukcyjnych lub negatywnych emocji.

Następnie wyszczególniają korzyści, takie jak: uważność zmniejsza tendencję do snucia rozważań i nadmiernego rozmyślania, łagodzi niektóre rodzaje stresu, poprawia pamięć, koncentrację, wyniki, jest pomocna w reakcjach emocjonalnych, zwiększa elastyczność poznawczą, poprawia jakość relacji, zmniejsza odczuwalny lęk, sprawia, że lepiej śpimy, pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne, pomaga uśmierzyć ból.

Świadomie wykreowana uważność może stać się trwałą cechą, powstałą na skutek długofalowych zmian, jakie zachodzą w funkcjonowaniu i strukturze mózgu (Scott, Davenport, 2019, s. 22-25). Jeśli więc – jak twierdzą autorzy publikacji – praktykowanie uważności na nowo kształtuje umysł, to jest to metoda, którą – uważam – warto zastosować również w terapii logopedycznej.

## 5. Model „GROW”

Jednym z chętniej wykorzystywanych przez coachów i mentorów narzędzi do realizacji celów jest model „GROW”. Twórcą tego modelu jest sir J. Whitmore, który przedstawił to narzędzie w książce *Coaching for Performance*. Nazwa modelu pochodzi od pierwszych liter angielskich słów i wskazuje na cztery obszary:

- G** (goal) – cel
- R** (reality) – rzeczywistość
- O** (options) – opcje
- W** (will) – wola

Technika ta opiera się na tzw. silnych pytaniach coachingowych, zadawanych przez coacha/mentora. Kluczem do sukcesu klienta jest udzielenie odpowiedzi na pytania odpowiednio dobierane w trakcie procesu. Metodę tę często stosuje się na pierwszych sesjach coachingu czy mentoringu, by ustalić konkretny kierunek rozwoju i wsparcia klienta ([www.annadobosz.pl/model-grow-coaching](http://www.annadobosz.pl/model-grow-coaching), dostęp: 13.07.2021).

Wyjaśnię zatem założenia poszczególnych etapów modelu, który może być pomocny logopedom w pracy z dorosłym pacjentem w momencie ustalania celu terapii i wyboru ścieżki rozwoju, szczególnie w przypadku działań w obszarze logopedii medialnej czy artystycznej. **Cel** (goal) – to wizja tego, do czego zmierza oraz co chciałby osiągnąć podopieczny. Warto przedyskutować to z klientem/pacjentem, by móc dobrać odpowiednie metody i narzędzia pracy. Przydatne mogą się okazać pytania: Co chciałbyś osiągnąć? Czy jesteś w stanie osiągnąć cel? Na czym najbardziej Ci zależy? Po czym poznasz, że cel został osiągnięty? J. Whitmore (2011, s. 77-78) sugeruje ponadto, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z modelem „SMART”:

- **Specific** – dobrze sprecyzowany
- **Measurable** – mierzalny
- **Achivable** – możliwy do osiągnięcia
- **Relevant** – istotny, ważny
- **Time-bounded** – ograniczony czasowo

**Rzeczywistość** (reality) – to aktualna sytuacja, w jakiej znajduje się podopieczny, moment w rozwoju, świadomość miejsca, w którym się jest. Pytania, które mogą pomóc w nakreśleniu tej rzeczywistości, to: Jak możesz opisać/scharakteryzować obecną sytuację? Co zrobiłeś do tej pory, by osiągnąć cel? Jak się czujesz w tej sytuacji? Co to dla Ciebie oznacza? Co warto zmienić? Dobrze poprowadzona rozmowa o aktualnej sytuacji pokazuje podopiecznemu jego mocne i słabe strony (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 32).

**Opcje** (option) – to próba odpowiedzi na pytanie, jakie działania można podjąć, by osiągnąć cel. M. Sidor-Rządkowska nazywa to *przełknięciem możliwości działania*, które sprawią, że osiągnięcie celu stanie się realne (2014, s. 32). I nie chodzi tu o to, by znaleźć jedyną słuszną odpowiedź, ale by wygenerować tyle możliwości, ile się da. „Liczba możliwości jest na tym etapie ważniejsza niż jakość oraz wykonalność każdej z nich” (Whitmore, 2011, s. 98). Pytania, które warto zadać na tym etapie, brzmią: Co jeszcze można zrobić? Jakie działania są możliwe? Jakie są zalety i wady każdej z opcji? Jaką opcję byś wybrał, gdybyś dysponował nieograniczonym czasem i budżetem? Co by się stało, gdybyś nie podjął żadnych działań? (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 33).

**Wola** (will) – to ustalenie planu działania, koncentracja na rzeczywistej woli dokonania zmian. Długofalowym zadaniem mentora jest tu wzmacnianie motywacji klienta, a przykładowe pytania brzmią: Od czego zaczniesz? Co możesz zrobić już teraz? Kiedy zamierzasz zacząć? Jaki będzie kolejny krok? Co może Cię zatrzymać podczas drogi do celu? Jakiej pomocy potrzebujesz? Kto może Ci w tym pomóc? (Ibidem, s. 33).

Ustalenie wspólnego celu, czyli wizja przyszłości, uświadomienie sobie, w jakim momencie rozwoju znajduje się dana osoba, ustalenie możliwości oraz nakreślenie planu działania to plan, który również doskonale sprawdzi się w pracy logopedycznej z pacjentem dorosłym. To popularne narzędzie mentoringowe i coachingowe, jakim jest Model „GROW”, może być inspiracją lub uzupełnieniem dotychczasowych metod wykorzystywanych przez logopedów.

## 6. Metoda „kaizen”

Konsekwentne i nieustannie ćwiczenia, ciągle doskonalenie się, żmudne powtarzanie, aż do osiągnięcia celu, to coś, z czym mierzy się wielu pacjentów w gabinetach logopedycznych. Terapeuci szukają dla nich wciąż nowych rozwiązań, zastanawiając się, jak pomóc tym, których mowa rozpadła się w wyniku choroby czy uszkodzenia struktur mózgowych odpowiedzialnych za nadawanie i odbieranie mowy. Często, oprócz problemów natury medycznej, pojawiają się te związane z psychiką, jak stany załamania, zwątpienia, rezygnacji. W tym przypadku warto sięgnąć po starą japońską praktykę „małych kroków”, oznaczającą ciągle doskonalenie się przez wprowadzanie drobnych zmian, którą współcześnie znamy jako metodę „kaizen”.

Podczas pracy coachingowej z klientami często stosuję metodę małych kroków, m.in. pytając: „jaki możesz zrobić pierwszy, drobny krok, który przybliży Cię do Twojego celu?”. Warto zastanowić się nad najmniejszym działaniem, które przybliży Cię – nawet tylko odrobinę – do tego, co chcesz osiągnąć. Według kaizen nie jest ważne, jak szybko robisz postępy i czy efekty są idealne; ważne jest, że nie stoisz w miejscu i ruszyłeś/ruszyłaś do działania. Dzięki tej metodzie, bez wprowadzania rewolucyjnych zmian, krok po kroku możesz dotrzeć do tego, czego pragniesz i o czym marzysz (Gilarska, 2021, [zmianywzyciu.pl](http://zmianywzyciu.pl), dostęp: 01.07.2021).

Małe kroki, czyli działania, które skupiają się na pokonywaniu bardzo powoli kolejnych etapów, nie wymagają wielkich nakładów czasu ani pieniędzy, a pozwalają mózgowi na wytworzenie nowych, trwałych nawyków. Ponadto, jak pisze B. Gilarska, wyłączają reakcję lękową mózgu i stymulują racjonalne myślenie oraz kreatywność. Podejmowanie małych działań w codziennym życiu pomaga ominąć przeszkody, które wcześniej powodowały porażki.

Na przykład jeśli chcesz wstawać godzinę wcześniej (przestawienie budzika o całą godzinę na Ciebie nie działa), nastawiaj codziennie budzik o 2 minuty wcześniej – po miesiącu będziesz wstawać godzinę wcześniej i w ogóle tego nie odczujesz. Jak widzisz, strategia podejmowania małych działań jest prosta, niezwykle efektywna i może przyczynić się do większej zmiany (Gilarska, 2021).

Warto jednak zadać sobie pytanie, czy na pewno chcemy wprowadzenia tych zmian, gdyż to może się wiązać z utratą czegoś innego. Podstawą jakiegokolwiek działania jest więc pytanie, czy jesteśmy na to gotowi? M. Stankiewicz, psycholog, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny, zauważa, że czasami sami spostrzegamy, iż jakaś cecha naszego charakteru przeszkadza nam w realizacji zamierzonych planów, a czasem dostajemy taką informację zwrotną od innych ludzi, którzy to zauważają. „Ważne jest, żeby przekonanie o chęci zmiany ostatecznie wyszło od Ciebie, a nie było narzucone z zewnątrz, oraz dotyczyło dokładnie określonych zachowań” (Stankiewicz, <https://centrum-poznawcze.pl>, dostęp: 01.07.2021). I tu znów wracamy do pytań np.: Czy naprawdę chcesz zrobić coś dla siebie? Dlaczego chcesz to zrobić? Co lub kto jest Ci do tego potrzebny? Co dzięki temu zyskujesz? „Czy perspektywa zachowywania się w nowy sposób na przestrzeni lat jest bardziej kusząca niż stare przyzwyczajenia? Podsumuj bilans kosztów i strat oraz wyciągnij wnioski – powinny pomóc Ci w zaangażowaniu się w działanie” – pisze M. Stankiewicz (Ibidem).

Zdarza się, że ludzie, którzy stosują metodę małych kroków, z czasem zaczynają pożądać nowych zachowań, a wręcz uzależniają się od regularnego ruchu, medytacji czy zdrowego jedzenia. Ostatecznie osiągają cel bez wielkiego wysiłku. Jak to się dzieje? R. Maurer w książce *Filozofia kaizen* pisze, że „strategia kaizen skutecznie tworzy nowe połączenia w mózgu (...). Jak powiedział jeden z klientów: Kroki były tak małe, że nie mogło mi się nie powieść” (Maurer, 2004, s. 22). Maurer, podobnie jak Gilarska, podkreśla, że kaizen wyłącza lękową reakcję mózgu oraz stymuluje racjonalne myślenie i twórcze podejście, co również bardzo pomaga w utrzymaniu konsekwencji działań (Ibidem, s. 25). Stosując zatem metodę kaizen, w wielu przypadkach coś, co początkowo wydawało się niemożliwe do osiągnięcia, z czasem, w sposób prawie niezauważalny, staje się faktem. Warto zatem sięgać po takie metody w sytuacji, kiedy inne nie działają albo ich działanie jest minimalne.

### **Podsumowanie**

Mnogość i różnorodność metod oraz narzędzi mentoringowych daje spore możliwości terapeutom mowy. Nawet jeśli są to narzędzia niewykorzystywane dotychczas w dziedzinie logopedii, nie znaczy to, że nie mogą się one w niej sprawdzić. Co więcej, myślę, że skoro podkreślamy od lat interdyscyplinarność logopedii, która czerpie choćby z psychologii, medycyny, pedagogiki czy psychiatrii, to równie dobrze może sięgać po rozwiązanie, jakie daje nam mentoring, o ile tylko specjaliści ci zechcą rozwinąć swoje kompetencje, również o te mentorskie.

W literaturze przedmiotu pojawiają się sugestie, by sięgać po metody psychologiczne, pedagogiczne czy też medyczne, które mogą wspomóc terapię logopedyczną. Wśród tych najpopularniejszych, zaczerpniętych z pedagogiki, wymienia się choćby: metodę dobrego startu, mówienie rytmiczne i ćwiczenia rytmizujące czy ćwiczenia słuchu muzycznego. Wśród metod psychologicznych pojawiają się techniki relaksacyjne, hipnoterapia i psychodrama. Z metod medycznych logopedzi sięgają z kolei po farmakoterapię, fizykoterapię, laseroterapię, akupunkturę czy akupresurę. Wymienione metody dotyczą jednak przede wszystkim obszarów związanych z pracą z ciałem czy wpływaniem na funkcjonowanie organizmu; uzupełnieniem mogą być natomiast metody, które zajmują się obszarem psychiki człowieka, sposobu myślenia czy kształtowania osobowości. Akceptacja siebie, umiejętność dostrzegania swoich atutów czy zmiana destrukcyjnego myślenia to równie ważne aspekty logopedycznej pracy z pacjentem. Do ćwiczeń sprawności aparatu mowy, kształcenia funkcji językowych czy pamięci mięśniowej warto dołączyć choćby trening uważności, pogłębiony wywiad doprecyzowujący faktyczny cel, nad którym chce pracować pacjent czy zastosować metodę kaizen, by zmiana nastąpiła mniej boleśnie i naturalnie.

Wszystkie opisane metody oraz narzędzia mentoringowe mają na tyle uniwersalne zastosowanie, że mogą być śmiało wykorzystywane przez logopedów w pracy z dorosłym pacjentem, do czego też zachęcam.

## Bibliografia

- Baczała, J., Błeszyński, J. (2014). *Terapia Logopedyczna*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK.
- Clutterbuck, D. (2002). *Każdy potrzebuje mentora. Jak kierować talentami?* Warszawa: Wydawnictwo Petit.
- Dobosz, A. (2021). [www.annadobosz.pl](http://www.annadobosz.pl)
- Gilarska, B. (2021). *Kaizen małymi krokami*. Pobrane z: <https://zmianywzyciu.pl/kaizen-malymi-krokami-do-zmian-527>.
- Grabias, S. (2012a). O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki* (s. 56-69). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Grabias, S. (2014). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 16-71). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Hartman, E., Batosiewicz, U. (2012). Interdyscyplinarność logopedii – szkoła wrocławska. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki* (s. 48-53). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Jastrzębowska, G., Pelc-Pękala, O. (2003). Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2 (s. 309-345). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Krupska, M. *Metoda małych kroków*. Pobrane z: <https://mumassist.pl/metoda-malych-krokow/>.
- Maurer, R. (2004). *Filozofia kaizen*. Gliwice: Wydawnictwo HELION.
- Megginson, D., Clutterbuck, D., Garvey, B., Stokes, P., Garret-Harris, R. (2008). *Mentoring w działaniu. Przewodnik praktyczny*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Niedzieski, D. [neuro4coaching.wordpress.com](http://neuro4coaching.wordpress.com).
- Niedzieski, D. *O uważności – Neuro Coaching czyli Coaching z mózgiem w tle*. Pobrane z: <https://pl.linkedin.com/pulse/20140818191704-639322-neuro-coaching-czyli-coaching-z-m%C3%B3zgiem-w-tle-o-uwa%C5%BCno%C5%9Bci>.
- Oleksyn, T. (2011). *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Pagnini, F., Phillips, D. (2015). Being mindful about mindfulness. *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 288-289.
- Scott, S.J., Davenport, B. (2019). *Mindfulness w 10 minut*. Gliwice: Wydawnictwo HELION
- Sidor-Rządkowska, M. (2014). *Mentoring. Teoria, praktyka, studia przypadków*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska
- Stankiewicz, M. [www.centrum-poznawcze.pl](http://www.centrum-poznawcze.pl); <https://centrum-poznawcze.pl/droga-do-zmiany-krok-po-kroku-2/>.
- Whitmore, J. (2011). *Coaching: trening efektywności: rozwój ludzkiego potencjału w oparciu o model GROW*. Warszawa: G+J Gruner+Jahr Polska.
- <https://neuro4coaching.wordpress.com/2015/04/02/wstep-model-doswiadczen-spoecznych-brain5p/>.
- [https://pl.wikipedia.org/wiki/Medytacja\\_mindfulness](https://pl.wikipedia.org/wiki/Medytacja_mindfulness).
- <https://pl.wikipedia.org/wiki/Mentoring>.
- <https://www.annadobosz.pl/model-grow-coaching/>.
- <https://www.promentor.pl/czym-jest-mentoring/>.
- [www.promentor.pl](http://www.promentor.pl).



**Damian ZELEK**

Instytut Pedagogiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu

## **WYKORZYSTANIE NOWOCZESNYCH TECHNOLOGII W METODACH AAC W PRACY Z DZIEĆMI Z AUTYZMEM<sup>1</sup>**

### **Streszczenie**

W ostatnich latach w metodach AAC pojawiły się nowoczesne rozwiązania w postaci dedykowanego sprzętu i stosownego oprogramowania, przeznaczonego na konkretne urządzenia lub środki uniwersalne. Są to innowacyjne propozycje, które wyposażają użytkownika oraz specjalistę w znacznie większe możliwości w porównaniu do tradycyjnych rozwiązań. Przenośne środki z odpowiednim oprogramowaniem, dostosowane do nawet najbardziej wymagających użytkowników pod względem funkcjonalności oraz wytrzymałości, oferują coraz to ciekawsze i skuteczniejsze możliwości rozwiązywania problemów. Wyniki badań własnych prezentują aktualną sytuację związaną z wykorzystywaniem nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.

**Słowa kluczowe:** metody AAC, komunikacja alternatywna i wspomagająca, autyzm, dzieci z autyzmem, nowoczesne technologie, środki z zakresu nowoczesnych technologii, narzędzia z zakresu nowoczesnych technologii.

### **Summary**

In recent years, AAC methods have introduced modern solutions in the form of dedicated hardware and appropriate software, dedicated to specific devices or universal means. These are innovative proposals that provide the user and specialist with much greater possibilities compared to traditional solutions. Portable measures with appropriate software, adapted to even the most demanding users in terms of functionality and durability, offer more and more interesting and effective options for solving problems. The results of own research present the current situation related to the use of modern technologies in AAC methods in working with children with autism.

**Key words:** AAC methods, alternative and supportive communication, autism, children with autism, modern technologies, measures in the field of modern technologies, tools in the field of modern technologies.

### **Wstęp**

Wśród nas żyją ludzie, którzy z różnych powodów nie posiadli wystarczających sprawności lub nie mają prawidłowo funkcjonujących zmysłów, umożliwiających im komunikowanie się w sposób powszechnie zrozumiały. Mając na uwadze osoby, których dotyczą trudności w aspekcie porozumiewania się w sposób werbalny i niewerbalny, można wspomnieć o dzieciach z autyzmem. W pracy z nimi logopedzi, nauczyciele oraz terapeuci często wykorzystują alternatywne lub wspomagające metody komunikacji. Rozwój technologii umożliwił wzbogacenie sposobów ich stosowania o niedostępne dotąd możliwości.

---

<sup>1</sup> Artykuł powstał na podstawie pracy magisterskiej napisanej pod kierunkiem dr Marzeny Kielbasy w Instytucie Pedagogicznym PWSZ w Nowym Sączu w 2021 roku.

## 1. Autyzm a komunikacja

Pojęcie „autyzm” ma swoje korzenie w pracy lekarza psychiatrii L. Kanner. Po raz pierwszy użyto go w roku 1943, gdy L. Kanner przyjrzał się bliżej 5-letniemu chłopcu, który został przez niego opisany jako „żyjący we własnym świecie”. Ponadto opisywał wspomniane dziecko jako zachwycone swoją postawą, nieokazujące żadnych uczuć na widok swojej matki, ojca czy kolegi (Melillo, 2017).

Nieco inaczej omawiane zagadnienie przedstawia L. Bobkowicz-Lewartowska (2000). Tłumaczy ona pojęcie „autyzm” w oparciu o grecki tezaurus, który definiuje termin „autos” jako „sam”. Autorka wspomina, że po raz pierwszy pojęcie to zostało wykorzystane przez E. Bleulera w 1911 roku i było przez niego rozumiane jako „rozluźnienie dyscypliny myślenia logicznego” oraz traktowane jak jeden z objawów schizofrenii (za: Prokopiak, Palak, 2017).

Rzeczownik *communicatio* w oparciu o łaciński tezaurus oznacza doniesienie, użyczenie, rozmowę lub łączność, a pojęcie *communico* tłumaczy się jako łączę lub czynię wspólnym. Podłożem wyżej wymienionych leksemów jest czasownik *munio*, który oznacza wznoszę, muruję, czynię bezpiecznym. Łaciński leksykon wskazuje, że komunikacja nie jest postrzegana wyłącznie jako umiejętność porozumiewania się, lecz też jako akt tworzenia wspólnoty (Szafrńska, 2017).

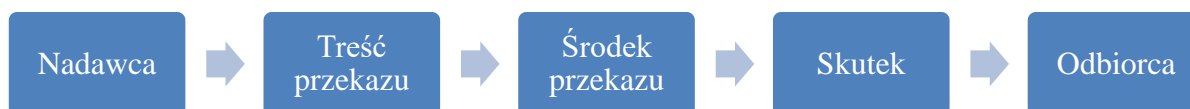
M. Grycman i B. Kaczmarek (2014) w zwięzły sposób wyjaśniają, że komunikacja to nadawanie oraz odbieranie, czyli nic innego jak wymiana informacji pomiędzy uczestnikami konwersacji. Wymieniają tutaj nadawcę i odbiorcę, którzy uczestniczą w akcie komunikacji bez względu na to, czy zastosowano werbalne lub niewerbalne środki przekazu informacji.



Schemat 1. Akt komunikacji między nadawcą a odbiorcą.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury.

Autorki pod pojęciem „komunikacja werbalna” rozumieją sposób porozumiewania, który realizowany jest przy pomocy słowa. Komunikację niewerbalną definiują jako sposób przekazu informacji za pośrednictwem wszelkiego rodzaju środków, które są niezwiązane ze słowem. Do tej grupy zaliczyć można mowę ciała, gesty, mimikę, kontakt wzrokowy, a także dźwięki paralingwistyczne, czyli westchnienia, śmiech (Grycman, Kaczmarek, 2014).

K. Szafrńska (2017) dodaje, że proces komunikacji ma charakter intencjonalny, który jest efektem tego, że nadawca posiada świadomość siły języka i jego możliwości w aspekcie przekazu informacji. Rzuca szersze światło na pojęcie i w porównaniu do M. Grycman oraz B.B. Kaczmarek wskazuje, że w akcie rozmowy funkcje nadawcy i odbiorcy są dwojakie. Szafrńska, powołując się na schemat, który został opracowany przez H. Lasswella, akcentuje rezultat komunikowania się, a także jego skutek, czyli efekty działania komunikacji.



Schemat 2. Schemat perswazyjny.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury.

Powyższy schemat można także przedstawić za pomocą zdania, które stanowi jego uzupełnienie: „Kto mówi, co, jakim środkiem, do kogo, z jakim skutkiem?” (Szafrńska, 2017).

## **2. Rozwój mowy dzieci z autyzmem**

M. Kopańska (2014), powołując się na badania E.M. Minczakiewicz, wspomina, że głuchzenie u dzieci z autyzmem pojawia się między 4. a 19. miesiącem życia. Zwraca uwagę, że rozpoczęcie omawianego etapu jest skorelowane z głębokością zaburzenia, które im głębsze, tym bardziej opóźnia jego występowanie. Gaworzenie występuje między 8. a 26. miesiącem życia lub nie występuje w ogóle.

W okresie melodii w przebiegu normatywnego rozwoju dziecka pojawia się echolalia, która przypada na 9. miesiąc życia i służy dziecku do nauki nowych słów. U dzieci z autyzmem występuje między 3. a 9. rokiem życia. Czasem pozostaje jedyną formą komunikacji. Autorzy definiują echolalię jako niezależne od woli, uporczywe powtarzanie usłyszanych w otoczeniu słów, zdań lub zwrotów, które jest zautomatyzowanym procesem i nie niesie ze sobą intencji komunikacyjnej. Powodem wystąpienia echolalii jest uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (Grycman, Kaczmarek, 2014; Kopańska, 2014).

E.M. Minczakiewicz (1996) zwraca uwagę że dzieci z autyzmem, będąc w okresie wyrazu, częściowo przejawiają umiejętność kojarzenia przedmiotu z jego werbalną reprezentacją. Znaczna część z nich nie nawiązuje kontaktu w żaden sposób, jednak czasami wydają dźwięki podobne do [pu – ii] (za: Kopańska, 2014).

Według tej badaczki tylko niektóre dzieci z autyzmem wkraczają w okres zdania, często ze znacznym, nawet kilkuletnim opóźnieniem. Trudno jednoznacznie określić, kiedy przekazywany im komunikat jest przez nie rozumiany. Badaczka stwierdza, że na przeszkodzie stoi fakt, że dzieci z autyzmem niejasno odczytywały kierowane przez nią komunikaty, o czym świadczą ich zróżnicowane reakcje. Ponadto dodaje, że tylko nieliczni z badanych reagowali na sygnały: zamknij drzwi, daj rękę. Cechą charakteryzującą mowę osób z autyzmem jest umiejętność cytowania długich tekstów, która wynika z występowania u nich doskonałej pamięci słuchowej (za: Kopańska, 2014).

Pośród dzieci, u których autyzm objawił się relatywnie wcześnie, nieprawidłowości rozwoju mowy mają miejsce już przed ukończeniem 1. roku życia. Bardzo często pierwsze słowa pojawiają się w okolicach 5. roku życia. Malcy, u których autyzm wystąpił ok. 1. roku życia, realizują poszczególne etapy rozwoju mowy, po czym w dalszym etapie rozwoju następuje u nich utrata wypracowanych umiejętności. Często kończy się to brakiem realizacji mowy. Dla dzieci z autyzmem wiek ok. 5. roku życia jest pewnym wyznacznikiem. Jeśli malec nie zacznie mówić w okolicach tego czasu, możliwości pojawienia się mowy stają się nikłe (Kopańska, 2014).

E.M. Minczakiewicz (1996) zwraca uwagę, że dzieci z autyzmem, które z głuchzenia przechodziły do echolalii, cechowały się brakiem gotowości emocjonalnej, będącej następstwem mocno rozwiniętej mowy wewnętrznej oraz przeciwnie do niej, czyli słabo rozwiniętej mowie zewnętrznej. Charakteryzował je także brak reakcji na polecenia, odroczone odpowiedzi na postawione im pytania oraz brak wspomagania się gestem w akcie mowy (za: Kopańska, 2014).

## **3. Metody komunikacji alternatywnej i wspomagającej stosowane w pracy z dziećmi z autyzmem**

Mowa jest podstawowym sposobem komunikowania się, który według naukowców uwarunkowany jest biologicznie oraz społecznie. W wyniku różnego rodzaju zaburzeń część społeczeństwa pozbawiona jest możliwości komunikacji za pomocą słów. Osoby niemogące się porozumiewać łączy jeden cel: znaleźć sposób, aby móc się komunikować (Jankosz, 2017).

Osoby pozbawione możliwości komunikacji za pomocą mowy mogą wykorzystywać zastępcze sposoby porozumiewania się. Ludzie, którzy nie wyrażają siebie za pomocą słów, weszli już do świata komunikacji, a wszystko to dzięki zastosowaniu zastępczych form

porozumiewania się. Dzięki rozwojowi nauki udało się osiągnąć różne zastępcze możliwości porozumiewania się. Określa się je jako komunikacja alternatywna i wspomagająca (Sieradzka-Baziur, 2013; za: Jankosz, 2017).

M. Grycman i B.B. Kaczmarek (2014) zauważają, że określenie „komunikacja alternatywna i wspomagająca” wywodzi się z angielskiego pojęcia *augmentative and alternative communication* (AAC). Termin ten zawiera w sobie różne sposoby dające możliwości komunikacyjne osobom, które posiadają zaburzoną zdolność porozumiewania się lub nie posiadają jej wcale. Obejmuje w sobie komunikację wspomagającą, która jest procesem ułatwiania porozumiewania się, nie zaś substytutem naturalnej mowy. Kryje ono w sobie wszelkie możliwe środki i kroki podejmowane, aby ułatwić użytkownikowi proces komunikowania się, tj. zastosowanie wspomagających komponentów. Wspomniana definicja zawiera w sobie również pojęcie „komunikacja alternatywna”, które oznacza możliwości porozumiewania się przy wykorzystaniu innych metod niż naturalna mowa lub pismo.

M. Jankosz (2017) zwraca uwagę, że komunikacja alternatywna pomaga ludziom, którzy w ogóle nie mają możliwości posługiwania się mową, czasem nawet jej rozumienia, za to komunikacja wspomagająca to sposób na wsparcie już istniejących sposobów porozumiewania się. AAC swoim zasięgiem obejmuje każde działanie, które ma na celu wsparcie osoby niemówiącej lub posługującej się mową w sposób ograniczony w procesie porozumiewania się. Substytutem wypowiedzianych zdań są znaki graficzne, czyli obrazki, piktogramy, symbole, znaki manualne, czyli gesty oraz znaki przestrzenno-dotykowe, czyli przedmioty. Dzięki temu działaniu osoby wykorzystujące AAC mają wpływ na otaczające je środowisko.

W zależności od możliwości dzieci z autyzmem i specyfiki środowiska, w którym żyje, do komunikacji wykorzystuje się: System Językowy Makaton, Picture Communication Symbols (PCS), piktogramy (Picture Ideogram Communication – PIC), System Blissa, fonogesty, gesty Coghano i protokół szkoleniowy PECS (Picture Exchange Communication System). Większość z wymienionych propozycji może być wspierana z wykorzystaniem nowoczesnej technologii.

#### **4. Nowoczesne technologie w metodach AAC**

Metody AAC stanowią wsparcie dla jednostek, które nie posiadają narzędzia, dzięki któremu mogłyby w swobodny sposób uczyć się, wyrażać swoje myśli, porozumiewać się z innymi, a co za tym idzie – wyrażać siebie i realizować swoje potrzeby. W takiej sytuacji z pomocą przychodzą metody komunikacji alternatywnej i wspomagającej.

Dzięki rozwojowi nowoczesnych technologii zaistniała możliwość rozbudowy standardowych metod AAC. Przeniesiono je na nowy grunt – informatyczny, a następnie stworzono zupełnie nowe ścieżki możliwości dla osób wykorzystujących takie sposoby porozumiewania się. To nowe rozwiązanie, które zmienia dotychczas panujące zastosowanie strategii komunikacyjnych z wykorzystaniem metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Nowoczesne technologie stanowią powiew świeżości, bez wątpienia wnosząc nowe, lepsze możliwości. Należy sobie uświadomić, że takie działanie równocześnie niesie ze sobą nie tylko nowe rozwiązania, ale rodzi dylematy, które już sobie uświadomiliśmy bądź uzmysłowimy w przyszłości. Jest to świeży grunt, który stanowi pole do manewru dla badaczy.

Mając na uwadze nowoczesne technologie w metodach AAC, anglojęzyczni autorzy wspominają o mobilnych technologiach w AAC. W skład wspomnianej grupy zaliczają protezy mowy, ale zwracają uwagę, że oprócz tego mogą one pełnić rolę urządzeń wielofunkcyjnych, umożliwiających dostęp do Internetu, edukacji, portali społecznościowych, gier, rozrywki czy

informacji. Autorzy zauważają, że mobilne technologie umożliwiają większy dostęp do informacji i oferują możliwość szerszej funkcjonalności w stosunku do tradycyjnych rozwiązań, w których nie wykorzystuje się urządzeń elektronicznych (Light, McNaughton, 2014).

Autorzy definiują nowoczesne technologie jako systemy wymiany informacji, które w budowie oparte są o elementy mikrokomputerowe, umożliwiające gromadzenie i wywoływanie informacji niezbędnych do budowania komunikatów. Ponadto są postrzegane jako elektroniczne przyrządy, wykorzystujące komputerowy czip, dzięki któremu możliwe jest wytwarzanie mowy lub druku (Lloyd, Quist, Windsor, 1990; Glennen, DeCoste, 1997; za: Grycman, Kaczmarek, 2014).

Na potrzebę niniejszej pracy stworzono bardziej przystępną, roboczą definicję nowoczesnych technologii w metodach AAC: środki elektroniczne, na które składają się sprzęt techniczny, czyli komputery, tablety itp., na których instalowane są narzędzia z zakresu nowoczesnych technologii, czyli oprogramowanie, służące do realizacji procesu komunikacji w sposób zastępczy bądź wspomagający.

Możliwości wykorzystania nowoczesnych technologii w komunikacji alternatywnej oraz wspomagającej można zaprezentować w odniesieniu do dwóch elementów: środków sprzętowych oraz środków programowych. Posiadają one wspólną cechę, osobliwy przekaz informacji, który jest typowy dla AAC i charakteryzuje się wykorzystaniem znaków oraz symboli dźwiękowych, przestrzenno-dotykowych, manualnych, graficznych (Zielińska, 2014a).

Wysokie technologie w metodach AAC są płaszczyzną, która łączy pracę pedagogów, logopedów i terapeutów z pracą informatyków. Omawiana perspektywa pozwala zastosować nowoczesną technologię w nowych obszarach. Sektor nowoczesnych technologii stwarza zupełnie nowe możliwości dla osób niepełnosprawnych, daje im rozwiązania, które wcześniej nie były im dostępne w takiej formie. Całość działań, bez wątplenia, budzi głęboką refleksję.

Wśród nowoczesnej technologii wyróżnia się sprzęt komputerowy, do którego zaliczyć można m.in. na sprzęt informatyczny, który stanowi takie elementy, jak komputery, tablety oraz przystawki, którymi można wzbogacić wyżej wymienione środki. Wraz z dołączaniem kolejnych elementów zestawu komputerowego rozszerza się jego funkcjonalność. Następnym elementem jest oprogramowanie specjalistyczne, czyli narzędzia, które mogą być zainstalowane na komputerze, tablecie itp. Oprogramowanie zostało przygotowane, mając na uwadze wspieranie aktu komunikacji alternatywnej w trzech obszarach: porozumiewanie się użytkownika z komputerem, ludzi między sobą i wspomaganie rehabilitacji oraz edukacji (Zielińska, 2014a).

#### **4.1. Środki z zakresu wysokich technologii, wykorzystywane w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem**

Spośród środków z zakresu nowoczesnych technologii wyodrębnić można urządzenie dedykowane AAC, czyli sprzęty zaawansowane pod względem informatycznym, opracowane tylko do celów komunikacji bezpośredniej i jako instrumentarium metod AAC. Środki dedykowane mogą być wykonane w sposób ograniczony i korzystać wyłącznie z przeznaczonego do nich oprogramowania, co znacznie umniejsza ich wszechstronność użytkowania. Dodatkowo wyodrębnia się urządzenia niededykowane AAC, na które składa się sprzęt z zakresu nowoczesnych technologii, np. tablet bądź komputer, zbudowane w taki sposób, aby nie ograniczać ich tylko do celów komunikacyjnych lub jako instrumentarium AAC. Sprzęt ten może zostać przygotowany do pełnienia funkcji narzędzia metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej, dzięki wgraniu odpowiedniego oprogramowania. Sposób wykonania niededykowanych środków z zakresu nowoczesnych technologii pozwala na ich szersze wykorzystanie (Grycman, Kaczmarek, 2014).

Poniżej zaprezentowano wybrane środki z zakresu wysokich technologii, wykorzystywane w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.

### **GoTalk**

GoTalk jest urządzeniem, które umożliwia porozumiewanie się przy wykorzystaniu odtwarzania określonej liczby komunikatów w oparciu o pięć poziomów nagrywania (Grycman, Kaczmarek, 2014).

Jest to urządzenie przeznaczone do ułatwiania komunikacji dzieciom z autyzmem, dzięki któremu można nagrać dziesięciosekundowe komunikaty i umieścić je pod każdym z dostępnych przycisków. Gdy dziecko dotyka konkretnego guzika, odtworzone zostaje przypisane mu nagranie głosowe. Nagrania można kasować oraz przypisywać wedle uznania. Dostępna jest także możliwość regulacji głośności. Odtwarzane nagrania charakteryzują się wysoką jakością dźwięku. Na panelu przednim dostępne są przyciski, którym można przypisać konkretne komunikaty głosowe, a kolejno opatrzyć je odpowiednimi obrazkami, piktogramami z zakresu metod AAC. Pięć poziomów nagrywania pozwala stosować przypisane im wymienne, papierowe nakładki komunikacyjne, które zawierają symbole w zależności od potrzeb użytkownika. Działanie znacząco rozszerza możliwości wykorzystywania urządzenia ([www.attainmentcompany.com/gotalk-9](http://www.attainmentcompany.com/gotalk-9), dostęp: 04.01.2021).



*Rysunek 1.* Urządzenie z grupy GoTalk z zainstalowaną papierową nakładką z symbolami AAC.  
Źródło: [www.attainmentcompany.com/gotalk-9](http://www.attainmentcompany.com/gotalk-9) (dostęp: 04.01.2021).

### **Indi™, Indi 7**

Środki z grupy Indi to urządzenia z subtelnym dotykowym panelem, które służą do wspomagania komunikacji m.in. dzieci z autyzmem. Indi™ to zestawienie tabletu z systemem Windows 10 Pro, co klasyfikuje sprzęt w grupie niededykowanych urządzeń AAC, ponieważ możliwe jest zainstalowanie na nim dowolnego narzędzia z zakresu nowoczesnych technologii. Indi 7 wchodzi w skład dedykowanych urządzeń AAC, gdyż niemożliwe jest instalowanie na nim innego niż przewidziane przez producenta dedykowane mu oprogramowanie. Tablety wyposażone są w dodatkowe głośniki i moduł podczerwieni do sterowania innymi urządzeniami. Ponadto sprzęt może być kontrolowany nie tylko przy pomocy dotykowego panelu, ale urządzeń alternatywnych, dzięki wyposażeniu w dodatkowe porty, które umożliwiają ich podłączenie ([www.tobiidynavox.com/devices/multi-access-devices/indi/](http://www.tobiidynavox.com/devices/multi-access-devices/indi/), dostęp: 04.01.2021).

Całokształt funkcji czyni Indi, w zależności od modelu, wielofunkcyjnym instrumentem, dzięki któremu użytkownik ma możliwość komunikowania się z otoczeniem oraz sterowania innymi urządzeniami za pośrednictwem modułu podczerwieni. Jednostka, w zależności od posiadanego oprogramowania, nie jest ograniczana, ma sposobność instalowania mnóstwa programów, które umożliwiają kontakt z innymi za pośrednictwem mediów społecznościowych. Zakres wykorzystania urządzenia rozszerza się dzięki dodatkowym portom, które umożliwiają podłączanie alternatywnych modułów sterowania.



Rysunek 2. Urządzenie z grupy Indi z przykładową tablicą komunikacyjną.  
Źródło: [www.tobiidynavox.com/devices/multi-access-devices/indi/](http://www.tobiidynavox.com/devices/multi-access-devices/indi/) (dostęp: 05.01.2021).

### ProxTalker

Jest to sprzęt przeznaczony do umożliwienia komunikacji, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci z autyzmem. ProxTalker jest urządzeniem nieco odmiennym od reszty zaawansowanych środków z zakresu wysokich technologii. Jedną z jego cech jest możliwość przypisania komunikatu głosowego każdej spośród 100 etykiet, które dostępne są w pakiecie. Etykiety należy opatrzyć odpowiednim symbolem z zakresu metod AAC, a kolejno nagrać do nich adekwatny komunikat głosowy poprzez wykonanie odpowiedniej sekwencji czynności programujących. Od frontu urządzenie posiada pięć pól, na których można układać zaprogramowane etykiety z naklejonymi na nie np. piktogramami bądź symbolami PCS. Takie rozwiązanie sprawia, że użytkownik ProxTalker, przy wykorzystaniu wszystkich dostępnych pól, jest w stanie budować i odtwarzać całe zdania ([www.logantech.com/products/proxtalker](http://www.logantech.com/products/proxtalker), dostęp: 07.01.2021).

Komunikator pozwala na odtwarzanie ośmiosekundowych wypowiedzi dla pojedynczej etykiety, które zawsze można skasować i programować na nowo. Wypowiedzenia, które są przydzielone do odpowiednich etykiet, można docześcić na przeznaczonych do tego celu stron. Dzięki takiemu działaniu powstaje książka komunikacyjna z łatwym dostępem do zasobu symboli z zakresu metod AAC ([www.arante.pl/proxtalker.html](http://www.arante.pl/proxtalker.html), dostęp: 07.01.2021).

Zaletą urządzenia jest zastosowanie etykiet, które mogą zostać opatrzone dowolnym obrazkiem oraz adekwatnym do tego komunikatem głosowym z zakresu wybranej metody AAC, co sprawia, że sprzęt może mieć nieograniczone zastosowanie. ProxTalker może być bardzo pomocny w przypadku komunikowania się z odbiorcami nieznającymi konkretnej metody AAC bądź pisma. Użytkownik buduje komunikat, który jest następnie odczytywany przez urządzenie, pod warunkiem przycisnięcia pól komunikatora w odpowiedniej kolejności.



Rysunek 3. Urządzenie ProxTalker.  
Źródło: [www.logantech.com/products/proxtalker](http://www.logantech.com/products/proxtalker) (dostęp: 07.01.2021).

## ProxPAD

Jest to sprzęt, który umożliwia dzieciom z autyzmem porozumiewanie się z otoczeniem. ProxPAD, podobnie jak ProxTalker, pozwala na przypisanie komunikatu głosowego do specjalnej etykiety, jednak w jego przypadku mamy do czynienia nie z pięcioma małymi, lecz pojedynczym, dużym niebieskim polem. Przeciągnięcie etykiety wzdłuż niebieskiego pola skutkuje odtworzeniem, nagranej wcześniej, kompozycji dźwiękowej ([www.logantech.com/products/proxpad-deluxe-with-50-tangible-object-cards](http://www.logantech.com/products/proxpad-deluxe-with-50-tangible-object-cards), dostęp: 08.01.2021).

ProxPAD reaguje nie tylko na przeciągnięcie etykiety, lecz także bezpośrednie naciśnięcie niebieskiego pola interakcji. Działanie zależy od tego, jaką opcję wybierze użytkownik. Dzięki ustawieniu suwaka w pozycji „Proximity” wystarczy samo zbliżenie etykiety do niebieskiego pola, żeby móc usłyszeć reakcji urządzenia. Aby urządzenie odtworzyło nagrany komunikat, w pozycji „Touch” na suwaku, konieczne jest dodatkowe naciśnięcie niebieskiej strefy. Możliwość bezdotykowej aktywacji urządzenia pozwala na jego montowanie np. pod stołem lub deską wózka inwalidzkiego, co znacznie zwiększa możliwości jego wykorzystania ([www.logantech.com/products/proxpad-deluxe-with-50-tangible-object-cards](http://www.logantech.com/products/proxpad-deluxe-with-50-tangible-object-cards), dostęp: 08.01.2021).

Urządzenie charakteryzuje się prostotą działania. Zapoznanie się z jego obsługą nie powinno stanowić trudności. W porównaniu z innym sprzętem z zakresu nowoczesnych technologii w metodach AAC, ProxPAD bez wątpienia jest godny uwagi ze względu na prostotę obsługi, co może przełożyć się na szybszą efektywność prowadzonej terapii. Niebieskie pole, które po przesunięciu na nie stosownej etykiety aktywuje odtworzenie komunikatu głosowego, jest obszerne i czułe, co pozwala na możliwość pracy przy nieskoordynowanych ruchach użytkownika.



Rysunek 4. Urządzenie ProxPAD.

Źródło: [www.logantech.com/products/proxpad-deluxe-with-50-tangible-object-cards](http://www.logantech.com/products/proxpad-deluxe-with-50-tangible-object-cards) (dostęp: 08.01.2021).

## TalkTrack

Omawiany środek to niewielki mobilny komunikator, który zakłada się na nadgarstek. TalkTrac pozwala zaprogramować i odtworzyć po cztery komunikaty głosowe, na każdy z dwóch poziomów. Urządzenie posiada cztery przyciski, które po naciśnięciu wywołują przypisane im wypowiedzi. Jest dedykowany dla dzieci z autyzmem, wzmacnia ich pewność siebie. Sprzęt nosi się na nadgarstku, więc został wyposażony w specjalną powłokę, która chroni go przed wilgocią, dzięki czemu wydłuża się jego żywotność. TalkTrac posiada doskonałą jakość dźwięku oraz dwa poziomy głośności, co przenosi się na możliwość dopasowania go do preferencji użytkownika, a zarazem wzbogaca funkcjonalność komunikatora. Producent udziela dostępu do programu umożliwiającego przygotowywanie nakładek z zakresu metod AAC, które służą do graficznego opisu nagranych na urządzenie komunikatów ([www.ablenetinc.com/talktrac-wearable-communicator](http://www.ablenetinc.com/talktrac-wearable-communicator), dostęp: 14.01.2021).

TalkTrac to mobilny, poręczny sprzęt, który swoim gabarytem przypomina zwykły zegarek. Jest to urządzenie, które pozwala, aby wykorzystujące go dzieci z autyzmem poczuły, że nawet tak mały środek może wzbudzić w nich poczucie sprawstwa, dzięki możliwości odtwarzania komunikatu, którym mogą wpłynąć na otoczenie.





Rysunek 5. Urządzenie TalkTrac.

Źródło: [www.ablenetinc.com/talktrac-wearable-communicator](http://www.ablenetinc.com/talktrac-wearable-communicator) (dostęp: 14.01.2021).

#### **4.2. Narzędzia z zakresu wysokich technologii w metodach, wykorzystywane w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem**

Specjalistyczne oprogramowanie, zaprojektowane w celu umożliwienia bądź ułatwienia komunikacji m.in. dzieciom z autyzmem, zainstalowane na odpowiednim sprzęcie, odnosi się do dwóch płaszczyzn interakcji. Pierwszą z nich jest komunikacja użytkownika z komputerem. Kolejną stanowi komunikacja między użytkownikiem a otoczeniem, która może wystąpić tylko przy zaistnieniu wcześniej wymienionej, gdyż warunkiem prawidłowego procesu komunikacji jest wcześniejsze opanowanie umiejętności wykorzystania narzędzi z zakresu nowoczesnej technologii. Oprogramowanie komputerowe, wykorzystywane w komunikacji alternatywnej oraz wspomagającej znacząco zwiększa skuteczności przekazywanych informacji. Narzędzia sprawiają, że metody w nich zawarte są znacznie przystępniejsze dla użytkownika systemu w porównaniu do ich standardowych reprezentacji (Zielińska, 2014a).

Oprogramowanie komputerowe stanowi kooperację pracy inżynierów informatycznych oraz specjalistów z zakresu komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Takie połączenie pozwoliło na przeniesienie standardowych metod komunikacji AAC w świat wysokich technologii. To nowy rejon, który wymaga wielu specjalistycznych wystandaryzowanych badań, aby odkryć wszystkie jego zalety i możliwości. Już dziś nowoczesne narzędzia dostępne są dla większości użytkowników metod AAC w ich nieinformatycznej reprezentacji. Niewątpliwą zaletą narzędzi z zakresu nowoczesnej technologii jest to, że w większości bazują one na standardowych metodach AAC. Kiedy użytkownik wykorzystujący standardowe metody zechce wdrożyć się w wykorzystanie ich przy użyciu nowoczesnej technologii, nic nie stoi na przeszkodzie, aby zacząć, tym bardziej, że będzie posiadał odpowiednią wiedzę merytoryczną. Niektóre z metod zostały w pewien sposób przeniesione w świat wirtualny.

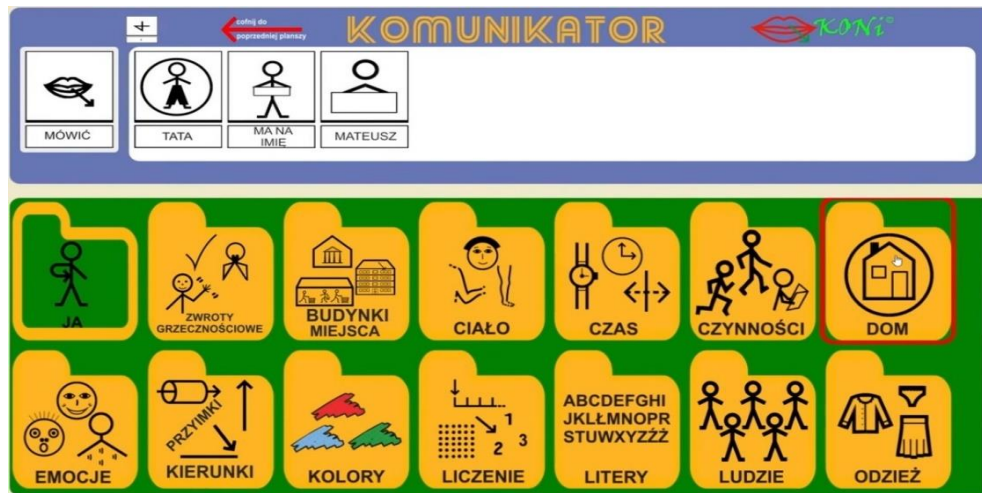
Poniżej zaprezentowane zostaną wybrane narzędzia z zakresu nowoczesnych technologii, które mogą być zastosowane w pracy z dziećmi z autyzmem.

#### **Koni 3.0**

Jest to narzędzie umożliwiające użytkownikom werbalne porozumiewanie się przy wykorzystaniu symboli Systemu Makaton, których znaczenie odczytywane jest przez syntezytor mowy. Program Koni może być wykorzystywany jako pomoc, która wdraża użytkownika w znajomość zasad gramatyki języka polskiego, ponieważ daje możliwość budowania zdań w oparciu o zasób dostępnych symboli. System zawiera ich ok. 5 000, a zostały one podzielone według tematyki m.in. na osoby, miejsca, czynności, budynki i miejsca, ciało, czas, liczby, emocje. Całość pozwala budować wypowiedzi w dowolnej formie gramatycznej, która uzależniona jest od kontekstu zdania. Program posiada charakter fleksyjno-lingwistyczny i w efekcie nie daje możliwości załączania własnych znaków, jednakże stanowi w pełni wystarczające narzędzie

do konstruowania wyraźnych komunikatów. Koni dostępne jest w dwóch wariantach: z głosem damskim bądź męskim. Program współpracuje z systemami operacyjnymi, takim jak: Windows dla komputerów lub Android dla tabletów (<https://makaton.pl/cba/index.php?komunikator,83>, dostęp: 25.01.2021).

Zaletą programu jest jego przejrzystość i organizacja symboli, które posegregowane są w stosowne foldery. Użytkownik może w łatwy i szybki sposób dobierać odpowiednie znaki, bez konieczności przewijania mnóstwa obrazków w celu znalezienia tego właściwego. Wbudowany syntezytor mowy stanowi kwintesencję Koni, umożliwia werbalną realizację wybranego układu znaków co sprawia, że narzędzie może stanowić wygodny substytut mowy.



Rysunek 6. Program Koni 3.0.

Źródło: <https://makaton.pl/cba/index.php?demo,90> (dostęp: 25.01.2021).

### Boardmaker, Boardmaker Speaking Dynamically Pro

Boardmaker to narzędzie przeznaczone do wspierania komunikacji osób mających trudności w aspekcie werbalnego porozumiewania się przez wykorzystywanie symboli graficznych. Stanowi system, który nie tylko wspiera komunikację, ale także rozwija naukę języka, czytania i pisanie. Program umożliwia budowanie nakładek, planów dnia itp. Narzędzie zawiera 4500 obrazków PCS w wersji czarno-białej oraz kolorowej oraz pozwala na dodawanie własnych i ich edycję. Każdy symbol można odpowiednio powiększyć lub pomniejszyć, dostosowując go do możliwości użytkownika. Znaki zostają opatrzone stosownym podpisem, który można zmodyfikować według uznania. Bogate funkcje programu pozwalają także na zmianę tła całości ([www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/boardmaker](http://www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/boardmaker), dostęp: 25.01.2021).

Program posiada możliwość budowania tablic komunikacyjnych lub wykorzystywania wgranych szablonów, które mogą być edytowane według uznania. Boardmaker jest tak skonfigurowany, aby umożliwić dodawanie dowolnej liczby rysunków wedle uznania, dzięki czemu umożliwia tworzenia dowolnie wyglądających tablic komunikacyjnych (Grycman, Kaczmarek, 2014).

Rysunek 7 prezentuje przykładową nakładkę do urządzenia GoTalk 9, wykonaną w oparciu o symbole PCS w programie Boardmaker.



Rysunek 7. Program Boardmaker.

Źródło: [www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/boardmaker](http://www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/boardmaker) (dostęp: 25.01.2021).

Boardmaker Speaking Dynamically Pro jest bogatszą wersją w porównaniu do wydania podstawowego programu. Wyposażony jest w syntezytor mowy, dzięki któremu istnieje możliwość werbalizacji komunikatów. Przy wykorzystaniu komputera program umożliwia budowanie dynamicznych obrazów, które wzbogacają prezentowaną treść, a przede wszystkim zwiększają komfort oraz przekaz informacji. Narzędzie umożliwia tworzenie tablic dynamicznych, które pozwalają na zastosowanie komputera jako komunikatora, który korzysta z syntezytora mowy lub wcześniej nagranych fragmentów wypowiedzi. Tablice dynamiczne pozwalają usystematyzować ogromną ilość materiału edukacyjnego. Stanowią one posegregowane zestawy przygotowanych ćwiczeń, które z kolei są połączone z innymi elementami, grammi, zadaniami, symbolami programu. Całość stanowi spójną treść, po której można poruszać się w intuicyjny sposób ([www.arante.pl/boardmaker-speaking-dynamically-pro.html?gclid=CjwKCAiAu8SABhAxEiwAsodSZEemmZF2mi6PFI6EFzcl9c0wBiw5JTv3\\_8vCoxZqdgDiiPQHYSbc0RhoCjXwQAvD\\_BwE](http://www.arante.pl/boardmaker-speaking-dynamically-pro.html?gclid=CjwKCAiAu8SABhAxEiwAsodSZEemmZF2mi6PFI6EFzcl9c0wBiw5JTv3_8vCoxZqdgDiiPQHYSbc0RhoCjXwQAvD_BwE), dostęp: 27.01.2021).

Boardmaker to narzędzie, które umożliwia komunikację dzięki wykorzystaniu zastosowanej w nim bazy z zainstalowanymi symbolami. Program jest bogatym środkiem, mogącym posłużyć jako pomoc do tworzenia ćwiczeń, gier czy zabaw. Opcja dodawania własnych symboli stwarza nieograniczone możliwości. Dzięki bogatej palecie opcji edytora można tworzyć tablice i symbole dowolnej wielkości, które będą dostosowane do indywidualnych potrzeb użytkownika.

## MÓWik

Program MÓWik przeznaczony jest do umożliwienia nadawania komunikatów osobom, które nie mogą realizować takiej czynności w sposób werbalny. Jest to system możliwy do instalacji na systemie android. Główną funkcją programu jest wyszukiwanie odpowiednich symboli, które kolejno są odczytywane przez wbudowany syntezytor mowy (Czerski, 2014).

MÓWik wyposażony jest w dwa głosy: żeński i męski. Program zbudowany jest w oparciu o bibliotekę autorskich symboli. Narzędzie posiada gotowe tablice komunikacyjne, które mogą zostać w dowolny sposób edytowane przez użytkownika oraz wzbogacane o znaki z systemów, takich jak: PCS, Piktogramy, Makaton, Symbole Bliss, zdjęcia, obrazki (Grycman, Kaczmarek, 2014).

Oprogramowanie posiada bazę 10 000 symboli, a jego konstrukcja pozwala na dopasowanie się do prawie każdej grupy osób, które mają trudności z werbalną realizacją wypowiedzi m.in. osób z autyzmem, niepełnosprawnością intelektualną, mózgowym porażeniem dziecięcym, afazją, dyzartrią. MÓWik jest elastyczny, ponieważ pozwala dopasować swój interfejs do możliwości percepcyjnych użytkownika. Baza symboli dopasowana jest do polskiego obszaru kulturowego, dzięki czemu stanowi bogaty pakiet reprezentacji pewnych pojęć i desygnatów związanych z naszym krajem. Pakiet jest ciągle rozszerzany i aktualizowany o dodatkowe bazy znaków, które są dostępne w formie bezpłatnych aktualizacji. Przy pomocy zainstalowanych znaków systemu możliwe jest budowanie całych wypowiedzi, a przy pomocy wbudowanej klawiatury można wpisać dowolny wyraz, zdanie, które zostaną wyartykułowane przez syntezytor mowy ([www.mowik.pl/oprogramowanie\\_mowik/opis\\_oprogramowania](http://www.mowik.pl/oprogramowanie_mowik/opis_oprogramowania), dostęp: 27.01.2021).

Rysunek 8 przedstawia wygląd aplikacji MÓWik na telefonie z systemem Android.

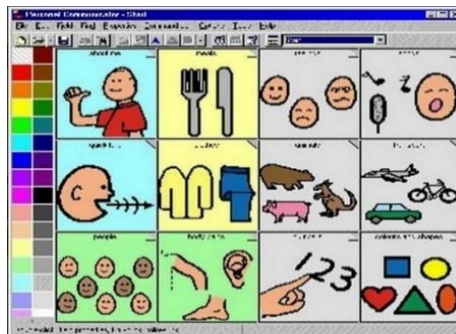


Rysunek 8. MÓWik.

Źródło: opracowanie własne przy wykorzystaniu programu MÓWik.

### Symbol for Windows – Personal Communicator

Symbol for Windows jest narzędziem, które zostało stworzone, aby wspierać komunikację, rehabilitację i proces uczenia się osób z trudnościami komunikacyjnymi. Program posiada bogatą bazę znaków z wielu różnych systemów komunikacyjnych. Proces komunikacji przy wykorzystaniu Symbol for Windows opiera się na użyciu nagrań lub też tekstu. Działanie polega na wyborze poszczególnych symboli, które znajdują się w oknie głównym programu, a które powodują jego reakcję po wciśnięciu, czyli odtworzenie odpowiedniego komunikatu. Każdy ze znaków ma określone znaczenie oraz określoną strukturę w hierarchii pojęć, które należą do biblioteki Symbol for Windows. Baza jest elastyczna, istnieje możliwość dodawania znaków oraz nagrań głosowych, a także filmów (Zielińska, 2014b).



Rysunek 9. Symbol for Windows.

Źródło: [www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/symbol-for-windows/symbol-for-windows/](http://www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/symbol-for-windows/symbol-for-windows/) (dostęp: 28.01.2021).

Narzędzie posiada możliwość rozbudowania go o odpowiednie bazy danych, jedną z nich jest baza symboli Bliss. To moduł, który posiada gotowy pakiet znaków z systemu Bliss. Zawarty w nim Bliss Editor udziela dostępu do tworzenia nowych symboli w oparciu o obowiązujące reguły ich konstruowania, czyli stosowne w metodzie znaki wraz z podpisami. Symbole są odpowiednio posegregowane w kategorie, w gotowych drzewkach, co ułatwia nawigację. Moduł posiada stosowny klucz, dzięki któremu użytkownik otrzymuje dostęp do programu, niezależnie od tego, na jakim komputerze zostanie on zainstalowany (Zielińska, 2014a).

Innym modułem jest baza Piktogramów, która zawiera w sobie pakiet czarno-białych znaków wraz z stosownymi do znaczenia podpisami. Konstrukcja modułu sprawia, że symbole połączone są ze sobą w formie drzewka znaczeń. Dzięki temu rozwiązaniu korzystanie z programu jest łatwe i intuicyjne. Moduł posiada stosowny klucz, dzięki któremu użytkownik otrzymuje dostęp do programu, niezależnie od tego, na jakim komputerze zostanie on zainstalowany. Użytkownik posiadający klucz aktywuje dostęp do programu, niezależnie od tego, na jakim komputerze go zainstalował (Zielińska, 2014b).

## The Grid 2

Narzędzie stanowi pomoc w komunikacji i ułatwia korzystanie z komputera, a wszystko dzięki indywidualnie konstruowanym planszom. Przy pomocy plansz użytkownik może nie tylko komunikować swoje potrzeby, ale obsługiwać różne programy, np. Microsoft Word. The Grid 2 współpracuje z różnym sprzętem: nakładkami, ekranami dotykowymi, switchami, czyli specjalnymi, powiększonymi przyciskami, które ułatwiają kontrolę. Program nie ma postawionych ograniczeń co do zasobu symboli, a ponadto daje możliwość wykorzystania syntezatora mowy. Poza bazą własnych znaków, umożliwia wykorzystywanie autorskich obrazków lub zdjęć (Zielińska, 2014b).



Rysunek 10. The Grid 2.

Źródło: *Metody komunikacji alternatywnych i wspomagających – wybrane zagadnienia* (s. 177), D. Baczała, J.J. Błęszyński, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

## 5. Metodologia badań własnych

Badania własne miały za zadanie sformułowanie odpowiedzi na pytanie: Jak nowoczesne technologie wykorzystywane są w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem?

Celem ogólnym badań było poznanie i opisanie wykorzystania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.

W oparciu o cel ogólny sformułowano następujące cele szczegółowe:

- Poznanie i opisanie środków z zakresu nowoczesnych technologii, wykorzystywanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.
- Poznanie i opisanie narzędzi z zakresu nowoczesnych technologii, wykorzystywanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.

- Poznanie i opisanie częstotliwości wykorzystywania nowoczesnych technologii, stosowanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.
- Poznanie i opisanie celów wykorzystywania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.
- Poznanie i opisanie uwarunkowań wykorzystywania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.
- Poznanie i opisanie opinii logopedów na temat efektów wykorzystywania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.

Badania zrealizowano z wykorzystaniem metod sondażu diagnostycznego i analizy dokumentów. Zastosowane techniki wywiadu oraz analizy treściowej umożliwiły udzielenie odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Do zebrania materiału badawczego posłużyły autorskie narzędzia badawcze: „Kwestionariusz wywiadu z logopedą/nauczycielem/terapeutą” oraz „Arkusze analizy dokumentów”.

Grupę badawczą stanowiło 16 logopedów pracujących z 72 dziećmi z autyzmem w siedmiu placówkach na terenie Nowego Sącza.

Badania zrealizowano w okresie od kwietnia do maja 2021 roku.

## **6. Wyniki badań własnych**

### **6.1. Środki z zakresu nowoczesnych technologii wykorzystywane w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem**

Badania sondażowe i analiza dokumentów logopedycznych: indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych, dzienników zajęć dzieci i kart indywidualnych dzieci umożliwiły zgromadzenie danych na temat wykorzystania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.

Respondenci w pracy z dziećmi z autyzmem wykorzystują następujące środki z zakresu nowoczesnych technologii: tablet, GoTalk, smartfon, komputer, Indi, tablice multimedialne, Recordable Pegs. W jednej z placówek, w której zrealizowane zostały badania, nie stosuje się żadnych środków z zakresu nowoczesnych technologii ze względu na fakt, że dzieci, z którymi pracują logopedzi, komunikują się w sposób werbalny.

Swoje doświadczenia w stosowaniu nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem badani opisują w następujący sposób:

Bardzo często zdarza się, że rodzice dziecka nie zapakują mu tabletu do plecaka, więc nie przynosi go ze sobą na zajęcia, w efekcie musimy wykorzystywać to, co znajduje się w szkole. Bardzo często jest tak, że dzieci otrzymują wtedy sprzęt do komunikacji, na którym pracowały zanim otrzymały nowsze urządzenia, tym sposobem wracamy do punktu wyjścia.

Respondenci twierdzą, że tablet to środek zdecydowanie najlepszy wśród powszechnie stosowanych, ponieważ dostępność i stosunek ceny do możliwości są najbardziej atrakcyjne. Ponadto jest to urządzenie, do którego bardzo często wystarczy dokupić odpowiedni program i w efekcie można wykorzystywać je jako komunikator.

Badani odpowiadają, że często nie stosują smartfonów ze względu na ich małe gabaryty. Respondenci wyjaśniają: „Smartfon bardzo często ma zbyt mały ekran, aby móc go stosować. W przypadku, kiedy dzieci mają dodatkowe kłopoty z percepcją wzrokową lub motoryką małą, która ogranicza obsługę małego ekranu, sprzęt w ogóle nie spełnia zadania”.

W jednej z placówek badani zauważają także trudności, jakie płyną z zastosowania tabletów:

Do pracy stosujemy tablety, jednakże w jednym przypadku pojawił się problem, który dotyczył sposobu obsługi tabletu. Dziecko stukało palcem w ekran w taki sposób, że on nie reagował, mimo właściwego funkcjonowania sprzętu. To było spowodowane specyficznym ułożeniem opuszka palca w stosunku do ekranu. Spędziliśmy mnóstwo czasu, aby nauczyć się, jak prawidłowo uderzać w ekran, by ten reagował na dotyk. Wszystko to przekładało się na ogromną niechęć dziecka do urządzenia, ponieważ odpowiadało np. na dwa lub trzy dotknięcia spośród dziesięciu prób. Jak mieliśmy wdrożyć dziecko w komunikację alternatywną, przy zastosowaniu nowoczesnej technologii, skoro skuteczność działania urządzenia była zaburzona w wyniku nienormatywnego ułożenia palców. Najpierw musieliśmy nauczyć się jak dotykać ekranu, aby ten po prostu działał.

Osoby, które są wdrażane w zastosowanie sprzętu elektronicznego z zakresu metod AAC, mogą napotkać na swojej drodze różne trudności, które wynikają z zastosowanych rozwiązań technicznych lub też niewłaściwej obsługi sprzętu. Całość sprawia, że proces wdrażania w wykorzystanie środków staje się znacznie dłuższy niż przewidywano i trudniejszy. W takiej sytuacji konieczne jest wdrożenie autorskich pomysłów, które zastosują specjaliści, żeby rozwiązać problem.

Badani zaobserwowali również, że dzieci z autyzmem, zaraz po otrzymaniu tabletu, były zainteresowane wyłącznie tym, jakim sposobem uruchomić na nim aplikacje, które pozwalają na słuchanie muzyki i oglądanie filmów lub granie w gry. Kiedy takich możliwości nie znalazły, od razu traciły zainteresowanie sprzętem. W zastanej sytuacji respondenci zostali zmuszeni do ukształtowania w dzieciach gotowości i potrzeby komunikacyjnej, która mogłaby być zaspokajana przy zastosowaniu nowoczesnego sprzętu. Musieli ukształtować w nich przekonanie, że tablet to nie tylko urządzenie służące rozrywce.

Szereg środków jest wykorzystywanych naraz, zastosowanie jednego nie wyklucza zastosowania innych. Dzieje się tak, kiedy dziecko nie przyniesie na zajęcia swojego sprzętu i otrzymuje zastępczy bądź bierze udział w ćwiczeniach z wykorzystaniem komputera lub tablicy multimedialnej.

Na uwagę zasługuje tablica multimedialna stosowana w pracy z dziećmi z autyzmem. Specjaliści ze Szkoły Podstawowej nr 6 stwierdzają, że bardzo dobrze sprawdza się podczas zajęć. Sprzęt zajmuje miejsce obok standardowej tablicy szkolnej, jest dobrze widoczny dla wszystkich dzieci, dzięki czemu umożliwia udostępnianie treści całej grupie. Tablica jest interaktywna, co daje dzieciom możliwość oddziaływania na ukazywane przez nauczyciela treści. Ponadto może obsługiwać ją więcej niż jedna osoba naraz. Takie rozwiązanie sprawia, że przed dziećmi z autyzmem, przejawiającymi trudności w komunikacji, interakcji społecznej czy zabawy pojawiają się możliwości stymulacji w aspekcie tych umiejętności.

Wartościowymi pozycjami są książeczki dźwiękowe z onomatopejami, których wykorzystanie w terapii sprzyja nauce zapoznawania się z głoskami. Nie są to urządzenia służące do komunikowania się, ale dzięki odsłuchiwaniu odgłosów np. zwierząt, stymulowaniu procesu naprzemienności w interakcji, wzbudzaniu chęci komunikacji, nawet poprzez zastosowanie symbolu z metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej, w akcie wymiany informacji, dziecko uczy się wdrażać w proces komunikacji. Badani tłumaczą, że tego rodzaju pomoce stosowane są w przypadku prowadzenia zajęć, bardzo często z wykorzystaniem metod AAC.

Środkiem, który wykorzystywany jest przez badanych w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym, są urządzenia nazywane przez nich „step by step”, umożliwiające nagrywanie oraz odtwarzanie zarejestrowanego komunikatu. Stosowane przez nich urządzenia to spinacze „Recordable Pegs” z możliwością nagrywania komunikatu o maksymalnej długości 10 sekund. Posiadają one 3 funkcje: nagrywania, odtwarzania i blokady. Nagrywanie komunikatu odbywa się poprzez ustawienie suwaka na funkcji *Rec*, przytrzymaniu opuszką palca dwóch elektrod tak długo, jak długa ma być wiadomość, mając na względzie ograniczenia pamięci urządzenia. Zmiana suwaka na funkcję *Play* oraz naciśnięcie elektrod pozwala na odtworzenie wcześniej nagranych komunikatu.

Respondenci tłumaczą, że wykorzystują środki nagrywające do pracy z dziećmi, które nie mają możliwości percepcyjnych, pozwalających na to, aby wdrożyć je do pracy z bardziej wymagającymi urządzeniami. W celu realizacji komunikatu nagrana zostaje wiadomość, a dzieci wdraża się do tego, że stosowny komunikat pozwala na realizację wspomnianej potrzeby. Wysoką zaletą urządzenia jest jego mobilność. Wadą sprzętu są zbyt małe elektrody, które trzeba nacisnąć równocześnie, aby odtworzyć nagrany komunikat.

## **6.2. Narzędzia z zakresu nowoczesnych technologii wykorzystywane w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem**

Respondenci w pracy z dziećmi z autyzmem wykorzystują następujące narzędzia z zakresu nowoczesnych technologii: MÓWik, MÓWik PRINT, Boardmaker, Boardmaker & Speaking Dynamically Pro, GoTalk NOW, THE GRID 2, edytory tekstu. W jednej z placówek logopedzi w ogóle nie stosują narzędzi ze względu na to, że dzieci, z którymi pracują logopedzi, komunikują się w sposób werbalny. Respondenci wspominali też, że warto zwrócić uwagę na fakt częstej niechęci rodziców oraz wysokich kosztów środków i narzędzi z zakresu nowoczesnych technologii.

W wyniku prowadzonych badań uzyskano dostęp do następujących opinii respondentów:

Programy dają nam nowe możliwości. W porównaniu z tradycyjnymi metodami stanowią bogatszą ofertę. Nie ograniczają dziecka ani nas poprzez brak symboli z racji nieposiadania odpowiedniego pakietu lub nakładki. W przypadku standardowych metod konieczne było robienie zdjęć, drukowanie i stosowne opisywanie, kupowanie symboli w specjalnych pakietach, drukowanie ich z książek. Teraz dziecko może w jednej chwili wybrać stosowny symbol z bogatej bazy programu i zastosować go w komunikacji.

Prawie wszyscy respondenci wykazują liczne korzyści wynikające z wykorzystywania programów z zakresu nowoczesnej technologii w metodach AAC. Umożliwiają one użytkownikowi posiadanie bogatej bazy symboli, które są dostępne w każdym momencie, bez konieczności wyposażania się w tradycyjny asortyment, dostępny wyłącznie za pośrednictwem zakupu u producenta. Rozwiązanie ogranicza konieczność posiadania pakietów nakładek, kart oraz segregatorów, w których znajdowały się symbole, zwykle na każdą okazję.

Badani dodają, że programy są wyposażone we wbudowane syntezytory mowy, które odczytują wybrane przez użytkownika programu słowa, zwykle w postaci gotowego komunikatu werbalnego.



Wszyscy badani, którzy wykorzystują narzędzia z zakresu nowoczesnej technologii w swojej pracy z dziećmi z autyzmem, stosują MÓWik. Zapytani o powód stwierdzają:

Przede wszystkim jest to program, który powstał w naszym kraju. Możemy liczyć na aktualizacje, produkt fajnie się rozwija. W duecie z tabletem jest to świetne rozwiązanie, daje nam mnóstwo możliwości, a w szczególności jako proteza mowy, daje dziecku szansę na łatwy kontakt ze społeczeństwem.

Respondenci uważają program MÓWik za jedno z najlepszych narzędzi z zakresu nowoczesnych technologii w AAC. Badani dodają, że droga do wdrożenia dziecka w wykorzystanie programu nie jest taka prosta i oczywista. Aby użytkownik mógł zacząć pracę z programem, konieczne jest przeprowadzenie go przez kilka etapów przygotowawczych, które różnią się w zależności od umiejętności oraz gotowości każdego z dzieci. Ten aspekt zostanie szerzej omówiony w podrozdziale dotyczącym uwarunkowań wykorzystania nowoczesnych technologii.

Respondentka pracująca w Szkole Podstawowej nr 6 wskazuje, że mimo wielu zalet, narzędzia sprawiają pewną trudność, która dotyczy wyszukiwania stosownych symboli, co tłumaczy w następujący sposób:

Kiedyś próbowałam znaleźć symbol prażonej kukurydzy w MÓWik-u na tablecie, więc wpisywałam w wyszukiwarkę programu hasło, lecz nie udało mi się znaleźć symbolu. Miałam w planie, aby przy pomocy narzędzia stworzyć własny, ale pomyślałam, że może należy wpisać inaczej i próbując hasła: kukurydza, kolba kukurydzy, popcorn, udało mi się znaleźć właściwy. Nie spodziewałam się, że to może mieć takie znaczenie. Widać, trzeba wiedzieć, co autor miał na myśli.

Respondenci zwracają uwagę, że podczas tworzenia zdań z wybieranych symboli narzędzia zaczynają stosować wobec nich fleksję, adekwatną pod względem całości wypowiedzi. Ich zdaniem to rozwiązanie sprawia, że dzieci, które przeszły z komunikacji przy wykorzystaniu tradycyjnych metod AAC, czują lekkie zakłopotanie. Dotychczas stosowane przez nich symbole zwykle były podpisywane bez odmiany, np. dla czasownika – bezokolicznik, co teraz budzi pewien dysonans.

Programy posiadają syntezytor mowy, który w trakcie odczytywania zbudowanego zdania wymawia je przy zachowaniu zasad gramatyki języka polskiego. Jest to kolejny krok zbliżający dziecko do prawidłowego wzorca wymowy. Tradycyjne rozwiązania tworzyły pewien dysonans, ponieważ podpisy pod obrazkiem, zwykle np. w przypadku czasowników, były skonstruowane w formie bezokolicznika. Nie pokrywały się z komunikatem odczytywanym przez partnera dialogu, ponieważ ten, aby zachować prawidłową formę gramatyczną, odmieniał wyrazy we właściwy sposób.

Narzędzia zaprojektowane są tak, aby w jak najlepszy sposób odwzorować reprezentację mowy ludzkiej. W tym przypadku należy dopatrywać się minusów w standardowych metodach AAC. Największą wadą większości systemów AAC jest bowiem nieuwzględnianie przez nie potencjału kompetencji fleksyjnej języka polskiego. By go wydobyć, należałoby użyć bardzo zaawansowanych rozwiązań informatycznych, a to z kolei mogłoby mieć wpływ na szybkość przekazu intencji semantycznych.

Respondenci pracujący w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym wykorzystują MÓWik PRINT. Program służy do przygotowywania symboli do pracy w formie standardowych, drukowanych znaków, które można laminować w celu wydłużenia ich żywotności. Program

daje nieograniczone możliwości w aspekcie tworzonych symboli, można wykorzystać nie tylko znaki, które są zainstalowane w pakiecie, ale także autorskie zdjęcia oraz gotowe ilustracje zaczerpnięte z zasobów Internetu. Badani wykorzystują narzędzie do tworzenia segregatorów z symbolami, książek komunikacyjnych oraz znaków graficznych, służących do budowy planu dnia. Zastosowanie znaków tworzonych przy pomocy programu MÓWik PRINT oraz wykorzystywanie tabletu z narzędziem MÓWik nie powoduje trudności w opanowaniu symboli. Oba programy posiadają tę samą bibliotekę znaków.

Specjaliści wykorzystują program Boardmaker do tworzenia symboli, tak jak w przypadku MÓWik PRINT. Ponadto stosują nakładki do urządzeń GoTalk. Boardmaker posiada wzory i wymagane szablony, w których można umieszczać stosowne znaki – najczęściej są to symbole PCS, a następnie wydrukować gotową nakładkę i wpiąć do GoTalk-a.

Badani w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym stwierdzają: „Dzięki możliwości samodzielnego wykonania, za pośrednictwem programu, symboli lub nakładek, które trzeba byłoby zainwestować kupując gotowe pakiety, po prostu oszczędzamy pieniądze. Możemy drukować co chcemy za stosunkowo niewielką kwotę, która obejmuje nasz poświęcony czas, papier i tusze do drukarki”.

Logopedzi wykorzystują THE GRID 2 z racji wysokiej funkcjonalności i bogatego pakietu dostępnych symboli. Jako że posiadają wersję anglojęzyczną, program jest wykorzystywany wyłącznie jako baza symboli do pracy z dziećmi. Narzędzie posiada możliwość edycji tekstów pod obrazkiem, co pozwala na dowolne opisanie zawartej w pakiecie ilustracji. Niestety, respondenci nie mają możliwości spolszczenia posiadanej wersji i tłumaczy: „GRID wykorzystujemy wyłącznie jako bazę symboli, które są kolorowe i czytelne dla dzieci. Posiadamy tylko taką wersję, a więc używamy programu w miarę możliwości”.

Respondenci pracujący w Przedszkolu terapeutycznym AUTOstop oraz prywatnym gabinecie logopedycznym nr 1 wykorzystują narzędzie GoTalk NOW:

Używamy GoTalk NOW, ponieważ taki mieliśmy sprzęt. MÓWik można zainstalować tylko na Androidzie, GoTalk NOW może być zainstalowany na urządzeniach firmy Apple. Uważamy, że jest to bardzo dobry program. Umożliwia tworzenie tablic komunikacyjnych, ma bogatą bibliotekę obrazków do tworzenia symboli, pozwala nagrywać komunikaty głosowe lub wykorzystywać do tego syntezytor mowy, czyli wszystko czego nam potrzeba.

Specjaliści nie ograniczają się wyłącznie do programów polskich producentów. Nawet posiadając sprzęt wyposażony w system operacyjny inny niż Android, nie są odcięci od możliwości wykorzystywania go do komunikacji alternatywnej.

Jedna z badanych, która pracuje w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym, wspomina, że stara się być elastyczna i pracować z dziećmi przy wykorzystaniu różnych narzędzi. Zapytana, dlaczego stosuje takie podejście, tłumaczy: „Nie mam poczucia, że dziecko musi pracować przy wykorzystaniu jednego narzędzia. Stosuję to, co mam, aby sprawdzić, co udaje się wdrożyć w najlepszy sposób. Chcę mieć pewność, że zastosowałam wszystkie możliwości, aby ułatwić dzieciom komunikację”.

Badani dodają, że niektóre z programów oferują znacznie mniej czytelne znaki. Często są one abstrakcyjne i w ogóle nieczytelne dla dziecka. Zdarza się, że składają się z figur, co stanowi trudność w percepcji symbolu oraz swobodnym ich rozpoznawaniu. Wspominają, że inne z programów mają lepsze reprezentacje w bibliotece, których stosowanie ułatwia wykorzystywanie symboli twierdzenia i zaprzeczenia. Powoduje to podział między narzędziami.

Mimo wykorzystywania programów z zakresu nowoczesnych technologii, specjaliści stosują także gesty naturalne oraz te z biblioteki Makaton. Kiedy dziecko chce szybko przekazać krótką wiadomość lub zdarzyło mu się zapomnieć urządzenia, w łatwy sposób może wyrazić swoją potrzebę.

Narzędzia z zakresu nowoczesnej technologii w metodach AAC to innowacje, dające dostęp do ogromnej biblioteki symboli, znajdującej się na przysłowiowe wyciągnięcie ręki. W każdej chwili odpowiednio przeszkolony użytkownik, bądź udzielający pomocy specjalista, może dodać stosowny symbol do karty i wyposażyć dziecko w niezbędny mu komunikat.

### 6.3. Częstotliwość wykorzystania nowoczesnych technologii, stosowanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem

W wyniku analizy danych uzyskanych w procesie badawczym, zgromadzono informacje na temat częstotliwości wykorzystania nowoczesnych technologii, stosowanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.

W tabeli 1 przedstawiono liczbę dzieci z autyzmem, z którymi pracują specjaliści, a także liczbę dzieci, w pracy z którymi wykorzystuje się standardowe metody AAC oraz nowoczesne technologie w metodach AAC.

Tabela 1

*Liczba dzieci z autyzmem, w pracy z którymi wykorzystywane są standardowe metody AAC oraz nowoczesne technologie stosowane w metodach AAC*

Placówka	Liczba dzieci z autyzmem, z którymi pracują respondenci	Liczba dzieci z autyzmem, w pracy z którymi wykorzystuje się standardowe metody AAC	Liczba dzieci z autyzmem, w pracy z którymi wykorzystuje się nowoczesne technologie w metodach AAC
Szkoła Podstawowa nr 6	11	11	10
Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy	12	12	12
Przedszkole terapeutyczne AUTOstop	25	25	25
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna	10	10	5
LOGUSEK Gabinet Logopedyczno-Terapeutyczny	3	2	3
Prywatny gabinet logopedyczny nr 1	7	7	7
Prywatny gabinet logopedyczny nr 2	4	1	0
<b>Razem</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>67</b>

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych zaprezentowanych w tabeli 1 wynika, że respondenci w pracy z dziećmi z autyzmem wykorzystują jednocześnie standardowe metody AAC i nowoczesne technologie w metodach AAC. Wyjątek stanowi prywatny gabinet nr 2, w którym stosowane są tylko tradycyjne rozwiązania. 12 spośród 16 respondentów wykorzystuje do pracy z wszystkimi dziećmi jednocześnie standardowe rozwiązania oraz nowoczesne technologie w metodach AAC. Dotyczy to logopedów pracujących w: Szkole Podstawowej nr 6, Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym, Przedszkolu terapeutycznym AUTOstop, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, Prywatnym gabinecie logopedycznym nr 1.

Na uwagę zasługuje LOGUSEK Gabinet Logopedyczno-Terapeutyczny, w którym respondentka do pracy z jednym dzieckiem z autyzmem, jako jedyna z badanych, wykorzystuje wyłącznie nowoczesne technologie. Być może jest to spowodowane wysokimi umiejętnościami poznawczymi dziecka, które nie potrzebuje odwoływać się do standardowych metod komunikacji lub jego preferencji, w związku z którymi odrzuca tradycyjne rozwiązania.

Analiza rozkład danych na temat liczby dzieci, w pracy z którymi logopedzi wykorzystują metody AAC, może świadczyć o tym, że specjaliści z chęcią sięgają po nowoczesne rozwiązania. Taki stan rzeczy jest spowodowany poziomem funkcjonowania dzieci, które mają wystarczające możliwości poznawcze, aby móc poradzić sobie z korzystaniem z nowoczesnych rozwiązań. Warto zwrócić uwagę, że nauczyciele i logopedzi, mimo stosowania zaawansowanej technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi, nie rezygnują z wykorzystywania standardowych metod.

Liczba dzieci, z którymi respondenci pracują, wykorzystując zarówno standardowe metody, jak również nowoczesne technologie, świadczy o nierozzerwalnej więzi między tymi rozwiązaniami. Powodem tego stanu rzeczy może być fakt, że nowoczesne technologie są relatywnie nowymi rozwiązaniami, które od stosunkowo niedawna są wdrażane do pracy z dziećmi z autyzmem i nie zdążyły jeszcze wyprzeć tradycyjnych rozwiązań. Respondenci wspominają, że w mniejszym lub większym stopniu stosują nowoczesne technologie w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem obok standardowych rozwiązań. Teza dotycząca wyparcia tradycyjnych rozwiązań na rzecz nowych technologii może być bez pokrycia do czasu, aż nowe rozwiązania zostaną udoskonalone w każdym aspekcie na tyle, żeby móc w pełni zastąpić standardowe metody AAC.

#### **6.4. Cele wykorzystania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem**

Badania sondażowe pozwoliły na uzyskanie informacji na temat celów wykorzystania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem. Tabela 2 przedstawia opinie respondentów na ten temat.

Tabela 2

*Cele wykorzystania nowoczesnych technologii stosowanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem*

<b>Cele wykorzystania</b>	<b>Liczba odpowiedzi (N=15)</b>
Ułatwienie procesu komunikacji	12
Wspieranie rozwoju mowy	12
Ułatwienie lepszego zrozumienia otaczającej rzeczywistości	12
Niwelowanie ograniczeń komunikacyjnych dziecka z autyzmem	11
Umożliwienie wzbogacenia wiedzy dziecka z autyzmem	11
Umożliwienie komunikacji z dzieckiem	11
Umożliwienie wpływu na zachowanie dziecka	11
Oswojenie dziecka z komunikacją	3
Zniwelowanie reakcji agresywnych	3
Zwiększenie zakresu cierpliwości	3
Ukształtowanie schematu przebiegu aktu komunikacji	3
Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa	3

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych zawartych w tabeli 2 można stwierdzić, że – z kilkoma wyjątkami – respondenci mają bardzo zbliżone cele wykorzystania nowoczesnych technologii, stosowanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.

Trzej specjaliści ze Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego kieruje się innymi celami niż proponowane w kafeterii kwestionariusza wywiadu. Przyświecającymi im dążeniami są te związane z oswojeniem dziecka, redukcją zachowań agresywnych, wypracowaniem cierpliwości, zwiększeniem poczucia spokoju, wypracowaniem wizji na schemat czynności komunikacji.

Jedna z badanych, zatrudniona w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym, zauważa, że istotne jest ukształtowanie u dziecka gotowości komunikacyjnej, by móc osiągnąć jakiegokolwiek z postawionych celów. W innym przypadku dziecko zakończy pracę na komunikacji z samym urządzeniem. Nie korzysta z nowoczesnej technologii jako narzędzia do porozumiewania się, a to może być niebezpieczne.

Specjaliści skupiają swoją uwagę na tym, aby nie wprowadzać nowoczesnych technologii do pracy z dziećmi w sposób lekkomyślny. Są roztropni i dążą do tego, aby wcześniej zostały spełnione odpowiednie warunki, tak aby umożliwić jak najlepsze fundamenty pod wdrożenie nowoczesnych rozwiązań.

W pracy z dziećmi z autyzmem badani wykorzystują program Boardmaker, aby wykonać w nim stosowne nakładki do urządzenia GoTalk, które służą do realizacji ćwiczeń z czytania uczestniczącego. Specjaliści czytają książkę, a dziecko wybiera stosowny symbol, tym samym komentuje i uzupełnia zastaną sytuację.

Celem takiego wykorzystania nowoczesnych technologii zdaje się być ukształtowanie umiejętności stosowania komentarza adekwatnego do zastanej sytuacji. W pracy z dzieckiem zaangażowanym w czytanie uczestniczące, logopedzi mogą osiągać także inne cele: rozwijanie umiejętności konstruktywnego wyrażania opinii, doskonalenie możliwości komunikacyjnych, m.in. proszenie, komentowanie, odmawianie itp. oraz świadomość konieczności naprzemienności w interakcji, która zakłada, że należy wysłuchać, a następnie wyśtosować komunikat w kierunku swojego interlokutora.

Badani ze Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego wspominają, że nadrzędnym celem wykorzystania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem powinno być ułatwienie im komunikacji. Na poziomie fundamentalnym jest to swobodne wyrażanie twierdzenia i/lub zaprzeczenia.

## **6.5. Uwarunkowania wykorzystania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem**

Analiza uzyskanego materiału empirycznego pozwoliła udzielić odpowiedzi na pytanie o uwarunkowania wykorzystania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.

Tabela 3 prezentuje tkwiące w dziecku uwarunkowania wewnętrzne, które determinują wdrożenie go w naukę metod AAC z wykorzystaniem nowoczesnej technologii.

Tabela 3

*Wewnętrzne uwarunkowania wykorzystania nowoczesnych technologii stosowanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem*

<b>Czynniki wewnętrzne</b>	<b>Liczba odpowiedzi (N=15)</b>
dziecko posiadało umiejętność mowy w stopniu uniemożliwiającym swobodną komunikację	14
dziecko nie posiadało umiejętności mowy w ogóle	11
dziecko nie nabyło jeszcze umiejętności mowy (technologie mają posłużyć jako schody do komunikacji werbalnej)	11
dziecko posiada zaburzenia uniemożliwiające mu prawidłowy odbiór oraz interpretację sygnałów werbalnych (nowoczesne technologie służą do komunikacji w obie strony)	11
dziecko przejawiało nastawienie i motywację do komunikacji, ale nie posiadało do tego warunków innych jak tylko przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii	11
chęć dziecka do korzystania z nowoczesnych technologii, jako czegoś atrakcyjnego	10
dziecko nie miało warunków do nabycia umiejętności mowy (np. problemy z prakcją)	8

Zródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych zawartych w tabeli 3 można stwierdzić, że respondenci pracujący z dziećmi o podobnych uwarunkowaniach wewnętrznych w większości przypadków mają zbliżone opinie, co do wykorzystania nowoczesnych technologii stosowanych w metodach AAC. Wyjątek stanowią okoliczności takie jak: posiadanie przez dziecko umiejętności mowy w stopniu uniemożliwiającym swobodną komunikację, który wzięło pod uwagę aż 14 osób i brak warunków u niego do nabycia umiejętności mowy, który wzięło pod uwagę 7 respondentów z Przedszkola terapeutycznego AUTOstop 1 jedna respondentka ze Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego. Może to być spowodowane różnicami indywidualnymi, które przejawiają dzieci z autyzmem lub kryterium placówki, która bierze poprawkę na taką okoliczność w procesie rekrutacji dzieci.

W tabeli 4 zaprezentowano zewnętrzne uwarunkowania, tkwiące w otoczeniu dziecka, które determinują wdrożenie go w naukę metod AAC z wykorzystaniem nowoczesnej technologii.

Tabela 4

*Zewnętrzne uwarunkowania wykorzystania nowoczesnych technologii stosowanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem*

<b>Czynniki zewnętrzne</b>	<b>Liczba odpowiedzi (N=15)</b>
miejsce wykorzystania	12
skuteczność nowoczesnych technologii AAC	12
chęć uatrakcyjnienia terapii	10
atrakcyjna oferta nowoczesnych technologii z zakresu metod AAC	10
możliwości finansowe	7
inicjatywa rodzica	7
potrzeby dziecka	1
wyniki pracy dziecka	1
możliwości psychofizyczne dziecka	1

Zródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych zawartych w tabeli 4 można stwierdzić, że respondenci w większości przypadków wskazują na te same czynniki warunkujące: miejsce wykorzystania, skuteczność nowoczesnych technologii AAC, chęć uatrakcyjnienia terapii oraz atrakcyjność nowoczesnych technologii z zakresu metod AAC. Logopedzi najrzadziej wskazywali na inicjatywę rodzica i możliwości finansowe, które zostały wytypowane tylko po siedem razy, wyłącznie przez respondentów pracujących w Przedszkolu terapeutycznym AUTOstop. Reszta odpowiedzi klasyfikuje się na podobnej rozpiętości w aspekcie częstotliwości typowania.

### 6.6. Opinie logopedów na temat efektów wykorzystywania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem

Badania własne umożliwiły zebranie opinii logopedów na temat efektów wykorzystywania nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem. Tabela 5 prezentuje opinie logopedów na ten temat.

Tabela 5

*Opinie logopedów na temat efektów wykorzystania nowoczesnych technologii stosowanych w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem*

<b>Efekty wykorzystania</b>	<b>Liczba odpowiedzi (N=15)</b>
zwiększenie motywacji do pracy	12
częstsze podejmowanie przez dziecko inicjatywy w komunikacji	11
poprawienie komunikacji z otoczeniem	11
poprawa stanu psychicznego oraz emocjonalnego dziecka	11
umożliwienie kontaktu z dzieckiem	11
uatrakcyjnienie dziecku możliwości komunikowania się	11
ułatwienie dziecku możliwości komunikowania się	10
wzrost poczucia sprawstwa	10
umożliwienie zaspokojenia potrzeb dziecka	9
skrócenie czasu trwania terapii	8

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych z tabeli 5 można stwierdzić, że respondenci prawie jednomyślnie twierdzą, iż efektem wykorzystania nowoczesnych technologii w metodach AAC jest zwiększenie motywacji dzieci z autyzmem do pracy. Obserwowany rozkład opinii respondentów może być spowodowany tym, że nowoczesne technologie są czymś, co potrafi przyciągać uwagę dzieci. Są to rozwiązania innowacyjne, stanowiące pewnego rodzaju atrakcję, która dopiero wkracza na rynek terapii. Mniejsza liczba respondentów odnotowała skrócenie czasu terapii dzieci, z którymi pracują.

Respondentka z Gabinetu Logopedyczno-Terapeutycznego LOGUSEK zaobserwowała poprawę samooceny dzieci, w pracy z którymi wykorzystuje się nowoczesne technologie w metodach AAC. Badani pracujący w prywatnym gabinecie logopedycznym nr 1 i Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym zwracają uwagę na jednakową ich zdaniem skuteczność tradycyjnych metod w porównaniu do nowoczesnej technologii w metodach AAC.

Odmienne zdanie ma respondentka z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, która dodaje, że powinno się dążyć do tego, aby tradycyjne rozwiązania zostały zastąpione przez nowoczesną technologię, ponieważ ta daje znacznie więcej możliwości.

Badana z Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego zwróciła uwagę na zwiększenie atrakcyjności możliwości komunikowania się jako efektu zastosowania nowoczesnej technologii w metodach AAC. Jej zdaniem, atrakcyjność może być tutaj mylnie interpretowana przez innych respondentów. Jako powód dodała to, że nowoczesna technologia dla dziecka może być atrakcyjna nie ze względu na niosące za sobą niemal nieograniczone możliwości komunikacji, ale jako przedmiot służący zaspokajaniu potrzeby rozrywki: granie w gry lub oglądanie filmów czy słuchanie muzyki.

Jest to istotna uwaga, która może okazać się prawdziwa w odniesieniu do przypadku wspomnianych „dzieci telewizyjnych”, które są przyzwyczajone do tego, że tablet i smartfon są wykorzystywane jako atrybuty przyjemności oraz rozrywki. Zadaniem specjalistów jest zaobserwowanie, kiedy dziecko przejawia gotowość komunikacyjną. Jeśli tak się nie dzieje, konieczna jest jej stymulacja. Kolejno należy rozpocząć wdrażanie metod AAC, rozpoczynając od tradycyjnych rozwiązań, przechodząc do nowoczesnych technologii lub rozpocząć bezpośrednio z nimi, jeśli istnieje taka możliwość.

Respondenci zauważają także, że jednym z ważnych aspektów dotyczących środków z zakresu wysokich technologii jest konieczność dbania o poziom naładowania baterii w urządzeniach. Alarmują, że w sytuacjach, w których tablet wyczerpie się i nie ma możliwości, żeby go naładować – dziecko jest poza szkołą lub domem – warto jest odwoływać się do standardowych metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Rozwiązaniem problemu jest także zaopatrzenie się w urządzenia typu „powerbank”, umożliwiające doładowanie baterii. To jednak wiąże się z dodatkowymi kosztami.

## **Podsumowanie**

Reasumując, wykorzystanie nowoczesnych technologii w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem ma umożliwić im łatwiejszy kontakt z otoczeniem. Jeśli nowoczesne rozwiązania nadal będą zmierzać ku rozwojowi, wkrótce możemy doczekać się bardzo interesujących możliwości, które być może zastąpią tradycyjne rozwiązania.

Na podstawie analizy wyników badań własnych sformułowano następujące wnioski:

- 1) W efekcie analizy wyników badań można przypuszczać, że intensywny rozwój nowoczesnych technologii udoskonali je na tyle, że w nadchodzącym czasie, wspomniane środki i narzędzia wyprą z obiegu standardowe rozwiązania stosowane w metodach AAC w pracy z dziećmi z autyzmem.
- 2) W wyniku analizy powyższych nasuwa się wniosek, że środki i narzędzia z zakresu nowoczesnych technologii sprzyjają przełamywaniu barier, które ciążyą na dziecku w wyniku jego niepełnosprawności, a to priorytet, który powinien przyświecać każdemu specjalście, posiadającemu możliwość udzielania wsparcia.
- 3) Informacje zebrane w badaniach dowodzą, że nowoczesne rozwiązania powodują wzrost samooceny u dzieci, które je stosują. Jest to dobry znak, który udowadnia, że właściwie zastosowana nowoczesna technologia w metodach AAC sprzyja nie tylko rozwojowi komunikacji, ale też poprawie obrazu samego siebie.
- 4) Środki i narzędzia z zakresu nowoczesnej technologii dają znacznie większe możliwości ich użytkownikom. Dzięki wbudowanym syntezytorom mowy pozwalają na komunikację z osobami, które nie są zaangażowane w wykorzystanie wspomnianych metod. Może stać się to powodem do powstania wśród społeczeństwa postawy znacznie większej aprobaty i zrozumienia dzieci z autyzmem niż to jest spotykane w obecnym czasie.



- 5) Być może środki oraz narzędzia z zakresu nowoczesnej technologii w metodach AAC otworzą przed dziećmi z autyzmem możliwość zaistnienia w świecie środków masowego przekazu. Będzie to pomost do ułatwienia komunikacji oraz wymiany informacji z osobami o podobnych doświadczeniach, a co za tym dalej idzie – przełamywania barier komunikacyjnych.

### **Bibliografia**

- Błęszyński, J.J., Baczała, D. (red.). (2014). *Metody komunikacji alternatywnych i wspomagających – wybrane zagadnienia*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Czerski, W. (2014). Technologie informacyjno-komunikacyjne w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 2014(2), 82-87.
- Grycman, M., Kaczmarek, B.B. (2014). *Podręczny słownik terminów AAC*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Jankosz, M. (2017). Zaburzenia mowy a potrzeba porozumiewania się. O komunikacji alternatywnej i wspomagającej. *Horyzonty Wychowania*, 16(38), 109-123.
- Kopańska, M. (2014). *Komunikacja dzieci z autyzmem*. W: D. Baczała, J.J. Błęszyński (red.), *Komunikacja w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie – trzy drogi, jeden cel* (s. 123-168). Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Light, J., McNaughton, D. (2014). Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? *Augmentative and Alternative Communication*, 30(1), 1-18.
- Melillo, R. (2017). *Autyzm. Zapobieganie zaburzeniom ze spektrum autyzmu, ich diagnozowanie i terapia oraz zalecenia dla rodziców*. Gdańsk: HARMONIA.
- Prokopiak, A., Palak, Z. (red.). (2017). *Autyzm i rodzina*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Szafrańska, K. (2017). *Kompetencje językowe i komunikacyjne – uwarunkowania procesu komunikacji*. W: J. Wojciechowska, B. Kazek (red.), *Zmysły w komunikacji. Mowa i jej uwarunkowania* (s. 113-134). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Zielińska, J. (2014a). *Przykłady wykorzystania nowoczesnych technologii w komunikacji alternatywnej*. Pobrane z: [www.ktime.up.krakow.pl/Sympozjum.html](http://www.ktime.up.krakow.pl/Sympozjum.html).
- Zielińska, J. (2014b). *Komputer w komunikacji alternatywnej*. W: J.J. Błęszyński., D. Baczała (red.), *Metody komunikacji alternatywnych i wspomagających – wybrane zagadnienia* (s. 105-145). Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- <https://makaton.pl/cba/index.php?komunikator,83>.
- [www.ablenetinc.com/talktrac-wearable-communicator](http://www.ablenetinc.com/talktrac-wearable-communicator).
- [www.arante.pl/boardmaker-speaking-dynamically-pro.html?gclid=CjwKCAiAu8SABhAxEiwAsodSZEmmZF2mi6Pfl6EFzcl9c0wBiw5JTv3\\_8vCoxZqdgDiiPQHYSbc0RhoCjXwQAvD\\_BwE](http://www.arante.pl/boardmaker-speaking-dynamically-pro.html?gclid=CjwKCAiAu8SABhAxEiwAsodSZEmmZF2mi6Pfl6EFzcl9c0wBiw5JTv3_8vCoxZqdgDiiPQHYSbc0RhoCjXwQAvD_BwE).
- [www.arante.pl/proxtalker.html](http://www.arante.pl/proxtalker.html).
- [www.attainmentcompany.com/gotalk-9](http://www.attainmentcompany.com/gotalk-9).
- [www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/boardmaker](http://www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/boardmaker).
- [www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/symbol-for-windows/symbol-for-windows/](http://www.harpo.com.pl/sklep/sprzet-wspomagajacy-komunikacje/oprogramowanie-wspomagajace-komunikacje/symbol-for-windows/symbol-for-windows/).
- [www.logantech.com/products/proxpad-deluxe-with-50-tangible-object-cards](http://www.logantech.com/products/proxpad-deluxe-with-50-tangible-object-cards).
- [www.mowik.pl/oprogramowanie\\_mowik/opis\\_oprogramowania](http://www.mowik.pl/oprogramowanie_mowik/opis_oprogramowania).
- [www.tobiidynavox.com/devices/multi-access-devices/indi/](http://www.tobiidynavox.com/devices/multi-access-devices/indi/).