

A stylized graphic of a human face in white, set against a vibrant red background. The face is composed of simple, bold lines. The eyes are closed, and the mouth is replaced by a zipper with a pull tab. The background is decorated with small white circles of varying sizes, some of which are partially cut off by the edges of the frame.

Aleksandra Lidia
Załustowicz

MOWA
W STARCIU Z UDAREM

„Przepis na wielkopolską innowację – usługi opiekuńcze dla osób zależnych” współfinansowanego
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego –
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Aleksandra Lidia Załużstowicz

MOWA

W STARCIU Z UDAREM

**„Przepis na wielkopolską innowację społeczną –
usługi opiekuńcze dla osób zależnych”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego –
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020**

Spis treści

CZĘŚĆ I	6
1. Mowa i komunikacja – definicja i właściwości	7
1.1. Rodzaje komunikacji	12
1.2. Rozwój mowy	14
2. Jakość życia osób niepełnosprawnych	22
2.1. Niepełnosprawność – charakterystyka i geneza pojęcia	22
2.2. Koncepcje przedstawiające jakość życia	24
2.3. Obiektywna i subiektywna ocena jakości życia	33
2.4. Koncepcje jakości życia	40
3. Afazja – charakterystyka pojęcia	84
3.1. Interdyscyplinarne pojęcie afazji	84
3.2. Typologie i klasyfikacje afazji	86
3.3. Przyczyny występowania afazji	96
4. Moduły pracy z pacjentem dotkniętym afazją oparte na typologii według Łurii	104
4.1. Alternatywne formy komunikacji w pracy z pacjentem dotkniętym afazją	104
4.2. Podstawy teoretyczne terapii pacjenta z afazją	107
4.3. Afazja ruchowo-kinestetyczna (motoryczna aferentna, ruchowa-dośrodkowa)	116
4.4. Afazja motoryczna eferentna (motoryczno-ruchowa-odśrodkowa)	120
4.5. Afazja dynamiczna	124
4.6. Afazja akustyczno-gnostyczna	127
4.7. Afazja akustyczno-mnestyczna (sensoryczna)	132
4.8. Afazja semantyczna (amnestyczna)	135
5. Arteterapia jako metoda pracy z pacjentem dotkniętym afazją	139
5.1. Funkcje arteterapii	146
5.2. Formy i metody arteterapii	148
5.3. Rola arteterapeuty	157
5.4. Sztuki plastyczne uzupełnieniem procesu edukacji i terapii	159

CZĘŚĆ II	162
1. Istota oraz główny cel Innowacji pt. „Mowa w starciu z udarem”	163
2. Dwie ścieżki współpracy z asystentami	165
3. Etap przygotowania Innowacji	168
4. Koordynator Innowacji – wymagania, które musi spełnić osoba prowadząca terapię wraz z asystentami	174
5. Rekrutacja asystentów	175
5.1. Nawiązanie współpracy z uczelniami wyższymi w celu pozyskania asystentów studentów	175
5.2. Nawiązanie współpracy z jednostkami pomocowymi, takimi jak PKPS, w celu pozyskania asystentów współpracujących odpłatnie	176
6. Nawiązanie współpracy z jednostkami pomocowymi takimi, jak PKPS, DPS, Szpital z oddziałami udarowymi oraz ZOL, w celu pozyskania pacjentów, którzy wzięli udział w Innowacji	178
7. Szkolenie asystentów	180
8. Etap realizacji Innowacji	182
8.1. Etap terapeutyczny	182
8.2. Etap podsumowania Innowacji	186
9. Ocena pracy asystentów	191
10. Ocena Innowacji przez asystentów	211
11. Rezultaty prowadzonej terapii	215
12. Ewaluacja diagnoz pacjentów	221
12.1. Wnioski	223
12.2. Instruktaż wprowadzania innowacji pt. „Mowa w starciu z udarem”	225
Część III	230
1. Bibliografia	231
2. Netografia	244
Aneks	245
Załącznik 1 Kwestionariusz wywiadu z rodziną	246
Załącznik 2 Wywiady - podsumowanie	248
Załącznik 3 Karta Obecności	251
Załącznik 4 Raport z wizyty upacjenta	252

Załącznik 5 Oferta DPS	253
Załącznik 6 Oferta dla pacjenta dps	257
Załącznik 7 Pismo DPS	260
Załącznik 8 Oferta WSPiA	261
Załącznik 9 Pismo WSPiA	265
Załącznik 10 Porozumienie o współpracy	266
Załącznik 11 Oferta UAM	271
Załącznik 12 Pismo UAM	275
Załącznik 13 Pismo UAM 2	276
Załącznik 14 Pismo UAM 3	277
Załącznik 15 Oferta studenci	278
Załącznik 16 Oferta PKPS	282
Załącznik 17 Pismo PKPS	286
Załącznik 18 Oferta asystenci PKPS	287
Załącznik 19 Oferta pacjent PKPS	291
Załącznik 20 Oferta ZOL	294
Załącznik 21 Pismo ZOL	298
Załącznik 22 Pismo ZOL 2	299
Załącznik 23 Oferta pacjent ZOL	300
Załącznik 24 Oferta szpital	303
Załącznik 25 Pismo szpital	307
Załącznik 26 Oferta pacjent szpital	308
Załącznik 27 Konspekt warsztatów	311
Załącznik 28 Regulamin pracy asystenta PKPS	312
Załącznik 29 Regulamin pracy studenta	313
Załącznik 30 Umowa-zlecenia	314
Załącznik 31 Oświadczenie uczestnika projektu	317
Załącznik 32 Umowa współpracy	322
Załącznik 33 Zaświadczenie odbycia kursu	323
Załącznik 34 Oświadczenie uczestnika projektu	324
Załącznik 35 Ankieta dla asystentów	327
Załącznik 36 Ocena innowacji przez asystentów	334
Załącznik 37 Ocena asystentów	336
Załącznik 38 Arkusz hospitacji	337
Załącznik 39 Notatka hospitacyjna	338

CZĘŚĆ I

1. MOWA I KOMUNIKACJA – DEFINICJA I WŁAŚCIWOŚCI

Człowiek rozwinął niesamowitą umiejętność porozumiewania się, jaką jest mowa. Żadna inna istota na Ziemi nie posiada tak skomplikowanego systemu komunikacji pomiędzy sobą. Mowa dźwiękowa jest jedną z najważniejszych zdobyczy gatunku homo sapiens, funkcją i jednocześnie wyjątkową umiejętnością, która doskonali ludzkie istnienie, pomaga rozwijać się we wszystkich wymiarach aktywności, tworzyć siebie i własne otoczenie, uzyskiwać autonomię osobową oraz kreować indywidualną egzystencję niemal od początku drogi życiowej¹. Zdaniem Antoniego Kępińskiego, mowa jest „najwyższą formą ruchu i jak każdy ruch jest skierowana przede wszystkim na świat zewnętrzny”². Skutkiem tej zmiany inne zmysły człowieka są słabiej rozwinięte niż u zwierząt. Nasz aparat mowy jest bardzo skomplikowany i często może ulegać uszkodzeniu. Kosztem innych zmysłów i wielkości rozbudowy twarzoczaszki oraz wytworzenia aparatu artykulacyjnego możemy się porozumiewać, ale również przekazywać myśli, uczucia, emocje oraz tworzyć zupełnie nowe struktury, nazywać wszystko, co nas otacza. Mowa umożliwia prawidłowe funkcjonowanie we współczesnym świecie. Odgrywa szczególną rolę w zaspokajaniu takich podstawowych potrzeb psychicznych, jak potrzeba kontaktu z drugim człowiekiem, akceptacji, samorealizacji, samooceny czy rozwoju. Mowa werbalna wpływa również na rozwój osobowości, rozwój fizyczny, na bycie podmiotem w przedmiotowym i nieprzedmiotowym świecie, na konstruowanie własnego, jedyne w swoim rodzaju i niepowtarzalnego systemu wartości, na samorealizację, determinację do niezależnego funkcjonowania³. Leon Kaczmarek określa mowę jako: akt w procesie porozumiewania się językowego, słownego, akt, w którym dzięki obopólnej znajomości tego samego języka osoba mówiąca przekazuje informacje, a słuchająca je odbiera⁴. Z definicji tej wynika, iż do komunikacji potrzebny jest nadawca i odbiorca mowy oraz rozumienie danego języka, aby odbył się akt komunikacji.

Każdy człowiek opanowuje mowę jako nową formę komunikowania się wraz z czasem, w wyniku stopniowego uczenia się⁵.

1 J. J. Bleszyński, *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków 2008, s. 11.

2 A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, Warszawa 1986, s. 28.

3 J. J. Bleszyński, *Alternatywne...*, dz. cyt., s. 11.

4 L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin 1982, s. 278.

5 E. Słodownik-Rycaj, *Rozwijanie mowy komunikatywnej dziecka*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, s.14.

Aby zaistniał prawidłowy akt komunikacji, musi wystąpić kilka procesów. Pierwszym z nich jest nadawanie mowy. Czynność ta polega na „przekształcaniu spostrzeżeń, wyobrażeń, procesów myślowych w odpowiednie symbole dźwiękowe”⁶. Podążając za definicją Ireny Styczek, mowa odbywa się za pomocą ruchów będących pod podwójną rolą sygnalizacji zwrotnej. Pierwszą są impulsy proprioceptywne pochodzące od mięśni narządów mowy i odbierane przez okolicę kinestetyczną. Drugą z nich stanowią impulsy słuchowe, pochodzące z wytwarzanych dźwięków i docierające do okolicy słuchowej⁷. Wiele obszarów mózgu uczestniczy w procesie nadawania mowy.

1. Okolica Broki – treściowy aspekt procesu tworzenia wypowiedzi.
2. Pogranicze ciemieniowo-skroniowo-potyliczne: selekcja wyrazów ze względu na ich znaczenie i łączenie.
3. Okolica skroniowa – aktualizacja słuchowych śladów wyrazu.
4. Dolna część okolicy przedruchowej (okolica Broki) – organizacja czynności nadawania mowy w czasie.
5. Dolna część okolicy zarodkowej – analiza i synteza doznań somatostatycznych, ułożeń narządów mowy.
6. Dodatkowe pole ruchowe – dotychczas niepoznana rola w procesie nadawania mowy⁸.

Równie ważny jest odbiór mowy, który polega na „zidentyfikowaniu zasłyszanych dźwięków mowy oraz powiązaniu ich z treścią”⁹. Percepcja mowy zależy od wielu czynników:

1. słyszalność dźwięków,
2. umiejętność różnicowania głosek danego języka – analiza i synteza (słuch fonematyczny),
3. pamięć słuchowa – zdolność do zatrzymywania w pamięci ciągu wyrazów połączonych związkami logiczno-gramatycznymi¹⁰.

Poniższy schemat prezentuje niniejsze funkcje, jakie pełnią obie półkule mózgowie w procesie nadawania i odbioru mowy.

6 I. Styczek, *Logopedia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980, s. 68.

7 Tamże.

8 Tamże, s. 69.

9 Tamże, s. 68.

10 Tamże.

Tabela 1 Funkcje półkul mózgowych w procesie nadawania i odbioru mowy

PÓŁKULA LEWA	PÓŁKULA PRAWA
SPOSÓB PRACY	
Analitycznie, element po elemencie.	Globalnie, całościowo.
PRZETWARZANE BODŹCE	
Przetwarzanie bodźców, które są już znane, a ich identyfikacja związana jest z kierowaniem się związkami logicznymi.	Przetwarzanie bodźców, które są nowe, identyfikując je poprzez podobieństwo fizyczne, biorąc pod uwagę całość kształtu, a nie poszczególne elementy.
MATERIAŁ WERBALNY	
Dźwięki mowy zostają odbierane, następnie rozpoznawane i różnicowane. Zachodzi tu również praca związana z cichym czytaniem oraz rozpoznawanie rymów.	Prawa półkula odpowiada za samogłoski – ich identyfikację i różnicowanie, intonację mowy, jej akcent, kontroluje kierunek naszego czytania.
OGÓLNE ZADANIA	
Odpowiada za „zegar wewnętrzny”, czyli odbiór czasu, a także za wiedzę ogólną o świecie – kieruje pamięcią.	Odpowiada za bodźce przestrzenne, rozpoznaje figury, przechowuje materiał matematyczny oraz informacje muzyczne, a także potrafi je przetwarzać.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie J., Cieszyńska, M. Korendo, Wczesna interwencja terapeutyczna, Kraków 2014, s. 271-272.

Ośrodek Broki znajduje się w płacie czołowym. Jest to lewa dolna okolica przed-ruchowa. Funkcja, którą pełni, polega na ekspresji mowy. Jednak nadawanie wypowiedzi słownych nie jest jej jedyną rolą. Odpowiada również za szereg czynności ruchowych, dzięki którym możliwe jest tworzenie głosek.

Według Brodmanna, niemieckiego lekarza neurologa, okolica Wernickego to pole dwudzieste drugie, natomiast obszar Broki to pole czterdzieste czwarte. Ogólny zarys pól reprezentujących funkcje językowe przedstawia poniższa tabela, opracowana na podstawie mapy pól według Brodmanna¹¹.

11 E. Szelaąg, *Mózgowa organizacja funkcjonowania poznawczego*, w: *Wprowadzenie do neurologopedii*, red. A. Obrębski, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 61-62.

Tabela 2 Pola reprezentacji funkcji mózgowych na podstawie mapy pól Brodmanna

Nr pola	Płat	Nazwa anatomiczna lub związana z czynnością	Funkcja językowa
4	Czołowy	Zakręt przedśrodkowy	Kontrola ruchów dowolnych narządów artykulacyjnych w jamie ustnej
9-12		Okolice przedczołowa	Złożone wypowiedzi słowne, planowanie wypowiedzi
45-44		Okolice ruchowa mowy (Broki)	Ekspresja (nadawanie) wypowiedzi słownych
1-3	Ciemieniowy	Zakręt zaśrodkowy	Kontrola czucia ułożenia narządów artykulacyjnych w jamie ustnej
39		Zakręt kątowy	Czytanie i pisanie
40		Nadbrzeżny	
22	Skroniowy	Tylna część górnego zawoju skroniowego lub okolice czuciowa mowy (Wernickego)	Słuch fonematyczny (fonemowy), rozpoznawanie bodźców językowych i rozumienie mowy słyszanej
41-42		Zakręt skroniowy poprzeczny lub ośrodek słuchu (zakręty Heschla)	Wstępna analiza słuchowej informacji językowej
17-19	Potyliczny	Ośrodek wzroku	Wstępna analiza wzrokowej informacji językowej

Źródło: Szeląg E., „Mózgowa organizacja funkcjonowania poznawczego”, w: Obrębowski A. (red.), „Wprowadzenie do neurologopedii”, Poznań 2012, s. 63.

Należy również wspomnieć, że mowa zależy od myślenia. Dziecko kształtuje mowę poprzez myślenie i działanie. Dowiedziono, iż lepiej przechowuje te informacje, które wiążą się z przeżyciem emocjonalnym. Mowa jest również środkiem ekspresji, jak również impresji powiązanej z naturą zewnętrzną, dźwiękową, analizą myśli, pewnych abstrakcji, które początkowo powstają w głowie¹². Zdolność opanowywania mowy to również poziom inteligencji, jaki posiada człowiek. Dla-

12 M. Młynarska, T. Smereka, *Psychostymulacyjna metoda kształtowania rozwoju mowy oraz myślenia*, WSiP, Warszawa 2000, s. 20.

tę właśnie osoby z obniżonym intelektem mają trudności w artykulacji bądź w ogóle w opanowaniu mowy. Osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną zazwyczaj posługują się różnymi alternatywnymi metodami komunikacji.

W procesie mowy można wyodrębnić wiele składników. Pierwszym z nich jest tekst lub wypowiedź mówiona, mająca melodię, akcent i rytm. Tekst natomiast może być słowny, pisany lub sygnalizowany. Każdy tekst zawiera pewną treść, która powinna mieć strukturę gramatyczną¹³. Drugim elementem mowy jest język. Jest to zespół znaków, którymi posługują się ludzie¹⁴. Według Styczek, „język jest systemem konwencjonalnych znaków i reguł gramatycznych, za pomocą których porozumiewa się pewna grupa społeczna. Znakami języka są wyrazy. Język ma charakter społeczny, trwały i abstrakcyjny”¹⁵.

Język jest oczywiście zjawiskiem społecznym, ponieważ występuje w danej społeczności, narodzie, czasem lokalnej społeczności. Zarówno język, jak i mowa mają charakter dynamiczny. W wypadku języka odnosi się to stwierdzenie do zmian, jakie w nim zachodzą poprzez naleciałości z innych języków, neologizmy czy inne procesy. Natomiast w przypadku mowy chodzi o zmiany, jakie zachodzą w toku rozwoju jednostki. Piaget podkreśla, iż mowa dziecka przechodzi przez odpowiednie fazy:

- sytuacyjną,
- konkretno-wyobrażeniową,
- abstrakcyjną¹⁶.

Pierwsza faza charakteryzuje się tym, że dziecko w swych wypowiedziach podkreśla tylko wykonywaną czynność, spostrzegane przedmioty i osoby. W mowie konkretno-wyobrażeniowej dziecko mówi więcej, zarówno o teraźniejszości, jak i o przeszłości i przyszłości. W tym okresie powstają również krótkie opowiadania. Mowa abstrakcyjna odnosi się natomiast do treści, które wykraczają poza zasięg percepcji¹⁷. Zjawisko mowy jest zatem bardzo zróżnicowane i dynamiczne. Poprzez słownictwo, które się poszerza, gramatykę, opisy, monologi czy dialogi. Ponadto człowiek może wciąż rozwijać i poszerzać swoje umiejętności mowy,

13 G. Jastrzębowska, *Lingwistyczne, biomedyczne i psychologiczne ujęcie mowy*, w: *Logopedia, pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 334.

14 E. M. Minczakiewicz, *Mowa-Rozwój-Zaburzenia-Terapia*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1997, s. 17.

15 I. Styczek, *Logopedia*, dz. cyt., s. 27.

16 J. Piaget, *Mowa i myślenie u dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992, s. 39-42.

17 Z. Gruntkowski, *Gry i zabawy stymulujące rozwój myślenia i mowy*, w: *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dziecka o obniżonej sprawności umysłowej*, red. W.J. Pileccy, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1996, s. 142.

jeśli opanuje inny język, w którym nabędzie zdolności komunikacji. Najistotniejszym zadaniem mowy jest właśnie zdolność komunikowania się z innymi ludźmi. Posiadając znajomość słownictwa i gramatyki, uczymy się komunikować w sposób zrozumiały i właściwy¹⁸.

1.1. Rodzaje komunikacji

Komunikacja jest istotnym elementem życia społecznego i wpływa na wszystkie aspekty rozwoju życia człowieka. Zadając sobie pytanie, czym jest komunikacja, można odpowiedzieć, że jest to środek wymiany informacji między ludźmi. Zachowanie, które występuje we wszystkich grupach społecznych – od grup pierwotnych do wielkich zbiorowości. Niemal codziennie ludzie wyrażają swoje intencje, negocjują, później podejmują decyzje, wyrażają uczucia, zaspokajają potrzebę afiliacji, ale również sprawiają przykrość i cierpienie. Komunikacja jest najczęstszą formą uniknięcia samotności – formą terapii, ponieważ jednostka przekazuje swoje myśli innym. Prawidłowa komunikacja to również proces wymiany myśli i uczuć w rodzinie czy w relacjach partnerskich. Zatem zdolność do prawidłowego przekazywania komunikatów i łatwość komunikowania się są podstawowymi kompetencjami życiowymi człowieka, a ich brak lub niski poziom można nazwać „niepełnosprawnością”¹⁹.

A. Warric wymienia dwa rodzaje komunikatów:

- werbalne,
- pozawerbalne²⁰.

Komunikaty werbalne to inaczej słowa, które wypowiadamy, układając je w odpowiedniej strukturze gramatycznej. Natomiast pozawerbalne to między innymi:

- informacja,
- dźwięki,
- mimika,
- gesty,
- pismo,
- znaki.

18 L. Clark, C. Ireland, *Uczymy się mówić, mówimy, aby się uczyć*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 1998, s. 15.

19 J. Błęszyński, *Alternatywne...*, dz. cyt., s. 15.

20 A. Warric, *Porozumiewanie się bez słów*, ISAAC-Stowarzyszenie na Rzecz Propagowania Wspomagających Metod Porozumiewania się „Mówić bez słów”, Warszawa 1999, s. 2.

Komunikacja pozawerbalna odgrywa bardzo istotną rolę w całym procesie porozumiewania się. Jak zaznacza Muszyńska, „(...) dla prawidłowego komunikowania się potrzebne jest posługiwanie się także informacjami bezsłownymi, choć oczywiście mowa jest w wielu sytuacjach najlepszym środkiem przekazu informacji”²¹.

Istotą komunikacji jest współpraca i kontakt pomiędzy nadawcą i odbiorcą komunikatu. Jak zostało wspomniane powyżej, komunikacja zachodzi przynajmniej pomiędzy dwoma osobami, w określonej sytuacji, gdzie przekazujemy swoje myśli, intencje, wrażenia, emocje, poglądy itp. Tym samym wpływamy na odbiór tegoż komunikatu przez odbiorcę²². Ważna jest zatem współpraca pomiędzy nadawcą i odbiorcą, spójność pomiędzy przekazem werbalnym i niewerbalnym.

Komunikacja jest procesem. Leon Kaczmarek podzielił i uszczegółowił komunikację na porozumiewanie się językowe i niejęzykowe. Poniżej w tabeli przedstawiono niniejszy podział²³.

Tabela 3 Podział komunikacji

Porozumiewanie się językowe	Porozumiewanie się niejęzykowe
Werbalne Pisemne Sygnalizacyjne	Gestowe Mimiczne Głosowe

Źródło: Opracowanie własne za: L. Kaczmarek (1988, s. 23).

Według podziału Leona Karczmarka, zarówno porozumiewanie się językowe, jak i niejęzykowe jest równie istotne. Jeśli wziąć pod uwagę mimikę – jest ona bardzo istotna w wyrażaniu emocji podczas nadawania komunikatu. Dlatego między innymi tak trudno o dobrą komunikację z osobami z zaburzeniami, ze spektrum autyzmu czy też z niepełnosprawnością intelektualną. Podobne wartości przypisujemy gestykulacji. Wiele osób – szczególnie związanych z mediami – uczy się prawidłowej gestykulacji, tak aby komunikat, który przekazują, był jasny i zrozumiały. Zdaniem K. Markiewicz, komunikacja niejęzykowa nie jest czymś

21 E. Muszyńska, *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych*, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, WSiP, Warszawa 1999, s. 141.

22 S. Gajda, *Jak się porozumiewamy?*, w: *Logopedia, pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 19.

23 L. Kaczmarek, *Nasze dziecko...*, dz. cyt., s. 23.

przypadkowym w repertuarze zachowań, a wręcz przeciwnie, spełnia szereg różnych funkcji. Dzięki temu ludzie prezentują swoje postawy, emocje, zwracają uwagę na rzeczy ważne, akcentują, często nawet manipulują odbiorcą, zwracając uwagę gestami na rzeczy istotne tylko dla nadawcy. Dzięki temu, iż człowiek posiada zdolności niejęzykowe, mogły się rozwinąć alternatywne formy artykulacji, takie jak fonogesty, symbole, język migowy czy system językowo-migowy^{24 25 26}.

Szczególnymi użytkownikami komunikacji pozawerbalnej są dzieci oraz osoby niepełnosprawne. Już od urodzenia wysyłają komunikaty do swych opiekunów, które zostają prawidłowo odczytywane do momentu osiągnięcia kompetencji językowych. Dzieci oraz osoby z niepełnosprawnościami są zatem aktywne komunikacyjnie w relacjach z innymi^{27 28}.

„Komunikacja jest jednym z podstawowych fenomenów sytuujących się w centrum międzyludzkich relacji, procesem wyznaczającym i warunkującym różnorodne aspekty życia społecznego”²⁹. Dzięki komunikacji możemy nie tylko skontaktować się z drugim człowiekiem, ale także przekazać nasze stany emocjonalne, co myślimy i czego pragniemy. Należy zwrócić uwagę, że akt komunikacji jest bardzo ważnym aktem psychicznym każdego człowieka³⁰.

1.2. Rozwój mowy

Rozwój mowy u każdego człowieka rozpoczyna się jeszcze w życiu płodowym. Już w tym okresie płód odbiera dźwięki z otoczenia. Ich rejestracja jest jednak możliwa tylko dzięki sprawnemu rozwojowi. Podstawą do odbierania odgłosów z otoczenia jest słuch, dzięki któremu dalsze procesy przyswajania dźwięków są możliwe.

Dźwięki mowy są najbliższymi dźwiękami, z jakimi oswaja się dziecko w łonie matki. To właśnie jej głos jest dziecku najbardziej znany. Tuż po urodzeniu po-

24 K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004, s. 87-88.

25 J. Błęszyński, *Alternatywne...*, dz. cyt., s. 15-23.

26 E. Pisula, D. Danielewicz, *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2008, s. 59-97.

27 A. Smyczek, J. Szwiec, *Wspomagające sposoby porozumiewania się – nauka i rozwijanie umiejętności*, w: *Przewodnik dla nauczycieli i uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym*, cz. I, red. M. Piszczek, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2001, s. 131-132.

28 E. Pisula, D. Danielewicz, dz. cyt., s. 59-97.

29 J. Rzeźnicka-Krupa, *Komunikacja-edukacja-społeczeństwo. O dyskursie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, Impuls, Kraków 2008, s. 124-125.

30 M. Dworzniakowska, *Komunikacja alternatywna w procesie rewalidacji*, w: *Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, red. Cz. Kosakowski, M. Zaorska, Wydawnictwo edukacyjne AKAPIT, Toruń 2000, s. 181-182.

trafi go rozpoznać, dzięki czemu niepokój u dziecka znacznie maleje, a poczucie bezpieczeństwa wzrasta. Można więc wywnioskować, iż bliski kontakt matki i noworodka od samego początku jest bardzo istotny. Nie mówimy tutaj tylko o kontakcie poprzez dotyk, ale także poprzez rozmowę³¹.

Leon Kaczmarek opisuje aktywność, która budzi się w otoczeniu, a w szczególności u matki, po pojawieniu się dziecka. Wpływa ona pozytywnie na rozwój jego mowy i nie tylko. Aktywność ta przejawia się w każdej możliwej sytuacji. Przemawiamy do dziecka nie tylko podczas zabawy, ale także podczas karmienia, usypiania, przewijania, a nawet kąpania. Każda chwila jest dobra, aby wzbudzić zainteresowanie mową, wskazywać jej wzorce oraz towarzyszące jej emocje³².

Od narodzin i pierwszych wydanych odgłosów przed dzieckiem jeszcze długa droga do osiągnięcia pełnej komunikacji. Pierwszy rok życia jest najintensywniejszym etapem w rozwoju mowy dziecka. Noworodek już w chwili narodzin wyposażony jest w możliwości komunikacyjne. To właśnie płacz i krzyk są najistotniejsze, gdyż pozwalają dziecku na zakomunikowanie otoczeniu, że coś dzieje się nie tak. Nie są to jednak odgłosy utożsamione z dźwiękami mowy. Zdarzają się także, pomijając płacz, różnego typu pomrukiwania i mlaskania. Jest to dowód, który świadczy o stopniowym uruchamianiu narządów artykulacyjnych.

Ten pierwszy etap zwany jest gruchaniem bądź głużeniem i stanowi dla nas podstawę dla rozwoju mowy maluszka. Drugi etap nabywania języka nazywamy gaworzeniem. W tym okresie życia dziecka wydawane przez niego odgłosy mogą już w pewnym stopniu przypominać dźwięki ludzkiej mowy. Artykułowane przez maluszka dźwięki w początkowej fazie obejmują jedynie samogłoski. Bardzo ważne jest to, iż gaworzenie u wszystkich dzieci powinno pojawić się w tym samym momencie. Nie mówimy tutaj o konkretnej dobie życia, natomiast okres od piątego do dziewiątego miesiąca życia jest optymalnym czasem, w którym etap ten powinien się pojawić. Musimy pamiętać, iż gaworzenie występuje nie tylko u dzieci, u których rozwój mowy w dalszych etapach rozwija się prawidłowo. Jest to także zdolność występująca u dzieci z zaburzeniami słuchu bądź z niepełnosprawnością intelektualną. Z upływem czasu oprócz samogłosek zaczynają pojawiać się spółgłoski prymarne [p], [b], [m], natomiast w kolejnych etapach następuje łączenie samogłosek ze spółgłoskami, które tworzą pierwsze wyrazy, takie jak: „mama” czy „papa”. Są to najistotniejsze dla dziecka wyrazy. Mimo iż nie są używane intencjonalnie, dziecko obserwuje pewne reakcje otoczenia, które moty-

31 J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2014, s. 162.

32 L. Kaczmarek, *Nasze dziecko...*, dz. cyt., s. 32-34.

wują go do dalszych działań. Zabawa pierwszymi głoskami jest niezwykle ważna. Nazywamy ją gaworzeniem samonaśladowczym, gdyż dziecko bawi się wydawanymi przez siebie dźwiękami, powtarzając je z zaciekawieniem. Dźwięki realizowane przez dziecko stają się tymi charakterystycznymi dla języka macierzystego. Dlatego tak bardzo ważna jest komunikacja werbalna z dzieckiem od samego początku, ponieważ przekazywane przez nas treści pozwalają mu na późniejsze realizacje głosek i ich utrwalanie. Wokalizacje nie mają nadawanych żadnych znaczeń przez dziecko i mimo iż taka sama sytuacja następuje podczas odbioru mowy, która nie jest jeszcze przez niego rozumiana, to warto pamiętać o towarzyszących mowie emocjach, które są przez maluszka odbierane. Na początku być może nie do końca zrozumiałe, lecz wcześniejszy kontakt z emocjami pozwala się z nimi zapoznać i oswoić.

Dopiero ósmy miesiąc życia pozwala dziecku na zdobycie kompetencji rozumienia wypowiedzi słownej o charakterze emocjonalnym. Krótki i czytelny przekaz językowy, poparty gestem oraz odpowiednią mimiką, staje się dla dziecka łatwiejszy do zrozumienia.

Około dziesiątego miesiąca życia niemowlak zaczyna intencjonalnie posługiwać się słowami. W tym miesiącu zaczynają również pojawiać się nowe słowa. Nagły ich wzrost jest bardzo ważnym momentem. Dziecko bowiem ma już możliwość uzyskania korzyści, gdyż potrafi wypowiedzieć swoje oczekiwania poprzez krótkie komunikaty, na przykład „da”, „am”, które stają się dla maluszka słowem kluczowym. Kolejnym ważnym elementem jest przyporządkowywanie słów do poszczególnych desygnatów, co we wcześniejszych etapach mowy nie było realizowane. W mowie dziecko wspomaga się tak zwanym gestem wskazywania palcem, który pojawia się już w dziewiątym miesiącu życia. Gest ten świadczy o tym, iż dziecko jest w pełni gotowe do przyswajania i nauki języka. Towarzyszy mu przy tym pole wspólnej uwagi. Dziecko podąża za wzrokiem i staje się zaangażowane, dzieląc tym samym uwagę z opiekunem. Daje mu to wiele możliwości rozmów, które pozwalają na szerokie poznawanie otaczającego go świata. Wszystkie codzienne sytuacje świadczą o tym, jak bardzo istotna jest interakcja z drugim człowiekiem podczas poznawania funkcjonowania świata wokół nas³³.

Według Tomasello: „Odniesienie językowe jest aktem społecznym, który polega na tym, że jedna osoba próbuje skłonić drugą osobę do skupienia uwagi na czymś w świecie zewnętrznym”³⁴. Jednak wraz z rozwojem naszego malucha gest wskazy-

33 J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna...*, dz. cyt., s. 163-166.

34 M. Tomasello, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005, s. 132.

wania palcem i pole wspólnej uwagi stają się niewystarczające. Pozwala to jedynie na wskazanie przedmiotów znajdujących się w zasięgu ręki lub wzroku. To właśnie język umożliwia nam skierowanie uwagi na to, czego nie mamy w zasięgu własnego ciała.

Do końca pierwszego roku życia nieustannie wzrasta poziom rozumienia wypowiedzianych przez dorosłego krótkich komunikatów. W tym okresie dziecko potrafi zrozumieć kilka słów, a nawet najprostszych poleceń bądź pytań, takich jak: „Gdzie lala?”, „Gdzie tata?”, reaguje także na imiona domowników bądź osób, z którymi jest w częstych relacjach, umie rozpoznać nazwy najczęstszych pokarmów, a czasem nawet nazwy wykonywanych czynności. Mimo iż nie rozumie jeszcze całych zdań, nie powinno to być dla nas wskazówką do zaprzestania zabiegu polegającego na rozmowach z dzieckiem czy skupianiu na nim swojej uwagi. Starajmy się jedynie, aby komunikaty kierowane do dziecka były krótkie i wyraźne, co na pewno pomoże mu w rozumieniu sytuacji, w której się znajduje, oraz pozwoli mu na szybsze powtarzanie krótkich fraz łatwiejszych do przyswojenia. Osoby przebywające z dzieckiem dają mu wzorce językowe. Dlatego właśnie musimy pamiętać o bardzo istotnej kwestii związanej z językiem pomiędzy dzieckiem a matką i najbliższym otoczeniem. Nasza mowa powinna być naturalna, ograniczona w zmiękczenia i zniekształcenia wyrazów, które powodują u dziecka niezrozumiałość wypowiedzianych do niego treści. Ważna jest kontrola artykułowanych słów. Ich zmiana nie przedstawia sposobu mówienia, jakim posługują się na co dzień dorośli. Od samego początku należy pomóc przyswajając dziecku naturalny język, który rozwijać w nim będzie świadomość poprawnie tworzonych dźwięków³⁵.

Tomasello zwrócił uwagę na jeszcze jedną umiejętność, która jest niezwykle istotna w rozwoju języka. Jest to bowiem kompetencja odwracania ról. Opisał to następująco: „W wyniku procesu naśladowania z odwróceniem ról dziecko przyswaja sobie symbol językowy, czyli narzędzie komunikacyjne rozumiane intersubiektywnie przez obie strony interakcji. Taki proces uczenia się gwarantuje więc, że dziecko rozumie, iż przyswojony symbol jest podzielany społecznie, czyli w większości sytuacji dziecko może założyć, że słuchacz zarówno rozumie, jak i może posłużyć się tym samym symbolem”³⁶. Świadczy to więc o tym, iż sam schemat naśladowania spowodowałby, że dziecko kierowałoby symbole tylko i wyłącznie do samego siebie. Hasło „intersubiektywnie” oznacza dostępne dla każdego pod-

35 J. Cieszyńska, M. Korendo, dz. cyt., s. 167.

36 M. Tomasello, dz. cyt., s. 143.

miot. Umiejętność odwracania ról pozwoli na stawianie przez dziecko osoby dorosłej na swoim miejscu, jak i kierowanie przez niego symboli, wytwarzając świadomość, iż druga osoba może posługiwać się takimi symbolami jak ono samo.

Według Antoniego Balejko pierwszy rok życia nazywa się okresem melodii. Jest to stwierdzenie, które pojawia się niezwykle często. Autor wyjaśnia, dlaczego ten etap nazywamy właśnie w ten sposób. Związane jest to bowiem z wcześniej wspomnianymi momentami głużenia i gaworzenia. Głużenie nie jest wyuczone, lecz są to przypadkowe dźwięki wydawane przez dziecko. Gaworzenie natomiast to zabawa głosem, które dziecko słyszy i modeluje według własnych pomysłów. Okres ten związany jest z odkrywaniem możliwości zmiany wysokości tonu głosu lub wsłuchiwanie się w wypowiedzi dorosłych poprzez zabawę. Małe dziecko ma możliwość przyswoić sobie melodię mowy, która dla każdego języka jest indywidualna³⁷.

Rozwój mowy w drugim roku życia skierowany jest na ewolucję w językowym systemie dziecka, która przebiega bardzo szybko. Wzrasta sprawność systemu fonetyczno-fonologicznego, który zostaje zwiększony o coraz to nowsze dźwięki. Na początku jednak zakres słów dziecka jest niewielki, a wypowiedanie ich jest zrozumiałe zazwyczaj dla najbliższego otoczenia. Jeśli zasób słów dziecka jest dość bogaty, świadczy to o dobrej stymulacji ze strony opiekunów i częstych interakcjach. W tym okresie dochodzi do licznych zjawisk w wypowiedziach dziecka, ponieważ motoryka narządów artykulacyjnych nie jest jeszcze dostatecznie dojrzała. Z tego powodu pojawiają się liczne upodobnienia, uproszczenia, substytucje czy metatezy. Nie jest to jednak sytuacja, która powinna martwić rodziców, gdyż zjawiska te wraz z rozwojem sprawności narządów artykulacyjnych samoczynnie ustępują. Użyte przez dziecko słowa mogą mieć nie tylko znaczenie wyrazu, ale również zdania. Dzieci dwuletnie wykonują zabiegi łączenia wyrazów w zdania, dlatego wypowiedany wyraz może oznaczać dla dziecka nie tylko określenie przedmiotu, ale może również wskazywać na zakomunikowanie woli wykonania jakiejś czynności. Przekaz ten jest najczęściej rozumiany jedynie przez osoby, które poświęcają dziecku największą uwagę. Zazwyczaj są to matki. Jest to niezwykle ważne, ponieważ reakcja odbiorcy jest bardzo obserwowana przez nadawcę, który czeka na wpływ swojej wypowiedzi na słuchacza. Jakakolwiek reakcja będzie dla dziecka motywacją do dalszych działań i podejmowania wysiłku. Komunikaty

37 A. Balejko, *Jak pokonać trudności w mówieniu czytaniu i pisaniu*, Dla rodziców i nauczycieli, Białystok 2003, s. 37.

werbalne, które tworzy dziecko, świadczą o rozumieniu przez niego wypowiedzi innych osób.

Mówienie pojawia się w rozwoju jako drugie, zaraz po rozumieniu, a więc budowanie przez dziecko własnych wypowiedzi nie będzie możliwe, jeśli nie będzie ono rozumiało komunikatów dorosłych. W tym etapie bardzo ważna jest komunikacja z dzieckiem poprzez zabawę. Przyporządkowywanie dziecięcym wypowiedziom nowych słów buduje u niego system znaczeń. Jeśli po wyartykułowanych przez siebie realizacjach usłyszysz nowy wyraz, to na pewno przyspieszy to rozwój słownictwa.

W ciągu drugiego roku życia znacznie wzrasta poziom rozumienia przez dziecko wypowiedzi osób dorosłych. Zaczyna rozumieć zdania bardziej złożone, takie jak: „ubierz kurtkę, bo idziemy na spacer”. Muszą to być jednak zdania, które dotyczą sytuacji dobrze znanej dziecku, która powtarza się systematycznie. Ważnym elementem jest bezfleksyjna mowa dziecka. Wypowiedzi realizowane są w trzeciej osobie liczby pojedynczej. Nie świadczy to jednak o nierozumieniu przez niego form odmiennych. Wprowadzenie odmian fleksyjnych pozwala na poznanie przez dziecko ich roli w wypowiedzi. Drugi rok życia to etap, który rozwija się bardzo silnie, dlatego to głównie rodzic bądź opiekun odgrywa istotną rolę. Etap drugi nazywamy także okresem wyrazu³⁸.

Trzeci rok życia to okres, który nazywamy okresem skoku rozwojowego. System językowy rozwija się bardzo szybko. Wzbogacony zostaje nie tylko system fonetyczno-fonologiczny, ale także kategorie gramatyczne. Dziecko nie posiada jeszcze zdolności do wypowiadania samogłosek nosowych oraz głosek dźwiękowych. M. Zarębina pisze o tym w następujący sposób: „system fonologiczny dziecka z początkiem 3. roku życia różni się od takiegoż systemu dorosłych, w zakresie samogłosek, brakiem dystynkcji ustne : nosowe, w zakresie spółgłosek, brakiem dystynkcji zębowe (szczelinowe i zwartoszczelinowe) : dźwiękowe”³⁹.

Pod koniec tego okresu życia zarówno zdania pojedyncze, jak i złożone powinny być przez dziecko poprawnie budowane, nie zawsze jednak tak się zdarza. Wypowiedzi te nie są pozbawione błędów artykulacyjnych czy fleksyjnych, bowiem rozwój tych sprawności rozwija się nadal, a więc często zdarzają się u trzylatka zdania wypowiadane w niepoprawnej formie. Na tym etapie możemy powiedzieć, że dziecko może sprawnie funkcjonować w otaczającym środowisku. Potrafi odpo-

38 J. Cieszyńska, M. Korendo, dz. cyt., s. 171- 174.

39 M. Zarębina, *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław 1965, s. 31.

wiadać na zadawane mu pytania oraz samemu zadawać pytania na tematy, które go interesują. Dziecko ma także zdolność komunikowania swoich potrzeb.

W czwartym roku życia następuje doskonalenie tych umiejętności, które dziecko zdobyło przez pierwsze trzy lata życia. Zaczynają pojawiać się głoski dziażdźwiękowe, warunkując dalszy wzrost fonetyczno-fonologicznego systemu. W tym okresie dziecko ma prawo nie wypowiadać jeszcze głósłki r. Ta realizacja pojawia się między piątym a szóstym rokiem życia. Równocześnie powinna zanikać tak zwana mowa dziecięca, charakłteryzująca się licznymi zmiękczeniami spółgłósłek, które na tym etapie powinny brzmieć zgodnie z normami ortofonicznymi języka ojczystego. Wypowiedzi czterolatka, dzięki stale rozwijającemu się językowi i wzbogacaniu słownictwa, stają się coraz dłuższe oraz nasycone są zabarwieniami emocjonalnymi. Mogą brać się one z naśladownictwa zarówno rodziców, jak i bohaterów bajek czy filmów animowanych. Ważne jest bowiem to, aby dziecko stosowało swoje wypowiedzi adekwatnie względem sytuacji, w której się znajduje. Świadczyć to będzie o zrozumieniu przez niego znaczenia wypowiedzi i jej funkcji w określonym momencie. Czwarty rok życia nasilony jest licznymi pytaniami ze strony dziecka, które wkracza w okres poznawania świata w sposób intensywny. Istotne jest to, aby odpowiadać na nie wyczerpująco. Będą one nie tylko poszerzać jego wiedzę, ale dostarczać właściwych dla danego języka wzorców. Rozmowy prowadzone między dzieckiem a dorosłym mają ogromne znaczenie dla rozwoju nie tylko sfery języka, ale także na kształtowanie się postaw społecznych dziecka oraz komunikacji międzyludzkiej. Dziecko doświadcza dialogu, w którym może uczestniczyć i wcielić się zarówno w rolę nadawcy, jak i odbiorcy, uświadamiając dwa aspekty mowy. Czwarty oraz piąty rok życia dziecka pod względem nabywanych kompetencji językowych nazywamy okresem swoistej mowy.

Piąty oraz szósty rok życia to okres, w którym dziecko nabiera sprawności w posługiwaniu się językiem. Nabywa on pozostałe, nieliczne elementy gramatyczne. Uzupełniony zostaje także system fonetyczno-fonologiczny. W piątym roku życia jedyną brakującą głoską powinna być głoska r, która sama, automatycznie, powinna pojawić się w około szóstym roku życia. Nasilenie zadawanych pytań jest nieco niższe, ale odpowiadanie na nie jest tak samo ważne, jak w czwartym roku życia. Wpływa to pozytywnie na dalszą motywację dziecka do poznawania otaczającej go rzeczywistości, a jednocześnie pozwala na utrzymanie pozytywnej relacji dziecko – rodzic. W szóstym roku życia można dostrzec u dziecka znaczny wzrost kompetencji językowych i komunikacyjnych. Jest to bardzo przy-

datne podczas wkraczania w wiek przedszkolny. Budowanie relacji słownych z rówieśnikami będzie dla dziecka pomocne, a co więcej, pomoże mu uniknąć stresu związanego z nawiązywaniem stosunków międzyludzkich. Stawiane przez nauczycieli zadania nie będą dla dziecka przeszkodą, a nabyte umiejętności na pewno pomogą sprostać wszelkim wymaganiom szkolnym⁴⁰.

Warto również wspomnieć o kompetencjach, jakie może nabywać dziecko już w życiu płodowym. Bardzo ciekawe informacje przekazała na ten temat w swoim artykule Sylwia Zasada. W jej przemyśleniach oraz zebranych przez nią informacjach znajduje się stwierdzenie, iż nabywanie odpowiednich warunków anatomicznych, przygotowanie i osvajanie z mową oraz odbieranie wrażeń dźwiękowych następuje już w okresie prenatalnym. Płód bowiem już w trzecim miesiącu posiada wykształcone narządy fonacyjne i już w około siódmym miesiącu życia płodowego uczy się je stosować. Dziecko w łonie matki potrafi reagować na bodźce akustyczne. Można to dostrzec, gdyż następuje wtedy znaczna zmiana ruchowej aktywności płodu. Autorka wspomina także, iż nadawanie i odbiór wypowiedzi słownych rozwija się dzięki narządowi, które zaczynają istnieć już w czasie życia płodowego⁴¹.

Powyższe zestawienie dotyczące etapów rozwoju mowy ma na celu przypomnienie, iż mowa jest aktem wysoce złożonym, który staje się prawidłowo opanowany przez jednostkę dopiero po sześciu latach życia. Podczas gdy inne funkcje, takie jak np. poruszanie się, jednostka osiąga zdecydowanie wcześniej. Ponadto, jak wynika z poprzednich podrozdziałów, mowa zależna jest od wielu powiązanych ze sobą funkcji mózgu, co powoduje, że uszkodzenie któreś z nich wyłącza możliwość nadawania lub odbioru komunikatu. W związku z powyższym mowa będzie zawsze lub prawie zawsze podlegała procesowi rehabilitacji w przypadku udarów mózgu, chorób neurodegradacyjnych, uszkodzeń mechanicznych czaszki, niepełnosprawności intelektualnej, porażenia mózgowego i innych chorób dotykających układ nerwowy.

40 J. Cieszyńska, M. Korendo, dz. cyt., s. 178-179, 182-185, 189-190.

41 S. Zasada, *Rozwój mowy dziecka*, „Czasopismo internetowe Logopeda” 2007, nr 1 (4), s. 199.

2. JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

2.1. Niepełnosprawność – charakterystyka i geneza pojęcia

Osoby, które na skutek udaru niedokrwiennego, udaru krwotocznego, urazu czaszki, chorób neurodegradacyjnych, wypadków komunikacyjnych lub innych utraciły sprawność, stały się osobami z niepełnosprawnością.

W literaturze przedmiotu znaleźć możemy wiele definicji niepełnosprawności od bardziej ogólnych do definicji formułowanych dla konkretnych celów i tak np.: Światowa Organizacja Zdrowia definiuje ją jako: *wszelkie ograniczenie lub wynikający z uszkodzenia brak zdolności wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka*¹.

W myśl art. 2 pkt 10 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, niepełnosprawność oznacza *trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy*².

Osoba niepełnosprawna zgodnie z Deklaracją Praw Osób Niepełnosprawnych z 1975 r. to taka, *która w wyniku deficytu swoich fizycznych lub umysłowych zdolności, wrodzonych lub nabytych, nie jest w stanie zapewnić sobie, częściowo lub całkowicie, warunków koniecznych do indywidualnego lub społecznego życia*³.

Natomiast Międzynarodowa Organizacja Pracy określa osobę niepełnosprawną jako jednostkę, *której szanse uzyskania, utrzymania i awansu we właściwym zatrudnieniu są poważnie ograniczone na skutek fizycznej lub psychicznej niepełnosprawności oficjalnie orzeczonej*⁴.

Może zatem wystąpić niepełnosprawność z przyczyn fizycznych, intelektualnych lub umysłowych, stanów chorobowych lub chorób psychicznych. Takie zaburzenia, stany lub choroby mogą być trwałe lub przejściowe, całkowite lub częściowe. Liczba osób niepełnosprawnych wciąż rośnie, stanowiąc swego rodzaju paradoks rozwoju cywilizacji. Stąd W. Dykcik określa, że niepełnosprawną jest osoba, „której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza albo uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych

1 *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, tom III, red. E. Różycka, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2006, s. 646.

2 Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997, Nr 123, poz. 776.

3 D. Apanel, *Teoria i praktyka kształcenia integracyjnego w Polsce w latach 1989 – 2012*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2014, s. 143.

4 D. Apanel, dz. cyt., s. 39.

zgodnie z normami prawnymi i społecznymi”⁵. Natomiast A. Hulek definiuje osobę niepełnosprawną jako jednostkę, która z powodu fizycznych (motorycznych lub sensorycznych), somatycznych lub psychicznych właściwości i warunków, napotyka na poważne trudności w życiu osobistym, w rodzinie, w szkole, w zakładzie pracy i w czasie wolnym⁶. Mówiąc o osobach niepełnosprawnych, mamy zatem na myśli osoby, które utraciły zdolność do wypełniania przypisanych funkcji na poziomie psychologicznym, biologicznym i społecznym⁷. Niepełnosprawność jest zjawiskiem, które można rozpatrywać na wielu płaszczyznach, a najdotkliwiej odczuć można ją w interakcji ze społeczeństwem.

W ostatnich latach dużym zmianom uległo podejście osób zdrowych do osób z niepełnosprawnością, co jest niewątpliwie skutkiem zachodzących zmian w świadomości społecznej oraz zmian cywilizacyjnych. Osoby niepełnosprawne postrzegane dotychczas były poprzez swoje ograniczenia, a także choroby. Obecnie, zamiast skupiać się na aspekcie biomedycznym, przywiązuje się większą wagę do aspektu społecznego. Zmiany te zachodzą pod wpływem m.in. międzynarodowej i unijnej ochrony praw człowieka. Pozytywne zmiany w podejściu do osób z niepełnosprawnością można już zauważyć w terminologii, gdzie pojęcia: osoba ułomna, kaleka, inwalida zostały wyparte przez określenie: osoba z niepełnosprawnością⁸.

W modelu medycznym niepełnosprawność traktowana jest jako konsekwencja choroby. W modelu społecznym natomiast przyczyn niepełnosprawności poszukuje się w środowisku społecznym, istniejących uprzedzeniach, niedostosowaniu systemu transportu czy segregacyjnej edukacji, a także trudnościach w dostępie do rynku pracy. Problem nie istnieje w jednostce, a w otaczającym środowisku i postawach otoczenia. Zmiany cywilizacyjne, rozwój nauki, technologii i innych dziedzin życia naruszyły dotychczasowe systemy i wskazały, że każde istnienie ludzkie ma sens. Wpływ na taki stan rzeczy miały instytucje wspierające osoby z niepełnosprawnością, które wprowadzały nowe wartości, a także system społeczny, który pozwolił na umiejscowienie siebie w strukturach społecznych i pozwolił dostrzec możliwości. Nie bez znaczenia są wyznawane

5 W. Dykciak red., *Pedagogika specjalna*, wyd.7, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007, s. 15.

6 A. Nowak, *Wybrane zagadnienia i prawne aspekty niepełnosprawności*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”,aków 1999, s. 10.

7 S. Kowalik, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Biblioteka Pracownika Socjalnego „Interart”, Katowice 1999, s. 25-26.

8 E. Maj, *Osoby niepełnosprawne w Polsce – wykluczone, równe czy uprzywilejowane*, w: *Niepełnosprawność niejedno ma imię*, red. J. Rottermund, K. Czupryna, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2013, s. 117-119.

przez środowisko wartości, grupy rówieśnicze, sąsiedzko-lokalne. Zmiany nastawienia do osób z niepełnosprawnością są szczególnie widoczne w stosunku do osób z niepełnosprawnością fizyczną, jeśli mówimy o niepełnosprawności intelektualnej to nastawienie nie jest tak wyraźnie pozytywne. Wynika to z faktu, iż o ile osoby z niepełnosprawnością fizyczną mają współcześnie możliwość rozwoju zawodowego, o tyle dla osób z niepełnosprawnością intelektualną istnieją ułatwienia życia codziennego, pozwalające zorganizować sobie samodzielnie sytuacje domowe, lecz niestety coraz mniej jest możliwości zawodowych dla osób z takimi ograniczeniami⁹.

Teoretycy, mówiąc o niepełnosprawności, zwracają uwagę na wiele jej aspektów. Każdy mógłby stworzyć swoje pojęcia i kryteria, stąd tylko nieliczne przetrwały lata i funkcjonują w społeczeństwie. Na przestrzeni lat zmieniało się podejście do osób z niepełnosprawnością, a co za tym idzie, podejście teoretyków i praktyków, a w konsekwencji całego społeczeństwa.

2.2. Koncepcje przedstawiające jakość życia

Jakość życia nie jest zjawiskiem jednorodnym, tak jak nie jest jednorodnym fenomen samego życia. Życie, jako pojęcie podstawowe, jest w równym stopniu naukowo niedefiniowalne jednoznacznie, co intuicyjnie zrozumiałe dla każdego (...)¹⁰. A. Bańka

Jak zostało przedstawione powyżej, osoba, która doznała udaru, staje się osobą niepełnosprawną, co w konsekwencji zmienia jej jakość życia. W związku z tym należy bliżej zapoznać się z niniejszym pojęciem. Otóż jakość naszego życia zmienia się w ciągu życia również w odniesieniu do miejsca, czasu i przestrzeni, ale pewne subiektywne odczucia jakości życia są nieimienne, co zostanie zaprezentowane w niniejszym rozdziale.

W naukach psychologicznych i pedagogicznych najczęściej można się spotkać z zagadnieniami związanymi z badaniami poczucia *sensu* życia. Pojęcia *sens* i *jakość życia* są ze sobą silnie powiązane, wyrażane w formie doświadczalnej, powiązanej

9 K. Ferens, *Źródła kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych*, w: *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*, red. G. Miłkowska, B. Olszak-Krzyżanowska, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008, s. 100-101.

10 *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, red. A. Bańka, R. Derbis, Poznań – Częstochowa, 1994, s. 19.

z realizacją celów życiowych, zastanawiania się: po co i jak żyć?¹¹ Zarówno sens egzystencji, jak i jej jakość są ze sobą silnie powiązane i trudno tutaj rozstrzygnąć, które z nich bardziej wpływa na drugie i które jest istotniejsze w życiu człowieka. Wielość uwarunkowań może leżeć u podstawy odczuwania sensu oraz zadowolenia z życia, odczuwania wysokiej jakości^{12 13}. Sens oraz jakość życia można łączyć z ogólnym przeświadczeniem jednostki o sensie egzystencji, podtrzymują jej motywację i siłę życiową i wiążą się z takimi treściami życia, jak: refleksja, nadzieja, zaufanie, perspektywa życiowa, miłość, dobro, życzliwość, wolność, absolut, zaangażowanie, itp.¹⁴. Wieloaspektowość terminu oraz wykorzystanie go w tak wielu dziedzinach sprawiają, że należy starannie określić, w jaki sposób będzie on rozumiany. Tym samym można traktować jakość życia bardzo szeroko i pojemnie oraz wąsko, ograniczając je do określonych elementów życia¹⁵.

Wiele terminów jest zbliżonych do pojęcia *jakość*, między innymi pojęcie *szczęście*, *dobrostan*, *satysfakcja z życia*, *samopoczucie*. Badania nad satysfakcją czy poczuciem szczęścia dotyczyły obszaru, który dziś nazywamy jakością życia. Jednakże badania prowadzone nad poczuciem szczęścia były wycinkowe, opierały się na doświadczeniu emocji, a nie całościowym, ogólnym zadowoleniu z życia. Przełomu dokonał psycholog społeczny Campbell, który w 1971 po raz pierwszy przeprowadził badania nad ogólną jakością życia. Od tego momentu zaczęto prowadzić badania nad tym zjawiskiem. Natomiast terminologiczna różnorodność powoduje, iż badania prowadzone nad jakością życia nie zawsze diagnozują samo zjawisko. Sadowska pisze: „Metaforycznie można powiedzieć, że jakość życia to wielogłowy stwór, tajemniczy i zagadkowy. Historia jakości życia to historia ścierań się ujęć dawnych z nowymi, poglądów przedstawicieli jednej dyscypliny z poglądami przedstawicieli innych dyscyplin nauki. Mimo tych sporów jakość życia jest figurą retoryczną, która łączy różne środowiska naukowe. Większość

11 U. Dębska, *Podjąć wyzwanie. W kontekście dynamiki wartościowania, sensu i jakości życia osób niepełnosprawnych*, w: *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne*, red. B. Bartosz, J. Klebaniuk, Wydawnictwo Jakpol, Wrocław 2006, s. 110.

12 M. Straś-Romanowska, *Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstawy teoretyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1992.

13 M. Straś-Romanowska, *Jakość życia w perspektywie psychologicznej*, w: *Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*, red. J. Patkiewicz, Studio Wydawniczo-Typograficzne „Typo-script”, Wrocław 2004, s. 15-22.

14 R. J. Piotrowicz, *Jakość życia w widzeniu osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym*, w: *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej dorosłości*, red. J. Głodakowska, A. Giryński, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2004, s. 50.

15 R. A. Kane, *Quality of life*, w: *Encyclopedia of Public Health*, Vol. 3, red. L. Breslow, Macmillan Reference USA, New York, 2002, s. 1003.

ośrodków naukowych, stowarzyszeń i organizacji na całym świecie zajmujących się badaniami nad jakością życia ma charakter interdyscyplinarny. Wiele projektów badawczych opracowano przy współpracy różnych nauk¹⁶. W praktyce koncepcja jakości życia jest bardzo użyteczna ze względu na możliwości wykorzystania jej nie tylko do oceny komfortu egzystencji danej jednostki, ale również do oceny funkcjonowania wszelkich instytucji. Dlatego też badania tego typu przyczyniają się do poprawiania modelu rehabilitacji organizowanego dla tych osób, będąc jednocześnie wyrazem podmiotowego spojrzenia na funkcjonowanie człowieka i dążenia do poprawy jego życia¹⁷.

Geneza koncepcji jakości życia

Genezy jakości życia należy poszukiwać już w starożytności. Arystoteles określił szczęście jako największe dobro człowieka, co oznaczało cnotliwe życie¹⁸. Odniósł on jakość do formy bytu. Oznacza to, iż jakość wiąże się z pewną formą egzystencji konkretnego bytu. Podobnie pojmowali jakość Kartezjusz i Spinoza. Zachowując istotę rzeczy, filozofowie ci zmieniali właściwie jedynie terminologię. W tej interpretacji jakość jest takim a nie innym egzystowaniem formy, tego najbardziej podstawowego elementu każdego istniejącego przedmiotu i podmiotu. Oznacza to, że na przykład kolor skóry nie wpływa na sposób reagowania, które jest zawsze odpowiedzią na konkretnego człowieka, a niski wzrost czy upośledzenie nie narusza godności człowieczeństwa. „Taka czy inna jakość życia nie degraduje człowieka, nie podważa jego godności, wyjątkowej pozycji wśród stworzeń, pozwala mu jedynie funkcjonować na innych poziomach, w innych obszarach gromadzenia nowych doświadczeń, ubogacania się, choć w odmienny sposób”¹⁹. Reasumując, termin „jakość” jest w filozofii ujmowany jako „kategoria bytu doskonaląca substancję w aspekcie formy”, z przejawami jakości wskazującymi na celowość bytu. Szerzej, jakość jest wszelką determinacją rzeczy możliwą do przypisania podmiotowi i także każdą przypadłością substancji²⁰.

Pojęcie jakość życia QOL (ang. *Quality of Life*) pojawiło się w słowniku amerykańskim dopiero po II wojnie światowej, kiedy to szybki rozwój medycyny po-

16 Sł. Sadowska, *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2006, s. 16.

17 A. Zawiaślak, *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*, Difin SA, Warszawa 2011, s. 42.

18 A. Kamiński, *Aktywizacja i uspołecznienie uczniów w szkole podstawowej*, Warszawa 1996, s. 75.

19 A. Zawiaślak, dz. cyt., s. 78.

20 *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2004, t. 5, s. 172.

zwolnił na to, iż wydłużyła się średnia życia, natomiast niekoniecznie polepszyła się jego jakość²¹.

Badania nad jakością życia są ściśle związane z rozwojem koncepcji zdrowia. Rozwój koncepcji zdrowia i związanych z nim pomiarów jakości życia podążał dwutorowo. Pierwszy nurt opierał się na definicji zdrowia rozumianej jako brak uszkodzeń organów w organizmie²². Drugi nurt wywodził się z wprowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) definicji, gdzie „zdrowie stanowi pełnię dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego”. Najbardziej znane skale wywodzące się z tego nurtu to Sickness Impact Profile (SIP), Short Form General Health Survey (MOS) oraz Quality of Well – Being Scale (QWB). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (ICDH-1)²³. Opierając się na tej klasyfikacji, stworzono model następstw choroby.

Rycina 1 Model następstw choroby



Źródło: Opracowanie własne za: Jaracz, 2001.

Pierwszą skalę skonstruowali w 1948 roku David A. Kornofsky i Joseph H. Burchenal. Służyła ona do określenia stanu fizycznego pacjenta oraz wywiązywania się z określonych ról społecznych. Jednymi z pierwszych, którzy użyli określenia jakości życia (QOL), byli amerykańscy ekonomiści Samuel Ordway (1953) oraz Fairfield Osborn (1954), którzy wyrazili swój niepokój o bezpieczeństwo ekologiczne w sytuacji nieograniczonego wzrostu gospodarczego kraju. Od połowy lat 60. wzrasta zainteresowanie pojęciem jakości życia wśród specjalistów z zakresu nauk społecznych.

Dopiero w 1971 roku został zainicjowany program naukowy dotyczący precyzyjnego opisu psychologicznych aspektów życia ludzi, którego twórcą był Campbell. Jego intencją było skonstruowanie ilościowej miary oceniającej

21 S. Achmedzai, *Quality of life research In the European palliative care setting*, w: *Effect on cancer on quality of life*, red. D. Osoba, CRS. Press Inc. London Andrews, F., and Robinson, J., *Measures of Well – Being*, In Robinson John, Philipp Shaver and Lewerence Wrihstman, *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*, Academic Press: San Diego, California, 1991, ss. 61-115.

22 K. Jaracz, *Jakość życia w naukach medycznych*, w: *Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, red. Z. Melosik, Wydawnictwo Naukowe AM, Poznań 1999, s. 209-224.

23 Tamże, 2001, s. 209-224.

zmiany, jakie dokonują się w życiu ludzi, głównie w zakresie jednego aspektu, wspomnianego już wymiaru psychologicznego. Campbell pisał, że warunki życia człowieka oddziałują w takim stopniu na jego zadowolenie, w jakim mogą determinować jego doświadczenie życia²⁴. W wyniku kilkuletnich prac Campbell wraz Conversem i Rodgersem opracowali Skalę Jakości Życia, zawierającą siedmiostopniową skalę oceny i kilkanaście dziedzin życia²⁵.

Stanisław Kowalik, dokonując analizy, wyróżnił cztery nurty, które w historii badań nad jakością życia występowały po sobie:

- prototeoretyczny: jedynie wycinkowa analiza aspektów życia połączona z zadowoleniem z życia ujmowanym dość ogólnie;
- pragmatyczny: uogólniona oraz refleksyjna opinia o dotychczasowych powodzeniach i niepowodzeniach życiowych;
- normatywno-ideologiczny: uwypuklenie szczególnych właściwości otoczenia społecznego oraz realizacja możliwości rozwojowych człowieka w tym otoczeniu;
- teoretyczno-psychologiczny: jako złożony konstrukt psychiczny uwzględniający różne modalności psychiczne, dyspozycja do określonego przeżywania świata i formułowania zadań życiowych²⁶.

Definicje jakości życia

W literaturze możemy odnaleźć dziesiątki, a nawet setki definicji dotyczących jakości życia, natomiast powoduje to raczej więcej niejasności w tym przypadku. Badacze podkreślają, iż wiele definicji jest podobnych do siebie, mimo tego, że są pochodną różnych teorii społecznych, między innymi Goode (1994).

Punktem wspólnym są takie elementy, jak: *ogólne poczucie dobrostanu, ilościowości sprzyjające realizacji potencjalności oraz odczuwanie pozytywnego zaangażowania społecznego*. Podkreślają też *perspektywę jednostkową i koncentrują się na subiektywnej percepcji czynników ją dookreślających*²⁷.

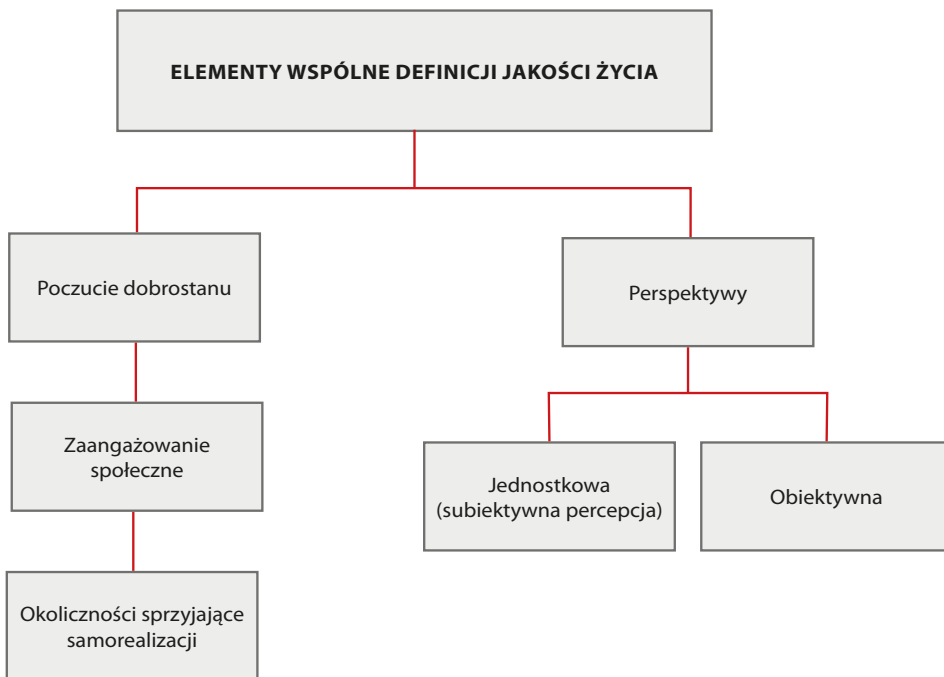
24 E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Wydawnictwo Media Rodzina, Warszawa 2001, s. 25-89.

25 St. Kowalik, *Jakość życia psychicznego, w: Jakość rozwoju a jakość życia*, red. R. Derbis, Wydawnictwo WSP, Częstochowa 2000, s. 23-30.

26 A. Zawiślak, dz. cyt., s. 43.

27 W. Otrębski, *Osoby z upośledzeniem umysłowym w sytuacji pracy. Psychospołeczne korelaty poziomu kompetencji zawodowej osób z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001, s. 93.

Rycina 2 Punkty wspólne przy definiowaniu jakości życia.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Otrębski, 2001, s. 93.

Z uwagi na wielowymiarowość zjawiska jakości życia i jego niejednorodność definicyjną poniżej zostanie zaprezentowana taksonomia tego terminu za Faraquar²⁸. Podzieliła ona wszystkie definicje na dwie grupy:

- **1 grupa – definicje skonstruowane przez ekspertów:**
 - definicje globalne;
 - definicje złożone;
 - definicje specyficzne;
 - definicje mieszane.

- **2 grupa – definicje sformułowane przez laików.**

²⁸ K. Jaracz, dz. cyt., s. 216-220.

Definicje globalne odwołują się do ogólnego poczucia szczęścia, satysfakcji życiowej, sensu życia. Jedną z takich definicji stworzyli Dalkey i Rourke, gdzie jakość życia to poczucie dobrostanu, satysfakcji, szczęścia²⁹.

Drugi typ to definicje złożone, przykładem może być tu definicja ujmująca jakość życia jako ogólny dobrostan (dobre samopoczucie), na które składają się obiektywne wyznaczniki i subiektywna ocena fizycznego, materialnego, społecznego, produktywnego, emocjonalnego i cywilnego dobrostanu, dokonywana zgodnie z posiadanymi wartościami³⁰. Złożoną definicję jakości życia przytacza Skrzypek, która podaje, że jakość życia człowieka to „suma jego starań, zmagania, walki toczony często z samym sobą, to umiejętność podejmowania decyzji i przyjmowania ich konsekwencji z całą odpowiedzialnością. To także jakość postrzegana przez otoczenie, przejawiająca się w tym jak mieszkamy, jak się ubieramy, czym jeździmy, jak się odżywiamy, jak spędzamy czas wolny, jak odnosimy się do innych ludzi, czy otwarci jesteśmy na ludzkie problemy itp. Innymi słowy jakość życia przekłada się na jakość jednostki ludzkiej”³¹.

Definicje specyficzne w swoisty sposób są skoncentrowane na wybranych komponentach, takich jak na przykład zdrowie. Jedną z nich jest definicja wypracowana na gruncie nauk medycznych – *health related quality of life* (HRQL), którą wprowadził Schipper. Jakość życia to funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia. Innymi słowy jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia³². Peterman i Cella³³ podają poszerzoną listę wymiarów, zaliczając do nich:

- dobrostan fizyczny, w tym odczuwalne dolegliwości;
- dobrostan funkcjonalny, wyrażający się zdolnością do uczestniczenia w codziennej aktywności związanej z pracą i odpoczynkiem;
- dobrostan emocjonalny, obejmujący pozytywne i negatywne stany uczuciowe;
- zdolność do podtrzymania relacji i kontaktów rodzinnych;
- funkcjonowanie w rolach społecznych oraz satysfakcja z ich pełnienia;
- satysfakcja leczenia;
- sfera intymności, obraz własnego ciała.

29 K. Jaracz, dz. cyt., s. 209-224.

30 W. Otrębski, dz. cyt., s. 94.

31 Tamże, s. 95.

32 St. Steuden, W. Okła, P. Puzon, *Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii*, w: St. Steuden, P. Okła red., *Jakość życia w chorobie*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 6.

33 A. H. Peterman, D. Cella, *Quality of life*, w: *Encyclopedia of Psychology*, Vol. 6., red. W. A. Kazdin, Oxford University Press-America Psychological Association, Oxford 2000, s.401-495.

Kolejny typ definicji to definicje mieszane, zawierające elementy definicji typu pierwszego i drugiego. Prezentacją tego typu definicji może być jakość życia określona przez Lawtona – „Jakość życia to wielowymiarowa ocena poprzez pryzmat interpersonalnych i socjonormatywnych kryteriów systemu człowiek – środowisko w kontekście teraźniejszości, przeszłości i antycypowanej przyszłości”³⁴.

Najczęstsze elementy zawarte w definicjach jakości życia to obiektywne warunki życia oraz subiektywna ich ocena, a także samopoczucie czy też dobrostan jednostki oraz jej pogląd na świat i system wartości³⁵.

Poniżej przedstawiono kilka przykładowych definicji:

Jakość życia to sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyją, oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Zatem jakość życia to tyle, co kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także osobistych wierzeń i przekonań³⁶.

Niniejsza definicja podkreśla, że istotnym czynnikiem oprócz stanu zdrowia czy stanu emocjonalnego jest niezależność, odpowiedzialność za własne życie, samostanowienie. Niejednokrotnie pomijane elementy w ocenie jakości życia osób niepełnosprawnych.

Jakość życia można określać jako całościową koncepcję składającą się z psychicznego i społecznego działania oraz czynników fizycznych i korzystnych aspektów dobrego samopoczucia, jak również z **elementów negatywnych**, spowodowanych chorobą i niepełnosprawnością³⁷.

Poza obszarami ujętymi powyżej jakość życia uwzględnia również takie obszary, jak: seksualność, uczestnictwo w kulturze i duchowość. Obecnie jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia kształtują trzy nurty: nurt medyczny, nurt społeczny

34 K. Jaracz, dz. cyt., s. 4.

35 A. Firkowska-Mankiewicz, *Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie – prezentacja QOL – Kwestionariusz Jakości Życia*, „Sztuka leczenia” 1999, Nr (5), 3, s. 16.

36 A. Zawisłak, dz. cyt., s. 43.

37 Tamże, s. 48.

i nurt etyczny. Odnosi się bezpośrednio do stanu zdrowia jednostki, ogólnego samopoczucia, poziomu funkcjonowania. Można ją określić jako zdolność do radzenia sobie z codziennymi zadaniami, co odzwierciedla dobre samopoczucie człowieka w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, oraz satysfakcji z jego funkcjonowania we wszystkich obszarach życia, a także kontroli nad chorobą i objawami związanymi z zastosowaniem sposobu leczenia.

Jakość życia to ogólna egzystencja jednostki, grupy lub społeczności opisująca istotę życia poprzez pomiar czynników obiektywnych i odczuwalnych subiektywnych, dokonywany przez jednostkę, grupę lub społeczność³⁸.

Jakość życia jest koncepcją odzwierciedlającą posiadaną kondycję życiową w stosunku do ośmiu zakresów: dobrostan emocjonalny, stosunki interpersonalne, dobrostan materialny, rozwój osobisty, dobrostan fizyczny, autonomia, integracja społeczna jednostki³⁹.

Jakość życia to stopień wykorzystywania przez jednostkę własnych możliwości życiowych⁴⁰.

Robert Schalock podaje podstawowe założenia, które w literaturze uznaje się za uzgodnione. Przyjmuje się, że jakość życia:

- zawiera te same czynniki i relacje zarówno dla osób niepełnosprawnością, jak i pełnosprawnych;
- jest doświadczalna, gdy jednostka na równych prawach może dążyć do realizacji i osiągać podstawowe swe potrzeby i cele w środowisku rodzinnym, społecznym i zawodowym;
- ma zmienny charakter w biegu życia jednostki;
- związana jest z kulturą i dziedzictwem danej grupy etnicznej;
- bazuje na wartościach szczególnie ważnych dla odbiorcy i jego rodziny;

38 B. Lindstrom, *The essence of existence: on the quality of life of children in the Nordic countries*, Nordic School of Public Health, Goteborg 1994, s. 43.

39 R. L. Schalock, *Three Decades of Quality of Life*, Focus of Autism and Other Developmental Disabilities, 2000, Nr (15), 2, s. 121.

40 R. Renwick, I. Brown, *Being, belonging, becoming: The Center for Health promotion model of quality of life, w: of life in promotion and rehabilitation. Conceptual approaches, issues, and application*, red. R. Renwick, I. Brown, M. Nagler, Quality Sage Publication, London 1999, s. 158.

- jest koncepcją uzgadnianą przez szeroki krąg osób reprezentujących różne punkty widzenia, takich jak odbiorcy, ich rodziny, zwolennicy, profesjonaliści, organizatorzy usług rehabilitacyjnych.

2.3. Obiektywna i subiektywna ocena jakości życia

Podjmując zagadnienie jakości życia, które narodziło się współcześnie na gruncie nauk medycznych, można stwierdzić, że jest ono konsekwencją zwrotu w kierunkach holistycznej koncepcji natury człowieka i próbą włączenia jego subiektywnej oceny w proces terapeutyczny. Interdyscyplinarny charakter koncepcji jakości życia wymagał więc przyjęcia szerszej perspektywy niż tylko koncepcje zdrowia i choroby, co w konsekwencji dało wprowadzenie subiektywnego i obiektywnego wymiaru jakości życia.

Ocena obiektywnego aspektu jakości życia

Problematyka jakości życia często jest przedstawiana w aspekcie subiektywnym, odnoszącym się do stanów wewnętrznych człowieka, indywidualnego sposobu wartościowania rzeczywistości, uwzględniająca osobisty układ hierarchii ważności potrzeb. Natomiast obiektywny aspekt poczucia jakości życia człowieka odnosi się do kryteriów zewnętrznych, mających wpływ na podejmowane przez człowieka zadania oraz na sposób odbioru rzeczywistości. Do aspektu obiektywnego zalicza się najczęściej uwarunkowania makrostrukturalne, takie jak system polityczny, prawny, ekonomiczny państwa czy politykę społeczną, oraz mezostrukturalne, czyli funkcjonowanie instytucji społecznych, służb administracyjnych i komunalnych, również czynniki dotyczące warunków poziomu życia człowieka, jego pozycji społecznej, wykształcenia, struktury i stanu organizmu⁴¹.

Początkowo zajmowano się badaniem obiektywnych elementów życia, z uwagi na obszar badań, jakim były warunki ekonomiczne. Od czasu II wojny światowej przeważającą metodą mierzenia postępu ludności jest metoda ekonometryczna, a wskaźnikiem, który mierzy dobrobyt, jest dochód narodowy brutto. Ponadto Program Rozwoju UNDP Indeks Rozwoju Społeczeństwa (Human Development Index) uwzględnia dodatkowe wskaźniki, takie jak: śmiertelność niemowląt, długość życia ludności, umiejętność czytania i pisanania, ogólny poziom

41 H. Sęk, *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993, 2, s. 110-118.

wykształcenia czy dostęp do środków masowego przekazu. Niniejsze wskaźniki mają na celu zmierzyć jakość życia danego społeczeństwa⁴².

Wprowadzano również wiele innych systemów, które miały na celu oszacowanie jakości życia. Zazwyczaj polegały one na stosowaniu mierników taksonomicznych, a koncepcje nawiązywały do mierników dobrobytu społecznego, które rozwinięte zostały w latach pięćdziesiątych, a swój szczyt przeżywały w latach 60. XX stulecia. Mierniki dobrobytu społecznego koncentrują się na próbach określenia stopnia zaspokojenia potrzeb społecznych. Generuje ono jednak pewne problemy. Po pierwsze – w jaki sposób sklasyfikować i wyodrębnić potrzeby, po drugie – ważny jest też sposób realizacji zaspokojenia danej potrzeby i sposób mierzenia tego zaspokojenia. Po trzecie trzeba również podjąć problem interpretacji otrzymanych wyników⁴³.

W momencie wkroczenia nauk medycznych doszło do uzupełnienia obrazu o elementy subiektywne. W miarę rozszerzania się zainteresowań tym obszarem o nauki psychopedagogiczne i socjologiczne, większe znaczenie zaczęto przypisywać przeżyciom ludzkim, a za kluczowe, rozstrzygające uznawać subiektywne doświadczenia jednostki i jej ocenę własnego życia⁴⁴.

Jakość życia w kategoriach obiektywnych to zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury, obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną. Pośród tych wyznaczników mieści się również struktura organizmu człowieka i poziom funkcjonowania jego układów biologicznych. Aleksandra Zawiślak zaznacza, że szczególne miejsce wśród czynników jakości życia przypisuje zdrowiu, w tym stan opieki zdrowotnej czy dostępność do świadczeń medycznych. W wypadku określenia obiektywnej jakości życia człowieka obejmującej warunki życia i potrzebne człowiekowi do rozwoju i egzystencji, należy określić, jakie są aktualne potrzeby jednostki oraz czy istnieją możliwości ich zaspokojenia⁴⁵.

Wskaźniki obiektywne obejmują całe zbiorowości lub warunki życia poszczególnych osób odniesione do społecznych kryteriów wartościowania. W odniesieniu do takich kryteriów jak: złe – dobre, pożądane – niepożądane, pozytywne – negatywne.

42 B. Wejnert, *Problematyka subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia w badaniach amerykańskich*, w: *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*, red. A. Wachowiak, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, s. 46.

43 T. Borys, *Jakość życia jako kategoria badawcza i cel nadrzędny*, w: *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*, red. A. Wachowiak, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, s. 28.

44 A. Zawiślak, dz. cyt., s. 48.

45 H. Sęk, *Jakość życia a zdrowie*, dz. cyt., s. 110-118.

Mówiąc o jakości życia, można rozróżnić kilka kategorii:

- Poznawczo-przeżyciowa – podmiot jest najważniejszym źródłem informacji i danych na temat jakości swojego życia⁴⁶. Struktura przeżyciowa, indywidualne podejście do życia, potrzeby, system wartości i wiele innych mają wpływ na to, w jaki sposób jednostka pojmuje sens życia.
- Relacja podmiot – otoczenie, czyli w jaki sposób otoczenie wpływa na pojmowanie jakości życia. Człowiek jako jednostka zawsze dostosowuje się w jakiś sposób do wymagań, jakie stawia mu otoczenie, są to normy społeczne, wartości kulturowe, ideowe i inne, którym należy się w pewien sposób podporządkować, ale też należy do nich dążyć. Człowiek musi wybierać pomiędzy swoimi pragnieniami a pragnieniami, które „powinien” mieć według otoczenia, pośród którego przebywa. Według Obuchowskiego, człowiek sam powinien sobie wartościować cele i dążenia w odrębności od kultury i społeczeństwa. Nasuwa się pytanie, czy poczucie sensu życia jest budowane na indywidualnych pragnieniach, czy na wymogach stawianych przez współczesną kulturę⁴⁷.

Ocena subiektywnego aspektu jakości życia

Subiektywne czynniki opisu jakości życia pojawiają się w większości teorii psychologicznych i filozoficznych. Zakładają one, że każdy z nas jest najlepszym ekspertem od swojego życia i powinien prawidłowo ocenić według własnych kryteriów, czy jego jakość życia jest wysoka czy niska. Jakość życia w tym ujęciu jest mierzona poziomem zadowolenia, satysfakcji, szczęścia, przyjemności, dobrostanu, etc.⁴⁸

W pionierskich badaniach próbowano dokonać syntetycznego opisu psychologicznych aspektów jakości życia ludzi analogicznego do opisu ekonomicznego, czyli tym samym opierały się na pytaniach, których intencją była subiektywna ocena obiektywnych zmian społecznych (subjective social indicators).

Subiektywne oceny jakości życia, zarówno w odniesieniu do całości, jak i do specyficznych obszarów, dzieli się na dwa rodzaje. Pierwszy z nich dotyczy oceny emocjonalnej kojarzonej ze szczęściem, informującej, czy obiekt jest przyjemny czy przykry, oraz oceny poznawczej, kojarzonej z satysfakcją życiową, informującą,

46 St. Steuden, W. Okła, P. Puzon, dz. cyt., s. 6.

47 A. H. Peterman, D. Cella, *Quality of life*, dz. cyt., s. 492.

48 A. Zalewska, *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*, Wydawnictwo Academica SWPS, Warszawa 2003, s. 19.

czy obiekt jest wartościowy, pożądaný⁴⁹. Aby ocenić czynniki, które wyjaśniają globalnie subiektywną percepcję jakości życia, uczeni amerykańscy, w oparciu o przeprowadzone badania na dużych próbach, rozwinęli i ulepszyli w ostatnich dwudziestu latach typ kwestionariusza wywiadu z respondentem. Według tych badań, subiektywna ocena jakości życia zawiera analizę aż 823 czynników, które odzwierciedlają różne problemy życiowe. Ten zestaw zredukowano do 123 problemów życiowych, a w ostatecznej wersji do 30 grup, za pomocą których można zbadać subiektywną jakość życia.

Według Nieścior, „subiektywna jakość życia to ocena relacji pomiędzy oczekiwaniami a percepcją cech, lub spełnionych celów dokonywanej przez podmiot oceniający, a dotyczy przedmiotu oceny”⁵⁰. Autor twierdzi, że „jakość życia nosimy w sobie”, czyli odczuwanie przez człowieka większej lub mniejszej przyjemności jest uzależnione od jego wrażliwości na czynniki świata zewnętrznego. Według niego wyróżniamy trzy zasadnicze warstwy w strukturze jakości życia: *hurbis*, satysfakcję i przyjemność.

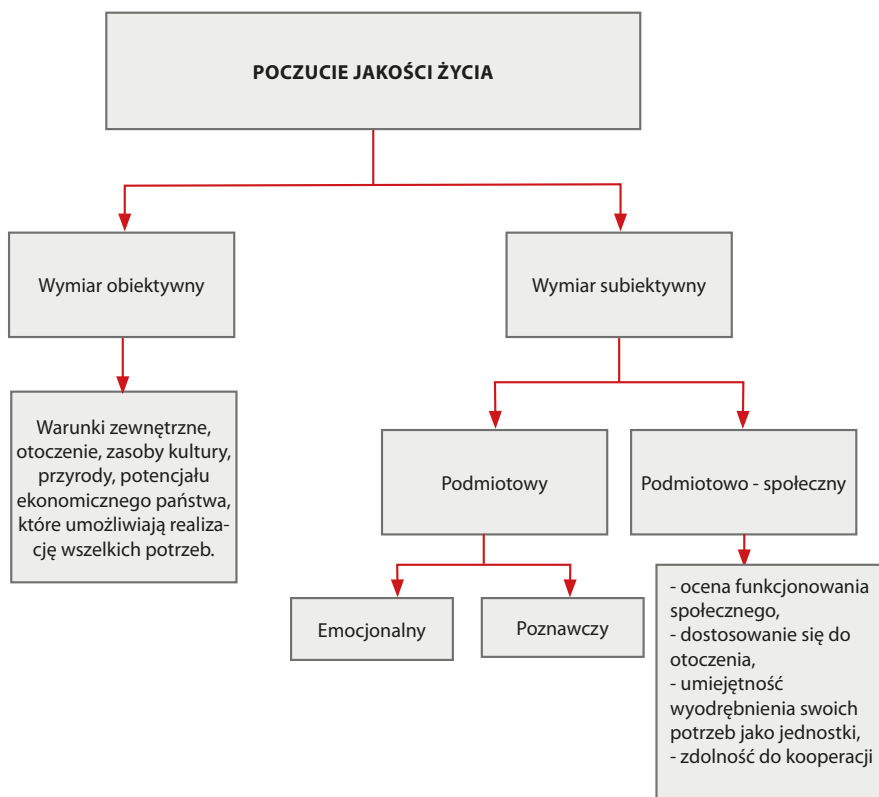
Elżbieta Skrzypek twierdzi, że dana jednostka jest:

- usatysfakcjonowana z warunków (okoliczności) życia w danej chwili;
- obiera stanowisko wobec wad i zalet, którymi charakteryzuje się jej życie;
- jest w zgodzie lub nie pomiędzy stanem a nadziejami oraz oczekiwaniami innych osób.

49 A. Zalewska, *Transakcyjny model jakości życia – założenia, wyniki badań, dalsze hipotezy*, w: *życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*, red. M. Straś-Romanowska, A. Lachowicz-Tabaczek, A. Szmajke, Jakość Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2005.

50 A. Nieścior, *Struktura jakości życia jednostki*, „Problemy Jakości” 4/2001, s. 4.

Rycina 3 Poczucie jakości życia w aspekcie obiektywnym i subiektywnym.



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie Nieścior, 2001, s. 4.

Przy ocenie jakości życia osób chorych zwraca się szczególną uwagę na konieczność rozróżnienia obiektywnego stanu zdrowia i jego subiektywnego poczucia. W obiektywnej ocenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia uwzględnia się rodzaj choroby, nasilenie objawów, wynikające z nich ograniczenia życiowe oraz społeczne i ekonomiczne konsekwencje choroby. Wymiar ten jest szczególnie przydatny przy definiowaniu stopnia posiadania lub utraty zdrowia różnego rodzaju niepełnosprawności. Jak już zostało wspomniane wcześniej, subiektywne poczucie jakości życia nie zawsze jest kompatybilne z obiektywnymi warunkami życia. Należy zwrócić uwagę na fakt, że warunki zewnętrzne mają wpływ na subiektywne poczucie jakości życia, z drugiej strony jakość ży-

cia zależy od indywidualnych właściwości jednostki, jej sposobu postrzegania siebie i rzeczywistości, w której żyje, oraz interpretacji własnego życia⁵¹.

Subiektywna ocena jakości życia jest w pewien sposób niezbędna, natomiast budzi szereg kontrowersji. Często dochodzi do zderzenia między realną obiektywną sytuacją jednostki, w jakiej się znajduje, oraz jej subiektywną oceną. Nie zawsze w sytuacji obiektywnie niekorzystnej osoba ocenia ją w sposób negatywny. Ten pogląd przedstawiają Filipp i Ferring⁵² w swoich badaniach (tabela 4).

Tabela 4 Subiektywna i obiektywna jakość życia

Obiektywne warunki życia	Subiektywna ocena jakości własnego życia	
	pozytywna	negatywna
korzystne	(+ +) zadowolenie uzasadnione	(+ -) dylemat niezadowolenia
niekorzystne	(- +) paradoks zadowolenia	(- -) niezadowolenie uzasadnione

Źródło: Straś-Romanowska, 2005.

Wyniki badań Firebaugh wskazują na to, że wysoki dochód nie jest wyznacznikiem wysokiej jakości życia. Okazuje się, że w państwach, w których dochód na jednego mieszkańca przekracza piętnaście tysięcy dolarów rocznie, gdzie zaspokojenie potrzeb ekonomicznych i społecznych ludzi jest wysokie, ponadto są to ludzie zdrowi, poczucie szczęścia i zadowolenia z życia jest stosunkowo niskie. Specjaliści twierdzą, że jeśli obiektywny standard życia jest coraz wyższy, wówczas przyzwyczajenie do komfortu nie wpływa na subiektywne wskaźniki jakości życia⁵³.

Robert Rustin, który prowadził badania dotyczące związku pomiędzy rozwojem gospodarczym a poczuciem szczęścia, doszedł do wniosku, że „poprawa poziomu życia w takich krajach jak Stany Zjednoczone czy Wielka Brytania, nie

51 M. Straś-Romanowska, *Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanych na osobę*, w: *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*, Kolokwia Psychologiczne, Instytut Psychologii PAN, Warszawa 2005, s. 263-274.

52 Tamże.

53 B. Bartosz, *Czy bycie twórcą oznacza wysoką jakość życia? O niekoniecznie prostych związkach między twórczością i jakością życia*, w: *Wokół Jakości życia. Studia psychologiczne*, red. B. Bartosz, J. Klebaniuk, Wydawnictwo „Jakpol”, Wrocław 2006, s. 84.

wiąże się ze wzrostem – lecz raczej z nieznacznym spadkiem – deklarowanego przez badanych poczucia zadowolenia”⁵⁴.

Z kolei Richard Layard, porównując dane pochodzące z różnych krajów, doszedł do wniosku, że chociaż subiektywne poczucie zadowolenia z życia rośnie na ogół wraz ze wzrostem produktu narodowego brutto, to jednak znaczący wzrost odnotowuje się tylko do momentu wyeliminowania ubóstwa i nędzy oraz zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Dalsze bogacenie się jednostek i społeczeństw powoduje, że niekiedy poczucie zadowolenia zaczyna spadać⁵⁵. Podobne korelacje zaszły w badaniach Cambell prowadzonych w USA, gdzie odnotowano tendencję wzrostową obiektywnej jakości życia podczas badań, natomiast nie dowiedziono, czy zmiany te przynoszą w rezultacie czysty zysk czy stratę, jeśli wziąć pod uwagę subiektywną jakość życia. Ponadto całe społeczności inaczej oceniają własne zadowolenie z warunków życia. Już w połowie lat 60. Handley Cantril, prowadząc badania w 14 różnych krajach, zauważył rozbieżności pomiędzy krajami jeśli chodzi o subiektywną ocenę jakości życia. Późniejsze międzynarodowe badania potwierdziły obserwacje, że poprawa sytuacji materialnej nie oznacza, że zaburzenia w życiu społecznym, małżeńskim, rodzinnym czy społeczności lokalnej, związanej z tymi przemianami, będą prowadzić do konkretnych rezultatów jeśli chodzi o subiektywną ocenę jakości życia⁵⁶.

Jeśli przyjąć, że osoba chora lub niepełnosprawna w sytuacji obiektywnie będącej niekorzystną odnajduje zadowolenie, zastanawiające jest, dlaczego odczucia tej osoby są właśnie takie. Otóż taka sytuacja może nastąpić, jeśli podczas leczenia, które nie przynosi rezultatów i powinno wpływać niekorzystnie, dochodzi do pozytywnych doświadczeń związanych z uczuciem ulgi i tymczasowego polepszenia stanu zdrowia. Subiektywna ocena stanu zdrowia osoby chorej nie jest wyłącznie domeną chorego, ale również jest udziałem osób leczących, takich jak lekarz, psycholog, pedagog, terapeuta czy inni specjaliści. Posługują się oni klinicznymi narzędziami diagnostycznymi, ale to od ich sposobu wartościowania zgromadzonych danych zależy ocena zaburzenia i sposób postępowania terapeutycznego. Dotyczy to również osób z niepełnosprawnością. Ważnym aspektem jest fakt, iż to właśnie specjaliści zajmujący się osobami niepełnosprawnymi mają duży wpływ na ocenę poznawczą niepełnosprawności, wpływają

54 K. Baumann, *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, „Gerontologia Polska” 2006, 4, s. 9.

55 Tamże.

56 B. Wejnert, dz. cyt., s. 48.

na przeżywanie i odbiór tej niepełnosprawności przez daną osobę⁵⁷. Ponadto jakość życia osób niepełnosprawnych zależy od wielu innych czynników, które nie dotyczą osób zdrowych. Szczególną grupę stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi, gdzie na ocenę jakości życia wpływają między innymi: treści objawów chorobowych, ich intensywność, czas trwania choroby, jej całkowity przebieg, rokowania oraz sposób wartościowania jednostki⁵⁸. Juczyński i Chrystowska-Jabłońska podkreślają, że obok efektywności kontrolowania objawów fizycznych, czynników osobowościowych, aktywności społecznej czy rodzaju opieki sprawowanej nad pacjentem do wyróżniających się czynników wpływających na samopoczucie są style radzenia sobie z chorobą i jej bezpośrednimi konsekwencjami.

Systematyczne badania nad jakością życia doprowadziły do kilku wniosków. Otóż aspekt subiektywny wraz z obiektywnym jest spójny. Zależność pomiędzy subiektywnymi doświadczeniami jednostki a obiektywnymi warunkami życia nie są jednoznaczne, nie są zgodne z intuicyjnymi przewidywaniami oraz nie są stabilne. Czynniki obiektywne nie wpływają bezpośrednio na subiektywną ocenę jakości życia i odwrotnie. Zarówno zasoby ekonomiczne, jak również osobowościowe nie są same w sobie wartością determinującą jakość życia, ale są jedynie drogą lub narzędziem do jego wyższego standardu czy też, ujmując inaczej, osiągnięcia poczucia szczęścia⁵⁹.

2.4. Koncepcje jakości życia

Obecnie istnieje bogactwo literatury na ten temat. Robert Schalock i Miguel Verdugo, dokonując przeglądu literatury tylko z lat 1985–2000 oszacowali, że w tym okresie opublikowano 21 tysięcy artykułów i rozdziałów książkowych związanych z jakością życia. Pomimo tak wielu prac i różnych pomiarów w zakresie jakości życia nie uzyskano zgody odnośnie do powszechnej definicji i jej komponentów. W literaturze wymienia się dziesiątki definicji, które czasami są podobne do siebie, mimo pochodzenia od różnych teorii społecznych. Poniżej zaprezentowano wybrane koncepcje jakości życia w układzie chronologicznym, które stanowią przegląd teorii psychologicznych i pedagogicznych, które pozwolą zorientować się

57 N.K. Aaronson, S. Kaasa, M.A. Spragners, *Kwestionariusze EORTC do oceny jakości życia chorych na nowotwory*, Nowelizacja, w: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, red. J. Meyza, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997, s. 13-36.

58 H. Sęk, *Jakość życia a zdrowie*, dz. cyt., s.110-118.

59 A. Bańka, *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*, w: *Psychologia jakości życia*, red. A. Bańka, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005, s. 12.

w różnorodności podejść do tego zagadnienia. W ostatnim podrozdziale ukazano te, które powstały w duchu myślenia systemowo-ekologicznego.

Pionierskie badania nad jakością życia

Pierwsze badania tego typu przeprowadził **A. Campbell**, który rozpoczął je nad ludnością Stanów Zjednoczonych w 1971 roku. A. Campbell postanowił znaleźć sposób na dokonanie możliwie precyzyjnego opisu psychologicznych aspektów życia ludzi, analogicznie do opracowanych wcześniej i bardzo popularnych opisów ekonomicznych, takich jak dochód narodowy, produkt narodowy, stopa zysku itp. Badacz ten skupiał się w swojej pracy głównie na badaniu społeczności, nie interesowała go jednostka ludzka sama w sobie. Jego intencją było również stworzenie miary ilościowej, umożliwiającej ocenę zmian dokonujących się w życiu ludzi, a dokładnie w zakresie jednego z jego aspektów⁶⁰.

Campbell przyjął w swoich badaniach pewne koncepcje. Otóż założył, że społeczeństwo ze względu na posiadane zasoby i sposób zorganizowania może dysponować różnymi możliwościami zaspokajania potrzeb swoich członków. Wynikiem czego, jeśli potrzeby zostaną zaspokojone w wysokim stopniu, to społeczeństwo również będzie zadowolone. Ludzie, którzy nie będą w stanie zaspokoić swoich potrzeb, będą mieć najniższą satysfakcję z życia. Campbell przyjął również, że tak jak zostało to naświetlone w poprzednim podrozdziale, obiektywne warunki życia nie zawsze są jednoznaczne z subiektywnymi odczuciami osób badanych. Zwrócił również uwagę na fakt, że wykorzystywane wówczas sposoby pomiaru zadowolenia z życia są bardzo wrażliwe na pewien typ zdarzeń jak: urodzenie dziecka, choroba, śmierć, ślub i inne, które zakłócają całościowy odbiór informacji o własnym życiu i jego ocenę⁶¹. Z uwagi na powyższe założenia dokonał on pewnego uściślenia, twierdząc, że obiektywne warunki życia oddziałują na jego zadowolenie w takim stopniu, w jakim mogą determinować jego doświadczenie życia.

Z tego względu autor podjął się opracowania swojego własnego narzędzia pomiarowego. Założył sobie, że powinno ono spełniać kilka warunków, takich jak: być proste w użyciu, wskaźnik powinien odnosić się do konkretnych elementów (sfer) życia, powinien być zrozumiały dla osób mających wpływ na kształtowanie warunków życia (np. polityków) oraz powinien umożliwić wprowadzenie

60 St. Kowalik, *Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne*, w: *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, red. A. Bańka, R. Derbis, Poznań – Częstochowa 1994, s. 76.

61 Tamże, s. 78.

zmian w tych sferach, które podlegają pomiarowi. Wraz ze współpracownikami P. Conversem i W. Rodgersem opracowali Skalę Jakości Życia, w której skład wchodziło kilkanaście dziedzin życia oraz siedmiostopniowa skala ocen⁶².

Tabela 5 Zadowolenie z różnych dziedzin życia w USA. Wyniki przedstawiono w procentach (%)

Dziedziny życia	Niezadowolonych	Neutralnych	Zadowolonych	Średnia (w skali 1-7)
Małżeństwo	3	7	90	6,27
Życie rodzinne	6	7	87	5,92
Zdrowie	10	9	81	5,78
Sąsiedzi	9	11	80	5,76
Przyjaciele i znajomi	6	12	82	5,74
Prace domowe	9	15	76	5,71
Praca zawodowa	8	13	79	5,67
Życie w USA	8	13	79	5,61
Miejsce zamieszkania	9	16	75	5,60
Czas wolny	9	13	78	5,59
Mieszkanie	10	13	77	5,57
Przydatność wykształcenia	12	15	73	5,53
Standard życia	14	14	72	5,31
Poziom wykształcenia	28	16	56	4,69
Posiadanie oszczędności	36	15	49	4,27

Źródło: Campbell, Converse, Rodgers, 1976, s. 63; w: Kowalik, 1994, s. 78.

Badania zostały przeprowadzone na grupie 2270 Amerykanów. Miarą globalnego poczucia zadowolenia z życia był średni wynik dla wszystkich szczegółowych dziedzin życia, co ilustruje powyższa tabela nr 5.

Stanisław Kowalik podkreśla^{63 64 65}, iż pomimo tego, że powstało wiele innych modyfikacji Skali Jakości Życia, zaczęły się również pojawiać nowe prace, które odznaczały się być może wyższą dbałością o szczegóły metodologiczne badania,

62 A. Zawiślak, dz. cyt., s. 49.

63 St. Kowalik, *Psychologiczne wymiary jakości życia*, w: *Mysł psychologiczna w Polsce Odrodzonej*, red. A. Bańka, R. Derbis, Gemini, Poznań, 1993.

64 St. Kowalik, *Temporalne uwarunkowania jakości życia*, w: *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, red. A. Bańka, R. Derbis, Poznań – Częstochowa 1994, s. 40-51.

65 St. Kowalik, *Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne*, w: *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*, red. A. Bańka, R. Derbis, ŚCEDs, Poznań 1995, s. 75-85.

to popularność tej metody była bardzo wysoka. Kowalik uważa, że najprawdopodobniej „bliskość” tej metody w stosunku do wiedzy potocznej na temat jakości życia, jaką dysponują nieprofesjonaliści, decyduje o stałym zainteresowaniu.

Na gruncie polskim jedną z najwcześniejszych koncepcji jest koncepcja mająca charakter normatywny, według **Tadeusza Tomaszewskiego**. Według jego koncepcji, jakość życia człowieka wzrasta wraz z procesami rozwojowymi jednostki⁶⁶. Jak twierdzi twórca koncepcji, człowiek ma wrodzoną zdolność i dążność do samorozwoju. W związku z czym dąży on do uzyskania maksymalnego poziomu w swoim życiu.

Stąd, według Tomaszewskiego, życie bogate we wrażenia jest jakościowo lepsze niż monotonne, tak jak wyższą wartość ma życie, w którym wiele rozumiemy, jesteśmy aktywni, twórczy, zaangażowani, pozostajemy w relacjach z innymi ludźmi, lepsze od takiego, w którym niewiele pojmujemy, jesteśmy jałowi i samotni. Autor koncepcji wiąże rozwój jakościowy z tezą, iż nie tylko odbywa się on poprzez wzrost sam w sobie pod kątem ilościowym doświadczeń, ale również poprzez zmianę organizacji systemów rozwijających się, przez podnoszenie ich poziomu organizacyjnego i w konsekwencji pojawienia się szeregu cech jakościowo nowych w porównaniu z punktem wyjścia⁶⁷.

Jak już wcześniej zostało wspomniane, autor ten łączy jakość z pojęciem wszechstronnego, ogólnego rozwoju jednostki. „Rozwój wszechstronny człowieka jest to taki rozwój, który prowadzi do podnoszenia się jakości życia we wszystkich jego aspektach i we właściwej proporcji. To samo możemy również powiedzieć o społeczeństwie. Społeczeństwem wszechstronnie rozwiniętym możemy nazwać społeczeństwo, które umożliwi rozwój wszystkich aspektów jakości życia jak największej liczby ludzi”⁶⁸. Tomaszewski dla określenia treści pojęcia „jakość życia” wyróżnia pewne kryteria, w miarę stabilne, jednakże ułatwiające uwzględnienie zmienności. Należą do nich: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość i współuczestniczenie w życiu społecznym.

Szereg powyższych wyznaczników jakości życia znalazło empiryczne potwierdzenie. Między innymi Riipinen (1997) wykazuje pozytywny związek zaangażowania w pracę, rozumiany jako stopień identyfikacji z nią, i dobrostanu. Szczególnie jeśli zaangażowanie w pracę opiera się na spełnianiu potrzeb, a nie na przykład związane jest z wiekiem, protestancką etyką pracy czy

66 R. Derbis, *Doświadczenie codzienności. Poczucie jakości życia. Swoboda działania. Odpowiedzialność. Wartości osób bezrobotnych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie, Częstochowa 2000, s. 25.

67 T. Tomaszewski, *Ślady i wzorce*, WSiP, Warszawa 1984, s. 36-209.

68 Tamże, s. 208-209.

specyficznymi czynnikami pracy. Feather (1989) w swoich badaniach potwierdził pozytywny związek pomiędzy jakością życia a aktywnością. Według niego bezcelowość jest czynnikiem szczególnie obniżającym dobrostan starszych bezrobotnych. Warr i Payn (1983) wykazali pozytywną korelację aktywności i dobrostanu u robotników oraz klasy średniej. Bailey i Miller w swoich badaniach próbowali dowiedzieć, czy kobiety i mężczyźni są bardziej czy mniej usatysfakcjonowani życiem w zależności od ekspansywności życia. Przebadali osoby studiujące w Stanowym Uniwersytecie Tennessee. Wyniki wykazały, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni prowadzący bardziej intensywny styl życia byli bardziej usatysfakcjonowani życiowo i dodatkowo nie wykazywali zwiększonego stresu osobistego. Autorzy tych badań ponadto wykazali także istotną, pozytywną rolę związków interpersonalnych w ogólnej satysfakcji życiowej.

Tomaszewski wykazał w swojej koncepcji, że każdy człowiek włączony jest w pewien zorganizowany układ i stanowi pewien podsystem w szerszym systemie, o czym już zostało wspomniane powyżej. System ten składa się z różnych elementów, które się uzupełniają i na siebie wzajemnie oddziałują. Nie jest możliwe wyodrębnienie któregośkolwiek z nich i traktowanie go jako jedyne kryterium jakości życia. Każdy z nich z osobna w oderwaniu od innych musi prowadzić w konsekwencji do obniżenia ogólnej jakości życia i zuboża je zamiast wzbogacać. Dzięki temu stanowią zwarty całościowy kształt. Poniżej zostaną zaprezentowane oraz objaśnione kryteria jakości życia ludzkiego według Tadeusza Tomaszewskiego⁶⁹.

1. **Bogactwo przeżyć.** Autor wiąże to pojęcie z różnorodnością, intensywnością oraz ilością przeżyć. Uwzględnia również dopływ wrażeń jako niezbędny element normalnego przebiegu aktywności organizmu. Tym samym życie pełne wrażeń, przeżyć, emocji, bogate uczuciowo, jest uważane za jakościowo lepsze niż życie monotonne, nudne, w którym nic się nie dzieje, a następuje tylko powtarzalność pewnych sytuacji.
2. **Poziom świadomości.** Jest związany ze zdolnością wytwarzania obrazu poznawczego rzeczywistości. W każdym człowieku tkwi chęć poznawcza, potrzeba wiadomości o świecie, rozumienia świata, poszerzania swoich horyzontów. Jest to związane z od zawsze realizowaną potrzebą odkrywania czegoś nowego. Tym samym życie człowieka, który dużo wie, rozumie, i ma chęć odkrywania, ceni się wyżej niż człowieka, który tego rozeznania nie posiada.

69 A. Zawiślak, dz. cyt., s. 49.

3. **Poziom aktywności.** Działalność psychiczna, umysłowa wiąże się również z działalnością fizyczną. Człowiek czynny, aktywny, jest bardziej świadom otaczającego go świata, poza tym jest to oznaka zdrowia i rozwoju. Należy do największych wartości w życiu człowieka, dzięki której jego życie staje się bardziej cenne.
4. **Twórczość.** Jest to szczególny rodzaj działalności skierowany na przekształcanie rzeczywistości, wprowadzanie określonych zmian, stwarzanie nowych sytuacji, wprowadzanie nowych idei, nowych wartości. Człowiek, który prowadzi działalność twórczą, pozostawiającą po sobie wartościowe skutki, przeżywa swoje życie w pełni.
5. **Współuczestnictwo w życiu społecznym.** Współistnienie z innymi ludźmi, współdziałanie z nimi, podejmowanie wspólnych działań i wyzwań jest oceniane wysoko. Realizacja wspólnych zadań, włączanie wyników wspólnej działalności do dorobku ogólnego nadaje życiu sens i ściśle wiąże się z jego kierunkowością. Natomiast życie w izolacji, w odosobnieniu, jest uważane za powszechnie gorsze.

Odnosząc się do powyższych koncepcji, autorzy jednoznacznie stwierdzili zależność pomiędzy wysokością jakości życia a aktywnością. Ten aspekt w szczególności dotyczy osób zamieszkujących w domu pomocy społecznej, gdzie zaprezentowane przez Tomaszewskiego pięć kryteriów jest spełnione w znacznie mniejszym stopniu. Najczęściej osoby te nie wykonują pracy zarobkowej, wykazują niższy poziom aktywności i nie uczestniczą aktywnie w życiu społecznym. Wtórnie prowadzi to do wykluczenia tych osób i niższej oceny ich jakości życia przez społeczeństwo.

Koncepcje jakości życia w kontekście wymiaru psychologicznego

Uszczęśliwić człowieka jest o wiele trudniej niż pozbawić go radości ⁷⁰.
Brickman, Coates, Janoff-Bulman

Wielu badaczy odnosi się w swoich koncepcjach jakości życia do czynników takich, jak: przychód, środowisko życia, wykształcenie, przynależność i pozycja społeczna czy zdrowie. W takim ujęciu jakość życia zależy bezpośrednio od

⁷⁰ P. Brickman, D. Coates, R. Janoff-Bulman, *Lottery winners and accident victims. Is Happiness relative?* Journal of Personality and Social Psychology, 1978, 36, s. 917

jakości środowiska, w jakim człowiek żyje. Dlaczego zatem osoby badane, przebywając w bardzo podobnym środowisku i w podobnych okolicznościach, różnią się oceną własnego życia? „I nie wszyscy bogaci, piękni i zdrowi są szczęśliwsi od biednych, brzydkich i chorych?”⁷¹.

Człowiek w zasadzie nie pozostaje na ogół przez bardzo długi okres czasu nieszczęśliwy. Z założenia dostosowuje się do pogarszających się warunków życia i potrafi odnaleźć pozytywne aspekty, nawet jeśli jego położenie jest złe z punktu widzenia innych osób. Ponadto jednostka ludzka potrafi odnaleźć zadowolenie i odczuwać szczęście pomimo niesprzyjającej sytuacji życiowej.

Koncepcja **Janusza Czapińskiego**, sformułowana wspólnie z **Guido Petersem**, opiera się na teorii szczęścia, którą autorzy nazwali „cebulową” przez wzgląd na jej warstwowy charakter. Czapiński w swoich pierwszych pracach kładł nacisk na doznania emocjonalne i ustosunkowanie się człowieka do życia, dopiero później podjął tematykę poczucia szczęścia, sensu, radości, pasji i zadowolenia z życia.

Czapiński w swojej koncepcji udowadnia, że czynniki wewnętrzne odgrywają o wiele większą rolę niż czynniki zewnętrzne w odniesieniu do ogólnego dobrostanu psychicznego.

Wyniki badań Janusza Czapińskiego dotyczą udziału czynników demograficznych w stosunku do psychologicznych. Badacz wraz z Guido Peters używają metafory cebuli, ponieważ jest to warzywo o warstwowej budowie i trudnym do uszkodzenia rdzeniu, podobnie jak ich koncepcja, w której wyróżniają trzy zasadnicze warstwy. Elementy przedstawiają się następująco:

- wola życia – stanowi rdzeń i jest trudna do naruszenia; stanowi najgłębszą warstwę, wewnątrznie uwarunkowaną, najbardziej stabilną, najsłabiej reagującą na koleje losu;
- ogólne poczucie dobrostanu – stanowi warstwę środkową, która jest bardziej podatna na uszkodzenia na rdzeń, niemniej posiada również zewnętrzną warstwę izolacyjną – stanowią ją przeżycia emocjonalne i ogólne poczucie dobrostanu, wyrażone w sądach poznawczych ogólne zadowolenie z życia;

71 J. Czapiński, *Psychologiczne teorie szczęścia*, w: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, red. tenże, PWN, Warszawa 2004.

- cząstkowe zadowolenie z różnych dziedzin życia – stanowi warstwę zewnętrzną, najbardziej narażoną na czynniki zewnętrzne; na tę warstwę składa się między innymi: zadowolenie z małżeństwa, dzieci, zarobków, wrażliwość na zewnętrzną rzeczywistość, wypoczynek, praca, warunki mieszkaniowe, miasto, kraj itp.⁷²

Warunkiem zachowania wysokiej jakości życia psychicznego jest zachowanie w stanie nienaruszonym najgłębszej warstwy. Natomiast przechodzenie w kierunku warstw zewnętrznych powoduje, że coraz ważniejszym wyznacznikiem stają się warunki zewnętrzne, takie jak doświadczenie, losowość, warunki życia, doświadczenie, jakie zbiera człowiek podczas całego życia. Tym samym autor nie odnosi się tylko do subiektywnych odczuć osób badanych, ale uwzględnia czynniki obiektywne, jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status społeczno-ekonomiczny, praca, zarobki, rodzina, dzieci czy małżeństwo⁷³. Czapiński uważa, że poziom zadowolenia z życia nie zależy od tego, gdzie lokujemy źródło swojego szczęścia. Natomiast nie ukazał w sensie deterministycznym zależności pomiędzy czynnikami obiektywnymi a subiektywnymi. Wartość podejścia Czapińskiego polega właśnie na odnoszeniu przynajmniej części wyników badań do psychologicznych koncepcji związanych z doświadczaniem codzienności przez ludzi. Z uwagi na to, że możemy zaobserwować osoby niezadowolone mimo dobrych warunków życia.

„Spadek woli życia zależy od zdarzeń zewnętrznych, w podobnym stopniu jak zależy od nich zmiana środkowej i zewnętrznej warstwy dobrostanu, ale regeneracja woli życia następuje jakby samoistnie, a pozostałe warstwy potrzebują do tego pozytywnych wzmocnień z sytuacji. Udział czynników wewnętrznych w poprawie pozytywnej równowagi ogólnego dobrostanu jest zdecydowanie mniejszy”⁷⁴.

Wnioski, do jakich doszli autorzy niniejszej koncepcji, są następujące:

1. Człowiek, nie mając szczególnego powodu, może czuć się szczęśliwy, natomiast musi mieć poważny powód, aby czuć się nieszczęśliwym.

72 R. Derbis, *Doświadczenie codzienności. Poczucie jakości życia. Swoboda działania. Odpowiedzialność. Wartości osób bezrobotnych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie, Częstochowa 2000, s. 28.

73 A. Zawiślak, dz. cyt., s. 50.

74 R. Derbis, *Doświadczenie codzienności...*, dz. cyt., s. 28.

2. Poczucie nieszczęścia nie jest stanem permanentnym, zazwyczaj następuje na skutek ciężkiego doświadczenia, straty czy jednorazowego problemu. Po pewnym czasie ludzie odzyskują pozytywną postawę wobec życia.
3. Czynniki, które powinny być bezpośrednim źródłem szczęścia lub nieszczęścia jednostki, nie mają szczególnego wpływu na życie człowieka⁷⁵.

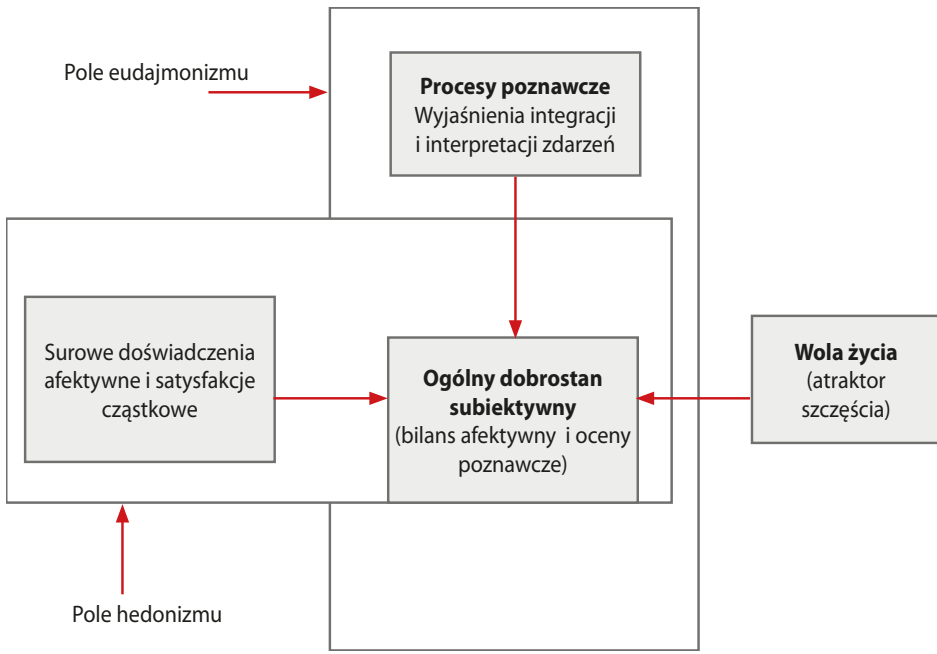
Możliwe, iż sugestia Czapińskiego dotycząca poczucia szczęścia jest właściwa. Otóż według niej ludzie są zaprogramowani na bycie szczęśliwymi, a poczucie szczęścia, pełniąc funkcję przystosowawczą, powinno sprzyjać temu, jak powinno być, a nie odzwierciedlać na poziomie poznawczym i emocjonalnym rzeczywistości. Ponadto dotyczy to zarówno osób pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych. Poczucie zadowolenia i wysoka jakość życia zależą od poszczególnych czynników obiektywnych, ale przede wszystkim zależą od zachowania woli życia.

Można też zaobserwować zmianę w podejściu badacza – we wczesnych pracach kładł on nacisk na badanie doznań i emocjonalnego ustosunkowania się człowieka do życia. Obecnie wyraźnie uwzględnia diagnozowanie treści świadomości refleksyjnej. Znajduje to odbicie w najnowszym modelu cebulowej teorii szczęścia. Autor poszerzył schemat o pole eudajmonizmu – subiektywnego doświadczenia wartości własnego życia⁷⁶.

75 A. Zawiślak, dz. cyt., s. 50.

76 J. Czapiński, *Psychologiczne teorie szczęścia*, dz. cyt.

Rycina 4 Cebulowa teoria szczęścia.



Źródło: Czapiński, 2004, s. 90.

Myśl zawartą w treści powyższych rozważań można zapisać, posługując się następującym cytatem:

Czy człowiek jest szczęśliwy, to zależy nie tylko od tego, co go w życiu spotyka, ale i od tego, jak reaguje na to, co go spotyka. Aby być zadowolonym, nie dość jest mieć majątek, zdrowie czy urodę, lecz trzeba ponadto w nich znajdować upodobanie, a przy pewnym usposobieniu nawet choroba, ubóstwo i brzydota nie odbierają zadowolenia z życia⁷⁷.

Teoria Czapińskiego łączy w sobie wszystkie elementy życia psychicznego człowieka. Autor proponuje kategorię *dobrostan psychiczny*. Jednakże sam dobrostan psychiczny włącza w pojęcie jakości życia, obok warunków materialnych i społecznych, w jakich człowiek żyje, oraz zasobów i metod radzenia sobie ze zmianami.

⁷⁷ W. Tatarkiewicz, *O szczęściu*, Wydawnictwo: Wiedza Zawód Kultura, Kraków 1949, s. 251.

Tym samym pozostaje połączona kategoria wyznaczników obiektywnych oraz takich, jak odczucia, przeżycia i oceny⁷⁸.

Rozważania na temat materialnych oraz psychicznych uwarunkowań jakości życia wpisują się w pierwsze z wyżej zasygnalizowanych podejść teoretycznych. Natomiast związek między poziomem życia a jego jakością najlepiej oddają teorie oparte na koncepcji potrzeb. Pionierską jest koncepcją, którą przedstawia **Abraham Maslow**.

Piramida potrzeb, jaką stworzył Maslow, przedstawia hierarchię potrzeb, które powinniśmy zaspokoić, aby czuć się szczęśliwym i usatysfakcjonowanym. Według autora nie jest możliwe, aby realizować swoje wyższe cele związane z samo-realizacją, jeśli potrzeby bazarne, takie jak poczucie bezpieczeństwa czy głodu, nie zostaną zaspokojone.

Maslow zaznaczył jednak w swojej koncepcji, iż nie występuje potrzeba zaspokajania tych potrzeb w 100%, wystarczy ok. 80%, aby mogły ujawniać się pozostałe potrzeby. Z kolei zaspokojenie ich w mniejszym stopniu stanowi warunek uaktywnienia się potrzeb wciąż podstawowych, ale wyższych także. Ostatecznie metapotreby mogą stać się udziałem jednostki przy niepełnym (choć znacznym) zaspokojeniu innych potrzeb⁷⁹. Według tej koncepcji czynnik materialny ma znaczenie w zakresie potrzeb najbardziej elementarnych, najpilniejszych, związanych z odczuwaniem fizycznego i afektywnego dyskomfortu w przypadku ich niezaspokojenia.

Propozycja **Alexa Michalosa** (1986) opiera się również na koncepcji potrzeb. Autor wskazuje na to, że w życiu jednostki występują rozbieżności między zapotrzebowaniem jednostki a tym, czym obecnie dysponuje. Na jakość życia wpływa również to, co spostrzega człowiek. Otóż istnieje różnica pomiędzy tym, co jednostka posiada, a co chciałaby posiadać. Luki i rozbieżności należy zsumować i tym sposobem uzyskujemy informację o tym, jaki jest poziom jakości życia jednostki⁸⁰.

78 R. Derbis, *Doświadczenie codzienności*, dz. cyt., s. 29.

79 A.H. Maslow, *Teoria hierarchii potrzeb*, w: *Materiały a historii psychologii*, red. K. Zamiara, Instytut Kulturoznawstwa UAM, Poznań 1996, s. 256-279.

80 St. Kowalik, *Jakość życia psychicznego*, dz. cyt.

W Teorii Wielowymiarowych Rozbieżności Alexa Michalosa jakość życia to dostrzegana przez jednostkę „rozbieżność w procesie oceny własnego, aktualnego położenia, z pewnym standardem”. Analizy dokonuje na sześciu wymiarach, gdzie pojawiające się rozbieżności dotyczą: tego, czym dysponujemy w danym momencie, a tym, czym chcielibyśmy dysponować (luka „a”);

- tym, czym dysponujemy w danym momencie, a tym, co powinniśmy mieć w sytuacji idealnej (luka „b”);
- tym, co jest dostępne do realizacji celów życiowych, a tym, co jest niezbędne do ich osiągnięcia (luka „c”);
- tym, jaka jest obecna jakość życia w porównaniu z najlepszą jej jakością w przeszłości (luka „d”);
- tym, czym dysponujemy aktualnie, a tym, czym dysponują inni, zwłaszcza najbliższa grupa odniesienia (luka „e”);
- stopnia dopasowania indywidualnych cech do wymagań, jakie stawia środowisko życiowe (luka „f”)⁸¹.

Jakość życia według Michalosa jest wynikiem zsumowania się wielkości luk, jakie powstają na każdym z wymiarów. Oznacza to, że im mniejsza powstała luka, tym wyższa jakość życia (tamże).

Koncepcja Michalosa przez wielu badaczy uznawana jest za niedokładną z uwagi na odmienne kryteria stosowane przez osoby badane. Trudno określić, która z luk wyznacza jakość życia. Poza tym osoby badane mogą uznawać, że jedne z luk są ważniejsze od innych. Tym samym teoria ta wyznacza wiele obszarów, jakie należy uwzględnić w procesie diagnozy jakości życia. Osoba dokonująca subiektywnej oceny jakości życia podlega nieustannym zmianom. W przypadku osób niepełnosprawnych odznaczać się może wpływ niepełnosprawności lub określonego stanu zdrowia jednostki. Oznacza to, że powstająca luka może być wynikiem między innymi oceny własnego położenia, wpływu dotychczasowo podjętych działań lub stanu zdrowia (tamże).

Koncepcja ta została przytoczona ze względu na to, iż była jedną z pierwszych stworzonych w nurcie teorii potrzeb. Pomimo że została obalona przez Janusza Czapińskiego, zwraca uwagę na bardzo istotny element – minimalizm. Zaspokojenie bazarnych potrzeb daje poczucie szczęścia.

81 St. Kowalik, *Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, w: *Jakość życia w naukach medycznych*, red. L. Wołowicka, Wyd. Uczelniane Akademii Medycznej, Poznań 2001, s. 69.

Na gruncie polskim pojawiła się koncepcja **Jana Rutkowskiego**, która również wywodzi się z teorii potrzeb Masłowa. Autor ten wyodrębnia następujące kategorie badawcze:

- rodzina i życie osobiste;
- zdrowie (kondycja fizyczna);
- mieszkanie;
- otoczenie miejsca zamieszkania;
- wykształcenie;
- czas wolny;
- kultura i wypoczynek;
- praca i nauka;
- sytuacja materialna;
- bezpieczeństwo;
- miejsce w społeczności lokalnej i przyjaciele;
- stopień samorealizacji;
- samopoczucie psychiczne i duchowe.

Rutkowski twierdzi, że jakość życia zmienia się w zależności od wielkości spożycia, stanu samorealizacji czy bezpieczeństwa, statusu materialnego, stanu środowiska przyrodniczego i innych.

Często przytaczana w tym obszarze teoretycznym jest tzw. **metoda genewska**, która również opiera się na teorii potrzeb i jakości ich zaspokojenia. Choć różni się ona zdecydowanie od koncepcji Masłowa z uwagi na to, że nie uwzględnia takich potrzeb, jak np. samorealizacja, to wpisuje się w szeroką gamę powyższych koncepcji. W metodzie genewskiej do grupy potrzeb zaliczono:

- wyżywienie (kaloryczność, spożycie białka i procent kalorii ze skrobi);
- mieszkanie (zaludnienie mieszkań, samodzielność mieszkań i jakość usług mieszkaniowych);
- zdrowie (dostępność do usług leczniczych, zgony z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych, zgony poniżej 50. roku życia);
- wykształcenie (powszechność systemu szkolnego, wydajność szkół, liczba uczniów na jednego nauczyciela);
- rekreacja (czas wolny od pracy zarobkowej, nakład czasopism, abonenci radia i telewizji);

- zabezpieczenie społeczne (nagła śmiertelność, powszechność zabezpieczeń na wypadek choroby, powszechność świadczeń emerytalnych i rentowych oraz zagospodarowanie materialne, nadwyżka z bieżącej konsumpcji)⁸².

W zakresie opracowań międzynarodowych dotyczących pojęcia jakości życia można odnieść się do stanowiska wypracowanego przez zespół badaczy, którzy uzgodnili główne założenia. Tym samym przyczynili się do pewnego uporządkowania pojęcia, jakim jest jakość życia. Koncepcję jakości życia zaproponowano w *The Quality of Life Special Interest Group*, działającej przy *The Inrenation Asociation for Study of the Scientific Intellectual Disabilities* (IASSID).

Główne założenia tej koncepcji badawczej są następujące:

- pojęcie jakości życia jest pewną koncepcją, mającą związek z polityką społeczną i oceną usług przez nią oferowanych;
- jakość życia nie posiada konkretnej definicji, natomiast może być postrzegana przez pryzmat konkretnej koncepcji badawczej dotyczącej określonych osób;
- najistotniejszym elementem jakości życia jest subiektywne odczucie i indywidualna percepcja jednostki w tym zakresie, co nie wyklucza istnienia obiektywnych komponentów.

Koncepcja opiera się na założeniu, że ocena subiektywna jest jednym z najistotniejszych wyznaczników. Zaznaczono również, jak istotną rolę pełnią potrzeby i możliwość ich zaspokajania przez jednostkę. Ponadto autorzy podkreślają, iż zasadniczo nie istnieją różnice w ocenie pomiędzy osobami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi, a jakość życia tych osób może być określana przez te same wskaźniki.

W zakresie struktury uznano powszechny pogląd o wielowymiarowości pojęcia kształtującego się zarówno pod wpływem czynników indywidualnych, jak i środowiskowych. Zaliczono do nich następujące wskaźniki:

- stosunki intymne;
- życie rodzinne;
- przyjaźń;
- pracę;

82 T. Borys, *Jakość życia jako kategoria badawcza i cel nadrzędny*, w: *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*, red. A. Wachowiak, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, s. 27.

- sąsiedztwo;
- miejsce i warunki mieszkaniowe;
- wykształcenie;
- zdrowie;
- standard życia;
- narodowość (IASSID, 2000).

Wszystkie powyższe koncepcje odnoszą się do twierdzenia wypracowanego przez Masłowa, że najważniejsze jest zapewnienie podstawowych potrzeb, niemniej istotnym są czynniki indywidualne, a następnie potrzeby wyższego rzędu. Jednakże bazarną kwestią jest zrównanie kryteriów oceny dla osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Oznacza to pomiar takich samych potrzeb przez takie same wskaźniki.

Koncepcje jakości życia w kontekście wymiaru społecznego

Wielu badaczy w swoich koncepcjach odniosło się do roli, jaką pełni społeczeństwo w kształtowaniu poczucia jakości życia. Żyjemy w określonej społeczności, która w pewien sposób na nas oddziałuje i wywiera wpływ.

Jakość życia w odniesieniu do sposobu organizacji życia społecznego przedstawiona jest w koncepcji, jaką prezentują **Bach i Rioux**. Jak zauważa Kowalik⁸³, osadzają oni swoją koncepcję, odnosząc się do takich elementów, jak: stopień demokratyzacji czy możliwość samostanowienia. Badacze podkreślają fakt, że istnieje związek pomiędzy warunkami życia a zadowoleniem z niego. Autorzy są zdania, że jakość życia powinna być analizowana w szerszym zakresie – społecznym, a nie tylko z punktu widzenia jednostkowo-psychologicznego. Oznacza to, że większość społeczeństwa powinna podzielać poszczególne przekonania.

Bach i Rioux wymienili następujące czynniki określające społeczną jakość życia:

- Możliwość samostanowienia – zależy od posiadanych zasobów środowiska, systemu prawnego umożliwiającego rozwój jednostek oraz presji instytucji.
- Stopień demokratyzacji życia społecznego – istotą tego twierdzenia jest umiejętność rozpoznawania możliwości ludzkich i na tej podstawie dopasowania działań w taki sposób, aby móc maksymalnie włączyć ich w życie zbiorowe.

⁸³ St. Kowalik, *Jakość życia psychicznego*, dz. cyt., s. 18-19.

- Poziom równości społecznej – rozumiany w postaci stwarzania możliwości rozwoju na równym poziomie dla wszystkich jednostek, niezależnie od systemu wartości, wyznania, poglądów i potrzeb oraz wzajemny szacunek wobec siebie, niezależnie od zróżnicowania grup i jednostek.

Odnosząc się do przekonań społecznych dotyczących samostanowienia, bardzo ważnym jest przestrzeganie praw do samostanowienia jednostki zamieszkującej w domu pomocy społecznej. Równie istotnym jest podmiotowa i indywidualna samodzielność tych osób, co często jest zaniebywane w instytucjach typu dom pomocy społecznej poprzez nadmierne wyręczanie, obsługiwane i dostarczanie gotowego.

Przekonania społeczne dotyczące stopnia demokratyzacji są ważne dla osób niepełnosprawnych, szczególnie przebywających pod opieką instytucjonalną. Kontakty społeczne z szerszą społecznością, współdziałanie, zwiększają poczucie wartości. Ponadto jednostka aktywnie uczestnicząca w życiu społecznym nie jest przez to społeczeństwo wykluczana.

Jednym z istotniejszych przekonań dla osób niepełnosprawnych jest poziom równości społecznej. Poprzez usuwanie różnego rodzaju barier społecznych, umożliwia dotarcie wszystkich członków społeczności do dóbr, które uruchamiają rozwój i samorealizację. Osoby niepełnosprawne podlegają takim samym prawom, jak osoby zdrowe, dlatego powinniśmy im zapewnić takie same szanse rozwoju i realizacji własnych potrzeb.

W odmienny sposób przedstawia się koncepcja **Reaburna i Rootmana**, którzy jakość życia definiują jako dobrostan wynikający z własnych możliwości. Opierają ją na założeniu, że: „Jeśli jednostki lub grupy są zdolne do rozpoznawania, określania i realizowania własnych aspiracji, a także mogą w zadowalający sposób zaspokajać swe potrzeby oraz dokonywać wyboru środowiska życiowego zgodnie z uznawanymi preferencjami, wówczas dochodzi do uzyskania w pełni dobrego fizycznego, umysłowego i społecznego samopoczucia”⁸⁴. Z tej definicji wynika, że pełnię jakości życia można uzyskać poprzez:

- doświadczenie niezależności;
- posiadanie możliwości dokonywania wyborów;
- posiadanie otwartego dostępu do ważnych dóbr znajdujących się w otoczeniu.

84 St. Kowalik, *Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji...*, dz. cyt., s. 64.

Na realizację tych możliwości mają wpływ: przynależność (społeczna, lokalna, ekologiczna), stawanie się (rozwój, czas wolny, produktywność) oraz bycie (fizyczne, duchowe, psychiczne). W odniesieniu do tej koncepcji człowiek urzeczywistnia się w tych trzech wymiarach. Oznacza to, że jakość życia to nie tylko warunki materialne, które pozwalają na zaspokojenie potrzeb, ale również właściwości organizacji życia społecznego oraz stopień dopasowania do otoczenia zarówno fizycznego, jak i psychicznego⁸⁵.

Koncepcja ta ukazuje obszary, które są szczególnie znaczące w przypadku osób z niepełnosprawnością. Choroba psychiczna prowadząca niejednokrotnie do niepełnosprawności zaburza poczucie wartości, czyli narusza wymiar bycia. Ogranicza również możliwość rozwoju osobistego czy pracę zawodową – naruszając wymiar stawania się, oraz ogranicza kontakty społeczne (wymiar przynależności).

Jakość życia w koncepcjach zorientowanych na jednostkę

Jedną z koncepcji, która odnosi się zasobów jednostki i tego, w jaki sposób je wykorzystujemy, jest model o nazwie **CHP** (*The Center of Health Promotion*). Autorzy tej koncepcji stawiają na pierwszym miejscu ludzkie zasoby i stopień ich wykorzystania. W definicji koncepcji założono, iż funkcjonowanie człowieka jest uzależnione od stopnia wykorzystania jego możliwości. Twórcy koncepcji podzielili je na kilka zakresów. Do pierwszego z nich należą atrybuty jednostki (*being*), następnie przynależność do środowiska (*belonging*), aż w końcu stawanie się – czyli samorealizacja (*becoming*)⁸⁶.

85 R. Derbis, *Doświadczenie codzienności...*, dz. cyt., s. 18.

86 D. Raphael, I. Brown, R. Renwick, *Psychometric properties of the full and short versions of the Quality of Life Instrument Package: results from the Ontario province – wide study*, "International Journal of Disability, Development and Education" 1999, 46, 2, s. 157-168.

Tabela 6 Zakresy jakości życia według Raphaela, Browna i Renwicka

Zakresy główne	Podzakresy	Uszczegółowienie
Bycie (being)	fizyczne	zdrowie, higiena osobista, odżywianie, ruch, pielęgnacja, ubiór i wygląd zewnętrzny
	psychiczne	zdrowie psychiczne i przystosowanie, percepcja, emocje, ocena siebie i samokontrola
	duchowe	osobiste wartości, styl bycia, wierzenia
Przynależność (belonging)	fizyczna	powiązania z fizycznym środowiskiem, np. domem, miejscem pracy, sąsiedztwem, szkołą, wspólnotą
	społeczna	powiązania ze środowiskiem dotyczące akceptacji i życzliwości innych, np. rodziną, przyjaciółmi, współpracownikami, sąsiadami
	lokalna	równy i adekwatny dostęp do zasobów społecznych, takich jak dochody, służba zdrowia, pomoc społeczna, zatrudnienie, edukacja, rekreacja, uroczystości
Stawanie się (becoming)	produktywność	planowane i regularne zajęcia uwzględniające potrzeby jednostki, np. prace domowe, zarobkowe, edukacyjne, do wyboru
	czas wolny	odpoczynek, relaks, redukcja stresu
	rozwój osobisty	zajęcia rozwijające wiedzę i umiejętności

Źródło: Raphael, Brown, Renwick, 1999, s. 158.

Powyższy model zakłada, że jednostka steruje swoją jakością życia poprzez dobór pewnych komponentów, stanowiąc kontrolę nad poszczególnymi segmentami życia. Niektórzy badacze utożsamiają wysokie poczucie jakości życia z doświadczaniem emocji pozytywnych i nieprzeżywaniem negatywnych. Takie rozumienie well-being nazywane jest SWB (*Subjective Well-Being*) i wywodzi się z hedonistycznego rozumienia dobrostanu człowieka.

„Stawanie się, twórczy rozwój w ciągu całego życia jest specyficznym wyróżnikiem egzystencji człowieka. Konsekwencją tak rozumianych zadań rozwojowych jest harmonia myśli, uczuć i działań, zaangażowania dające poczucie spełnienia, radości i sensu życia, a także mądrość⁸⁷.”

Maria Straś-Romanowska sformułowała teoretyczny model jakości życia na gruncie psychologii „zorientowanej na osobę”. Przedstawiła propozycję wymiaru duchowego w teoretycznym modelu jakości życia. Zdaniem badaczki: „(...) życie ludzkie w charakterystycznych formach – świadomego, refleksyjnego przeżywania dialogicznego bycia z innymi, intencjonalnego działania oraz twórczego rozwoju – przebiega na różnych płaszczyznach. Doświadczenie epistemologiczne, wsparte wiedzą z obszaru antropologii filozoficznej, pozwala na wyodrębnienie czterech głównych wymiarów życia ludzkiego – ze względu na przedmiot odniesienia (w przeżyciach, relacjach, działaniach i rozwoju) oraz ze względu na prawa rządzące przebiegiem procesów typowych dla każdego z tych wymiarów”.

Cztery specyficzne formy życia psychicznego wymienione przez autorkę to:

- biologiczne,
- społeczne,
- podmiotowe,
- duchowe⁸⁸.

Wymiar biologiczny jest związany z respektowaniem potrzeb biologicznych organizmu, takich jak prawidłowe odżywianie, sen czy wypoczynek. Przejawia się on w poczuciu dobrostanu fizycznego i czerpanej z niego przyjemności. Zasadą, która rządzi organizmem ludzkim, jest reguła homeostazy, czyli optymalizacji funkcji biologicznych, która ma za zadanie utrzymać życie ustroju. Mówiąc o dążeniu człowieka do osiągnięcia dobrostanu biologicznego, mamy na myśli dą-

⁸⁷ B. Bartosz, *Czy bycie twórcą...*, dz. cyt., s. 86.

⁸⁸ M. Straś-Romanowska, *Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanych na osobę*, dz. cyt., s. 13.

żenie do uzyskania homeostatycznego stanu. Autorka twierdzi, że w znacznej mierze dążenia te mają charakter przypadkowy, tzn. są niezależne od świadomych działań jednostki, choć wraz z wiekiem i rozwojem zyskuje ona możliwość wpływu na własną kondycję fizyczną, zdrowie i samopoczucie.

Wymiar społeczny odnosi się do odczuwanego przez jednostkę poczucia bezpieczeństwa psychologicznego, akceptacji i aprobaty ze strony innych, przynależności do grupy, życia w zgodzie z wymogami otoczenia społecznego, w rezultacie prowadzącymi do doświadczenia przez jednostkę satysfakcji. Jakość życia w tym wymiarze zależy od efektywności radzenia sobie z problemami o charakterze adaptacyjnym. „Wszystkie zachowania podnoszące poczucie jakości życia w ramach funkcjonowania społecznego. Nawet jeżeli mają charakter twórczy, innowacyjny czy transgresyjny, ostatecznie mają u swego podłoża mechanizm adaptacji i w konsekwencji służą maksymalizowaniu poczucia bezpieczeństwa jednostki”⁸⁹.

W wymiarze podmiotowym związany jest z przeżywaniem życia w sposób unikalny i specyficzny dla jednostki. Poczucie niezależności i wolności, akceptacja siebie i swoich ograniczeń, dążenie do samorealizacji, stanowiącej realizację indywidualnych potencjałów rozwojowych, zainteresowań, pasji. Jest to charakterystyczne dla jednostki przejawiającej wysoką jakość życia⁹⁰. Istotą podmiotowości jest przeżywanie zdarzeń świata i siebie w świecie, świadomość własnej egzystencji, własnego losu. To, co najbardziej odmienne w tym wymiarze, to autonomia i świadomość swojego bytu.

Wymiar duchowy (metafizyczny) oznacza życie w zgodzie z akceptowanymi absolutnymi wartościami, odpowiedzialność za podejmowane decyzje i działania, prowadzące do doświadczania sensu. Autorka podkreśla, iż płaszczyzna metafizyczna pozwala na odkrycie głębi i prawdziwego sensu naszego życia. W szczególności jeśli doświadczani jesteśmy poprzez niepowodzenia, dramaty życiowe, chorobę. Wtedy świat materialny, zmienny, przemijający, logiczny kieruje się ku innym wartościom, natomiast światem transcendentnym, uniwersalnym, rządzą zupełnie inne wartości i reguły. Rozwój duchowy człowieka pozwala dostrzec szerszy kontekst własnej egzystencji⁹¹.

Odnosząc sytuację osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych do powyższych wymiarów, istotnym jest zwrócenie uwagi na wymiar społeczny i podmio-

89 M. Straś-Romanowska, *Jakość życia w perspektywie psychologicznej*, dz. cyt., s. 15-22.

90 B. Bartosz, *Czy bycie twórcą...*, dz. cyt., s. 85.

91 M. Straś-Romanowska, T. Frąckowiak, *Problem poczucia jakości życia osób niepełnosprawnych w świetle założeń psychologii personalistyczno-egzystencjalnej*, w: *Jakość życia od wykluczonych do elity*, red. R. Derbis, Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2006, s. 429.

towy. Wymiar społeczny odnosić się będzie do akceptacji osoby niepełnosprawnej przez społeczeństwo, tym samym lepszą adaptację tej osoby. Natomiast wymiar podmiotowy ukazuje bardzo ważny element, który niejednokrotnie pojawiał się już wcześniej – autonomia. Przejawami życia podmiotowego są: „potrzeba poczucia własnej tożsamości, indywidualności, wolności i samostanowienia (realizacji własnych celów), potrzeba twórczej aktywności i samorealizacji.

Za afektywne komponenty życia psychicznego w głównych jego wymiarach, stanowiące o jakości, autorka uznaje odpowiednio:

- przyjemność (rozkosz) – ból (cierpienie fizyczne);
- satysfakcję (sumę, sens pragmatyczny) – dyssatysfakcję (przykrość, porażkę, rozczarowanie);
- radość istnienia (doświadczenia szczytowe, „przeptyw”) – ciężar istnienia (udrękę);
- poczucie sensu życia – cierpienia duchowe (rozpacz, trwogę, pustkę egzystencjalną).

Należy jednak zaznaczyć, że wysoka jakość życia w jednym z powyżej wymienionych wymiarów nie oznacza wysokiej jakości życia we wszystkich wymiarach.

Głównym założeniem tej koncepcji jest to, iż jakość życia to nie tylko czynniki obiektywne, ale przede wszystkim, w jaki sposób żyje jednostka, z towarzyszącymi jej odczuciami. Liczy się rodzaj przeżyć, zaangażowanie jednostki, relacje, jakie człowiek nawiązuje z innymi ludźmi, samorozwój, kierunek tego rozwoju, działania, jakie podejmuje. Bardzo duży nacisk kładzie na subiektywne odczucia określające wysokość jakości życia⁹².

92 B. Bartosz, *Czy bycie twórcą...*, dz. cyt., s. 85.

Tabela 7 Afektywne komponenty życia psychicznego w świetle koncepcji Straś-Romanowskiej

Wymiar duchowy	Poczucie sensu	Cierpienie duchowe
Wymiar podmiotowy	Radość istnienia	Ciężar istnienia
Wymiar społeczny	Satysfakcja	Dyssatysfakcja
Wymiar biologiczny	Przyjemność	Ból

Źródło: Straś-Romanowska, 2005, s. 272.

Augustyn Bańka rozpatruje jakość życia w procesie rozwoju jednostki w jej cyklu życia. Jak podaje autor koncepcji „(...) jednostka w ocenie jakości życia wykorzystuje wiele źródeł informacji, takich jak prezentowane stany afektywne, przeszłe doświadczenia i wydarzenia, oczekiwania dotyczące przyszłości oraz porównania społeczne”⁹³.

Jakość życia jest kategorią zmienną z uwagi na proces konstruowania standardów, według których dokonuje się porównań informacji osiągalnych w danym czasie, jak i przebiegającego w czasie procesu konstruowania przez człowieka sądów o życiu. Jakość życia jest zatem kategorią zmieniającą się w czasie doświadczenia codzienności i funkcją jakości rozwoju w cyklu życia. Zależność ta jest obustronna, co oznacza, że „jakość rozwoju” jest też funkcją wpływającą na jakość życia. Oznacza to, iż wcześniejsze doświadczenia mają wpływ na to, w jaki sposób postrzegamy nasze życie. Ocena poszczególnych zdarzeń może się zmieniać w zależności od jakości rozwoju. Bańka dostrzega również sytuację odwrotną, czyli to, że od jakości naszego życia zależy jakość naszego rozwoju. Prowadzi to do rozumienia jakości życia w ścisłej zależności z poszczególnymi etapami rozwoju. Jakość życia zmienia się wraz z wiekiem, stadium rozwojowym, w jakim jesteśmy, fazą życia, celami, które realizujemy, lub tymi, które zamierzamy zrealizować. Ponadto autor podkreśla, że zdarzenia ekstremalne nie mają znaczenia i nie są brane pod uwagę przez jednostkę w ocenie całego życia.

Ważnym dla tych badań empirycznych jest założenie przyjęte przez Augustyna Bańkę: „(...) poczucie jakości życia ulega stałym przekształceniom wraz z rozwojem człowieka w cyklu jego życia. Oznacza to, że na poszczególnych etapach

93 A. Bańka, *Jakość życia a jakość rozwoju...*, dz. cyt., s. 9-26.

życia o jakości życia decydują zmienne oraz mechanizmy ewaluacyjne charakterystyczne dla danego stadium rozwojowego⁹⁴.

Jakość życia a paradygmat społecznej normalizacji życia osób z niepełnosprawnością według Władysława Dykcika

Wiele prac pedagogów specjalnych wiąże jakość życia ze sferą rozwoju duchowego, psychospołecznej autonomii, samodzielności, samostanowienia w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością. Wiele punktów wspólnych dotyczących poglądów na jakość życia osób z niepełnosprawnością można odnaleźć w pracach Błęszyńskiej, Kosakowskiego, Wojciechowskiego, Żuraw, Kowalika czy Dykcika.

Paradygmat normalizacji życia osób niepełnosprawnych jest dość powszechny w życiu politycznym i społecznym. Podejmuje się działania mające na celu przybliżyć jakość życia osób niepełnosprawnych do osób pełnosprawnych. Należy pamiętać, że nie jest to proces „przywracanie do normy osób niepełnosprawnych”. To społeczeństwo powinno dostosować przestrzeń życiową na potrzeby osób niepełnosprawnych⁹⁵.

Z uwagi na to, iż „każdy człowiek pragnie odkrywać potrzebę afirmacji swojego bytu”⁹⁶ „Nie jesteś samotnym bytem, ale jedyną w swoim rodzaju, niepowtarzalną częścią wszechświata”⁹⁷. Z tej perspektywy normalizacja wiąże się z nadawaniem sensu życiu osób niepełnosprawnych, czyli stwarzaniem optymalnych warunków rozwoju czy rehabilitacji. To umożliwienie pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. „Myśl o użyteczności i konieczności zaspokajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych człowieka słabego, chorego, jako pierwszorzędowych, aktualnie nie bywa już podawana w wątpliwość. Istotną sprawą pozostaje jednak sposób ich adekwatnego diagnozowania oraz rzeczywistego, pełnego realizowania w praktyce”⁹⁸.

Potrzeba sensu tkwi w każdym z nas, jest to jedna z tych potrzeb, która wyznacza specyfikę życia człowieka. Rorat (2006) i Seligman (2011) twierdzą, że poczucie sensu jest trzecim (jednym z ważniejszych) elementem „prawdziwego szczęścia”.

94 Tamże, s. 15.

95 W. Dykcik, *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe PTP Oddz. w Poznaniu, Poznań 2005, s. 154.

96 Tamże, s. 255.

97 Z. Bauman, *Moralność w niestabilnym świecie*, Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 2006, s. 5.

98 Tamże, s. 5.

Można to porównać do najgłębszej warstwy teorii cebulowej Czapińskiego – woli życia. Jest to jedna z potrzeb, która wyznacza specyfikę życia człowieka.

Realizacja powyższych założeń jest możliwa w procesie normalizacji życia osób niepełnosprawnych. Oto poszczególne cele, które należy zrealizować:

- rozwijanie umiejętności samostanowienia,
- rozwijanie umiejętności społecznych i zawodowych,
- rozwijanie umiejętności spędzania wolnego czasu⁹⁹.

Samostanowienie oznacza ważny obszar w przypadku osób niepełnosprawnych, szczególnie w zakładach opiekuńczych, domach pomocy społecznej czy innych zinstytucjonalizowanych układach opiekuńczych. „Samostanowienie jako zdolność do kierowania biegiem własnego życia jest umiejętnością, która najbardziej zaznaczyć się może i rozwinąć w koncepcjach normalizacji życia osób niepełnosprawnych”¹⁰⁰. Samostanowienie oznacza podejmowanie samodzielnych decyzji, wyborów życiowych przez autonomicznie rozwijającą się jednostkę. Poniżej zostały zaprezentowane cechy, którymi charakteryzuje się osoba zdolna do samostanowienia:

- umiejętność przejawiania inicjatyw w różnych sytuacjach,
- świadomość i rozwijanie własnych możliwości,
- umiejętność podejmowania decyzji i dokonywania wyboru,
- umiejętność stawiania sobie celów,
- umiejętność rozwiązywania problemów,
- umiejętność niezależnego myślenia,
- asertywność,
- umiejętność obrony samego siebie,
- samowiedza,
- samoregulacja,
- nieuległość¹⁰¹.

Należy wziąć pod uwagę, że wiele z tych umiejętności będzie występować w niepełnej formie, przez wzgląd na rozwój poznawczy osób z niepełnosprawnością. Należy jednak dążyć do tego, aby te umiejętności rozwijać w miarę moż-

99 W. Dykcik, *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji...*, dz. cyt., s. 154.

100 Tamże, s. 154.

101 Tamże, s. 155

liwości osób niepełnosprawnych. Kształtowanie umiejętności społecznych nie tylko zwiększa samodzielność osób niepełnosprawnych, ale również zmniejsza stopień uzależnienia społecznego. Dlatego jest to istotne dla osób zamieszkujących w domu pomocy społecznej, gdzie często zapomina się o powyższych trzech podstawowych celach. Czego efektem jest wyręczanie mieszkańców, brak kontaktów społecznych i nieumiejętność zagospodarowania czasu wolnego.

Działania normalizacyjne powinny być podstawowym działaniem na rzecz osób niepełnosprawnych. Poniżej w tabeli zostały zaprezentowane podstawowe założenia dotyczące normalizacji osób niepełnosprawnych.

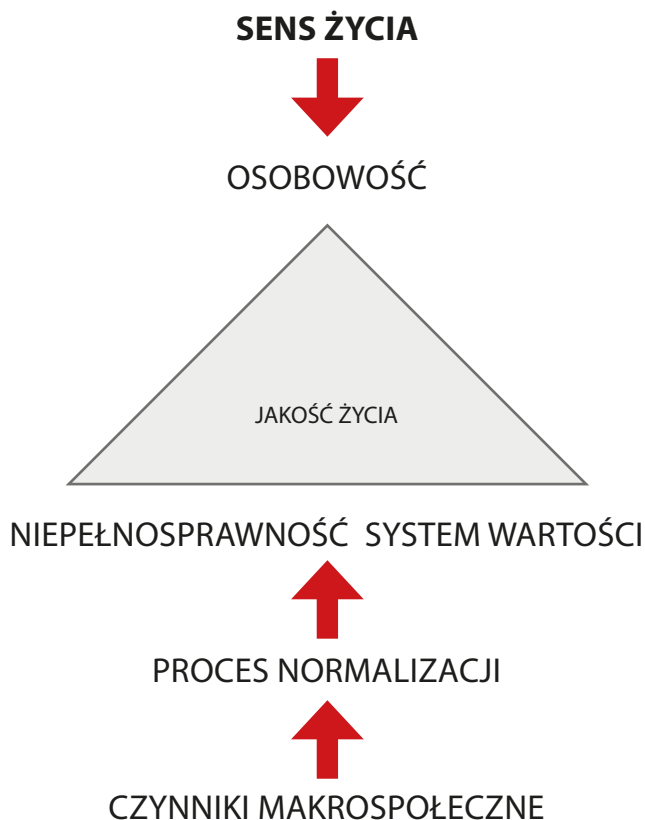
Tabela 8 Założenia i postulaty normalizacji życia osób niepełnosprawnych

Pedagogiczna koncepcja normalizacji życia osób niepełnosprawnych
<ul style="list-style-type: none"> • znormalizowanie standardu życiowego maksymalnie zbliżonego do warunków egzystencji ludzi z normą; • rozwijanie samodzielności i aktywności życiowej wg. zasady tyle samodzielności, ile to możliwe, tyle motywacji, ile trzeba, tyle pomocy, ile to konieczne, i tyle ochrony, ile to niezbędne; • określenie w odmienny sposób wychowawczej roli personelu jako kooperanta organizującego pomoc i terapeutyczne wsparcie, a nie tylko opiekuna bez aktywnego udziału w normalizacji i samorealizacji życiowej mieszkańców; • kształtowanie i nauczanie umiejętności tworzenia i wykorzystania społecznych warunków życia oraz możliwości kulturowej, międzypokoleniowej transmisji własnych standardów życia, odmiennych od regulaminowych wzorów postaw i zachowań otoczenia „grupy osób podobnych”.

Źródło: Dykcik, 2005, s. 156.

Jakość życia jest bezpośrednio zależna od procesów normalizacji. Powszechnie uznaje się, że jakość życia osób niepełnosprawnych mierzona jest w taki sam sposób, jak osób pełnosprawnych. Pomiarowi podlegają identyczne sfery życia. Natomiast nie zawsze możliwe jest, aby je zbadać, z uwagi na różny sposób ich realizacji. Na jakość życia mają wpływ czynniki makro i mikrospołeczne, sposób postrzegania osób niepełnosprawnych przez grupy społeczne. To właśnie od nich zależy, czy proces normalizacji nastąpi, a jeśli tak, to w jakim stopniu, co przedstawia rycina poniżej.

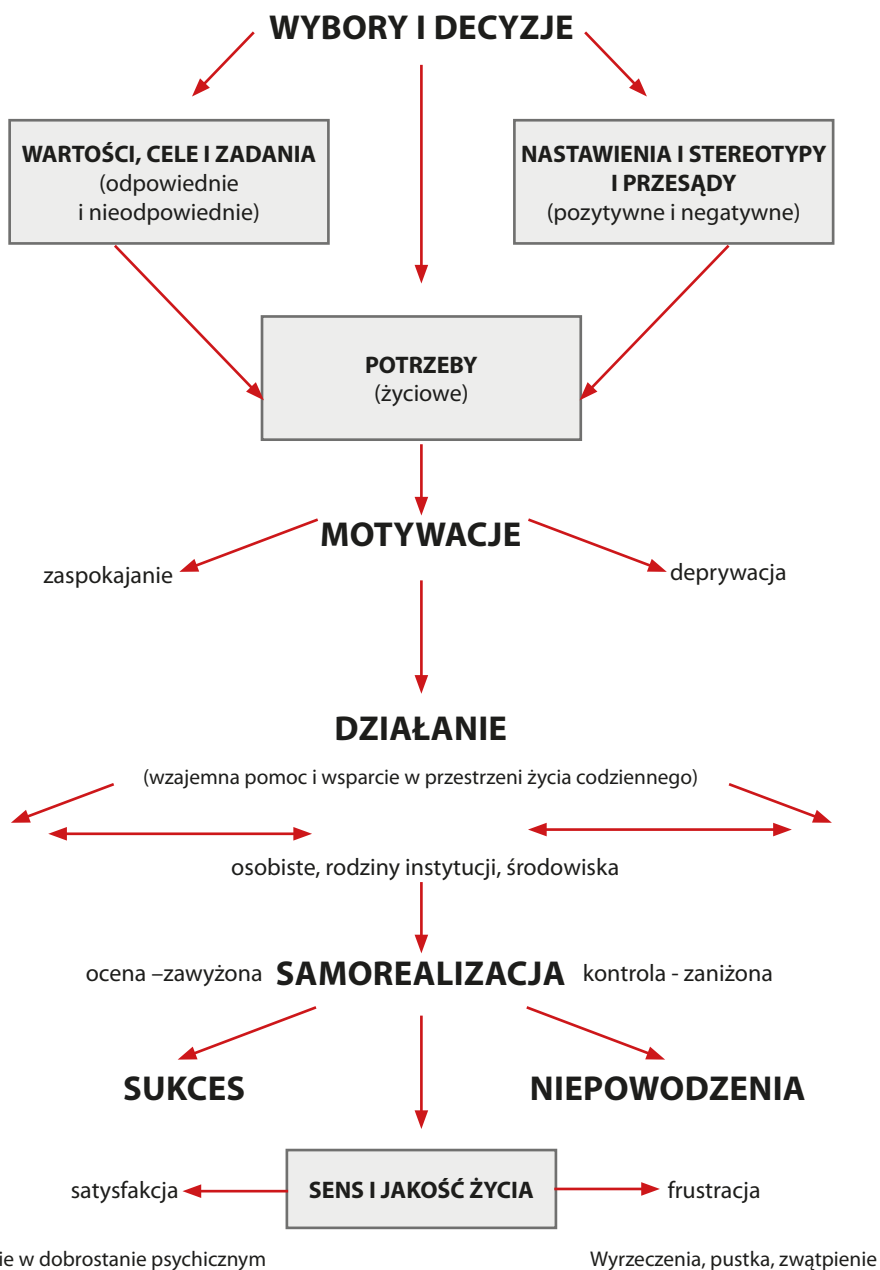
Rycina 5 Sens i jakość życia – uwarunkowania mikro- i makrospołeczne.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Dykcik, 2005, s. 248-263.

Zdaniem **Władysława Dykcika** jakość życia wiąże się głównie z samodzielnymi wyborami, samostanowieniem, decyzjami, własnym upoważnieniem człowieka w dokonywanych wyborach. Władysław Dykcik opracował model mechanizmu życia. W tym ujęciu jakość życia to praca jednostki wspólnie z innymi ludźmi, przy czym najistotniejsze jest to, aby realizowała ona swoje potrzeby i własne cele. „Dobre życie” oznacza wpływ na to życie i **samorealizację**.

Rycina 6 Mechanizm życia.



Źródło: Dykcik, 2005, s. 256, 2002, s. 38.

Jak twierdzi Władysław Dykcik, jakość życia u osób niepełnosprawnych i chorych jest poczuciem zadowolenia ze swobodnego i skutecznego działania we wszystkich obszarach życia, do których można również zaliczyć kryteria warunkujące jakość życia. Autor koncepcji prezentuje, w jaki sposób należy spostrzegać jakość życia osób niepełnosprawnych:

1. Zdolność „wglądu” w siebie (samoświadomość), które jest podstawą do wniknięcia w sposób funkcjonowania osób niepełnosprawnych, a tym samym do oceny tegoż funkcjonowania.
2. Umiejętność wyobrażenia sobie sytuacji, w jakiej znajdują się osoby niepełnosprawne.
3. Kształtowanie pozytywnego obrazu rodziny osoby niepełnosprawnej jako podstawowego fundamentu rozwoju. Zrozumienie nadrzędnej wartości, jaką ta rodzina stanowi w przypadku osoby chorej.
4. Tworzenie u osób niepełnosprawnych pozytywnego obrazu samego siebie, czyli własnego wizerunku, stanowiącego względnie stały element samooceny.
5. Kreowanie elastycznej osobowości, przygotowanej do pokonywania codziennych zadań życiowych oraz zindywidualizowanego projektu życiowych zamierzeń.
6. Kształtowanie społecznego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością. Do nich należą kontakty z innymi ludźmi i instytucjami, których rola ujawnia się poprzez:
 - kształtowanie kompetencji życiowych, jak i podejmowanie interwencji w obciążających sytuacjach kryzysowych;
 - tworzenie emocjonalnie pobudzającego klimatu społecznego dla rozumienia, akceptacji i sympatii w relacjach międzyludzkich;
 - organizowanie instrumentalnego wsparcia: informacje, porady, pomoc, finanse;
 - doświadczenie poczucia przynależności do bliższych i dalszych układów odniesienia, pobudzających rozwój społecznej akceptacji, adaptacji i autonomii.
7. W zakresie polityki społecznej państwa powinno się zapewniać osobom niepełnosprawnym dostęp do tych samych dóbr czy instytucji, co osobom zdrowym¹⁰².

102 Tamże, s. 174-176.

Podsumowując, można stwierdzić, że jakość życia osób z niepełnosprawnością zależy bezpośrednio od stopnia normalizacji ich życia, z uwzględnieniem prawa do godnego życia, samorozwoju, a także samorealizacji. Jest to złożony system, w którym system wartości, kultura, środowisko życia danej społeczności wyznaczają stopień normalizacji osób niepełnosprawnych. System ten wraz z innymi wzajemnie na siebie wpływającymi czynnikami warunkuje sens życia jednostki.

Jakość życia według Stanisława Kowalika

Problematykę jakości życia poruszał również Stanisław Kowalik, który skonstruował definicję jakości życia psychicznego. Koncepcja Kowalika dystansuje się wobec silnego akcentowania w badaniu jakości życia zdarzeń krytycznych oraz wobec rozumienia jakości w sposób *przeżyciowy*, czyli poprzez wewnętrzne odtwarzanie bodźców lub też emocjonalne ustosunkowanie się do nich.

Kowalik wraz z Janečka wskazują na trzy poziomy, które powinny być uwzględniane w ocenie jakości życia, a mianowicie:

- doświadczenie niezależności (poziom podmiotowy);
- swoboda dokonywania wyboru (poziom interpersonalny);
- nieskrępowany dostęp do różnych dóbr znajdujących się w otoczeniu (poziom społeczny).

Autor koncepcji proponuje wyodrębnienie jednego wymiaru ludzkiego życia. Takie wyodrębnienie z całej problematyki jakości życia umożliwia nie tylko rozpatrywanie go w aspekcie oddziaływań środowiskowych, ale również uchwycenie prawidłowości rozwojowych i ich przebiegu¹⁰³.

Autor definiuje jakość życia psychicznego za pomocą *przeżycia*. Przeżycie to według autora „proces wewnętrzny, który polega na wzbogacaniu rezultatów naszego poznania rzeczywistości zewnętrznej poprzez:

- rozpoznawanie w niej niejawnych (niedostrzegalnych zmysłowo) elementów;
- wprowadzanie w czyn i kojarzenie wybranych elementów własnego doświadczenia z percepcją aktualnie oddziałującej rzeczywistości (wydobycie ich z pamięci, kreowanie wyobrażeń i fantazji);

103 R. Derbis, *Doświadczenie codzienności...*, dz. cyt., s. 9-55.

- personalizowanie informacji o poznawanej rzeczywistości, czyli aktywne (świadome) ustosunkowanie się do nich z perspektywy ich znaczenia dla własnego życia¹⁰⁴.

Wymiar życia, jaki przedstawia Kowalik, odnosi się do subiektywnej oceny jakości życia. Wartość tego podejścia polega na tym, że z perspektywy rozwoju człowieka powstaje możliwość koncentrowania się na jakości życia jako na osobnym obiekcie życia wewnętrznego. Poza tym ukazuje inną formę powiązań pomiędzy warunkami zewnętrznymi, zdarzeniami i zmianami w życiu psychicznym.

Systemowo-ekologiczne koncepcje jakości życia

Koncepcje, które zostały zaprezentowane powyżej, ukazują różnorodność problematyki jakości życia. Najbliższą tematyki niniejszej publikacji jest koncepcja Władysława Dykcika, który upatruje wysoką jakość życia w procesach normalizacji osób z niepełnosprawnością. Natomiast w poniższym podrozdziale zostaną zaprezentowane koncepcje jakości życia skonstruowane w nurcie ekologicznym, które zostały wybrane za podstawę badań własnych. Z wielu koncepcji wybrano podejście jakości życia za Robertem Cumminsem, który podkreśla wielowymiarowość zjawiska, ponieważ istotnym dla autorki jest, aby podjąć to zagadnienie, nie tylko odwołując się do subiektywnej oceny osób badanych, ale również uwzględnić społeczny kontekst badań.

Psychologiczna koncepcja jakości życia Roberta Schalocka

Według Schalocka „poczucie jakości życia w przypadku osób z niepełnosprawnością jest złożone z tych samych czynników i relacji, które są ważne dla wszystkich ludzi; jest doświadczalne, gdy osoba ma te same możliwości w realizacji celów życiowych w najważniejszych sferach życia. Ma ona wymiary subiektywne i obiektywne, ale jest zasadniczo percepcją indywidualną, która odzwierciedla, to jak osoba doświadcza jakość własnego życia; opiera się na indywidualnych potrzebach, wyborach, kontroli. Jest konstruktem wielowymiarowym, pozostającym pod wpływem czynników podmiotowych i środowiskowych, takich jak relacje

104 St. Kowalik, *Jakość życia psychicznego*, dz. cyt., s. 27.

intymne, życie rodzinne, przyjaźń, praca, sąsiedzi, miejsce zamieszkania, dom, wykształcenie, zdrowie, standard życia, narodowość”¹⁰⁵.

Robert Schalock uwzględnia w swoim modelu cały kontekst indywidualny i społeczny jednostki, z uwzględnieniem percepcji osób niepełnosprawnych przez otoczenie. Jest to bardzo istotne, ponieważ wpływa na to, w jaki sposób osoby z niepełnosprawnością kształtują swoje wewnętrzne standardy do oceny doświadczeń życiowych i jakości życia.

Definicja jakości życia według Schalocka brzmi następująco:

Jakość życia jest koncepcją odzwierciedlającą posiadaną kondycję życiową w stosunku do siedmiu zakresów:

- dobry stan emocjonalny;
- stosunki interpersonalne;
- dobry stan materialny;
- dobry stan fizyczny;
- autonomia;
- integracja społeczna;
- prawa jednostki¹⁰⁶.

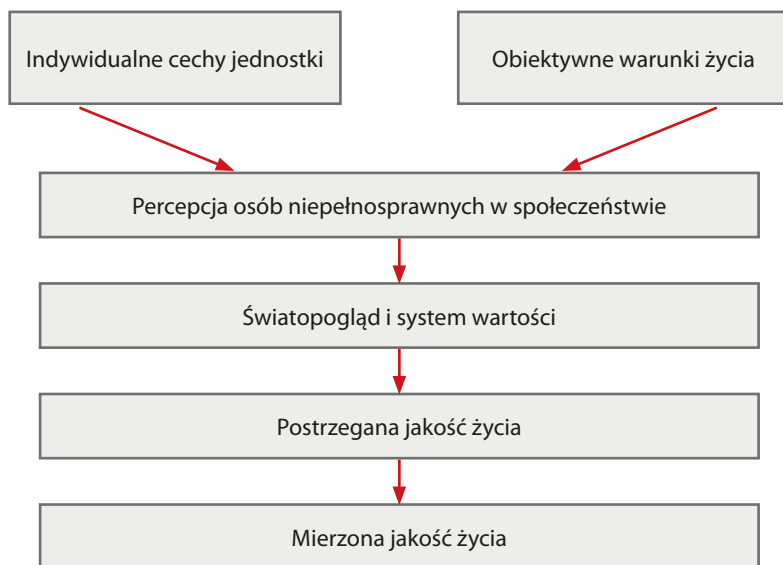
Autor podkreśla, iż osoby z niepełnosprawnością wiążą jakość życia z tym, co oferuje im społeczeństwo. Ponadto ważnym aspektem, mającym wpływ na poziom tej jakości życia, jest pewność i stałość tej oferty.

Poniżej zostanie zaprezentowany schemat, który przedstawia, w jaki sposób autor rozumie powyższe rozważania.

105 R. L. Schalock, R. Brown, R. A. Cummins, D. Felce, L. Matikka, K.D. Keith, T. Parmenter, *Conceptualization, Measurement and Application of Quality of Life Person With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts*, "Mental Retardation" 2000, Vol. 40, nr 6, s. 457-470.

106 R.L Schalock, *Three Decades of Quality of Life*, Focus of Autism and Other Developmental Disabilities, 2000, 15, 2, s. 122.

Rycina 7 Model jakości życia Schalocka, Keitha i Hoffmana (1990).



Źródło: Firkowska – Mankiewicz, 1999, s. 17.

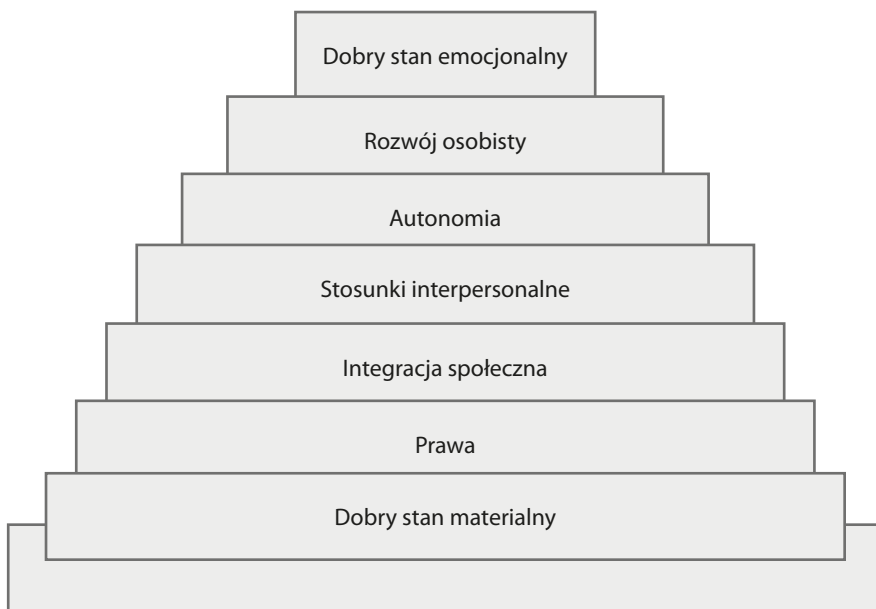
Odwołując się do definicji, jaką przedstawił Schalock, poniżej zostaną zaprezentowane poszczególne wskaźniki (tabela 9). Autor zwrócił również uwagę na to, że poszczególne elementy mają naturę hierarchiczną i uporządkowaną (rycina 8).

Tabela 9 Wskaźniki jakości życia według Schalocka

Poszczególne zakresy	Przykładowe wskaźniki
Dobry stan emocjonalny	Poczucie bezpieczeństwa, duchowość, szczęście, wolność od stresów, wyrażenia siebie, zadowolenie
Stosunki interpersonalne	Zażyłość, przywiązanie, rodzina, interakcje, przyjaźń, wsparcie
Dobry stan materialny	Własność, finanse, bezpieczeństwo, żywność, zatrudnienie, dorobek, status socjoekonomiczny, mieszkanie
Rozwój osobisty	Edukacja, umiejętności, samorealizacja, kompetencje osobiste, ukierunkowana aktywność, rozwój
Dobry stan fizyczny	Zdrowie, odżywianie, odpoczynek, mobilność, opieka zdrowotna, ubezpieczenie zdrowotne, czas wolny, aktywność dzienna
Autonomia	Samostanowienie, wybory, decyzje, samokontrola, samostereowalność, osobiste cele i wartości
Integracja społeczna	Akceptacja, status, wsparcie, środowisko pracy, aktywność społeczna, role społeczne, działalność społeczna, środowisko zamieszkania
Prawa	Prywatność, prawo głosu, dostęp, posiadanie, odpowiedzialność obywatelska

Źródło: Schalock, 2000, s.122 w: Zawislak, 2011, s.60, por. Sadowska, 2006, s. 74.

Rycina 8 Hierarchiczna natura jakości życia według Schalocka.



Źródło: Schalock, 2000, s. 19, w: Zawisłak, 2011, s. 60.

Jakość życia, którą przedstawia Schalock, akcentuje również nurt ekologiczny. Według tej teorii życie ma nie tylko wymiar indywidualny, ale przede wszystkim jest oparty na relacji z innymi podmiotami i przedmiotami nas otaczającymi. Przyjmuje się, że jakość życia w sensie biologicznym wyraża się poprzez cechy jakościowe wewnątrznie przysługujące organizmowi oraz od strony ekologicznej poprzez cechy wynikające z relacji ze środowiskiem¹⁰⁷. Jakość życia przez Schalocka jest rozpatrywana w trzech wymiarach: mikrosystemu, mezosystemu i makrosystemu. Poszczególne poziomy nakładają się na wskaźniki, które wcześniej sformułował: czyli makrosystem najbardziej wpływa na zdrowie i dobrostan materialny, mikrosystem i mezosystem wpływają na sferę emocjonalną, relacje z innymi, samostanowienie i samorozwój¹⁰⁸.

107 *Humanizm ekologiczny. Jakość życia, wymiar ekologiczny*, red. M. Kozak, St. Kycia, Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Lubelskiej, Lublin 1994, s. 34-49.

108 R. L. Schalock., R. Brown, R. A. Cummins, D. Felce, L. Matikka, K.D. Keith, T. Parmenter, dz. cyt., s. 457-470.

Tabela 10 Poziomy jakości życia w ujęciu ekologicznym

Poziom mikrosystemu (ocena indywidualna)	Rodzina Dom Grupa rówieśnicza Miejsce pracy
Poziom mezosystemu (ocena funkcjonalna)	Sąsiedztwo Usługi Społeczeństwo Organizacje
Poziom makrosystemu (wskaźniki społeczne)	Wzory kulturowe Trendy polityczne i społeczne System ekonomiczny

Źródło: Schalock, Verdugo, 2002, s. 15

Powyższy schemat ukazuje, że koncepcja Schalocka jest wielowymiarowa i wielopłaszczyznowa, zawiera zarówno aspekt subiektywny, jak i obiektywny. Bardzo ważne są własne doświadczenia i osobiste odczucia, ale równie istotny jest kontekst środowiskowy. Zaznacza, że środowisko pracy, życia, miejsca zamieszkania jest równie ważne, co indywidualne odczucia. Schalock dołącza do aspektów środowiskowych zabiegi typu rehabilitacyjnego, medycznego, wspierającego czy edukacyjnego, które są tak ważne dla osób z niepełnosprawnością. Jednak jedną z najistotniejszych kwestii jest to, iż autor podkreśla jedność komponentów elementów i relacji takich samych dla wszystkich grup jednostek określających jakość życia¹⁰⁹. „Koncepcja ta rozszerza swe znaczenie poza same jednostki z upośledzeniem umysłowym i obecnie oddziałuje już na cały system usług dostarczany dla tych osób. Dzieje się tak ze względu na spajającą i integrującą siłę tego konstruktu społecznego”¹¹⁰.

Na podsumowanie należy przeanalizować propozycję Schalocka, aby uporządkować badania jakości życia nie tylko planowaniu, ale również ocenie organizacji pomocy. Cztery wymiary zaproponowane w Kwestionariuszu Jakości Życia Schalocka i Keitha (QOLQ) to:

- zadowolenie,
- niezależność,

109 R.L. Schalock, *Three Decades of Quality of Life*, Focus of Autism and Other Developmental Disabilities, 15, 2, 2000, s. 124.

110 Tamże.

- integracja społeczna,
- kompetencje.

Badacz łączy powyższe wyznaczniki z pytaniami ważnymi dla planowania świadczonej pomocy (świadczenia usług) oraz z wyznacznikami jej efektów (Schalock, Keith, 1993, za: Juros, 1997, s. 298)¹¹¹. Analiza została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 11 Związek organizacji usług z oceną jakości życia w ujęciu Schalocka

Wymiar jakości życia	Pytania ważne dla planowania działań (świadczenia usług klientowi)	Wyznaczniki poprawy jakości życia (wynik dobrze świadczonych usług)
Zadowolenie	Co z proponowanej oferty i w jakim stopniu zwiększy poczucie satysfakcji osoby z tej pomocy korzystającej (ucznia, rodzica, mieszkańca)?	Zwiększenie poczucia satysfakcji osoby z jej obecnej sytuacji
Kreatywność	Co i w jakim stopniu zwiększy jej poczucie kompetencji, umiejętność radzenia sobie z obecną sytuacją?	Zwiększenie poczucia własnej kompetencji, umiejętności radzenia z obecną sytuacją, a co za tym idzie, własnej produktywności
Niezależność	Co i w jakim stopniu zwiększy jej poczucie własnej siły i niezależności?	Zwiększenie poczucia własnej siły i niezależności
Integracja społeczna	Co i w jakim stopniu zwiększy jej poczucie przynależności do społeczności, integracji z tą społecznością?	Zwiększenie poczucia przynależności społecznej i integracji ze społecznością lokalną

Źródło: Sadowska, 2006, s. 75

Tabela prezentuje kategorię jakości życia, która jest w ścisłym związku z jakością zabezpieczenia, jakie oferuje się osobom niepełnosprawnym. Wynika z tego, że Schalock postrzega jakość życia przez pryzmat jakości zabezpieczenia tych osób¹¹².

111 R.L. Schalock., R. Brown, R. A. Cummins, D. Felce, L. Matikka, K.D. Keith, T. Parmenter, dz. cyt., s. 457-470.

112 St. Kowalik, *Jakość życia psychicznego*, dz. cyt.

W niniejszym podrozdziale zostanie zaprezentowany jeszcze inny model, który powstał na gruncie polskim. Autorem koncepcji jest Anna Zalewska, która skonstruowała Transakcyjny Model Jakości Życia (TMJZ), uwzględniający głównie oceny subiektywne. Za podstawę swojej koncepcji przyjęła istnienie ocen emocjonalnych i poznawczych, które przetwarzane są w sposób niezależny. Oznacza to, że mogą na siebie wpływać, natomiast nie muszą być spójne, mogą mieć odmienne konsekwencje i uwarunkowania. Zalewska założyła również, że całość tworzy spójny system, dlatego też oceny poszczególnych sfer jakości życia nie są od siebie niezależne, a wręcz przeciwnie, wpływają na siebie nawzajem, upraszczając wpływ różnych (często odmiennych ocen na siebie) i szczególne relacje pomiędzy tymi ocenami. Wynikiem tego jest fakt, że poziom poszczególnych ocen i specyficzne relacje między nimi zależą od trzecich zmiennych, od szerszych systemów. Transakcyjny Model Jakości Życia bierze pod uwagę głównie dwa systemy:

- osoba – środowisko (interakcje i stopień dopasowania cech osoby i środowiska);
- osoba – (spójność lub niespójność cech osoby oraz ich interakcje, które moderują znaczenie sytuacji i interpretację dopasowania).

Głównym założeniem tego modelu będzie wpływ procesu wymiany między systemami oraz wzajemne interakcje¹¹³.

Koncepcja, teoria i metoda jakości życia Roberta Cumminsa

Robert Cummins stworzył model, który odpowiada dzisiejszym standardom i ocenom jakości życia. Jest to model wielowymiarowy, który uznaje zarówno aspekt obiektywny, jak i subiektywny. Definicja, jaką przedstawił, jest następująca:

Jakość życia jest zarówno obiektywna, jak i subiektywna, a każde z tych aspektów zawiera siedem takich samych zakresów:

- byt materialny,
- zdrowie,
- produktywność,
- zażyłość z bliskimi,
- bezpieczeństwo,

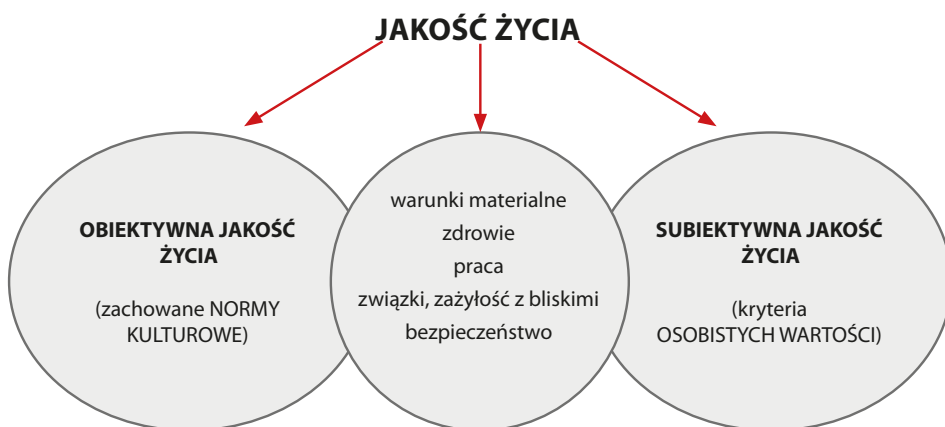
113 A. Zawiślak, dz. cyt., s. 60.

- przynależność społeczną,
- dobrostan emocjonalny.

Elementy o charakterze obiektywnym są adekwatne do sytuacji kulturowej, natomiast elementy subiektywne to satysfakcja z każdego ww. zakresów, określana przez jednostkę z uwzględnieniem kryterium ważności danego elementu dla niej”¹¹⁴.

Cummins uznał, że jakość życia jest zarówno obiektywna, jak i subiektywna, natomiast zaznaczył, że w wymiarze obiektywnym są ważne miary kulturowe, natomiast w wymiarze subiektywnym wartości osobiste. Autor zaznaczył również, że nie należy łączyć w jednym indeksie mierników subiektywnych (kryteria osobistych wartości, np. zadowolenie) i obiektywnych (odwołujące się do normy ogólnej populacji)^{115 116}. Poniższa rycina zilustruje tę tezę.

Rycina 9 Model jakości życia Roberta Cumminsa.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Cummins, 1997, s. 7.

114 R.A. Cummins, *Copmrehensive Quality of Life Scale – Adult, 5th ed.*, School of Psychology, Deakin University, Melbourne 1997, s. 7.

115 Tamże, s.120.

116 Sł. Sadowska, *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną...*, dz. cyt., s. 36.

Zaproponowany model przez R. Cumminsa został nieco zmieniony w ostatnich pracach. Obecnie obszary jakości życia obejmują:

- standard życia,
- zdrowie,
- osiągnięcia życiowe, stosunki z innymi,
- osobiste bezpieczeństwo,
- związki ze społeczeństwem,
- zabezpieczenie na przyszłość¹¹⁷.

Robert Cummins stworzył **teorię homeostazy subiektywnej** (Theory of SQOL), która jest próbą odpowiedzi na pytanie, jakie są uwarunkowania zadowolenia z życia. Cummins szczególnie interesował się tą miarą jakości życia, ponieważ wyniki badań w zakresie subiektywnym nie zawsze korelowały z wynikami badań w zakresie obiektywnym. Dlatego też postanowił uzupełnić swoją koncepcję homeostatycznym modelem subiektywnej jakości życia.

Cummins zakłada, że zadowolenie z życia warunkują zarówno czynniki zewnętrzne, jak i podmiotowe. Autor wyróżnił trzy rodzaje determinantów:

1. Ekstrawersja i neurotyzm.
2. Kontrola, samoocena, optymizm.
3. Środowisko i doświadczenie jednostki¹¹⁸.

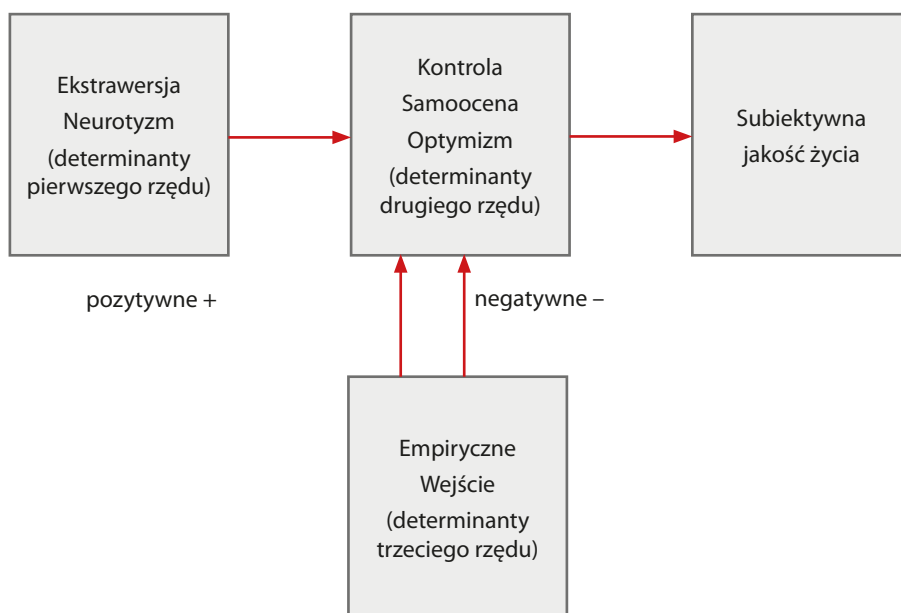
Model homeostazy, który przedstawił autor koncepcji, opiera się na równowadze wszystkich powyższych determinantów. Pierwsza i druga grupa determinantów związane są z czynnikami genetycznymi, wyposażeniem jednostki. Natomiast trzecią grupę stanowią czynniki środowiskowe, związki jednostki ze światem zewnętrznym. Homeostaza jest zaburzona wtedy, gdy obiektywne warunki osiągają bardzo niski poziom. Teza ta została zweryfikowana przez autora podczas licznych badań, które przeprowadził na gruncie australijskim. Okazało się, że satysfakcja z życia stała się parametrem bardzo stałym, o niskiej rozpiętości wyników, natomiast zróżnicowane były wyniki mierzone obiektywnie. Wynika z tego, że istnieje słaby związek pomiarów obiektywnych i subiektywnych między sobą.

117 Tamże, s. 37

118 Tamże, s. 40.

Dopiero poprzez zachwianie środowiska, w którym żyje jednostka, może dojść do znacznego obniżenia jakości jej życia. Poniższy model przedstawia rozumienie obiektywnej i subiektywnej jakości życia według modelu homeostatycznego Cumminsa^{119 120 121 122 123 124}.

Rycina 10 Homeostatyczny model subiektywnej jakości życia Roberta Cumminsa.



Źródło: Cummins, 2001, s. 100; za: Zawiślak, 2011, s. 63.

119 R.A. Cummins, *Living with support in the community: predictors of satisfaction with life*, "Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews" 2001, 7, s. 99-104.

120 R.A. Cummins, *Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model*, "Social Indicators Research" 2003, 64, s. 225-256.

121 R.A. Cummins, *Moving from the quality of life concept to a theory*, "Journal of Intellectual Disability Research" 2005, 49, 10, s. 699-706.

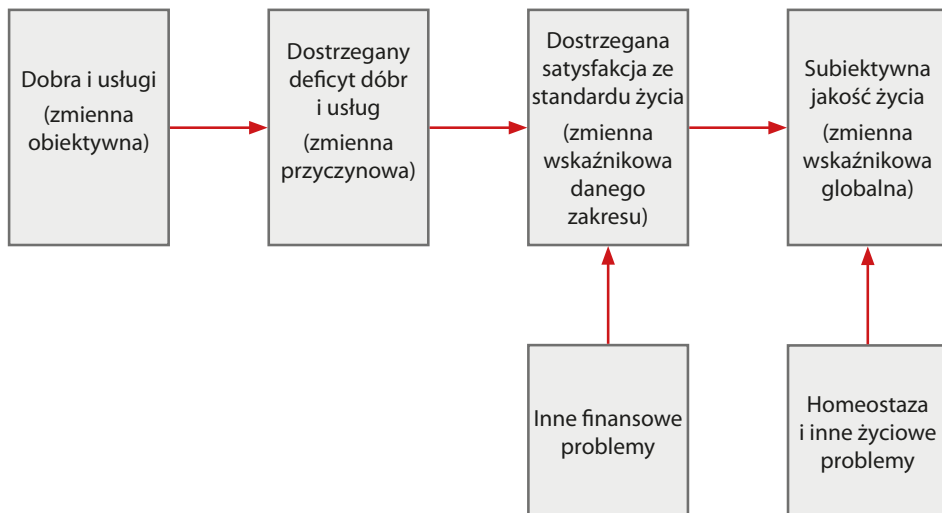
122 J. Czapiński, *Psychologiczne teorie szczęścia*, dz. cyt.

123 Sł. Sadowska, *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną...*, dz. cyt., s. 10-60.

124 A. Zawiślak, dz. cyt., s. 60.

Cummins, podobnie jak inni badacze, podkreślał, jakie znaczenie dla jakości życia mają osobiste wartości. Wyróżniał między innymi wartości indywidualne, zależne od płci, poziomu wykształcenia, rasy, wysokiej lub niskiej ogólnej satysfakcji z życia. Wszystkie te czynniki są dynamiczne, korelują ze sobą, zachodzą pomiędzy nimi interakcje i podlegają czynnikom zewnętrznym, takim jak: społeczne, kulturowe, ekonomiczne, polityczne, oraz podmiotowym. Stwierdził, że osiągnięcie określonej jakości życia przebiega w sposób łańcuchowy. Istnieją pewne dobra i usługi, natomiast nie mają one żadnego znaczenia, dopóki jednostka nie przyjmie do wiadomości istnienia tychże dóbr. Kiedy to nastąpi, zmienna przyczynowa może skutkować obniżeniem standardu życia oraz subiektywnej jakości życia. Istnieje jednak wiele różnych sytuacji, które mogą wpłynąć na to, w jaki sposób jednostka ocenia swój standard życia: na przykład jednostka przewiduje podwyższenie własnych dochodów i dzięki temu zmienna przyczynowa zostanie zneutralizowana. Według Cumminsa wszystkie interakcje (czynniki homeostatyczne wpływają na satysfakcję ze zmiennej przyczynowej, to z kolei wpływa na subiektywną jakość życia) mają wpływ na siebie nawzajem. Tym samym powodują, że nie można stwierdzić, iż istnieje linearna zależność pomiędzy usługami a dobrami oraz zmienną wskaźnikową z zakresu standardu życia. Poniższy schemat przedstawia owe zależności.

Rycina 11 Łańcuch przyczynowy subiektywnej jakości życia na przykładzie postrzegania adekwatności dochodów.

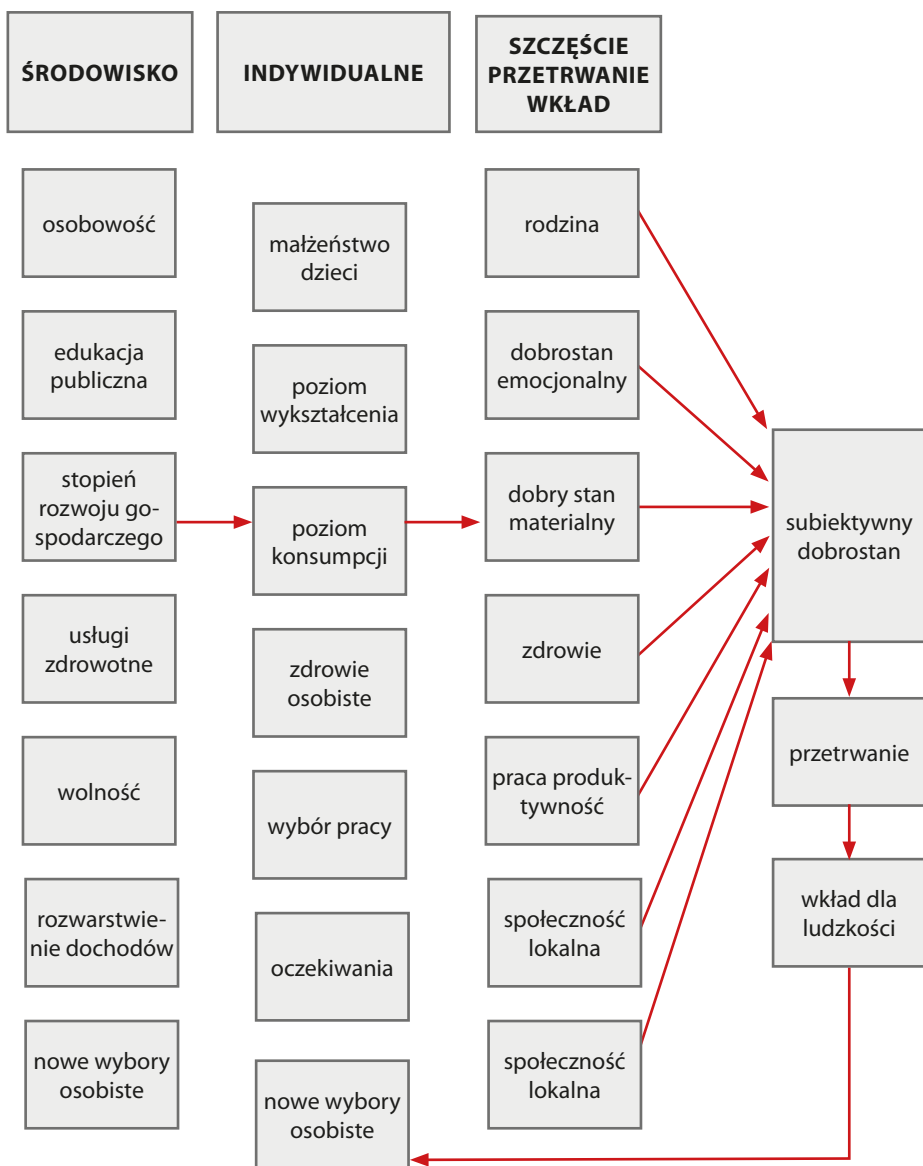


Źródło: Cummins, 2005, s. 704, za: Zawislak, 2011, s. 64.

Cummins opracował wraz z innymi badaczami model oparty na **teorii systemów**. Autorzy podkreślają, że w wielu pracach badawczych wprowadzenie różnych zmiennych nie jest dostatecznie uzasadnione teoretycznie. Model, który przedstawili, jest oparty na teorii ekologiczno-systemowej i uwzględnia czynniki kontekstowe (mikrodeterminanty i makrodeterminanty). Obszary jakości życia wpisano w szerszy układ. W ten sposób ukazano relacje pomiędzy elementami systemu. Elementem wyjściowym w modelu są obszernie ujmowane środowisko i polityka społeczna państwa, to one wpływają na wybory osobiste. Wynikiem tego jest subiektywny dobrostan (szczęście), co jest ważne dla przetrwania oraz zapisania swojego wkładu dla ludzkości. Zwrotnie wpływa to na nowe wybory osobiste i nowe wybory (zmiany) społeczne (Hagerty i in. 2001)¹²⁵. Rycina 12 przedstawia powyższe rozważania.

125 Sł. Sadowska, *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną...*, dz. cyt., s. 10-60.

Rycina 12 Koncepcja Roberta Cumminsa jako element systemowego modelu jakości życia.



Źródło: Hugerty i in., 2001, s. 80; za: Sadowska, 2006, s. 42.

Reasumując, autor niniejszej koncepcji jakości życia stwierdził na podstawie różnych badań, że wpływ czynników środowiskowych istnieje, natomiast zależy to od siły wielkości dostrzeżonego deficytu tychże czynników. Poza tym istnieją również inne powody obniżenia satysfakcji z życia, jak obniżenie nastroju czy czynniki chorobowe. To obniżenie może być silnie złagodzone poprzez wpływ innych zakresów jakości życia oraz czynników homeostatycznych. Dlatego właśnie subiektywna jakość życia jest bardzo odporna na zmiany¹²⁶.

W związku z powyższym należy przyjąć, iż osoba z niepełnosprawnością jest szczególnie narażona na obniżenie jakości życia, co za tym idzie, spada również jej motywacja do rehabilitacji. Istotnym jest punkt dotyczący poczucia samostanowienia chorego o sobie, co w przypadku braku możliwości komunikacyjnych staje się nieosiągalne.

126 R.A. Cummins, *Moving from the quality of life concept to a theory*, "Journal of Intellectual Disability Research" 2005, 49, 10, s. 700-704.

3. AFAZJA – CHARAKTERYSTYKA POJĘCIA

Uszkodzenia mózgu, których konsekwencją jest afazja, nie są zjawiskiem nowym. Już w starożytnym Egipcie ponad trzy tysiące lat p.n.e. utrwalono pierwsze wzmianki o występowaniu takich zaburzeń. Wzmianki o afazji można znaleźć w tekstach Hipokratesa, które zostały spisane z końcem V a połową IV w p.n.e. Informacje na ten temat można też odnaleźć w zapiskach z XV wieku. W XVI wieku Johannes Schenck von Grafenberg opisał pacjenta z zaburzeniami mowy, które były niezależne od sprawności ruchowej języka. W XVII wieku Johann Schmidt opisał pacjenta z niedowładem połowicznym prawostronnym i trudnościami w mówieniu i czytaniu. W tym samym czasie Peter Rommel opisał pacjenta, który zachował zdolność do wypowiadania ciągów automatycznych i wyuczonych na pamięć tekstów, a stracił zdolność do samodzielnego wypowiadania się¹.

3.1. Interdyscyplinarne pojęcie afazji

Termin „afazja” został wprowadzony do literatury neurologicznej w roku 1865 przez A. Trousseau i oznaczał zaburzenia w słownym wyrażaniu myśli oraz zaburzenia w rozumieniu mowy, występujące po uszkodzeniach korowych struktur mózgu. Termin afazja wywodzi się z greki (*aphates*) i oznacza osobę niemówiącą. Niezależnie od sposobów definiowania afazji, sama nazwa spotkała się z powszechną akceptacją, zastępując stosowany wcześniej przez P. Brocę termin „aphemia”².

Słowo fazja (gr. *fazis*, łac. *phazia*; mowa) oznacza zespół czynności neurofizjologicznych odbywających się w OUN, które umożliwiają mówienie i rozumienie wypowiedzi. Zaburzenie tych czynności na skutek uszkodzenia OUN określa się terminem afazja lub dysfazja. Afazja oznacza zatem całkowity brak mowy, dysfazja odnosi się do zaburzeń językowych różnego stopnia³.

Polski neuropsycholog M. Maruszewski (1966) określał afazję jako spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy czło-

1 J. Panasiuk, *Afazja a interakcja. Tekst – metaTekst – konTekst*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2013, s. 26.

2 Armand Trousseau, francuski lekarz pediatra, neurolog i klinicysta, członek Francuskiej Akademii Medycznej, uznał, że termin Broca jest nieadekwatny, ponieważ w języku greckim afemia oznacza infamię, czyli złą sławę, podłość (za: Panasiuk, 2013, s. 27).

3 J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 27.

wieka, który już uprzednio opanował te czynności. Autor jednak nie precyzuje samych mechanizmów programowania czynności porozumiewania się⁴.

W literaturze przedmiotu afazja jest rozumiana w różny sposób. Jest to termin opisowy, który oznacza zaburzenia mowy przy wszelkich dysfunkcjach i uszkodzeniach mózgu. Niniejsze pojęcie jest również wykorzystywane jako określenie trudności językowych wynikających jedynie z ogniskowych uszkodzeń mózgu, zlokalizowanych w obszarze tzw. półkuli dominującej. Jest to zgodne ze stosowaniem tegoż pojęcia w przeszłości⁵.

Maria Pąchalska pisze, że afazja to „syndrom oznaczający dezintegrację procesu przetwarzania informacji, czyli zaburzenie zdolności <<kodowania>> lub <<dekodowania>> różnych symboli językowych i/lub niejęzykowych występujących w danym języku, kręgu kulturowym czy wspólnocie komunikacyjnej, wywołane w następstwie organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego”⁶.

Stanowiska w sprawie zdefiniowania afazji są bardzo odmienne. Afazja jest określana w zależności od podejścia oraz badań, jakie prowadzili poszczególni autorzy.

Irena Styczek określa afazję jako „częściową lub całkowitą utratę umiejętności posługiwania się językiem, spowodowaną uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych” (Styczek, 1983, s. 254).

Leon Kaczmarek zdefiniował afazję jako „częściową lub całkowitą utratę umiejętności budowania tekstów słownych i percypowania tekstów słownych, czyli niemożność wyboru z magazynu językowego symboli, wiązania ich w całość, użycia we właściwej kolejności, produkowania zgodnej z normą społeczną substancji”.

Mierzejewska definiuje afazję jako „zaburzenia dowolnego posługiwania się strukturami językowymi, na skutek rozchwiania ich korowych wzorców ruchowo-brzmieniowych, czyli artykulacyjno-słuchowych”.

Bannister twierdzi, że afazja to „zaburzenia symbolicznej funkcji mowy, czyli rozumienia i wyrażania znaczeń za pomocą słów”⁷.

Większość definicji opiera się na stwierdzeniu różnych patologii językowych, nie koncentrując się na szerszym ujęciu procesów, jakie zachodzą u osoby z afazją. Jak wskazuje Panasiuk (2013), należy wziąć pod uwagę kilka kryteriów:

4 M. Pąchalska, *Afazjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 25.

5 J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 28.

6 M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 27.

7 J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 116.

- patomechanizm – różnicuje afazję od zaburzeń mowy w przebiegu rozmaitych dysfunkcji mózgu, np. schizofazji;
- lokalizacja uszkodzenia – odróżnia afazję od skutków uszkodzeń innych struktur, np. półkuli podległej, których uszkodzenie jest przyczyną prognozy, czyli nieafatycznych zaburzeń mowy, lub głębokich struktur mózgu, których uszkodzenie wywołuje dyzartrię;
- zaburzone funkcje – oddziela zakłócenia programowania wypowiedzi afazji od zaburzeń realizacyjnych, np. dyzartrii;
- osoby, których dotyczy – wyodrębnia afazje spośród zaburzeń mowy wynikających z uszkodzenia mózgu powstałego w okresie ontogenezy języka, czyli alalii, niedoksztalcenia mowy o typie afazji⁸.

Najogólniej ujmując, afazja jest to zaburzenie komunikacji językowej, którego przyczyną jest nabyte uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, np. w wyniku urazu, udaru, procesu neurodegeneracyjnego, nowotworu, zatrucia toksynami, procesu zapalnego. Nie jest efektem deficytów sensorycznych, np. głuchoty, zaburzeń pamięci, emocji czy myślenia, ani – w odróżnieniu od dyzartrii – nie jest związana z zaburzeniami aparatu mowy: języka, krtani, gardła, podniebienia. Istotnym jest, iż afazja wynika z „uszkodzeń korowych ośrodków mowy, ujawniających się w postaci pełnego lub częściowego rozpadu wszystkich typów kompetencji (afazja sensoryczna) lub/i zaburzeń sprawności realizacyjnych (afazja motoryczna)”⁹.

Zaburzenia mogą ujawniać się na różnych poziomach komunikacji językowej, takich jak mówienie, czytanie, pisanie. Do głównych objawów afazji zalicza się: zaburzenia artykulacji, redukcję słownictwa, agramatyzm, parafazje, zaburzenia powtarzania, zaburzenia rozumienia. Rodzaj występujących objawów zależy od kilku czynników, takich jak charakter uszkodzenia, dynamika uszkodzenia, etiologia schorzenia, faza choroby, cechy indywidualne, czas.

3.2. Typologie i klasyfikacje afazji

Istota afazji jest dość trudna do ujednoczenia. Jest to wielowymiarowe i wieloaspektowe zaburzenie. Dotychczas powstało setki definicji, które starają się przybliżyć i sklasyfikować afazję. Każdy stara się dotrzeć do istoty afazji, opracowując

⁸ Tamże.

⁹ S. Grabias, *Mowa i jej zaburzenia*, w: *Audiofonologia*, t. 10, s. 9.

definicję oraz klasyfikację w oparciu o swój punkt widzenia i dyscypliny, jaką się zajmuje. W związku z powyższym powstały różne klasyfikacje afazji związane ze stanowiskiem reprezentowanym przez danego autora.

Do klasyfikacji, które nie uwzględniają lokalizacji uszkodzenia, a opierają się na podejściu, w którym dominuje związek języka z mózgiem, na podstawie badań ludzi chorych z afazją i ludzi zdrowych, należy klasyfikacja J. Heada. Był to pierwszy badacz, który zaproponował klasyfikację afazji w kategorii lingwistycznej.

Klasyfikacja J. Heada (1926):

- afazja werbalna;
- afazja nominacyjna;
- afazja syntaktyczna;
- afazja semantyczna.

Ta klasyfikacja zainspirowała Jacobsona (1989), który również w swojej klasyfikacji uwzględnił czynnik lingwistyczny. Na jej podstawie powstały klasyfikacje Zarębiny (1973) i Kaczmarka (1995). Poniżej została zaprezentowana klasyfikacja Zarębiny jako przykład tej inspiracji.

Maria Zarębina przedstawiła klasyfikację afazji w sposób następujący:

Klasyfikacja M. Zarębiny (1973):

- afazja przyległości, dla której podstawowym objawem jest metateza, a w głębszych stadiach substytucja fonemowa;
- afazja selekcji, która objawia się substytucją wyrazową;
- afazja mieszana, gdzie obydwa mechanizmy – metateza i substytucja wyrazowa – współwystępują;
- afazja złożona, której przejawem jest kontaminacja.

Podobnie klasyfikacja Pąchalskiej wpisuje się w poprzedni nurt.

Klasyfikacja M. Pąchalskiej (1993):

- afazja dekodująca (trudności w rozumieniu komunikatu);
- afazja kodująca (afazja wyboru symboli lub afazja łączenia symboli);
- afazja mieszana (głęboki stan afazji mieszanej oznacza afazję całkowitą)¹⁰.

10 J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 116

Klasyfikacja T. H. Wiesenburga i K. E. McBride jest popularna w praktyce neurologicznej. Powstała ona na podstawie klinicznej analizy zespołów mowy, przeprowadzonych w grupie chorych z uszkodzeniami mózgu i grupy kontrolnej, przy użyciu testów na inteligencję i sprawność językową¹¹.

Klasyfikacja T. H. Weisenburga i K. E. McBride (1935):

- afazja głównie ekspresyjna (ruchowa, motoryczna) – przeważają objawy związane z zaburzeniami mówienia;
- afazja głównie impresyjna (czuciowa, sensoryczna) – przeważają objawy związane z zaburzeniami rozumienia;
- afazja mieszana (czuciowo-ruchowa) – objawy zaburzeń mówienia, jak i rozumienia;
- afazja amnestyczna (nominalna, nominacyjna, anomia) – problemy polegają przede wszystkim na trudnościach z nazywaniem przedmiotów i doborem słów w trakcie konwersacji (objawy te są obecne w każdej afazji, mogą jednak występować także oddzielnie, często jako stan zejściowy po poważniejszych zaburzeniach afatycznych);
- afazja całkowita (totalna, globalna) – całkowita lub prawie całkowita niezdolność mówienia i rozumienia.

Podobnie klasyfikacja Kurta Goldsteina opiera się na badaniach klinicznych i wyodrębnia następujące rodzaje afazji:

Klasyfikacja K. Goldsteina (1948):

- zaburzenia ekspresyjne (spowodowane uszkodzeniami korowymi);
- zaburzenia mowy wynikające z zaburzeń niejęzykowych czynności umysłowych;
- zaburzenia recepcyjne (korowe uszkodzenia, takie jak korowa głuchota, afazja czuciowa);
- afazja centralna,
- afazja amnestyczna,
- afazje transkorowe,
- agrafia,

¹¹ Tamże, s. 138.

- aleksja,
- echolalia¹².

Tradycyjne lokalizacjonistyczne podejście do istoty afazji oparte na badaniach klinicznych i patologicznych przedstawia między innymi A.R. Łuria, P. Broca, C. Wernicke, L. Lichtheim, K. Kleist, N. Geschwind¹³.

Bardziej przejrzyste klasyfikacje proponuje A.R. Łuria. Autor zakłada, że anatomiczno-fizjologicznym podłożem mowy jest układ współdziałających, zróżnicowanych struktur mózgowych.

W zależności od części tegoż układu, która uległa uszkodzeniu, wyodrębnia on poszczególne typy afazji. Ze względu na aplikatywność tej koncepcji w diagnozowaniu i w terapii autorka Innowacji postanowiła ją wykorzystać jako bazę, na której oparła swoje działania z pacjentami. Poniższa klasyfikacja zostanie bardziej szczegółowo omówiona podczas analizy modułów pracy z pacjentem z afazją.

Klasyfikacja Łurii (1976):

Afazje związane z zaburzeniami mowy ekspresyjnej:

- afazja ruchowa aferentna (uszkodzenie zawoju zaśrodkowego lewej półkuli mózgu);
- afazja ruchowa eferentna (uszkodzenie okolicy Broki);
- afazja dynamiczna (uszkodzenie lewej okolicy czołowej od ośrodka Broki).
- Afazje związane z zaburzeniami mowy impresyjnej:
- afazja akustyczno-gnostyczna (uszkodzenie okolicy Wernickego);
- afazja akustyczno-amnestyczna (uszkodzenie lewego płata skroniowego w okolicy Wernickego);
- afazja semantyczna (uszkodzenie pogranicza płata skroniowo-ciemieniowo-potylicznego).

Klasyfikacja Wernickego-Lichtheima-Geschwinda (lata 60. XX wieku), dzieląca afazję ze względu na płynność bądź brak płynności mowy:

Mowa płynna:

1. zachowane rozumienie:
 - z zachowanym powtarzaniem – afazja amnestyczna;
 - z zaburzonym powtarzaniem – afazja przewodzenia;

¹² Tamże, s. 122

¹³ M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 31.

2. zaburzone rozumienie:

- z zachowanym powtarzaniem – transkorowa afazja czuciowa;
- z zaburzonym powtarzaniem – afazja Wernickego.

Mowa niepłynna:

1. zachowane rozumienie:

- z zachowanym powtarzaniem – transkorowa afazja ruchowa;
- z zaburzonym powtarzaniem – afazja Broki;

2. zaburzone rozumienie:

- z zachowanym powtarzaniem – transkorowa afazja mieszana;
- z zaburzonym powtarzaniem – afazja totalna (całkowita).

Koncepcja Łurii zainspirowała Jadwigę Szumską, która zaproponowała swoją klasyfikację afazji.

Klasyfikacja J. Szumskiej (1980):

1. Afazja czołowa (ruchowa):

- afazja wieczka czołowego (Broki);
- zaburzenia mowy wywołane uszkodzeniem dodatkowej okolicy motorycznej;
- zaburzenia mowy wywołane uszkodzeniem okolicy przedczołowej (afazja dynamiczna Łurii).

2. Afazja skroniowa (słuchowa, afazja Wernickego).

3. Afazja ciemieniowa:

- afazja wieczka czołowo-ciemieniowego (afazja motoryczna Łurii);
- afazja ciemieniowo-potyliczna (afazja semnatyczna Łurii);
- afazja ciemieniowo-skroniowo-potyliczna (niejednorodny obraz zaburzenia z możliwym współwystępowaniem akalkulii i agnozji wzrokowo-przestrzennej)¹⁴.

Klasyki afazjologii również są zaliczani do nurtu lokalizacyjnego. Paul Broca (1861) i Carl Wernicke (1874) po raz pierwszy wyróżnili linię podziału pomiędzy typami afazji. Według tego podziału możemy wyodrębnić obszar odpowiedzialny za tworzenie wypowiedzi (pole Broki) i rozumienie wypowiedzi (pole Wernickego). Wszystkie kolejne klasyfikacje fizjologiczne, neurolingwistyczne,

¹⁴ J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 138.

psychologiczne, lingwistyczne czy objawowo-komunikacyjne opierają się na linii podziału, którą zaproponowali Broca i Wernicke¹⁵.

Afazja Broki (1861)

Uszkodzenie korowe czołowo-boczne półkuli lewej, do przodu od bruzdy Rolanda, rozciągające się na sąsiednie podkorowe struktury (istota biała).

Charakterystyka:

- wypowiedzi słowne nie płynne, fraza krótka, artykulacja monotonna, z wysiłkiem, nieprecyzyjna;
- zaburzenia wszystkich form mowy ekspresyjnej: powtarzania, nazywania, mowy narracyjnej i dialogowej;
- w stanach ciężkich ekspresja ograniczona do mimowolnego powtarzania „szczątków” językowych;
- relatywnie łatwiej choremu wypowiadać zautomatyzowane treści;
- upraszczanie artykulacyjnych wzorców słów, opuszczenia, parafazje głoskowe, persewercje, stereotypie;
- czasem współwystępuje dyzartria;
- w stanach lżejszych mowa agramatyczna, styl telegraficzny, dysprozodia;
- względnie dobrze zachowane rozumienie prostych wypowiedzi językowych.

Afazja Wernickego (1874)

Uszkodzenie tylnogórnej części lewego płata skroniowego (asocjacyjna kora słuchowa).

Charakterystyka:

- długość frazy – względnie zachowana; w stanie ciężkim chory może mówić płynnie i dużo, bez samoświadomości zaburzeń językowych; ponieważ zachowana jest swobodna artykulacja, fluencja i prozodia, powstaje wrażenie, że chory używa jakiegoś dziwnego, obcego języka (tzw. żargon-afazja, tu wypowiedzi składają się w dużym stopniu z neologizmów i parafazji werbalnych); artykulacja swobodna, poprawna; głęboka anomia, czyli trudność w aktualizacji nazwy (klinicznie, w sytuacji nazywania, chory stosuje omówienia, poszukuje brzmieniowego wzorca słowa, często

¹⁵ Tamże, s. 139.

zamienia słowo na inne; najczęstsze reakcje błędne to: parafazje werbalne, fonemiczne, neologizmy); znaczne zaburzenia rozumienia wypowiedzi językowych.

Jerzy Konorski wyszedł z założenia, że ontogeneza mowy oparta jest na kształtowaniu się poszczególnych pól gnostycznych oraz na powstawaniu szeregu połączeń, związków warunkowych pomiędzy nimi. Zaburzenia językowe po uszkodzeniach mózgu mogą wynikać z uszkodzenia poszczególnych analizatorów oraz uszkodzenia połączeń pomiędzy tymi okolicami.

Teoretyczny model podziału afazji zaproponowany przez Konorskiego został zweryfikowany przez Stefana Źarskiego. Niektóre rodzaje afazji wyróżnione w tym modelu nie mają potwierdzenia w materiale klinicznym¹⁶.

Klasyfikacja Konorskiego (1961):

- afazja słuchowo-werbalna;
- afazja słuchowo-gestowa;
- afazja wzrokowo-werbalna;
- afazja ruchowa;
- afazja czucia ułożenia;
- afazja wynikająca z uszkodzeń okolicy ruchowej dominującej półkuli (tak zwanej dodatkowej okolicy ruchowej).

Współcześnie dzięki technice neurobrazowania, badaniach interdyscyplinarnych, postępie w badaniach logopedycznych, które umożliwiają analizę funkcjonowania mowy pacjenta oraz szeregu badań klinicznych, które prowadzą do zrozumienia afazji, możemy wyróżnić kategorię nietypowych postaci afazji. Zaliczamy do nich: afazję skrzyżowaną, afazje podkorowe, afazję przewodzenia, afazje transkorowe i afazję pierwotną postępującą.

Afazja skrzyżowana

Opisana w 1899 przez Edwina Bramwella oznacza zaburzenie językowe wywołane uszkodzeniem półkuli tożstronnej, co dominująca ręka. Trudności objawiają się analogicznie co afazja Broki i Wernickego. Afazja skrzyżowana charakteryzuje się też znaczną dynamiką wycofywania się objawów zaburzeń, w stosunku do typowych form afazji. Szacuje się, że afazja skrzyżowana dotyczy 3– 4% wszyst-

¹⁶ Tamże, s. 125.

kich przypadków. U chorych leworęcznych afazja skrzyżowana występuje częściej, gdyż dominacja lewej półkuli u osób praworęcznych jest bardziej dominująca.

Kryteria diagnostyczne afazji skrzyżowanej to: brak rodzinnej leworęczności, ogniskowe uszkodzenie mózgu, występujące w półkuli tożsamej z dominującą ręką, brak uwarunkowań społecznych, które mogłyby modyfikować dominującą półkulę (np. poliglotyzm), brak patologii mózgu w ontogenezie¹⁷.

Zespoły „korowe”

- Afazja Broki
- Afazja Wernickego
- Afazja przewodzenia
- Afazja amnestyczna
- Transkorowa afazja ruchowa
- Transkorowa afazja czuciowa
- Afazja całkowita

Zespoły „podkorowe”

- Afazja torebkowo-prążkowiowa (trudności artykulacyjne, prozodyczne, fonacyjne, analogiczne do objawów patologii mowy występujących jako konsekwencja zmian patologicznych w obrębie prążkowiec w przebiegu choroby Parkinsona)
- Afazja mózdkowa (zaburzenia w zakresie rozumienia i tworzenia struktur gramatycznych podobnie jak w afazji transkorowo-ruchowej)
- Afazja wzgórzowa (ograniczenia rozumienia, nazywania i spontanicznych wypowiedzi).

Klasyfikacja zespołu „korowego” z charakterystyką

Afazja przewodzenia

Uszkodzenie w okolicy zakrętu nadbrzeżnego i sąsiadującej istoty białej. Przerwana jest transmisja z okolicy Wernickego do Broki przez pęczek łukowaty. Jest to nieczęsta postać afazji, jak również niejednoznaczne są poglądy co do patomechanizmu.

Mowa jest spontaniczna, względnie płynna, przeciętna długość frazy. Wypowiedź może utrudniać anomia i parafazje fonemiczne. Stosunkowo dobre rozu-

¹⁷ Tamże, s. 126

mienie języka słyszanego, głębokie zaburzenia powtarzania w porównaniu z lepszą wypowiedzią formułowaną samodzielnie¹⁸.

Afazja amnestyczna (inaczej anomiczna)

Występuje najczęściej przy uszkodzeniu tylnej części struktur językowych, szczególnie okolicy zakrętu kąтового lub środkowego skroniowego. Nie ma pełnej zgody co do precyzyjnej lokalizacji, bo w wielu typach afazji, w końcowym okresie zdrowienia, pozostają głównie trudności aktualizacji nazwy, czyli to, co jest istotą afazji amnestycznej.

Mowa jest zazwyczaj płynna, bez trudności artykulacyjnych, na ogół poprawna gramatycznie. Stosunkowo dobrze zachowane rozumienie wypowiedzi językowych. Występują głębokie trudności w aktualizacji nazw (brak reakcji w sytuacji nazywania lub opóźniony czas reagowania, omówienia, parafazy werbalne). Mowa swobodna w swej funkcji wykonawczej, ale dość „pusta” treściowo, np. uboga w rzeczowniki.

Afazja mieszana

Patologia obejmuje zwykle cały „obszar językowy” wokół bruzdy Sylwiusza (np. w wyniku udaru tętnicy środkowej mózgu lewej).

W najcięższej postaci: całkowita utrata wszystkich czynności językowych (afazja globalna). Czasem tylko mimowolnie wypowiedzany „strzęp” językowy (syłaba, słowo, stereotypowa fraza). Ślad zautomatyzowanych wypowiedzi (np. ciąg liczbowy); zniesione lub głęboko zaburzone rozumienie języka mówionego i pisanego. Kontakt z chorym – głównie pozawerbalny. W miarę zdrowienia zaburzenia stopniowo łagodnieją, ale dotyczą wszystkich funkcji językowych.

Transkorowa afazja motoryczna

Lokalizacja uszkodzenia: do przodu lub powyżej względem okolicy Broki; może być też przednia część kory czołowej przyśrodkowo.

Charakterystyka:

- zaburzone inicjowanie wypowiedzi spontanicznych, długość frazy mocno ograniczona;
- względnie dobre powtarzanie;

18 J. Seniów, *Afazja – krótka charakterystyka objawów i terapii*, Afasystem.Info.pl.

- bez zasadniczych trudności artykulacyjnych (to różnica między tym typem a afazją Broki);
- rozumienie względnie dobre;
- raczej dobre nazywanie (choć może być lekka anomia);
- trudności tworzenia zdania rozwiniętego i wypowiedzi wielozdaniowej.

Transkorowa afazja sensoryczna

Lokalizacja: okolica styku skroniowo-potylicznego, z oszczędzeniem okolicy Wernickego.

Powtarzanie – względnie dobre (to różni tę postać od afazji Wernickego). Pacjent uzyskuje również dobre wyniki w teście słuchowego różnicowania bodźców werbalnych. Występują zaburzenia interpretacji znaczenia słowa. Można dostrzec głęboką anomię, która może czasem utrudniać płynność wypowiedzi. Zachowana jest łatwość artykulacji, dobra prozodia. Częste parafazy werbalne oraz tendencja do używania nazw ogólnych i zwrotów stereotypowych tworzą dość „pustą” treściowo i nieadekwatną znaczeniowo wypowiedź¹⁹.

Transkorowa afazja mieszana

Wywołana przez mechanizm izolacji wokół bruzdy Sylwiusza od innych obszarów asocjacyjnych: czołowych, skroniowych i ciemieniowych, niezbędnych do przebiegu prawidłowych czynności językowych. Można dostrzec współwystępowanie podkorowej afazji czuciowej i ruchowej, co w konsekwencji prowadzi do afazji globalnej²⁰.

Pierwotna afazja postępująca

Afazje tego typu postępują bardzo powoli (5–11 lat), dotyczy osób w okresie przedstarczym (przed 65. rokiem życia). Początki choroby są niezauważalne dla otoczenia, często sam chory również ich nie dostrzega. U pacjentów jest widoczne narastanie zaburzeń językowych przy zachowanych na wczesnym etapie możliwościach intelektualnych. U pacjentów jest widoczny obniżony nastrój oraz po pewnym czasie narastająca świadomość własnych zaburzeń.

Procesy degeneracyjne występują w półkuli dominującej dla mowy. Zanik mózgu jest asymetryczny, wyraźnie zaznaczony w półkuli lewej. Diagnoza neurolo-

¹⁹ Tamże.

²⁰ J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 131.

gopedyczna jest weryfikowana w badaniu neurologicznym, na kolejnym etapie choroby, w związku z wystąpieniem zaburzeń motorycznych²¹.

3.3. Przyczyny występowania afazji

Najczęstszą przyczyną afazji jest udar mózgu. Jak wskazuje M. Pąchalska²², klinicyści oceniają, że udar mózgu może być przyczyną ponad połowy wszystkich przypadków afazji.

Spośród wielu patomechanizmów afazji najważniejszymi są:

- udary mózgu (krwotoki mózgowe, zakrzepy tętnicze, zatory mózgowe, uciski tętnicze, skurcze tętnic mózgowych), ok. 65% przyczyn występowania afazji;
- urazy mózgu, wstrząśnienia, stłuczenia, zranienia, ucisk na skutek wypadków (komunikacyjnych, przemysłowych, przypadkowych);
- napady padaczkowe;
- guzy mózgu (nowotworowe najczęściej glejaki, zapalne ropnie, naczyniowe tętniaki i inne);
- choroby neurodegeneracyjne (w tym choroby otępienne, np. choroba Alzheimera, choroba Picka);
- zatrucia toksynami, procesy zapalne, wirusowe, bakteryjne, grzybiczne.

Urazy czaszki wywołują około jedną czwartą przypadków, a guzy i zatrucia toksyczne mózgu to pozostała część. Około 60% osób po udarze mózgu przejawia afazję²³. W Polsce co roku mamy do czynienia z około 200 tysiącami²⁴ nowych przypadków udaru, co daje 120 tysięcy nowych przypadków afazji jedynie z tego powodu.

Uszkodzenia przyjmują postać ogniskową (dotyczą wtedy ograniczonych części mózgu) lub rozlaną (obejmują rozległą przestrzeń).

Najczęściej spotykamy się z afazją, która jest pokłosiem udaru mózgu, w związku z powyższym zostanie szerzej omówiona poniżej.

21 Tamże, s. 132

22 M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 95.

23 M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 95.

24 Dane statystyczne z 2000 roku.

Udar mózgu

Udar mózgu, według najczęściej cytowanej definicji grupy epidemiologów WHO, to „zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem objawów ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, które utrzymują się, jeśli nie spowodują wcześniej zgonu – dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa”²⁵.

Zgodnie z tą definicją rozpoznanie udaru obejmuje również pacjentów z uwidocznionymi w badaniach obrazowych ogniskami zawałowymi, u których objawy kliniczne ustąpiły w czasie krótszym niż 24 godziny. Wyróżniamy udar niedokrwienny (80–90% przypadków) oraz krwotoczny (10–20% przypadków). Udar niedokrwienny oznacza epizod ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (mózgu, siatkówki lub rdzenia kręgowego). W przypadku udaru krwotocznego mózgu dochodzi do pęknięcia naczynia i wynaczynienia krwi do mózgu lub przestrzeni podpajęcznej²⁶.

Inna definicja podaje, iż „udarem mózgu nazywamy mniej lub bardziej nagle wystąpienie objawów neurologicznych, spowodowanych zaburzeniami ukrwienia mózgu, wskutek zmian organicznych lub czynnościowych”²⁷.

Schorzenie to stanowi bardzo istotny problem nie tylko medyczny, ale również społeczny, jest jedną z głównych przyczyn chorobowości, umieralności oraz niepełnosprawności psychofizycznej²⁸. Następstwem udaru są różne ubytki neurologiczne. Należy tu wymienić przede wszystkim niedowład, problemy z utrzymaniem równowagi oraz zaburzenia poznawcze. Szacuje się, że od 25 do 60% osób po przebytych udarach choruje na depresję, która znacznie upośledza procesy motywacyjne i napęd psychoruchowy (czyli podstawowe czynniki, które wpływają na przebieg rehabilitacji i zdrowienia). W części przypadków objawy ostrego uszkodzenia mózgu ustępują samoistnie lub pod wpływem leczenia. Jednakże u 25–50% chorych udar prowadzi do trwałej niepełnosprawności, która oznacza częściową lub całkowitą zależność od innych²⁹.

25 A. Strepikowska, A. Buciński, *Udar mózgu, czynniki ryzyka i profilaktyka*, s. 46, www.ptfarm.pl, [dostęp: 3.01.2019].

26 Raport Instytutu Ochrony Zdrowia. *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, s. 11.

27 J. Majkowski, W. Cendrowski, *Udary naczyniowe mózgu*, w: *Choroby wewnętrzne*, red. J. Wojtczak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1995, s. 569.

28 A. Strepikowska, A. Buciński, dz. cyt., s. 46.

29 Raport Instytutu Ochrony Zdrowia. *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, s. 11.

Szacuje się, że rocznie na świecie na udar mózgu zapada 15 mln osób, a około 5 mln umiera. Choroba ta zajmuje trzecią pozycję (po schorzeniach układu krążenia i nowotworach) wśród przyczyn zgonów³⁰. Wskaźnik umieralności w wielu krajach zachodnich wynosi około 200 zgonów na 100000 ludności³¹. Udar jest zarazem najczęstszą przyczyną długotrwałej niesprawności i inwalidztwa w populacji dorosłych, co skutkuje poważnymi konsekwencjami socjalnymi i ekonomicznymi. Aspekty ekonomiczne są związane nie tylko z kosztami leczenia szpitalnego, ale przede wszystkim z opieką długoterminową, długotrwałą rehabilitacją i leczeniem przewlekłym chorych po przebytych udarze³².

Wyróżnia się pięć rodzajów udaru mózgu:

- **Krwotok mózgowy.** Zmienione chorobowe ściany tętnic mózgowych w następstwie procesów zapalnych lub zwyrodnieniowych oraz wad rozwojowych mogą pod naporem zwiększonego ciśnienia krwi, np. podczas wysiłku, ulec rozerwaniu. Krew wylewająca się poza obręb naczyń tętniczych niszczy otaczającą tkankę mózgową i hamuje czynność uszkodzonych komórek. Do krwotoku mogą również prowadzić urazy czaszki.
- **Zakrzep tętniczy.** W tętnicach o uszkodzonych ścianach przy równoczesnym spadku ciśnienia krwi i zwolnionym jej przepływie mogą tworzyć się przyścienne zakrzepy, które stopniowo zamykają światło tętnicy, zamykając dopływ krwi.
- **Zator mózgowy.** Jest to podobne ognisko rozmiękania mózgu jak przy zakrzepie tętniczym, jednak może powstać np. poprzez oderwanie się cząstki z uszkodzonej zastawki serca, gdy dotrze ona wraz z prądem krwi do mózgu i tam zaczojuje jedną z tętniczek mózgowych. Przyczyną mogą być również kuleczki tłuszczu, które mogą się dostać do tętnic przy złamaniu kości, lub pęcherzyki gazu (np. przy chorobie ksenonowej).
- **Ucisk tętniczy.** Ucisk tętnic poprzez guzy mózgu rozrastające się w pobliżu naczyń.

30 WHO: The Atlas of Heart Disease and Stroke: Global burden of stroke, www.who.int.com, [dostęp: 3.01.2019].

31 J. Majkowski, W. Cendrowski, *Udary naczyniowe mózgu*, dz. cyt., s. 569.

32 A. Strepikowska, A. Buciński, dz. cyt., s.46.

- **Skurcz tętnic mózgowych.** Długotrwały skurcz tętnic mózgowych, który prowadzi do niedotlenienia zaopatrywanego obszaru tkanki mózgowej i upośledzenia jej czynności. Na skutek takiego skurczu może się wytworzyć krążenie oboczne, co może doprowadzić do całkowitego zaburzenia czynności mózgu³³.

W innym opracowaniu wyróżnia się sześć rodzajów udarów, który przedstawili Jerzy Majkowski i Wojciech Cendrowski (1995). W swoim opracowaniu pod redakcją Andrzeja Wojczaka wyróżniają następujące rodzaje udarów:

- **Krwotok mózgowy:** 6,5–10% wszystkich udarów, charakteryzują się gwałtownym wystąpieniem objawów neurologicznych, zwykle w dzień, któremu towarzyszy ból głowy. Krwotok występuje zazwyczaj u osób z nadciśnieniem tętniczym. Przyczyną może być pęknięcie większej tętnicy. Krwawienie może wystąpić na skutek rzucałki porodowej po stosowaniu leków zakrzepowych. Badania tomografii komputerowej wykazały, że krwotoki często umiejscawiają się w jądrach podstawy i w torebce wewnętrznej z niestałym przebiegiem do bocznej komory. Początek zachorowania poprzedzony jest wysiłkiem fizycznym, stresem emocjonalnym lub lekkim urazem.
- **Krwotok podpajęczynówkowy:** 13–15% wszystkich udarów, spowodowany najczęściej pęknięciem tętniaka wewnątrzczaszkowego. Inne przyczyny: miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, naczyniaki mózgu. Krwotok tego typu rozpoczyna się nagłym bólem głowy, nudnościami, światłowstrętem i przeculicą. Śmiertelność z powodu pęknięcia tętniaka wynosi około 35–40%.
- **Niedokrwienie mózgu ogniskowe przemijające:** około 13% wszystkich udarów, charakteryzuje się przemijającym krótkotrwałym, zwykle od kilku minut do kilku godzin, niedokrwieniem w obrębie unaczynienia głównych pni tętniczych (tętnic szyjnych, kręgowych lub tętnicy podstawnej). Zaburzenia zaczynają się w ciągu dnia, po wysiłku lub związane są z silną emocją, czasami występują w nocy. U 30% chorych występuje zawał mózgu w przeciągu 3–5 lat od wystąpienia pierwszego niedokrwienia mózgu.
- **Udary mózgu niedokrwienne, odwracalne, narastające i dokonane, pochodzenia zakrzepowego:** stanowią 50–60% wszystkich udarów. Objawy neurologiczne występują podczas snu lub drzemki, narastają stopniowo,

³³ Za: M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 97.

świadomość chorego jest zachowana. Chorzy to najczęściej osoby w podeszłym wieku z towarzyszącą miażdżycą lub nadciśnieniem tętniczym.

- **Udary mózgu niedokrwienne, odwracalne, narastające i dokonane, pochodzenia zatorowego:** stanowią około 10–15% wszystkich udarów. Zator mózgowy pochodzi najczęściej z serca, rzadziej z miażdżycowo zmienionej tętnicy czy zwężonej tętnicy wewnętrznej. Objawy neurologiczne są zazwyczaj bardzo nagłe, bez objawów zwiastujących. Występują w ciągu dnia, bez emocji czy wysiłku, z towarzyszącymi objawami wegetatywnymi lub napadami drgawkowymi.
- **Niedokrwienie mózgu uogólnione:** może powstać nagle i mieć charakter okresowy (zawał serca) lub przedłużony i postępujący (miażdżycy dużych pni tętniczych). Charakterystyczne jest występowanie otępienia, ogniskowe liczne objawy neurologiczne, wskutek mikrozawałów, oraz miażdżycy tętnic obwodowych kończyn oraz tętnic narządowych³⁴.

W większości przyczyną udarów są zaburzenia krążeniowe, miażdżycy, nadciśnienie tętnicze, guzy mózgu lub urazy czaszki. Należy pamiętać, że wielu pacjentów przechodzi kolejny udar w przeciągu 3–5 lat. Ponadto pacjenci są narażeni na wystąpienie kolejnych zespołów chorobowych związanych z występowaniem zespołu naczyniowo-sercowego.

Jakość życia po udarze mózgu pogarsza się, szczególnie w wymiarze funkcjonalnym (wykonywania czynności dnia codziennego). U większości osób (83%) po przebytym udarze mózgu obserwuje się spadek satysfakcji życiowej w porównaniu z okresem przed zachorowaniem. Najniższy poziom satysfakcji dotyczy głównie dwóch sfer funkcjonowania: aktywności w czasie wolnym oraz życia seksualnego. Co piąta osoba po udarze mózgu (22%) nie jest w stanie poruszać się bez pomocy, a co czwarta (26%) jest zależna w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Największe ograniczenia obejmują: dbanie o higienę ciała, prowadzenie gospodarstwa domowego, poruszanie się oraz mówienie (komunikowanie się)³⁵.

Na jakość życia chorych po udarze mózgu wpływ mają zarówno następstwa uszkodzenia mózgu, jak i powikłania ogólnoustrojowe. Nawet u co drugiego chorego (25–50%) występuje ograniczenie sprawności ruchowej, będące następstwem

34 J. Majkowski, W. Cendrowski, *Udary naczyniowe mózgu*, dz. cyt., s. 574-575.

35 W. Broła, W. Węgrzyn, *Jakość życia po udarze mózgu*, „Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej” 2006; 3: 161-168.

niedowładu. Uszkodzenie mózgu prowadzi do zaburzeń procesów: poznawczych, intelektualnych³⁶.

Niesprawność ruchowa:

- 25-50% przypadków niedowład połowiczny, zaburzenia napięcia mięśniowego, utrata automatyzmów ruchowych.

Zaburzenia poznawcze:

- 30-35% przypadków zaburzenia pamięci, otępienie, zaburzenia mowy, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia postrzegania.

Zaburzenia emocjonalne:

- 25-60% przypadków apatia lub depresja, przymusowy śmiech lub płacz, stany maniakalne, napady lęku lub lęk uogólniony.
- 25 do 60% osób po przebytych udarze choruje na depresję, która znacznie upośledza procesy motywacyjne i napęd psychoruchowy (czyli podstawowe czynniki, które wpływają na przebieg rehabilitacji i zdrowienia)³⁷.

Przebyty udar mózgu wpływa w sposób istotny na ograniczenie zdolności do pracy. Wyniki przytaczanego badania wykazały, że przed wystąpieniem udaru ponad połowa osób (64%) była aktywna zawodowo, natomiast po przebytych udarze pracowało 24% badanych. Głównym źródłem utrzymania osób po przebytych udarze mózgu jest więc emerytura (48%) oraz renta (36%)³⁸.

Podczas procesu rehabilitacyjnego chorego po udarze należy pamiętać, iż u większości udar jest pochodzenia miażdżycowego, co oznacza, że chorzy cierpią na chorobę serca. Ponadto następstwa udaru są bardzo rozległe, takie jak na przykład występowanie padaczki poudarowej, która dodatkowo może obniżać możliwości rehabilitacyjne pacjenta. Należy mieć na uwadze cały szereg schorzeń, które mogą dotyczyć pacjenta, i podjąć kompleksową i wielospecjalistyczną rehabilitację.

36 A. Kłak, *Następstwa udaru mózgu*, w: Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, s. 61.

37 K. Jaracz, W. Kozubski, *Jakość życia chorych po udarze mózgu w świetle badań empirycznych*, „Aktualności Neurologiczne” 2002; 2: 35-45.

38 T. Tasiemski, A. Knopczyńska, M. Wilski, *Jakość życia osób po udarze mózgu – badania pilotażowe*, „Gerontol. Pol” 2010; 18, 3: 128-133.

Czynnikami modyfikującymi obraz afazji mogą być:

- umiejscowienie ogniska chorobowego w mózgu;
- rozległość ogniska chorobowego w mózgu;
- zaburzenia ruchowe (najczęściej występują w przypadku udarów niedowładności i porażenia jednej połowy ciała oraz apraksja³⁹);
- zaburzenia spostrzegania (najczęściej występują czucie bodźców działających na powierzchnię ciała, czucie głębokie, spostrzeganie bodźców wzrokowych, spostrzeganie bodźców słuchowych, spostrzeganie bodźców węchowych i smakowych, agnozja⁴⁰);
- zaburzenia orientacji (we własnym schemacie ciała, w orientacji przestrzennej);
- napady padaczkowe (napady uogólnione – małe, duże motoryczne, duże toniczno-kloniczne, napady miokloniczne, częściowe – proste i złożone);
- otępienie umysłowe⁴¹;
- stan psychiczny pacjenta;
- czynniki wewnętrzne – wiek, ogólny stan zdrowia, możliwości percepcyjne, zasoby umysłowe pacjenta poprzedzające afazję, i inne;

39 Zaburzenia typu apraksji dotyczą głównie wykonywania złożonych czynności ruchowych, gr. *praxis*, oznacza czynność, działanie. Chory wygląda na osobę roztargnioną. Wykonując znaną sobie czynność, taką jak parzenie kawy, chory może wsypać kawę do miski zamiast do filiżanki i próbować ją zalać wrzątkiem. Ponadto takie czynności jak zakładanie butów, wbijanie gwoźdźcia czy ubieranie się może wyglądać „niezadarnie”. Czasami chorzy wykonują daną czynność perfekcyjnie, innym razem zapominają, w jaki sposób ją wykonać. Ponadto czynności zautomatyzowane, które wcześniej wykonywali, mogą ulec rozpadowi, jak np. gra na instrumentach muzycznych, pisanie na klawiaturze itp. Również w zakresie posługiwania się gestem można dostrzec, że chory ma problem z rozróżnieniem gestów potakiwania, przeczenia czy wykorzystania znanych mu wcześniej emblematów. Apraksja dotyczy również umiejętności oralnych. Pacjent nie potrafi powtórzyć czynności oralnych lub/i samodzielnie ich wykonać. Należy do nich takie czynności, jak cmokanie, gwizdanie czy układanie ust w odpowiedni sposób, aby uzyskać daną głoskę. Jest to tzw. apraksja oralna. Należy nadmienić, że pacjenci zdają sobie sprawę, że źle wykonali daną czynność, mają również świadomość, jak powinni ją wykonać.

40 Gnozja (gr. *gnosis* – poznanie) jest to zdolność do rozpoznawania kształtu, wielkości, temperatury, na podstawie analizy i syntezy na poziomie mózgowym. Chory pomimo zdolności do odbioru prostych bodźców zmysłowych nie potrafi ich odpowiednio przetworzyć. Agnozja może być wzrokowa, słuchowa lub dotykowa.

W zależności od rodzaju agnozji chory może np. przy *agnozji wzrokowej* nie rozpoznawać swojej rodziny lub znanych mu przedmiotów, np. pokazujemy choremu chleb, który widzi i doskonale zna, ale chory zapytany, czy jest to chleb, nie odpowiada twierdząco. Natomiast gdy użyjemy innych zmysłów, to możemy dostrzec, że chory rozpoznaje przedmiot. Agnozja dotyczy również rozpoznawania liter i znaków. Czasami chorzy są w stanie rozpoznać literę lub sylabę, ale nie mają możliwości zsyntetyzować tego w słowo lub zdanie. U większości pacjentów jesteśmy w stanie doprowadzić do powrotu umiejętności czytania etykiet w sposób globalny.

Agnozja słuchowa natomiast polega na trudności identyfikacji przedmiotu o charakterystycznym dźwięku, jaki on wydaje. Chory dobrze słyszy dźwięki, ale nie potrafi ich dopasować do przedmiotu, który go wydaje.

Agnozja dotykowa polega na tym, że chory nie rozpoznaje danego przedmiotu za pomocą dotyku, czyli figur, kształtu itp.

41 Otępienie jest syndromem klinicznym, objawiającym się postępującym pogorszeniem funkcji poznawczych. Afazja może być przyczyną wystąpienia otępienia, jak stwierdza Tłokiński (1990), trudno określić, czy są zmiany charakterystyczne dla starzenia się czy związane z afazją. Jak podaje Pąchalska (2012), najczęstszą postacią otępienia umysłowego obserwujemy w chorobie Alzheimera czy chorobie Picka.

- czynniki zewnętrzne – możliwości rehabilitacyjne pacjenta, status finansowy, rodzina, i inne.

Mając na uwadze te i inne czynniki, należy ułożyć program terapeutyczny dostosowany nie tylko do rodzaju afazji, ale również możliwości i stanu pacjenta. Każdy pacjent jest indywidualnym przypadkiem, który należy rozpatrywać poprzez pryzmat procesu diagnostycznego, wywiad rodzinny i środowiskowy oraz jego indywidualne potrzeby.

4. MODUŁY PRACY Z PACJENTEM DOTKNIĘTYM AFAZJĄ OPARTE NA TYPOLOGII WEDŁUG ŁURII

„Granice mojego języka oznaczają granice mojego świata”.

Ludwig Wittgenstein.

Zaburzenia mowy o typie afazji są bardzo różnorodne, jak wskazano w typologii tego zaburzenia. Do połowy XX wieku uważano, że tego typu zaburzenia są nieuleczalne, ponieważ twierdzono, iż są związane z obwodowymi uszkodzeniami aparatu mowy. Przełom w tym myśleniu dokonał Łuria, w książce *Trawam-ticzeskaja afazija* w 1947 roku. Łuria ukazał klasyfikację zaburzeń afatycznych wraz z pierwszą teorią terapii mowy¹. Od tego momentu powstało wiele opracowań oraz koncepcji pracy z pacjentem dotkniętym afazją.

Odnosząc się do informacji zawartych w poprzednim rozdziale, należy stwierdzić, iż afazja jest zaburzeniem bardzo różnorodnym, a jej przebieg zależy od takich czynników, jak miejsce uszkodzenia, rozległość uszkodzenia, przebieg leczenia, choroby współtowarzyszące, wiek czy możliwości intelektualne, jakie pacjent reprezentował przed wystąpieniem afazji. Biorąc pod uwagę te i inne czynniki, należy samodzielnie stworzyć i dostosować metody terapii do pacjenta. Większość terapeutów samodzielnie tworzy plany terapeutyczne.

4.1. Alternatywne formy komunikacji w pracy z pacjentem dotkniętym afazją

Istotnym jest cel, który obieramy podczas terapii. W wielu przypadkach nie jest możliwe, aby pacjent choć w części porozumiewał się werbalnie. Zaburzenia są tak rozległe, że pacjent pozostaje na pewnym etapie komunikacji, który nie zawsze jest zadowalający zarówno dla niego, jak i dla otoczenia. W takim przypadku należy zaproponować komunikację alternatywną, jeśli stan pacjenta na to pozwala².

1 J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 164.

2 Pacjentka z afazją motoryczno-eferentną, która pięć lat po udarze nadal wypowiada spontanicznie tylko trzy frazy. Jej mowa jest głównie mową składającą się z perseweracji. Pacjentka młoda (35 lat), poruszająca się samodzielnie, z bardzo dobrym kontaktem pozasłownym, zachowana umiejętność pisania, choć jest spowolniona. Pacjentka z umiejętnością czytania globalnego. W jej przypadku zastosowano MÓWik Pro 1.4. dla osób dorosłych. Pacjentka po pół roku użytkowania sprawnie posługuje się protezą mowy. Pacjentka ma spersonalizowany MÓWik, za pomocą którego świetnie komunikuje się z otoczeniem, ponadto czynności mowy również uległy poprawie z uwagi na powtarzanie poszczególnych zdań lub kończenie fraz razem z MÓWikiem.

Istnieje wiele różnych sposobów komunikacji alternatywnej, takich jak na przykład MÓWik, za pomocą którego możemy komunikować się z otoczeniem poprzez oprogramowanie zainstalowane na tablecie bądź w telefonie komórkowym posiadającym ekran minimum 3,5 cala.

Jest to w pełni polskie oprogramowanie, wyposażone w polską syntezę mowy kobiecą i męską oraz 9700 symboli. Jest przeznaczone dla osób w różnym wieku, głównie z afazją, autyzmem czy zespołem Downa, mózgowym porażeniem dziecięcym, dysartrią, które nie mogą się porozumiewać mową w sposób zrozumiały dla innych. Istnieje możliwość dostosowania interfejsu do różnych upośledzeń, niepełnosprawności ruchowej, wieku i płci. Jest możliwe również robienie i wstawianie zdjęć, własnych grafik i obrazów z Internetu. Użytkownik może tworzyć z symboli całe zdania i wypowiedzi, które są odczytywane przez syntezę mowy. Użytkownicy korzystający z liter mogą pisać informacje za pomocą klawiatury ekranowej i odczytywać je za pomocą syntezy mowy. Układ tablic dynamicznych pozwala na tworzenie gramatycznie poprawnych wypowiedzi w języku polskim. Każdy egzemplarz oprogramowania jest wyposażony w tablice startowe, które mogą być dowolnie rozwijane na potrzeby użytkownika. Istnieje możliwość tworzenia indywidualnych profili dla różnych użytkowników na jednym urządzeniu, np. do testowania na potrzeby szkoły lub poradni. Zestaw symboli jest dostosowany do języka polskiego i naszego kręgu kulturowego. Jest ciągle poszerzany, a dodatkowe symbole mogą być pobierane bezpłatnie. Istnieje możliwość dopasowania obsługi oprogramowania w tablecie dla osób niepełnosprawnych ruchowo, które nie mogą wskazywać symboli palcem³.

Komunikacja wspomagająca i alternatywna AAC (ang. Augmentative and Alternative Communication) jest to ogół metod stosowanych w pracy z osobami mającymi problem w porozumiewaniu się. Metody umożliwiają takim osobom wyrażanie swoich preferencji, potrzeb oraz pomagają w nawiązaniu relacji z innymi.

Innymi formami komunikacji alternatywnej są na przykład PCS (Picture Communication Symbols), Piktogramy czy PECS (Picture Exchange Communication Symbols), które świetnie sprawdzają się w pracy z osobami z niepełnosprawnością. Za pomocą symboli można stworzyć dla pacjenta proste książki komunikacyjne, dzięki czemu jest w stanie wskazać swoje potrzeby.

Do form komunikacji opierających się na symbolach i/lub gestach należy na przykład Program Językowy Makaton. Jest to forma komunikacji wykorzysty-

3 www.mowik.pl, [dostęp: 8.01.2019 r.].

wana głównie w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną lub zaburzeniami ruchowymi, ale sprawdza się również w pracy z osobami z afazją.

Program Językowy Makaton to system gestów i symboli graficznych. Gesty są formami wspomagającymi słowne porozumiewanie się (są stosowane symultanicznie z mową), służą jako dodatkowy środek, który wzmacnia przekazywany komunikat. Gestom zawsze towarzyszy poprawna, gramatyczna mowa. W Makatonie oprócz znaków manualnych wykorzystywane są również symbole graficzne. Wybór formy gestu lub symbolu zależy od indywidualnych potrzeb i umiejętności osoby korzystającej z metody. Dzieci i dorośli oraz rodzice i terapeuci mają pełną możliwość wyboru najbardziej adekwatnego i odpowiedniego dla siebie i sytuacji sposobu nauki. Gesty i symbole nie są alternatywami wzajemnie wykluczającymi się, mogą być stosowane łącznie lub rozdzielnie, lub też mogą być łączone z innymi systemami AAC. Znaki Makatonu są formami, z których można w odpowiednim momencie zrezygnować, kiedy dziecko/dorosły opanuje mowę w stopniu umożliwiającym zrozumiałe porozumiewanie się. Autorką polskiej wersji Programu Makaton jest dr Bogusława B. Kaczmarek. Badania nad opracowaniem nowych (zupełnie innych niż znaki brytyjskie) gestów odnoszących się do polskiej kultury rozpoczęły się w roku 2001 i zaowocowały utworzeniem w 2005 roku (2008 roku aktualizacja) zestawu polskich gestów (KONi – Komunikacja Osób Niepełnosprawnych). Adaptacja symboli graficznych (zmiana wizerunku znaków, tworzenie nowych, polskich symboli) zakończyła się w roku 2005⁴.

Wykorzystując w pracy z osobami z afazją gesty z systemu Makaton, należy również wprowadzić je w otoczeniu, w którym znajduje się pacjent. Niestety nie zawsze jest to możliwe, dlatego częściej wykorzystywane są symbole.

Głównymi wyznacznikami wprowadzenia AAC w pracy z pacjentem afatycznym powinny być:

- dostępność,
- uniwersalność,
- możliwości motoryczne pacjenta,
- przydatność,
- ograniczenia poznawcze pacjenta,
- przychyłność rodziny w procesie wprowadzania i wykorzystania metody,
- stan psychiczny pacjenta.

⁴ www.makaton.pl, [dostęp: 8.01.2019 r.].

Problemem korzystania z alternatywnych metod w pracy z pacjentami z afazją jest chęć podjęcia współpracy. Pacjenci i/lub ich rodziny nie widzą takiej potrzeby lub nie chcą zmieniać utartego już schematu komunikacji. Często mijają lata, zanim pacjentowi zostanie zaproponowana taka forma komunikacji. Wówczas pacjent odbył już terapię w wielu gabinetach, z wieloma terapeutami i jest już zniechęcony do podjęcia kolejnej próby. Niejednokrotnie rodzina jest oponentem w tej sprawie, ponieważ nie widzi sensu w uczeniu podopiecznego czegokolwiek nowego.

Jednakże zawsze należy podjąć próbę wprowadzenia czegoś nowego w obszar komunikacji pacjenta, ponieważ można w znacznym stopniu poprawić jego jakość życia. Praktyka wskazuje, że w większości pacjenci są nastawieni na odbudowanie systemu językowego i komunikację alternatywną traktują jako swoistą porażkę. Natomiast wielu pacjentów podjęło tego typu wyzwanie, które skończyło się dla nich z powodzeniem.

4.2. Podstawy teoretyczne terapii pacjenta z afazją

Rozpoczynając pracę z pacjentem afatycznym, należy pamiętać, że doszło do trwałego uszkodzenia struktur mózgowych, na skutek czego powrót zaburzonych czynności nie zawsze będzie możliwy. Zaburzone funkcje mogą ulec poprawie, natomiast jego mechanizm nie został jeszcze wyjaśniony. Istnieją trzy modele wyjaśniające.

1. Model fizjonomiczny, gdzie istotnym czynnikiem jest neurofizjologiczna kompensacja mózgu. Tworzą go cztery zasady:
 - zasada diaschizy (zniszczenie jednego pola tkanki mózgowej, doprowadza do podniesienia progu zasilania tkanki okalającej);
 - zasada regeneracji komórek;
 - zasada tworzenia pobocznych wypustek;
 - zasada tworzenia nowych złączy nerwowych.
2. Model strukturalny – oparty na teorii systemów funkcjonowania mózgu. Tworzą go trzy zasady:
 - zasada rezerwy (rezerwy tkanki mózgowej, która przejmuje funkcje uszkodzonej tkanki);
 - zasada poziomów reprezentacji (niższe struktury mózgowe przejmują te, za które były odpowiedzialne niższe struktury mózgowe);
 - zasada wielostronnej kontroli (ośrodki kontrolujące kontynuują działanie funkcji w zastępstwie uszkodzonych struktur).

3. Modele przetwarzania działające w koncepcji plastyczności mózgu. Tworzą je trzy zasady:
- zasada zastępstwa funkcjonalnego;
 - zasada plastyczności;
 - zasada reorganizacji funkcji (kompensacja poprzez przejęcie danej funkcji przez inne nieuszkodzone strefy mózgu)⁵.

Istnieje szereg modeli, które opisują, w jaki sposób pracować z pacjentem z afazją, zalicza się do nich szkołę dydaktyczną, szkołę modyfikacji zachowania, szkołę stymulacji, szkołę reorganizacji funkcji, szkołę pragmatyczną, szkołę neoklasyczną, szkołę neurolingwistyczną, szkołę neuropsychologii poznawczej i inne. Poniżej omówione zostanie kilka z nich, aby przedstawić, jak szeroki wachlarz metod można wykorzystać w pracy terapeutycznej.

- **Szkoła dydaktyczna**, która ma na celu powtórne nauczenie chorych z afazją różnych umiejętności językowych. Wykorzystuje metody nauczania w szkole i doświadczenia w kształceniu języka u cudzoziemców. W metodzie tej stosuje się stopniowanie trudności, czytanie, pisanie, kopiowanie obrazków, naśladowanie gestów, a w kolejnym etapie ćwiczenia werbalne.
- **Szkoła stymulacji**, gdzie istotą jest stymulacja zachowań werbalnych, która ma doprowadzić do reaktywacji mowy. Ważne jest wzbudzanie psychicznej gotowości i motywacji do mówienia. Przedstawicielem tego kierunku jest Joseph M. Wepman.
- **Szkoła reorganizacji funkcji** wyrosła z Łuriowskiej teorii układów funkcjonalnych i była popularna w ZSRR i państwach Europy Wschodniej. Jej przedstawicielami byli między innymi Cwietkowa (1972), Oppel (1963), Szumska (1980). W tym modelu diagnoza podstawowa ma doprowadzić do wykrycia podstawowego defektu, a terapia ma polegać na przełamaniu rozpoznanego patomechanizmu.
- **Szkoła pragmatyczna** zakłada, że u osób zdrowych i chorych można wyróżnić takie same mechanizmy zachowań słownych. Należy podjąć obserwację osób chorych i tego, w jaki sposób komunikują się w życiu codziennym. Należy te zachowania opisać i podjąć taką modyfikację, która przyniesie pacjentowi bezpieczeństwo w zakresie kontaktów społecznych. W Polsce nurt rozpoznała Joanna Przesmycka-Kamińska (1980).

5 M. Pąchalska, *Terapia chorych z afazją: cele, realizacja, dylematy*, w: „Postępy Rehabilitacji” 1991, 5 (2), s. 9-27.

- **Szkoła neoklasyczna** zakłada, że należy dokonać badania za pomocą wystandardyzowanych testów, np. Bostoński Test do Diagnozy Afazji. Istotę afazji pojmuje się podobnie jak w szkole stymulacji, jako zaburzenie dostępu do kompetencji językowej. Rola terapeuty polega na aktywizowaniu pacjenta do spontanicznych zachowań werbalnych.
- **Szkoła neurolingwistyczna** popularna we Francji i w Niemczech w latach 70. i 80. XX wieku. Metoda oparła się na koncepcji Chomsky'ego oraz o Jakobsonowskie ujęcie zaburzeń afatycznych. Zasada pracy polega na uświadomieniu chorym z afazją organizacji systemu językowego i ćwiczenia w budowaniu oraz przekształcaniu tekstów. Przedstawiciele tej grupy spotkali się z zarzutem, że zajęcia były prowadzone tylko w formie grupowej⁶.

Mając na uwadze tak szeroki wachlarz możliwości oraz bogactwo podejść w terapii afazji, należy stwierdzić, iż nie ma jednego słusznego modelu pracy z pacjentem. Każda z metod wyrosła na innym gruncie, mając inne podłoże teoretyczne – psychologiczne, neurolingwistyczne, lingwistyczne czy fizjologiczne. Każdy terapeuta wypracowuje swoją metodę pracy, czerpiąc z wielości proponowanych metod.

MODUŁY PRACY Z PACJENTEM

Poniżej zostały zaproponowane przykładowe moduły pracy z pacjentem afatycznym w oparciu o Łuriowską klasyfikację afazji. Jest to model pokazujący przykładowe ćwiczenia czy też techniki pracy, które można wykorzystać w pracy z pacjentem. Istotnym jest, aby łączyć metody i dostosować je do indywidualnych potrzeb pacjentów. Ponadto należy zwrócić uwagę na metody pomocnicze, takie jak arteterapia, muzykoterapia, animaloterapia, biblioterapia czy silwoterapia. Wszystkie te metody mogą być pomocnicze w zależności od potrzeb i zainteresowań pacjenta.

Rozpoczynając pracę z pacjentem, należy pamiętać, iż defekt mowy i problemy z komunikacją wysuwają się często na pierwszy plan razem z dysfunkcją w poruszaniu. Często pacjent dość szybko odzyskuje sprawność ruchową, pozwalającą na samodzielne poruszanie się i wykonywanie czynności samoobsługowych. Na-

⁶ J. Panasiuk, *Afazja a interakcja*, dz. cyt., s. 164.

stępnym krokiem jest praca nad komunikacją pacjenta, która niestety nie zawsze przynosi pożądane natychmiastowe skutki.

Dlatego warto zwrócić uwagę na obecny stan pacjenta. Większość pacjentów w początkowej fazie całkowicie traci zdolność komunikacji, niezależnie od rodzaju afazji, jaka u niego występuje.

Ponadto pacjent jest w fazie szoku, co nie zawsze jest sprzymierzeńcem w początkowej fazie terapeutycznej. W każdej z typów afazji należy ćwiczyć takie obszary, jak: orientacja w schemacie ciała, orientacja w przestrzeni, pisanie, czytanie, liczenie, nazwy własne.

Z każdym pacjentem należy pracować indywidualnie, dobierając odpowiednie ćwiczenia oraz metody pracy. Mając te i inne czynniki na uwadze, warto rozpocząć pracę z pacjentem od ćwiczeń pozawerbalnych lub takich, które odwracają uwagę od głównego problemu, jakim jest mowa.

Jednym z ważniejszych elementów jest odwrócenie uwagi od komunikacji. Mowa jest w centrum uwagi pacjenta i w zależności od świadomości pacjent odczuwa dyskomfort w momencie porażki, gdy po raz kolejny chce wypowiedzieć jakieś słowo lub nazwać przedmiot, ale jest to niemożliwe lub bardzo utrudnione. Należy pamiętać, że pacjent przed wystąpieniem zaburzenia był osobą całkowicie swobodnie się komunikującą, dlatego pierwsze nieudane próby mogą doprowadzić do całkowitego zarzucenia ćwiczeń. Należy wzmocnić motywację, zaproponować ćwiczenia niewerbalne, w których pacjent odniesie sukces.

Kolejnym krokiem jest ćwiczenie ciągów zautomatyzowanych poprzez wspólne śpiewanie, kończenie wiersza i dołączenie ćwiczeń rytmicznych.

Prowadząc terapię, warto zwrócić uwagę na poziom rozumienia pacjenta oraz na schemat układanych zajęć. Jeśli są one ułożone w sposób przejrzysty i mają swój układ, wówczas mogą być bardziej przewidywalne i czytelne dla pacjenta. Podczas układania zajęć można wspomagać się obszarami tematycznymi, które omawiamy. Dobrze, jeśli są one zgodne z aktualnymi wydarzeniami, ponieważ w ten sposób pojęcia się utrwalają. Oczywiście na późniejszym etapie terapii można swobodnie dobierać ćwiczenia, w których będziemy pracować nad jedną dysfunkcją, na przykład nad prawidłowym tempem i melodią głosu lub fleksją.

METODY EMOCJONALNE

Bazując na emocjach, mamy możliwość dotrzeć do słów lub znaczeń zapisanych w umyśle pacjenta. Ponadto łatwiej będzie pracować z pacjentem, wykorzystując znane dla niego przedmioty, obrazy czy fotografie.

Podczas ćwiczeń można zatem użyć zdjęć bliskich, wykorzystać filmy, albumy, książki, czasopisma, programy, śpiewać piosenki, które lubił pacjent, wszystko, co wywołuje reakcję emocjonalną u pacjenta. Należy pamiętać, aby prezentowany materiał nie sprawiał pacjentowi przykrości. Naszym zadaniem jest pobudzenie werbalne pacjenta, a nie wywoływanie nieprzyjemnych wspomnień.

Ponadto w tym obszarze możemy na podstawie zdjęć i/lub różnych materiałów odtworzyć z pacjentem najważniejsze dla niego informacje, takie jak dom, rodzina, miejsce zamieszkania, przyjaciele, znajomi, wakacje, pory roku, kalendarz, zegar oraz przedmioty bliskie pacjentowi.

Materiał powinien być ciekawy, trochę kontrowersyjny, tak aby pobudzał do żywych reakcji. Jednocześnie przed chorym rozłożone są ilustracje do opowiadania i oddzielne słowa napisane na kartonikach. Całość umożliwia ożywienie uprzednich emocjonalnych skojarzeń słownych. Chory zaczyna reagować na fabułę. Pojawiają się u niego wyrażenia wsparte emocją.

METODA RYTMIZACJI

Muzyka i śpiew towarzyszą człowiekowi od zawsze, dlatego wykorzystanie znanych melodii, muzyki oraz rytmu ma nie tylko na celu pobudzenie werbalne, ale również wpisuje się w metodę emocjonalnego pobudzenia pacjentów. Wykazano, że praca z muzyką pobudza połączenia nerwowe i opóźnia procesy otępienne, ponadto jest wektorem wspomnień.

Można również włączyć instrumenty muzyczne i zaproponować pacjentowi powtarzanie rytmów, wspólne tworzenie rytmów, wykorzystanie instrumentów podczas śpiewania piosenek. Warto sięgnąć do ćwiczeń z obszaru logorytmiki czy też ćwiczeń proponowanych przez Carla Orffa.

Wielokrotnie, nie tylko na wstępnym etapie rehabilitacji, terapeuta wspólnie z chorym śpiewa znane piosenki. Powoduje to odpowiedni nastrój, wyzwala pozytywne emocje, przywołuje wspomnienia, aktywizuje wyobraźnię – wszystko to razem przygotowuje umiejętność wypowiedzenia słowa.

Terapeuta wygłasza pacjentowi zdania wyraźnie intonowane, są to zdania pozbawione słów. Podaje się tylko ich linie melodyczne. Chory powinien znaleźć odpowiadające kolejnym zdaniom obrazki. Na końcowym etapie tego ćwiczenia powinien umieć wskazać części składowe ilustracji.

Dowolna praca nad intonacją i jej związkami ze zdaniem, np. ja chcę NOWY dom – przed pacjentem leży obrazek nowy i stary.

Pacjent samodzielnie intonuje zdania zadane w pisemnej formie, w przypadku zaburzeń pisania i czytania na podstawie ilustracji o emocjonalnej tematyce⁷.

Wykorzystując istniejące u chorych poczucie rytmu, terapeuta wspólnie z chorym rytmicznie wygłasza znane choremu wiersze, wystukując ich rytm ręką.

OŻYWIANIE SENSU I ZNACZENIA SŁOWA

Ćwiczenia tego typu mają na celu przeniesienie uwagi pacjenta na inny obszar, ponadto są to ćwiczenia, które stymulują rozwój poznawczy. Pacjent, który doznał uszkodzenia mózgu, czego konsekwencją jest afazja, potrzebuje wielostronnej stymulacji.

Mowa jako czynność złożona nie jest zlokalizowana w jednym obszarze mózgu, co powoduje, że praca terapeuty również powinna skupiać się na wielu aspektach jego funkcjonowania.

Do takich ćwiczeń należą klasyfikacje przedmiotów według zadanej cechy czy rysowanie przedmiotów według zadanej cechy. Trudniejszą formą tego ćwiczenia są zadania ze znaczeniem uogólnionym. Ćwiczenia typu czwarty nieodpowiedni, gdzie pacjent powinien z czterech ilustracji wyłożonych przed nim wybrać tę, która nie pasuje tematycznie do pozostałych.

Można korzystać ze znanych metod, które są popularne w pracy logopedycznej, takich jak np. metoda krakowska, której twórczynią jest prof. Jagoda Cieszyńska. Ćwiczenia, które można zastosować na tym etapie, to między innymi zadania z kategoryzacji, szeregowania, wyłączania ze zbioru czy włączania do zbioru. Niepodważalną zaletą w tej metodzie są materiały, które są spójne i estetyczne, ponadto wiele z nich można wykorzystać w pracy z dorosłymi.

Można też wykorzystać wszelkie formy działalności konstrukcyjnej typu rozspanki obrazkowe, puzzle, konstruowanie przedmiotów z części. Polecane są także

⁷ Za: J.S. Cwietkowa, *Nejropsichologiczeskaja rehabilitacjija bolnych*, Izdatiwlstwo Moskowskogo Uniweriteta, Moskwa 1985.

formy ćwiczeń, które dają szansę tworzenia różnych przedmiotów z jednego zestawu elementów. W tym zakresie mieszczą się ćwiczenia z obszaru plastykoterapii.

METODY POMOCNICZE

W celu ułatwienia pacjentowi orientacji można zastosować tablice magnetyczne, gdzie kolorami, schematycznie zostaną zaznaczone dni tygodnia, miesiąc, pora roku. Warto również zastosować tablice, schematy, gdzie zaznaczamy czynności, wizyty lub wydarzenia. Dzięki temu pacjent będzie miał świadomość, jakie ćwiczenia, zadania i czynności będzie wykonywał danego dnia.

Można w tym celu korzystać z gotowych tablic lub pomocy dydaktycznych, które są wykorzystywane w pracy planem daltońskim. Ponadto można wykorzystać materiały Montessori do ćwiczeń manualnych, pomoce dydaktyczne proponowane przez metodę krakowską, ćwiczenia proponowane w ramach terapii miofunkcjonej według A. Kittel czy pomoce dydaktyczne i ćwiczenia do pracy glottodydaktycznej, czy wszelkie pomoce dydaktyczne przeznaczone dla osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, tablet, programy komputerowe przeznaczone do rehabilitacji osób z afazją.

ZASADY PRACY Z PACJENTEM

Działania terapeutyczne powinny być oparte na pewnych ogólnych zasadach pracy. Każdy terapeuta powinien sobie odpowiedzieć na pytanie, jakie jeszcze zasady powinny przyświecać jego pracy, aby nasza współpraca i oddziaływanie było pożądanym.

- *Zasada indywidualizacji* – wielokrotnie wspomniana i przytaczana, ponieważ jest jedną z istotniejszych zasad pracy z pacjentem. Każdy pacjent ma inne zaburzenia, ale też potrzeby oraz możliwości poznawcze.
- *Zasada stopniowania trudności* – należy tak układać ćwiczenia, aby pacjent miał poczucie sukcesu, dlatego warto stosować różne metody niewerbalne oraz pomocnicze, wykorzystywanie naturalnych przedmiotów lub zdjęć niż rysunków przedmiotów, które pozwolą choremu na szybsze przyswajanie informacji.

Rycina 13 Stopniowanie trudności.

KATEGORIE SEMANTYCZNE

AFAZJA BROKI	AFAZJA WERNICKEGO	
Przedmioty	Litery	ŁATWE
Czynności	Czynności	
Kolory	Liczby	
Litery	Przedmioty	
Liczby	Kolory	TRUDNE

KATEGORIE GRAMATYCZNE

AFAZJA BROKI	AFAZJA WERNICKEGO	
Rzeczowniki	Czasowniki	ŁATWE
Czasowniki	Rzeczowniki	TRUDNE

KATEGORIE DESYGNATÓW

Naturalne przedmioty		ŁATWE
Modele		
Realistyczne reprezentacje		
Kolorowe fotografie		
Rysunki realistyczne		
Rysunki konturowe		
Rysunki symboliczne		TRUDNE

Źródło: M. Pąchalska, *Afazjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 232.

- *Zasada pogładowości* – działania terapeutyczne należy wspierać dostępnym, przydatnym w życiu chorego materiałem pogładowym⁸.
- *Zasada akceptacji* – odnosi się głównie do akceptacji możliwości pacjenta, jego ograniczeń oraz zachowań. Osoba pracująca z chorymi na afazję powinna odznaczać się cierpliwością, życzliwością oraz tolerancją.

8 M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 232.

- *Zasada elastyczności* – wykorzystania wielu różnych metod, współpraca z innymi terapeutami, zmiana terapeuty w celu przerwy oraz nabrania dystansu do metod i technik pracy z pacjentem, a nade wszystko podejmowanie konsultacji z innymi specjalistami i dokonywanie rewizji swoich działań.

PODSUMOWANIE

Najważniejsze w każdym przypadku jest poznanie pacjenta, jego przeszłości, zainteresowań, rodziny. Jeśli istnieje taka możliwość, należy przeprowadzić pogłębiony wywiad z rodziną lub opiekunem. Opierając się na standaryzowanych testach, wywiadzie rodzinnym i obserwacji pacjenta, można utworzyć plan terapii.

Poniżej zostaną zaprezentowane modele pracy z pacjentem w oparciu o rodzaj afazji, który został zdiagnozowany. Modele zostały zaprojektowane na modelu klasyfikacji, jaką zaproponował Łuria, który to model został wybrany ze względu na swoistą przejrzystość oraz powszechne zastosowanie. Tworząc moduły pracy, opierano się na pracach znanych afazjologów, pedagogów, psychologów i lingwistów (Cwietkova, 1972, 1978, 1985; Łuria, 1967; Maruszewski 1965, 1974; Panasiuk, 1999, 2003, 2005, 2006, 2007, 2013; Pąchalska, 1986, 1991, 1993, 2012; Szumska 1980, 1983; Wygotki, 1989; Dąbrowska, Kubiński, 2003; Grabias, 2001, 2007, 2010/2011).

Niestety nie zawsze jesteśmy w stanie dokładnie zaklasyfikować pacjenta w dany typ afazji, czasami pewne objawy są nieostre lub po pewnym czasie objawy mogą wskazywać na inny typ afazji niż początkowo. Dlatego poniższe moduły należy traktować przykładowo. Jak wcześniej zaznaczono, każdy terapeuta sam układa plan terapii dla swojego pacjenta. Można skorzystać z tego typu modułów, które bazują na specyficznej dominującej dysfunkcji występującej u pacjenta. Nie oznacza to, że plan ćwiczeń nie może modyfikowany czy też jest jedynym słusznym.

Zakładam modulację planu pracy z pacjentem, jak również modyfikację w planie terapeutycznym w trakcie jego realizacji. Pewne ćwiczenia powtarzają się w poszczególnych typach afazji ze względu na podobne deficyty oraz możliwość ich wykorzystania na różnych etapach terapii. Niniejsze moduły oparte są na teoriach pedagogicznych, logopedycznych, psychologicznych i lingwistycznych, a nade wszystko wywodzą się z doświadczenia pracy z osobami z afazją.

4.3. Afazja ruchowo-kinestetyczna (motoryczna aferentna, ruchowa-dośrodkowa)

Defekt podstawowy:

Apraksja oralna kinestetyczna, rozpad lub rozregulowanie ruchów artykulacyjnych, zaburzenia czucia narządów mowy.

Zaburzenia analizy i syntezy doznań czuciowych pochodzących z narządów mowy. Niemożność odnalezienia właściwego miejsca narządów artykulacyjnych. Występują zniekształcenia wypowiedzianych głosek i słów, parafrazje głoskowe (czyli zamiany na inne głoski), analogicznie pojawiają się paragrafie literowe w piśmie. Rozumienie wypowiedzi jest prawidłowe, choć zdarzają się zaburzenia słuchu fonemowego⁹. Zaburzenie powtarzania i nazywania (wymówienie nazwy).

Istotą afazji jest uszkodzenie aktu artykulacyjnego, a w konsekwencji niemożność znalezienia potrzebnej artykulacji przy wypowiedzianiu dźwięku. Zaburzenia mowy ekspresywnej w przebiegu afazji motorycznej aferentnej często mają charakter stabilny i chory może być pozbawiony mowy na wiele lat!

Występują:

Parafrazje głoskowe, perseweracje głoskowe lub werbalne, mowa niepełna, zaburzenia powtarzania, nazywania, dość dobre rozumienie, kontakt logiczny dobry, apraksja kinetyczna, agrafia, może być zaburzone odtwarzanie struktur rytmicznych.

Lokalizacja uszkodzenia mózgu:

- Dolna część okolicy zaśrodkowej dominującej półkuli mózgu.

Objawy w zakresie odbioru tekstu:

- Rozumienie dobre.
- Bezsłowne reakcje prawidłowe.
- Spełnianie poleceń i kontakt logiczny dobry.
- Słuch fonematyczny niezaburzony.

⁹ Za: J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 123.

Współzaburzone czynności psychiczne:

- Apraksja kinetyczna (trudność z ułożeniem kończyny według wzoru).
- Agrafia.
- Zaburzone odtwarzanie struktur rytmicznych.

I ETAP

Celem pierwszego etapu rehabilitacji jest ogólna aktywizacja werbalna pacjenta na bazie istniejących u niego możliwości. Zadaniem, które musimy obecnie wypełnić, jest przygotowanie chorego do mówienia i przekazywania intencji.

L. Wygotski rozpatrywał intencję jako poczucie zadania, jako „niejasne życzenie”. Anochin wyróżniał dwa czynniki budujące intencję:

- dominującą motywację;
- aferencję sytuacyjną, czyli to, co nazwał neuronalnym modelem sytuacji¹⁰.

Autorka niniejszego opracowania uważa, że intencja w mowie wynika z wpływu otaczającego środowiska, jak również z zaistniałej motywacji, i daje się określić: fizjologiczną gotowością określonych stref mózgu do mówienia (przygotowanie aparatu artykulacyjnego i mięśni uczestniczących w akcie mowy) i psychologiczną gotowością do komunikowania się i do mowy.

W metodach werbalnych należy stymulować chorego do wypowiedzi. Pacjent w tym typie afazji zazwyczaj będzie miał świadomość tego, co chce powiedzieć, ale nie będzie miał możliwości odnalezienia tegoż słowa. Na początku, w celu zaktywizowania werbalnego pacjenta, można zastosować znane metody, takie jak np. recytowanie ciągów automatycznych. Na podstawie słuchowej stymulacji aparatu artykulacyjnego u chorych mogą zaistnieć określone słowa i umiejętność ich wypowiedzenia. Początkowo chory dopowiada kolejne słowo z ciągu, później stara się dokończyć dany ciąg słowny.

Znana jest również metoda dialogu sterowanego, gdzie proponujemy pacjentowi rozmowę na interesujący go temat i prowadzimy dialog, wprowadzając w odpowiedni kontekst z pomocą obrazków, etykiet lub innych materiałów. Dialog jest prowadzony według obrazka tematycznego. Początkowo logopeda zadaje pytania o treść ilustracji, chory odpowiada. Na dalszym etapie należy nakłaniać pacjenta, by i on zadawał pytania. W tej metodzie włączamy słowa z ciągów au-

10 L.S. Cwietkova: *Perspektywy badań nad afazją: osobowość i język, wewnętrzny obraz afazji*, przeł. M. Tarnowski, w: *Logopedia, teoria i praktyka*, red. M. Młynarska, T. Smreka, A Linea, Wrocław 2005.

tomatycznych lub innych stereotypowych wypowiedzi, które pacjent zachował. Jest to dopiero początek pracy, dlatego staramy się pracować, wykorzystując bazę, którą posiada pacjent, i stopniowo dokładać kolejne elementy wypowiedzi.

II ETAP

Celem drugiego etapu jest dalszy rozwój werbalny pacjenta, tak aby słowo utrwaliło się w słowniku pacjenta. Nie jest to proste zadanie, ponieważ pacjenci pomimo dobrego rozpoznawania i uogólniania pojęcia nie są często w stanie spontanicznie odtworzyć danej nazwy.

Wielozmysłowe poznanie danego przedmiotu

Początkowo ważne jest, aby wykorzystywać w pracy z pacjentem realne przedmioty, zdjęcia itp. Pacjent powinien go dotknąć, powąchać, jeśli to możliwe, móc zjeść, następnie dopasować do obrazka (zdjęcia), później dopasować grafikę, następnie dopasować obrazek, gdzie dany przedmiot jest w częściach lub w innym ustawieniu, na końcu dopasować etykietę (czytanie globalne).

Istotnym jest, aby doszło do generalizacji pojęcia. W następnych zajęciach można już wykorzystać modele danych przedmiotów, dokonywać ich klasyfikacji, szeregowania według podanej cechy. Można wykorzystać ćwiczenie z dorysowaniem części przedmiotu, kolorowaniem, złożeniem puzzli itp. Należy również włączyć kolor przedmiotu, kształt i kategorię.

Pacjent powinien poznać przedmiot, nazwać go z pomocą terapeuty, dopasować etykietę, starać się nazwać samodzielnie.

Następnie należy wykonywać z pacjentem ćwiczenia z obszaru podania kontekstu danego przedmiotu.

Ćwiczenie:

Logopeda nie wypowiada już słowa, lecz podaje tylko jego znaczeniowy kontekst. Pacjent powinien znaleźć odpowiedni rysunek, na którym przedstawiony jest de-sygnat szukanego słowa. Jeżeli pacjent prawidłowo wybiera ilustrację, oznacza to, że słowa właściwie są aktualizowane i dalej należy pracować tylko nad umiejętnością ich wypowiadania. Słów nie zapisujemy, nie czytamy, nie uczymy na pamięć. Utrwalanie odbywa się drogą rozmowy, włączania opracowanych słów w inne konteksty, rysowania.

Rezultatem pierwszych etapów powinno być:

1. odblokowanie ogólnego modelu pracy aparatu artykulacyjnego,
2. aktywizacja werbalna,
3. dążenie do werbalnego uogólnienia,
4. umiejętność wypowiadania oddzielnych słów,
5. budowanie słownika o niewielkim leksykalnym zasobie¹¹.

W następnej części pracy staramy się włączyć ćwiczenia aparatu artykulacyjnego z jednoczesną kontrolą ruchu warg i języka w lustrze. Prowadzimy aktywną pracę nad kojarzeniem określonego układu artykulatorów z daną głoską. Pomocą w tych ćwiczeniach służą specjalne schematy przedstawiające ułożenie warg, języka, podniebienia miękkiego itp. w trakcie realizacji kolejnych dźwięków. Naśladowanie pów, wydzielanie i oddzielanie dźwięków z wyrazów, układanie całych zdań, ćwiczenia z lustrem, układanie ust, ćwiczenie prakcji oralnej.

Na tym etapie należy ćwiczyć z pacjentem pisanie i czytanie, można włączyć ćwiczenia z analizy i syntezy sylabowej.

Można stosować metodę powtarzania fraz. Pomocami do niej będą historyjki obrazkowe – zestaw ilustracji przedstawiający jakieś wydarzenie. Pacjent samodzielnie układa obrazki w sensownej kolejności. Potem logopeda i pacjent wspólnie wypowiadają pojedyncze słowa związane z ilustracjami. W dalszej kolejności pacjent odpowiada na pytania, które logopeda formułuje w oparciu o historyjkę obrazkową. Na koniec terapeuta wypowiada całe frazy związane z historyjką.

Takie powtarzanie frazy, przygotowane semantycznie i leksykalnie, jest bliskie samodzielnej wypowiedzi. Dla ugruntowania efektów należy zapisywać frazy, czytać je, składać ze słów napisanych na oddzielnych kartkach. Dodatkowo metoda ta umacnia poczucie właściwego szyku słów w zdaniu i likwiduje agramatyzmy bez specjalnej pracy nad nimi.

Jeśli stan pacjenta na to pozwala, należy wykorzystać wszelkie metody, które pozwolą na łączenie aktu werbalnego wypowiedzi, pisania i czytania. Układając ćwiczenia, należy pamiętać, że powinny być nie tylko dostosowane do możliwości, zainteresowań i wieku pacjenta, ale również powinny być oparte o aktualne wydarzenia. Czyli w okresie świątecznym dostosowujemy tematykę do tego okresu, ponadto staramy się układać program, aby odtwarzać informacje dotyczące pór roku, kalendarza, części ciała itp. Informacje należy również dostosować do

11 Za: J.S. Cwietkowa, *Nejropsichologičeskaja rehabilitacijja bolnych*, dz. cyt.

potrzeb pacjenta, czyli kładziemy nacisk na pojęcia, które są przez niego najczęściej używane.

PODSUMOWANIE

Ukierunkowanie uwagi pacjenta na dźwiękową i semantyczną stronę mowy, praca nad odbudową całego słowa, a nie pojedynczego dźwięku. Czytanie i pisanie, które jest pomocne w umacnianiu znaczenia słowa. Słowo nigdy nie występuje jako pusty dźwięk – bez swego desygnatu. Ożywienie wyobrażenia przedmiotowego jako podstawa do zaistnienia motorycznego obrazu słowa¹².

4.4. Afazja motoryczna eferentna (motoryczno-ruchowa-odśrodkowa)

Zniszczone jest ogniwo przy okolicy Broki, położonej na styku skroniowo-czołowym lewej półkuli. Podstawowym defektem mowy w afazji tego typu jest utrata umiejętności szybkiego i płynnego przechodzenia od jednego ogniwa artykułowanej mowy do następnego. Patologiczna inercyjność, pojawiająca się w takich wypadkach w korze ruchowej, może doprowadzić do stanu, gdy chory, doskonale wypowiadający dźwięki w izolacji, nie potrafi przejść od jednego do następnego dźwięku. Na skutek tego pacjent w nieskończoność realizuje pierwszy dźwięk albo wytwarza kontaminacje (zbitki) poprzedniego dźwięku z następnym. Doprowadza to do uszkodzenia dynamicznego schematu wypowiedzania słowa.

Artykulacja oddzielnych dźwięków jest w afazji motorycznej eferentnej potencjalnie zachowana. Trudności zaczynają się, gdy chory próbuje wypowiedzieć serię dźwięków lub słów (tym bardziej frazę, gdzie koniecznością jest precyzyjne przechodzenie od jednego elementu do drugiego). Uszkodzenie mechanizmu przechodzenia z jednego programu ruchowego na inny prowadzi do rozpadu „melodii kinetycznej mowy” i przejawia się w perseweracjach.

Mowa zautomatyzowana, mimowolna w większości przypadków tej afazji, jest zachowana. Znamiennym symptomem, występującym tylko w afazji motorycznej eferentnej, są pojawiające się u chorych trudności z włączeniem się w aktywną mowę. Chorzy w spontanicznych wypowiedziach nie mogą rozpocząć frazy. Trudność ta znika natychmiast, gdy podpowiemy choremu pierwsze słowo lub dźwięk. Opisany objaw ma miejsce tylko w przypadkach afazji lekkiego lub średniego stopnia. W ciężkich przypadkach symptom ten jest na ogół zamaskowany.

12 L.S., Cwiatkowa: *Perspektywy badań nad afazją: osobowość i język, wewnętrzny obraz afazji*, dz. cyt.

Zaburzenia płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych. Trudności dotyczą przechodzenia z jednego układu artykulacyjnego do drugiego.

- Mowa skandowana.
- Styl telegraficzny.
- Persewacje.
- Pojedyncze dźwięki wypowiedane są poprawnie.
- Zachowana zdolność odbioru mowy¹³.

Objawy z zakresu odbioru tekstów:

- Rozumienie stosunkowo dobre.
- Słuch fonematyczny niezaburzony.

Współzaburzone wyższe czynności psychiczne:

- Apraksja kinetyczna (wykonanie ruchu w sekwencjach).
- Agrafia.
- Persewacje w czytaniu.
- Dyspinksja (niemożność rysowania spowodowana zaburzeniami wzrokowo-ruchowymi).

I ETAP

Pacjent najczęściej dysponuje zasobem rzeczowników, natomiast ma duży problem z posługiwaniem się czasownikami. Naszym zadaniem jest dokonać aktywizacji pacjenta w zakresie werbalizacji całych zdań. Żeby tego dokonać, należy skupić się na odbudowie czasownika.

Pierwszy etap jest podobny jak w terapii afazji motorycznej aferentnej, czyli zastosowanie metody emocjonalnej, rytmizacji czy też metod pozawerbalnych.

W tym rodzaju afazji należy zwrócić uwagę na powtarzanie: równoczesne z logopedą, częściowo wspólne, częściowo samodzielne i samodzielne.

Wymienione sposoby powtarzania słów (fraz) początkowo powinny być realizowane z zachowaniem rygoru podanej kolejności. Powtarzanie powinno być dostatecznie powolne, przeciągłe i śpiewne. Sens psychologiczny takiego postępowania sprowadza się do rozszerzenia czasu wypowiedzenia. Akt wypowiedzenia zawiera dopełniającą charakterystykę mowy – prozodię, która może służyć za punkt oparcia w przewyciężaniu persewacji.

¹³ Za: J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 123.

Cwietkowa proponuje również metodę rytmiczno-melodyczną. Metoda stawia sobie za cel przezwycięzenie inercyjności mowy, przejawiającej się w per-seweracjach. Rytm i melodia są cechami mowy pojawiającymi się najwcześniej w rozwoju ontogenetycznym, są więc najbardziej zautomatyzowane i najlepiej zachowane. Ćwiczenie ich pozwala uaktywnić stronę artykulacyjną. Te dwie sfery, prozodyczna i artykulacyjna, pozostają we wzajemnych związkach. Realizując metodę rytmiczno-melodyczną, wykonujemy ćwiczenia rytmiczne i emisyjne.

Logopeda wygłasza frazę, a chory powinien wysłuchać zdania, a następnie wystukać rytm frazy ręką, z jednoczesnym prześpiewaniem linii melodycznej frazy. Czyni to początkowo wspólnie z logopedą, potem przy pomocy logopedy, a wreszcie samodzielnie. Umiejętność sprawnego ich wypowiedzania jest nam potrzebna, by przejść do ćwiczeń o większym stopniu trudności. Terapeuta liczy do dziesięciu (lub używa słów z innego ciągu). Chory słucha i uderzeniami ręki wystukuje rytm. Potem cały ciąg pacjent recytuje wspólnie z terapeutą przy równoczesnym wystukiwaniu rytmu. Kiedy wszystkie te czynności wykonywane są sprawnie, przechodzimy do operacji dyskretnego powtarzania. Logopeda wygłasza cały szereg głośno. Pacjent wypowiada część wskazaną przez logopedę głośno, a część szeptem. Dalej, przy zachowaniu tej samej procedury, zwiększamy skalę trudności. Zacieśniamy powtarzanie do jednego słowa, resztę pacjent wypowiada głośnym szeptem. Na koniec chory raz jeszcze głośno wypowiada to samo słowo, resztę ciągu czytając w myśli¹⁴.

Można też wykonywać ćwiczenia z zakresu kończenia frazy, kończenia ciągów liczbowych, zaczynania ciągów od innej cyfry itp. Następnie można wykorzystywać automatyzmy – pacjent ma wypowiadać poszczególne słowa cicho – głośno (wypowiedź poszczególnych elementów głośno z ćwiczonego ciągu).

Ćwiczenia związków semantycznych – przeciwieństwa, związków morfologicznych (czarny, czerni, czernidło), kategorii (czarny – kolor).

14 Za: J.S. Cwietkowa, *Nejropsichologiczeskaja rehabilitacija bolnych*, dz. cyt.

Tabela 12 Ćwiczenia związków kategoryalnych, sytuacyjnych i cech danego rzeczownika

Związki kategoryalne	Związki sytuacyjne	Cechy i gatunki
SZAFA	SZAFA	SZAFA
Mebel Biedermajer Drewniana Zrobiona ze sklejki	Kupujemy w sklepie Stoi Przechowujemy ubrania Robi ją stolarz	Kształt Kolor Z czego zrobiona Do czego służy Do czego jest podobna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie J.S. Cwietkova, Nejrropsichologiczeskaja rehabilitacija bolnych, Izdatiwlstwo Moskowskogo Uniweriteta, Moskwa 1985.

Powyższe sposoby pozwalają przywrócić poczucie wieloznaczności słowa, rozumienie jego związków z innymi słowami, miejsce słowa w systemie znaczeń, ale przede wszystkim pozwalają wytworzyć u pacjenta wielorakość poszukiwań słowa poprzez związki kategoryalne, sytuacyjne, według cech i funkcji, jakie pełnią.

II ETAP

Celem tego etapu jest przywrócenie orzekającej funkcji mowy i praca nad czasownikiem. Podobne ćwiczenia można już rozpocząć wcześniej, natomiast ważne jest, aby je wprowadzać stopniowo, uwzględniając zasadę stopniowania trudności. Choć należy próbować wprowadzać zróżnicowane stopnie trudności zadania, tak aby sprawdzić, czy pacjent już sobie z nimi radzi.

W tym etapie również stosujemy kończenie frazy, z tym że staramy się, aby dotyczyła ona czasownika, na przykład:

- budowanie fraz na podstawie ilustracji,
- budowanie fraz na podstawie tekstu,
- budowanie zdań na podstawie tekstu/ilustracji,
- streszczanie tekstu.

Wykonujemy ćwiczenia, w których pacjent nazywa czynność na obrazku, uzupełnia luki w tekście, uzupełnia luki w znanych pacjentowi tekstach piosenek, przysłówkach czy wierszach. Należy wykorzystać znajomość rzeczowników i uzupełniać je czasownikiem, np. omawiając kategorię jedzenia, można przytoczyć wszystkie czasowniki związane z jedzeniem.

Można wprowadzić metodę werbalizacji aktualnych czynności. Ćwiczenia tego rodzaju są szczególnie cenne, ponieważ związują słowo z konkretną czynnością i werbalizują ten związek. Procedura wykonawcza sprowadza się do wspólnego z logopedą (potem samodzielnego) nazywania wszystkich czynności wykonywanych przez pacjenta.

Warto również nadal wykonywać ćwiczenia synonimów (pójść spać, kłaść spać, iść spać) lub związki frazeologiczne z typem klasyfikacji, jakim jest zwrot (wciśkać kit, zakochać się na zabój), związki predyktywne.

Zawsze urozmaiceniem terapii będą gry, lotto wyrazowe, memory obrazkowe czy opowiadania do obrazków. Na tym etapie można swobodnie wprowadzić dialog kierowany, dramę, ćwiczenia z podziałem na role, np. wizyta u fryzjera, wydawanie poleceń, które pacjent ma wykonać, wykonywanie poleceń wydanych przez pacjenta.

Końcowym etapem jest praca nad fleksją, gramatyką i ortografią w przypadku ćwiczeń pisania. Warto wprowadzić ćwiczenia dialogu w rozmaitych sytuacjach komunikacyjnych, opis pomieszczeń, charakterystykę, opis filmu, opis czynność (jak robimy naleśniki) itp. Istotnym jest, aby zawsze połączyć te ćwiczenia z elementami pisania, czytania globalnego (jeśli tylko takie występuje) oraz z ruchem, na ile jest to możliwe¹⁵.

4.5. Afazja dynamiczna

Afazja motoryczna dynamiczna polega na niemożności organizacji wypowiedzi rozwiniętej. Jest to spowodowane defektami mowy wewnętrznej. U pacjentów z tym typem afazji obserwujemy:

- Brak aktywnej, produktywnej mowy, skłonność do zastępowania jej szablami i stereotypami.
- Krótkość frazy.
- Dużą ilość długich przerw między słowami.
- Zaburzenia predyktywności, przejawiające się małą ilością czasowników w mowie.

Chorzy powtarzają serie dźwięków, słowa i zdania, nie mają kłopotów z nazywaniem rzeczy, budują stereotypowe wypowiedzi, dobrze rozumieją mowę, nie prze-

15 L.S. Cwietkova, *Perspektywy badań nad afazją: osobowość i język, wewnętrzny obraz afazji*, dz. cyt.

jawiają zaburzeń czytania i pisania. Trudności zaczynają się wtedy, gdy chorzy pragną odejść od mowy reproduktywnej.

Problemy z wyrażaniem i nazywaniem emocji związane są z uszkodzeniem płatów czołowych.

Defekt podstawowy:

zaburzenie mowy wewnętrznej.

Lokalizacja uszkodzenia mózgu:

Okolica płata czołowego dominującej półkuli mózgu, leżąca ku przodowi od okolicy Broki.

Objawy zakresu budowy tekstu:

Zaburzenia występują tylko w przypadku sytuacji samodzielnego tworzenia wypowiedzi rozwiniętych. Trudności w rozpoczęciu wypowiedzi, operowanie frazesami, brak spontaniczności, uczucie pustki w głowie, zaburzenie tempa, dynamiki, melodii, ekspresji mowy, barwy głosu. Trudności w ułożeniu zdania z podmiotem i orzeczeniem. Szybkie wygaszanie aktywności werbalnej. Brak czasownika, błędny szyk w opowiadaniu, wyliczanie nazw przedmiotów oraz echolalia. Zaburzenia fluencji słownej, zaburzenia mowy opowieściowej.

Rozumienie dość dobre, poza rozumieniem metafor, porównań, wyrażeń abstrakcyjnych.

Współzaburzone wyższe czynności psychiczne:

- Brak syntezy i analizy, wyabstrahowania znaczeń z utartych związków frazeologicznych i leksykalnych.
- Spowolnianie psychoruchowe, rozpad aktywnej działalności.
- Persewercja nastawienia.
- Niezdolność planowego, zorganizowanego działania celowego.
- Akalkulia (pacjent liczy, rozpoznaje cyfry, ale nie rozwiązuje zadań tekstowych, arytmetycznych i równań).
- Zaburzenia pisania (przepisuje, ale nie pisze samodzielnie, pod dyktando).

- Aktywność językowa chorego ogranicza się do tworzenia stereotypowych tekstów.
- Echolalia¹⁶.

I ETAP

Głównym zadaniem jest przełamanie defektów mowy wewnętrznej, zwłaszcza tej jej funkcji, jaką jest planowanie i programowanie mowy. Odbudowanie sprawnej aktualizacji czasowników oraz zdolności do predykcji w mowie w oparciu o zachowane w bezpośrednich działaniach i gestach formy predykcji. Odbudowanie umiejętności programowania i strukturalizacji wypowiedzi.

Ćwiczenia, które można wykonać, pojawiły się już przy omawianiu poprzednich typów afazji, należą do nich:

- wypełnianie słowami przerw w zdaniach,
- czytanie wierszy, uzupełnianie luk w wierszach, kończenie wiersza,
- podkreślanie w tekstach czasowników,
- dialog sterowany podobnie jak w afazji kinetycznej,
- skojarzenia słowne,
- kończenie przysłów,
- rozsypanki wyrazowe,
- lotto wyrazowe.

Wykorzystanie metod niewerbalnych, takich jak:

- zajęcia ruchowe,
- terapia zajęciowa,
- zajęcia rytmiczne i logorytmiczne,
- ćwiczenia z muzyką, wykonywanie ruchu do muzyki,
- werbalizacja gestów pacjenta.

Opracowywanie czasowników, podkreślanych w wierszach, poprzez wymawianie tych czasowników, wyszukiwanie dla nich synonimów i antonimów, tworzenie nowych zdań z tymi czasownikami.

¹⁶ Za: J.Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 123.

Ważna jest również praca nad intonacją, czyli ćwiczenia artykulacyjne, ćwiczenia głosowe oraz ćwiczenia akcentu i właściwej modulacji głosu wraz z tempem mowy i wysokością głosu.

II ETAP

Kolejny etap ma na celu odbudowanie predykatywności mowy, orzekającej funkcji mowy. Możemy go osiągnąć wytrwałą pracą nad aktualizacją czasowników. W ćwiczeniach należy wbudowywać czasownik w sieć jego naturalnych związków. Do ćwiczeń należy przygotować materiał ikonograficzny. Chory wraz z logopedą w oparciu o ilustracje dobiera wszystkie znaczenia szukanego słowa i jego związki z innymi słowami, a także ustala grupę słów bliskich znaczeniowo (synonimy, antonimy, związki predykatywne), podobnie jak w poprzednim typie afazji.

Ćwiczenia powinny być budowane w oparciu o aktualnie omawiany temat lub kategorię pojęciową, co ułatwia wprowadzanie nowego słownictwa, utrwala już poznane oraz pobudza pacjenta poznawczo.

4.6. Afazja akustyczno-gnostyczna

Ogniskowe uszkodzenie okolicy Wernickiego w płacie skroniowym prowadzi do rozpadu słuchu fonemowego. Stanowi to patomechanizm afazji akustyczno-gnostycznej. Zasadniczym zaś objawem tej afazji są zaburzenia rozumienia mowy.

Znaczenie słowa i jego przedmiotowe odniesienie chorzy rozpoznają z trudem lub nie rozpoznają go wcale. Czasami może być zachowane poczucie znaczenia w najogólniejszym sensie. Sprzyjają takiemu nieprecyzyjnemu rozumieniu mowy następujące warunki – intonacja, kontekst, częstotliwość używania słowa, zachowanie rozumienia konstrukcji gramatycznych, sam dźwięk słowa. Badania wykazują, że najbardziej uszkodzony jest rdzeń słowa, w największym stopniu zachowany zaś system afiksów.

Chorzy wyławiają czynniki prozodyczne mowy oraz ogólną, gramatyczną budowę wypowiedzi, nie pojmując znaczenia poszczególnych słów, domyślają się jej sensu.

Cechy charakterystyczne to:

- Parafrazje głoskowe.

- Pafaragrafie literowe.
- Paragnozje werbalne.
- Logorea (słowotok, sałatka słowna).
- Żargonofazja (neologizmy).
- Chory słyszy, ale nie potrafi zidentyfikować dźwiękowej formy wypowiedzi¹⁷.

Głównym zadaniem rehabilitacji jest odbudowanie słuchu fonemowego, a w konsekwencji przywrócenie zdolności rozumienia mowy i prawidłowej ekspresji słownej.

W skrajnych przypadkach występuje żargonofazja, którą należy wyhamować.

Defekt podstawowy:

zaburzenia gnozy słuchowej – słuchu fonematycznego.

Lokalizacja uszkodzenia mózgu:

Tyłna część zawoju skroniowego dominującej półkuli mózgu.

Objawy z zakresu odbioru tekstu:

- Całkowity lub częściowy brak rozumienia tekstów słyszanych.
- Zaburzenia rozumienia zdań, pojedynczych słów lub prostych poleceń słownych.
- Rozumienie bezsłowne znacznie lepsze.

Objawy z zakresu budowy tekstu.

Objawy obserwowane w wypowiedziach pacjenta:

- sałatka słowna,
- logorea,
- neologizmy,
- parafrazje werbalne, głoskowe, obrastanie (danych słów w inne znaczenia, patrz: sałatka słowna),
- brak rzeczowników i przymiotników w mowie opowieściowej, dominacja rzeczowników,
- liczne powtórzenia wyrazów,
- agramatyzmy,
- szyk przestawny,

¹⁷ Za: J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 123.

- perseweraacje,
- kontaminacje,
- zachowana płynność wypowiedzi.

Objawy zaburzeń czynności mówienia ujawniające się w warunkach eksperymentalnych:

- Zaburzone powtarzanie głosek, sylab, wyrazów, zdań.
- Znacznie zaburzone nazywanie (zniekształcenie wzorca słuchowo-brzmieniowego nazwy, parafrazje werbalne).
- Współzaburzone wyższe czynności psychiczne:
- Agnozja słuchowa, zaburzenia odtwarzania struktur rytmicznych.
- Zaburzenia orientacji ogólnej.
- Agrafia, trudności w pisaniu pod dyktando.
- Osłabienie procesów pamięciowych, w tym pamięci werbalnej.
- Trudności w pisaniu i czytaniu – chory przepisuje, ale nie rozumie, co znaczą te słowa.

I ETAP

W pierwszym etapie rehabilitacji realizujemy zadanie zahamowania potoku nieproduktywnej mowy. Należy przestawić uwagę chorego z mowy na inne formy działalności oraz zastosować metody organizujące reżim językowy chorego.

Wygaszanie wielomówności można zastosować, stosując ćwiczenia niewerbalne, odwracające uwagę od mówienia. Podobne ćwiczenia zostały zaprezentowane przy pierwszym typie afazji aferentnej (motoryczno-kinestetycznej). Przy czym cel tego typu ćwiczeń jest zgoła inny. W przypadku afazji motorycznej głównym celem jest pokazanie pacjentowi, że są obszary, w których dobrze funkcjonuje i odciążenie uwagi od defektu podstawowego. Tego typu ćwiczenia występują równolegle z ćwiczeniami werbalnymi. Natomiast w przypadku afazji akustyczno-gnostycznej należy wygasić niepotrzebną logoreę oraz poprzez tego typu zajęcia wprowadzać znaczenie słowa. Tego typu ćwiczenia przygotowują pacjenta do słuchania – od ogólnego sensu wypowiedzi poprzez zdanie do słowa.

Wykorzystujemy klasyfikację, operacje na cyfrach, rysowanie ze wzoru oraz na zadany temat, układanie serii obrazków tematycznych w historyjki obrazkowe, dowolne formy działalności konstrukcyjnej, a także terapia zajęciowa, ćwiczenia grafomotoryczne, rysowanie, klejenie, kolorowanie, ale głównie dzia-

łania poszerzające możliwości poznawcze, takie jak dopasowywanie, wyodrębnianie, szeregowanie, ćwiczenia lewopółkulowe, wykonywanie prostych poleceń wraz z terapeutą.

Podczas tego typu zajęć ważne jest, aby pracować na materiale, który będzie odbudowywał znaczenia pojęć, które znajdują się w przestrzeni chorego, tj. schemat własnego ciała, przestrzeń, w której się znajduje, rodzina, pomieszczenia, jedzenie, napoje, zwierzęta, pory roku, dni tygodnia, zegar, przestrzeń publiczna, święta, sport itd.

W programowaniu terapii dla chorego należy uwzględnić jego możliwości poznawcze i starać się w taki sposób dobrać ćwiczenia, aby były one zrozumiałe. Można poruszyć każdy z tematów, ale na danym poziomie odpowiednim dla pacjenta. W trakcie zajęć należy stymulować pacjenta poprzez dźwięk, ćwiczenia rytmiczne oraz muzykę. Staramy się, aby pacjent skupiał się na dźwięku i łączył dany dźwięk z prezentowanym obrazem. Jednakże nie należy oczekiwać, że efekty pojawiają się bardzo szybko.

Głównym celem tego etapu rehabilitacji jest przygotowanie pacjentów do słuchania mowy. Stosowane obecnie metody prowadzą początkowo do rozumienia ogólnego sensu i skrótu tekstu, potem do rozumienia zdania, a w końcu oddzielnych słów. W końcowych stadiach tego etapu prowadzimy pracę nad dokładnym rozumieniem tekstu dźwiękowego na różnych poziomach jego organizacji.

Wykonujemy ćwiczenia z zakresu:

- Słuchania – choremu łatwiej jest zrozumieć dłuższe wypowiedzi niż krótkie. Terapeuta opowiada, a pacjent ma dobrać do tej opowieści właściwy obrazek, to samo można uczynić z nagraniem audio lub wideo;
- „Wprowadzanie w kontekst” – wyjaśniamy choremu, o czym będzie mowa, jaki jest temat opowiadania, które przeczytamy (o przyrodzie, o zwierzętach, o suchym klimacie).
- Czytamy tekst – powoli i wyraźnie. W tym czasie przed chorym leżą trzy obrazki tematyczne. Jeden z nich odpowiada treści opowiadania, drugi jest mu bliski, trzeci zaś neutralny. Zadaniem chorego jest słuchać, zrozumieć przeczytane opowiadanie i znaleźć właściwą ilustrację¹⁸.

18 L.S. Cwietkova, A.A. Cyganok, *O zaburzeniu rozumieniu słów w różnych formach afazji*, w: *Badania lingwistyczne nad afazją*, red. H. Mierzejewska, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1978, s. 69-74.

II ETAP

Zadaniem trzeciego etapu rehabilitacji jest odbudowanie świadomego i różnicującego wydzielenia fraz z tekstu i słów z frazy.

Wprowadzamy szereg ćwiczeń słuchowych, różnicujących dźwięki, rozpoznawania dźwięków, nazywania, szeregowania i klasyfikowania dźwięków.

Wydzielanie zdań z tekstów, słów ze zdań – nazwa obrazka, pacjent może wskazywać, gdy jest w stanie przyporządkować słowo do obrazka.

Cwietkova proponuje też metodę klasyfikacji optyczno-akustycznej, gdzie zadaniem pacjenta jest pod daną literą ułożyć obrazki przedmiotowe, których nazwa zaczyna się na tę literę. Prowadzi to do kojarzenia optycznego wzorca litery z jej treścią dźwiękową i znaczeniową. Od niej przechodzimy do klasyfikacji akustycznej, która polega na tym, że pacjent musi dobrać obrazki do głoski wypowiedzianej przez logopedę.

Na początku pacjent przyporządkowywał słowo, a teraz już głoskę.

Metoda kojarzenia dźwięku z jego artykulacją

- Proszę popatrzeć na obrazek.
- Pomyśleć, jak nazywa się ten przedmiot.
- Proszę popatrzeć, jak wymawia się dźwięk, od którego zaczyna się to słowo (logopeda prezentuje ułożenie artykulatorów, nie wymawiając dźwięku).
- Proszę znaleźć wśród leżących liter tę właściwą.
- Proszę z zamkniętymi oczami dotknąć litery.
- Wypowiedzieć dźwięk.
- Wypowiedzieć dźwięk ponownie, patrząc w lustro.
- Ten sam dźwięk odtwarzany jest z magnetofonu. Proszę rozpoznać dźwięk i znaleźć właściwą literę.
- Przykład:
- Proszę uważnie wysłuchać słowa.
- Proszę znaleźć właściwy rysunek.
- Proszę popatrzeć, jak wymawia się pierwszy dźwięk tego słowa.
- Proszę posłuchać, jak to brzmi.
- Wypowiedzieć ten dźwięk, patrząc w lustro na usta logopedy.

- Jeszcze raz wysłuchamy brzmienia tego dźwięku.
- Proszę znaleźć odpowiednią literę¹⁹.

Na tym etapie można wykonywać ćwiczenia różnicowania dźwięków, np. szukamy wyrazów zaczynających się od „c”. Rozpoznawanie dźwięków, zapamiętywanie dźwięków po sobie, skojarzenia danych dźwięków (rzeczywistych lub z instrumentarium). Ćwiczenia słuchu fonematycznego – czyli różnicowanie dźwięków podobnych, głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych, wyliczanie poszczególnych dźwięków lub klasyfikowanie wyrazów z daną głoską np. (sz, s), ćwiczenia rozpoznawania dźwięku²⁰.

Wszystkie te propozycje wraz z ćwiczeniami rytmicznymi opartymi w strukturze, która odbudowuje kategoriami znaczenie słów, ma pomóc w odbudowie i zapamiętywaniu znaczenia danego słowa.

4.7. Afazja akustyczno-mnesticzna (sensoryczna)

Zespół afazji akustyczno-mnesticznej powstaje przy uszkodzeniach środkowo-tylnej części lewego płata skroniowego. Ta część kory mózgowej ma złożoną budowę i powiązania z analizatorem słuchowym i wzrokowym oraz z istotą białą, będącą podłożem procesów emocjonalnych. Ma także połączenia z układem limbicznym związanym z procesami mnesticznymi, takimi jak:

- ograniczenie pola spostrzegania,
- zaburzenie pamięci słuchowo-werbalnej,
- zaburzenie gnostycznej podstawy słowa.

Chorzy przejawiają zaburzenia powtarzania, zaburzenia nazywania przedmiotów, zaburzenia rozumienia mowy. Pismo i czytanie na ogół jest zachowane. W odróżnieniu od afazji akustyczno-gnostycznej, słuch fonemowy pozostaje w normie, a tym samym jego następstwo – proces różnicowania dźwięków. Dlatego w mowie ekspresywnej chorych spostrzegamy nie literalne, lecz werbalne parafazje, a w mowie impresywnej nie literalne, lecz werbalne paragnozie.

Chorzy z tym typem afazji nie mają skłonności do nieproduktywnej wielomówności (logorea), a ich problemy z rozumieniem mowy nie przybierają totalnego charakteru. U podstaw ich swoistej mowy leży zaburzenie dwóch sys-

19 Za: J. S. Cwietkova, *Nejropsichologičeskaja rehabilitacijja bolnych*, dz. cyt.

20 Za: J. Szumska, *Metody rehabilitacji w afazji*, PZWL, Warszawa 1983.

temów analizatorowych – słuchowego i wzrokowego. Wywołuje to fenomen odebrania znaczeń od słów. Niezrozumienie słowa w tym wypadku nie jest związane z defektem różnicowania dźwięków, lecz z defektem myślenia desygnacyjnego, z zaburzeniem pamięci operatywnej i z ograniczeniem pola spostrzegania.

Chorzy mają trudność w dopasowaniu słowa do przedmiotu i znalezienia jego nazwy.

Występują trudności w rozumieniu dłuższych wypowiedzi, powtarzaniu, mówieniu²¹.

Defekt podstawowy:

zaburzenia słuchowej pamięci słownej (werbalnej).

Lokalizacja uszkodzenia mózgu:

Środkowo-tylna część okolicy skroniowej dominującej półkuli mózgu.

Objawy z zakresu odbioru tekstu:

- Zaburzone rozumienie dłuższych wypowiedzi rozwiniętych.
- Rozumienie prostych słów, poleceń i zdań nie zawsze zaburzone.

Objawy z zakresu budowy tekstu:

- Neologizmy.
- Żargonofazja.
- Zniekształcenie wzorca słuchowo-brzmieniowego nazwy (niemożność zapamiętania).
- Parafrazje głoskowe i werbalne.
- Zamiany w ramach jednej kategorii semantycznej.
- Kontaminacje werbalne.

Objawy zaburzeń czynności mówienia ujawniające się w warunkach eksperymentalnych:

- Omówienia (np. to jest to do jedzenia).
- Znacznie zaburzone powtarzanie dłuższych ciągów.
- Zmniejszony pułap powtarzania.
- Zaburzone nazywania czynności i przedmiotów.

21 Za: J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 124.

Współzaburzone czynności psychiczne:

Ogólne zaburzenie czynności pamięci. Zmniejszony pułap pamięci, akalkulia, agrafia, zaburzenie schematu ciała, **autotopagnozja** (agnozja dotycząca rozpoznawania własnych części ciała). Zaburzenia odtwarzania struktur rytmicznych.

I ETAP

W pierwszym etapie skupiamy uwagę na przywracaniu obrazów wzrokowych. Zadaniem tego etapu jest przywrócenie właściwego procesu rozpoznawania przedmiotów, czyli kształtowanie umiejętności rozpoznawania istotnych, różnicujących cech tych przedmiotów. Samodzielne rozpoznawanie przedmiotów, konstruowanie przedmiotów, zadania i ćwiczenia przestrzenne.

Wykorzystujemy ćwiczenia takie jak:

- klasyfikowanie według cechy, wielkości, koloru, surowca, zastosowania, itd.;
- rozpoznawanie przedmiotów na ilustracjach w różnych ujęciach, np. pomidor na polu, w sklepie, przekrojony, na kanapce, w keczupie, co prowadzi do uogólnienia danego pojęcia;
- rysowanie;
- uzupełnianie figury;
- dokańczanie rysunków;
- puzzle;
- loteryjki, ale zawsze prowadzące do tworzenia całości z części;
- szukanie błędów w wyobrażeniach przedmiotów;
- dorysowywanie istotnej, różnicującej części przedmiotu, będącej głównym elementem danego przedmiotu;
- szukanie błędów w wyobrażeniach przedmiotów;
- zestawianie i analiza dwóch podobnych wyobrażeń,
- tworzenie grup semantycznych (owoce, zwierzęta, w zależności na jakich rzeczownikach dotychczas pracowaliśmy).

Następne ćwiczenia utrwalające pojęcia to na przykład:

- klasyfikacje (warzywa, owoce);
- ćwiczenia utrwalające znaczenie słowa (np. stół drewniany, szklany, duży, mały, rodzinny itd.).

Pod koniec tego etapu staje przed nami zadanie doprowadzenia do rozumienia słów, a więc przełamanie fenomenu dyfuzji znaczeń, zrealizujemy je, odbudowując powtarzanie²².

II ETAP

W kolejnym etapie stawiamy na powtarzanie wyrazów, które już pojawiły się w terapii.

Powtarzanie należy wykonywać podczas różnych ćwiczeń, w których dokonywaliśmy klasyfikacji, różnicowania, szeregowania czy też dopasowywania etykiety. Można też wykonywać takie ćwiczenia, jak:

- rozkładanie słów na sylaby, gdzie wyraz musi być znany pacjentowi i powinien korespondować z ilustracją;
- przyporządkowywanie obrazków do opowiadań;
- pisownia (napisać coś na temat obrazka lub przyporządkować napisy);
- zrekonstruować tekst pocięty na kawałki.

Samodzielne rozumienie tekstu. Metoda pisemnego wypracowania, gdzie pacjent opisuje ilustrację. Potem powinien umieć odnieść dowolne zdanie tego wypracowania do właściwego elementu ilustracji. Problem stanowi fakt, że zdania te logopeda wygłasza ustnie i w dowolnej kolejności.

Inne metody i ćwiczenia to na przykład:

- metoda układania planów opowiadań do ilustracji tematycznej, po przeczytaniu takiego planu pacjent powinien umieć znaleźć właściwy obrazek;
- metoda rekonstrukcji tekstu, gdzie pacjent dostaje tekst pocięty na kawałki; powinien go złożyć w oparciu o rysunek tematyczny.

4.8. Afazja semantyczna (amnestyczna)

Afazja semantyczna powstaje w wyniku uszkodzeń styku ciemieniowo-potylicznego lewej półkuli. Jej zasadniczym objawem jest defekt rozumienia mowy. Jednakże rozumienie oddzielnych słów jest zachowane, ewentualnie lekko ograniczone jest rozumienie wieloznaczności słów i pomieszane są niektóre znaczenia.

22 Za: M. Pąchalska, *Zaburzenia komunikacji u chorych z afazją* w: *Opuscula Logopedica in honorem Leonis Kaczmarek*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 1993, s. 265 – 283.

Patomechanizm afazji semantycznej stanowi utrata zdolności symultatywnej percepcji elementów mowy i umiejętności wtłoczenia słów w strukturę gramatyczną frazy. Na płaszczyźnie językowej defekt ten przejawia się w niemożności lub w niedostatecznym rozumieniu konstrukcji logiczno-gramatycznych.

Specyficzną trudność sprawiają chorym orzecznikowe konstrukcje opisujące więzi rodzinne (brat ojca, syn bratowej), a także konstrukcje przyimkowe opisujące przestrzeń (most pod ziemią).

Oddzielne słowa i ich odniesienia przedmiotowe są przez chorych rozumiane znakomicie. Zaburzona jest umiejętność wyławiania związków tych słów wewnątrz konstrukcji gramatycznej i rozumienie sensu całości.

Chorzy z afazją semantyczną rozumieją ogólnie, co jest przedmiotem rozmowy, lecz nie pojmują, co się konkretnie mówi^{23 24}.

Defekt podstawowy:

Zaburzenie czynnika przestrzennego w mowie, problem chorych to radzenie sobie z końcówkami fleksyjnymi.

Lokalizacja uszkodzenia mózgu:

Okolica ciemieniowo-potyliczno-skroniowa dominującej półkuli mózgu.

Objawy z zakresu odbioru tekstu:

Zaburzone rozumienie schematów zdaniowych i tekstów ciągłych, trudności w rozumieniu konstrukcji fleksyjnych i złożonych schematów logiczno-gramatycznych, szczególnie wyrażonych przyimkiem, dopełniaczem w funkcji przydawki, narzędnikiem, itp. Dość dobre rozumienie pojedynczych słów.

Objawy z zakresu budowy tekstu:

- Artykulacja głosek i ciągów artykulacyjnych jest prawidłowa.
- Brak parafrazji i perseweracji.
- Mowa płynna.
- Zaburzenia nazywania (omówienia).
- Trudności w przekształcaniu zdań pojedynczych w zdania złożone.
- Agramatyzmy.

23 Za: J. Panasiuk, *Afazja a interakcja...*, dz. cyt., s. 124.

24 J. Panasiuk, *Afazja semantyczna – diagnoza, terapia. Opis przypadku*. „Logopedia”, t. 26, s. 129-147.

Objawy zaburzeń czynności mówienia ujawniające się w warunkach eksperymentalnych:

Zaburzenia nazywania o charakterze amnestycznym (wiem, wiem...).

Współzaburzone wyższe czynności psychiczne:

- Zaburzenia syntezy myślowej.
- Trudności w dokonywaniu złożonych operacji myślowych.
- Akalkulia.
- Zaburzenia orientacji przestrzennej.
- Aleksja, agrafia, apinksja.
- Apraksja konstrukcyjna.
- Zaburzenie schematu ciała.
- Agnozja wzrokowo-przestrzenna (agnozja zegarowa).
- Upośledzenie funkcji pamięci i myślenia werbalnego.

I ETAP

Ćwiczenia ruchowo-przestrzenne, np. przemieszczanie się po sali według instrukcji, rysowanie, opisanie ciała, ćwiczenia orientacji w schemacie ciała, obrysowywanie konturów, dorysowywanie części schematu.

Ćwiczymy poruszanie się po domu, mieszkaniu, pokoju z pomocą rysunków oraz gier, schematów typu mapy, nagrań. Warto wykorzystać kolory w celu oznaczenia konkretnych miejsc (np. toaleta) lub symbole, zdjęcia wiszące przed danym pomieszczeniem.

Istotnym jest podjęcie ćwiczeń orientacji w schemacie własnego ciała z użyciem lustra lub z użyciem elementów Programu Aktywności Knilla, gumek na ręce, rysunków, zdjęć, elementów ćwiczeń fizykoterapeutycznych.

Kolejne ćwiczenia to ułożenia przedmiotów w przestrzeni, następnie opis i ułożenie przedmiotów względem siebie. Można wykorzystać ćwiczenia z użyciem różnych konstrukcji gramatycznych, bazując na rysunku, np. gdzie jest kropka (nad, pod, obok), z wykorzystaniem przedmiotów, z wykorzystaniem własnego ciała, rysunków, schematów czy zdjęć²⁵.

25 Za: M. Maruszewski, *O metodach i skuteczności rehabilitacji mowy w przypadkach afazji*, „Studia Psychologiczne”, t. 6, s. 5-30.

II ETAP

Zadaniem kolejnego etapu rehabilitacji jest odbudowa rozumienia konstrukcji przyimkowych.

Nadal ćwiczymy przyimki oraz uzupełniamy konstrukcje zdaniowe: kto?, co?, z kim?, o kim?, czym?, z czym?, po co?, dlaczego? W celu wykonania tego typu ćwiczeń można wykorzystać gotowe ćwiczenia przygotowane dla osób z afazją, gdzie możemy uzupełniać zdania, tworzyć nowe zdania, odpowiadać na pytania lub tworzyć zdania z użyciem określonych reguł gramatycznych^{26 27}.

Wiele ćwiczeń w tym obszarze proponuje ięgnąć do zadań, które są opracowane dla osób uczących się języka polskiego, ponieważ w tym obszarze i na tym etapie są one łatwe do wykorzystania.

26 Za: M. Pąchalska, *Terapia chorych z afazją: cele, realizacja i dylematy*, dz. cyt., s. 9-27.

27 J. Panasiuk, *Afazja semantyczna – diagnoza, terapia...*, dz. cyt., s. 129-147.

5. ARTETERAPIA JAKO METODA PRACY Z PACJENTEM DOTKNIĘTYM AFAZJĄ

Termin „arteterapia” składa się z dwóch równoprawnych elementów: sztuki i terapii. Sztuka natomiast stanowi integralną część życia człowieka. Sztuka towarzyszy człowiekowi od początku jego istnienia¹. Istnieje i wypełnia życie człowieka, czy tego chcemy, czy nie. Jest oczywista i dostępna, a jej wpływ na człowieka może zaistnieć tylko wtedy, gdy poprzez własną aktywność będziemy jej doświadczać. Nie musimy jej rozumieć, wystarczy ją odbierać. Sztuka jako narzędzie wychowawcze może asystować człowiekowi przez całe życie, będąc nieskończonym źródłem nowych doświadczeń, cennych przeżyć i praktyk, wciąż odnawianej wiedzy o sobie i świecie².

Pojęcia „sztuka” nie można w pełni zdefiniować. Przez wieki podejmowano próby określenia, czym jest sztuka, jednak największy sens sztuki wymyka się wszelkim klasyfikacjom. Choć jej dobroczynne działanie na człowieka znane było już od starożytności. Od czasów starożytnej Grecji aż do początków odrodzenia termin „sztuka” (łac. *ars*, grec. *techne*) oznaczał umiejętność wykonania czegoś, jakiegoś przedmiotu. Sztuka obejmowała czynności ludzkie, umiejętność i znajomość reguł, w zasadzie wszystko to, co jest rzemiosłem. Do sztuk zaliczano, poza malarstwem i rzeźbą, rzemiosła takie jak garncarstwo, krawiectwo, ale też retorykę i strategię³. Antyczny podział sztuk obejmował te, które wymagały siły fizycznej (np. rzeźba czy malarstwo) i siły umysłu, zwane wolnymi, wyzwolonymi. W średniowieczu różniano siedem sztuk wolnych, takich jak gramatyka, retoryka, logika, arytmetyka, geometria, astronomia i muzyka, oraz siedem sztuk mechanicznych, takich jak rzeźba, malarstwo, architektura, które to w odrodzeniu chciano podnieść do rangi nauki. Jednak w połowie XVII Charles Batteux zaliczył je, wraz z muzyką, wymową, poezją, tańcem i teatrem do sztuk pięknych. Stwierdzono, że sztuka jest czymś innym niż nauka i rzemiosło, a późniejszy wiek XX zwiększył jej znaczenie i do sztuki zaczęto wliczać wszystko. Skoro wszystko i wszelkie rodzaje sztuk powstają w wyniku reakcji twórców na rzeczywistość, a będąc jej odbiciem w różnorodny sposób służą ludziom. Sztuka pełni więc funkcje: komunikacyjną,

1 J. Godawa, *W kręgu sztuki i arteterapii. Słowa, które mają uzdrawiającą moc*, w: *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*, red. J. Rottermund, Kraków 2007, s. 169.

2 A. Janicki, *Znaczenie sztuki dla zdrowia psychicznego*, w: „Arteterapia”, z. nauk. 52, red. L. Hanek, M. Pasella, Akademia Muzyczna, Wrocław 1990, s. 78.

3 J. Białostocki, *Sztuka cenniejsza niż złoto*, wyd. PWN, Warszawa 2013, s. 12.

estetyczną, poznawczą, etyczną, refleksyjną, religijną, emocjonalną, zabawową, integracyjną, użytkową, ale i terapeutyczną, zmieniając rzeczywistość⁴.

Termin terapia wywodzi się z gr. słowa *therapeuēin* i oznacza „opiekować się, oddawać cześć”, a w szerszym kontekście oznacza leczenie. Terapia traktowana jest więc jako specyficzny sposób oddziaływania na sferę fizyczną czy psychiczną człowieka chorego, bez użycia środków farmakologicznych oraz interwencji chirurgicznej⁵. Terapia jest zatem zaplanowanym działaniem na człowieka w sferze zarówno psychicznej, jak i fizycznej, przy wykorzystaniu różnych środków. Terapię podzielić można ze względu na czas trwania, specyfikę postępowania, zakres i złożoność zaburzeń, formy uczestnictwa, rodzaj interwencji i terapii wychowawczej oraz styl pracy terapeuty⁶. W pedagogice terapia może być rozumiana jako oddziaływanie zbliżone do psychoterapii, ukierunkowane na osobowość, nieograniczające się do usprawniania zaburzonych funkcji, ale osadzone w realiach procesu wychowawczego. Konieczne jest też włączenie aspektu psychoterapeutycznego, w szczególności akceptacji osoby np. z niepełnosprawnością, oraz sugestii, że może ona więcej osiągnąć, i kreowaniu nowego stanu⁷.

W terapii sztuką, przy korzystaniu z warsztatowych środków i języka sztuki, ważne jest również kreowanie⁸, poprzez które upatruje się znaczenie twórczości jednostki jako potrzebnej do osiągnięcia równowagi i przystosowania. A stanowiąc szeroką dziedzinę z wieloma działaniami, odgrywa specyficzną rolę w życiu człowieka⁹. Aby dostrzec istotę i rolę arteterapii, należy zwrócić uwagę na znaczenie sztuki dla życia człowieka i jej wpływ na prawidłowe funkcjonowanie biologiczne, psychiczne, emocjonalne i społeczne, dlatego tak wielu arteterapię ciekawi. Sztuka nie może być synonimem terapii, a proces rysowania i malowania nie jest sam w sobie jeszcze terapią. Dlatego arteterapia zajmuje się przede wszystkim pacjentem, a sztuka jest jedynie pomostem pomiędzy nim a terapeutą¹⁰.

4 E. Grudziwska, *Arteterapia jako forma pracy z dzieckiem z upośledzeniem umysłowym*, „Szkoła Specjalna” nr 3, APS, Warszawa 2010, s. 195.

5 E. J. Konieczna, *Arteterapia w teorii i praktyce*, Kraków 2004, s. 14.

6 I. Bolewska, *Terapia pedagogiczna jako rodzaj oddziaływań wychowawczych i dydaktycznych w pedagogice specjalnej*, w: *Terapia pedagogiczna w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, red. K. Kucyper, A. Stankowski, Wyższa Szkoła Administracji, Bielsko-Biała 2008, s. 82.

7 B. Kaja, *O potrzebie stosowania terapii pedagogicznej w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych*, w: W. Dykcik, B. Szychowiak, *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2001, s. 63.

8 A. Stefańska, *Arteterapia a rozwój emocjonalny człowieka. Psychologiczne aspekty sztuki*, „Wychowanie na co dzień” 2008, nr 12, s. 16-18.

9 M. Kulczycki, *Arteterapia i psychologia kliniczna*, w: „Arteterapia”, z. nauk. nr 57, red. L. Hanek, M. Pasella, Akademia Muzyczna, Wrocław 1990, s. 12.

10 W. Karolak, A. Gmitrowicz, *Arteterapia. Znaczenie arteterapii w psychiatrii polskiej*, Łódź 2000, s. 11.

Pionierem współczesnej arteterapii i autorem tego terminu jest nauczyciel sztuki, pierwszy zatrudniony w szpitalu psychiatrycznym arteterapeuta, Adrian Hill z Anglii, który ubiegał się o to, by terapię przez sztukę uznano za równorzędną alternatywę terapii zajęciowej, czyli prac ręcznych (*draft work*)¹¹. Za pioniera polskiej arteterapii uważany jest pedagog i etyk profesor Stefan Szuman, który połączył pedagogikę z psychologią rozwojową oraz sztuką, widząc znaczenie arteterapii i sztuki we wszystkich etapach życia człowieka, przede wszystkim doceniając ją w utrwalaniu postawy „afirmacji życia”¹².

Wcześniej, bo już w XIX wieku, rolę sztuki w leczeniu zaburzeń psychicznych dostrzegł niemiecki filozof, założyciel szkół waldorskich, Rudolf Steiner. Podobnie szwajcarski psychiatra i psychoanalityk, twórca psychologii analitycznej, Carl Gustaw Jung, który zachęcał swoich pacjentów do wyrażania emocji poprzez rysowanie, malowanie i modelowanie. Do tej opinii nawiązywał też twórca teorii psychoanalizy Zygmunt Freud¹³, który interesował się sztuką nie ze względu na nią samą, ale na procesy psychiczne, w wyniku których się pojawiała, oraz na reakcje, jakie wywoływała w ludziach. Freud wykorzystywał analizę swobodnych skojarzeń i rozróżnił procesy pierwotne – myślenie symboliczne, wyobrażeniowe, podświadome od procesów wtórnych – myślenie racjonalne, analityczne, werbalne, traktując je jako regres osobowości. Obecnie panuje pogląd, że procesy pierwotne i wtórne uzupełniają się i są niezbędne do zdrowego i twórczego życia na każdym etapie rozwoju człowieka, a arteterapię jako formę psychoterapii, kierującą się twórczym życiem jednostek, której podstawowym elementem komunikacji są środki artystyczne, proces twórczy i powstające dzieło¹⁴.

W czasach współczesnych środkami arteterapeutycznymi i sztuką posługują się przedstawiciele różnych orientacji terapeutycznych. Najszerzej z technik artystycznych korzystają szkoły psychoterapii, mające źródło w psychologii humanistyczno-egzystencjalnej. Twórczość łącząca ze zdrowiem, a grunt do używania działań artystyczno-twórczych w terapeutycznej pracy upatrują w relacjach interpersonalnych oraz znajdowaniu i wzmacnianiu tożsamości jednostki i grupy¹⁵. Jednostka spełnia potrzebę twórczą i osobową, a grupa dodatkowo uzyskuje bliską więź z innymi, co procentuje w późniejszym funkcjonowaniu społecznym. W psychologii dynamicznej sztuka poza aspektem zdrowia kładzie nacisk

11 S. Masgutowa, *Psychoterapia przez sztukę*, „Forum Psychologiczne” 1997, nr 1.

12 W. Szulc, *Kultura dla mas Polski Ludowej*, Wrocław 2008, s. 152.

13 W. Szulc, *Historia arteterapeutyki*, „Edukacja i dialog” 2006, nr 181, s. 66- 67.

14 R. Bartel, *Arteterapia a twórczy rozwój osobowości*, „Terapia przez sztukę”, 1(4) 2012/2013, s. 22.

15 J. Zinker, *Proces twórczy w terapii Gestalt*, J. Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1991, s. 212.

na rozwój i katharsis – przeżycia i uwolnienia tłumionych emocji jako warunek tworzenia. Środki arteterapeutyczne w znikomym stopniu wykorzystywane są również przez terapeutów behawioralnych, np. stosowanie muzyki dla osiągnięcia stanu pożądanego relaksu lub rysunek dla określenia planu zmian w zachowaniu. Stojąca w opozycji do behawioryzmu psychologia poznawcza oraz wiele szkół i grup wsparcia identyfikujących się z orientacją interakcyjno-systemową dla zmiany szkodliwych zachowań również wprowadzają techniki arteterapeutyczne. Najmocniejszy jednak wydaje się w arteterapii udział psychoanalizy, przede wszystkim patrząc na rodowód pojęć i języka oraz koncepcję symbolizacji, czyli wprowadzanie do psychiki świadomej treści nieświadomych przy pomocy symboli czy mechanizmów obronnych, w tym wyparcia i projekcji oraz oporu, przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Margaret Naumburg twierdziła, że do owego przeniesienia dochodzi w sferze sztuki i zmiany werbalnej, przez nawiązanie kontaktu emocjonalnego z terapeutą i symbolicznego z własnym dziełem¹⁶. Wielu arteterapeutów, takich jak Marion Milner, Judith Rubin, łączyło teorie Freuda z oddziaływaniami artystycznymi z analizą i kreatywnością, ekspresją artystyczną, a Myre Levick pojmował prace plastyczne jako mechanizmy obronne¹⁷. Brytyjczycy Joy Schaverlen, M. Edwards czy R. Simon skupiali się bardziej na powiązaniach arteterapii z teorią Junga, zwracając szczególną uwagę na ekspresję artystyczną i wyobraźnię. W pracy arteterapeutycznej z osobami z niepełnosprawnościami, problemami fizycznymi i emocjonalnymi specjaliści mieścili się w zasięgu terapii rozwojowej, gdzie zamierzeniem terapeutów zwykle była stymulacja sensoryczna, zdobycie umiejętności i przystosowanie. Większość tych szkół łączy związek terapeutyczny, a różnią techniki wzbudzania tego procesu. Ponadto wspólne stają się tendencje integracyjne¹⁸, pozbawione rywalizacji między szkołami i nurtami. W arteterapii współistnieją zatem wiele nurtów i szkół praktycznego działania w edukacji, profilaktyce, rozwoju osobistym i terapii¹⁹.

Sama arteterapia nie jest jednak powszechnie uznawana za niezależny rodzaj psychoterapii. Najczęściej jest pojmowana jako technika włączana w tok procesu psychoterapeutycznego, chociaż jej coraz to rozleglejsze obszary, powiązania ze sztuką czy zawód arteterapeuty wymuszają powstanie dla niej od-

16 C.A. Malchiodi, *Arteterapia. Podręcznik*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2014, s. 87.

17 Tamże, s.86.

18 H. Sęk, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001.

19 M. Wiszniewski, *Terapie ekspresyjne w edukacji, profilaktyce i rozwoju osobistym – podstawy teoretyczne i przykłady praktycznego zastosowania*, w: W. Karolak, B. Kaczorowska, *Arteterapia, Od rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych*, Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2011, s. 42.

rębnego nurtu z zapleczem w medycynie, sztuce, a szczególnie w psychologii. Zarówno psycholog Lidia Grzesiuk, jak i psycholog rehabilitacji Stanisław Kowalik nie wymieniają jej jako osobnego nurtu w psychoterapii. Kowalik arteterapię proponuje uznać za rodzaj psychoterapii, stanowiącą metodę rehabilitacji leczniczej, psychologicznej i pedagogicznej, natomiast działania artystyczno-twórcze jako techniki będące elementem różnych metod rehabilitacji, szczególnie terapii zajęciowej, wsparcia psychologicznego, psychokorekcji, nauczania specjalnego i oczywiście działalności artystycznej, jako konstytutywnym dla tej metody rodzaju ludzkiej aktywności²⁰.

Arteterapia stanowi dziedzinę, którą rozpatrywać można w dwóch dziedzinach – teoretycznej i praktycznej. Jest interdyscyplinarną dziedziną wiedzy, a jako samodzielna dziedzina praktyki terapeutycznej wyodrębniła się z dwóch dyscyplin: sztuki i psychiatrii²¹. Stwierdza się związek z filozofią, psychologią (zwłaszcza psychoterapią), medycyną, pedagogiką, antropologią, etnografią, socjologią, estetyką i historią sztuki²². J. Gładyszewska-Cylulko zalicza arteterapię do nauk stosowanych, społecznych, empirycznych i indukcyjnych, a wiedza opiera się szczególnie na poznaniu i doświadczaniu²³. Pomimo powiązań z innymi naukami stanowi osobną część, podkreślając swoją indywidualność i niepowtarzalność²⁴.

Jeśli słowo arteterapia wywodzi się od łacińskiego *arte (ars, artis)*, oznaczającego rzemiosło, rękodzieło, jak i sztukę, oraz greckiego słowa *therapeuein* – leczenie, to etymologicznie oznacza terapię poprzez sztukę²⁵. W polskim piśmiennictwie ta forma oddziaływań nazywana jest też „terapią sztuką”, „terapią przez sztukę lub plastykoterapią”, a ponieważ w polu arteterapii mieszczą się nie tylko techniki plastyczne, ta forma pracy bywa nazywana terapią przez twórczość²⁶. Termin arteterapia (*art therapy*) został wprowadzony w latach 40. XX w. Odnosi się

20 S. Kowalik, *Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji*, w: J. Strelau, *Psychologia*, t. 3, GWP, Gdańsk 2000, s. 817.

21 W. Szulc, *Początki arteterapii jako dyscypliny paramedycznej w Europie*, w: L. Kataryńczuk-Mania, *Metody i formy terapii sztuką*, Zielona Góra 2005, s. 7

22 A. Linek, Arteterapia – poznanie i wyrażanie siebie, *Zeszyty Naukowe Doktorantów UJ, Nauki Humanistyczne*, 2012, Nr 4 (1), s. 83-93.

23 J. Gładyszewska-Cylulko, *Arteterapia w pracy pedagoga. Teoretyczne i praktyczne podstawy terapii przez sztukę*, Impuls, Kraków 2011, s. 11.

24 Tamże, s. 15.

25 B. Hoffmann, *Arteterapia w oddziaływaniach edukacyjno-terapeutycznych*, „Problemy opiekuńczo-wychowawcze” 2015, nr 9, s. 38-43.

26 A. Górńska, *Arteterapia a uspołecznianie osób z niepełnosprawnością intelektualną*, „Niepełnosprawność i rehabilitacja” 2009, nr 2.

do zastosowania szeroko rozumianej sztuki w diagnostyce i terapii, uwzględniając zarówno tworzenie, jak i percypowanie już istniejących wytworów²⁷.

Pojęcie arteterapii jest wiele, a arteterapia nadal się rozwija, co istotne, praktyka wyprzedza teorię. Ważne jest doprecyzowanie sposobu pojmowania arteterapii i wypracowania modelu badań odzwierciedlającego jej aspekty, metody i oceny. Tak by nie pozostawała jako próba dodania czegoś wartościowego do nauczania i wychowania pojmowanego coraz częściej przez niektórych za bardziej prymitywne niż terapia²⁸. Termin arteterapia zdobywa coraz większą popularność, a w jego zakres włączane są coraz szersze formy stosowania aktywności artystycznej w celu wspierania rozwoju i podnoszenia jakości życia człowieka.

Zdaniem Wity Szulc, „arteterapia polega na wykorzystaniu różnych środków artystycznych, które ułatwiają pacjentowi ekspresję emocji, celem pośrednim jest ekspresja uczuć, a końcowym pozytywne zmiany zachowania i postaw wobec siebie i innych”. Sztuka jest nietradycyjna, a stworzone dzieło nie musi odpowiadać kanonom estetycznym²⁹. Jednocześnie mówi, że arteterapia to terapia stosująca sztuki plastyczne (plastykoterapia i terapia malarska); to spontaniczna twórczość chorych, poddanych opiece terapeutów, lub działania kreatywne, plastyczne, podejmowane w sytuacji terapeutycznej przez osoby uprzednio nietwórcze w zakresie plastyki³⁰. Za pomocą szeroko rozumianych dzieł sztuki i uprawiania sztuki, według Mariana Kulczyckiego, człowiek może utrzymać lub podnieść jakość życia, bowiem głównym zadaniem arteterapii jest optymalizacja życia. Podobnie w diagnozowaniu zaburzeń emocjonalnych i psychicznych oraz terapii dużą rolę wykorzystania technik plastycznych podkreśla Elżbieta Marek³¹.

Zuzanna Koniecznyńska arteterapię określa jako świadome, systematyczne i planowe oddziaływanie sztuką w celach terapeutycznych, a człowiek jest twórcą kultury i siebie oraz wzajemnych relacji między nimi³². Natomiast Ewelina J. Konieczna, trzymając się ściśle etymologii słowa, założyła, że arteterapia jest to działanie z zakresu reedukacji, kompensacji, korekcji, socjoterapii, a nawet

27 E. Grudziwska, dz. cyt., s.194.

28 A. Firkowska- Mankiewicz, G. Szumski, *Pedagogika specjalna i system kształcenia osób z niepełnosprawnościami w Polsce*, w: D. D. Smith, *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, Wyd. PWN, Warszawa 2008, s. 331.

29 J. Gładyszewska- Cylulko, dz. cyt., s. 7.

30 W. Szulc, *Sztuka i terapia*, Wydawnictwo Centrum Metodyczne Szkolenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1993, s. 20-21.

31 E. Marek, *Arteterapia jako metoda wspomagająca pracę wychowawczą*, w: *Sztuka w edukacji i terapii*, red. M. Knapik, W. Sacher, Impuls, Kraków 2004, s. 105.

32 J. Gładyszewska-Cylulko, dz. cyt., s. 7.

psychoterapii, prowadzone w oparciu o muzyczną, plastyczną, techniczną czy manualną aktywność jednostki, wobec której stosuje się techniki zabawowe i parateatralne³³. Według Władysława Dykcika arteterapia to spontaniczna, nieskrępowana twórczość powiązana z wykorzystaniem dzieł sztuki i uprawiania sztuki³⁴.

Arteterapia według A. Kargula to system działań stosowanych nie tylko wobec osób chorych, ale także jednostek o zaburzonem rozwoju lub poszukujących rozwiązań sytuacji trudnych, również w stosunku do osób pozostających w obrębie patologii społecznej, a więc dotkniętych nałogami, pozbawionych wolności, objętych głębszym wykojeniem, objawiających cechy zaawansowanej psychopatii³⁵. Ewa Grudziwska, skupiając uwagę na psychofizycznych warunkach człowieka, nazywa arteterapię „całościowym oddziaływaniem przy pomocy sztuki na osobowość, dając sposobność wyciszenia wewnętrznych konfliktów i osiągnięcie katharsis – oczyszczenia, które wpływa integrująco na osobowość jednostki”³⁶.

Analizując różne sposoby ujmowania arteterapii, można zauważyć nie tylko to, że nie ma jednej słusznej definicji. W znaczeniu węższym rozumiana jest jako terapia wykorzystująca plastykoterapię lub terapię malarską, a w znaczeniu szerszym, jako terapia z wykorzystaniem muzyki, plastyki, grafiki, rzeźby, literatury, filmu, tańca, teatru i sztuki dramatycznej³⁷.

Wszystkie arteterapie łączy fakt, że aktywność artystyczna czy obiekt artystyczny nigdy nie stanowią celu, lecz są jedynie środkiem do osiągnięcia korzystnej zmiany. Odpowiednio pokierowany proces twórczy sam w sobie może być narzędziem terapeutycznym, a działania artystyczne stosowane są w edukacji, w lecznictwie, profilaktyce, stanowiąc element różnych programów pomocy psychologicznej.

Podmiotami terapii przez twórczość winny być nie tylko osoby z niepełnosprawnością, ale terapeuci, nauczyciele i przyjaciele³⁸. Jest przeznaczona do pracy z wszystkimi ludźmi, z osobami zdrowymi i chorymi. Może być ukierunko-

33 E. J. Konieczna, dz. cyt., s. 14.

34 W. Dykcik, *Poszukiwanie nowatorskich i alternatywnych koncepcji indywidualnej rehabilitacji oraz społecznej integracji osób niepełnosprawnych – aktualnym wyzwaniem praktyki edukacyjnej*, w: *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej*, red. W. Dykcik, B. Szychowiak, Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2001, s. 36.

35 E.J. Konieczna, dz. cyt. s. 14.

36 E. Grudziwska, *Arteterapia w procesie resocjalizacji młodzieży*, „Opieka, wychowanie, terapia” 2005, nr 1-2 (61-61), s. 34.

37 J. Gładyszewska-Cylulko, dz. cyt., s. 8.

38 A. Wojciechowski, *Problemy terapii przez sztukę*, w: *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, wyd. UAM, Poznań 1997, s. 359.

wana na edukację i rekreację, ale i profilaktykę i korekcję zaburzeń³⁹. Arteterapia jest szczególnie przydatna w leczeniu różnych zaburzeń emocjonalnych osób z niepełnosprawnościami, których wypowiedzi werbalne są ubogie. Wtedy należy dobrane techniki arteterapeutyczne mogą, wzbudzając emocje spełniające dodatkową funkcję regulacyjną, stymulować formy aktywności, pomagające przezwyciężyć bierność, apatię czy izolację społeczną, a także mogą wydobyć indywidualności człowieka, wyciągając go z szarego tłumu, pokazując, że jest kimś, i wzmacniając poczucie jego wartości.

Arteterapia wywiera różnorodny wpływ na podmiot, wykorzystuje jego różną aktywność, ma ogromną wartość w procesie osobotwórczym człowieka, gdyż wykorzystuje szeroki wachlarz aktywności życiowej oraz pomaga odnaleźć sens i cel życia. Dlatego nie powinno się ograniczać jej jedynie do funkcji terapeutycznych i leczniczych, ale wpleść do działań wychowawczych⁴⁰.

Z definicji arteterapii wynika, że adresatami powinny być osoby z zaburzeniami „w funkcjonowaniu psychicznym, somatycznym i społecznym”. W co wpisują się osoby z niepełnosprawnością intelektualną, mające wielorakie zaburzenia, dla których trzeba ustalać specyficzne cele terapii sztuką, przede wszystkim wspierając rozwój Ja oraz pojęciową reprezentację świata i myślenia operacyjnego. Wszystko to oparte jest o upodmiotowienie. Najważniejszym celem jest optymalizacja jakości życia, zapobieganie i przezwyciężanie trudności rozpoznawania myśli i uczuć, obligowanie jednostki do retrospekcji, wykrywanie wewnętrznych zahamowań i kształtowanie osobowości poprzez nowe możliwości⁴¹.

5.1. Funkcje arteterapii

Psycholodzy polscy Marian Kulczycki i Zbigniew Skorny wymieniają trzy zasadnicze funkcje arteterapii: rekreacyjną – tworzenie odpowiednich warunków odpoczynku i oderwanie się od codziennych kłopotów i zmartwień; korekcyjną – przekształcającą negatywne mechanizmy na wartościowe oraz edukacyjną – dostarczanie nowych informacji i powiększanie mądrości życiowej, tak by lepiej poruszać się w otaczającej rzeczywistości, ale też rozwój wrażliwości i kształtowanie uczuć estetycznych⁴².

39 J. Gładyszewska-Cylulko, dz. cyt., s. 8.

40 E. Marek, dz. cyt., s. 105.

41 E. J. Konieczna, dz. cyt., s. 26.

42 L. Kataryńczyk-Mania (red.), *Metody i formy terapii sztuką*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2005, s. 14.

Ewelina J. Konieczna dodaje do nich również funkcje: ekspresyjną – okazanie tłumionych emocji i pomoc w tonowaniu napięcia, pragmatyczną – zapewniającą podstawowe potrzeby, kompensacyjną – zaspokojenie brakujących potrzeb, a też poznawczą – uczenie nazywania i wyrażania uczuć oraz funkcję regulacyjną – jako zaspokajanie potrzeby samorealizacji i samoakceptacji, w tym własnego ciała, oraz niszczenie braków i niepowodzeń doznawanych w określonej dziedzinie życia. Ma duże znaczenie w procesie osobotwórczym. Działa terapeutycznie, zmienia podejście do siebie samego oraz stosunek do otoczenia.

Do podstawowych funkcji arteterapii Grażyna Szafranec zalicza funkcję diagnostyczną, korekcyjną, psychoterapeutyczną, poznawczą, edukacyjną, katarską, rekreacyjną, komunikacyjną, integracyjną, profilaktyczną, twórczą, resocjalizacyjną⁴³. Pozwalają one na wyrażanie siebie, własnych odczuć, sprzyjają swobodnemu rozwojowi, zaspokojeniu potrzeb, pobudzają inwencję twórczą, inicjatywę i pomysłowość, wywołują naturalną motywację i radość z tworzenia, kompensują braki oraz przywracają równowagę i poczucie własnej wartości. Arteterapia posiada też walory relaksacyjne, odprężające i stymulujące, ponieważ rozbudza korzystne emocje i pozytywnie wpływa na samopoczucie⁴⁴, stając się pomocnym narzędziem w rozwiązywaniu i likwidowaniu problemów. Dzięki niej człowiek może manifestować właściwie wszystko: stany rzeczywiste, plany i fantazje, własną osobę, świat emocji i przeżyć, a także to, co znajduje się na pograniczu świata realnego i nierzeczywistego. Sprzyja rozwojowi wyobraźni, twórczego myślenia, procesów emocjonalnych, myślenia metaforycznego, analogii, uwagi, percepcji, pamięci, koordynacji wzrokowo-ruchowej i sprawności manualnej, inteligencji estetycznej i emocjonalnej oraz zdolności manualnych⁴⁵. Wzmacnia przekonanie, że można bez poczucia winy i lęku przed karą przyznać się do przeżywania buntu, cierpienia i wielu innych negatywnych emocji⁴⁶.

Znając funkcję i cel arteterapii, można w niej działać, jednak nie po omacku, ale z wiedzą i wybierając określone metody i formy terapii. Wiedząc, co się chce osiągnąć i dla kogo wybieramy określony sposób działania, zawsze najlepszy dla konkretnego pacjenta.

43 G. Szafranec, *Między terapią a sztuką*, w: M. Knapik, K. Krasoń, *Dziecko i sztuka. Recepcja-edukacja-wsparcie-terapia*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2003, s. 111.

44 E. J. Konieczna, dz. cyt., s. 27.

45 R. Bartel, dz. cyt., s. 22.

46 A. Olas, *Arteterapia inspiracją dla pedagogiki*, „Szkola specjalna” 2006, nr 4, s. 299.

5.2. Formy i metody arteterapii

Abraham Maslow, Erich Fromm i Carl Rogers, uznając twórczość za fundamentalną właściwość ludzką i czynnik rozwoju psychicznego, wskazali, że człowiek twórczy to ten otwarty na doświadczenie, wolny i ciekawy siebie i świata⁴⁷. Każdy ma w sobie ukryte skarby, które promieniają, tylko gdy ujrzą światło dzienne⁴⁸. Działania twórcze przestały być darem utalentowanych, a twórczość nierozzerwalnie związała się z edukacją. Mówiąc o powiązaniu sztuki i edukacji, trzeba pamiętać, że obie wykorzystują te same środki artystyczne (muzyka, farby, książki itp.) do osiągnięcia zamierzonego celu⁴⁹. Za pomocą różnorodnych materii, brzmienia, wibracji, faktur, wielkości zachęca człowieka do aktywnego poznawania, a poprzez różne formy arteterapii silnie oddziałuje na niego. Doznania, przeżycia i emocje tkwiące w człowieku twórcy szukają ujścia w praktycznych działaniach, w różnych formach i rodzajach arteterapii. Wpływ za pomocą twórczych działań, technik i artystycznych środków z jednej strony sprzyja rozwojowi emocjonalnemu, a z drugiej dyscyplinuje wyobraźnię i fantazję⁵⁰.

Arteterapia, podobnie jak inne rodzaje pomocy ludziom, odbywa się w różnych formach. Jest indywidualna, grupowa, w tym otwarta i zamknięta, zbiorowa, rodzin i par. Zarówno indywidualna, jak i grupowa forma ma wiele pozytywnych aspektów. Grupowa stwarza naturalną okazję do wymiany międzyludzkich komunikacji, negocjacji, daje według Irving Yalom walory lecznicze, tj. nadzieję, interakcję, uniwersalność i altruizm⁵¹. Naturalną konsekwencją terapii rodzin stała się arteterapia dla rodzin i par, łącząca w sobie terapie indywidualną i grupowe, bowiem prace artystyczne powstałe w toku zajęć postrzegane są jako opowieść rodzinną, jako dynamikę indywidualną i systemową⁵². Zarówno w indywidualnej, jak i grupowej najczęstszą formą jest grafoterapia w postaci psychorysunku, o czym szerzej napiszę w kolejnych rozdziałach poświęconych plastykoterapii.

Do arteterapii możemy zaliczyć terapię przez sztuki plastyczne, muzykoterapię, biblioterapię, choreoterapię i teatroterapię⁵³. Joanna Gładyszewska-

47 A. Twardowski, *Twórczość w procesie edukacji szkolnej*, w: D. Jankowski, *Edukacja kulturalna i aktywność artystyczna*, wyd. naukowe UAM, Poznań 1996, s. 138-139.

48 R. Stawinoga, *Aktywność twórcza we współczesnej edukacji*, „Nowa szkoła” 3/2002, s. 29.

49 K. Stachyra, E. Grudziwska, *Muzykoterapia i terapia przez sztuki plastyczne w piśmiennictwie polskojęzycznym*, wyd. UMCS, Lublin 2007, s. 33.

50 A. Stefańska, dz. cyt., s.17.

51 A.C. Malchiodi, dz. cyt., s. 408.

52 Tamże, s. 478.

53 E. Grudziwska, *Arteterapia jako forma...*, dz. cyt., s. 195.

-Cylulko uznaje arteterapię za nadrzędną dyscyplinę, a pozostałe terapie za jej subdyscypliny, takie jak dramatoterapię, muzykoterapię, choreoterapię, biblioterapię i terapię wizualną, inaczej zwaną terapią za pomocą plastyki, często utożsamianą z samą arteterapią⁵⁴, jedną z trzech dziedzin terapii zajęciowej⁵⁵. Każda z tych subdyscyplin ma odmienny środek przekazu i sposób realizacji, ale każda z nich sprzyja rozwojowi wiedzy i wrażliwości na kulturę. Potrzebne jest jednak, by umocniły swoją tożsamość, aby nie było problemów z przekraczaniem granic między nimi⁵⁶.

W zależności od dziedziny sztuki, wyodrębnia się rodzaje arteterapii, z których pozycję najbardziej ugruntowaną mają: muzykoterapia, choreoterapia, dramatoterapia, plastykoterapia, czyli terapia przez sztukę w węższym znaczeniu słowa sztuka, oraz biblioterapia.

Jak podaje Ewelina Konieczna, do rodzajów arteterapii możemy zaliczyć muzykoterapię, choreoterapię, biblioterapię oraz estezjoterapię, wykorzystującą malarstwo, rzeźbę, teatr (teatroterapia) i film (filmoterapia)⁵⁷. W swej książce „Arteterapia w teorii i praktyce”, opierając się na wiedzy Wity Szulc, współzałożycielki Polskiego Stowarzyszenia Arteterapeutów, wymienia szczegółowo rodzaje terapii, takie jak: arteterapia – terapia za pomocą sztuki lub sztuk plastycznych; biblioterapia – terapia czytelnicza za pomocą słowa i literatury; choreoterapia – terapia za pomocą tańca, ruchu i dźwięku; chromoterapia – terapia kolorami, barwami; dramatoterapia – terapia przez przygotowanie i uczestniczenie w spektaklach teatralnych; estezjoterapia – terapia jako doznania estetyczne; ergonoterapia, ergoterapia, inaczej terapia zajęciowa; hortikuloterapia – terapia poprzez pracę lub przebywanie w ogrodzie; ludoterapia, czyli terapia za pomocą gier i zabaw; muzykoterapia – terapia za pomocą muzyki; poezjoterapia – terapia za pomocą recytowania, czytania i pisania poezji; plastykoterapia – leczenie przy udziale sztuk plastycznych i technik z nią związanych; filmoterapia – oglądanie i dyskusja o filmach, oraz sylwoterapia i talasoterapia, czyli obcowanie z lasem i morzem⁵⁸. Inni teoretycy do najważniejszych obszarów działań arteterapii zaliczają również fototerapię, czyli leczenie światłem naturalnym i sztucznym.

54 J. Gładyszewska-Cylulko, *Wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych, poprzez wizualizacje i inne techniki arteterapii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, s. 23.

55 M. Nawrot, E. Kopij, E. Suska, A. Woroniuk, A. Kuczyńska, *Klasyfikacja rodzajów, metod, technik i form terapii zajęciowej*, Gdańsk 2005, s. 15.

56 E. Lecourt, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, tłum. L. Teodorowska, Videograf II, Katowice 2008, s. 69.

57 E.J. Konieczna, dz. cyt., s. 26.

58 E. J. Konieczna, dz. cyt., s. 16.

Arteterapia w szerokim znaczeniu nie posiada odrębnej metodyki, gdyż jest ona tylko nazwą dla całej grupy terapii posługującej się sztuką.

PLASTYKOTERAPIA

Terapia za pomocą sztuk plastycznych, inaczej plastykoterapia, wykorzystuje techniki plastyczne ekspresyjne, projekcyjne i konstrukcyjne, takie jak rysunek, malarstwo, rzeźbę, grafikę, collage, tkactwo, ceramikę, tworzenie w materiałach strukturalnych. W diagnozie ważne jest nie tylko samo stworzone dzieło, ale sposób jego wykonania i wybrana technika⁵⁹. Do metod plastykoterapii zalicza się Creative Mind Ordeing, Messpainting, terapię rysunkiem, Back to the Drawing Board (BDB), Indywidualną Terapię Sztuką (ITS), Grupową Terapię Sztuką (GTS) i inne.

Pacjenci, którzy nie porozumiewają się słownie, mogą za pomocą rysunku bądź innej techniki przekazać informację, emocję lub potrzebę.

TERAPIA RYSUNKIEM

Terapia rysunkiem jest ważnym elementem w komunikacji z pacjentem. Przeprowadzone badania wykazały, że przed rozpoczęciem terapii badani przekazywali daną informację lepiej za pomocą rzyneków niż gestów czy słów, ponadto podczas wykonywania rysunków nazywali pewne przedmioty, których wcześniej nie nazywali, czyli wzmagał się proces werbalizacji podczas tego typu terapii⁶⁰.

BACK TO THE DRAWING BOARD

Metoda BDB ma na celu nauczenie chorego wykorzystywania rysunków w codziennym porozumiewaniu się. Należy przeprowadzić test (Test Komunikacji w Sytuacjach Społecznych), który wskaże, czy chory jest w stanie porozumiewać się tą metodą, a następnie przechodzimy do wdrażania programu.

Rysunki, które wykonuje pacjent, nie muszą być bardzo dokładne, ale powinny nieść określoną informację. Na początku dajemy choremu rysunek, który ma obejrzeć, następnie prosimy, aby wykonał ten rysunek z pamięci, na białej kartce wielkości pocztówki. Następnie oceniamy rysunek pod kątem szczegółów,

59 A. Olas, dz. cyt., s. 300.

60 J. G. Lyon, N. Helm-Estabrooks, *Drawing: It's communicative significance for expressively restricted aphasic adults*, "Topics in Language Disorders", 8 (1), s. 67-71.

które powinny się na nim znaleźć. Jeśli ich nie ma, poprawiamy wspólnie rysunek. Gdy ten etap jest dobrze opanowany, przechodzimy do rysunków dwuobrazowych, na zakończenie przeprowadzamy Test Komunikacji w Sytuacjach Społecznych. Końcowym etapem jest nauczenie rodziny tego typu komunikacji z pacjentem. Jednym ze sposobów jest umiejętność stawiania odpowiednich pytań (Czy to jest budynek? Czy to jest kwadratowe?). Naukę rozpoczynamy od rozpoznawania informacji przekazywanych przez pacjenta terapeutę, a później rodzinie lub opiekunom. Wybieramy tematy znane i bliskie pacjentowi. Metoda jest efektywna, gdy pacjent wykorzystuje tę metodę w codziennej komunikacji⁶¹.

INDYWIDUALNA TERAPIA SZTUKĄ (ITS)

W trochę inny sposób pracujemy podczas Indywidualnej Terapii Sztuką czy też Grupowej Terapii Sztuką.

Prowadzenie terapii sztuką wymaga od pacjenta opanowania warsztatu pracy. Chorzy rozpoczynają zajęcia od obrysu ręki, prostych figur geometrycznych i przedmiotów. Następnie w celu wytrenowania sprawności ręki oraz pokonania polimodalnych zaburzeń aprakcyjnych chorzy zaczynają rysować proste linie i koła, począwszy od najgrubszych aż do najcieńszych. Kolejnym krokiem jest szkic przedmiotów, martwa natura i pejzaż. Pejzaż może być kopią z wzoru, wykonany z pamięci lub w plenerze.

Wykorzystując malarstwo, rysunek, możemy dokonać procedury diagnostycznej, ale również stymulować pacjenta do niejęzykowego i/lub językowego porozumiewania się. Ponadto pracujemy nad orientacją przestrzenną, hamujemy perseweracje czy ułatwiamy wprowadzenie wypowiedzi spontanicznych⁶². Istotnym jest również aspekt emocjonalny oraz terapeutyczny. Sam akt tworzenia działa uspakajająco, wyciszająco, a ponadto może stać się nową pasją pacjenta.

GRUPOWA TERAPIA SZTUKĄ (GTS)

Program grupowej terapii sztuką (GTS) wykorzystuje plastykoterapię podobnie jak w terapii indywidualnej. W przypadku terapii grupowej ważne jest, aby grupa nie była większa niż pięć osób. W przypadku tej formy terapii artysta pla-

61 M. Pączalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 243-244

62 M. Pączalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 247-249.

styk prowadzi zajęcia z punktu widzenia plastycznego i artystycznego, natomiast logopeda inspiruje interakcje między chorymi, wykorzystuje problemy sytuacyjne do podejmowania samodzielnych decyzji związanych z problemem tworzenia.

Terapia grupowa umożliwia uczestnikom spotkanie, wykorzystanie swoich zdolności komunikacyjnych oraz wspólne ćwiczenia, doskonalenie warsztatu z elementem rywalizacji. Praca w grupie daje możliwość spotkania, uspołecznienia chorego z afazją, nawiązanie nowych przyjaźni i partnerstwa. Bardzo istotne jest, iż terapia sztuką jest owocna⁶³.

MUZYKOTERAPIA

Kolejną formą jest terapia muzyką, stosującą metodycznie muzykę w celach diagnostycznych i terapeutycznych⁶⁴. Zmierza do korekcji zaburzeń, usuwania napięć, ograniczania objawów chorobowych oraz do zmian w społecznym funkcjonowaniu człowieka⁶⁵. Poza tym rozwija aktywność twórczą, elastyczność, co sprawia, że osoby poddające się muzykoterapii mają większy wpływ na kształt i jakość swojego życia, wzmacnia i ułatwia rehabilitację, proces leczenia, usprawnia funkcje percepcyjno-motoryczne, pomaga się zrelaksować i odpocząć⁶⁶. Z medycznego punktu widzenia muzyka wpływa znacząco na psychikę, aktywizuje lub osłabia czynności mózgu, normuje oddech, obniża tonus mięśni i obniża ból⁶⁷. Muzykoterapia może być stosowana indywidualnie i grupowo, a słuchanie muzyki może wpływać uspokajająco, rozluźniająco lub pobudzająco do tańczenia czy samodzielnego grania, np. wykorzystując instrumentarium Orfa⁶⁸, a także wyzwala naturalną potrzebę śpiewania, rozwijając percepcję słuchową, wrażliwość estetyczną i aktywność twórczą⁶⁹. Jest doskonałym sposobem nawiązania kontaktu społecznego. Muzykoterapię można podzielić na kliniczno-diagnostyczną; naturalną, opartą na dźwiękach z przyrody; spontaniczną; adoptowaną, wykorzystującą przypadkowy materiał muzyczny, np. radio; profilaktyczną i socjoterapeutyczną, eliminującą nieprawidłowe wzorce oraz meloterapię, opartą na walorach śpiewu⁷⁰. Muzyka, która leczy: klasyczna i popularna, Czajkowski – Andante

63 Tamże, s. 252.

64 J. Gładyszewska-Cylulko, *Wspomaganie...*, dz. cyt., s. 56.

65 J. Gładyszewska – Cylulko, *Wspomaganie...*, dz. cyt., s.14

66 B. Borowska- Beszta, *Echa ekspresji. Kulturoterapia w andragogice specjalnej*, Kraków 2008, s. 75- 76.

67 Y. Schifan, A. Stadnicki, *Musica Media – Musica Lingua*, „Szkoła Specjalna” 1999, nr 1, s. 48.

68 E. Grudziwska, *Arteterapia jako forma...*, dz. cyt., s. 197.

69 B. Kuraś, *Terapia przez sztukę*, „Życie szkoły” 10/2005, s. 28.

70 E. J. Konieczna, dz. cyt., s. 44.

cantabile z serenady na skrzypce, Chopin – Etiuda E-dur op.10 nr 3, Walc cis-moll op. 64 nr 2, *Etiuda rewolucyjna*, Brahms – taniec węgierski, Strauss – *Nad pięknym modrym Dunajem*, Mozart – *Marsz Turecki*, melodia ludowa *Dwie gitary* oraz filmowa: z filmów *Tańczący z wilkami*, *Gliniarz z Beverly Hills*, *Pianista*, *Ziemia obiecana*, *Pożegnanie z Afryką*, *Ojciec Chrzestny*, *Gwiezdne wojny*, *Superman*, *Lista Schindlera*, *Amelia*, *Różowa Pantera*, *Czas Apokalipsy*⁷¹.

Chorzy z afazją często zachowują zdolność do śpiewu oraz intonowania melodii pomimo głębokich zaburzeń językowych. Obecnie wiemy, jak duży wpływ na rozwój możliwości poznawczych ma muzyka. W wielu ośrodkach, gdzie przebywają osoby starsze, z demencją, chorobą Alzheimera czy innymi zaburzeniami prowadzącymi do otępienia, stosuje się słuchanie, tworzenie i odtwarzanie muzyki. Dowiedziono, że terapia tego typu obniża napięcie, powoduje lepszy nastrój oraz pobudzenie poznawcze.

TERAPIA INTONACYJNO-MUZYCZNA (MIT)

W pracy z osobami z afazją można zastosować program terapii intonacyjno-muzycznej (MIT). Program ten składa się z trzech poziomów. W trakcie dwóch pierwszych wprowadza się monosylabiczne słowa oraz wyrażenia wraz z odpowiednią intonacją muzyczną. W trakcie następnego poziomu wprowadza się bardziej skomplikowane fonetycznie wypowiedzi. Dłuższe wypowiedzi najpierw są intonowane, następnie wypowiadane z przesadną prozodyką, na końcu wypowiadane normalnie. Podczas intonowania wypowiedzi terapeuta wystukuje rytm ręką pacjenta, odpowiadający każdej sylabie.

Do zajęć należy przygotować napisy wraz z odpowiadającymi im obrazkami oraz arkusz do zapisania. Należy wykorzystać wyrażenia bliskie pacjentowi, imiona bliskich lub też najczęściej wypowiadane. Terapeuta siedzi naprzeciwko pacjenta i wystukuje rytm lewą ręką pacjenta, przy tym intonuje dane wyrażenia (jestem głodna, chcę się ubrać itp.), wskazując na obrazek odpowiadający temu wyrażeniu. Intonacja powinna być ciągła, płynna, unikająca staccato.

Pierwszy poziom MIT składa się z pięciu etapów:

- nucenie (nucimy wzorzec melodyczny danej wypowiedzi, wskazując na odpowiedni obrazek, sytuację i wystukujemy rytm ręką pacjenta);
- wspólne śpiewanie (to samo, co poprzednio, ale wykonujemy wspólnie

71 Tamże, s. 49-51.

z pacjentem, jeśli wykonuje zadanie poprawnie, wówczas przechodzimy dalej);

- wspólne śpiewanie z wyłączaniem się (podobnie, przy czym terapeuta wyłącza się w pewnym momencie, zmuszając chorego do samodzielnego skończenia intonacji);
- powtarzanie po przerwie (prezentujemy wzór i czekamy na powtórzenie go przez pacjenta);
- odpowiadanie testowe (po wykonaniu wzoru zadajemy pytania: „Co mówiłeś?”).

Drugi poziom MIT:

- wprowadzanie wzorca (intonujemy dwukrotnie, wystukując rytm ręką pacjenta, nie oczekując jego reakcji);
- wspólne śpiewanie z wyłączaniem się;
- powtarzanie po przerwie (intonujemy i wystukujemy dany wzorec, po około sześciu sekundach prosimy pacjenta o powtórzenie, możemy udzielić pacjentowi pomocy);
- odpowiadanie na pytania.

Trzeci poziom MIT – wprowadzanie normalnej prozodii mowy z wykorzystaniem złożonych zdań oraz techniki Sprechgesang (typowy rytm i akcent, ale z pewną emfazą typową dla mówienia chórem). Poniżej pięć etapów poziomu trzeciego:

- powtarzanie po przerwie (intonujemy, chory powtarza po sześciu sekundach, pomagamy mu, wystukując rytm);
- wprowadzanie Sprechgesang (wypowiadamy wolno wzorec, uwypuklając rytm i akcent, jednocześnie wykonujemy rytm ręką pacjenta);
- Sprechgesang z wyłączaniem się (podobnie jak w poprzednich etapach);
- powtarzanie po przerwie (wypowiadamy wzorec z normalną prozodią, bez wystukiwania rytmu, po sześciu sekundach nakłaniamy do tego pacjenta);
- odpowiadanie na pytania testowe (po upływie sześciu sekund zadajemy pytanie normalnym głosem, a pacjent też tak powinien odpowiedzieć, jeśli nie wracamy do poprzednich punktów).

Metoda zakłada odpowiednie punktowanie każdego zadania wykonywanego przez pacjenta oraz powrót do poprzedniego punktu, w przypadku gdy nie udało się wykonać obecnego⁷².

BIBLIOTERAPIA

Biblioterapia to, najkrócej mówiąc, zastosowanie książki jako środka oddziaływania terapeutycznego. Najczęściej wykorzystuje się ją w terapii dzieci i młodzieży, ale także u ludzi dorosłych, zwłaszcza osób w podeszłym wieku. Dzięki niej możliwe jest oddziaływanie na zachowanie oraz sferę intelektualną, społeczną i emocjonalną człowieka⁷³. Książka jako oddziaływanie terapeutyczne wykorzystuje literaturę piękną, biografie, autobiografie, pamiętniki, fragmenty dzieł filozoficznych⁷⁴. Książki, które leczą, i obszary ich zastosowania: *Niepełnosprawność*; J. Criscuolo – *Słońce świeci dla wszystkich*; N. Faulkner – *Tajemniczy szyfr*, G. Hourdin – *Niezawinione nieszczęście*, E. Koivistoinem – *Wszystko pokonam*, I. Kowalczyk – *Poza granicą skargi*; dzienniki: E. A. Lubieńska – *Salamandra*; S. Podlaski – *Przezwyciężyć siebie*; E. Siemaszkiewicz – *Białe niebo*; M. Viviez – *Rodzina, jakich wiele*⁷⁵.

Biblioterapię można podzielić na indywidualną i grupową⁷⁶ oraz wyróżnić metody, takie jak: poezjoterapię lub literaturoterapię, która inspiruje do rozwijania własnej twórczości. Dzięki odpowiednio prowadzonej biblioterapii chorzy mogą uwolnić się od zalegających negatywnych emocji, przyswoić nowe sposoby zachowania, poczuć bliskość emocjonalną⁷⁷. Jedną z audiowizualnych odmian biblioterapii jest filmoterapia, poprzez dobór odpowiednich filmów spełnia cele rewalidacyjne. W filmoterapii również mamy do czynienia z metodą indywidualną, czyli jednostkowe oglądanie i autoanaliza, oraz grupową, czyli wspólne oglądanie i grupowa dyskusja⁷⁸. Filmy o charakterze terapeutycznym, dotyczące tematyką różnych schorzeń i problemów, takich jak: nerwice natręctw – *Lepiej być nie może* reż. J. L. Brooks; szukanie własnej tożsamości – *Amadeusz* reż. M. Forman, *Bliskie spotkanie trzeciego stopnia* reż. S. Spielberg. Filmy dotyczące tematyki niepełno-

72 M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 254-259.

73 J. Gładyszewska-Cylulko, *Wspomaganie...*, dz. cyt., s. 65.

74 Z. Skorny, *Biblioterapia*, w: *Arteterapia*, red. L. Hanek, M. Passella, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, Wrocław 1990, s. 33.

75 E.J. Konieczna, dz. cyt., s. 117.

76 O. Chmielewska, *Biblioterapia*, „Życie szkoły” 10/2005, s. 29.

77 J. Gładyszewska-Cylulko, *Wspomaganie...*, dz. cyt., s. 66.

78 E. J. Konieczna, dz. cyt., s. 142.

sprawności to *Frida* reż. J. Taymor, *Moja lewa stopa* reż. J. Sheridan czy *Rain Man* reż. B. Levinson.

Biblioterapię można prowadzić z chorymi z afazją w sposób czynny, kiedy to osoba odczytuje dane teksty, lub bierny, kiedy czyta je terapeuta. Stosując tę metodę, odnosimy się do metod emocjonalnych, poprzez lektury znane pacjentowi. Warto również stosować teksty, które można później opowiedzieć, streścić, dopasować do nich historyjkę obrazkową, ułożyć w kolejności zdarzenia lub po prostu może ona pełnić rolę relaksacyjną.

CHOREOTERAPIA

Choreoterapia to metoda lecznicza oparta na tańcu wzbogaconym o ćwiczenia muzyczno-ruchowe i improwizacje ruchowe do wybranej muzyki. Terapia ta rozwija aktywności motoryczną, społeczną, emocjonalną, poznawczą i estetyczną, a jej głównym celem jest odczucie przez pacjenta swojej cielesności i rozwijanie samoświadomości. Do zadań terapii tańcem należy tworzenie korzystnych warunków do interakcji społecznych poprzez ruch oraz samodoświadczanie i samoeksploatacja⁷⁹. Rezultatem choreoterapii jest poprawa relacji interpersonalnych, wyzbycie się izolacji, poprawa sprawności fizycznej i poznawczej, zwłaszcza wzrost koncentracji uwagi i zdolności szybkiego podejmowania decyzji⁸⁰. Do posługiwania się ruchem jako sposobem wyrażania siebie nie są potrzebne specjalne uzdolnienia, a efekty mogą być ogromne. Wszyscy mają bowiem potrzebę ruchu, a możliwość spontanicznego jej doznania należy im zapewnić.

TEATROTERAPIA

Teatroterapia jest sposobem poznawania świata za pomocą działania i pośrednio łączy się z teatrem edukacyjnym i terapią poprzez sztuki teatralne. Opiera się na naturalnej skłonności człowieka do naśladownictwa, wchodzenia w role, zabawy i kreowania rzeczywistości. Ta umowna fikcja pozwala na otwarcie się, sprzyja poznawaniu i rozwijaniu swoich możliwości oraz dokonywanie w sobie pozytywnych zmian. W teatroterapii wyróżnia się dramę, polegającą na odgrywaniu siebie z problemami i konfliktami interpersonalnymi; psychodramę, a w niej psychodramy synergistyczne, monodramy i socjodramy, ujawniającą siebie i pro-

79 E.J. Konieczna, dz. cyt., s. 62.

80 J. Gładyszewska-Cylulko, *Wspomaganie...*, dz. cyt., s. 63.

blemy interpersonalne, oraz nieme widowiska, czyli pantomimę klasyczną i terapeutyczną. W życiu osób z niepełnosprawnością teatroterapia daje możliwość spotkania się z osobami zdrowymi, pełniąc rolę integracyjną, kompensacyjną oraz rozrywkową. Teatr wpływa pozytywnie na sferę społeczną osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych, daje uznanie i zapobiega poczuciu samotności⁸¹.

Każda z form arteterapii ma właściwy sobie sposób tworzenia dzieł i oddziaływania na odbiorcę, jednak w każdym z nich ważna jest osoba prowadząca terapię, która musi znaleźć taki sposób porozumiewania i dobrego kontaktu, aby wyzwoić w osobach biorących udział w terapii aktywność nastawioną na zainteresowanie sztuką⁸².

Podsumowując, widać, że wiele osób może korzystać z różnorodnych form i metod arteterapii, przy odejściu od traktowania sztuki w kategoriach techniki warsztatu i profesjonalizmu artystycznego. Bowiem wrażliwość na sztukę i chęć tworzenia jest w większości taka sama, uporządkowuje emocje, myśli i relacjonuje przeżycia twórcy, a będąc łącznikiem ze światem, daje twórcy zadowolenie, niezależnie, z jaką metodą i formą ma do czynienia⁸³.

5.3. Rola arteterapeuty

Jak pisze Alina Binnebesel, postawa twórcza, stopień wykształcenia i odpowiednio przygotowana osoba prowadząca to podstawa w procesie arteterapeutycznym. Wszystko to wzbogacone o charyzmę i osobowość rzutuje na postawę i uczenie się uczestnika⁸⁴. Niezależnie od wykształcenia arteterapeuta powinien dysponować fachową wiedzą z zakresu psychologii i psychopatologii, pedagogiki i nauk o zdrowiu oraz umiejętnością ustalania granic oddziaływań, by nie spowodować negatywnych skutków, a też wykorzystywać swoje umiejętności techniczne i założenia aksjologiczne.

Mówiąc o roli terapeuty, warto wspomnieć o relacji między terapeutą a osobą uczestniczącą w terapii. Relacja terapeutyczna decyduje o specyfice arteterapii. Związek emocjonalny jest świadomy, celowy, zamierzony i wykorzystywany jako podstawowy środek leczenia, gdzie tworzenie i recepcja sztuki zajmują miejsce zasadnicze. Dzięki akceptacji, empatii i zrozumieniu nawiązuje się

81 U. Malewicz, *Rola teatru w życiu osoby niepełnosprawnej*, „Szkoła Specjalna” 2009 nr 4, s. 267

82 E. Grudzińska, *Arteterapia jako forma...*, dz. cyt.

83 Ż. Stelter, *Twórczość jako metoda łagodzenia skutków niepełnosprawności*, „Kwartalnik pedagogiczno-terapeutyczny” 3-4 (19-20)/2005, UAM.

84 A. Arciszewska-Binnebesel, *Szczęśliwy świat tworzenia, czyli arteterapia*, Toruń 2003, s. 7.

relacja terapeutyczna między nimi⁸⁵. Relacja arteterapeutyczna ma stałe elementy: tworzenie i recepcję sztuki i zmienia się w różnych fazach procesu arteterapii. W relacji arteterapeutycznej w celach leczniczych wykorzystuje recepcje sztuki oraz aktywność artystyczno-twórczą, realizowaną pod kierunkiem terapeuty i w jego współdziałaniu.

W terapii to uczestnik jest najważniejszy, a terapeuta ma mu pomagać, ma być blisko, ale nie wychodzić przed niego. Stają wobec siebie co najmniej dwa byty osobowe – wolne i rozumne, i nawet gdyby ktoś był w sytuacji słabszej rozumności, należy mu się akceptacja i zrozumienie⁸⁶. Zadaniem terapeuty jest stworzenie twórczej atmosfery, pełnej akceptacji i poczucia bezpieczeństwa, oraz wspieranie, a co za tym idzie, istotnym elementem relacji między nimi są też przeniesienie i przeciwn przeniesienie⁸⁷.

Autentyzm terapeuty, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji oraz aktywne zaangażowanie w pracę czyni terapeutę skutecznym, a uczestnikowi pozwala odkrywać nowego siebie i świat. Terapeuta musi być autentycznie zainteresowany uczestnikiem i jego problemami, oddzielając je od swoich spraw, szanując siebie i uczestnika. Arteterapeuta zachęca uczestników do wypowiadania się w formie wizualnej, odkrywa wartości komunikacyjne i interpretacyjne dzieł, umożliwia wejście w związek własnej życiowej sytuacji z symboliką obrazów⁸⁸. Każdy arteterapeuta powinien być bystrym, mądrym i systematycznym obserwatorem świata, w którym żyje⁸⁹, a w dziedzinach plastyki i muzyki powinien być człowiekiem o rzetelnym przygotowaniu artystycznym. Powinien być entuzjastą, umieć improwizować, ale i być twórczym, rozwijając kreatywność uczestników. Winien być spontaniczny i elastyczny, by umiejętnie formułować cele, a zarazem być cierpliwy, poszukując korzystnych sposobów kontaktu z uczestnikiem zajęć w procesie terapii.

Sam proces terapii natomiast jest powiązany z systemem wartości i zasadami etyki zawodowej nauczycieli i terapeutów. Koocher i Keith-Spiegel wyróżnili 9 zasad etycznego postępowania obowiązujących psychologów, które mogą być stosowane w dziedzinach pracy z drugim człowiekiem. Nakazują one między innymi nie powodować cierpienia, szanować autonomię drugiego człowieka, promując niezależność i samowystarczalność wspieranych, traktować ich z god-

85 R. Bartel, dz. cyt., s. 22.

86 A. Wojciechowski, *Terapia spotkania*, Wydawnictwo UMK, Toruń 2004, s. 7.

87 R. Bartel, dz. cyt., s. 23.

88 G. Szafranec, dz. cyt., s. 108.

89 E. J. Konieczna, dz. cyt., s. 30.

nością, troską i współczuciem, pamiętając, że wpływa się na poprawę funkcjonowania osoby, którą się wspiera, i osób z jej otoczenia. Należy być prawdomównym, sprawiedliwym, a przejmując odpowiedzialność, pamiętać o dokształcaniu się i rozwoju wewnętrznym⁹⁰. Biorąc pod uwagę zarówno cechy indywidualne, jak i predyspozycje czy wykształcenie, to myślę, że szczególnie ważne jest to, by arteterapeuta posiadający wiedzę z zakresu psychologii, pedagogiki i pochodnych nauk o człowieku i zdrowiu był jedynie arteterapeutą, a nie pedagogiem czy psychologiem. Wtedy nie będzie nadużyć ze strony osób wykorzystujących moc sztuki w celach diagnostycznych i terapeutycznych, a pedagogzy specjalni będą bezpiecznie korzystać z technik arteterapeutycznych. Bowiem tylko świadomość roli, jaką pełni arteterapeuta, da pozytywne efekty terapii, dlatego musi on zdawać sobie sprawę, że podstawą jego pracy jest człowiek i chęć pomocy. Najważniejsze, by chciał nim być oraz znał swoje miejsce i rolę jako arteterapeuta.

5.4. Sztuki plastyczne uzupełnieniem procesu edukacji i terapii

Potrzeba stosowania aktywności plastycznej idzie w parze z aktywnością terapeutyczną. Należy ją dostosować do wieku i potrzeb odbiorców, bo tylko wtedy zostaną uwolnione potencjalne możliwości plastyczne uzupełniające edukację i terapię⁹¹.

Sztuki plastyczne dla niektórych mogą być terapią, a dla innych realizowaniem siebie i rozwijaniem talentów, ale dla wszystkich powinny być znakomitą zabawą. W zabawach z wyobraźnią szkoła często jest jedyną szansą na jej rozbudzenie⁹². W edukacji plastycznej ważny jest wytwór, a w terapii proces tworzenia⁹³. W terapii sztuką ma być narzędziem rozwojowym i poznawczym, a także rehabilitacyjnym. Obie przełamują monotonię codziennego funkcjonowania. Sztuki plastyczne dają całą gamę doświadczeń estetycznych, kulturowych, poznawczych, twórczych i interpersonalnych. Podwyższają samoocenę, nastawienie do siebie i otoczenia, co wskazuje na charakter terapeutyczny i rehabilitacyjny, a z drugiej strony stanowią naturalną formę aktywności. Najważniejsze jest, by

90 M. Kawa, *Standardy etyczne w pracy analityka zachowania wspierającego rozwój osób z zaburzeniami rozwoju*, w: *Kulturowe i społeczne aspekty niepełnosprawności*, red. Piotr Tomaszewski, Kamilla Bergiel-Matusiewicz, Ewa Pisula, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2015, s. 179-180.

91 K. Idkowiak, *Trening twórczości osób z niepełnosprawnością intelektualną*, „Remedium” lipiec/sierpień 2014, s. 48.

92 A. Kalbarczyk, *Zabawy ze sztuką. Podręcznik metodyczny dla nauczycieli. Praca z dzieckiem uzdolnionym, wrażliwym lub nieśmiałym w małych grupach. Grupy wiekowe 5-13 lat*, wyd. 3, Impuls, Kraków 2006, s. 100.

93 J. Wajdenfeld, *Kreatywna Plastykostymulacja. W świetle twórczego funkcjonowania umysłu*, Wydawnictwo Psychoskok, 2013, s. 12.

pamiętać o odpowiednim doborze zajęć i form plastycznych do możliwości i zainteresowań danej osoby i grupy, by pamiętać o tym, na jakim etapie rozwojowym się znajdują i co jest dla nich ważne.

Twórczość plastyczna może być wpisana w szerszą profilaktykę, wykorzystuje się ją jako metodę wspomagającą diagnozę i terapię, jako metody projekcyjne, psychometryczne techniki badawcze oraz uzupełnienie procesu edukacji i terapii.

Pedagodzy, logopedzi, terapeuci oraz osoby pracujące z chorymi wykorzystują w swojej pracy elementy arteterapii. Metody opierają się na ruchu, rytmie, odgrywaniu ról, ale w dużym stopniu na malowaniu, rysowaniu i rzeźbieniu. Zaliczyć do nich można między innymi Technikę Malowania Dziesięcioma Palcami R. F. Showa, Ruch rozwijający Weroniki Sherborne, Dotyk i komunikację Marianny i Christophera Knillów, System percepcyjno-motoryczny Kepharta czy Creative Mind Ordering⁹⁴. Najważniejszym zadaniem pedagogów i terapeutów jest inicjowanie autorehabilitacji w osobach z niepełnosprawnością, którym plastykoterapia dać może wiele wrażeń. Wystąpić może kompensacja nieprawidłowo działających zmysłów przez polisensoryczne odbieranie dzieł i przenoszenie jednego języka na drugi⁹⁵.

Sztuki plastyczne, rysowanie, malowanie czy rzeźbienie sprzyjają pogłębianiu efektów relaksacji, odprężaniu i podnoszą poziom energii. Wiele z nich uatrakcyjnia szkolne lekcje, dając możliwość przechodzenia między wieloma rodzajami arteterapii, od jednej do drugiej formy artystycznej ekspresji⁹⁶.

Dobór technik w plastykoterapii jest uzależniony od grupy wiekowej i możliwości psychofizycznych osób, rodzaju zajęć, przedmiotu oraz celu pracy. Do technik pobudzających do ekspresji plastycznej można zaliczyć techniki malarskie (malowanie palcami, gąbkami czy farbami akwarelowymi, gwaszami, temperami, farbami do tkanin, mokrym na mokrym, farba klejowa, na szkłe, drewnie czy papierze) techniki graficzne (monotypia, lino, gipso i drzeworyty, mozaiki), techniki modelarskie, a w nich tkanie, haftowanie czy szycie i rzeźbienie (lepienie w glinie, masie solnej, plastelinie).

Podczas zajęć zaspokojone zostają podstawowe potrzeby akceptacji, bezpieczeństwa, współuczestnictwa, bycia rozumianym i docenianym. Dzięki sztukom plastycznym podczas terapii chorzy poznają lepiej zarówno siebie, jak i innych,

94 J. Gładyszewska-Cyulko, *Miejsce arteterapii w pracy pedagoga specjalnego*, w: *Arteterapia. Od rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych*, red. W. Karolak, B. Kaczorowska, Wyd. Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2011, s. 33.

95 M. Siemieź, *Arteterapia – w poszukiwaniu wewnętrznego świata*, w: *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*, red. M. Siemieź, T. Siemieź, Wyd. Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008, s. 110.

96 A. C. Malchiodi, dz. cyt., s. 106.

którzy ich otaczają. To podczas zajęć plastycznych, bogatych w techniki i materiały, dochodzi do pobudzenia sensorycznego i wielozmysłowego postrzegania świata. Jeśli uda się stosować plastykoterapię systematycznie, pozwoli to na całościowe uzupełnianie funkcjonowania jednostki w społeczności, a zarazem pozwoli doskonalić samodzielność, zaradność i umiejętności techniczne. Głównym założeniem jest jednak zachowanie poczucia podmiotowości osób z niepełnosprawnością⁹⁷.

Terapia sztuką daje choremu z afazją możliwość spotkania ze światem wartości oraz możliwość samorealizacji, daje również możliwość rehabilitacji. Stwarza również szansę odnalezienia siebie w innym działaniu niż dotychczas. Pod wpływem stymulacji i ćwiczeń prowadzonych przez terapeutę chory ma możliwość odbudowania sfery poznawczej, emocjonalno-uczuciowej, wolicjonalnej, społecznej oraz aktywności ruchowej.

Jak przytacza Maria Pąchalska na podstawie własnych badań, terapia sztuką jest cenną metodą terapii, pozwalającą na odbudowę zaburzeń gnozji i praksj, ożywienie znaków niejęzykowych i językowych oraz poprawę językowego komunikowania się, a także pełniejszą integrację osobowości⁹⁸.

97 M. Siemieź, dz. cyt., s. 485.

98 M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 252.

CZĘŚĆ II

1. ISTOTA ORAZ GŁÓWNY CEL INNOWACJI PT. „MOWA W STARCIU Z UDAREM”

Pacjenci, którzy doznali udaru, wylewu lub urazu czaszki, na skutek czego utracili zdolności komunikacyjne, uczestniczą w terapii logopedycznej tylko w czasie pobytu w szpitalu, czyli 8 dni, natomiast po opuszczeniu oddziału udarowego pacjent może trafić na oddział rehabilitacji, gdzie chory będzie mógł korzystać z rehabilitacji przez 6, 9, 12 lub 16 tygodni. Rehabilitacja tego typu jest przeznaczona tylko dla pacjentów w ciężkim stanie po udarze. Pozostali pacjenci już po okresie 8 dni trafiają do domu, co jest równoznaczne z zaprzestaniem rehabilitacji logopedycznej, którą otrzymali w szpitalu, jeśli oddział taką rehabilitacją dysponuje.

W przypadku rehabilitacji logopedycznej powinna się ona odbywać jak najszybciej po doznaniem udaru, ponieważ mózg jest w tym okresie najbardziej plastyczny; liczy się również intensyfikacja działań, czyli ćwiczeń wykonywanych z pomocą opiekuna. Niestety, nie zawsze ta współpraca jest owocna ze względu na duże obciążenie innymi zadaniami, które opiekunowie muszą wykonać.

Grupa docelowa Innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły zdolność lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystały z Innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

Rodzina i opiekunowie osób po udarach i wylewach są obciążeni bardzo dużą ilością obowiązków, ponadto muszą zinternalizować fakt choroby przewlekłej bliskiej osoby. W efekcie często już nie mają czasu i siły na dodatkową pracę z podopiecznym. Doświadczenie zawodowe wnioskodawczyni, a także liczne badania na temat kondycji psychicznej opiekunów osób przewlekle chorych, pozwalają przypuszczać, że możliwość skorzystania z pomocy asystenta w prowadzeniu rehabilitacji nie tylko poprawi skuteczność terapii, ale również wpłynie korzystnie na relacje opiekunów z podopiecznymi. Pomoc asystenta w prowadze-

niu terapii logopedycznej spełnia kryteria „przerwy wytchnieniowej” dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością. Pomoc ta jest tym bardziej potrzebna, że każda dodatkowa godzina terapii jest kolejnym obciążeniem finansowym, któremu rodzina musi stawić czoła.

Kolejną grupą, która skorzystała z Innowacji, są studenci biorący udział w projekcie. Otrzymali oni pakiet dodatkowych szkoleń oraz jakże cenną możliwość praktyki terapeutycznej; obecnie możliwości odbycia praktyk studenckich w zakresie logopedii są ograniczone, co wnioskodawczyni obserwuje w toku swojej pracy zawodowej, będąc pracownikiem naukowym kształcącym logopedów i pedagogów.

Głównym celem tej Innowacji było sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

W związku z tym, iż terapia logopedyczna przynosi najlepsze efekty, gdy jest prowadzona systematycznie i często, pozytywne rezultaty można dostrzec tylko wtedy, gdy codziennie utrwalamy określone treści. Należy wziąć pod uwagę, że osoby po udarze mają problemy z pamięcią oraz z obszarem myślenia. Tego typu zaburzenia powodują, że chory, aby zapamiętać daną partię materiału, potrzebuje wielokrotnie więcej czasu.

2. DWIE ŚCIEŻKI WSPÓŁPRACY Z ASYSTENTAMI

Innowacja zakładała poprowadzenie dwóch ścieżek współpracy z asystentami, aby sprawdzić, która z nich jest efektywniejsza i ma większe szanse powodzenia w przyszłości, podczas wdrażania Innowacji.

Pierwszą ścieżką zakładała pozyskanie asystentów w charakterze asystentów studentów. Tego typu asystenci zostali pozyskani z uczelni wyższych, gdzie studenci studiów logopedycznych, studiów podyplomowych z zakresu logopedii oraz studenci kierunków pedagogicznych są zobligowani do realizacji praktyk zawodowych lub pedagogicznych.

Niniejsze kierunki studiów nadal cieszą się sporym zainteresowaniem. Na kierunku socjoterapia i promocja zdrowia studiuje rocznie około 70 studentów (powyżej 20 osób na roku), na kierunku logopedia około 50 studentów (około 15 osób na roku), na kierunkach podyplomowych z obszaru pedagogiki z logopedią około 40 studentów (około 20 osób na roku). Wszyscy są zobligowani, aby odbywać praktyki zawodowe. Ilość godzin, które muszą zrealizować studenci poszczególnych kierunków, jest zróżnicowana i waha się od 60 do 100 godzin lekcyjnych, czyli 45 min. Jednakże na kierunkach podyplomowych wymagane jest, aby odbyć praktyki w kilku placówkach, np. poradnia, szkoła, oddział rehabilitacyjny itd. Zależy to od opiekuna praktyk oraz wytycznych, które ustala uczelnia.

Od 1 października 2014 roku:

- studia są ściślej powiązane ze środowiskiem pracy;
- studenci mają być lepiej przygotowywani do wejścia na rynek;
- uczelnie mogą poszerzać współpracę z przedsiębiorstwami nie tylko w wymiarze badawczym, ale również praktycznym i dydaktycznym – pracodawcom łatwiej będzie dotrzeć do studentów z ofertami praktyk, wpływać na kształt studiów, a praktycy zawodowi mogą prowadzić na uczelniach zajęcia (MNiSW – www.nauka.gov.pl/praktyki).

Jeśli student powinien zrealizować np. 60 godzin praktyk, to jest to w sumie 48 godzin zegarowych, do tego należy doliczyć 2 godziny na przygotowanie wywiadów, 6 godzin na przygotowanie konspektów oraz 4 godziny na przygotowanie materiałów, dokumentacji oraz zajęć specjalnych, co daje 60 godzin praktyk.

Studenci mogą też odbywać praktyki w ośrodkach doradczych, poradniach, na oddziałach rehabilitacyjnych lub w innych ośrodkach pomocowych. Problemem

jest wyrażenie zgody przez te ośrodki do przyjęcia studentów na praktyki. Zapewnienie opieki studentowi oraz nadzorowanie praktyk wymaga sporo wkładu ze strony opiekuna, za co ten nie jest dodatkowo wynagradzany. Odbycie praktyk w innej formie, zdobycie doświadczenia oraz zapewnienie stałego miejsca praktyk bez zbędnych poszukiwań jest dla studentów dużą bonifikatą. Studenci bardzo chętnie zgłaszają się do projektu, który będą mogli umieścić w swoim przyszłym curriculum vitae.

Z doświadczenia innowatorki wynika, iż tego typu forma współpracy jest atrakcyjna dla studentów i zapewne początkowo było zainteresowanych średnio 30% osób z grupy, która została zaprezentowana powyżej, co daje dużą grupę, która docelowo mogłaby współpracować w takim charakterze. Należy oczywiście dokonać weryfikacji, ponieważ połowa z tych osób pod wpływem innych czynników zrezygnuje z udziału w Innowacji. Największym problemem dla studentów studiów podyplomowych jest dojazd do pacjenta. Większość z osób, które zadeklarowały swój udział, nie pochodzi z Poznania i nie mogłaby tak często prowadzić terapii. Natomiast dla studentów studiujących w trybie dziennym nie stanowiło to problemu i więcej osób zadeklarowało swój udział w Innowacji.

Realizując tę ścieżkę, uczelnia jest organem kierującym na praktykę oraz zapewnia podstawowe szkolenie z zakresu BHP. Uczelnia zawiera Porozumienie (załącznik nr 1) z pracodawcą, w którym jasno jest określone, jak powinna wyglądać współpraca. Ponadto pracodawca może zawrzeć dodatkowy kontrakt, gdzie jest określone, jakie są cele, zadania oraz charakter wykonywanych działań. W gestii studenta leży ubezpieczenie się na czas praktyki.

Niewątpliwie student uzyskuje w ten sposób wiele korzyści, takich jak możliwość pracy z pacjentem czy dodatkowe szkolenie, jakim zostanie objęty.

Drugą ścieżką zakładała pozyskanie asystentów, chcących realizować terapię odpłatnie, poprzez współpracę z Polskim Komitetem Pomocy Społecznej w Poznaniu, który oferuje swoim podopiecznym między innymi opiekę neurologopedyczną. Polski Komitet Pomocy Społecznej w Poznaniu oferuje szeroki zakres usług opiekuńczych. W związku z powyższym można zaangażować do współpracy takich opiekunów, którzy zechcieliby spróbować swoich sił w charakterze asystenta neurologopedy za odpowiednim wynagrodzeniem. Osoby takie powinny mieć już doświadczenie w pracy z pacjentami po udarach. Udział w projekcie byłby dodatkowym poszerzeniem ich kompetencji.

Dwutorowość, jaką zaplanowano w tej Innowacji, to po części odpowiedź na rekomendacje Eksperta nr 2, który proponował aby „(...) nie koncentrować

się na bezpośrednim świadczeniu usług, ale na sposobach zwiększenia dostępności usług specjalistycznych poprzez współpracę międzysektorową”.

Postanowiono podjąć się przeprowadzenia testowania dwóch powyższych ścieżek pracy asystentów w celu zwiększenia dostępności usług. Testowaniu podlegały dwa modele usługi. Wykorzystują one nieprofesjonalnych asystentów, którzy po odpowiednim przeszkoleniu pracowali wraz z neurologopedą nad poprawą funkcji mowy u pacjentów udarowych. Wykorzystując potencjał asystentów studentów oraz asystentów PKPS, innowatorka pragnęła zapewnić maksymalnie dużą ilość godzin terapeutycznych. Mając do dyspozycji asystentów studentów, była szansa zwiększenia ilości godzin pracy z pacjentem.

Ponadto Innowatorka chciała sprawdzić, na ile efektywna jest organizacja dwóch rozwiązań, tj. z którą jednostką współpraca jest korzystniejsza – z uczelniami czy z Polskim Komitetem Pomocy Społecznej. Czy monitorowanie jednej z grup asystentów przysparza więcej trudności, czy też jest tożsame?

Porównanie tych dwóch ścieżek pozwoliło wypracować optymalne rozwiązanie, które zostanie zaprezentowane w podręczniku, który powstanie jako produkt niniejszej Innowacji.

Terapia była prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Z uwagi na to, iż część osób asystujących przy terapii była rekrutowana ze środowiska studenckiego, wnioskodawczyni miała wątpliwość, czy podejmą się pracy przez cały okres wakacyjny, zważając na to, iż należy prowadzić terapię z pacjentem trzy do czterech dni w tygodniu. Dlatego, aby ukazać efekty tej Innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

3. ETAP PRZYGOTOWANIA INNOWACJI

Poniżej został zaprezentowany schemat przygotowania do przeprowadzenia Innowacji. Innowator, działając według poniższych punktów, zaprogramował, w jaki sposób można z powodzeniem przeprowadzić tego typu działania.

1. Skonstruowano kwestionariusza wywiadu z rodziną pacjenta po udarze lub wylewie niedokrwiennym w celu doprecyzowania potrzeb opiekunów osób zależnych, a następnie przeprowadzenie pięciu wywiadów z rodziną pacjenta po udarze lub wylewie niedokrwiennym.
2. Opracowano 6 ścieżek (modułów) pracy asystenta z pacjentem.

Moduły pracy zawierające podstawowe informacje z zakresu afazji oraz sposobów terapii. Zakres: afazja: definicja, przyczyny, modele klasyfikacji, charakterystyka poszczególnych typów, historia badań nad afazją. Dla każdego typu afazji: szczegółowy opis objawów; szczegółowy opis etapów (3-6 etapów w zależności od typu afazji) postępowania logopedycznego, z wyszczególnieniem metod neurologopedycznych i z opisem konkretnych ćwiczeń zalecanych na danym etapie terapii danego typu afazji.

Metody ogólnie stosowane w terapii afazji, jakość życia osób z afazją, spodziewane efekty terapii oraz podsumowanie.

Termin afazja wywodzi się z greki (*aphates*) i oznacza osobę niemówiącą. Pierwotnie schorzenie to nosiło nazwę afemii (Paul Broca). Najkrócej rzecz ujmując, afazja jest to zaburzenie komunikacji językowej, którego przyczyną jest nabyte uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, np. w wyniku urazu, udaru, procesu neurodegeneracyjnego, nowotworu, zatrucia toksynami, procesu zapalnego. Nie jest efektem deficytów sensorycznych, np. głuchoty, zaburzeń pamięci, emocji czy myślenia, ani – w odróżnieniu od dyzartrii – nie jest związana z zaburzeniami aparatu mowy: języka, krtani, gardła, podniebienia. Zaburzenia mogą ujawniać się na różnych poziomach komunikacji językowej, takich jak mówienie, czytanie, pisanie. Do głównych objawów afazji zalicza się: zaburzenia artykulacji, redukcję słownictwa, agramatyzm, parafazje, zaburzenia powtarzania, zaburzenia rozumienia. Rodzaj występujących objawów zależy od kilku czynników, takich jak charakter uszkodzenia, dynamika uszkodzenia, etiologia schorzenia, faza choroby, cechy indywidualne, czas.

W klasyfikacji Łurii występuje sześć typów afazji.

Afazje związane z zaburzeniami mowy ekspresyjnej:

- afazja ruchowa aferentna (uszkodzenie zawoju zaśrodkowego lewej półkuli mózgu)
- afazja ruchowa eferentna (uszkodzenie okolicy Broki)
- afazja dynamiczna (uszkodzenie lewej okolicy czołowej od ośrodka Broki)

Afazje związane z zaburzeniami mowy impresyjnej:

- afazja akustyczno-gnostyczna (uszkodzenie okolicy Wernickego)
- afazja akustyczno-amnestyczna (uszkodzenie lewego płata skroniowego w okolicy Wernickego)
- afazja semantyczna (uszkodzenie pogranicza płata skroniowo-ciemieniowo-potylicznego)

Tworząc określone ścieżki terapeutyczne, innowatorka opierała się na powyższej klasyfikacji.

Zdecydowano się przetestować pięć typów afazji z wyłączeniem afazji o typie dynamicznym jako najrzadziej występującej. W związku z powyższym do części testowej zostali zakwalifikowani pacjenci z pięcioma (5) typami afazji – tym samym zostanie przetestowanych pięć ścieżek terapeutycznych. Zdecydowano się na powyższe rozwiązanie ze względu na czas oczekiwania na danego pacjenta z określonym typem afazji.

3. Kolejnym krokiem było skonstruowanie arkusza monitorującego pracę asystentów studentów i asystentów PKPS.

Praca asystenta studenta lub asystenta PKPS była monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta;
- raportu z wizyty, czyli zakres wykonanych czynności wykonanych przez asystenta;
- przygotowania własnego scenariusza zajęć z pacjentem;
- hospitacji pracy asystentów studentów i asystentów PKPS z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas udziału asystenta w projekcie; neurologopeda prowadzący terapię przeprowadzi hospitację każdego asystenta biorącego udział w projekcie;

- sfilmowania pracy asystenta z pacjentem;
 - zapisania oceny w arkuszu hospitacji;
 - ankiety dla asystentów, gdzie oceniają swoją pracę oraz współpracę z pacjentem;
 - arkusza Ocena Innowacji przez asystentów, gdzie asystenci oceniają Innowację;
 - końcowo Arkusza podsumowującego pracę asystentów na podstawie powyższych dokumentów.
4. Następnie skonstruowano pismo informacyjne dotyczące projektu dla oddziału udarowego w Szpitalu Wojewódzkim na ul. Juraszów w Poznaniu, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Rehabilitacji Medycznej na ul. Mogileńskiej w Poznaniu oraz Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej. Pismo wyjaśniało, kto może wziąć udział w projekcie i jakie pacjenci uzyskają korzyści.
 5. Pismo informacyjne zostało przedstawione na oddziale udarowym, w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym i Rehabilitacji Medycznej na Mogileńskiej w Poznaniu oraz w Polskim Komitecie Pomocy Społecznej. Pismo powinno zostać podpisane przez osoby decyzyjne w danych ośrodkach w celu wyrażenia chęci nawiązania współpracy, czyli możliwości przekazania takiej informacji pacjentom mogącym wziąć udział w projekcie.
 6. Skonstruowano ofertę współpracy o pozyskanie asystentów studentów z uczelniami wyższymi.

W tym samym czasie należy zebrać studentów chcących pełnić rolę asystenta. W tym celu należy podjąć współpracę z Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza z Wydziałem Pedagogiki – docelowo z Pracownią Socjoterapii i Promocji Zdrowia.

Następną uczelnią była Wyższa Szkoła Pedagogiki i Administracji – praktyki na kierunku podyplomowym logopedia.

Utworzono również grupę asystentów, którzy prowadzili terapię odpłatnie z Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej w Poznaniu.

Zważając na ilość pacjentów biorących udział w terapii (pięciu – 5), na etapie testowym zaplanowano sześciu (6) asystentów studentów oraz czterech (4) asystentów PKPS, tak aby mogli zrealizować założony plan pracy z pacjentem. Zaplanowano to w sposób następujący:

- Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta uczęszczało dwóch asystentów studentów. Jeden asystent student zrealizował 36 h lub 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (36h/3m-ce lub 48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów studentów zrealizowało 72 h lub 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent był prowadzony przez dwóch asystentów studentów, ale w odstępie trzymiesięcznym. Wybrano taki schemat z uwagi na ilość godzin, jakie studenci realizują w ramach praktyk, tj. między 50 a 60 godzin lekcyjnych, czyli 45 min = 1h zegarowa, plus dodatkowo zadania dla studenta, takie jak wywiady z rodziną, przygotowanie dokumentacji oraz konspektów zajęć, co jest wymogiem praktyk.
 - Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta uczęszczało czterech asystentów PKPS na tej samej zasadzie, jak asystenci studenci, lecz odpłatnie.
 - Asystenci kontynuują terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.
7. W związku z powyższym skonstruowano ofertę o pozyskanie asystentów w Polskim Komitecie Pomocy Społecznej, którzy byli wynagradzani za udział w projekcie.
8. Oferta dla studentów i przedstawienie oferty podczas spotkania ze studentami, które zostało wyznaczone poza godzinami zajęć, dla osób zainteresowanych wzięciem udziału w projekcie. Informacja o projekcie została rozesłana mailowo do danych grup studenckich, które mają w swoim programie realizację praktyk zawodowych lub pedagogicznych, ponadto są to grupy studentów studiujących pedagogikę. Grupy z WSPiA zostały poinformowane w taki sam sposób, czyli za pomocą listu mailowego przedstawiającego ofertę, a następnie na zorganizowanym w tym celu spotkaniu podczas zjazdu dydaktycznego. Na takim spotkaniu została zaprezentowana koncepcja, oferta współpracy oraz

zebranie podpisów osób wstępnie zainteresowanych podjęciem współpracy – deklaracja udziału w projekcie.

9. Stworzono i przedstawiono oferty dla asystentów działających odpłatnie pozyskanych z PKPS.

Pracownik PKPS przedstawił taką propozycję swoim pracownikom. Osoby, które chciały podjąć współpracę, wpisały się na listę, następnie zostało zorganizowane spotkanie w celu wyjaśnienia, na czym polega udział w projekcie, i podpisanie deklaracji udziału w projekcie.

10. Skonstruowano umowę o współpracę z asystentami studentami oraz z asystentami PKPS.
11. Przygotowano materiały szkoleniowe i szkolenie.
12. Przeprowadzono szkolenie dla asystentów, którzy będą odpowiedzialni za kontynuowanie terapii. Szkolenie było opracowane w postaci 6 modułów – 6 ścieżek pracy z pacjentem z danym typem afazji.
13. Ustalono harmonogram wizyt z asystentami studentami i asystentami PKPS. Następnie asystenci podpisali umowy o współpracy, zasady i regulamin pracy z pacjentami.
14. Przeprowadzono diagnozy pacjentów, którzy wcześniej zostali wyznaczeni przez lekarzy prowadzących lub pracowników PKPS-u.

Diagnoza została przeprowadzona za pomocą takich narzędzi jak, krótki test SODA Skala Oceny Dynamiki Afazji oraz FAS, lub FAST, w zależności od możliwości pacjenta. Podczas kolejnej wizyty przeprowadzono diagnozę z wykorzystaniem *Kwestionariusza diagnostycznego zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych* Katarzyny Szłapy, Iwony Tomasik i Sławomira Wrzesińskiego. Kwestionariusz zawiera ocenę rozumienia, powtarzania, nazywania, mowy spontanicznej, pamięci fonetycznej, badanie gnozyji słuchowej, praksy, liczenia i czytania. *Kwestionariusz diagnostyczny...* składa się z dwóch części: *Arkusza diagnostycznego* i *Materiałów do badania*. W pierwszej

z nich znajdują się szczegółowo opracowane instrukcje, według których przeprowadza się badanie diagnozujące, oraz arkusz odpowiedzi pacjenta (*Karta zapisu mowy pacjenta*). Arkusz odpowiedzi jest skorelowany z instrukcją. Do tej części dołączona jest płyta CD, na której znajdują się nagrania dźwięków do badania gnozi słuchowej, oraz przygotowana do wydruku karta zapisu mowy pacjenta.

4. KOORDYNATOR INNOWACJI – WYMAGANIA, KTÓRE MUSI SPEŁNIĆ OSOBA PROWADZĄCA TERAPIĘ WRAZ Z ASYSTENTAMI

Osoba prowadząca Innowację powinna posiadać wykształcenie logopedyczne, najlepiej wraz ze specjalizacją neurologopedyczną. Ponadto powinna mieć odpowiednie doświadczenie w pracy z osobami z afazją, dyzartrią lub innymi zaburzeniami mowy tego typu.

Koordinator Innowacji powinien odznaczać się umiejętnością pracy w zespole oraz zdolnościami kierowniczymi, aby umiejętnie poprowadzić zespół asystentów, utworzyć ścieżkę terapeutyczną dla pacjenta oraz kontrolować pracę zespołu. Osoba prowadząca tego typu działania powinna posiadać kilkuletnie doświadczenie w pracy logopedycznej oraz działalności szkoleniowej lub doradczej. Powinna również dysponować odpowiednią ilością czasu, tak aby móc kontrolować i nadzorować działania asystentów.

Poniżej przedstawiono wytyczne, które powinien spełnić koordinator Innowacji.

- **Neurologopeda** – osoba, która prowadzi badania i działania praktyczne w zakresie ogólnej diagnozy stanu rozwoju mowy i terapii zaburzeń komunikacji człowieka na różnych etapach rozwoju i w różnych sferach aktywności: edukacyjnej, społecznej i zawodowej. Specjalista neurologopeda to osoba, która uzyskała specjalizację w zakresie neurologopedii na studiach podyplomowych, które obejmują 300 godzin dydaktycznych i minimum 60 godzin praktyk. Neurologopeda chcący wprowadzić tę Innowację powinien mieć minimum 2-letnie udokumentowane doświadczenie w pracy z osobami z afazją, dyzartrią i innymi zespołami poudarowymi. Ponadto powinien mieć doświadczenie w prowadzeniu szkoleń, zajęć edukacyjno-dydaktycznych lub kursów dokształcających oraz umiejętności w zakresie zarządzania i organizacji pracy.
- **Asystent** – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy, po 45 minut) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia, zadane przez terapeutę, oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielnym terapeutą.

5. REKRUTACJA ASYSTENTÓW

Asystenci zostali pozyskani zarówno ze środowiska akademickiego, jak również spośród osób będących pracownikami lub wolontariuszami Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej.

Podjęto decyzję, iż w Innowacji mają wziąć udział osoby z różnym doświadczeniem oraz stażem pracy, z różniących się środowisk, tak, aby sprawdzić, z jaką grupą praca jest najbardziej korzystna. Ponadto istotnym czynnikiem było również przetestowanie Innowacji pod kątem wykonywania pracy odpłatnie lub w ramach praktyk studenckich.

5.1. Nawiązanie współpracy z uczelniami wyższymi w celu pozyskania asystentów studentów

Nawiązano współpracę z Wyższą Szkołą Pedagogiki i Administracji w Poznaniu oraz z Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

W celu nawiązania umowy przygotowano pismo (załącznik nr 9) do władz WSPiA z prośbą o przychylenie się do uczestnictwa studentów studiów podyplomowych z zakresu logopedii w projekcie w ramach odbycia praktyk studenckich. Dziekan Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji wyraził się przychylnie do tej prośby, co wyraziło się poprzez podpisanie pisma o nawiązanie współpracy (załącznik nr 9). Następnie przekazano informację koordynatorowi studiów podyplomowych, wskazując na zaaprobowanie prośby przez Panią Dziekan. W konsekwencji ustalono plan praktyki oraz działań ze studentami.

Innowator w wyznaczonym czasie przedstawił ofertę praktyk studentom I roku studiów podyplomowych z logopedii. Zostały rozdane krótkie informacje pisemne w postaci oferty dla studentów WSPiA (załącznik nr 15), zawierające opis działań, możliwości, korzyści oraz formę, w jakiej będą odbywały się praktyki. Spośród całej dwunastoosobowej grupy zgłosiło się wstępnie cztery osoby oraz dwie pozostałe wyraziły zainteresowanie. Informację przesłano również w formie mailowej do grupy. Osoby zdecydowanie miały zgłosić swą kandydaturę mailowo do końca bieżącego tygodnia. Po upływie tego czasu Innowator spotykał się już indywidualnie z grupą osób zainteresowanych w celu ustalenia harmonogramu spotkań, uczestnictwa w szkoleniu oraz ustalenia zasad i norm współpracy. Początkowo uczestnictwo w Innowacji zadeklarowały trzy osoby, jednak po konsultacji dotyczącej terminów i częstości spotkań pozostały dwie osoby.

W przypadku Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu proces nawiązania współpracy wyglądał zgoła inaczej. Wystosowano pismo informacyjne (załącznik nr 12) do Kierownika Pracowni Socjoterapii i Promocji Zdrowia, skąd chciano pozyskać studentów. Pismo zostało zatwierdzone, następnym krokiem było stworzenie Porozumienia pomiędzy prowadzącym Innowację a Uniwersyte-tem. Treść porozumienia została uzgodniona z Panią Prodzikan od spraw plano-wania i sprawozdawczości naukowej oraz współpracy z otoczeniem. Porozumienie zostało poddane ocenie prawnej oraz zatwierdzone przez Rektora Uczelni. W ta-kim kształcie Porozumienie (załącznik nr 10) zostało przekazane Dziekanowi Wydziału oraz Kierownikowi Pracowni Socjoterapii i Promocji Zdrowia.

Kolejnym etapem było spotkanie ze studentami I roku I stopnia socjotera-pii i promocji zdrowia. Początkowo z grupy osiemnastoosobowej chęć udziału wy-raziło dziesięcioro osób. Podobnie jak w przypadku studentów WSPiA, ostatecznie udziału w projekcie podjęły się cztery osoby. Również w tym przypadku przed-stawiono studentom ogólny zarys Innowacji w postaci oferty dla studentów UAM (załącznik nr 14), możliwości, ograniczenia oraz zasady współdziałania.

5.2. Nawiązanie współpracy z jednostkami pomocowymi, takimi jak PKPS, w celu pozyskania asystentów współpracujących odpłatnie

Polski Komitet Pomocy Społecznej zadeklarował swoje partnerstwo w Innowacji. W związku z powyższym przedstawiono pismo informacyjne (załącznik nr 16), które zostało pozytywnie rozpatrzone przez kierownika oddziału PKPS w Pozna-niu. Następnie Pani Kierownik podpisała pismo nawiązujące współpracę między innowatorem a jednostką PKPS.

Kierownik zaproponowała swoim współpracownikom oraz pracownikom udział w Innowacji, przedstawiając swoim współpracownikom przeznaczone dla nich pismo informacyjne (załącznik nr 18). Osoby zainteresowane wpisały się na listę, następnie skontaktowano się z każdą osobą indywidualnie i przed-stawiono główne cele oraz możliwości udziału w Innowacji. Zakres informacji, który przedstawiono, był taki sam jak w przypadku studentów, jedną różnicą była umowa oraz stawka wynagrodzenia za wykonaną pracę. W ten sposób wy-łoniono kolejne cztery osoby, które podjęły się współpracy w postaci asystenta.

Reasumując, struktura grupy wygląda następująco:

- asystenci studenci z WSPiA – dwie osoby,
- asystenci studenci z UAM – cztery osoby
- asystenci działający odpłatnie z PKPS – cztery osoby.

6. NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY Z JEDNOSTKAMI POMOCOWYMI TAKIMI, JAK PKPS, DPS, SZPITAL Z ODDZIAŁAMI UDAROWYMI ORAZ ZOL, W CELU POZYSKANIA PACJENTÓW, KTÓRZY WZIĘLI UDZIAŁ W INNOWACJI

Skonstruowano pismo informacyjne (załącznik nr 26, 23, 19) dotyczące projektu do oddziału udarowego w Szpitalu Wojewódzkim na ul. Juraszów w Poznaniu, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Rehabilitacji Medycznej na ul. Mogileńskiej w Poznaniu oraz Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej. Pismo wyjaśniało, kto może wziąć udział w projekcie i jakie pacjenci uzyskają korzyści.

Pismo zostało przedstawione na oddziale udarowym, w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym i Rehabilitacji Medycznej na Mogileńskiej w Poznaniu oraz w Polskim Komitecie Pomocy Społecznej, oraz w Domu Pomocy Społecznej. Pismo zostało podpisane przez osoby decyzyjne w danych ośrodkach w celu wyrażenia chęci nawiązania współpracy, czyli możliwości przekazania takiej informacji pacjentom mogącym wziąć udział w projekcie.

Wszystkie jednostki za wyjątkiem Szpitala Wojewódzkiego na ul. Juraszów w Poznaniu podpisały pisma informacyjne oraz pisma o nawiązanie współpracy (załączniki nr 17, 21, 22, 25). Nie nawiązano współpracy ze szpitalem tylko z powodu, iż nie było już miejsca dla kolejnych pacjentów.

Koncepcja zakłada, iż pacjent przebywający w szpitalu (oddziały udarowe Szpital Wielospecjalistyczny ul. Juraszów, Poznań) otrzyma informację o możliwości kontynuowania terapii logopedycznej w domu wraz z neurologopedą oraz asystentem pomocniczym.

Taką informację otrzymali również pacjenci z Ośrodka Rehabilitacyjno-Leczniczego i Rehabilitacji Medycznej na Mogileńskiej w Poznaniu oraz podopieczni Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej.

Następnie po nawiązaniu możliwości współpracy, opierającej się na udostępnieniu takiej informacji pacjentom mogącym się zakwalifikować do projektu, należy przystąpić do poinformowania pacjentów, na czym polega udział w projekcie.

Informacja została przekazana w postaci pisma informacyjnego dla pacjentów zakwalifikowanych do udziału w projekcie na oddziale udarowym w Szpitalu Wojewódzkim przy ul. Juraszów w Poznaniu, w Ośrodku Rehabilitacyjno-Lecznicznym i Rehabilitacji Medycznej na ul. Mogileńskiej w Poznaniu oraz w Polskim Komitecie Pomocy Społecznej.

W każdym przypadku lekarz lub pracownik (w przypadku PKPS) wyznacza pacjentów mogących wziąć udział w projekcie, następnie neurologopeda przeprowadza wstępną diagnozę (w celu zakwalifikowania pacjentów z danym typem afazji), następnie rozpoczyna się proces przydzielenia asystentów i ustala harmonogram wizyt zarówno logopedycznych, jak i asystenckich.

7. SZKOLENIE ASYSTENTÓW

W związku z tym, iż etap rekrutacji pacjentów oraz asystentów został zamknięty, należało podjąć działania w celu przygotowania materiałów szkoleniowych i ogólnego zarysu szkolenia.

Szkolenie zostało oparte o sześć ścieżek – modułów pracy z pacjentem po udarze w myśl klasyfikacji, którą przedstawił Łuria.

Na szkoleniu asystenci zostali wyposażeni w wiedzę na temat charakterystyki pracy z pacjentem oraz w jaki sposób będzie przebiegała terapia i z czego będą rozliczani na koniec swojej pracy. Szkolenie trwało dwa dni, w sumie 8 godzin pracy warsztatowej oraz 8 wykładu.

Poniżej zaprezentowano konspekt szkolenia, które zostało zaprezentowane asystentom.

KONSPEKT WARSZTATÓW SZKOLENIOWYCH PT. „MOWA W STARCIU Z UDAREM”

I DZIEŃ SZKOLENIA

Rozpoczęcie 9.00

Wprowadzenie.

1. Główne zagadnienia dotyczące terminologii afazji.
2. Przyczyny afazji.
3. Etiologia powstania udaru.
4. Typologia afazji.

Przerwa kawowa 11.00

5. Typy afazji według Łurii wraz z modułami pracy.

Przerwa obiadowa 14.00

6. Kontynuacja typologii afazji w oparciu o klasyfikację Łurii wraz z modułami pracy.

Zakończenie 17.00

II DZIEŃ SZKOLENIA

Rozpoczęcie 9.00

7. Podsumowanie typologii Łurii oraz systemu pracy.

Przerwa kawowa 11.00

8. Analiza poszczególnych typów afazji w oparciu o materiały filmowe, wraz z propozycjami pracy z pacjentem.

Przerwa obiadowa 14.00

9. Zasady i regulamin pracy z pacjentem – zapoznanie oraz akceptacja uczestników projektu.

Podsumowanie szkolenia oraz panel dyskusyjny 16.30

Podczas szkolenia asystenci zostali również zobligowani do podpisania regulaminu pracy (załącznik nr 28), umowy zlecenia (asystenci PKPS, załącznik nr 30), oświadczenia uczestnika projektu (załącznik nr 31), listy obecności na szkoleniu, listy potwierdzającej odbiór materiałów szkoleniowych, umowy współpracy ze studentem (tylko w przypadku asystentów studentów, załącznik nr 32), podpisanie listy potwierdzającej odebranie zaświadczenia, dokumentacji związanej z RODO, listy asystentów deklarujących termin współpracy.

W szkoleniu wzięło udział ośmiu asystentów, niestety dwoje z nich nie miało możliwości uczestnictwa, ale wykonano dla tych osób osobne szkolenie przed rozpoczęciem terapii 30 kwietnia 2018 roku.

Wszyscy uczestnicy otrzymali w formie książkowej oraz elektronicznej materiały szkoleniowe.

Atmosfera na szkoleniu była bardzo miła. Padło wiele pytań oraz osobistych dygresji. W pierwszej części skupiono się na istocie udaru i konsekwencjach, jakie wywołuje, natomiast druga część była poświęcona pracy z osobami po udarze i omówieniu poszczególnych modułów pracy z pacjentem.

Wyjaśniono również zasady współpracy z pacjentem i jego rodziną oraz zasady kontaktu z innowatorem. Asystenci zostali podzieleni na dwie grupy, niezależnie od tego, czy współpracują odpłatnie, czy wykonują zadania w ramach praktyk. Pierwsza pięcioosobowa grupa rozpoczęła pracę od maja do sierpnia, a kolejna grupa od września do końca lipca.

8. ETAP REALIZACJI INNOWACJI

8.1. Etap terapeutyczny

W projekcie wzięło udział pięciu pacjentów. Każdy z nich został zakwalifikowany pod kątem rodzaju występującej afazji oraz czasu, w którym wystąpił udar. Troje pacjentów zostało objętych terapią we wczesnej fazie poudarowej, natomiast u dwojga pacjentów udar wystąpił wcześniej. Jednakże problemem było w tych przypadkach zaniechanie terapii, a głównym celem odbudowanie systemu językowego, z którego pacjent „zrezygnował”, ponieważ nie miał możliwości kontynuowania terapii.

Pierwszym etapem pracy było przeprowadzenie diagnozy pacjentów. Przeprowadzono jedną dodatkową diagnozę, gdyż należało podjąć decyzję dotyczącą dalszego procesu terapeutycznego.

Podsumowanie diagnoz pacjentów przeprowadzonych w dniach od 30.04 do 6.05.2018 roku. Jedna z diagnoz została przeprowadzona później (diagnoza dodatkowa) w dniu 14 maja 2018 roku.

1. L. Marian – 78 lat, udar niedokrwienny wystąpił 4 marca 2013 roku. Diagnoza afazja semantyczna. Pacjent porozumiewa się werbalnie. Występuje mowa dialogowa, choć bardzo ograniczona. Opis zdarzenia, mowa spontaniczna znacznie ograniczona do kilku znanych zwrotów. Zasób słownictwa znacznie ograniczony z powodu postępującego otępienia. Pacjent nazywa głównie rzeczowniki, ograniczoną ilość czasowników, ma problem z przymiotnikami oraz stosunkami przestrzennymi. W większości prób wskazywanie jest prawidłowe. Słuch fonemowy nieznacznie zaburzony. Pacjent jest zorientowany w schemacie własnego ciała oraz w zakresie zegara i kalendarza. Praktyka oralna zaburzona. Praktyka ręki w normie. Pamięć słowna znacznie zaburzona, próba z dystrakcją wzrokową oraz słuchową nie wypadła pomyślnie. Pacjent nie pisze oraz nie czyta.
2. J. Magdalena – 52 lata, udar niedokrwienny wystąpił w 5 czerwca 2017 roku. Diagnoza: afazja czuciowa akustyczno-gnostyczna. Pacjentka nie porozumiewa się werbalnie. Pacjentka nie nazywa, również wskazywanie nie jest prawidłowe. Nie występuje czytanie oraz pisanie. Słuch fonemowy znacznie zaburzony, brak orientacji w schemacie własnego ciała oraz w przestrzeni.

Brak orientacji w porach roku, kalendarzu oraz orientacji w zakresie zegara. Pacjentka rozumie polecenia oraz ogólny ton i melodię wypowiedzi, z której wnioskuje, jakie zostało zadane pytanie. U pacjentki występuje głęboka anomia słowa, brak realizacji słowa w sposób spontaniczny, powtarzanie jest również zaburzone. Pacjentka realizuje tylko ciągi liczbowe, dni tygodnia oraz pory roku. Pacjentka powtarza sylaby oraz wyrazy po kilkakrotnym powtórzeniu – słaba prakcja oralna oraz brak czucia ułożenia aparatu artykulacyjnego.

3. E. Janina – 74 lata, udar niedokrwienny, dwa udary niedokrwienne, pierwszy wystąpił 4 stycznia 2017 roku, następny dnia 6 listopada 2017 roku. Diagnoza afazja aferentna. Pacjentka porozumiewa się werbalnie. Pacjentka zorientowana w czasie i przestrzeni, potrafi opowiedzieć treść obrazka, prowadzić dialog. Nazywa oraz wskazuje rzeczowniki, czasowniki oraz przymiotniki. Jednakże często można zauważyć problem z odszukaniem właściwej nazwy. Mowa jest prawidłowa, jednak zarówno tempo, jak i płynność mowy jest zaburzona. W obszarze fleksji pacjentka również nie potrafi w prawidłowy sposób zastosować zasad odmian danego rzeczownika lub czasownika. Pacjentka pisze z wzoru, nie pisze pod dyktando. Liczy oraz wykonuje podstawowe działania z zakresu dodawania i odejmowania oraz mnożenia i dzielenia. Prakcja ręki w normie, natomiast prakcja oralna jest zdecydowanie obniżona. Głównym problemem pacjentki jest płynne komunikowanie się, czyli rozpoczęcie dialogu, odnalezienie danego słowa oraz płynność wypowiedzi. Pacjentka odczuwa również duży dyskomfort związany z pisaniem.
4. K. Czesław – 76 lat, udar niedokrwienny wystąpił 28 lutego 2018 roku. Diagnoza: afazja akustyczno-mnestyczna. Pacjent nie komunikuje się werbalnie. Brak orientacji w czasie i przestrzeni. Pacjent leżący, cewnikowany, co też utrudnia prawidłową postawę podczas dialogu. Głęboko zaburzona zarówno mowa dialogowa, opisowa, jak i nazywanie i rozpoznawanie przedmiotów. W przypadku opisu danego przedmiotu pacjent nie jest w stanie go rozpoznać. Nastąpił rozpad kolorów, kształtów, części ciała, położenia w przestrzeni, znajomości zegara i kalendarza, w tym pór roku. Pacjent nie pisze oraz nie czyta. Zaburzona prakcja oralna oraz prakcja ręki. Pacjent rozpoznaje osoby, pory dnia, miejsce, w jakim się znajduje, oraz odpowiada na pytania kiwnięciem głowy. Pacjent rozpoznaje pewne słowa w mowie opisowej, dialogowej. Można zaobserwować żargonofrazję, parafrazje słowne oraz kontaminacje.

5. M. Ewa – 53 lata, udar niedokrwienny wystąpił 28 stycznia 2011 roku. Pacjentka nie porozumiewa się werbalnie za wyjątkiem kilku stereotypów językowych. Pacjentka prawidłowo wskazuje dane przedmioty, czasowniki oraz przymiotniki. Jest zorientowana w czasie i przestrzeni. Rozumienie wypowiedzi jest zachowane. Pacjentka liczy oraz czyta pojedyncze wyrazy, natomiast nie potrafi złożyć zdania oraz zapamiętać jego treści. Pacjentka posługiwała się większym zasobem słownictwa, jednakże brak ćwiczeń oraz utrwalania tych zasobów spowodował, iż pacjentka posługuje się aktualnie tylko czterema słowami, pozostałe komunikaty przekazuje niewerbalnie. Pacjentka ma możliwość wypowiadania słów, niejednokrotnie nie potrzebuje podpowiedzi w tym obszarze.

6. Dodatkowa diagnoza, która została wykonana podczas pierwszych kwalifikacji do projektu. Pacjent został zakwalifikowany oraz rozpoczęto z nim terapię, jednakże musieliśmy przerwać proces terapeutyczny, ponieważ stan zdrowia pacjenta uległ pogorszeniu. Wystąpił kolejny udar, który uniemożliwił kontakt oraz prowadzenie terapii. D. Mirosław – 71 lat, udar niedokrwienny wystąpił 16 listopada 2017 roku. Diagnoza – afazja semantyczna. Pacjent dializowany, ze zdiagnozowanym nowotworem prostaty w lutym 2018 roku. Brak kontaktu werbalnego z pacjentem. Pacjent wskazuje poszczególne przedmioty, czynności, relacje przestrzenne. Pacjent aktywny poznawczo, chętnie poddający się procesom terapeutycznym. Brak liczenia, czytania, pisania, mowa spontaniczna ograniczona do kilku wyrażen. Pacjent leżący, cewnikowany oraz dializowany, co utrudnia pełne możliwości komunikacyjne. Największym problemem pacjenta jest ułożenie narządów aparatu artykulacyjnego oraz odnalezienie właściwej nazwy słowa.

Diagnozy zostały przeprowadzone do końca kwietnia 2018 roku. Następnym krokiem było przydzielenie asystentów do konkretnych pacjentów. Każdy asystent otrzymał krótką charakterystykę pacjenta o jego możliwościach, ograniczeniach, zainteresowaniach oraz formach komunikacji. Asystenci otrzymali wstępne informacje, w jaki sposób pracować z pacjentem, jakie wykonywać ćwiczenia i z jakiego modułu należy czerpać wiedzę. W ten sposób uposażeni asystenci udali się na pierwszą wizytę zapoznawczą. Każdy asystent ułożył plan pracy z pacjentem oraz harmonogram wizyt, które dostarczył innowatorce.

Terapię przez cały czas prowadził neurologopeda, który przeprowadził diagnozę pacjenta, ułożył program terapii oraz nadzorował pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadzał sesję terapeutyczną i sprawdzał postępy pacjenta oraz weryfikował zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem. Ponadto asystent mógł sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportowali każdą wizytę, gdzie opisywali zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz refleksje, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisywał się na liście obecności. Ponadto asystent student jest zobowiązany do napisania przynajmniej jednego konspektu zajęć tygodniowo. Asystent student musiał przeprowadzić wywiad z pacjentem lub opiekunem pacjenta i prowadzić swój dziennik i harmonogram praktyk. Wymagane jest również Porozumienie z Uczelnią i program danej praktyki (wymóg realizacji praktyk).

Asystent mógł pracować 3 do 4 wizyt z pacjentem tygodniowo przez okres maksymalnie 3 miesięcy, czyli minimum 36, a maksymalnie 48 godzin podczas trwania całego projektu. Każda wizyta to maksymalnie godzina zegarowa pracy z pacjentem.

Asystenci zostali wyposażeni w odpowiednie materiały do pracy z pacjentem, aczkolwiek ich zadaniem była również własna inicjatywa w obszarze poszerzania zadań i wnikliwej obserwacji pacjenta.

Praca asystentów również podlegała ocenie podczas hospitacji. Neurologopeda prowadzący terapię pacjentów przeprowadził jednorazową hospitację zajęć asystentów z pacjentem. Każdy asystent musiał przeprowadzić zajęcia, które były hospitowane przez prowadzącego terapię.

Praca asystentów była monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta;
- raportów z wizyty, czyli zakresu wykonanych czynności przez asystenta;
- przygotowania własnego scenariusza zajęć z pacjentem przez asystenta studenta;
- hospitacji podczas pracy asystentów z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas pracy asystenta;
- notatki podsumowującej terapię z pacjentem, które wykonali asystenci;

- arkusza oceniającego Innowację przez asystentów;
- ankiety dla asystentów.

8.2. Etap podsumowania Innowacji

W tym etapie przeprowadzono ponowną diagnozę pacjenta i sprawdzenie umiejętności komunikacyjnych pacjenta.

Efekty pracy były oceniane za pomocą *Kwestionariusza diagnostycznego zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych* Katarzyny Szłapy, Iwony Tomasik i Sławomira Wrzesińskiego. Wykorzystano również Kompleksowy Test Afazji (CAT – The Comprehensive Aphasia Test) – niniejszy test jest wykorzystywany do oceny głębokości afazji i jest stosowany podczas diagnozy osób, które już mają zdiagnozowaną afazję. Wykorzystano również Bostoński Test Nazywania BTN Oraz TZJ (Test Zdolności Językowej) Marcina Wojtowicza.

Wykorzystując te narzędzia, możemy określić, w jakim stanie był pacjent w chwili przyjęcia na terapię, a w jakim jest w chwili ukończenia terapii. Naszym celem jest maksymalne usprawnienie mowy. Jeśli nie ma postępów w pracy z pacjentem ze względu na złożone zaburzenia komunikacyjne, wówczas należy wprowadzić komunikację alternatywną, gdzie miernikiem będzie ilość symboli, jakimi będzie posługiwał się pacjent. Zakładamy, że dla sprawnej komunikacji pacjent będzie w stanie posługiwać się 30 symbolami tudzież gestami lub połączeniem tych dwóch metod.

Początkowo założono, że podczas terapii uda się odbudować automatyzmy, czyli używanie mowy niecelowo, ale wyodrębnianie samych struktur słownych, z których będzie można wyodrębnić celowe używanie słów. Pacjent opanuje rozumienie prostych komunikatów, odpowiedź na komunikaty w formie gestu lub słowa. Pacjent nabędzie umiejętności grafomotorycznych. W przypadku używania mowy niecelowo założono przyhamowanie bezładu słownego w celu używania mowy w sposób adekwatny do sytuacji. Pacjenci powinni uzyskać większą sprawność narządów artykulacyjnych, czucie narządów artykulacyjnych, posługiwać się większą ilością słów niż dotychczas. Ponadto uzyskać możliwość przekazywania komunikatu, czyli powiększyć zasób słownictwa, którym będą się posługiwać. W przypadku pacjentów, którzy nie są w stanie tego osiągnąć, założono posługiwanie się gestem i/lub symbolem (minimum użycie 30 gestów i/lub symboli) w praktyce komunikacyjnej.

Ostatnim etapem było podsumowanie i ocena pracy asystentów z asystentami studentami i asystentami PKPS. Porównanie pracy asystentów studentów i asystentów PKPS.

Skonstruowano arkusz podsumowujący oraz zebrano wszelkie informacje, które uzyskano za pomocą monitoringu pracy asystentów.

Innowator wziął pod uwagę ilość absencji, jakość wykonywanej pracy z pacjentem (na podstawie raportów), spóźnienia oraz indywidualne zaangażowanie w pracę z pacjentem – raporty z obserwacji, wykonane zadania z pacjentem, scenariusze zajęć oraz wypełnione ankiety.

Początkowo zakładano, że Innowację będzie można uznać za zrealizowaną pomyslnie, jeżeli asystenci będą regularnie uczestniczyć w terapii pacjenta, czyli jeśli zadeklarują obecność trzy razy w tygodniu według harmonogramu, to niniejsze wizyty się odbędą. Ponadto jeśli będą realizować program terapii według zaleceń prowadzącego oraz sami poczynią kroki w kierunku własnej innowacji w pracy z pacjentem, co można zweryfikować na podstawie raportu z wizyt i hospitalizacji oraz wykonanych ćwiczeń z pacjentem.

Spotkanie podsumowujące Innowację

W listopadzie, po ukończeniu pracy, odbyło się spotkanie podsumowujące Innowację. Spotkanie miało na celu podsumowanie naszych działań, osiągnięć, ale również omówienie sytuacji kryzysowych. Dzięki temu uzyskano właściwy obraz działań terapeutycznych, jakie podjęliśmy, omówiliśmy błędy oraz dalsze możliwości prowadzenia terapii w tym systemie.

Spotkanie podsumowujące z asystentami odbyło się 17 listopada o godzinie 10.00 w Klubokawiarni 239 mieszczącej się na ulicy Szczanieckiej w Poznaniu. Na spotkaniu stawiło się pięciu asystentów, Pani Ewa, Pani Agata, Pani Paulina, Pani Bogna oraz Pani Karolina. Pozostałe pięć osób odpowiedziało na pytania pojawiające się na spotkaniu pisemnie.

Tematem spotkania była terapia z pacjentami oraz odczucia, jakie towarzyszyły asystentom w nowej roli.

Wszyscy asystenci potwierdzili, iż czas terapeutyczny był dla nich szczególnie. Wszyscy byli zadowoleni z relacji z pacjentem. Asystenci twierdzą, że praca była przyjemnością, choć nie zawsze była łatwa. Podkreślają, że najważniejsze dla nich były małe sukcesy, które osiągał pacjent, mały krok, który zrobił samodzielnie w drodze do lepszej komunikacji ze światem.

Największą nagrodą dla asystentów była radość pacjenta z wykonanego zadania, samodzielnie wypowiedziane przez niego słowo lub po prostu uśmiech pacjenta na widok asystenta. Asystenci podkreślili, że dzięki tej Innowacji nawiązali relację z osobą niepełnosprawną, mającą duże zaburzenia komunikacyjne, czego wcześniej się obawiali. Ponadto nie spodziewali się, że ta relacja może być trwała i dawać bardzo dużo radości dla obydwu stron.

Trzech asystentów zadeklarowało, że będzie odwiedzać swojego pacjenta w charakterze wolontariusza po zakończeniu projektu. Pozostałe trzy osoby wyraziły chęć powtórnego wzięcia udziału w podobnym projekcie. Jedna z asystentek, Pani Paulina, podjęła studia podyplomowe z zakresu logopedii na UAM w Poznaniu. Dwie osoby stwierdziły, że nie podjęłyby się po raz kolejny takiej współpracy, ale potraktowały ten projekt jako szczególne wyzwanie.

Asystenci nie widzieli problemów w zakresie motywowania pacjenta do ćwiczeń. Pacjenci zawsze chętnie podejmowali wyzwania i jak twierdzą, nieważne, jak długo trwałyby zajęcia. Pani Ewa nadmieniła, iż raz zajęcia trwały półtorej godziny, ponieważ nie kontrolowała czasu. Pacjent Pani Ewy, Pan Czesław, nie wykazywał oznak zmęczenia lub niezadowolenia. Oznacza to, że tak intensywna terapia przynosi tylko i wyłącznie korzyści, a pacjenci są zadowoleni z czasu i możliwości, jakie oferuje terapeuta. Niemniej jednak asystenci wskazują, że czas trwania projektu był za krótki i terapia powinna trwać kolejne pół roku, tak aby mieć pewność, że zostawiamy pacjenta z należyтым pakietem komunikacyjnym.

Asystenci podkreślili, że w większości rodzina nie podejmowała z nimi współpracy. Rodzina wyrażała zadowolenie z faktu, że ktoś zajmuje się ich podopiecznym. W przypadku Pana Mariana, pracownika DPS, rodzina w ogóle nie była obecna w procesie terapeutycznym. Podobnie w przypadku Pani Ewy, jedyną osobą mogącą pomóc w terapii, był jej mąż, który sam boryka się z wieloma schorzeniami. Sytuacja powieliła się w kolejnym przypadku, Pana Czesława, którym opiekuje się żona. Małżonka sprawuje funkcje opiekuńcze bardzo dobrze, ale nie ma czasu ani ochoty pracować z mężem nad jego rozwojem poznawczym. Nawet nikłe próby przemycenia wskazówek dotyczących zwracania się do męża, rozwiązania z nim prostego zadania, spełżyły na niczym. Jednie w przypadku Pani Magdy można potwierdzić współpracę na dobrym poziomie. Mama Pani Magdaleny jest mocno zaangażowana w proces terapeutyczny, ponadto opiekunka wykonuje z nią zadania, jak również odwiedzające ją siostry.

Kolejny element podlegający ocenie to sama praca z pacjentem i jej korzyści. Asystenci stwierdzili, że współpraca była bardzo dobra, choć zabrakło im jed-

nego miejsca spotkań. Takie miejsce i czas, które byłoby stałym dawałoby poczucie komfortu i lepszej współpracy. Niestety takiego miejsca nie mogliśmy uzyskać w PKPS Poznań, z uwagi na możliwości lokalowe, dlatego też stanowiło to w efekcie duży problem.

Podkreślono, że praca z pacjentem niejednokrotnie była trudna i mieli wątpliwość, czy wykonują ją poprawnie. Natomiast w większości asystenci nie potrafili ocenić swojej pracy w kategorii dobra/bardzo dobra/dobra/słaba. Wszyscy podkreślają, że starali się ją wykonywać tak dobrze, na ile było ich stać. W pracy wykorzystywano wiele różnych metod i technik pracy. Głównie prowadzący proponował zadania oraz zespół metod, jakimi mają się posługiwać asystenci. Starali się jednak wprowadzać swoje modyfikacje, wypracować własny „styl” oraz wprowadzać jak najwięcej innowacji, aby zajęcia były ciekawe dla pacjentów.

Oceniając postępy z pacjentem asystenci podkreślili, że były dla nich widoczne po około miesiącu pracy. Potwierdzili tym samym, że czas adaptacji oraz przystosowania się do nowej sytuacji trwa około miesiąca. Później dostrzegali zmiany, jakie poczynił ich pacjent w efekcie ćwiczeń. Jednocześnie zaopiniowali o potrzebie tworzenia takich innowacji lub też stałej pomocy dla pacjentów po udarach, w celu poprawy ich jakości życia.

Asystenci wypowiedzieli się również na temat współpracy z innowatorem. Stwierdzili, że należałoby wprowadzić jeszcze jedną osobę, która mogłaby zająć się zadaniami biurowymi oraz sprawami księgowości. Wówczas innowator miałby trochę więcej przestrzeni na współpracę z asystentami i kierowaniem ich pracą.

Z punktu widzenia asystentów niezmiernie ważnym był ciągły kontakt z prowadzącym terapię, a brak stałego miejsca spotkań oraz natłok obowiązków biurowych utrudniał takie rozwiązania. Ponadto innowator nie jest osobą mającą doświadczenie w dziedzinie księgowości, co dodatkowo utrudniało komunikację w tym zakresie.

Na zakończenie poproszono asystentów, aby powiedzieli, jakie odnieśli wrażenie ogólne z prowadzonej terapii. Stwierdzili, iż nie przypuszczali, że nawiążą tak ciepłą relację z pacjentem, a ich praca przyniesie pożądane efekty. Początkowo obawiali się, że spotkania będą zbyt częste, nie poradzą sobie z nadmiarem obowiązków oraz przygotowaniem do zajęć. Jednakże z czasem praca stała się przyjemnością.

Asystenci podnieśli również problem długości terapii. Większość z nich stwierdziła, że jeden asystent powinien prowadzić jednego pacjenta przez okres pół roku. Później mogłaby nastąpić zmiana na kolejne pół roku. Jest to podyktowane

faktem, że zarówno pacjenci, jak i asystenci przyzwyczajają się do siebie i łatwiej podejmują współpracę. Dłuższy okres byłby niewskazany ze względu na zmęczenie obu stron oraz często również stawiany opór terapeutyczny ze strony pacjenta, a wypalenie ze strony asystenta.

PODSUMOWANIE:

1. Asystenci są zadowoleni ze współpracy z pacjentami.
2. W pracy nie dostrzegali trudności z motywowaniem swoich pacjentów do pracy.
3. Asystenci widzą potrzebę wprowadzania takich Innowacji.
4. Asystenci widzą efekty swoich działań.
5. Pracę z pacjentami postrzegali jako trudną, ale przynoszącą satysfakcję.
6. Współpracę z innowatorem oceniają bardzo dobrze.
7. Komunikację z innowatorem utrudniał brak stałego miejsca spotkań oraz natłok obowiązków biurowo-administracyjnych.
8. Większość z asystentów chętnie wzięłaby ponownie udział w podobnym projekcie.
9. Trzech asystentów wyraziło gotowość kontynuacji spotkań z pacjentem w charakterze wolontariusza.
10. Zbyt krótki czas trwania terapii.

9. OCENA PRACY ASYSTENTÓW

W Innowacji pt. „Mowa w starciu z udarem” wzięło udział dziecięciu asystentów. Wszyscy asystenci, którzy przystąpili do projektu, nie byli profesjonalistami. Spośród osób, które podjęły się roli asystenta, sześć z nich było studentami, a cztery były pracownikami Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej. Asystenci studenci również stanowili zróżnicowaną grupę, ponieważ tylko dwie studentki realizowały w ramach projektu praktyki logopedyczne (studia podyplomowe z zakresu logopedii na WSPiA w Poznaniu). Pozostali asystenci studenci realizowali praktykę zawodową i byli to studenci kierunku socjoterapia i promocja zdrowia na UAM w Poznaniu.

Asystenci stanowią zróżnicowaną grupę. Połowę stanowiły osoby w średnim wieku, a drugą połowę osoby młode w wieku do 25 roku życia. Większość osób pracuje, tylko dwie osoby deklarują status studenta, który nie podejmuje pracy. Wszyscy są mieszkańcami dużego miasta powyżej 50 000. W przeważającej części są to kobiety, w projekcie wzięł udział tylko jeden mężczyzna.

Badani asystenci w większości mieli kontakt z osobą niepełnosprawną w pracy. Tylko trzy osoby takiego kontaktu nie miały. Wszyscy zetknęli się z osobami niepełnosprawnymi prywatnie lub jako osoby pomagające w rehabilitacji, tylko trzy osoby takiej możliwości nie miały. W większości osoby badane miały obawy przed rozpoczęciem terapii, dotyczyły głównie poradzenia sobie w procesie terapeutycznym, a nie samego kontaktu z osobą badaną.

Wszystkich asystentów do udziału w projekcie skłoniła chęć poznania, zdobycie doświadczenia i sprawdzenia siebie w roli terapeuty. Badani pomimo obaw chcieli doświadczyć czegoś nowego i zdobyć nowe umiejętności. Asystenci zgodnie stwierdzili, iż terapia tego typu przynosi efekty, a oni widzą pozytywne oddziaływanie swojej pracy. Badani potwierdzili również fakt, iż tego typu innowacje są potrzebne.

Asystenci bardzo pozytywnie odbierali kontakt ze swoim pacjentem, większość odbierała pracę jako bardzo przyjemną, choć dwóch asystentów twierdziło, że praca jest trudna i męcząca lub trudna i satysfakcjonująca. Asystenci w większości nie mieli problemów z motywowaniem pacjentów do pracy. Jeśli tak, to starali się stopniować trudność zadania, robić przerwy, wracać do łatwych i przyjemnych tematów.

Dla wszystkich asystentów największą nagrodą było poprawne wykonanie zadania przez pacjenta. Wszyscy czuli wówczas swoje sprawstwo i dawało im to siłę

do dalszego działania. Poza tym wskazywali również na wdzięczność pacjenta, jego osamotnienie i niezrozumienie przez otoczenie, a oni stawali się wówczas nie tylko asystentem, ale terapeutą i rehabilitantem w jednym. Dlatego asystenci wskazywali, że najgorsze momenty to takie, kiedy muszą się rozstać z pacjentem, kiedy muszą zakończyć terapię, kiedy pacjentowi coś się nie udaje lub chce coś wyrazić, a nie potrafi.

Wszyscy asystenci pomimo braku doświadczenia w zakresie logopedii odnaleźli sposób na komunikację z pacjentem. Asystenci komunikowali się poprzez słowo wsparte gestem, obrazkiem lub rysunkiem.

Asystenci korzystali z materiałów szkoleniowych, stron internetowych zaproponowanych na szkoleniu, czasami korzystali z pomocy szkolnych lub materiałów dydaktycznych przeznaczonych dla dzieci. Asystenci najczęściej korzystali z pomocy tabletu, komputera lub telefonu komórkowego podczas pokazywania obrazków, dopasowania etykiet lub emitowania dźwięków. Wniosek – najczęściej wykorzystywano sprzęt elektroniczny lub prawdziwe przedmioty.

Większość asystentów wskazała, iż potrzebne byłoby wsparcie psychologa oraz logopedy. Zaskoczeniem było, iż padło tylko kilka odpowiedzi uwzględniających rehabilitację ruchową lub większą rzeszę specjalistów.

Badani średnio po miesiącu zauważyli postępy w pracy z pacjentem. W większości ocenili swoją pracę jako satysfakcjonującą, choć jedna asystentka oceniła tę pracę negatywnie. Reasumując, asystenci byli zadowoleni ze swojej pracy, choć nie potrafili ocenić siebie jako terapeutów. Połowa była zadowolona, a druga część raczej ma niższe zdanie o swoich umiejętnościach.

Asystenci, oceniając współpracę z rodziną, określili, iż są oni przyjaźni, ale nie współpracują, za wyjątkiem jednego przypadku, gdzie ta współpraca była ze strony matki pacjentki i jednego przypadku, gdzie rodziny nie ma, bo pacjent jest mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej.

Oceniając umiejętności swoich pacjentów, asystenci w większości wskazywali na powtarzanie, rozumienie i pisanie. Asystenci podkreślili też rozwój umiejętności poznawczych swoich pacjentów.

Podsumowując, można stwierdzić, iż asystenci są zadowoleni ze swojej pracy i współpracy z pacjentami, a Innowację uważają za pomocną. Jedynym minusem jest czas trwania pomocy terapeutycznej, który powinien być dłuższy według asystentów.

Poniżej przedstawiono wynik Kwestionariusza dla asystentów (tabela nr 13), dzięki któremu dokonano obszernej diagnozy asystentów.

Tabela 13 Kwestionariusz dla asystentów

PYTANIA	Jolanta	Agata	Sara	Ewa	Paulina	Farida	Karolina	Bogna	Sylwia	Marcin
1. Czy pracował/pracowała Pan/Pani już kiedyś z osobami niepełnosprawnymi?	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie	Nie	Tak
2. Czy miał/miała Pan/Pani prywatny kontakt z osobą niepełnosprawną fizycznie lub/i intelektualnie?	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
3. Czy pomagał/pomagała Pan/Pani kiedyś w rehabilitacji osoby z jakąś niepełnosprawnością, np. pomoc rodzinie, sąsiadom lub znajomym?	Nie	Tak	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
4. Czy miał/miała Pan/Pani obawy przed podjęciem współpracy w niniejszej innowacji?	Tak	Nie	Nie	Tak	Nie	Nie	Nie	Tak	Tak	Nie
5. Jeśli tak, to czego dotyczyły te obawy?	Poprowadzenie terapii	—	—	Z prowadzeniem terapii logopedycznej	—	—	—	Oceny	Obawy dotyczyły kontaktu z pacjentką i komunikacji	—
6. Co Panią/Pana skłoniło do wzięcia udziału w tej innowacji?	Ciekawość	Ciekawość	Ciekawość	Doświadczenie	Doświadczenie, ciekawość	Doświadczenie, ciekawość	Doświadczenie, ciekawość	Doświadczenie	Doświadczenie	Doświadczenie
7. Czy uważa Pan/Pani, że tego typu innowacje są potrzebne? Jeśli tak, to dlaczego?	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak Miałam obawy, że sobie nie poradzę	Tak	Tak	Tak

Tabela 13 Kwestionariusz dla asystentów

PYTANIA	Jolanta	Agata	Sara	Ewa	Paulina	Farida	Karolina	Bogna	Sylwia	Marcin
8. Czy rehabilitacja osób po udarze przynosi efekty? Jeśli tak, to jakie?	Tak	Tak (poprawa jakości życia)	Tak, poprawa życia	Tak, poprawa życia	Tak	Tak	Tak, pacjent przypomina sobie słowa. Coraz więcej korzysta ze słów, które ćwiczymy	Tak	Tak, komunikacja z pacjentem	Tak
9. Czy widzi Pan/Pani efekty swojej pracy z pacjentem? Jeśli tak, to jakie?	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak, choć są one czasami krótkotrwałe	Pacjent bez problemu dopowiada frazy np. związane z pogodą, odpowiada na zadawane pytania, nie ucieka myślami jak na początku pracy, nie zaczyna zupełnie innego tematu, nawet gdy początkowo nie radzi sobie z zadaniem, nie poddaje się i dąży do udzielenia poprawnej odpowiedzi	Tak	Tak, rozumie polecenia, rozróżnia kolory, nazywa miesiące, pory roku, prawidłowo nazywa przedmioty, dopasowuje etykietę do zdjęcia	Tak. Potrafi sama napisać zdania
10. Jakie wrażenie wywarł na Panu/Pani pacjent?	Dobre	Bardzo dobre	Bardzo dobre	Byłam zaniepokojona jego stanem	Bardzo dobre, choć proces komunikacji był początkowo trudny	Bardzo dobre	Dobre, choć chce przekraczać granice	Dobre	Bardzo pozytywnie.	Bardzo pozytywnie
11. Jak odbiera Pan/Pani pracę z pacjentem?		A - super	A - super	Trudna, ale satysfakcjonująca	Trudna, lecz satysfakcjonująca	Świetnie, jest pogodny, bardzo sympatyczny	Bardzo dobrze	B - Dobrze	Praca jest przyjemna. Bardzo łatwo odnalazłyśmy wspólną ścieżkę komunikacyjną	A - super
12. Czy pacjent chętnie podejmuje współpracę?	Raczej tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Różnie	Różnie	Tak	Tak

Tabela 13 Kwestionariusz dla asystentów

PYTANIA	Jolanta	Agata	Sara	Ewa	Paulina	Farida	Karolina	Bogna	Sylwia	Marcin
13. Jaka panowała atmosfera podczas zajęć?	Nie	Nie	Różnie	Nie	Nie	Nie	Nie	Różnie	Nie	Nie
14. Jeśli tak, to w jaki sposób motywuje Pan/Pani pacjenta do współpracy?	—	—	Najgorsze na początek	Wykonanie najłatwiejszych ćwiczeń	—	—	—	Wykonanie najłatwiejszych ćwiczeń	—	—
15. Jakie momenty w pracy z pacjentem uważa Pan/Pani za najlepsze?	Gdy coś mu się udaje	Praca jest równocześnie zabawą	Uśmiech pacjentki	Kiedy pacjent wykonał poprawnie zadanie	Kiedy pacjentka zaczęła samodzielnie wypowiadać słowa	Wówczas, kiedy poprawnie wykona zadanie	Te, w których zaplanowane przeze mnie ćwiczenia, pacjent wykonał bez trudności, które napotykał na początku współpracy	Kiedy pacjentka się uśmiecha	Nawet te najmniejsze sukcesy są najlepszą nagrodą	Kiedy robi coś samodzielnie
16. Jakie momenty w pracy z pacjentem uważa Pan/Pani za najgorsze?	Gdy nie wie co zrobić	Nie było takich momentów	Za łatwe zadania i ona się denerwowała	Pacjent mało zapamiętywał	Kiedy się poddawała	Wówczas, gdy znów powtarzamy te same treści i pacjent ich nie pamięta	Najgorzej wspominam spotkanie z pacjentem, po którym, podając mu rękę, na pożegnanie przyciągnął mnie do siebie i pocałował w szyję	Kiedy jej się nie chce	Kiedy chcę, żeby powiedziała coś jeszcze, widzę, że wie, ale nie może powiedzieć	Nie
17. Czy odczuwa Pan/Pani satysfakcję z wykonanej pracy?	Tak	Tak	Tak	Różnie	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak

Tabela 13 Kwestionariusz dla asystentów

PYTANIA	Jolanta	Agata	Sara	Ewa	Paulina	Farida	Karolina	Bogna	Sylwia	Marcin
18. W jaki sposób starała/ starała się Pan/Pani komunikować w początkowej fazie z pacjentem?	Mówiąc wolniej	Obrazki i słowa	Bez problemu.	Wolno i wyraźnie mówiłam i pokazanie ćwiczenia	Poprzez obrazki, mowa werbalna, gesty	Poprzez słowo, gest, rysunek. Mówiąc wolniej, obrazując słowa	Pierwsze zajęcia poświęciliśmy na zapoznanie się, rozmowę o zainteresowaniach, szukaniu wspólnych, na bazie których moglibyśmy zacząć pracę żeby była satysfakcjonująca	Poprzez obrazki	Starałam się zbudować zaufanie. Pracowałyśmy początkowo opierając się na znanej pacjentce tematyce	W normie
19. Z jakich źródeł czerpał/czerpała Pan/Pani wiedzę do prowadzenia terapii?	Materiały szkoleniowe i konsultacje	Materiały szkoleniowe i konsultacje	Materiały szkoleniowe i konsultacje	Materiały szkoleniowe i konsultacje	Materiały szkoleniowe i konsultacje	Materiały szkoleniowe i konsultacje	Materiały szkoleniowe i konsultacje	Internet	Materiały szkoleniowe i konsultacje, portale logopedyczne	Szkolenie
20. Czy tego typu praca była dla Pana/Pani trudna?	Nie	Nie	Nie	Tak	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak i Nie, była emocjonalnie nastawiona	Nie
21. Jeśli tak to w jakich obszarach?	—	—	—	Komunikacyjnym	—	—	Psychologiczna i komunikacyjna	Psychologicznym	Emocjonalnym	-
22. Z jakich źródeł pozyskiwał/pozyskiwała Pan/Pani materiały do ćwiczeń z pacjentem?	Z Internetu, z materiałów szkoleniowych	Z Internetu	Wykonywałam zestawione ćwiczenia	Internet, instrumenty, układanki i gry przyniesione z domu	Internet, instrumenty, układanki i gry przyniesione z domu	Internet	Na szkoleniu dowiedziałam się, jakie materiały możemy wykorzystywać do pracy, po czym szukałam alternatywy na różnego rodzaju gry rozwijające w internecie	Sama	Printoteka, wykłady, konsultacje	Afast
23. Po jakim czasie zauważył/zauważyła Pan/Pani postępy w pracy z pacjentem?	Po 4 tyg	Po 3 tyg	Po 2 tyg	Po 2 tyg	Po 3 tyg	Po 3 tyg	Po 4 tyg	Po 4 tyg	Po 4 tyg	Po tygodniu

Tabela 13 Kwestionariusz dla asystentów

PYTANIA	Jolanta	Agata	Sara	Ewa	Paulina	Farida	Karolina	Bogna	Sylwia	Marcin
24. W skali od 1 do 10 proszę ocenić postępy, które zrobił pacjent.	Dobre	Systematyczne postępy	Bardzo dobre	Średnie	Średnie	Średnie	Dobre	Dobre	Dobre	Bardzo dobre
25. Czy praca z pacjentem była satysfakcjonująca?	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak.	Nie	Tak	Tak
26. Czy inni specjaliści również powinni brać udział w takiej rehabilitacji? Jeśli tak, to jakich specjalistów Pan/Pani by zaproponował/zaproponowała?	Wszyscy dostępni	Wszyscy dostępni	Tak, ale nie wiem kto	Wszyscy możliwi	Wszyscy możliwi	Wszyscy możliwi, przede wszystkim psycholog i rehabilitant	Jeśli pacjent nie jest w stanie sam się poruszać, z pewnością potrzebny jest ktoś kto pomógłby mu w przygotowaniu się do terapii, nie pozostawiając tego na głowie rehabilitanta, nieprzygotowanego na tego rodzaju zajęcia	Psycholog	Psycholog	Indywidualne
27. Czy w Pana/Pani odczuciu ta terapia była dla pacjenta potrzebna?	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak Poza zdecydowanie widoczną poprawą komunikacji, pamięci i kojarzenia różnych rzeczy i sytuacji, pacjent, który jest starszym człowiekiem mieszkającym w DPS, wyraźnie podbudował samopoczucie, poczuł, że jest ktoś kto się nim interesuje i chętnie go odwiedza	Tak	Tak	Tak

Tabela 13 Kwestionariusz dla asystentów

PYTANIA	Jolanta	Agata	Sara	Ewa	Paulina	Farida	Karolina	Bogna	Sylwia	Marcin
28. Jakich środków dydaktycznych używał/ używała Pan/Pani podczas terapii?	Obrazki, plansze, puzzle, memory	Internet	Obrazki, plansze	Instrumenty muzyczne, puzzle, Internet, układanki	Instrumenty muzyczne, puzzle, Internet, układanki	Instrumenty muzyczne, puzzle, Internet, układanki, książeczki dla dzieci, materiały dydaktyczne do pracy z dziećmi	Pracowaliśmy głównie przy użyciu komputera z dostępem do Internetu, czasem przygotowanych przeze mnie prezentacji multimedialnych odnoszących się do życia codziennego oraz nawiązujących do zainteresowań	Karty pracy	Obrazki, etykiety, karty pracy, kalendarz pogodowy, gry logopedyczne	Tablet, telefon
29. Z jakich pomocy terapeutycznych Pan/ Pani korzystał/korzystała podczas prowadzenia terapii?	–	–	–	To samo	Z pomocy szkolnych	Z pomocy szkolnych, zabawek (np. wzory warzyw, owoców) dla dzieci	–	–	Dobble – kolory, Dobble – zwierzęta, Domino logopedyczne	Nie było takiej potrzeby
30. Z jakich stron internetowych czerpał/ czerpała Pan/Pani wiedzę potrzebną do prowadzenia terapii?	–	Tylko grafika - obrazki	Wikipedia Afast	Afast.pl, komlogo.pl, logozabawy.pl, gloska.pl	Wikipedia Afast	Wikipedia Afast	Nie korzystałam	–	Vivia-neurologopedica, journals.viamedica, printoteka	Wikipedia Afast
31. Z jakich pozycji książkowych czerpał/ czerpała Pan/Pani wiedzę potrzebną do prowadzenia terapii?	–	–	–	„Chcę mówić” „Myślę, mówię, opowiadam”	–	–	–	–	„Afazjologia” Pąchalska	Rehabilitacja po udarze: czas zasady i terapia

Tabela 13 Kwestionariusz dla asystentów

PYTANIA	Jolanta	Agata	Sara	Ewa	Paulina	Farida	Karolina	Bogna	Sylwia	Marcin
32. Co uważa Pan/Pani za największy sukces w pracy z pacjentem?	Postępy w komunikacji, stymulacja mowy	Postępy, chęć komunikacji	Pacjentka samodzielnie obsługuje tablet	—	Samodzielnie wypowiedziane słowa	Sfera rozumienia komunikatu, pamięć, powtarzania	Znaczną poprawę komunikacji, pamięci i samopoczucia pacjenta	Pacjentka przyzwyciężyła się do mnie	Poprawa umiejętności czytania	Facebook
33. Jak ocenia Pan/Pani siebie jako terapeutę?	Dobrze, choć mogłoby być lepiej	Nie będę terapeutą	Myszę, że dobrze	Cierpliwa, systematyczna, zorganizowana	Dobrze, cierpliwa, twórcza, motywująca	Dobrze	Praca była wyzwaniem, które myślę, że udało mi się podjąć i doprowadzić do pozytywnych rezultatów	Nie mam zdania.	Bardzo dobrze	
34. W jakim obszarze pacjent poczynił największe postępy	W poznawczym, samodzielna wypowiedź, myślenie	W każdym za wyjątkiem opowiadania	Obszar poznawczy, samodzielna wypowiedź	Powtarzanie, nazywanie	Samodzielne wypowiedzi	Nazywanie, powtarzanie, rozumienie	Nazywanie, samodzielna wypowiedź	Pisanie Nazywania	Czytanie	Pisanie Nazywania
35. Jak ocenia Pan/Pani współpracę z rodziną pacjenta?	Nie było	Pozytywnie	Bardzo dobrze	Dobrze	Dobrze, choć mało efektywnie	Pozytywnie choć mało efektywnie	Nie było takiej współpracy, pacjent mieszka w DPS	W porządku	Bardzo pozytywnie	Super

Tabela 13 Kwestionariusz dla asystentów

PYTANIA	Jolanta	Agata	Sara	Ewa	Paulina	Farida	Karolina	Bogna	Sylwia	Marcin
36. Czy jest Pan/Pani zadowolony/zadowolona ze współpracy z pacjentem?	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Praca przyniosła dużo korzyści nie tylko dla pacjenta, ale również dla mnie. Nauczyła mnie cierpliwości, miałam dzięki niej możliwość doświadczenia czegoś nowego i poczuć, że jest ktoś kto chociaż jest zupełnie obcy, bardzo cieszy się na zajęcia ze mną, nawet, gdy nie należą do łatwych	Nie mam zdania	Tak	Tak
	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
	53	44	22	35	38	45	20	22	25	23
	Miasto	Miasto	Miasto	Miasto	Miasto	Miasto	Miasto	Miasto	Miasto	Miasto
	Umowa o pracę	Umowa zlecenie	Umowa o pracę, student	Umowa o pracę	Umowa o pracę	Umowa o pracę	Student	Student	Umowa o pracę	Student

Źródło: Opracowanie własne.

Asystenci byli grupą zróżnicowaną pod kątem wieku, wykształcenia, zawodu oraz doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnością. Większość asystentów stanowiły osoby z doświadczeniem zawodowym – sześć osób deklaruje stałe zatrudnienie oraz ukończone studia wyższe. Cztery osoby to studenci studiów pierwszego stopnia, które pracują dorywczo lub sezonowo.

Wszyscy asystenci mieli kontakt z osobą niepełnosprawną. Większość miała kontakt bezpośredni, np. w rodzinie, lub pośredni, poprzez instytucje, w których pracują. Wszyscy asystenci deklarują, iż nigdy nie prowadzili rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością, a tym bardziej osoby z afazją, jednakże ponad połowa asystentów (sześć osób) deklaruje, że pomagała podczas rehabilitacji osób z niepełnosprawnością.

Asystenci obawiali się podjąć pracę terapeutyczną, nie wiedząc, czy sobie poradzą w sytuacji trudnej, czy poprowadzą terapię właściwie i czy będą się w stanie skomunikować z pacjentem. Gdy zakończyli pracę z pacjentem, deklarowali chęć pozostania z pacjentem na dłużej oraz podtrzymania kontaktu.

Praca z asystentami rozpoczęła się w dniu szkolenia. Wszyscy asystenci byli punktualni, chętnie podejmowali współpracę oraz czynnie uczestniczyli w szkoleniu, które przeprowadził innowator.

Kolejnym krokiem było przydzielenie asystentów do określonych pacjentów. Podczas indywidualnego spotkania każdy asystent otrzymał informację na temat swojego pacjenta oraz został omówiony program terapii. Ponadto każdy z asystentów otrzymywał informacje za pośrednictwem poczty elektronicznej oraz telefonicznie.

Wszyscy asystenci utrzymywali stały kontakt z innowatorem za wyjątkiem jednej asystentki, która miała problemy zdrowotne, co uniemożliwiało jej systematyczne spotkania. Wszyscy asystenci rzetelnie wypełniali swoje zadania zgodnie z harmonogramem, który został zatwierdzony przez innowatora. Niestety jedna z asystentek zmieniła harmonogram bez informowania o tym innowatora, co spowodowało, iż należało dokonać ponownych zmian.

W przypadku trzech asystentów należało dokonać znaczącej korekty harmonogramu. Jedna z asystentek skrzyżowała kostkę, kolejna poważnie zachorowała, co opóźniło rozpoczęcie procesu terapeutycznego o dwa tygodnie. Kolejna asystentka była zmuszona wyjechać, co również opóźniło rozpoczęcie asystentury o dwa tygodnie. Niniejsze korekty nie wpłynęły znacząco na proces terapeutyczny.

Wszyscy asystenci punktualnie rozpoczynali zajęcia, o czym otrzymywano informację od opiekunów pacjentów. Asystenci wywiązywali się ze swo-

ich obowiązków. Utrzymywali stały kontakt z prowadzącym (za wyjątkiem jednej asystentki), punktualnie rozpoczynali i kończyli zajęcia, tworzyli raporty z zajęć, informowali o zmianach w harmonogramie.

Ponadto asystenci wykazywali się inicjatywą w tworzeniu zajęć. Przy czym warto nadmienić, iż asystenci, którzy mieli większe doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością oraz doświadczenie zawodowe, wykazywali się większą pomysłowością. Starsi asystenci byli odważniejsi w przedstawianiu oraz realizacji swoich pomysłów oraz intencji. Nie oznacza to, że pozostali asystenci tego nie czynili, jednakże poziom doświadczenia zdobyty w różnych środowiskach pracy oraz szereg innych czynników spowodowały, że starsi asystenci doświadczenie przekładali na współpracę. Biorąc pod uwagę takie czynniki, jak twórczość, częstość inicjowanych kontaktów z innowatorem w celu omówienia terapii, dokładność, poziom komunikacji, łatwość stosowania różnorodnych metod, doświadczenie zawodowe – choć nie jest ono pedagogiczne – stwierdzam, iż asystenci studiujący na studiach pierwszego stopnia mają większą trudność w pracy z osobami z afazją. Uważam, że jest to możliwe, aby studentów pierwszego stopnia angażować do tego typu działań, ale na pewno wymaga to więcej pracy i nadzoru ze strony prowadzącego. Niestety takie osoby nie mają jeszcze za sobą zbyt wielu doświadczeń zawodowych, co powoduje, że nie wiedzą, jak się zachować w danej sytuacji. Powoduje to również, iż nie są pewni swojego zdania i są bardziej bierni niż ich starsi koledzy. Wykazują również częściej postawę lękową. Zazwyczaj nie mieli oni tak długotrwałego i bezpośredniego kontaktu z osobą chorą, dlatego potrzebują więcej czasu, aby oswoić się z sytuacją.

Studenci studiujący na studiach pierwszego stopnia mogą brać udział w charakterze asystentów osób z afazją, jednakże głównymi adresatami powinny być osoby będące na studiach uzupełniających lub podyplomowych.

W trakcie pracy z asystentami nie dostrzeżono szczególnych różnic pod kątem współpracy, wzięwszy pod uwagę wynagrodzenie za usługi. Zarówno asystenci, którzy otrzymywali wynagrodzenie za pracę, jak i ci, którzy wykonywali tę pracę w ramach praktyk, byli w podobnym stopniu kompetentni. W taki sam sposób wykonywali swoją pracę, wykazywali się inicjatywą, składali raporty oraz pojawiali się na konsultacjach. Można stwierdzić, iż motywacja w postaci wynagrodzenia nie wpłynęła znacząco na jakość usług.

Reasumując, można stwierdzić, że wiek i doświadczenie zawodowe znacząco wpływa na jakość oraz rzetelność pracy, którą wykonuje asystent, natomiast wynagrodzenie nie jest czynnikiem warunkującym.

Poniższa tabela prezentuje obserwowane wyznaczniki u asystentów.

Tabela 14 Ocena asystentów

OBSZARY PODLEGAJĄCE OCENIE – PRACA ASYSTENTÓW	ZGODNOŚĆ WIZYT Z ZAPLANOWANYM HAROMONOGRAMEM	ILOŚĆ PRZEKŁADANYCH WIZYT	ILOŚĆ NIEODBYTYCH WIZYT	PUNKTUALNOŚĆ	ZAANGAŻOWANIE: - SPOTKANIA, - ROZMOWY NA TEMAT TERAPII, - RAPORTY, - LISTY MAILOWE, - POMYSŁY DOTYCZĄCE TOKU TERAPII	PRZYGOTOWANE MATERIAŁY NA ZAJĘCIA	SPOSÓB KOMUNIKACJI Z PACJENTEM	MATERIAŁY DYDAKTYCZNE PRZYGOTOWANE NA ZAJĘCIA	OCENA PACJENTA
ASYSTENT Student 1	Średnia, ponieważ w lipcu asystent student zaplanowała wolne, nie informując innowatora o tym fakcie, tym samym wydłużając wizyty w czerwcu.	Średnia, z uwagi na sytuację zaistniałą w lipcu.	Nie odbyły się cztery wizyty.	Studentka była punktualna.	Asystentka była zaangażowana, choć nie przejawiała własnych pomysłów lub materiałów. Studentka musiała być w dużej mierze kierowana podczas pracy. Podczas cotygodniowych spotkań otrzymywała plan pracy z pacjentką. Sporządzała skrótowe raporty.	Poprawne -pracę wykonywała głównie na tablicy, oraz drukując zadania dla Pani Janki, które jej wcześniej przygotowano.	Bardzo dobry.	Niewiele, raczej opierała się na materiałach z Internetu.	Pacjentka była zadowolona, choć również odniosła się do nieplanowanego urlopu w lipcu.
ASYSTENT PKPS 2	Bardzo dobra, choć na początku innowacji pojawił się problem z przekładaniem zajęć, ale szybko został zażegnany.	Trzy przełożone wizyty.	Wszystkie wizyty się odbyły, dodatkowo do końca sierpnia asystentka uczęszczała do pacjentki w ramach wolontariatu.	Asystentka była punktualna za wyjątkiem kilku potknięć w pierwszym tygodniu wizyt.	Asystentka bardzo zaangażowana. Odbyliśmy wiele rozmów, wykonywała ćwiczenia z pacjentką, sama proponowała sporo różnych ćwiczeń. Raporty były krótkie, jednakże rzeczowe.	Asystentka wykorzystywała sporo materiałów lingwistycznych, które posiada z racji wykonywanego zawodu, przygotowywała również materiały osobiście z wykorzystaniem literatury oraz Internetu.	Bardzo dobry.	Bardzo dużo, plus materiały które pozostawiałam do pracy z pacjentką.	Świetny, pacjentka była bardzo zadowolona z terapii. Nawiązała się świetna relacja z Panią Pauliną.

Tabela 14 Ocena asystentów

OBSZARY PODLE- GAJĄCE OCENIE – PRACA ASY- STENTÓW	ZGODNOŚĆ WIZYT Z ZAPLANOWANYM HAROMONOGRAMEM	ILOŚĆ PRZE- KŁADANYCH WIZYT	ILOŚĆ NIEODBY- TYCH WIZYT	PUNKTUALNOŚĆ	ZAANGAŻOWANIE: - SPOTKANIA, - ROZMOWY NA TEMAT TERAPII, - RAPORTY, - LISTY MAILLOWE, - POMYSŁY DOTYCZĄCE TOKU TERAPII	PRZYGOTOWANE MATERIAŁY NA ZAJĘCIA	SPOSÓB KOMUNIKACJI Z PACJENTEM	MATERIAŁY DYDAKTYCZNE PRZYGOTOWANE NA ZAJĘCIA	OCENA PACJENTA
ASYSTENT Student 3	Asystentka pojawiała się na zajęciach zgodnie z grafikiem.	Asystentka przełożyła trzy wizyty ze względu na zmianę grafiku w pracy.	Wszystkie wizyty się odbyły zgodnie z założeniami początkowymi.	Asystentka była punktualna, niewielkie spóźnienia wynikały z pracy asystentki w szpitalu.	Asystentka wykonywała zadania, które zostały jej powierzone, wysyłała maile dotyczące zmian w terapii oraz swoich wątpliwości. Raporty przygotowała rzetelnie.	Asystentka wykorzystywała literaturę fachową, pomoce, jakie jej wskazałam oraz pomoce, które samodzielnie wydrukowała lub zaprezentowała pacjentowi.	Bardzo dobry, zarówno z pacjentem, jak i z rodziną pacjenta. Asystentka jest bardzo spokojna, choć czasami za mało autorytarna.	Asystentka przygotowywała plansze, instrumenty, prezentowała dźwięki, opowiadała do obrazków.	Bardzo dobry, zarówno pacjent, jak i rodzina pacjenta była zadowolona ze współpracy.
ASYSTENT PKPS 4	Asystentka pojawiała się na zajęciach zgodnie z grafikiem.	Asystentka musiała przełożyć dziesięć wizyt, które realizowała do końca sierpnia, ponieważ skręciła kostkę.	Wszystkie wizyty się odbyły.	Asystentka zawsze była punktualna.	Asystentka była bardzo zaangażowana w pracę z pacjentem. Podczas spotkań omawialiśmy ścieżkę terapeutyczną oraz pojawiające się problemy. Ponadto asystentka wysuwała swoje pomysły dotyczące spotkań z pacjentem. Raporty asystentki były wyjątkowo obszerne.	Asystentka przygotowywała materiały w postaci zdjęć, plików tekstowych oraz ćwiczeń. Wielokrotnie konsultowała z prowadzącym innowację, sposób oraz możliwości terapeutyczne z pacjentem.	Asystentka bardzo dobrze się komunikowała z pacjentem.	Asystentka przygotowywała głównie zdjęcia, plansze, etykiety do plansz oraz gry planszowe.	Pacjent zaufał asystentce i chętnie przychodził na jej zajęcia.

Tabela 14 Ocena asystentów

OBSZARY PODLEGAJĄCE OCENIE – PRACA ASYSTENTÓW	ZGODNOŚĆ WIZYT Z ZAPLANOWANYM HARMONOGRAMEM	ILOŚĆ PRZEKŁADANYCH WIZYT	ILOŚĆ NIEODBYTYCH WIZYT	PUNKTUALNOŚĆ	ZAANGAŻOWANIE: - SPOTKANIA, - ROZMOWY NA TEMAT TERAPII, - RAPORTY, - LISTY MAILOWE, - POMYSŁY DOTYCZĄCE TOKU TERAPII	PRZYGOTOWANE MATERIAŁY NA ZAJĘCIA	SPOSÓB KOMUNIKACJI Z PACJENTEM	MATERIAŁY DYDAKTYCZNE PRZYGOTOWANE NA ZAJĘCIA	OCENA PACJENTA
ASYSTENT PKPS 5	Asystentka pojawiła się na zajęciach zgodnie z harmonogramem, o wszelkich zmianach informowała prowadzącego Innowację.	Asystentka była zmuszona do dokonania zmian w harmonogramie z uwagi na zmiany w grafiku pracy.	Wszystkie wizyty odbyły się według planu.	Asystentka była punktualna.	Asystentka była bardzo zaangażowana w terapię z pacjentką. Podczas cotygodniowych spotkań omawiany był plan terapii oraz problemy terapeutyczne. Ponadto asystentka sporządzała szczegółowe raporty. Komunikowała się również przez maila.	Asystentka w swojej pracy posługiwała się głównie tabletem. Na tablecie przygotowywała zdjęcia lub zestawy graficzne. Ponadto asystentka używała tablicy ścieralnej oraz kartek papieru, gdzie zapisywała zadania. Wykonywała również zadania pozostawione przez prowadzącego Innowację.	Asystentka świetnie się komunikowała z pacjentką, miały bardzo dobry kontakt, co sprawiało, że terapia dla pacjentki była przyjemnością.	Asystentka przygotowywała zadania z ćwiczonych obszarów. Wspólnie ustalaliśmy kierunek i zakres np. z obszaru pór roku lub najbliższego otoczenia, a asystentka realizowała to w swoim zakresie.	Pacjentka zaprzyjaźniła się z asystentką i wyrażała się o niej w bardzo przyjazny sposób.
ASYSTENT Student 6	Asystent pojawia się zgodnie z zaplanowanym harmonogramem.	Wizyty odbywają się regularnie, chyba, że są przełożone ze względów zdrowotnych pacjentki.	Brak.	Asystent jest punktualny.	Asystent pracuje z zaangażowaniem, pisze sprawozdania, chętnie uczestniczy w spotkaniach, telefonuje oraz odpowiada na maile.	Asystent nie musi przygotowywać materiałów, ponieważ pracuje z pacjentką głównie na tablecie lub telefonie oraz z materiałów, które pozostawiono do pracy.	Bardzo dobry. Pacjentka ma dyztryczną mowę, ale wspomagając się innymi technikami jest w stanie się komunikować.	Nie ma, ponieważ otrzymuje je od prowadzącego.	Świetny.

Tabela 14 Ocena asystentów

OBSZARY PODLE- GAJĄCE OCENIE – PRACA ASY- STENTÓW	ZGODNOŚĆ WIZYT Z ZAPLANOWANYM HARMONOGRA- MEM	ILOŚĆ PRZE- KŁADANYCH WIZYT	ILOŚĆ NIEODBY- TYCH WIZYT	PUNKTUALNOŚĆ	ZAANGAŻOWANIE: - SPOTKANIA, - ROZMOWY NA TEMAT TERAPII, - RAPORTY, - LISTY MAILLOWE, - POMYSŁY DOTYCZĄCE TOKU TERAPII	PRZYGOTOWANE MATERIAŁY NA ZAJĘCIA	SPOSÓB KOMUNIKACJI Z PACJENTEM	MATERIAŁY DYDAKTYCZNE PRZYGOTOWANE NA ZAJĘCIA	OCENA PACJENTA
ASYSTENT Student 7	Asystentka odbywa wizyty zgodnie z zaplanowanym harmonogramem.	Dwie wizyty zostały przełożone	Brak.	Asystentka jest punktualna.	Asystentka pracuje z dużym zaangażowaniem, co tydzień wymieniamy e-maile oraz opinie podczas rozmów telefonicznych.	Asystentka sama drukuje materiały, proponuje gry dydaktyczne, aktywizuje pacjentkę wszechstronnie.	Bardzo dobry, choć na początku porozumiewały się głównie przy pomocy obrazków.	Asystentka przygotowuje gry dydaktyczne oraz ćwiczenia, podobne do tych, które jej proponuję.	Bardzo dobry, choć asystentka obawia się reakcji pacjentki.
ASYSTENT Student 8	Wszystkie zajęcia odbywają się zgodnie z planem.	Dwie wizyty zostały przełożone.	Wizyty zaplanowane się odbyły.	Asystentka punktualnie zaczyna pracę i tak samo kończy.	Asystentka początkowo była zdezorientowana i nie za bardzo wiedziała, jak rozpocząć pracę, natomiast bardzo szybko przygotowała materiały z moją pomocą, co zaowocowało fantastyczną współpracą.	Asystentka sama przygotowuje zestawy tematyczne do pracy, włącznie z obrazkami, etykietami oraz różnymi planszami.	Bardzo dobry, choć jest on utrudniony to Pani Sylwia świetnie sobie radzi.	Asystentka przygotowała tablicę magnetyczną do obserwacji pogody oraz tablicę do zaznaczania aktywności.	Świetny, pacjentka jest bardzo zadowolona.

Tabela 14 Ocena asystentów

OBSZARY PODLEGAJĄCE OCENIE – PRACA ASYSTENTÓW	ZGODNOŚĆ WIZYT Z ZAPLANOWANYM HAROMONOGRAMEM	ILOŚĆ PRZEKŁADANYCH WIZYT	ILOŚĆ NIEODBYTYCH WIZYT	PUNKTUALNOŚĆ	ZAANGAŻOWANIE: - SPOTKANIA, - ROZMOWY NA TEMAT TERAPII, - RAPORTY, - LISTY MAILOWE, - POMYSŁY DOTYCZĄCE TOKU TERAPII	PRZYGOTOWANE MATERIAŁY NA ZAJĘCIA	SPOSÓB KOMUNIKACJI Z PACJENTEM	MATERIAŁY DYDAKTYCZNE PRZYGOTOWANE NA ZAJĘCIA	OCENA PACJENTA
ASYSTENT Student 9	Początkowo wszystkie zajęcia z września zostały odwołane, z powodu choroby asystentki, ale później wszystko odbyło się według planu.	Zostało przełożonych 12 wizyt.	Zaplanowane wizyty odbyły się bez przeszkód.	Asystentka w większości jest punktualna.	Asystentka nie posiadała dostatecznej wiedzy, umożliwiającej prowadzenie zajęć, trochę się bała podjąć działanie. Jest raczej zamkniętą osobą i prowadzący musi się z nią kontaktować.	Asystentka korzysta z gotowych materiałów lub pomocy zostawionych przez prowadzącego.	Dobry. Nie ma problemów komunikacyjnych.	Asystentka nie jest zbyt innowacyjna, ale stara się wykonywać zadane ćwiczenia z pacjentem.	Bardzo dobry, pacjent jest zadowolony ze współpracy.
ASYSTENT PKPS 10	Z uwagi na wyjazd Pani Faridy zajęcia zostały przesunięte o dwa tygodnie.	Zostały przełożone 4 wizyty.	Wszystkie zaplanowane wizyty się odbyły.	Asystentka jest wyjątkowo punktualna.	Asystentka przeszła dodatkowe szkolenie, raz w tygodniu spotykamy się na indywidualnych konsultacjach. Ponadto asystentka jest bardzo chętna do współpracy.	Asystentka sama przygotowuje materiały z uwagami innowatora, tak aby tematyka była zgodna z aktualnym materiałem.	Asystentka bez problemu odnalazła wspólną płaszczyznę porozumienia z pacjentem.	Asystentka przynosi sporo materiałów dydaktycznych oraz pomocy naukowych, które posiada lub tworzy dla pacjenta.	Pacjent jest zadowolony ze współpracy.

Źródło: Opracowanie własne.

Oceniając pracę asystentów, wzięto również pod uwagę raporty oraz hospitacje z zajęć, które przeprowadzili.

Asystenci sumiennie wypełniali swoje obowiązki. Przed rozpoczęciem wizyty stawiali się na spotkanie, na którym omawialiśmy konkretną ścieżkę terapeutyczną, jaka będzie prowadzona wobec pacjenta. Następnie na pierwszej wizycie zapoznawali się z pacjentem oraz dokonywali ustalenia harmonogramu wizyt, które zostały przekazane prowadzącemu terapię.

Kolejnym krokiem było odbywanie wizyt przez asystenta w ustalonych dniach oraz godzinach dogodnych zarówno dla pacjenta, jak i dla prowadzącego.

Asystenci wykonywali zadania, które im powierzał prowadzący neurologopeda, lub otrzymywali instrukcje pisemne lub/i ustne, co mają wykonywać na kolejnych wizytach z pacjentem. Neurologopeda pozostawiał też karty pracy dla asystentów.

Asystenci zgłaszali również swoje pomysły lub innowacje, takie jak gry, filmy, posługiwanie się tabletem lub innymi pomocami w terapii. Zawsze prowadzący sprawdzał, czy zadania zostały wykonane oraz czy asystent wprowadził ćwiczenia, które wykonujemy w danym tygodniu lub miesiącu.

Ustalono miesięczny plan pracy, w którym to zakresie wykonywaliśmy określone ćwiczenia, np. ćwiczenia dotyczące jedzenia, następnie odzież, meble, a na końcu rośliny i zwierzęta. W każdym zakresie działań pracujemy nad rozpoznawaniem, powtarzaniem, kategoryzacją, wyłączeniem ze zbioru, nazywaniem oraz klasyfikowaniem.

Z każdym pacjentem ustalony był plan miesięczny, czyli omawiane tematy, w tym zakresie asystenci mieli wykonywać ćwiczenia.

O wykonaniu ćwiczeń neurologopeda dowiadywał się z raportów oraz poprzez sprawdzanie kart pracy i informację zwrotną od pacjenta.

Wszyscy asystenci wykonywali poprawnie swoją pracę. Jedynie można odnieść zastrzeżenia do jednej z asystentek, która spóźniała się z oddawaniem raportów, ale prowadziła terapię z uwzględnieniem wszelkich wskazówek neurologopedy.

Asystenci wykonywali swoją pracę zgodnie ze wskazówkami prowadzącego, sami również dokonywali różnych modyfikacji po konsultacji z prowadzącym. Wszyscy rzetelnie stawiali się na spotkania, wysłali wiadomości tekstowe, nagrywali filmy z zajęć oraz składali sprawozdania.

Każdy z asystentów otrzymał informacje dotyczące terapii z pacjentem, zadań, które mają wykonać, oraz pakietów działań. Z raportów oraz kontroli terapeutycznych wynika, że asystenci rzetelnie wykonywali swoją pracę. Realizowali powierzone im zadania oraz starali się wprowadzać swoje innowacje. Ponadto wykorzystywali swoją wiedzę, doświadczenie oraz możliwości.

10. OCENA INNOWACJI PRZEZ ASYSTENTÓW

Asystenci dokonali oceny Innowacji oraz swojej pracy i współpracy za pomocą ankiety (Ocena Innowacji, załącznik nr 36)

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że asystenci byli zadowoleni z przeprowadzonego szkolenia. Ocenili je pozytywnie zarówno pod kątem merytorycznym, jak i organizacyjnym.

Asystenci wyrazili się pozytywnie na temat współpracy z prowadzącym terapię, choć sama organizacja miała według nich pewne wady, między innymi częstotliwość spotkań z neurologopedą. W związku z tym, że nie było żadnego miejsca docelowego, gdzie można było się spotkać i omówić sprawy terapeutyczne.

Praca z pacjentem również uzyskiwała bardzo wysokie noty. Asystenci byli zadowoleni ze współpracy, pomimo obaw, czy podążają takiej pracy, co zaznaczyli w kolejnej ankiecie. Ponadto większość z nich deklaruowała, iż chciałyby dalej kontynuować pracę z pacjentem oraz służyć mu pomocą. Wszyscy zgodnie twierdzili, że praca była przyjemnością i z chęcią powracali do swoich pacjentów.

W większości asystenci nie potrafili ocenić siebie jako terapeutów, a oceny były niższe niż ich rzeczywisty wkład w terapię. Możliwe, iż wynikało to z obawy, że za wysoko cenią swoje umiejętności.

Współpraca z rodziną została oceniona dość nisko. Wynika z tego, że rodzina nie chciała się angażować w pracę terapeutyczną ani nie wspierała w tym asystentów.

Wszyscy asystenci za wyjątkiem jednej wysoko ocenili formę, w jakiej była prowadzona terapia. Jedna z asystentek nie dostrzegła dużych zmian podczas terapii ze swoją podopieczną.

Asystenci wyrazili chęć wzięcia udziału w podobnym projekcie. Dwie asystentki nie zdecydowałyby się w przyszłości na podobny projekt, z uwagi, jak twierdziły, na duże obciążenie psychiczne, emocjonalne oraz odczucia siebie jako terapeutów.

Poniższa tabela dokładnie obrazuje te tendencje.

Tabela 15 Ocena Innowacji

Lp.	ASYSTENCI	Agata	Jolanta	Sara	Paulina	Ewa	Marcin	Farida	Bogna	Karolina	Sylwia
13	Jak ocenia Pan/Pani szkolenie pod kątem merytorycznym?	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10
14	Jak ocenia Pan/Pani szkolenie pod kątem organizacyjnym?	10	8	10	9	10	10	9	10	10	10
15	Jak ocenia Pan/Pani całość kształt odbytego szkolenia?	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10
16	Jak ocenia Pan/Pani organizację pracy z pacjentami?	9	6	10	8	10	9	8	10	10	10
17	Jak ocenia Pan/Pani współpracę z pacjentami?	10	9	9	9	10	10	9	8	10	10
18	Jak ocenia Pan/Pani współpracę z innowatorem projektu?	9	8	9	10	10	10	9	10	9	10
19	Proszę ocenić wkład własny w pracę z pacjentem.	8	8	8	10	10	5	10	9	10	10
20	Proszę ocenić pomoc prowadzącego terapię w pracy z pacjentem.	10	8	10	10	10	9	10	10	10	10

Tabela 15 Ocena Innowacji

Lp.	ASYSTENCI	Agata	Jolanta	Sara	Paulina	Ewa	Marcin	Farida	Bogna	Karolina	Sylwia
21	Proszę ocenić zaangażowanie pacjenta w terapię.	10	8	10	9	10	10	9	7	10	10
22	Proszę ocenić zaangażowanie rodziny w terapię pacjenta.	10	1	6	5	9	10	9	7	6	10
23	Proszę ocenić przydatność niniejszej innowacji.	10	10	10	9	10	9	10	8	10	10
24	Czy terapia według Pana/Pani przynosi skutek w takiej formie w jakiej jest prowadzona?	10	9	8	9	10	10	9	8	9	10
25	Jaka panowała atmosfera podczas zajęć?	10	8	9	9	10	10	9	6	9	10
26	Czy udział w tej innowacji przyczynił się do rozwoju Pańskich umiejętności w obszarze terapeutycznym?	5	10	8	9	10	10	9	8	8	10
27	Czy udział w tego typu innowacji uważacie Państwo za istotny dla Państwa rozwoju osobistego?	9	10	10	10	10	10	10	5	10	10
28	Jak oceniacie Państwo organizację tej innowacji?	9	9	10	9	10	10	9	10	10	10

Tabela 15 Ocena Innowacji

Lp.	ASYSTENCI	Agata	Jolanta	Sara	Paulina	Ewa	Marcin	Farida	Bogna	Karolina	Sylwia
29	Czy tego typu innowacja mogłaby się sprawdzić jako forma terapeutyczna istniejąca w jakimś ośrodku lub instytucji?	10	10	10	10	10	5	10	9	10	10
30	Czy taka forma pracy z pacjentem przynosi lepsze efekty?	10	10	10	9	10	10	10	6	10	10
31	Czy jesteście Państwo zadowoleni ze współpracy z pacjentem?	10	10	10	9	10	10	9	7	10	10
32	Czy chcielibyście Państwo wziąć udział w podobnym projekcie w przyszłości?	10	2	8	10	10	9	10	3	8	10

Źródło: Opracowanie własne.

11. REZULTATY PROWADZONEJ TERAPII

Podczas projektu wykonano dwadzieścia cztery wizyty z każdym pacjentem. W sumie wykonano 120 wizyt. Na pierwszych dwóch wizytach dokonano diagnozy pacjentów oraz przeprowadzono wywiad z rodziną pacjenta. Następnie ustalono plan działań oraz zakres terapeutyczny. Poinformowano rodzinę, najbliższych lub personel, w przypadku Pana Mariana przebywającego w DPS, o charakterze terapii, sposobie jej prowadzenia oraz ustalono harmonogram zajęć.

Ustanowiono zadania, jakie ma wykonać każdy asystent z poszczególnym pacjentem, oraz harmonogram, następnie przystąpiono do etapu terapeutycznego.

W przypadku **Pana Mariana** skupiono się na grafomotoryce, odbudowie posługiwania się zdaniem oraz poszerzeniu fluencji słownej. W pracy z Panem Mariannem skoncentrowano się na pracy nad rzeczownikami, następnie czasownikami, a na końcu z przymiotnikami. Głównym zadaniem była odbudowa poprzedniego systemu komunikacji oraz posługiwanie się całym zdaniem, wraz z poszerzeniem umiejętności czytania i pisania.

Zastosowano ćwiczenia z obszaru klasyfikowania, różnicowania, wyłączenie ze zbioru, włączania do zbioru oraz ćwiczenia nazywania. Cały program został ułożony pod kątem bloków tematycznych, takich jak rodzina, następnie jedzenie (owoce i warzywa, nabiał, pieczywo, mięso, napoje), ubranie, narzędzia, najbliższe otoczenie, miasto, wieś, zwierzęta, pory roku, święta, sport, motoryzacja, kształty, cyfry, kolory, nazewnictwo własne. W każdym z bloków stosowano zasadę stopniowania trudności zadania od wskazywania poprzez nazywania aż do samodzielnego układania zdania w danej tematyce.

Ponadto stosowano ćwiczenia kończenia zdań, kończenia frazy, poprawiania błędów w zdaniu, konstruowania zdań z rozsyпки wyrazowej, ćwiczenia fleksji oraz ćwiczenia gramatyki. Podczas zajęć zawsze realizowano nazywania, dopasowywanie etykiety, samodzielne pisanie oraz tworzenie zdania.

Pani Magdalena wymagała całkowitej odbudowy komunikacji zarówno w sferze rozumienia, jak i wypowiedzania komunikatu. Z punktu widzenia tak głębokich uszkodzeń mózgu najistotniejszym była praca nad porozumieniem się z pacjentką i obniżeniem gnozyji słuchowej, wzrokowej oraz oralnej.

Pracę rozpoczęto od ćwiczeń słuchowych oraz wzrokowych, następnie grafomotorycznych, aż w końcu do rozpoznawania, powtarzania i nazywa-

nia przedmiotu. Terapię również oparto o bloki tematyczne. Rozpoczęto od ubrania i kosmetyków, z uwagi na to, iż ta tematyka jest jej najbliższa i ją ciekawiła, kolejny temat obejmował rodzinę, następnym tematem było jedzenie i napoje, które nie było różnicowane na podkategorie typu warzywa, owoce, nabiał. Każdy temat omawiano ogólnie, wyodrębniając najbardziej charakterystyczne cechy, przedmioty oraz czynności. Pacjentka nie byłaby w stanie dokonać różnicowania na warzywa i owoce czy nabiał i pieczywo etc., dlatego też bloki tematyczne były uogólnione. Kolejne bloki tematyczne obejmowały najbliższe otoczenie, pomieszczenia i ich charakterystyka, miasto, wieś, zwierzęta, pory roku, święta, sport, kształty, kolory.

Pierwsze spotkania miały na celu poprawę gnozji słuchowej. Były to ćwiczenia z wykorzystywaniem instrumentów muzycznych lub znanych dźwięków, ćwiczenia słuchowe.

Kolejne ćwiczenia były już oparte w konkretnych blokach tematycznych, ale w schemacie pokazywania i nazywania przez terapeutę, następnie obcowania wielomysłowego z przedmiotem. W zakres takich czynności wchodziło dotykanie, oglądanie, jeśli była możliwość, krojenie, rozkładanie na części, składanie, wąchanie, poczucie smaku, jeśli była możliwość wykorzystania w różnych celach. Kolejnym etapem była wspólna próba nazwania przedmiotu, końcowo wskazania przedmiotu, który wypowie terapeuta. W etapie końcowym dopasowanie obrazka oraz etykiety do przedmiotu.

Następnym etapem były ćwiczenia z wykorzystaniem obrazków, zdjęć, gdzie pacjentka mogła dokonać kategoryzacji. Początkowo był to dla niej trudny etap, ale już w czerwcu dokonywała poprawnej kategoryzacji rzeczowników, które były omawiane w danym bloku tematycznym. Podczas każdego zajęcia ćwiczone dopasowywanie etykiety do określonego rzeczownika, wspomagając tym samym czytanie globalne. Wykorzystywano również dopowiedzenia z frazy lub ciągów słownych, które pojawiły się po trzech miesiącach pracy.

Etap końcowy polegał na wprowadzaniu czasownika. Pacjentka miała w danym bloku tematycznym użyć maksymalnie dwóch czasowników, np. podczas omawiania bloku jedzenie pod koniec wprowadzono czasownik jeść i pić, który pacjentka miała dopasować do odpowiednich produktów i wraz z terapeutą utworzyć zdania.

W etapie końcowym skupiono się również na przypomnieniu kolejno wszystkich bloków tematycznych, wykonywaniu wówczas złożonych ćwiczeń typu wyodrębnianie ze zbioru, włączanie do zbioru, nazywanie, szeregowanie, dopasowanie

etykiet do dwudziestu różnych obrazków, włączanie antonimów oraz czasownika. Ponadto pacjentka samodzielnie wykonywała ćwiczenia grafomotoryczne.

Wprowadzono również elementy ćwiczeń rozpoznawania piktogramów, utworzono prostą książkę komunikacyjną. Jednak pacjentka woli posługiwać się gestem oraz za pomocą pytań odpowiedzieć na pytanie lub zasygnalizować potrzebę.

W konsekwencji pacjentka nadal nie nazywa samodzielnie, ale rozpoznaje, klasyfikuje oraz powtarza, dopasowuje etykiety oraz czyta globalnie proste wyrazy. Najważniejszym krokiem jest to, iż rozumie proste wypowiedzi oraz rozpoznaje słuchowo nazwę pojedynczych wyrazów, co umożliwia jej prawidłową komunikację.

Praca z **Panią Ewą** wymagała odbudowy systemu komunikacji. Pacjentka doznała udaru osiem lat temu, co spowodowało, że przez lata, kiedy nie było regularnej pracy logopedycznej, wypracowała swój system komunikacji. Z uwagi na to, iż pacjentka ma możliwość komunikacji słownej, postanowiono odbudować rzeczownik, następnie czasownik, a na końcu łącznik i przymiotnik. W tym celu pacjentka nazywała przedmioty z terapeutą, wspólnie powtarzała, dopasowywała etykiety, a na końcu samodzielnie nazywała, z użyciem obrazka, później z podpowiedzią, a na koniec w mowie dialogowej.

Początek pracy z pacjentką polegał na pobudzeniu ośrodka mowy. Rozpoczęliśmy pracę od kończenia fraz, zdań, a następnie wyrazów. Stosowano różne ćwiczenia, takie jak gry, loteryjki, obrazki, zdjęcia, etykiety oraz specjalistyczne pomoce dydaktyczne do odbudowy systemu językowego.

W pracy z pacjentką pierwszym etapem było nazywanie rzeczownika, począwszy od przedmiotów znajdujących się w najbliższym otoczeniu, poprzez przedmioty z określonych bloków tematycznych.

Następnie wprowadzono czasownik wraz z ćwiczeniami fleksyjnymi. Wykonywano ćwiczenia z obszaru nauki języka polskiego dla obcokrajowców. Były to ćwiczenia obejmujące pisanie, czytanie, układanie prawidłowego szyku zdania oraz mówienie. Wykonując niniejsze ćwiczenia, zadbano również o stosowanie ćwiczeń kategoryzacji, szeregowania, tworzenie ciągów, odtwarzanie schematów oraz wzorów.

Ostatnim etapem były ćwiczenia mówienia podczas symulowania sytuacji codziennej komunikacji. Wykonywano wówczas ćwiczenia z obszaru odgrywania scenek, opowiadania obrazka, ułożenie i opowiadanie historyjek obrazkowych, łącznie podobnych zdarzeń i uzasadnienie tego połączenia. W zakres takich cwi-

czeń włączono również dialog kierowany, dialog z pomocą zdjęć i gestów oraz gry i loteryjki słowne.

Pacjentka już po miesiącu zaczęła się posługiwać rzeczownikami, następnie czasownikami. Nadal posługiwanie się przymiotnikami jest utrudnione.

Terapia z **Panem Czesławem** również polegała na odbudowie systemu komunikacyjnego. Pacjent nie rozpoznawał słuchowo ani wzrokowo rzeczywistości, która go otacza.

Terapię rozpoczęto od rozpoznawania i nazywania osób i przedmiotów z najbliższego otoczenia, poprzez krótkie opowiadania (prościej było pacjentowi rozpoznać i zidentyfikować całe zdania niż słowo-wyraz). Następnie skracano wypowiedź aż do słowa.

Kolejnym krokiem były ćwiczenia słuchowe, wzrokowe (układanki lewopółkulowe, schematy itp.). Następnie rozpoczęto etap nazywania poszczególnych przedmiotów, klasyfikowania, dopasowania etykiety. Podczas ćwiczeń zawsze towarzyszyły nam zadania słuchowe oraz z obszaru somatognozji.

W pracy z pacjentem początkowo wykorzystywano realne przedmioty oraz zdjęcia, stopniowo przechodząc do bardziej schematycznych. Wykorzystywano również modele różnych przedmiotów.

Podczas pierwszych tygodni pracy dużą uwagę poświęcono ćwiczeniom słuchowym, dźwiękowym oraz tonalno-werbalnym. W kolejnych tygodniach starano się dołączyć ćwiczenia nazywania rzeczownika wraz z terapeutą oraz wskazywania danego rzeczownika.

Pacjent w pierwszym miesiącu pracy był nadal cewnikowany, to oznacza, że był pacjentem leżącym, co znacząco utrudniało pracę. Postępy były wówczas niewielkie. Ponadto nie prowadzono wówczas żadnej rehabilitacji ruchowej, co hamowało postępy.

W kolejnym miesiącu terapii podjęto rehabilitację ruchową, pacjent był spionizowany, wówczas znacząco poprawiły się możliwości percepcyjne i poznawcze. Rozpoczęto wówczas pracę nad kolejnymi blokami terapeutycznymi, takimi jak rodzina, jedzenie, wyposażenie pomieszczeń, ogród, motoryzacja, zwierzęta, pory roku, pory dnia i dni tygodnia, kolory, miasto, wieś, zawody.

Pacjent interesował się motoryzacją, był również instruktorem jazdy, w związku z powyższym szereg zajęć poświęcono temu zagadnieniu lub dołączano treści dotyczące tego zagadania, tak aby połączyć pierwiastek emocjonalny z terapeutycznym.

Każde zajęcia rozpoczynały się ćwiczeniami tonalno-werbalnymi lub słuchowymi, kolejne ćwiczenia stanowiły utrwalanie części ciała, następnie był omawiany dany blok tematyczny w kolejności, prezentacja, wspólne nazywanie, klasyfikowanie, dopasowanie etykiety, samodzielne nazywanie. Następnie wskazywanie oraz ponowne klasyfikowanie z innym wskaźnikiem i ponownie nazywanie. Etap końcowy stanowiły ćwiczenia prawopółkulowe, lewopółkulowe lub grafomotoryczne.

Pan Czesław bardzo szybko przeszedł do etapu wskazywania oraz słuchowego rozpoznawania danego rzeczownika. Już po dwóch miesiącach w większości prawidłowo wskazywał i dokonywał klasyfikacji lub dopasowania. Wszelkie ćwiczenia złożenia obrazka w całość, odtworzenia obrazka lub znalezienia takiego samego przebiegały pomyślnie.

Dopiero po upływie czterech miesięcy terapii pacjent zaczął odtwarzać ciągi słowne lub kończyć frazy, zdania. Wykorzystano ten element w celu dalszego usprawniania mowy czynnej pacjenta.

W wyniku prowadzonych ćwiczeń pacjent rozumie komunikaty, polecenia, jest w stanie rozpoznać pojedyncze rzeczowniki i je wskazać. Nadal można zaobserwować u pacjenta perseweraacje oraz tzw. „sałatkę słowną”. Niestety pacjent nie jest w stanie spontanicznie wypowiedzieć zdania.

Natomiast pojawiły się wyrażania grzecznościowe, proste wyrazy, wyrazy wypowiedziane z podpowiedzą z frazy, wskazywanie rzeczowników na obrazkach schematycznych oraz posługiwanie się zdjęciem w komunikacji, tj. przekazywanie komunikatu z pomocą zdjęcia.

Pani Janina miała bardzo duży problem z płynnością mowy oraz pisaniem, co w dużej mierze utrudniało jej komunikację ze światem. W związku z tym postanowiono pracować dwutorowo. Z jednej strony praca polegała na usprawnianiu mięśnia okrężnego ust oraz ćwiczeniach fonacyjnych i artykulacyjnych usprawniających mowę, a z drugiej strony ćwiczenia pisania i czytania.

W związku z tym, że Pani Janina miała dobre kompetencje rozumienia komunikatu, pracę można było rozpocząć od nadawania mowy oraz ćwiczeń grafomotorycznych i ruchowych.

W pierwszej fazie podjęto ćwiczenia z zakresu Terapii Miofunkcjonalnej, gdzie głównym celem była poprawa motoryki ust i języka. Elementy Terapii Miofunkcjonalnej prowadzone były do końca procesu terapeutycznego.

Następnym etapem były ćwiczenia artykulacyjne, fonacyjne oraz ćwiczenia wspomagające prawidłową dykcję.

Drugą połowę zajęć stanowiły ćwiczenia grafomotoryczne oraz ćwiczenia czytania słów, zdań i tekstów. Z uwagi na to, iż pacjentka bardzo dobrze radziła sobie z czytaniem, a pisanie ze słuchu sprawiało jej dużą trudność, postanowiono prowadzić ćwiczenia na komputerze. Pacjentka wówczas szybciej pisze, ponadto stosując podpowiedzi, jest w stanie zapisać całe zdanie, czego nie miała możliwości wykonać ręcznie.

Pacjentka chciała nauczyć się obsługi mediów społecznościowych oraz płynnie korzystać z różnego typu aplikacji. Wykorzystując to medium, dokonano odbudowy pisania, poprawy czytania, poszerzono zakres słownictwa oraz myślenie, pamięć i koncentrację.

W efekcie ćwiczeń Pani Janina mówi płynnie, zwiększyła zasadniczo fluencję słowną, zaczęła używać parafraz czy też porównań. Ponadto pacjentka jest w stanie się porozumieć poprzez pisanie tekstu na komputerze. Używając mediów społecznościowych, Pani Janka miała większą motywację do wykonywania ćwiczeń, ponieważ pisząc komunikat, mogła oczekiwać na odpowiedź. Ponadto, żeby płynnie posługiwać się mediami, musi ich codziennie używać, zapamiętywać instrukcję obsługi oraz czytać i pisać.

Reasumując, praca z pacjentką przebiegała w trybie nauczania czytania i pisania z pomocą mediów społecznościowych, a drugą część pracy stanowiły ćwiczenia artykulacyjno-fonacyjne usprawniające proces komunikacji.

12. EWALUACJA DIAGNOZ PACJENTÓW

J. Magdalena – pacjentka prawidłowo wskazuje przedmioty, nazywanie jest utrudnione z uwagi na zaburzenie prakcji oralnej. Pacjentka rozpoznaje kolory, cyfry oraz litery. Zachowane czytanie globalne – dopasowanie etykiety do obrazka lub wskazanie danego napisu, który zostanie przeczytany przez terapeutę. Pacjentka rozpoznaje i dopasowuje zdjęcia do danej pory roku. Pacjentka rozpoznaje i nazywa (z podpowiedzią) zjawiska atmosferyczne, jest zorientowana w miejscu i w czasie. Pacjentka przepisuje wyrazy i zdania, nie pisze pod dyktando.

Obecnie jest w stanie dokonać kategoryzacji przedmiotów w zakresie ubrania, jedzenia, pory roku, świąt, okoliczności, pomieszczeń i ich wyposażenia, zwierząt, roślin. Pacjentka sygnalizuje za pomocą wskazywania, czasami używając pojedynczych słów. Pacjentka używa zwrotów grzecznościowych, typu „dziękuję”, „proszę”, „dzień dobry”, „do widzenia”.

Nadal zauważalne są duże problemy w określeniu relacji przestrzennych, złożonych poleceń oraz pamięci. Pacjentka potrafi już rozpoznać przedmiot, jednakże nie jest w stanie zapamiętać jego nazwy. Wprowadzono również posługiwanie się piktogramami oraz elementy Makatonu, jednakże pacjentka ma problem z ich użyciem.

Duży wpływ na takie postępy terapeutyczne ma również padaczka. U pacjentki występują napady uogólnione, które co pewien czas powodują zatrzymanie procesów terapeutycznych. Przerwa w terapii może trwać nawet do dwóch tygodni, po tym okresie pacjentka jest bardziej męczliwa i zajęcia należy skrócić.

Podsumowując, pani Magda najczęściej komunikuje się bezsłownie. Można stwierdzić, iż znaczącej poprawie uległo rozumienie pacjentki, gnozja wzrokowa i słuchowa. Jednakże nadal dużym problemem jest gnozja oralna oraz pamięć krótkotrwała i długotrwała.

M. Ewa – pacjentka nazywa pojedyncze przedmioty, podczas rozmowy używa maksymalnie dwóch słów lub tworzy zdanie z użyciem bezokoliczników. Potrafi opowiedzieć obrazek, z pomocą terapeuty, potrafi poprosić o daną rzecz lub opisać czynność. Nadal ma duży problem z użyciem czasowników, jednakże dziesięć jest obecnie w powszechnym użyciu pacjentki.

Pani Ewa potrafi dopasować i nazwać antonimy, podstawowe synonimy, potrafi użyć zautomatyzowanych ciągów słownych. Jest zorientowana w czasie i przestrzeni, jednakże ma problem z użyciem zegara, tj. wie, która jest godzina,

ale ma trudność w rozpoznaniu słuchowym i zapisie lub wskazaniu godziny. Pacjentka znacząco poszerzyła fluencję słowną, jednak nie jest w stanie jej szybko użyć. Potrzebuje czasu, aby użyć danych słów. Pacjentka dopasowuje etykietę do obrazka, ale nie czyta wyrażeń lub zdań. Nadal występuje problem z użyciem łączników. Można stwierdzić, iż pacjentka komunikuje się werbalnie, ale nadal potrzebuje wsparcia gestem.

K. Czesław – pacjent potrafi wskazać pojedyncze przedmioty, rozpoznaje większość rzeczowników i nazywa je z pomocą terapeuty. Rozpoznaje i prawidłowo wskazuje obrazek, który opowiada terapeuta. Używając zautomatyzowanych ciągów słownych, jest w stanie wypowiedzieć dni tygodnia, miesiące, policzyć do dziecięciu, dokończy przysłowie lub powiedzieć nazwę określonego rzeczownika (z pomocą obrazka), np. na deser podano zimne... (lody).

Pacjent nadal ma problemy z somatognozją, choć wskazuje prawidłowo głowę, brzuch, rękę i nogę. Problem wskazywania i umiejscawiania oczu, uszu i nosa. Pacjent dokonuje szeregowania, klasyfikowania w obrębie jedzenia, ubrań, przedmiotów znajdujących się w pomieszczeniu, pór roku. Pacjent dopasowuje takie same obrazki lub przedmioty ze sobą powiązane. Pacjent bez problemu odtwarza sekwencję, odtwarza wzory płaskie i przestrzenne z układanek lewopółkulowych, odnajduje różnice spośród podobnych obrazków. Zatem można stwierdzić, że poprawie uległa gnozja wzrokowa, słuchowa oraz somatognozja.

Nie udało się nakłonić pacjenta do pisania. Niestety pacjent był w początkowej fazie terapii cewnikowany i nie był pionizowany, co opóźniało proces terapeutyczny. Od czerwca pacjent rozpoczął intensywną rehabilitację ruchową, co spowodowało pobudzenie procesów poznawczych. Niestety prakcja ręki jest opóźniona, co powoduje, że pan Czesław ma problem z utrzymaniem narzędzia do pisania i odtworzenia wzoru na kartce, choć podejmowane próby można zaliczyć do dość udanych, wskazując na odtwarzanie prostych figur lub linii. Proste próby pisania po śladzie można rozpocząć wkrótce.

U pacjenta nastąpiła odbudowa kolorów, kształtów oraz czytania globalnego. Pan Czesław odczytuje etykiety, dopasowując je do obrazka, które wcześniej zostały nazwane.

Reasumując, można stwierdzić, iż u pacjenta widać znaczący progres w zakresie rozumienia znaczenia słów, rozumienia poleceń, rozpoznawania przedmiotów oraz nazywania. Pacjent powtarza słowa, jednak występowania gnozji oralnej nie zawsze umożliwia prawidłowe powtórzenie wyrazu. Pacjent sam podejmuje

wypowiedzi werbalne, choć w większość składają się one ze stereotypowych słów i wyrażań.

E. Janina – praca z pacjentką miała na celu poprawę płynności mowy oraz naukę pisania i czytania. Z uwagi na to, iż pani Janina wyrażała chęć pracy na platformach social media, postanowiono uczynić z tego główny element terapii.

Pacjentka poprzez pracę na tablecie lub w telefonie opanowała czytanie, pisanie oraz płynność mowy. Pani Janina pracowała na aspektem motoryki mowy z programem Afast oraz wykonując ćwiczenia nagrane przez terapeutę, które mogła odtwarzać na tablecie. Pacjentka nauczyła się obsługiwać Facebooka, zarówno w aspekcie odbiorcy, jak i nadawcy. Ponadto Pani Janina obsługuje z powodzeniem telefon dotykowy, gdzie tworzy notatki, zapisuje ważne wizyty w kalendarzu, wysyła sms-y, posługuje się systemem głosowym, wysyła informacje, zdjęcia oraz inne pliki przez komunikator Messenger.

Pacjentka jest całkowicie niezależna w świecie wirtualnym, potrafi odnaleźć informację oraz ją wykorzystać, ponadto zaproponować innym użytkownikom. Mowa Pani Janiny nadal jest całkowicie płynna, zrozumiała i poprawna zarówno w płaszczyźnie gramatycznej, jak i leksykalnej.

L. Marian – praca z pacjentem miała na celu podwyższenie kompetencji poznawczych oraz upłynnienie mowy. Pacjent potrafi komunikować się werbalnie, w sposób płynny, bez perseweracji oraz dużych pauz podczas wypowiedzi.

Pan Marian potrafi poprawnie dokonać różnych kategoryzacji, szeregowania, wyodrębniania ze zbioru, włączania do zbioru oraz znajdowania szczegółów. Pacjent poprawnie formułuje myśli oraz przekazuje je w sposób zrozumiały. Zasób słownictwa pacjenta uległ zdecydowanemu poszerzeniu.

Podczas terapii podjęto również działania w celu poszerzenia kompetencji poznawczych, takich jak, pamięć, myślenie oraz spostrzeganie. Pan Marian bardzo chętnie podejmował współpracę również w tym zakresie działania.

12.1. Wnioski

W Innowacji wzięło udział pięciu pacjentów z afazją oraz dziesięcioro asystentów. Terapia trwała od maja do listopada z jednomiesięczną przerwą w sierpniu. Terapia była prowadzona i nadzorowana przez neurologopedę. Asystenci prowa-

dzili ćwiczenia z pacjentami trzy do czterech razy w tygodniu. Intensywna rehabilitacja pozwoliła na osiągnięcie znacznej poprawy sprawności komunikacyjnej u podopiecznych. Ponadto umożliwiła zrealizowanie praktyk i zdobycie doświadczenia wielu studentom.

Podsumowując powyższe rozważania, można wysunąć następujące wnioski z przeprowadzonej Innowacji:

1. Pacjenci poczynili znaczące postępy w komunikacji.
2. Asystenci studenci oraz asystenci PKPS byli zadowoleni z udziału w Innowacji, rozwinęli swoje zdolności terapeutyczne oraz poszerzyli swoją wiedzę i umiejętności.
3. Dwie asystentki PKPS twierdzą, iż nie podjęłyby się już tego typu działań.
4. Jedna asystentka PKPS postanowiła rozpocząć studia z zakresu logopedii.
5. Cztero asystentów zadeklarowało pomoc w postaci wolontariatu dla swoich pacjentów przez kolejny rok.
6. Jakość usług asystentów nie jest uzależniona od wynagrodzenia, ale od stażu pracy. Dlatego należałoby do takiego projektu zaangażować osoby studiujące na studiach uzupełniających lub podyplomowych.
7. Pacjenci byli zadowoleni zarówno z asystentów, jak i z terapii.
8. Rodziny pacjenta również przychylnie oceniły Innowację oraz współpracę z innowatorem oraz asystentami.
9. Prowadzący terapię neurologopeda powinien zajmować się tylko pacjentami oraz nadzorować pracę asystentów.
10. Proces terapeutyczny powinien opierać się na indywidualnych cotygodniowych spotkaniach oraz grupowych comiesięcznych z asystentami.
11. Istotnym elementem jest współpraca z uczelniami oraz ośrodkami wsparcia, takimi jak PKPS czy ZOL.

Należy również podkreślić, iż prowadzone badania nie wykazały istotnych różnic pomiędzy terapią prowadzoną przez wykwalifikowanych terapeutów czy też przeszkolonych ochotników, z uwagi na to, iż problem jest na tyle złożony, że nie można uzyskać jednoznacznej odpowiedzi¹. Dlatego taka forma terapii jest bardzo cenna i pozwala na rozwój komunikacji pacjenta z afazją.

1 M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 236.

12.2. Instruktaż wprowadzania innowacji pt. „Mowa w starciu z udarem”

Rozpoczynając wprowadzanie tego typu Innowacji, należy przygotować się w zakresie merytorycznym, ale również organizacyjnym. Jak już wspomniano, terapię wraz z nadzorowaniem asystentów powinien prowadzić neurologopeda, który posiada do tego odpowiednie kwalifikacje (patrz str. 169). Ponadto warto podkreślić, że projekt powinien być prowadzony w oparciu o współpracę z takimi ośrodkami, jak PKPS, MOPS lub uczelnie wyższe. W zależności od tego, jaki wprowadzamy system, taki należy przyjąć model prowadzenia projektu.

Poniżej zostaną zaprezentowane w punktach główne zasady wprowadzenia Innowacji.

1. Należy wybrać instytucję, z którą podjęta zostanie współpraca:
 - uczelnie wyższe – wówczas będzie to projekt prowadzony w oparciu o praktyki studenckie. Tego typu rozwiązanie jest tanie, ponieważ studenci wykonują pracę w ramach praktyk studenckich. Najczęstszymi kierunkami będą kierunki pedagogiczne oraz logopedyczne. Minusem tego rozwiązania jest brak mobilność studentów, brak możliwości zaangażowania ich na dłużej niż cztery miesiące oraz przerwy semestralne. Również wynagrodzenie neurologopedy prowadzącego praktykę będzie leżeć w gestii uczelni.
 - PKPS, MOPS – wówczas projekt będzie prowadzony w oparciu o współpracę z placówkami pomocy społecznej. Wówczas wynagrodzenie neurologopedy leży po stronie instytucji pomocowej. Jest to wariant droższy, ponieważ należy wynagrodzić za pracę asystentów. Plusem tego typu rozwiązania jest dostępność i doświadczenie asystentów. Minusem jest większy koszt tego typu projektu.
2. Kolejnym punktem jest wybranie docelowej grupy pacjentów, którzy mogliby wziąć udział w tego typu Innowacji. Wyboru należy dokonać na podstawie takich zmiennych, jak:
 - wstępna diagnoza, gdzie stwierdzamy, czy pacjent jest w stanie podjąć terapię;
 - czas, który minął od hospitalizacji w przypadku udaru, zawału. Należy mieć na względzie, że pacjent może zostać zakwalifikowany na rehabilitację w krótkim czasie po opuszczeniu szpitala, dlatego ważne jest, aby

pacjent przebywał już w domu. Zazwyczaj jest to okres od miesiąca do trzech miesięcy po udarze. W przypadku innych schorzeń (np. afazja, która wystąpiła na skutek wypadku komunikacyjnego), należy indywidualnie ocenić stan pacjenta i jego możliwości wzięcia w tak długofalowym projekcie. Reasumując: istotnym jest stan zdrowia, planowane turnusy rehabilitacyjne, dostępność pacjenta, planowane zabiegi operacyjne itp.

3. Następnie należy przeprowadzić szkolenie asystentów. Na szkoleniu należy przedstawić definicje afazji, etiologię, epidemiologię, leczenie, możliwości terapeutyczne, modele pracy, analizę przypadków oraz zasady pracy z pacjentem, zasady ogólnej współpracy. Szkolenie powinno być zwieńczone zapoznaniem się z prowadzoną dokumentacją, sposobem jej raportowania, kontaktu oraz konsultacji. W każdym przypadku warto zawrzeć porozumienia lub innego typu dokument, który jasno przedstawia prawa i obowiązki asystenta. W przypadku osób, które zawierają umowę-zlecenie (np. pracowników PKPS) nie stanowi to problemu, natomiast w przypadku asystentów studentów taki dokument jest istotny. Szkolenie nie daje podstaw do samodzielnego prowadzenia terapii, jest tylko seminarium informacyjnym, które jest możliwością zapoznania się z problematyką afazji. Prowadzącym zawsze jest neurologopeda, który pozostawia ćwiczenia lub instruuje, jakie kolejne kroki wykonujemy z pacjentem.
4. Przydzielenie asystentów do pacjentów. W przydzielaniu asystentów kierowano się ich doświadczeniem w pracy z osobami z niepełnosprawnością, osobowością asystentów, kierunkiem studiów, możliwościami dojazdu do pacjenta czy też preferencjami osobistymi, które przedstawiał asystent (np. były osoby preferujące pracę z kobietą). Ważne jest również uwzględnienie oczekiwań pacjenta lub jego rodziny. Jest to istotny element, ponieważ praca z pacjentem powinna być przyjemnością.
5. Ustalenie harmonogramu pracy asystentów. Może odbyć się to poprzez konsultację mailową lub osobiście podczas spotkania z neurologopedą. Istotnym jest, aby dzień, w którym pracuje neurologopeda, nie pokrywał się z pracą asystenta. Pacjent powinien odpocząć po terapii. Głównym założeniem Innowacji jest jak najczęstsza stymulacja pacjenta w ciągu całego tygodnia, ale należy uwzględnić, iż są to ludzie chorzy, potrzebujący odpoczynku.

6. Przeprowadzenie diagnozy pacjentów. Warto podzielić diagnozę na dwa etapy. Pierwszy z nich obejmuje krótką diagnozę pacjenta takimi narzędziami, jak FAST (Przesiewowy Test Afazji Frenchay), The Token Test - TT, kolorowe tablice Ravena, Bostoński Test Nazywania. Należy przeprowadzić wywiad z rodziną pacjenta oraz z samym pacjentem. Na kolejnym spotkaniu można przeprowadzić test standaryzowany np. Krakowska Neurolingwistyczna Bateria Diagnostyczna Afazji (KNBDA M. Pąchalskiej, B.L.J. Kaczmarka i H. Knapika 1995 r.), Test Afazji (CAT – The Comprehensive Aphasia Test), BAT (Bilingual Aphasia Test), Skala Dynamiki Afazji SODA, Test Żetonów Kościeszka (1990), FAS (Test Płynności Chicago, FAS). Do oceny funkcji „czołowych” można zastosować TMT Trail Making Test, Test Interferencji Kolorów i Słów Stroopa, Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Test N-beck. Do oceny funkcji poznawczych Test Rysowania Zegara (TRZ), czyli The Clock Drawing Test (CDT), czy też Krótki Kwestionariusz Stanu Psychicznego wg Pfeiffera oraz Frontal Assessment Battery (FAB).
7. Etap terapeutyczny. Na tym etapie należy ustalić kroki prowadzonej terapii. Według tego schematu należy przygotować na osobnym spotkaniu każdego z asystentów. Zadaniem neurologopedy jest kontrolowanie pracy asystentów oraz praca z pacjentem. Należy ustalić jeden dzień w tygodniu, w którym prowadzący pełni dyżur, wówczas asystenci mogą się z nim skonsultować. Można również odbyć konsultacje poprzez wideorozmowę lub pewne treści przesłać mailem. Jednakże jeden dzień neurologopeda powinien być dostępny dla asystentów. Należy również przeprowadzić hospicję zajęć asystentów. Reasumując: neurologopeda prowadzi terapię, pozostawiając materiały dla asystentów, konsultując na bieżąco przebieg terapii, będąc dostępnym dla asystentów w danym dniu i godzinie oraz hospitując zajęcia przynajmniej raz podczas prowadzenia terapii.
8. Podsumowanie terapii oraz zadań asystentów. Na tym etapie należy sprawdzić dokumentację, ocenić pracę asystentów, wymienić uwagi końcowe oraz dokonać kolejnej diagnozy pacjenta.

REKOMENDACJE:

Dokonując analizy niniejszej Innowacji, należy poddać ocenie wszystkie czynniki, które wpłynęły na jej realizację.

1. Należy wybrać jednostkę, w oparciu o którą można podjąć się realizacji tej Innowacji. Każde z rozwiązań jest możliwe i jest owocne.
2. Gratyfikacja nie wpływa na wydajność pracy asystentów.
3. Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością oraz doświadczenie zawodowe wpływają na możliwości terapeutyczne asystenta, choć można je z powodzeniem modyfikować podczas prowadzenia terapii. Czasami stanowi dodatkowy atut w postaci innowacyjności asystenta.
4. Podczas współpracy z uczelniami należy zwrócić uwagę, iż w przypadku uczelni uniwersyteckich ścieżka podjęcia współpracy jest zdecydowanie dłuższa, ze względu na wymogi formalne tychże uczelni.
5. Neurologopeda powinien być odpowiedzialny głównie za pracę terapeutyczną i nadzorowanie asystentów. Prace administracyjne i księgowość powinna realizować inna osoba.
6. Przed rozpoczęciem terapii warto ustalić zasady, prawa i obowiązki asystenta, włącznie z informowaniem o nieobecnościach i zasadach ich odrabiania.
7. Należy jasno przedstawić zasady uzupełniania i dostarczania dokumentacji.
8. Należy ustalić dyżur neurologopedy raz w tygodniu w celu konsultacji z asystentami.
9. Należy kontrolować pracę asystentów poprzez hospitacje.

10. Należy uwzględnić zasady BHP. Zatrudniając osoby już pracujące, mamy pewność, że takie szkolenie się odbyło, podobnie jeśli podejmuje się pracę ze studentami. Jednakże jeśli jest taka możliwość, można takie szkolenie dodatkowo przeprowadzić.
9. Uwzględniając bezpieczeństwo, warto zwrócić uwagę na to, iż opiekun zawsze powinien być obecny podczas pracy asystenta.
11. Jeśli jest taka możliwość, należy uwzględnić dodatkowy budżet na pomoce dydaktyczne dla asystentów, choć nie jest to warunek konieczny.

Innowacja pt. „Mowa w starciu z udarem” sprawdziła się w takim kształcie, w jakim podjęto się jej przetestowania. Jakość życia pacjentów uległa stanowczej poprawie w kontekście współpracy ze specjalistą oraz nieprofesjonalnymi asystentami. Każda ze stron odniosła korzyści, biorąc pod uwagę zarówno pacjentów, jak i asystentów.

Wprowadzenie tego typu modelu dałoby o wiele większe możliwości terapeutyczne pacjentów z afazją. Tym bardziej, że każda tego typu inicjatywa daje możliwość poprawy komunikacji, a co za tym idzie, również samodzielności pacjenta. Zgodnie z założeniami filozofa Ludwiga Wittgensteina „Gdy zadajemy sobie trudu, aby wypowiedzieć niewypowiedziane, nic nie zostaje stracone. Lecz owo niewypowiedziane jest zawarte w wypowiedzianym”. Dlatego warto podjąć trud pracy z osobami z afazją, aby mogły choć w części powrócić do społeczeństwa.

CZĘŚĆ III

1. BIBLOGRAFIA

- Aaronson N.K., Kaasa S., Spragners M.A., *Kwestionariusze EORTC do oceny jakości życia chorych na nowotwory*, w: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, red. Meyza J., Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997, s. 13-36.
- Ahmedzai S., *Quality of life research In the European palliative care setting*, w: *Effect on cancer on quality of life*, red. D. Osoba, CRS. Press Inc. London
- Andrews, F., and Robinson, J., *Measures of Well – Being*, In Robinson John, Philipp Shaver and Lewerence Wrihstman, *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*, Academic Press: San Diego, California, 1991, ss. 61-115.
- Adams M., *Clinical strategy for defferentiating the normalny nonfluent child and the incipient stutterer*, *Journal of Fluency Disorders* 1976, 2, s. 106-112.
- Aktywizacja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*, red. Dąbrowska E., Kubiński W., Universitas, Kraków 2003.
- Arciszewska-Binnebesel A., *Szczęśliwy świat tworzenia, czyli arteterapia*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2003.
- Balejko J., *Jak pokonać trudności w mówieniu, czytaniu i pisaniu. Dla rodziców i nauczycieli*, Wydawnictwo Impuls, Białystok 2003, s. 37.
- Bartosz B., *Czy bycie twórcą oznacza wysoką jakość życia? O niekoniecznie prostych związkach między twórczością i jakością życia*, w: *Wokół Jakości życia. Studia psychologiczne*, red. Bartosz B., Klebaniuk J., Wydawnictwo „Jakpol”, Wrocław 2006, s. 84.
- Barnes C., Mercer G., *Niepełnosprawność*, Wydawnictwo sic!, Warszawa 2008.
- Bartel R., *Arteterapia a twórczy rozwój osobowości*, „Terapia przez sztukę” 1(4) 2012/2013.
- Baumann K., *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, *Gerontologia Polska*, 2006, 4, s. 9
- Bąbka J., *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2004.
- Białostocki J., *Sztuka cenniejsza niż złoto*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2013.
- Bricman P., Coastes D., Janoff-Bulman R., *Lottery winners and accident victims. Is Happiness relative?*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, 36, s. 917.
- Birch A., Malim T., *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęstwa do dorosłości*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1995.

- Bodanko A. *Pojęcie niepełnosprawności i nauka niepełnosprawnych w ujęciu historycznym*, „Nauczyciel i szkoła” 1/2011.
- Borys T., *Jakość życia jako kategoria badawcza i cel nadrzędny*, w: *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*, red. Wachowiak A., Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, s. 28.
- Błeszyński J.J., *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków 2008, s. 11.
- Bolewska I., *Terapia pedagogiczna, jako rodzaj oddziaływań wychowawczych i dydaktycznych w pedagogice specjalnej*, w: *Terapia pedagogiczna w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, red. Kucyper K., Stankowski A., Wydawnictwo Wyższa Szkoła Administracji, Bielsko-Biała 2008.
- Borowska-Beszta B., *Echa ekspresji. Kulturoterapia w andragogice specjalnej*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków 2008.
- Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zysk i Ska, Poznań 2009.
- Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2014, s. 162.
- Chmielewska O., *Biblioterapia*, „Życie szkoły” 10/2005.
- Cummins R.A., *Comprehensive Quality of Life Scale – Adult*, 5th ed., School of Psychology, 1997.
- Deakin U., Cummins R.A., *Living with support in the community: predictors of satisfaction with life*, “Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews”, 2001, 7, s. 99-104.
- Cummins R.A., *Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model*, “Social Indicators Research”, 2003, 64, s. 225-256.
- Cummins R.A. (2005). *Moving from the quality of life concept to a theory*, “Journal of Intellectual Disability Research”, 49, 10, s.699-706. University. Melbourne 2005, s. 75, 2, s.124.
- Cwietkowa L.S., *Nejropsichologiczeskaja rehabilitacija bolnych*, Izdatiwlstwo Moskowskogo Uniweriteta, Moskwa 1985.
- Cwietkowa L.S., Cyganok A. A., *O zaburzeniu rozumienia słów w różnych formach afazji*, w: *Badania lingwistyczne nad afazją*, red. Mierzejewska H., Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1978, s. 69-74.
- Cwietkowa L.S., *Perspektywy badań nad afazją: osobowość i język, wewnętrzny obraz afazji*, przeł. M. Sarnowski, w: *Logopedia, teoria i praktyka*, red. Młynarska M., Smereka T., A Linea, Wrocław 2005.

- Cytowska B., *Drogi edukacyjne dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*, Wydawnictwo Naukowe Impuls, Wrocław 2002.
- Clark L., Ireland C. *Uczymy się mówić, mówimy aby się uczyć*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 1998, s.15.
- Czapiński J., *Psychologiczne teorie szczęścia*, w: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, red. tegoż, PWN, Warszawa 2004, s. 180.
- Day J., *Twórcza wizualizacja dla dzieci. Sposoby pozytywnego oddziaływania na własne zdrowie*, Zysk i S-ka, Poznań 1997, s.16-100.
- Derbis R., *Doświadczanie codzienności. Poczucie jakości życia. Swoboda działania. Odpowiedzialność. Wartości osób bezrobotnych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie, Częstochowa 2000, s. 25.
- Dębska U., *Podjąć wyzwanie. W kontekście dynamiki wartościowania, sensu i jakości życia osób niepełnosprawnych*, w: *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne*, red. Bartosz B., Klebaniuk J., Wydawnictwo „Jakpoł”, Wrocław 2006, s. 110.
- Dworzniakowska M., *Komunikacja alternatywna w procesie rewalidacji*, w: *Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, red. Kosakowski Cz., Zaorska M., Wydawnictwo edukacyjne AKAPIT, Toruń 2000, s. 181-182.
- Drzewucka A., *Twórczość plastyczna a sztuka współżycia – o znaczeniu twórczości plastycznej w procesie rozwijania kompetencji emocjonalno-społecznych dziecka w wieku przedszkolnym*, w: *Sztuka, twórczość, edukacja. Współczesne problemy edukacji estetycznej i artystycznej*, red. Bobrowicz W., Wydawnictwo Verba, Lublin 2010.
- Dykcik W., *Aktywność w kulturze i sztuce podstawą edukacji i twórczego życia osób niepełnosprawnych*, w: *Sztuka w życiu i edukacji osób niepełnosprawnych*, red. Jutrzyzna E., Wydawnictwo APS, Warszawa 2003.
- Dykcik W., *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo UAM, Poznań 2001.
- Dykcik W., *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*, WNPTP, Poznań 2002, s. 323.
- Dykcik W., *Poszukiwanie nowatorskich i alternatywnych koncepcji indywidualnej rehabilitacji oraz społecznej integracji osób niepełnosprawnych – aktualnym wyzwaniem praktyki edukacyjnej*, w: *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej*, red. Dykcik W., Szychowiak B., Wydawnictwo UAM, Poznań 2001.

- Ferens K., *Źródła kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych*, w: *Terazniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*, red. Miłkowska G., Olszak-Krzyżanowska B., Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008, s. 100-101.
- Firkowska-Mankiewicz A. *Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie – prezentacja QOL – Kwestionariusz Jakości Życia*, „Sztuka leczenia”, 1999, 5, 3, s. 16.
- Firkowska-Mankiewicz A., Szumski G., *Pedagogika specjalna i system kształcenia osób z niepełnosprawnościami w Polsce*, w: D. D. Smith, *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
- Fornalik I., *Dorosłość pod ochroną? Seksualność osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną we wczesnej dorosłości*, w: *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, red. Bąbka J., Żak S., Krause A., Wójcik M., Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2004.
- Gajda S., *Jak się porozumiewamy?*, w: Gałkowski T., Jastrzębowska G., *Logopedia, pytania i odpowiedzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 19.
- Gładyszewska-Cylulko J., *Miejsce arteterapii w pracy pedagoga specjalnego*, w: Karolak W., Kaczorowska B., *Arteterapia. Od rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych*, Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2007.
- Gładyszewska-Cylulko J., *Arteterapia w pracy pedagoga. Teoretyczne i praktyczne podstawy terapii przez sztukę*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2011.
- Godawa J., *W kręgu sztuki i arteterapii. Słowa, które mają uzdrawiającą moc*, w: *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*, red. Rottermund J., Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2003.
- Grudziewska E., *Arteterapia w procesie resocjalizacji młodzieży*, „Opieka, wychowanie, terapia” Warszawa 2005, nr 1-2.
- Grudziewska E., *Arteterapia jako forma pracy z dzieckiem z upośledzeniem umysłowym*, „Szkola Specjalna” nr 3, APS, Warszawa 2010.
- Górska A., *Arteterapia a uspołecznianie osób z niepełnosprawnością intelektualną*, „Niepełnosprawność i rehabilitacja” 2/2009.
- Gurba E., *Wczesna dorosłość*, w: *Psychologia rozwoju człowieka*, red. Harwas-Napierała B., Trempała J., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

- Grabias S., *Społeczne i sytuacyjne uwarunkowania zachowań językowych*, w: *Poradnik metodyczny dla nauczycieli polonijnych*, red. Krakowiak K., Mańdziuk J., Wydawnictwo UMCS, Lublin 1986.
- Grabias S., *Typologia zaburzeń mowy. Narastanie refleksji logopedycznej*, „Logopedia” 1996, 23, s. 79-90.
- Grabias S., *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” 2000, 10, s. 9.
- Grabias S., (2001), *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, w: S. Grabias red. *Zaburzania mowy*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, t. 1, s.11-43.
- Grabias S., *Język, poznanie, interakcja. Mowa. Teoria – Praktyka*, w: *Język, interakcja, zaburzenia mowy. Metodologia badań*, red. Woźniak T., Domagała A., Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
- Grabias S., *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*, „Logopedia” 2010/2011, 39/40, s. 9-34.
- Gruntkowski Z., *Gry i zabawy stymulujące rozwój myślenia i mowy*, w: *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dziecka o obniżonej sprawności umysłowej*, red. Pileccy W. J., Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1996, s. 142.
- Hoffmann B., *Arteterapia w oddziaływaniach edukacyjno-terapeutycznych*, „Problemy opiekuńczo-wychowawcze, 9/ 2015.
- Humanizm ekologiczny. Jakość życia, wymiar ekologiczny*, red. Kozak Z. M., Kyć S., Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Lubelskiej, Lublin 1994, s. 34-49.
- Janicki A., *Znaczenie sztuki dla zdrowia psychicznego*, w: „Arteterapia”, z. nauk. nr 52, Hanek L., Pasella M., AM, Wrocław 1990.
- Janiszewska-Nieścioruk Z., *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, w: *Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. Melosik Z., Impuls, Kraków 2001.
- Jaracz K., *Jakość życia w naukach medycznych*, w: *Młodzież styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe AM, Poznań 2001, s. 209-224.
- Jaracz K., *Jakość życia w naukach medycznych*, w: *Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, red. Melosik Z., Wydawnictwo Naukowe AM, Poznań 2001, s. 216-220.
- Jaracz K., Kozubski W., *Jakość życia chorych po udarze mózgu w świetle badań empirycznych*, „Aktualności neurologiczne” 2002, 2, s. 35-45.
- Jarosz Cz., *Zainteresowania uczniów niepełnosprawnych umysłowo*, „Edukacja i dialog”, 8/2006.

- Jastrzębowska G., *Lingwistyczne, biomedyczne i psychologiczne ujęcie mowy*, w: *Logopedia, pytania i odpowiedzi*, red. Gałkowski T., Jastrzębowska G., Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 334.
- Jezierska G., *Diagnostowanie i interpretacja dzieł sztuki powstałych w procesie warsztatów arteterapeutycznych*, „Arteterapia” 1/2008.
- Jezierska G., *Wielorakie funkcje dzieł sztuki w procesie warsztatów arteterapeutycznych*, „Arteterapia” 2/2008.
- Kaczmarek L., *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, w: *Pedagogika rewalidacyjna*, red. Hulek A., PWN, Warszawa 1981, s. 284-302.
- Kaczmarek L., *Nasze dziecko uczy się mowy*, wyd. 4, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1982, s. 278.
- Kaja B., *O potrzebie stosowania terapii pedagogicznej w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych*, w: *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej*, red. Dykciak W., Szychowiak B., Wydawnictwo UAM, Poznań 2001, s. 118.
- Kamiński A., *Aktywizacja i uspołecznienie uczniów w szkole podstawowej*, PWN, Warszawa 1966, s. 75.
- Kane R.A., *Quality of life*, w: *Encyclopedia of Public Health*, Vol. 3, red. Breslow L., Macmillan Reference USA, New York 2002, s. 1003.
- Kalbarczyk A., *Zabawy ze sztuką. Podręcznik metodyczny dla nauczycieli. Praca z dzieckiem uzdolnionym, wrażliwym lub nieśmiałym w małych grupach. Grupy wiekowe 5–13 lat*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006.
- Karolak W., Gmitrowicz A., *Arteterapia. Znaczenie arteterapii w psychiatrii polskiej*, InSEA, Łódź 2000.
- Kataryńczuk-Mania L., *Metody i formy terapii sztuka*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2005.
- Kawa M., *Standardy etyczne w pracy analityka zachowania wspierającego rozwój osób z zaburzeniami rozwoju*, w: *Kulturowe i społeczne aspekty niepełnosprawności*, red. Tomaszewski P., Bargiel-Matusiewicz K., Pisula E., PWN, Warszawa 2015.
- Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, PZWL, Warszawa 1986, s. 28.
- Kijak R., *Seks i niepełnosprawność. Doświadczenia seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Impuls, Kraków 2005.
- Kirenko J., *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
- Konieczna E. J., *Arteterapia w teorii i praktyce*, Impuls, Kraków 2004.

- Kosakowski Cz., *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Akapit, Toruń 2003.
- Kowalik St., *Psychologiczne wymiary jakości życia*, w: *Mysł psychologiczna w Polsce Odrodzonej*, red. Bańka A., Derbis, R., Gemini, Poznań 1993.
- Kowalik St., *Temporalne uwarunkowania jakości życia*, w: *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, red. Bańka A., Derbis R., Gemini, Poznań – Częstochowa 1994, ss. 40- .
- Kowalik St., *Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne*, w: *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, red. Bańka A., Derbis R., Gemini, Poznań – Częstochowa 1994, ss. 76.
- Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Biblioteka Pracownika Socjalnego „Interart”, Katowice 1999, s. 25-26.
- Kowalik St., *Jakość życia psychicznego*, w: *Jakość rozwoju a jakość życia*, red. Derbis R., Wydawnictwo WSP, Częstochowa 2000, s. 23-30.
- Kowalik St., *Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, w: *Jakość życia w naukach medycznych*, red. Wołowicka L., Wyd. Uczelniane Akademii Medycznej, Poznań 2001, s. 69.
- Krasoń K., Mazepa-Domagala B., *Przestrzenie sztuki dziecka. Strategia intersemiotycznego i polisensorycznego wsparcia jednostek o obniżonej sprawności intelektualnej*, Librus, Katowice 2003, s. 119.
- Krauze-Sikorska H., *Edukacja przez sztukę. O edukacyjnych wartościach artystycznej twórczości dziecka*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006.
- Kulczycki M., *Arteterapia i psychologia kliniczna*, „Arteterapia”, z. nauk. nr 57, Hanek L., Pasella M., AM, Wrocław 1990.
- Kuraś B., *Terapia przez sztukę*, „Życie szkoły” 10/2005.
- Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Wydawnictwo Media Rodzina, Warszawa 2001, s. 25-89.
- Lecourt E., *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, przeł. Teodorowska L., Videograf, Katowice 2008.
- Lindstrom B., *The essence of existence: on the quality of life of children in the Nordic countries*, Nordic School of Public Health, Goteborg 1994, s. 43.
- Lowenfeld V., Lambert B. W., *Twórczość a rozwój umysłowy dziecka*, tł. Polakowski K., PWN, Warszawa 1977.
- Łuria A.R., *Zaburzenia wyższych czynności korowych w skutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*, przeł. Klimkowski M., Baranowski B., Dorszowa Z., PWN, Warszawa 1967.

- Łuria A.R., *Podstawy neuropsychologii*, przeł. Kędzierzawa D., PZWL, Warszawa 1976.
- Łuria A.R., *Świat utracony i odzyskany. Historia pewnego zranienia*, przeł. Kowaliszyn A., PWN, Warszawa 1984.
- Maj E., *Osoby niepełnosprawne w Polsce – wykluczone, równe czy uprzywilejowane*, w: *Niepełnosprawność niejedno ma imię*, red. Rottermund J., Czupryna K., Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2013, s. 117-119.
- Majkowski J., Cendrowski W., *Udary naczyniowe mózgu*, w: *Choroby wewnętrzne*, red. Wojtczak J., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, s. 569.
- Malewicka U., *Rola teatru w życiu osoby niepełnosprawnej*, „Szkoła Specjalna” 4/2009.
- Masgutowa S., *Psychoterapia przez sztukę*, „Forum Psychologiczne” 1/1997.
- Maslow A.H., *Teoria hierarchii potrzeb*, w: *Materiały z historii psychologii*, red. Zamiara K., Instytut Kulturoznawstwa UAM, Poznań 1996, s. 256-279.
- Markiewicz K., *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004, s. 87-88.
- Maruszewski M., *O metodach i skuteczności rehabilitacji mowy w przypadkach afazji*, „Studia Psychologiczne” 1965, 6, s. 5-30.
- Maruszewski M., *Chory z afazją i jego usprawnianie*, PWN, Warszawa 1974.
- Młynarska M., Smereka T., *Psychostymulacyjna metoda kształtowania rozwoju mowy oraz myślenia*, WSiP, Warszawa 2000, s. 20.
- Minczakiewicz E. M., *Mowa – Rozwój – Zaburzenia – Terapia*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1997, s. 17.
- Mirinowicz-Modrzejewska A., *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*, PZWL, Warszawa 1963, s. 36-83.
- Malchiodi C. A., *Arteterapia. Podręcznik*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2014.
- Marek E., *Arteterapia jako metoda wspomagająca pracę wychowawczą*, w: *Sztuka w edukacji i terapii*, red. Knapik M., Sacher W. A., Impuls, Kraków 2004.
- Nieścior A., *Struktura jakości życia jednostki*, „Problemy Jakości” 4/2001, s. 4.
- Nowak A., *Wybrane zagadnienia i prawne aspekty niepełnosprawności*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 1999, s. 10.
- Olas A., *Arteterapia inspiracją dla pedagogiki*, „Szkoła specjalna” 4/ 2006.
- Olechnowicz H., *Doznania dotykowe w wychowaniu głęboko upośledzonych umysłowo*, „Szkoła specjalna” 1987.

- Otrębski W., *Osoby z upośledzeniem umysłowym w sytuacji pracy. Psychospołeczne korelaty poziomu kompetencji zawodowej osób z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym*. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001, s. 93.
- Panasiuk J., *Afazja semantyczna – diagnoza, terapia. Opis przypadku*, „Logopedia” 1999, 26, s. 129-147.
- Panasiuk J., *Komunikacja w afazji*, „Logopedia” 2000, 27, s. 55-80.
- Panasiuk J., *Standard postępowania logopedycznego w afazji*, „Logopedia” 2008, 37, 255-278.
- Panasiuk J., *Standard postępowania logopedycznego w przynajmniej jednej z afazji*, „Logopedia” 2008, 37, s. 279-296.
- Panasiuk J., *Afazja a interakcja. Tekst – metaTekst – konTekst*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2013.
- Pąchalska M., *Afazjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 27.
- Pąchalska M., *Zaburzenia komunikacji u chorych z afazją*, w: *Opuscula Logopedica in honorem Leonis Kaczmarek*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1993, s. 265-283.
- Pąchalska M., *Terapia chorych z afazją: cele, realizacja i dylematy*, w: „Postępy w rehabilitacji” 1991, 5(2), s. 9-27.
- Pedagogika rodziny - obszary i panorama problematyki*, red. Kawula S., Brągiel J., Janke A., Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
- Peterman, A.H., Cella, D., *Quality of life*, w: *Encyclopedia of Psychology*. Vol. 6., red. Kazdin, W.A., s. 401-495. Oxford. Oxford University Press-American Psychological Association, 2000, s. 49.
- Piaget J., *Mowa i myślenie u dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992, s. 39-42.
- Piotrowicz R.J., *Jakość życia w widzeniu osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym*, w: *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową os dzieciństwa do późnej dorosłości*, red. Głodakowska J., Giryński A., Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2004, s.50.
- Pilch T., *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, PWN, Warszawa 2006.
- Pisula E., Danielewicz D., *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2008, s. 59-97.
- Powszechna Encyklopedia Filozofii*, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, t.5, Lublin 2004, s.172

- Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, red. Bańka A., Derbis R., Wydawnictwo Gemini, Poznań – Częstochowa 1994, s. 19.
- Raport Instytutu Ochrony Zdrowia. Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, s. 11.
- Renwick R., Brown I., *Being, belonging, becoming: The Center for Health promotion model of quality of life*, w: *Quality of life in promotion and rehabilitation. Conceptual approaches, issues, and application*, red. Renwick, R., Brown, I., Nagler, M., Sage Publication, London 1999, s.158.
- Rocławski B., Fedorowska W., Wardowska B., *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy*, Wywiad biologiczno-środowiskowy, Glottispol, Gdańsk 1997.
- Rudowski T., *Edukacja i terapia przez sztukę*, Wydawnictwo Impuls, Warszawa 2013.
- Rzeźnicka- Krupa J., *Komunikacja – edukacja – społeczeństwo. O dyskursie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, Impuls, Kraków 2008, s. 124-125.
- Sadowska Sł., *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2006, s. 16.
- Satir V., *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- Seniów J., *Afazja – krótka charakterystyka objawów i terapii*, Afasystem.Info.pl, (dostęp: 9.01.2019).
- Sęk. H., *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993, 2, s. 110-118.
- Sęk H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Scholar, Warszawa 2001.
- Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1998.
- Schalock R.L., *Three Decades of Quality of Life*, Focus of Autism and Other Developmental Disabilities, 2000, 15, 2, s. 121.
- Schalock R.L., Brown R., Cummins R.A., Felce D., Matikka L., Keith K.D., Parmenter, T., *Conceptualization, Measurement and Application of Quality of Life Person With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts*, „Mental Retardation” 2000, Vol. 40, nr 6, s. 460.
- Siemień M., *Arteterapia – w poszukiwaniu wewnętrznego świata*, w: Siemień M., Siemień T., *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2008.
- Siwek S., *Upośledzenie umysłowe*, w: *Neuropsychologia kliniczna dziecka – wybrane zagadnienia*, red. Borkowska A., Domańska Ł., Wydawnictwo PWN, Warszawa 2006.

- Skorny Z., Biblioterapia, w: Hanek L., Passella M., *Arteterapia*, Wydawnictwo UW, Wrocław 1990.
- Słodownik-Rycaj, E., *Rozwijanie mowy komunikatywnej dziecka* Wydawnictwo, Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, s. 14.
- Smyczek A., Szwiec J., *Wspomagające sposoby porozumiewania się – nauka i rozwijanie umiejętności*, w: *Przewodnik dla nauczycieli i uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym*, cz. I, red. Piszczek M., Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2001, s. 131-132.
- Stachyra K., Grudziewska E., *Muzykoterapia i terapia przez sztuki plastyczne w piśmiennictwie polskojęzycznym*, UMCS, Lublin 2007.
- Stawinoga R., *Aktywność twórcza we współczesnej edukacji*, „Nowa szkoła” 3/2002.
- Stefańska A., *Arteterapia a rozwój emocjonalny człowieka. Psychologiczne aspekty sztuki*, „Wychowanie na co dzień” 12/ 2008.
- Studen St., Okła W., Puzon P., *Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii*, w: *Jakość życia w chorobie*, red. Steuden St., Okła P., Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 6.
- Stelter Ź., *Twórczość jako metoda łagodzenia skutków niepełnosprawności*, UAM, „Kwartalnik pedagogiczno-terapeutyczny” 3-4 (19-20)/2005.
- Stobart G., *Czy psychologia potrafi uzasadnić idee integracji dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, w: Fairbairn G., Fairbairn S., *Integracja dzieci o specjalnych potrzebach*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2000.
- Szafraniec G., *Między terapią a sztuką*, w: *Dziecko i sztuka. Recepcja – edukacja – wsparcie – terapia*, red. Knapik M., Krasoń K., Wydawnictwo Impuls, Katowice 2003.
- Straś-Romanowska M., *Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstawy teoretyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1992.
- Straś-Romanowska M., *Jakość życia w perspektywie psychologicznej*, w: *Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*, red. J. Patkiewicz, Studio Wydawniczo-Typograficzne „Typoscript”, Wrocław 2004, s. 15-22.
- Straś-Romanowska M., *Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanych na osobę*, w: *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*, „Kolokwia Psychologiczne”, Instytut Psychologii PAN, Warszawa 2005, s. 263-274.

- Styczek I., *Logopedia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980, s. 68.
- Szląg E., *Mózgowa organizacja funkcjonowania poznawczego*, w: *Wprowadzenie do neurologopedii*, red. Obrębski A., Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 61-62.
- Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999.
- Szumaska J., *Metody rehabilitacji w afazji*, PZWL, Warszawa 1983.
- Szulc W., *Sztuka i terapia*, Wydawnictwo Centrum Metodyczne Szkolenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1993.
- Szulc W., *Początki arteterapii jako dyscypliny paramedycznej w Europie*, w: *Metody i formy terapii sztuką*, red. Kataryńczuk-Mania L., Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2005.
- Szulc W., *Kultura dla mas Polski Ludowej*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2008.
- Śliwak J., *Psychospołeczne problemy niepełnosprawności*, w: Rutkowska E., *Pracownik z niepełnosprawnością*, Norbertinum, Lublin 2007.
- Świątek D., *Stymulacja aktywności prozatrudnieniowej młodzieży niepełnosprawnej*, „Szkoła specjalna” 1/2006.
- Tatarkiewicz W., *O szczęściu*, Wydawnictwo: Wiedza Zawód Kultura, Kraków 1949, s. 251.
- Tasiemski T., Knopczyńska M., Wilski M., *Jakość życia osób po udarze mózgu – badania pilotażowe*, „Gerontol. Pol.” 2010, 18, 3: 128-133.
- Tomasello M., *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005, s. 132.
- Tomaszewski T., *Ślady i wzorce*, WSiP, Warszawa 1984, ss. 36-209.
- Twardowski A., *Twórczość w procesie edukacji szkolnej*, w: *Edukacja kulturalna i aktywność artystyczna*, red. Jankowscy D., Wydawnictwo UAM, Poznań 1996.
- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997, Nr 123, poz. 776.
- Wajdenfeld J., *Kreatywna plastykostymulacja w świetle twórczego funkcjonowania umysłu*, Wydawnictwo Psychoskok, Warszawa 2013.
- Wapiennik E., Piotrowicz R., *Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel Europy*, UKIE, Warszawa 2002.
- Winczewska A., *O uwarunkowaniach twórczości plastycznej dzieci*, „Życie szkoły” 10/2014.

- Wiszniewski M., *Terapie ekspresyjne w edukacji, profilaktyce i rozwoju osobistym – podstawy teoretyczne i przykłady praktycznego zastosowania*, w: *Arteterapia. Od rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych*, red. Karolak W., Kaczorowska B., Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.
- Wojciechowski A., *Problemy terapii przez sztukę*, w: *Pedagogika specjalna*, red. Dykcik W., UAM, Poznań 1997.
- Wojciechowski A., *Terapia spotkania*, Wydawnictwo UMK, Toruń 2004.
- Wojciechowski F., *Szanse i zagrożenia okresu dorastania osób niepełnosprawnych*, w: *Pedagogika specjalna – kontynuacja tradycji dla przyszłości*, red. Zabłocki K., Gorajewska D., APS, Warszawa 2004.
- Wood D., *Společne interakcje jako tutoring*, w: *Dziecko wśród rówieśników i dorosłych*, red. Brzezińska A., Lutomski G., Smykowski B., Wydawnictwo UAM, Poznań 1995.
- Wyczesany J., *Pedagogika upośledzonych umysłowo – wybrane zagadnienia*, PWN, Warszawa 2006.
- Wyczesany J., *Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, w: *Pedagogika specjalna*, red. tegoż, UAM, Poznań 1997.
- Wygotski L., *Wybrane prace psychologiczne*, PWN, Warszawa 1971.
- Zalewska A., *Transakcyjny model jakości życia – założenia, wyniki badań dalsze hipotezy*, w: *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*, red. Straś-Romanowska M., Lachowicz-Tabaczek A., Szmajke A., Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2005.
- Zarębina M., *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław 1965, s. 31.
- Zasada S., *Rozwój mowy dziecka*, „Czasopismo internetowe Logopeda” 2007, nr 1(4), s. 199.
- Zawiślak A., *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*, Difin SA, Warszawa 2011, s. 42.
- Zinker J., *Proces twórczy w terapii Gestalt*, J. Santorski & CO Agencja Wyd., Warszawa 1991.
- Żuraw H., *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*, Żak, Warszawa 2009.
- Żyta A., *Rodzeństwo osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, Impuls, Kraków 2004.

2. NETOGRAFIA

www.ptfarm.pl, Strepikowska, A., Buciński, A., *Udar mózgu, czynniki ryzyka i profilatyka*, s. 46, (dostęp: 3.01.2019 r.)

www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/ en

www.mowik.pl, (dostęp: 8.01.2019 r.)

www.makaton.pl, (dostęp: 8.01.2019 r.)

ANEKS

Załącznik 1 Kwestionariusz wywiadu z rodziną

WYWIAD

W związku z projektem pt. „Mowa w starciu z udarem” realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych* proszę o wypełnienie ankiety dotyczącej rehabilitacji logopedycznej pacjenta, jej przebiegu oraz intensyfikacji.

Dane do wywiadu są całkowicie anonimowe i będą wykorzystane tylko do celów realizacji niniejszego projektu.

I. Dane Pacjenta:

1. Płeć:
 - kobieta
 - mężczyzna
2. Wiek
3. Udar, jakiego doznał pacjent:
 - udar niedokrwienny
 - udar krwotoczny
4. Data wystąpienia udaru
5. Czas hospitalizacji od do

II. Pytania dotyczące rehabilitacji logopedycznej.

1. Czy pacjent otrzymał rehabilitację logopedyczną w jednostce szpitalnej, gdzie przebywał po udarze?
.....
2. Jeśli tak to jak długo trwała ta rehabilitacja?
.....
3. Jak intensywna była taka rehabilitacją?
 - raz w tygodniu
 - dwa razy w tygodniu
 - pięć razy w tygodniu
 - codziennie

4. Jak długo trwały zajęcia logopedyczne?
 - 15 min
 - 30 min
 - 45 min
5. Czy rehabilitację tego typu uważali Państwo za wystarczającą?
 - TAK
 - NIE
6. Czy po opuszczeniu szpitala pacjent/pacjentka byli rehabilitowani logopedycznie?
 - TAK
 - NIE
7. Jeśli tak, to w jakim środku?
.....
8. Jeśli tak, to jak długo trwała taka rehabilitacja?
.....
9. Jak często odbywała się taka rehabilitacja?
.....
10. Z jaką intensywnością pacjent/pacjentka odbywał/odbywała zajęcia?
.....
11. Czy po skończonym turnusie rehabilitacyjnym uznali Państwo, że pacjent komunikuje się w stopniu wystarczającym?
 - TAK
 - NIE
12. Czy podjęli Państwo próbę rehabilitacji logopedycznej poza refundacją, jaką oferuje Narodowy Fundusz Zdrowia? Jeśli tak, to gdzie Państwo podjęli takie działania?
.....
13. Czy szukali Państwo pomocy logopedycznej w fundacjach, stowarzyszeniach czy też w klinikach?
.....
14. Czy intensywne pomoce logopedyczne są potrzebne?
.....
15. Czy zamierzacie Państwo nadal podejmować działania w celu rehabilitacji logopedycznej pacjenta?
.....

Załącznik 2 Wywiady - podsumowanie

WYNIKI WYWIADÓW Z PACJENTAMI PRZEPROWADZONYMI OD 3 MARCA DO 6 KWIETNIA 2018 ROKU

Jeden z wywiadów został przeprowadzony później, w dniu 15 maja 2018 roku. Był to dodatkowy wywiad z pacjentem, który został później włączony do projektu. Wywiady przeprowadzono w dniach od 3 marca do 6 kwietnia 2018 roku. Wywiady przeprowadzono z pacjentami, którzy wzięli udział w projekcie pt. „Mowa w starciu z udarem” w ramach innowacji społecznej „Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych.”

Wywiady przeprowadzono z pięcioma pacjentami, dwoma mężczyznami oraz trzema kobietami. Z uwagi na stan zdrowia i możliwości komunikacyjne tylko jedna pacjentka potrafiła samodzielnie udzielić informacji, które były zawarte w wywiadzie. Pozostałe wywiady przeprowadzono z opiekunami oraz z pomocą dokumentacji medycznej.

CHARAKTERYSTYKA PACJENTÓW:

L. Marian, 78 lat, udar niedokrwienny wystąpił w 2013 roku.

Diagnoza: afazja semantyczna.

Pacjent nie otrzymał opieki logopedycznej na terenie szpitala, ale po opuszczeniu placówki miał szansę podjąć terapię z ramienia NFZ. Terapia tego typu została udzielona po miesiącu od wystąpienia udaru. Z uwagi na to, że pacjent mieszka w Domu Pomocy Społecznej, otrzymał opiekę psychologa, który skutecznie stymulował funkcje poznawcze pacjenta. Pacjent nie był wspomagany logopedycznie w późniejszym okresie. Dwa lata temu dostrzeżono znaczne pogorszenie stanu pacjenta, szczególnie w obszarze komunikacji. W lutym 2018 roku pacjent przestał samodzielnie się poruszać. W chwili obecnej posługuje się szczątkami mowy.

J. Magdalena, 52 lata, udar niedokrwienny wystąpił w czerwcu 2017 roku.

Diagnoza: afazja czuciowa akustyczno-gnostyczna.

Pacjentka otrzymała opiekę logopedyczną w szpitalu. Następnie przebywała przez dziesięć tygodni na rehabilitacji w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Marysin w Piaskach, gdzie uczestniczyła w terapii logopedycznej. Po powrocie do domu rodzina starała się, aby pacjentka mogła korzystać z terapii logopedycznej, jednakże nie została zakwalifikowana w przeciągu miesiąca do żadnej

248

poradni. Od kwietnia 2018 roku brała udział w terapii logopedycznej prowadzonej przez autorkę niniejszego projektu na Dziennym Oddziale Rehabilitacji w ZOL na ul. Mogileńskiej w Poznaniu. Pacjentka nadal komunikuje się strzępami wyrazów, głównie pokazuje przedmioty, trochę wspomaga się gestem.

E. Janina, 74 lata, udar niedokrwienny wystąpił w styczniu 2017 oraz ponownie w listopadzie 2017 roku.

Diagnoza: afazja motoryczna aferentna.

Pacjentka nie otrzymała pomocy logopedycznej podczas pobytu na oddziale udarowym. Po opuszczeniu szpitala przebywała dwanaście tygodni w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Marysin w Piaskach, gdzie uczestniczyła w terapii logopedycznej. Następnie po dwóch miesiącach została zakwalifikowana na rehabilitację na Dziennym Oddziale Rehabilitacji w ZOL na ul. Mogileńskiej w Poznaniu. Tam też autorka tej innowacji prowadziła terapię logopedyczną pacjentki. Niestety bardzo krótko, ponieważ pacjentka doznała drugiego udaru. Mąż pacjentki poszukiwał terapii dla małżonki od stycznia 2018 roku, niestety bezskutecznie. Pacjentka zakwalifikowała się na terapię logopedyczną z ramienia NFZ od maja 2018 roku. Z uwagi na intensyfikację ćwiczeń pacjentka postanowiła, iż woli wziąć udział w niniejszym projekcie.

M. Ewa, 51 lat, udar niedokrwienny wystąpił w 2013 roku.

Diagnoza: afazja motoryczna eferentna.

Pacjentka nie korzystała z opieki logopedycznej w szpitalu podczas pobytu na oddziale udarowym. Następnie pacjentka wróciła do domu, gdzie pół roku oczekiwała na rehabilitację w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi. W niniejszej jednostce przebywała 12 tygodni, gdzie otrzymała pomoc logopedyczną. Po powrocie do domu pacjentka została objęta opieką logopedyczną z pobliskiej poradni logopedycznej, gdzie logopeda przychodziła na wizyty prywatne do pacjentki. Niestety wizyty były nieregularne i szybko się skończyły, ponieważ logopeda zmienił miejsce pracy. Od tego czasu Pani Ewa zaczęła częściej używać gestów i to, co wypracowała przez okres pracy z logopedą, zostało zapomniane na rzecz szczątków mowy, którymi posługuje się do dzisiaj, choć ma możliwości komunikacyjne.

K. Czesław, 76 lat, udar niedokrwienny wystąpił w lutym 2018 roku.

Diagnoza: afazja czuciowa akustyczno-mnesticzna.

Pacjent otrzymał pomoc logopedyczną podczas pobytu na oddziale udarowym w Poznaniu. Po opuszczeniu szpitala nie otrzymał żadnej pomocy logopedycznej. Pacjent przebywa w domu. Gdy opuścił szpital, stwierdzono, iż jego poziom komunikacji jest bardzo niski – afazja globalna. W chwili obecnej pacjent coraz więcej rozumie oraz stara się komunikować słowem i gestem. Nadal kontakt werbalny jest bardzo utrudniony.

Z wywiadów przeprowadzonych z pacjentami wynika, że ponad połowa pacjentów nie otrzymała opieki logopedycznej w szpitalu. Trzech pacjentów na pięciu odpowiedziało, że podczas pobytu na oddziale udarowym nie odbyły się żadne konsultacje logopedyczne. Pozostali pacjenci zostali objęci pomocą neurologopedy, jednakże z ich relacji wynika, że spotkania te były bardzo krótkie i prowadzone w dość szybkim tempie. Prawdopodobnie było to spowodowane dużą ilością pacjentów przebywających na oddziale. Ponadto pacjenci uczestniczą w takich działaniach terapeutycznych tylko przez kilka dni, ponieważ zostają skierowani do domu.

Dwóch pacjentów z pięciu, z którymi przeprowadzono wywiad, uczestniczyło w ciągłej rehabilitacji logopedycznej podczas pobytu w Ośrodku Rehabilitacyjnym w Piaskach. Były to pobyty 10-tygodniowe i 12-tygodniowe, podczas których zajęcia odbywały się trzy razy w tygodniu po pół godziny.

Jedna pacjentka po powrocie do domu została objęta opieką logopedyczną z pobliskiej przychodni zdrowia, gdzie logopeda przychodził na wizyty domowe w ramach NFZ. Terapia trwała dwa miesiące, z częstotliwością raz w tygodniu po pół godziny. Niestety logopeda zmienił gabinet i Pani Ewa nie miała możliwości dojeżdżać do tego logopedy w inne miejsce pracy. Następnie pacjentka została objęta pomocą przez PKPS oraz przez MOPS, ale nie było tam wówczas w ofercie pomocy logopedycznej, toteż terapia została przerwana.

Wszyscy pacjenci poszukiwali samodzielnie lub poprzez instytucje pomocy logopedycznej. Poszukiwali jej w przychodni zdrowia lub w ośrodkach oferujących rehabilitację. Starali się również pozyskać pomoc w MOPS-ie lub PKPS-ie. Niestety czas oczekiwania nie zawsze jest korzystny dla pacjenta. Wszyscy pacjenci wyrazili chęć oraz potrzebę wsparcia logopedycznego.

Załącznik 3 Karta Obecności

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES ZAMIESZKANIA:

MIESIĄC:

Lp.	Data	Godzina	Podpis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

Załącznik 4 Raport z wizyty upacjenta

RAPORT Z WIZYTY U PACJENTA

OBSERWACJA PACJENTA:

Czy pacjent podejmował współpracę?

.....
.....
.....

Czy pacjent chętnie wykonywał ćwiczenia?

.....
.....
.....

Jak oceniasz współpracę z pacjentem od 1 do 10?

.....
.....
.....

Zakres wykonanych czynności z pacjentem:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OFERTA DLA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

przy ul. Bukowskiej w Poznaniu

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielny terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy

253

pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem. Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie godzina zegarowa pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez trzy miesiące jeden asystent, przez następane trzy miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

Praca asystenta będzie monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta,
- raportu z wizyty, czyli zakresu czynności wykonanych przez asystenta,
- hospitacji pracy asystentów z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas udziału asystenta w projekcie. Neurologopeda prowadzący terapię przeprowadzi hospitację każdego asystenta biorącego udział w projekcie.

SZKOLENIE

Asystenci muszą przejść obowiązkowe szkolenie z zakresu pomocy osobom po udarach i urazach czaszki. Szkolenie jest dwudniowe, w sumie 16 godzin zegarowych. Uczestnicy otrzymują potwierdzenie udziału w szkoleniu.

254

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwinnym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytym udarze, wylewie niedokrwinnym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto będzie prowadził terapię?

Neurologopeda z pomocą nieprofesjonalnych asystentów, którzy wcześniej odbyli szkoleni

Jakie są koszty terapii?

Grantobiorca opłaca koszt terapii.

Ilu pacjentów może wziąć udział w projekcie?

Dwóch.

Czy są ograniczenia uczestnictwa w projekcie?

Wymagane jest, aby pacjent mieszkał na terenie Poznania.

Od kiedy zaczyna się terapia?

Od 7 maja 2018 roku.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

OFERTA DLA PACJENTA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

przy ul. Bukowskiej w Poznaniu

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielny terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy

257

pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem. Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie **godzina zegarowa** pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W Domu Pomocy Społecznej przy ul. Bukowskiej w Poznaniu.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto będzie prowadził terapię?

Neurologopeda z pomocą nieprofesjonalnych asystentów, którzy wcześniej odbyli szkolenie w tym zakresie.

Jakie są koszty terapii?

Pacjent nie ponosi żadnych kosztów.

Od kiedy rozpocznie się terapia?

Od 7 maja 2018 roku.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

Załącznik 7 Pismo DPS

Poznań, 12.05.2018 r.

Szanowny Pan
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej
przy ul. Bukowskiej w Poznaniu
Marek Grzegorzewski

NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

W związku z projektem pt. „Mowa w starciu z udarem” realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych*, zwracam się o możliwość nawiązania współpracy, której efektem będzie stworzenie dla pacjentów kompleksowej i długotrwałej opieki neurologopedycznej.

Z poważaniem
Neurologopeda
dr Aleksandra Lidia Załustowicz

OFERTA DLA WYŻSZEJ SZKOŁY PEDAGOGIKI I ADMINISTRACJI STUDIA PODYPLOMOWE Z ZAKRESU LOGOPEDII

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielny terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy

261

pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem. Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie godzina zegarowa pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

Praca asystenta będzie monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta,
- raportu z wizyty, czyli zakresu czynności wykonanych przez asystenta,
- hospitacji pracy asystentów z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas udziału asystenta w projekcie. Neurologopeda prowadzący terapię przeprowadzi hospitację każdego asystenta biorącego udział w projekcie.

SZKOLENIE

Asystenci muszą przejść obowiązkowe szkolenie z zakresu pomocy osobom po udarach i urazach czaszki. Szkolenie jest dwudniowe, w sumie 16 godzin zegarowych. Uczestnicy otrzymują potwierdzenie udziału w szkoleniu.

262

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwinnym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytym udarze, wylewie niedokrwinnym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto może zostać asystentem?

Student, który odbywa praktykę zawodową.

Jak długo będzie trwał projekt?

Sześć miesięcy.

Czy student sam będzie prowadził terapię?

Nie, neurologopeda będzie prowadził terapię, a student będzie wykonywał określone zadania. Głównym zadaniem studenta jest wykonywanie zadań terapeutycznych, wspomagających rozwój poznawczy pacjenta, który ma bezpośredni wpływ na rehabilitację mowy. Zadaniem studenta jest współpraca z neurologopedą i wspomaganie procesu terapeutycznego. Student zawsze pracuje w obecności opiekuna pacjenta.

Czy ilość godzin będzie wystarczająca, aby student zaliczył praktyki?

Tak, ponieważ oprócz godzin terapii, jest zobowiązany do przygotowania materiałów i zajęć z pacjentem.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

Załącznik 9 Pismo WSPiA

Poznań, 12.04.2018 r.

Szanowna Pani
Kierownik Studiów Podyplomowych
Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji
dr Anna Gapińska

NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

W związku z projektem pt. „Mowa w starciu z udarem” realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych*, zwracam się o możliwość nawiązania współpracy w zakresie praktyk dla studentów logopedii. W związku z projektem studenci będą mieli szansę zrealizować praktyki, współpracując bezpośrednio z pacjentem. Efektem będzie stworzenie dla pacjentów kompleksowej i długotrwałej opieki neurologopedycznej.

Z poważaniem
Neurologopeda
dr Aleksandra Lidia Załustowicz

POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY

Zawarte w dniu , w Poznaniu, pomiędzy:

1. Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, z siedzibą przy ul. Wieniawskiego 1, 61-712 Poznań, zwanym dalej „Uniwersytetem”, reprezentowanym przez Prorektora prof. UAM dr hab. Marka Nawrockiego a
2. Aleksandrą Lidią Załustowicz, zamieszkałą w Poznaniu, ul posiadającą numer PESEL, zwaną dalej „Grantobiorcą” zwanych dalej łącznie „Stronami”.

Zważywszy, że :

(A) Grantobiorca oświadcza, że na podstawie umowy nr 114/2018 z dnia 30 marca 2018 roku, zawartej z Województwem Wielkopolskim, realizuje projekt, którego przedmiotem jest opracowanie i testowanie Innowacji Społecznej pn. „Mowa w starciu z udarem” zwany dalej „Projektem”;

(B) Uniwersytet stwarza warunki umożliwiające studentom poszerzenie ich kompetencji i umiejętności;

§ 1.

Przedmiotem porozumienia jest ustalenie warunków współpracy pomiędzy Uniwersytetem - Wydziałem Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, zwanym dalej „Wydział” i Grantobiorcą w zakresie umożliwienia Grantobiorcy informowania studentów Wydziału o możliwości udziału w Projekcie.

§ 2.

1. W celu realizacji przedmiotu porozumienia określonego w § 1 Wydział, w miarę możliwości faktycznych i prawnych, z uwzględnieniem przepisów wewnętrznych obowiązujących na Uniwersytecie, umożliwi Grantobiorcy informowanie studentów Wydziału o możliwości uczestnictwa w Projekcie realizowanym przez Grantobiorcę.
2. W celu realizacji przedmiotu porozumienia określonego w § 1 Grantobiorca, może podjąć działania mające na celu poinformowanie studentów Wydziału o możliwości uczestnictwa w Projekcie realizowanym przez Grantobiorcę.

266

3. Żadne z postanowień niniejszego porozumienia, zastrzeżeniem postanowień § 3, nie nakłada na Uczelnię prawa ani obowiązku przekazania Grantobiorcy, w tym powierzenia przetwarzania, jakichkolwiek danych osobowych, w tym w szczególności, choć nie wyłącznie danych osobowych studentów.
4. Grantobiorca we własnym zakresie, na własne ryzyko i na własną odpowiedzialność może zwracać się do studentów o udostępnienie mu ich danych osobowych. W przypadku takiego udostępnienia Grantobiorca staje się administratorem zebranych przez siebie danych osobowych.

§ 3.

1. Strony zobowiązują się do zapewnienia prawidłowego przetwarzania udostępnionych przez drugą stronę danych osobowych poprzez stosowanie odpowiednich organizacyjnych i technicznych środków ochrony tych danych, gwarantujących ochronę praw osób, których te dane dotyczą, zgodnie z przepisami i wymogami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - dalej RODO), zapisami ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz.1000) lub innymi przepisami prawa polskiego, a w szczególności zobowiązują się jako podmiot przetwarzający do przestrzegania obowiązków wynikających z art. 28 i nast. wspomnianego rozporządzenia.
2. Na podstawie niniejszego porozumienia Uniwersytet powierza Grantobiorcy przetwarzanie (w szczególności zbieranie, utrwalanie, organizowanie, przechowywanie, modyfikowanie, wykorzystywanie, przesyłanie, usuwanie, niszczenie) następujących kategorii danych osobowych: imię i nazwisko oraz funkcja lub stanowisko osób reprezentujących Uniwersytet oraz kontrasygnujących lub parafujących porozumienie oraz imię i nazwisko, a także adres e-mail lub telefon osób wskazanych do kontaktu w związku z realizacją przedmiotu porozumienia, wskazanych w § 5 poniżej, przez okres trwania niniejszego porozumienia. Charakter przetwarzania danych dotyczy przetwarzania danych osobowych w formie papierowej i przy wykorzystaniu systemów informatycznych.

3. Na podstawie niniejszego porozumienia Grantobiorca powierza Uniwersytetowi przetwarzanie (w szczególności zbieranie, utrwalanie, organizowanie, przechowywanie, modyfikowanie, wykorzystywanie, przesyłanie, usuwanie, niszczenie) następujących kategorii danych osobowych: imię i nazwisko, a także adres e-mail lub telefon Grantobiorcy, przez okres trwania niniejszego porozumienia. Charakter przetwarzania danych dotyczy przetwarzania danych osobowych w formie papierowej i przy wykorzystaniu systemów informatycznych.
4. Strony zobowiązują się do zapoznania swoich współpracowników (niezależnie od podstawy prawnej współpracy) oraz podmiotów, za pośrednictwem, których realizować będą niniejsze porozumienie z zasadami i procedurami związanymi z ochroną danych osobowych, w zakresie, w jakim te zasady i procedury będą miały wpływ na realizację niniejszego porozumienia.
5. Strona przetwarzająca powierzone dane w zakresie i dla realizacji niniejszego porozumienia przetwarza je zgodnie z poleceniem drugiej strony (administratora danych) i jest uprawniona do upoważnienia poszczególnych osób do przetwarzania tych danych w takim zakresie. Jednocześnie podmiot przetwarzający zapewni, by osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych zobowiązane były do zachowania tajemnicy lub by podlegały odpowiedniemu ustawowemu obowiązkowi zachowania tajemnicy.
6. Strona, której powierzono przetwarzanie danych po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych, bez zbędnej zwłoki zgłasza takie naruszenie drugiej stronie (administratorowi), nie później niż w ciągu 36 godzin, zgodnie z obowiązującymi wymogami.
7. Strony oświadczają, że dane osobowe, o których mowa w ust. 2 – 3, zostaną wykorzystane wyłącznie w celu realizacji przedmiotu porozumienia.
8. Strony zobowiązują się do zwrotnego przekazania lub trwałego zniszczenia we własnym zakresie (zgodnie z decyzją administratora), niezwłocznie po zakończeniu obowiązywania porozumienia, ewentualnych dokumentów, ich kopii lub nośników zawierających dane osobowe, o których mowa w ust. 2 – 3, przy uwzględnieniu terminów obowiązkowego przechowywania dokumentów wynikających z obowiązujących przepisów.

9. Odpowiednio każda ze stron jako administrator zobowiązuje się i oświadcza, że będzie wypełniała obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskała w celu realizacji przedmiotu porozumienia, a druga strona zobowiązuje się do współpracy w zakresie wykonania tego obowiązku.

§ 4.

W ramach niniejszego porozumienia Strony nie wnoszą do współpracy udziałów finansowych, a każda ze stron ponosi koszty związane z własnymi czynnościami przy jej realizacji.

§ 5.

W celu usprawnienia bieżącej współpracy, przepływu informacji oraz koordynacji działań, strony wskazują do bieżącego kontaktu następujące osoby:

a) Wydział/, dane kontaktowe:

b) Aleksandra Załustowicz....., dane kontaktowe:

§ 6.

1. Porozumienie wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 roku.
2. Niniejsze porozumienie zostaje zawarte na czas określony od dnia 1 czerwca 2018 roku do dnia 15 grudnia 2018 roku.
3. Niniejsze porozumienie może być rozwiązane przez każdą ze Stron za pisemnym wypowiedzeniem z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
4. Uczelnia może rozwiązać niniejsze porozumienie bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku naruszenia przez Grantobiorcę przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności choć nie wyłącznie w przypadku naruszenia przez Grantobiorcę przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

§ 7.

Strony ustalają, że wszelkie spory mogące wyniknąć z niniejszego Porozumienia, będą rozstrzygać polubownie upoważnieni przedstawiciele obu stron, a w przypadku braku osiągnięcia porozumienia w terminie 60 dni od wywiązania się sporu, spory rozstrzyga sąd właściwy rzeczowo dla siedziby Uniwersytetu.

§ 8.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym porozumieniem mają zastosowanie właściwe przepisy szczególne oraz przepisy kodeksu cywilnego.

§ 9.

Porozumienie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

(Za Uniwersytet/podpis, data i pieczęć)

(Za Grantobiorcę/podpis, data i pieczęć)

OFERTA DLA UNIwersYTETU im. ADAMA MICKIEWICZA

Pracownia Socjoterapii i Promocji Zdrowia

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielny terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy

271

pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem. Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie godzina zegarowa pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

Praca asystenta będzie monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta,
- raportu z wizyty, czyli zakresu czynności wykonanych przez asystenta,
- hospitacji pracy asystentów z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas udziału asystenta w projekcie. Neurologopeda prowadzący terapię przeprowadzi hospitację każdego asystenta biorącego udział w projekcie.

SZKOLENIE

Asystenci muszą przejść obowiązkowe szkolenie z zakresu pomocy osobom po udarach i urazach czaszki. Szkolenie jest dwudniowe, w sumie 16 godzin zegarowych. Uczestnicy otrzymują potwierdzenie udziału w szkoleniu.

272

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytym udarze, wylewie niedokrwiennym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto może zostać asystentem?

Student lub inna osoba po odpowiednim przeszkoleniu.

Jak długo będzie trwał projekt?

Sześć miesięcy.

Czy student sam będzie prowadził terapię?

Nie, neurologopeda będzie prowadził terapię, a student będzie wykonywał określone zadania. Głównym zadaniem studenta jest wykonywanie zadań terapeutycznych, wspomagających rozwój poznawczy pacjenta, który ma bezpośredni wpływ na rehabilitację mowy. Zadaniem studenta jest współpraca z neurologopedą i wspomaganie procesu terapeutycznego. Student zawsze pracuje w obecności opiekuna pacjenta.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

Załącznik 12 Pismo UAM

20.04.2018 r.

Szanowna Pani
Kierownik
Pracowni Promocji Zdrowia i Psychoterapii
dr Katarzyna Waszyńska

NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

W związku z działaniem realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych*, pt. „Mowa w starciu z udarem” zwracam się o możliwość nawiązania współpracy na kierunku Socjoterapia i Promocja Zdrowia. W związku z tym studenci będą mieli szansę poszerzać swoje kompetencje zawodowe oraz uczestniczyć w szkoleniu. Efektem będzie stworzenie dla pacjentów kompleksowej i długotrwałej opieki neurologopedycznej.

Z poważaniem
Neurologopeda
dr Aleksandra Lidia Załustowicz Poznań,

20.04.2018 r.

Szanowna Pani
Prodziekan ds. studenckich i organizacji kształcenia
Prof. UAM dr hab. Kinga Kuszak

NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

W związku z działaniem realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych*, pt. „Mowa w starciu z udarem” zwracam się z prośbą o możliwość współuczestnictwa studentów z kierunku Socjoterapia i Promocja Zdrowia w niniejszej innowacji. W związku z tym studenci będą mieli szansę poszerzać swoje kompetencje zawodowe oraz uczestniczyć w szkoleniu. Efektem będzie stworzenie dla pacjentów kompleksowej i długotrwałej opieki neurologopedycznej.

Z poważaniem
Neurologopeda
dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Poznań, 12.04.2018 r.

Szanowna Pani
Prodziekan ds. planowania i sprawozdawczości naukowej
oraz współpracy z otoczeniem
prof. zw. dr hab. Magdalena Piorunek

NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

W związku z działaniem realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych*, pt. „Mowa w starciu z udarem” zwracam się o możliwość nawiązania współpracy na kierunku Socjoterapia i Promocja Zdrowia.

W związku z tym studenci będą mieli szansę poszerzać swoje kompetencje zawodowe oraz uczestniczyć w szkoleniu. Efektem będzie stworzenie dla pacjentów kompleksowej i długotrwałej opieki neurologopedycznej.

Z poważaniem
Neurologopeda
dr Aleksandra Lidia Załustowicz

OFERTA DLA ASYSTENTÓW, KTÓRZY SĄ STUDENTAMI

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielnym terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem.

278

Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności. Ponadto asystent student jest zobowiązany do napisania przynajmniej jednego konspektu zajęć tygodniowo. Asystent student musi przeprowadzić wywiad z pacjentem lub opiekunem pacjenta i prowadzić swój dziennik i harmonogram praktyk. Wymagane jest również porozumienie z Uczelnią i program danej praktyki (wymóg realizacji praktyk).

Asystent może pracować **3 do 4 wizyt z pacjentem tygodniowo** przez okres **maksymalnie 3 miesięcy, czyli minimum 36, a maksymalnie 48 godzin podczas trwania całego projektu**. Każda wizyta to maksymalnie godzina zegarowa pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Asystenci zostaną wyposażeni w odpowiednie materiały do pracy z pacjentem, aczkolwiek ich zadaniem będzie również własna inicjatywa w obszarze poszerzania zadań i wnikliwej obserwacji pacjenta.

Praca asystentów będzie również podlegała ocenie podczas hospitacji. Neurologopeda prowadzący terapię pacjentów przeprowadzi jednorazową hospitację zajęć asystentów z pacjentem. Każdy asystent będzie musiał przeprowadzić zajęcia, które będą hospitowane przez prowadzącego terapię.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

Praca asystenta będzie monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta,
- raportu z wizyty, czyli zakresu czynności wykonanych przez asystenta,
- przygotowania własnego scenariusza zajęć z pacjentem (tylko asystent student – jest to wymóg praktyk studenckich),
- hospitacji pracy asystentów z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas udziału asystenta w projekcie. Neurologopeda prowadzący terapię przeprowadzi hospitację każdego asystenta biorącego udział w projekcie.

SZKOLENIE

Asystenci muszą przejść obowiązkowe szkolenie z zakresu pomocy osobom po udarach i urazach czaszki. Szkolenie jest dwudniowe, w sumie 16 godzin zegarowych. Uczestnicy otrzymują potwierdzenie udziału w szkoleniu.

Szkolenie odbędzie się 21 i 22 kwietnia 2018 roku.

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów studentów. Jeden asystent student powinien zrealizować 36 h lub 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (36h/3m-ce lub 48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów studentów realizuje 72 h lub 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów studentów, ale w odstępie trzymiesięcznym. Studenci realizują w ramach praktyk między 50 a 60 godzin lekcyjnych, czyli 45 min = 1h zegarowa, plus dodatkowo zadania, takie jak wywiady z rodziną, przygotowanie dokumentacji oraz konspektów zajęć, co jest wymogiem praktyk.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Terapia rozpoczyna się 7 maja 2018 roku i trwa do 30 listopada 2018 roku (dwie transze po trzy miesiące z wyłączeniem miesiąca sierpnia).

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

OFERTA DLA POLSKIEGO KOMITETU POMOCY SPOŁECZNEJ

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielnym terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem.

282

Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie godzina zegarowa pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

Praca asystenta będzie monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta,
- raportu z wizyty, czyli zakresu czynności wykonanych przez asystenta,
- hospitacji pracy asystentów z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas udziału asystenta w projekcie. Neurologopeda prowadzący terapię przeprowadzi hospitację każdego asystenta biorącego udział w projekcie.

SZKOLENIE

Asystenci muszą przejść obowiązkowe szkolenie z zakresu pomocy osobom po udarach i urazach czaszki. Szkolenie jest dwudniowe, w sumie 16 godzin zegarowych. Uczestnicy otrzymują potwierdzenie udziału w szkoleniu.

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwinnym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytym udarze, wylewie niedokrwinnym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto będzie prowadził terapię?

Neurologopeda z pomocą nieprofesjonalnych asystentów, którzy wcześniej odbyli szkolenie.

Jakie są koszty terapii?

Grantobiorca opłaca koszt terapii.

Ilu pacjentów może wziąć udział w projekcie?

Dwóch.

Czy są ograniczenia uczestnictwa w projekcie?

Wymagane jest, aby pacjent mieszkał na terenie Poznania.

Od kiedy zaczyna się terapia?

Od 7 maja 2018 roku.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

Załącznik 17 Pismo PKPS

Poznań, 12.04.2018 r.

Szanowna Pani
Kierownik usług specjalistycznych
Farida Haidar

NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

W związku z projektem pt. „Mowa w starciu z udarem” realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych*, zwracam się o możliwość nawiązania współpracy, której efektem będzie stworzenie dla pacjentów kompleksowej i długotrwałej opieki neurologopedycznej.

W projekcie mogą również wziąć udział pracownicy PKPS, w związku z utworzeniem stanowiska asystenta neurologopedy.

Z poważaniem
Neurologopeda
dr Aleksandra Lidia Załustowicz

OFERTA DLA ASYSTENTÓW PRACOWNIKÓW PKPS

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielnym terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem.

287

Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Asystent może wykonać **cztery wizyty z pacjentem tygodniowo** przez okres **maksymalnie trzech miesięcy, czyli maksymalnie 48 godzin podczas trwania całego projektu za stawkę 45 zł brutto, czyli może osiągnąć kwotę w projekcie 2160 zł.**

Każda wizyta to maksymalnie godzina zegarowa pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Asystenci zostaną wyposażeni w odpowiednie materiały do pracy z pacjentem, aczkolwiek ich zadaniem będzie również własna inicjatywa w obszarze poszerzania zadań i wnikliwej obserwacji pacjenta.

Praca asystentów będzie również podlegała ocenie podczas hospitacji. Neurologopeda prowadzący terapię pacjentów przeprowadzi jednorazową hospitację zajęć asystentów z pacjentem. Każdy asystent będzie musiał przeprowadzić zajęcia, które będą hospitowane przez prowadzącego terapię.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

Praca asystenta będzie monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta,
- raportu z wizyty, czyli zakresu czynności wykonanych przez asystenta,
- hospitacji pracy asystentów z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas udziału asystenta w projekcie. Neurologopeda prowadzący terapię przeprowadzi hospitację każdego asystenta biorącego udział w projekcie.

SZKOLENIE

Asystenci muszą przejść obowiązkowe szkolenie z zakresu pomocy osobom po udarach i urazach czaszki. Szkolenie jest dwudniowe, w sumie 16 godzin zegarowych. Uczestnicy otrzymują potwierdzenie udziału w szkoleniu.

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

289

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto będzie prowadził terapię?

Neurologopeda z pomocą nieprofesjonalnych asystentów, którzy wcześniej odbyli szkolenie.

Jakie są koszty terapii?

Grantobiorca opłaca koszt terapii.

Ilu pacjentów może wziąć udział w projekcie?

Dwóch.

Czy są ograniczenia uczestnictwa w projekcie?

Wymagane jest, aby pacjent mieszkał na terenie Poznania.

Od kiedy zaczyna się terapia?

Od 7 maja 2018 roku.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

OFERTA DLA PACJENTA PKPS

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielnym terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem.

291

Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie **godzina zegarowa** pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto będzie prowadził terapię?

Neurologopeda z pomocą nieprofesjonalnych asystentów, którzy wcześniej odbyli szkolenie.

Jakie są koszty terapii?

Pacjent nie ponosi żadnych kosztów.

Od kiedy zaczyna się terapia?

Od 7 maja 2018 roku.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

OFERTA DLA ZAKŁADU OPIEKUNCZO-LECZNICZEGO MOGILEŃSKA, POZNAŃ

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielny terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy

294

pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem. Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie **godzina zegarowa** pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

Praca asystenta będzie monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta,
- raportu z wizyty, czyli zakresu czynności wykonanych przez asystenta,
- hospitacji pracy asystentów z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas udziału asystenta w projekcie. Neurologopeda prowadzący terapię przeprowadzi hospitację każdego asystenta biorącego udział w projekcie.

SZKOLENIE

Asystenci muszą przejść obowiązkowe szkolenie z zakresu pomocy osobom po udarach i urazach czaszki. Szkolenie jest dwudniowe, w sumie 16 godzin zegarowych. Uczestnicy otrzymują potwierdzenie udziału w szkoleniu.

295

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytym udarze, wylewie niedokrwiennym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto będzie prowadził terapię?

Neurologopeda z pomocą nieprofesjonalnych asystentów, którzy wcześniej odbyli szkolenie.

Jakie są koszty terapii?

Grantobiorca opłaca koszt terapii.

Ilu pacjentów może wziąć udział w projekcie?

Jeden.

Czy są ograniczenia uczestnictwa w projekcie?

Wymagane jest, aby pacjent mieszkał na terenie Poznania.

Od kiedy zaczyna się terapia?

Od 10 maja 2018 roku.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

Załącznik 21 Pismo ZOL

Poznań, 12.04.2018 r.

Szanowny Pan
Kierownik Działu Fizjoterapii oraz
Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Diennej
mgr Jakub Urbanowicz

NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

W związku z projektem pt. „Mowa w starciu z udarem” realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych*, zwracam się o możliwość nawiązania współpracy, której efektem będzie stworzenie dla pacjentów kompleksowej i długotrwałej opieki neurologopedycznej.

Z poważaniem
Neurologopeda
dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Poznań, 12.04.2018 r.

Szanowna Pani
Dyrektor
Irena Majer

NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

W związku z projektem pt. „Mowa w starciu z udarem” realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych*, zwracam się o możliwość nawiązania współpracy, której efektem będzie stworzenie dla pacjentów kompleksowej długotrwałej opieki neurologopedycznej.

Z poważaniem
Neurologopeda
dr Aleksandra Lidia Załustowicz

OFERTA DLA PACJENTA

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY NA MOGILEŃSKIEJ

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielny terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy

300

pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem. Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie **godzina zegarowa** pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto będzie prowadził terapię?

Neurologopeda z pomocą nieprofesjonalnych asystentów, którzy wcześniej odbyli szkolenie.

Jakie są koszty terapii?

Pacjent nie ponosi żadnych kosztów.

Od kiedy zaczyna się terapia?

Od 7 maja 2018 roku.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

OFERTA DLA SZPITALA Z ODDZIAŁEM UDAROWYM

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielnym terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem.

303

Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie **godzina zegarowa** pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

Praca asystenta będzie monitorowana za pomocą:

- kart obecności, które podpisuje pacjent lub opiekun pacjenta,
- raportu z wizyty, czyli zakresu czynności wykonanych przez asystenta,
- hospitacji pracy asystentów z pacjentami, które powinny się odbyć jednorazowo podczas udziału asystenta w projekcie. Neurologopeda prowadzący terapię przeprowadzi hospitację każdego asystenta biorącego udział w projekcie.

SZKOLENIE

Asystenci muszą przejść obowiązkowe szkolenie z zakresu pomocy osobom po udarach i urazach czaszki. Szkolenie jest dwudniowe, w sumie 16 godzin zegarowych. Uczestnicy otrzymują potwierdzenie udziału w szkoleniu.

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwinnym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytym udarze, wylewie niedokrwinnym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto będzie prowadził terapię?

Neurologopeda z pomocą nieprofesjonalnych asystentów, którzy wcześniej odbyli szkolenie.

Jakie są koszty terapii?

Grantobiorca opłaca koszt terapii.

Ilu pacjentów może wziąć udział w projekcie?

Dwóch.

Czy są ograniczenia uczestnictwa w projekcie?

Wymagane jest, aby pacjent mieszkał na terenie Poznania.

Od kiedy zaczyna się terapia?

Od 7 maja 2018 roku.

Dane kontaktowe grantobiorcy:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

Załącznik 25 Pismo szpital

Poznań, 12.04.2018 r.

Szanowny Pan
Ordynator Oddziału Udarowego
z Intensywnym Nadzorem nad Chorymi z Udarem Mózgu
dr n. med. Tomasz Tomczyk

NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

W związku z projektem pt. „Mowa w starciu z udarem” realizowanym w ramach innowacji pt. *Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych*, zwracam się o możliwość nawiązania współpracy, której efektem będzie stworzenie dla pacjentów kompleksowej i długotrwałej opieki neurologopedycznej.

Z poważaniem
Neurologopeda
dr Aleksandra Lidia Załustowicz

OFERTA DLA PACJENTA SZPITALU Z ODDZIAŁEM UDAROWYM

Projekt pt. „Mowa w starciu z udarem”

Autor dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Głównym celem tej innowacji jest sprawdzenie, czy realny i efektywny jest model współpracy neurologopedy z nieprofesjonalnymi asystentami, celem przyspieszenia postępów w rehabilitacji neurologopedycznej.

Grupa docelowa innowacji to osoby po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Ponadto osoby, które skorzystają z innowacji, to rodzina i opiekunowie pacjentów, ponieważ na nich spoczywa odpowiedzialność opieki oraz procesu rehabilitacji. W terapii logopedycznej bardzo ważne jest, aby regularnie ćwiczyć z pacjentem; niestety pacjenci bardzo często nie chcą współpracować ze swoimi opiekunami, co zdecydowanie spowalnia lub uniemożliwia proces rehabilitacji.

SYLWETKA ASYSTENTA:

Asystent – osoba, która po odpowiednim przeszkoleniu będzie przynajmniej trzy razy w tygodniu (minimum trzy – maksimum cztery razy) ćwiczyć z pacjentem określone ćwiczenia zadane przez terapeutę oraz wprowadzać kolejne ćwiczenia, jednakże wpasowane w określony moduł ćwiczeń realizowany w danym momencie terapii. Asystentem jest osoba bez wykształcenia logopedycznego. Asystent po przeszkoleniu będzie wykonywał pracę pomocy logopedycznej, nie będzie samodzielnym terapeutą.

NA CZYM POLEGA TERAPIA?

Terapię przez cały czas prowadzi neurologopeda, który przeprowadza diagnozę pacjenta, układa program terapii oraz nadzoruje pracę asystentów. Neurologopeda **raz w tygodniu** przeprowadza sesję terapeutyczną i sprawdza postępy pacjenta oraz weryfikuje zadania, jakie zostały wykonane wraz z asystentem.

308

Ponadto asystent może sam zaproponować zakres ćwiczeń, które chciałby wprowadzać z pacjentem. Wizyta neurologopedy jest również czasem, w którym należy omówić postępy oraz wyznaczyć kolejne cele.

Asystenci raportują każdą wizytę, gdzie opisują zakres czynności wykonanych z pacjentem, obserwacje pacjenta oraz wpisują, co udało się uzyskać na zajęciach. Pacjent lub opiekun prawny pacjenta podpisuje się na liście obecności.

Każda wizyta to maksymalnie **godzina zegarowa** pracy z pacjentem.

Jeden pacjent jest prowadzony przez dwóch asystentów – przez 3 miesiące jeden asystent przez następne 3 miesiące drugi asystent.

Terapia będzie prowadzona 24 tygodnie (z miesięczną przerwą wakacyjną w miesiącu sierpniu). Z uwagi na to, iż czas realizacji projektu przypada na okres wakacyjny, została uwzględniona przerwa, ponieważ jest to okres, w którym asystenci mogą chcieć skorzystać z urlopu. Postanowiono zatem ustanowić jeden miesiąc przerwy, aby asystenci mogli wykorzystać ten czas na odpoczynek. Dlatego, aby ukazać efekty tej innowacji, postanowiono z góry ustalić miesiąc przerwy, w którym terapia zostanie zawieszona. Czas zawieszania jest na tyle krótki, że pacjenci nie utracą nabytych umiejętności, natomiast projekt będzie miał szansę płynnej kontynuacji po przerwie.

PLAN WSPÓŁPRACY:

Przez okres sześciu miesięcy do pacjenta będzie uczęszczało dwóch asystentów. Jeden asystent powinien zrealizować 48 h terapii z pacjentem przez okres trzech miesięcy (48h/3m-ce). Czyli dwóch asystentów realizuje 96 h pracy przez trzy miesiące. W sumie jeden pacjent będzie prowadzony przez dwóch asystentów, ale w odstępie trzymiesięcznym.

Asystenci będą kontynuować terapię z pacjentem w wymiarze 45 min do 60 min. W przypadku osób po udarze nie należy ściśle trzymać się czasu pracy, ponieważ należy zwrócić uwagę na męczliwość pacjenta. Jeśli pacjent nie dysponuje w danym dniu zasobami fizycznymi i/lub psychicznymi, należy skrócić czas wizyty. Natomiast wizyta nie może trwać krócej niż 30 min, w tym przypadku uznajemy, że wizyta nie została zrealizowana.

Neurologopeda raz w tygodniu pracuje z pacjentem, zostawia materiały ćwiczeniowe oraz sprawdza postępy, jakie poczynił pacjent.

STRESZCZENIE:

Dla kogo przeznaczona jest terapia?

Dla pacjentów po udarze, wylewie niedokrwiennym, które utraciły lub mają trudności komunikacyjne. Z tej oferty mogą skorzystać osoby, które doznały urazu w różnych odstępach czasowych, tj. zarówno te, które dopiero wróciły do domu po hospitalizacji, jak i te, które już odzyskały pewne sprawności po przebytych udarze, wylewie niedokrwiennym.

Gdzie będzie odbywać się terapia?

W domu pacjenta.

Jak długo?

Terapia będzie prowadzona przez 24 tygodnie plus cztery tygodnie przerwy w sierpniu – w sumie 28 tygodni.

Kto będzie prowadził terapię?

Neurologopeda z pomocą nieprofesjonalnych asystentów, którzy wcześniej odbyli szkolenie.

Jakie są koszty terapii?

Pacjent nie ponosi żadnych kosztów.

Czy są ograniczenia uczestnictwa w projekcie?

Wymagane jest, aby pacjent mieszkał na terenie Poznania.

Od kiedy zaczyna się terapia?

Od 7 maja 2018 roku.

DANE KONTAKTOWE DO AUTORA PROJEKTU:

Aleksandra Lidia Załustowicz

e-mail: alekszal@amu.edu.pl

Tel. 507-161-213

Załącznik 27 Konspekt warsztatów

KONSPEKT WARSZTATÓW SZKOLENIOWYCH PT. „MOWA W STARCIU Z UDAREM”

I DZIEŃ SZKOLENIA

Rozpoczęcie 9.00

Wprowadzenie.

1. Główne zagadnienia dotyczące terminologii afazji.
2. Przyczyny afazji.
3. Etiologia powstania udaru.
4. Typologia afazji.

Przerwa kawowa 11.00

5. Typy afazji według Łurii wraz z modułami pracy.

Przerwa obiadowa 14.00

6. Kontynuacja typologii afazji w oparciu o klasyfikację Łurii wraz z modułami pracy.

Zakończenie 17.00

II DZIEŃ SZKOLENIA

Rozpoczęcie 9.00

1. Podsumowanie typologii Łurii oraz systemu pracy.

Przerwa kawowa 11.00

2. Analiza poszczególnych typów afazji w oparciu o materiały filmowe, wraz z propozycjami pracy z pacjentem.

Przerwa obiadowa 14.00

3. Zasady i regulamin pracy z pacjentem – zapoznanie oraz akceptacja uczestników projektu.

Podsumowanie szkolenia oraz panel dyskusyjny 16.30

Załącznik 28 Regulamin pracy asystenta PKPS

REGULAMIN PRACY ASYSTENTA PKPS

1. Asystent PKPS zatrudniony w ramach projektu pt. „Mowa w starciu z udarem” świadczy pracę pomocy neurologopedy.
2. Osobą odpowiedzialną za kontakt z asystentem jest koordynator projektu Aleksandra Załustowicz.
3. Plan pracy asystenta PKPS jest ustalony wspólnie z koordynatorem projektu.
4. Asystent PKPS wykonuje w szczególnych sytuacjach swoje zadanie na podstawie upoważnienia wystawionego przez koordynatora.
5. Asystent PKPS nie może wykonywać czynności, do których nie ma uprawnień, a w szczególności do takich, do których potrzebne jest przygotowanie specjalne.
6. Wszelkie wątpliwości dotyczące wykonywanej pracy asystent PKPS powinien jak najszybciej zgłaszać koordynatorowi przed pojęciem jakichkolwiek działań.
7. O rezygnacji z pracy asystent PKPS powinien jak najszybciej poinformować koordynatora.
8. W przypadku przeszkód w zrealizowaniu zadania, którego podjął się asystent PKPS, powinien jak najszybciej poinformować o tym fakcie koordynatora.
9. Asystentowi PKPS nie wolno absorbować swoimi sprawami osobistymi osób, u których wykonują pracę, palić papierosów oraz spożywać alkoholu.
10. Wszelkie sprawy dotyczące sytuacji osób i ich rodzin, u których asystent PKPS wykonuje swoją pracę, są tajemnicą i mogą być omawiane tylko z koordynatorem. Asystent PKPS zobowiązany jest do dyskrecji.

REGULAMIN PRACY STUDENTA

1. Student zatrudniony w ramach projektu pt. „Mowa w starciu z udarem” świadczy pracę nieodpłatnie.
2. Osobą odpowiedzialną za kontakt ze studentem jest koordynator projektu Aleksandra Załustowicz.
3. Plan pracy studenta jest ustalony wspólnie z koordynatorem projektu.
4. Student wykonuje w szczególnych sytuacjach swoje zadanie na podstawie upoważnienia wystawionego przez koordynatora.
5. Student nie może wykonywać czynności, do których nie ma uprawnień, a w szczególności do takich, do których potrzebne jest przygotowanie specjalne.
6. Wszelkie wątpliwości dotyczące wykonywanej pracy student powinien jak najszybciej zgłaszać koordynatorowi przed pojęciem jakichkolwiek działań.
7. O rezygnacji z pracy student powinien jak najszybciej poinformować koordynatora.
8. W przypadku przeszkód w zrealizowaniu zadania, którego podjął się student, powinien jak najszybciej poinformować o tym fakcie koordynatora.
9. Studentowi nie wolno absorbować swoimi sprawami osobistymi osób, u których wykonuje pracę, palić papierosów oraz spożywać alkoholu.
10. Wszelkie sprawy dotyczące sytuacji osób i ich rodzin, u których student wykonuje swoją pracę, są tajemnicą i mogą być omawiane tylko z koordynatorem. Student zobowiązany jest do dyskrecji.

Załącznik 30 Umowa-zlecenia

Umowa-zlecenie nr /2018
zawarta w dniu

pomiędzy:
zamieszkałą:
zwanym dalej Zleceniodawcą
a

Adres zamieszkania:
Nr PESEL
Zwanej dalej Zleceniobiorcą
Wspólnie zwane dalej Stronami

§ 1

Przedmiot umowy

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się Zleceniodawcy do wykonania niżej wymienionych czynności pod nadzorem i według zaleceń Zleceniodawcy:
 - 1) Prowadzenia pracy profilaktycznej i terapeutycznej w celu likwidowania lub zmniejszania zaburzeń mowy i zaburzeń komunikacji językowej dla pacjenta z afazją lub dysartrią po udarze niedokrwiennym lub udarze krwotocznym.
 - 2) Prowadzenia dokumentacji: karta obecności i raport z wizyty u pacjenta.
 - 3) Przestrzegania tajemnicy służbowej i ochrony danych osobowych pacjenta.
2. Zleceniobiorca obowiązany jest do wykonywania przedmiotu umowy rzetelnie, zgodnie z najnowszą wiedzą przy zachowaniu należytej staranności.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada odpowiednie instrumenty do wykonania czynności, o których mowa w ust. 1.

§ 2

Warunki świadczenia usług

1. Zleceniobiorca będzie realizował świadczenia w domu pacjenta, z pacjentem.
2. Zleceniobiorca będzie realizował świadczenia wg ustalonego harmonogramu z pacjentem w wymiarze 16h/m-c w dniach i godzinach ustalonych przez obie strony.

3. Terminy świadczenia usług ustalane są co miesiąc między stronami do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc świadczenia usług.
4. Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia** **do dnia**, strona nie może ujawnić treści niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody obu stron.

§ 3

Obowiązki Zleceniobiorcy

Zleceniobiorca jest zobowiązany do:

- 1) Ochrony danych osobowych pacjentów, do których uzyskał dostęp w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy.
- 2) Informowania Zleceniodawcy o wszystkich ważnych wydarzeniach i występujących nieprawidłowościach, które mają wpływ na świadczenie usług zdrowotnych.
- 3) Poddania się kontroli przeprowadzonej przez Zleceniodawcę.
- 4) Zachowania w tajemnicy wszelakich informacji związanych z realizacją niniejszej umowy.
- 5) Dbania o pozytywny wizerunek Zleceniodawcy.

§ 4

Wynagrodzenie

1. Z tytułu wykonania przedmiotu umowy Zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie proporcjonalnie do liczby przepracowanych godzin w wysokości **45,00 zł** brutto za godzinę (słownie: czterdzieści pięć złotych 00/100), płatne przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zleceniobiorcę, miesięcznie, w terminie 14 dni od daty dostarczenia Zleceniodawcy rachunku.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest dostarczyć Zleceniodawcy **Kartę obecności i raport z wizyt u pacjenta** w terminie poprzedzającym wypłatę wynagrodzenia najpóźniej drugiego dnia roboczego miesiąca następnego.

§ 5

Rozwiązanie umowy

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

1. Na mocy porozumienia stron.
2. Zleceniodawca może wypowiedzieć umowę:
 - 1) ze skutkiem natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku naruszenia przez Zleceniobiorcę obowiązków umowy określonych w § 1 oraz § 3,

2) z zachowaniem tygodniowego wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy,
a dotyczących:

- a. ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich niewłaściwej ilości i jakości;
 - b. nieprowadzenia lub nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji, o której mowa w § 1, ust.1, pkt. 2.
3. Zleceniobiorca może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku naruszenia przez Zleceniodawcę obowiązków umowy określonych w § 4.

§ 6

Postanowienia dodatkowe

1. Wszelkie zmiany i uzgodnienia niniejszej umowy wymagają zgody obu Stron wyrażonej w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Ewentualne spory wynikające z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą polubownie.
3. W przypadku niemożności rozstrzygnięcia polubownego, spory będą rozstrzygane przez Sąd powszechny właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.
5. Zleceniobiorca wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych i ich przekazywanie do instytucji, które żądają tych danych w związku z realizacją ustawowych zadań (GUS, ZUS, PIP).
6. W sprawach nieregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

ZLECENIOBIORCA

ZLECENIODAWCA

Załącznik 31 Oświadczenie uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14
Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn.

.....

Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
 - a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 7 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),

317

- c. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi

realizującemu projekt - (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -

(nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju

- Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
- b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - d. Ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt - (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach POWER.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).

13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

Miejscowość i data

Czytelny podpis uczestnika projektu*

*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Załącznik 32 Umowa współpracy

UMOWA WSPÓŁPRACY POMIĘDZY ASYSTENTEM STUDENTEM A INNOWATOREM PROJEKTU ALEKSANDRĄ ZAŁUSTOWICZ

Student jest zobowiązany do wykonania następujących czynności:

1. Prowadzenia pracy profilaktycznej i terapeutycznej w celu likwidowania lub zmniejszania zaburzeń mowy i zaburzeń komunikacji językowej dla pacjenta z afazją lub dysartrią po udarze niedokrwiennym lub udarze krwotocznym.
2. Prowadzenia dokumentacji: karta obecności i raport z wizyty u pacjenta.
3. Przestrzegania tajemnicy służbowej i ochrony danych osobowych pacjenta.
4. Wykonywania przedmiotu umowy.
5. Informowania Innowatora Projektu pt. „Mowa w starciu z udarem” o wszystkich ważnych wydarzeniach i występujących nieprawidłowościach, które mają wpływ na świadczenie usług zdrowotnych.
6. Poddania się kontroli przeprowadzonej przez Innowatora Projektu.
7. Zachowania w tajemnicy wszelakich informacji związanych z realizacją niniejszej umowy.
8. Dbania o pozytywny wizerunek Innowatora Projektu.

Innowator zobowiązuje się do:

1. Przeprowadzenia szkolenia i zapewnienia materiałów szkoleniowych.
2. Zapewnienia materiałów ćwiczeniowych.
3. Przeprowadzenia diagnozy pacjenta, ułożenia planu terapeutycznego wraz z prezentacją poszczególnych ćwiczeń z pacjentem.
4. Konsultacji w sprawie terapii z pacjentem.
5. Przesyłania materiałów ćwiczeniowych.
6. Podpisania dokumentów stanowiących potwierdzenie realizacji praktyk w ramach niniejszego projektu.

Umowa ulega rozwiązaniu w trybie natychmiastowym w przypadku naruszenia przez Studenta obowiązków umowy – punkty 1–8.

Załącznik 33 Zaświadczenie odbycia kursu

ZAŚWIADCZENIE

Pani/Pan

.....

Ukończyła/ukończył 16-godzinne warsztaty szkoleniowe
w dn. 21–22.04.2018 r. na temat:

**„Afazja. Diagnoza i terapia zaburzeń mowy
u chorych po udarach mózgu”**

Szkolenie prowadziła: dr Aleksandra Lidia Załustowicz

Organizator

Prowadząca

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Infrastruktury i Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
 - a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów wiejskich oraz Europejskiego Funduszu orskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
 - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. poz. 1146);

- 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
- a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych”** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 (PO WER).
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt – **Województwo Wielkopolskie – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu, ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań**, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji

projektu - (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

5. Moje dane osobowe, w zakresie imię, nazwisko, miejscowość, mogą być przetwarzane w sieci Internet, w szczególności na stronie internetowej beneficjenta.
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
7. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Miejscowość i data

Czytelny podpis uczestnika projektu*

*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

ANKIETA DLA ASYSTENTÓW

W ramach innowacji „Mowa w starciu z udarem” proszę Państwa o wypełnienie niniejszej ankiety. Ankieta została stworzona w celu weryfikacji Państwa oraz moich działań, które podejmujemy, w celu usprawnienia komunikacji pacjentów po udarze niedokrwiennym lub udarze krwotocznym. Proszę o szczerą oraz rozważną odpowiedź na poniższe pytania.

1. Czy pracował/pracowała Pan/Pani już kiedyś z osobami niepełnosprawnymi?
 - a. TAK
 - b. NIE
2. Czy miał/miała Pan/Pani prywatny kontakt z osobą niepełnosprawną fizycznie lub/i intelektualnie?
 - a. TAK
 - b. NIE
3. Czy pomagał/pomagała Pan/Pani kiedyś w rehabilitacji osoby z jakąś niepełnosprawnością, np. pomoc rodzinie, sąsiadom lub znajomym?
 - a. TAK
 - b. NIE
4. Czy miał/miała Pan/Pani obawy przed podjęciem współpracy w niniejszej innowacji?
 - a. TAK
 - b. NIE
5. Jeśli tak, to czego dotyczyły te obawy? (Odpowiedź proszę zamieścić poniżej).

.....

.....

.....

.....

6. Co Panią/Pana skłoniło do wzięcia udziału w tej innowacji?

.....

.....

.....

.....

7. Czy uważa Pan/Pani, że tego typu innowacje są potrzebne? Jeśli tak, to dlaczego?

- a. TAK
- b. NIE

.....

.....

.....

.....

8. Czy rehabilitacja osób po udarze przynosi efekty? Jeśli tak, to jakie?

- a. TAK
- b. NIE

.....

.....

.....

.....

9. Czy widzi Pan/Pani efekty swojej pracy z pacjentem? Jeśli tak, to jakie?

- a. TAK
- b. NIE

.....

.....

.....

.....

10. Jakie wrażenie wywarł na Panu/Pani pacjent?

.....

.....

.....

.....

11. Jak odbiera Pan/Pani pracę z pacjentem?

- a. praca jest bardzo przyjemna
- b. praca jest czasami trudna i męcząca
- c. trudno mi zrozumieć intencje pacjenta, muszę się sporo domyślać
- d. bardzo łatwo odnaleźliśmy wspólną ścieżkę komunikacji, nie mamy problemów komunikacyjnych nie umiem tego ocenić
- e. pracę oceniam jako trudną, ale satysfakcjonującą

12. Czy pacjent chętnie podejmuje współpracę?

- a. TAK
- b. NIE
- c. RÓŻNIE

13. Czy musi Pan/Pani jakoś specjalnie motywować pacjenta?

- a. TAK
- b. NIE
- c. RÓŻNIE

14. Jeśli tak, to w jaki sposób motywuje Pan/Pani pacjenta do współpracy?

.....

.....

.....

.....

15. Jakie momenty w pracy z pacjentem uważa Pan/Pani za najlepsze?

.....

.....

.....

.....

16. Jakie momenty w pracy z pacjentem uważa Pan/Pani za najgorsze?

.....

.....

.....

.....

17. Czy odczuwa Pan/Pani satysfakcję z wykonanej pracy?

- a. TAK
- b. NIE
- c. RÓŻNIE

18. W jaki sposób starał/starła się Pan/Pani komunikować w początkowej fazie z pacjentem?

.....

.....

.....

.....

19. Z jakich źródeł czerpał/czerpała Pan/Pani wiedzę do prowadzenia terapii?

.....

.....

.....
.....
20. Czy tego typu praca była dla Pana/Pani trudna?

- a. TAK
- b. NIE

21. Jeśli tak, to w jakich obszarach? (Można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź)

- a. pedagogicznym
 - b. psychologicznym
 - c. społecznym
 - d. komunikacyjnym
 - e. innym (jakim?)
-
.....
.....
.....

22. Z jakich źródeł pozyskiwał/pozyskiwała Pan/Pani materiały do ćwiczeń z pacjentem?

.....
.....
.....
.....

23. Po jakim czasie zauważył/zauważyła Pan/Pani postępy w pracy z pacjentem?

- a. po tygodniu
- b. po dwóch tygodniach
- c. po miesiącu
- d. po trzech miesiącach

24. W skali od 1 do 10 proszę ocenić postępy, które zrobił pacjent.

.....

25. Czy praca z pacjentem była satysfakcjonująca?

- a. TAK
- b. NIE

26. Czy inni specjaliści również powinni brać udział w takiej rehabilitacji? Jeśli tak, to jakich specjalistów Pan/Pani by zaproponował/zaproponowała?

.....
.....
.....
.....

27. Czy w Pana/Pani odczuciu ta terapia była dla pacjenta potrzebna? (Proszę uzasadnić odpowiedź).

- a. TAK
- b. NIE

.....
.....
.....
.....

28. Jakich środków dydaktycznych używał/używała Pan/Pani podczas terapii?

.....
.....
.....
.....

29. Z jakich pomocy terapeutycznych Pan/Pani korzystał/korzystała podczas prowadzenia terapii?

.....
.....
.....
.....

30. Z jakich stron internetowych czerpał/czerpała Pan/Pani wiedzę potrzebną do prowadzenia terapii?

.....
.....
.....
.....

31. Z jakich pozycji książkowych czerpał/czerpała Pan/Pani wiedzę potrzebną do prowadzenia terapii?

.....
.....
.....

32. Co uważa Pan/Pani za największy sukces w pracy z pacjentem?

.....
.....
.....

33. Jak ocenia Pan/Pani siebie jako terapeutę?

.....
.....
.....

34. W jakim obszarze pacjent poczynił największe postępy? (Można zaznaczyć dwa punkty).

- a. czytanie
- b. pisanie
- c. powtarzanie
- d. nazywanie
- e. samodzielna wypowiedź
- f. opowiadanie
- g. gramatyka i fleksja
- h. obszar poznawczy

35. Jak ocenia Pan/Pani współpracę z rodziną pacjenta?

.....
.....
.....

36. Czy jest Pan/Pani zadowolony/zadowolona ze współpracy z pacjentem?
(Proszę uzasadnić odpowiedź).

.....
.....
.....
.....

Metryczka:

1. Płeć:
 - a. mężczyzna
 - b. kobieta
2. Wiek:
3. Miejsce zamieszkania:
 - a. miasto powyżej 50 000
 - b. miasto do 50 000
 - c. wieś leżąca w granicach Poznania
 - d. wieś znajdująca się poza granicami Poznania
4. Zatrudnienie:
 - a. umowa o pracę
 - b. umowa-zlecenie
 - c. własna firma
 - d. student
 - e. umowa o dzieło
 - f. pracuję dorywczo/sezonowo

Załącznik 36 Ocena innowacji przez asystentów

Ocena innowacji przez asystentów

Szanowni Państwo!

Proszę o ocenę innowacji pt. „Mowa w starciu z udarem”. Uprzejmie proszę o zaznaczenie odpowiedzi w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznacza najniższą ocenę, 5 oznacza „nie mam zdania”, a 10 najwyższą ocenę w danej kategorii.

Proszę o rzetelną odpowiedź, zgodną z Państwa opinią.

1	Jak ocenia Pan/Pani szkolenie pod kątem merytorycznym?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Jak ocenia Pan/Pani szkolenie pod kątem organizacyjnym?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Jak ocenia Pan/Pani całokształt odbytego szkolenia?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Jak ocenia Pan/Pani organizację pracy z pacjentami?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Jak ocenia Pan/Pani współpracę z pacjentami?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Jak ocenia Pan/Pani współpracę z innowatorem projektu?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Proszę ocenić wkład własny w pracę z pacjentem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Proszę ocenić pomoc prowadzącego terapię w pracy z pacjentem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Proszę ocenić zaangażowanie pacjenta w terapię.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Proszę ocenić zaangażowanie rodziny w terapię pacjenta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Proszę ocenić przydatność niniejszej innowacji.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Czy terapia według Pana/Pani przynosi skutek w takiej formie, w jakiej jest prowadzona?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13	Jaka panowała atmosfera podczas zajęć?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Czy udział w tej innowacji przyczynił się do rozwoju Pańskich umiejętności w obszarze terapeutycznym?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Czy udział w tego typu innowacji uważacie Państwo za istotny dla Państwa rozwoju osobistego?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Jak oceniacie Państwo organizację tej innowacji?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	Czy tego typu innowacja mogłaby się sprawdzić jako forma terapeutyczna istniejąca w jakimś ośrodku lub instytucji?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Czy taka forma pracy z pacjentem przynosi lepsze efekty?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	Czy jesteście Państwo zadowoleni ze współpracy z pacjentem?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	Czy chcielibyście Państwo wziąć udział w podobnym projekcie w przyszłości?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Załącznik 37 Ocena asystentów

Ocena asystentów

OBSZARY PODLEGAJĄCE OCENIE – PRACA ASYSTENTÓW	ZGODNOŚĆ WIZYT Z ZAPLANOWA- NYM HARMONO- GRAMEM	ILOŚĆ PRZEKŁA- DANYCH WIZYT	ILOŚĆ NIEODBY- TYCH WIZYT	PUNKTUALNOŚĆ	ZAAANGAŻOWANIE: - SPOTKANIA, -ROZMOWY NA TEMAT TERAPII, - RAPORTY, - LISTY MAILOWE, -POMYSŁY DOTYCZĄCE TOKU TERAPII	PRZYGO- TOWANE MATERIAŁY NA ZAJĘCIA	SPOSÓB KOMU- NIKACJI Z PACJENTEM	MATERIAŁY DYDAKTYCZNE PRZYGOTO- WANE NA ZAJĘCIA	OCENA PACJENTA
ASYSTENT 1									
ASYSTENT 2									
ASYSTENT 3									
ASYSTENT 4									
ASYSTENT 5									
ASYSTENT 6									
ASYSTENT 7									
ASYSTENT 8									
ASYSTENT 9									
ASYSTENT 10									

Załącznik 38 Arkusz hospitacji

ARKUSZ HOSPITACJI

Część A (wypełnia asystent)

1. Imię i nazwisko asystenta:
2. Data hospitacji:
3. Dane pacjenta:
4. Tematyka zajęć:

Planuję:

- a. osiągnięcie następujących celów zajęć:

.....
.....

- b. zastosowanie na zajęciach następujących metod:

.....
.....

- c. wykorzystanie następujących środków dydaktycznych:

.....
.....

- d. następującą organizację i przebieg zajęć:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

podpis asystenta

Załącznik 39 Notatka hospitacyjna

NOTATKA POHOSPITACYJNA

Część B (wypełnia hospitujący)

Problematyka hospitacyjna:

.....

.....

KRYTERIA OCENY ZAJĘĆ:

	Kryterium	wspaniale	bardzo dobrze	prawidłowo	zadawalająco	dopracuj
Poprawność organizacyjna	Punktualność rozpoczęcia i zakończenia.					
	Przygotowanie do zajęć.					
	Struktura organizacyjna zajęć i prawidłowość przyjętych etapów.					
	Przygotowanie środków dydaktycznych i posługiwanie się nimi.					
	Umiejętności organizacyjne.					
	Tempo (intensywność pracy).					
	Wprowadzanie i przestrzeganie zasad bhp.					
Poprawność metodyczna	Dobór metod i środków dydaktycznych do celów zajęć.					
	Przestrzeganie zasad dydaktycznych.					
	Poprawność zastosowania wybranych metod i technik dydaktycznych.					
	Logika i celowość działań asystenta.					
Poprawność merytoryczna	Zgodność tematu i zakresu treści z poziomem percepcji pacjenta.					
	Jakość współpracy z pacjentem.					
	Operatywność zdobytych umiejętności i wykorzystanie.					

Styl pracy nauczyciela	Rozwijanie motywacji do zdobywania danych umiejętności komunikacyjnych.					
	Sposób komunikowania się z pacjentem.					
	Relacja nauczyciel – pacjent.					
	Dokumentowanie pracy przez asystenta.					
	Podsumowanie pracy z pacjentem.					
	Wykonywanie zadań zadanych przez asystenta.					

Wnioski i zalecenia pohospitacyjne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....