

Logopedia Silesiana 10 (2)



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
WYDAWNICTWO



Logopedia
Silesiana
10 (2)



Logopedia Silesiana 10 (2)

pod redakcją Olgi Przybyli

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2021

KOMITET REDAKCYJNY • EDITORIAL BOARD

Redaktor Naczelna • Editor-in-Chief

OLGA PRZYBYŁA (Uniwersytet Śląski w Katowicach – olga.przybyla@us.edu.pl)

Sekretarz • Secretary

ANNA PILŚNIAK (Uniwersytet Śląski w Katowicach – anna.pilsniak@us.edu.pl)

Członkowie • Members

MIECZYŚLAW CHĘCIEK (Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach), GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA (Uniwersytet Opolski), KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY (Uniwersytet Gdański), BARBARA KASICA (Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Katowicach), KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY (Uniwersytet Gdański); TATIANA LEWICKA (Uniwersyteckie Centrum Medyczne im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach), ALINA MACIEJEWSKA (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Kielcach), JOANNA SIUDA (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), GRZEGORZ ZEMELKA (Krakowskie Towarzystwo Popularyzowania Wiedzy o Komunikacji Językowej „Tertium” UJ)

RADA NAUKOWA • EDITORIAL COMMITTEE

MARIAN KISIEL (Uniwersytet Śląski w Katowicach) – Przewodniczący Rady Naukowej

PAUL CORTHALS (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), STANISŁAW GRABIAS (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), ELENA KITIK (Russian Academy of Education, Institute of Special Education, Moskwa, Rosja), PÉTER LAJOS (Uniwersytet Eötvös Loránd „Bárczi Gusztáv”, Faculty of Special Education, Budapeszt, Węgry), DAWID LARYSZ (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach), STANISŁAW MILEWSKI (Uniwersytet Gdański), TATIANA NIKOLAYEVA (Russian Academy of Education, Institute of Special Education, Moskwa, Rosja), GRZEGORZ OPALA (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA (Uniwersytet Śląski w Katowicach), JÓZEF PORAYSKI-POMSTA (Uniwersytet Warszawski), HENRYK SKARŻYŃSKI (Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu), ALDONA SKUDRZYK (Uniwersytet Śląski w Katowicach), LESZEK SZEWczyk (Uniwersytet Śląski w Katowicach), SEYHUN TOPBAS (Anadolu University, Department of Speech and Language Therapy, Turcja), KATEŘINA VITAŠKOVÁ (Uniwersytet Palackiego, Olomuniec, Republika Czeska), TOMASZ WOŹNIAK (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie)

RADA RECENZYJNA • REVIEWERS COMMITTEE

JACEK BŁEŚZIŃSKI (Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu), JOLANTA BUJAK-LECHOWICZ (PEDAGOGIUM, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie), PAUL CORTHALS (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), EWA CZAPLEWSKA (Uniwersytet Gdański), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), HELEN GRECH (University of Malta, Malta), JOLANTA GÓRAL-PÓŁROLA (Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach), JYTTE ISAKSEN (University of Southern Denmark, Dania), OLGA JAUER-NIWOROWSKA (Uniwersytet Warszawski), DAIVA KAIRIENĖ (Siauliai University, Litwa), ZDZISŁAW M. KURKOWSKI (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), ANJA LOWIT (Uniwersytet Strathclyde, Wielka Brytania), LILIANA MADELSKA (Uniwersytet Wiedeński, Austria), MIROSLAW MICHALIK (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), AGNIESZKA MYSZKA (Uniwersytet Rzeszowski) KAZIMIERZ OŻÓG (Uniwersytet Rzeszowski), JOLANTA PANASIUK (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), MARTA PANČIKOVA, Uniwersytet Ostrawski, Republika Czeska); KATARZYNA PLUTECKA (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie); JANA RAČLAVSKÁ (Uniwersytet w Ostrawie, Republika Czeska), MAŁGORZATA ROCLAWSKA-DANILUK (Uniwersytet Gdański), BAIBA TRINITE (Uniwersytet Lipawski, Łotwa), SVETLANA M. VALYAVKO (Moskiewski Uniwersytet Państwowy im. Michaiła W. Łomonosowa, Rosja), KATEŘINA VITÁSKOVÁ (Uniwersytet Palackiego, Olomuniec, Republika Czeska), Tatiana VOLODAROVNA TUMANOVA (Moskiewski Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny, Rosja)

Adres Redakcji • Contact

ul. Uniwersytecka 4, 40-007 Katowice, <https://journals.us.edu.pl/index.php/LOGOPEDIASILESIANA>

Czasopismo jest rejestrowane w bazach:

Bazhum, CEEOL, CEJSH, ERIH+, ICI Journals Master List, INFONA, Pol-index, Polska Bibliografia Naukowa

Spis treści

Wprowadzenie (OLGA PRZYBYŁA) (EN/PL)

Artykuły

EWA BINKUŃSKA

Development and disorders in the process of communication of people with the chromosome 13q deletion syndrome (EN)

URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK

Programowanie języka polskiego u dzieci dwujęzycznych (EN/PL)

KAROLINA KILAR

Nauczanie zdalne w szkole specjalnej – nowa forma komunikacji nauczyciel – uczeń (EN/PL)

MAGDALENA KOKOT

Nauka mowy przełykowej po całkowitym usunięciu krtani Studium przypadku (EN/PL)

RAFAŁ MŁYŃSKI

Procedura BID jako narzędzie do oceny procesów fonologicznych w przypadku dzieci dwujęzycznych (EN/PL)

DAWID PLUTECKI

Komunikacja lekarza z pacjentem w opinii studentów kierunku lekarskiego (EN/PL)

Noty o autorach (PL)

Informacje dla autorów (PL)

Contents

Introduction (OLGA PRZYBYŁA) (EN/PL)

Artykuły

EWA BINKUŃSKA

Development and disorders in the process of communication of people with the chromosome 13q deletion syndrome (EN)

URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK

Programming the Polish language in bilingual children (EN/PL)

KAROLINA KILAR

Distance learning in a special school – a new form of teacher – student communication (EN/PL)

MAGDALENA KOKOT

Evoking esophageal speech after the completely removed of the larynx: case study (EN/PL)

RAFAŁ MŁYŃSKI

The BID procedure as a tool for assessing phonological processes in bilingual children (EN/PL)

DAWID PLUTECKI

On patient-doctor communication as perceived by medical students (EN/PL)

Notes on contributors (PL)

Information for the authors (PL)



Wprowadzenie

W „Logopedii Silesianie”, interdyscyplinarnym czasopiśmie obejmującym perspektywę lingwistyczną (nauki humanistyczne), kliniczną (nauki medyczne) oraz psychologiczną i pedagogiczną (nauki społeczne), publikowane są oryginalne artykuły poświęcone uwarunkowaniom mowy w rozwoju i w zaburzeniach oraz kulturze języka – zagadnieniom ważnym społecznie, bo dotyczącym praktycznych i teoretycznych aspektów komunikowania się ludzi w różnym wieku.

Dziesiąty, jubileuszowy rok istnienia „Logopedii Silesiany” przynosi naukowemu czasopismu prawdziwą radość i wielką satysfakcję. W ministerialnej ocenie parametrycznej czasopism „Logopedia Silesiana” uzyskała 40 punktów. Osiągnięcie to stało się możliwe dzięki Autorom – naukowcom i praktykom z kraju i z zagranicy (m.in. Belgii, Bułgarii, Czech, Rosji, Węgier, Wielkiej Brytanii), reprezentującym różne dyscypliny naukowe, którzy w swoich pracach dowodzą, jak istotne zmiany nastąpiły w ostatnim dziesięcioleciu w odniesieniu do problemów mowy, jej rozwoju i zaburzeń. Wdzięczni jesteśmy Autorom, że chcą się dzielić naukową refleksją i w szerokiej perspektywie rozmaitych koncepcji teoretycznych, z zastosowaniem odpowiednich metodologii i najnowszych instrumentarium badawczych przedstawiają obszar badań współczesnej logopedii. Ukłony kierujemy również w stronę międzynarodowego grona Recenzentów, dzięki któremu zaangażowaniu jest możliwe osiągnięcie jeszcze wyższej jakości merytorycznej tekstów i podnoszenie prestiżu naukowego czasopisma.

Co ważne i warte podkreślenia, w ciągu ostatnich dwóch lat „Logopedia Silesiana” była laureatem konkursu w ramach ministerialnego programu „Wsparcie dla czasopism naukowych”. W związku z realizacją tego projektu Redakcja wdrożyła strategię rozwoju „Logopedii Silesiany”, obejmującą takie cele, jak umocnienie rangi czasopisma w nauce światowej (m.in. dzięki powiększeniu grona Rady Recenzyjnej o międzynarodowym charakterze o nowych członków), poszerzenie kręgu czytelników i podniesienie rozpoznawalności pisma w środowisku

badaczy kultury języka i biologicznych uwarunkowań rozwoju i zaburzeń mowy zarówno w Polsce, jak i na świecie. Na tę strategię złożyły się między innymi działania prowadzone od 2019 roku związane z usprawnieniem technicznym strony internetowej czasopisma, wykorzystaniem programu Open Journal System (OJS) w wersji 3.1.1.4 z jego nowymi funkcjami, w tym możliwością bieżącej publikacji online poszczególnych artykułów, jak również zwiększeniem częstotliwości ukazywania się pisma, które począwszy od 2021 roku jest półrocznikiem. Redakcja opracowała nową stronę internetową, zgodną ze światowymi standardami i systemem Open Journal System, z pełną informacją o czasopiśmie, w tym danymi na temat procedury składania artykułów, wymogów redakcyjnych, opisem procedury recenzowania artykułów oraz przestrzegania zasad etycznych publikacji zgodnych z wytycznymi COPE.

Pismo od 2016 roku jest obecne w bazach referencyjnych czasopism naukowych: ERIH+, CEEOL, CEJSH, Polska Bibliografia Naukowa, INFONA, Pol-index, Bazhum. Od 2014 roku czasopismo pozytywnie przechodzi proces ewaluacji ICI Journal Master List, co ukazują przekrojowo przedstawione wyniki sukcesywnie wzrastającego wskaźnika ICV: w 2014 roku wynosił on 49.51, w 2016 – 59.39, w 2017 – 70.58, w 2018 – 74.83, w 2019 – 87.04, a w 2020 – 100.00. Otwarty dostęp do artykułów publikowanych w „Logopedii Silesianie” znacząco wpłynął na ich cytowalność w Google Scholar i Researchgate. Na przełomie lipca i sierpnia bieżącego roku zostały wprowadzone metadane, które ułatwią zarządzanie paszportem czasopisma widocznym na portalu internetowym ICI World of Journals, jak również wesprą rokroczną aplikację do bazy indeksacyjnej ICI Journals Master List.

Należy podkreślić, że czasopismo jako jedno z nielicznych w Polsce od początku swego istnienia jest wielojęzyczne. Od ósmego tomu znacząco podniósł się poziom umiędzynarodowienia „Logopedii Silesiany”: czterdzieści artykułów występuje w dwujęzycznej wersji (angielskiej i polskiej), osiem tekstów jest opublikowanych w języku angielskim, dwa – w języku rosyjskim, dwa – w języku czeskim, cztery artykuły oraz recenzje – w języku polskim.

Jak zauważono w pierwszym numerze dziesiątego tomu, zmieniająca się rzeczywistość – powstawanie i przekształcanie się wspólnot komunikatywnych, dynamiczne przeobrażenia społeczno-kulturowe czy postęp technologiczny, a także zmiany klimatyczne i degradacja środowiska naturalnego wpływają na kondycję zdrowotną społeczeństw i łączą się z poszukiwaniem nowych, skutecznych metod leczenia i terapii.


Na wyzwania te odpowiadają Autorzy „Logopedii Silesiany” w prezentowanym Państwu numerze. Zgromadzone artykuły ukazują złożone zagadnienia związane z teoretycznymi i praktycznymi aspektami zaburzeń mowy i pozwalają je ujrzeć w nowym świetle.

Uznanie w środowisku logopedycznym, jakie w dziesięcioleciu swego istnienia osiągnęło czasopismo, nie byłoby możliwe, gdyby nie zaangażowanie,

rzetelność oraz życzliwość Redaktorów językowych i technicznych poszczególnych tomów „Logopedii Silesiany”. Szczególnie gorące słowa podziękowania za poświęcony trud, nieoceniony wkład pracy i determinację składam Pani mgr Annie Piłśniak, która pełni funkcję redaktora i sekretarza redakcji. Dziękuję również Pani dr Annie Kisiel, Panu dr. Michałowi Kisielowi i Panu mgr. Grzegorzowi Zemełce za redakcję i korektę artykułów w języku angielskim.

Z okazji jubileuszu „Logopedii Silesiany” wszystkim, którzy swą wiedzą, talentem i doświadczeniem przyczynili się do rozwoju czasopisma, składam gorące podziękowania i serdeczne gratulacje.

Olga Przybyła

 <https://orcid.org/0000-0001-8924-3102>



Introduction

In „Logopedia Silesiana”, an interdisciplinary journal covering the linguistic (humanities), clinical (medical science) and psychological as well as pedagogical (social science) perspectives, unique papers devoted to speech as conditioned by its development, disorders and culture – issues of social import as they touch upon the practical and theoretical aspects of human communication in diverse age groups.

The tenth jubilee year of the existence of „Logopedia Silesiana” brings real joy and great satisfaction to the scientific journal. In the ministerial parametric evaluation of journals, „Logopedia Silesiana” scored a 40 points rank. This outstanding achievement was made possible thanks to the very authors – scientists and practitioners originating in Poland and abroad (including Belgium, Bulgaria, the Czech Republic, Russia, Hungary, and Great Britain) who represent diverse disciplines and whose work has contributed to the understanding of the significant changes that have occurred in the past decade with regard to the problematics of speech development and speech disorders. We are beholden to the Authors for having been willing to share their reflections in a broad perspective of various theoretical concepts and to present – utilizing pertinent methodologies and the latest research instruments – the domain of contemporary speech therapy. We are also obliged to the international group of Reviewers, thanks to which it has been feasible to aim at even higher substantive quality of papers and, in its wake, to raise the scientific prestige of the journal.

Noteworthy is the fact that in the past two years „Logopedia Silesiana” had succeeded in winning a contest under the ministerial program „Support for scientific journals”. In the course of implementation of this project, the Editorial Board brought about a development strategy for „Logopedia Silesiana”, which aims at strengthening the position of the journal in global scholarship (sc. by expanding the international Reviewer Board), broadening the circle of readers, and increasing

the journal's recognition among scholars interested in the culture of language and biological determinants of speech development and disorders, both in Poland and abroad. The strategy involves, among others, the activities carried out since 2019 and related to technical improvement of the journal's website, introduction of the Open Journal System (OJS) program, version 3.1.1.4, with its new functionalities including the potentiality of operational publication of individual papers as well as shortened journal publication period that since 2021 turns into a semi-annual. The editorial office has developed a new website, compliant with current global standards and compatible with the OJS, providing full range of information pertinent to the journal, viz. article submission procedure, editorial requirements, and description of article review procedure as well as of rules for complying with ethical principles of publishing as stipulated in the COPE guidelines.

This periodical has since 2016 been present in the reference databases of scientific journals, viz. ERIH+, CEEOL, CEJSH, Polska Bibliografia Naukowa, INFONA, Pol-index, and Bazhum. Since 2014, the journal is being successfully screened for the ICI Journal Master List, which is reflected by the cross-sectional results of the successively increasing ICV index that in 2014 read 49.51 and from 2016 to 2020 – 59.39, – 70.58, – 74.83, – 87.04, and – 100.00, respectively. Open access to articles published in „Logopedia Silesiana” has significantly influenced their citation in both Google Scholar and Researchgate. At the turn of July and August, metadata was introduced to facilitate management of the journal's passport displayed on the ICI World of Journals website, as well as the annual application to the ICI Journals Master List index database.

It is to be emphasized that the journal, one of the very few in Poland, has been multilingual right from its inception. Starting from the eighth volume, the level of internationalization of „Logopedia Silesiana” has significantly increased: forty papers are in bilingual versions (English and Polish), eight texts are published in English, two in Russian, two in Czech, four articles and reviews in Polish.

As noted in the first issue of the tenth volume, the changing reality – the emergence and transformation of communicative communities, dynamic socio-cultural transformations, and technological progress as well as climate change and degradation of the natural environment – affect the condition of societies and result in search for new, effective methods of treatment and therapy.


These very challenges are addressed by the authors of „Logopedia Silesiana” in the issue presented to you. Collected articles bring into light the complex issues related to theoretical and practical aspects of speech disorders and portray them in a new light.

Recognition in the speech therapy community, which the journal has achieved in the decade of its existence, would not be possible without the commitment, reliability and kindness of the linguistic and technical editors of individual volumes of „Logopedia Silesiana”.

Especially warm words of thanks for her devoted effort, invaluable workload and determination, I extend to Ms Anna Pilśniak, M.A., who is the editor and secretary of the editorial office. I would also like to thank Mrs Anna Kisiel, PhD, Mr Michał Kisiel, PhD and Mr Grzegorz Zemełka, M.A., for editing and proof-reading articles in English.

On the occasion of the jubilee of „Logopedia Silesiany”, I would like to express my heartfelt thanks and congratulations to all those who have contributed with their knowledge, talent and experience to the development of the journal.

Olga Przybyła

 <https://orcid.org/0000-0001-8924-3102>




Artykuły

Logopedia
Silesiana
10(2)



EWA BINKUŃSKA

Institute of Speech Therapy, Philological Faculty, University of Gdansk

 <https://orcid.org/0000-0002-3901-7024>

Development and disorders in the process of communication of people with the chromosome 13q deletion syndrome

ABSTRACT: Chromosome 13q deletion syndrome is a kind of chromosome aberration which belongs to rarely occurring genetic abnormalities. Chromosome 13q deletion results in phenotypic disorders such as malfunctions in the central nervous system, anatomical changes of the body, as well as disorders in large and small motor skills. One of the possible consequences of the problems in motor skills development are speech development disorders, particularly concerning speech production. Other problems may relate to breathing, phonation and articulation. Additionally, on the one hand, some persistent reflexes in the orofacial area can be observed, while, on the other hand, some reflexes are absent. In the case of chromosome 13q deletion, the logopedic therapy contains also swallowing, as well as exercises which aim at improving the muscle tension in the area of face, articulators, neck, shoulders, chest and upper limbs. Disorders in speech production may take form of dysarthria, for example. Whereas, learning to communicate may require to introduce alternative communication – non-verbal communication within language production.

KEYWORDS: speech development, speech disorders, dysarthria, chromosome 13q deletion syndrome

Rozwój i zaburzenia w procesie komunikacji osób z zespołem delecji chromosomu 13q

STRESZCZENIE: Zespół delecji chromosomu 13q jest rodzajem aberracji chromosomowej, która należy do rzadko występujących nieprawidłowości genetycznych. Delecja chromosomu 13q skutkuje zaburzeniami fenotypowymi, takimi jak nieprawidłowości w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego, zmiany anatomiczne, a także zaburzenia w zakresie motoryki dużej i małej. Jedną z możliwych konsekwencji problemów w rozwoju zdolności motorycznych są zaburzenia rozwoju mowy, zwłaszcza w zakresie produkcji mowy. Problemy mogą dotyczyć także oddychania, fonacji i artykulacji. Ponadto z jednej strony można zaobserwować pewne przetrwałe odruchy w okolicy orofacialnej, a z drugiej strony niektóre odruchy są nieobecne. W przypadku delecji chromosomu 13q terapia logopedyczna obejmuje ćwiczenia połykania, ćwiczenia mające na celu poprawę napięcia mięśniowego w obrębie twarzy, artykulatorów, szyi, barków, klatki piersiowej i kończyn górnych. Zaburzenia w produkcji mowy mogą przybierać postać np. dyszartrii. Nauka komunikacji może wymagać wprowadzenia komunikacji alternatywnej – niewerbalnej w ramach produkcji językowej.

SŁOWA KLUCZOWE: rozwój mowy, zaburzenia mowy, dyszartria, zespół delecji chromosomu 13q

Chromosome deletion belongs to genetic abnormalities and is defined as the loss of a part of chromosome along with its genetic material. It is a result of the malfunctions in the structure of chromosome (Moore, Persaud & Torchia, 2013, p. 280). This situation may occur as early as at the stage of gamete production or in the process of genetic code recombinations after the combination of stem cells. The lost part of the chromosome may have different size (Tobias, Connor & Ferguson-Smith, 2011, p. 100). Deletion may affect genes of different significance to development in life. Disorders occurring in specific examples of people depend on how much genetic material is lost and on its meaning in the development.

Common consequences of chromosome 13q deletion are malfunctions in the central nervous system as well as anatomical changes (13). The most frequently mentioned anatomical disorders that have been observed and described so far in the literature about deletion of the long arm of chromosome 13 are: microcephaly, triangular-shaped head, changes in the area of face and facial bones, microphthalmia, hypertelorism, blepharophimosis, epicanthus, defects of iris, cataract, big and low-set ears, widened nasal bridge, short neck, club feet, hip joint dysplasia, thumb hypoplasia (Pecyna, 2000, p. 133), as well as hearing loss reaching to 90–95db, asymmetric set of shoulder blades (Binkuńska, 2003, pp. 123–126) and retinoblastoma (Matsunaga, 1980, pp. 53–58; Baud et al., 1999, pp. 478–82).

The disorders occurring in specific people with deletion depend on the extent of deletion process, that is to say, on how many genes have been lost and on their meaning. Therefore, the symptoms that have their basis in the discussed genetic process may also have different manifestations that are not listed above (Kasyan & Benirschke, 2005, pp. 658–665).

Chromosome 13q deletion belongs to rarely occurring disorders, therefore the literature concerning it is scarce and concentrates mainly on the genetic, phenotypic and neurological aspects (Allderdice et al., 1969, pp. 499–512; Amor, Voullaire, Bentley, Savarirayan & Choo, 2005, pp. 151–157). Among materials about 13q deletion, we may find articles comparing the changes in differential disorders that appear within chromosome 13. Kasyan & Benirschke, for instance, posted the article in 2005: *Genetic haploinsufficiency as phenotypic determinant of a deletion 13q syndrome* in *Pediatric and Developmental Pathology* (Kasyan & Benirschke, 2005, pp. 658–665). The authors analyse mainly neurological disorders in two infants with chromosome 13q disorder. Lucia Ballarati et al. in the article: *13q Deletion and central nervous system anomalies: Further insights from karyotype-phenotype analyses of 14 patients*, in 2007, presented an analysis of development and possible disorders in a considerably big number of people with 13q deletion (Ballarati et al., 2007). The literature on the subject, though, lacks elaborations presenting the therapy of speech development and of motor development – small and large motor skills. The author of this work has undertaken the subject of speech therapy of a person with 13q deletion by analysing therapeutic methods

which allow to develop the functions of the speech apparatus (Binkuńska, 2003, pp. 123–126). The author has analysed the quality of communication (Binkuńska, 2010, pp. 123–128) and its disorders, mainly in the form of dysarthria (Binkuńska, 2013, pp. 63–71).

Purpose of the study

The subject of this work is concerned with language communication development and disorders in the functioning of speech organs in people with the chromosome 13q deletion syndrome. The aim of the work is to present the difficulties in specific areas of communication – active and passive speech, as well as to point to possible malfunctions of the speech organs. The following questions are examined: how does language communication develop in people with the chromosome 13q deletion syndrome? What kind of speech organ malfunctions can be observed in people with the chromosome 13q deletion? What kind of speech disorders may occur in people with the chromosome 13q deletion? Which aspects of the language develop well enough for the speech communication to be possible? Which aspects of the language develop with such difficulties that they considerably or completely prevent communication? The attempt to answer the above questions requires not only the analysis of the literature concerning the discussed genetic disorder but, most of all, it requires longer period of observation of the development of a person with the above mentioned disorder.

Methods of proceeding in speech therapy

The case study presented in this work is based on twelve years of speech therapy with a person with chromosome 13q deletion. The therapeutic work started when the person was 6 years old and finished when she was 18.

The anatomical changes that occurred in this case were: changes in the facial bones: triangular-shaped head, microphthalmia (small eyes), hypertelorism (wide-set eyes), blepharophimosis (reduced lid size), epicanthus (skin fold in the inner corner of eyes), defect in vision, low-set ears, widened nasal bridge, short neck. In the area of anatomy there occurred: thumb hypoplasia, Sprengel's deformity – asymmetric set of shoulder blades, feet changes – club feet, hip joint dislocation (Binkuńska, 2013, p. 65).

Malfunctions in the work of muscles were also observed. There was a pathological distribution of muscle tension between the shoulder and hip girdle on the right side of the body. The weakened muscle tension affected also the muscles of larynx and the center of the body. However, in upper and lower limbs the muscle tension increased. In the area of arms the work of forearm rotation was hardly noticeable.

The muscle functioning disturbance was observed during making purposeful movements. When the muscles were at rest, their tension was lowered, whereas during attempts to make purposeful requested movements the tension increased in the upper and lower limbs. In the central area of the body it remained unchanged. As it was mentioned before, sudden altering of muscle tension affected mainly movements done at request, less frequently spontaneous movements.

Apart from upper and lower limbs, the increased muscle tension was observed in the area of orbicularis oris muscle while doing purposeful movements. However, in this case, this situation was connected with positioning body, lips and jaw in a way that they leaned forward.

As a consequence of asymmetric set of shoulder blades, shoulder girdle and hip girdle, there were disturbances in the muscle tension in the area from face and facial bones, through shoulders to intercostal spaces and the muscle structures of abdomen and diaphragm.

There was a slower pace of motor skills development. This was the result of the disturbance in sensorimotor processing and in muscle tension distribution. It took a longer period of time to master the ability of rotating around herself, groveling, crawling and sitting on her own. Walking was not mastered in the analysed case.

Therefore, the developmental deficits affected both small and large motor skills. In the area of small motor skills poor eye-hand coordination and lack of precision in the performed movements were observed.

Apart from the aforementioned changes in the area of child's speech apparatus, anatomy and physiology, there were also reflexes in the orofacial area such as the reflexes of searching, biting, pushing the tongue outside and rooting reflex. The vomiting reflex was weakened and moved inward the oral cavity. The reflexes of chewing and swallowing were absent. Typically, the child kept her mouth open and was salivating (excessive salivation).

The disorders were also concerned with breathing. When breathing was not accompanied by phonation, both breathing in and out were performed through mouth, even though the nasal cavity was unobstructed. The breath was shallow with domination of one side of the chest. When the child was in recumbence while breathing, abdomen part was dominant and ribs did not move. In the early stage, the child was not able to consciously breathe in and direct the air flow while breathing out. When these abilities were mastered, while consciously breathing in and directing the breath, the phases of breathing in and out were shallow,

performed by the upper part of the chest. They were short and fast. Therefore, despite activating the upper part of the chest, the breath was not performed with the whole breathing capacity. Rather, depending on the child's position, with the lower part of the chest, when the child was in recumbence, or with the upper part, when it was sitting. The absence of deeper breath may have resulted from the anatomical changes in torso, including asymmetric set of shoulder blades and disturbances in the muscle work in these parts.

Disorders in the ability to consciously breathe in and breathe out, as well as damages in the central nervous system lead to the lack of respiratory and phonation coordination, thus creating the basis for difficulties in speech sound production.

Additional factor causing disturbance in performing full and deep breath was positioning shoulders forward while sitting, which entailed constricting intercostal muscles.

Relaxed breathing through mouth was accompanied by the weakening in the area of orbicularis oris muscle and of cheek muscles (Rządźka, 2011, p. 24; Mitrinowicz-Modrzejewska, 1963). Weakening of face muscles tension was an unfavorable element in keeping oral cavity closed.

Tongue malfunctions were connected with a weakened muscle tension, with aforementioned reflex of pushing the tongue outside and with positioning the speech organs, such as jaw and lips, forward. This kind of positioning the jaw and lips prevented tongue from being placed upright. It did not settle on the jaw, rather it extended outside the mouth. Initially, the muscle tension of the tongue was weakened and the tongue was positioned asymmetrically. Gradually though, when the person mastered the ability of making purposeful movements of the tongue, the muscle tension increased during the tongue's activity. The aforementioned reflex of pushing the tongue outside appeared as well. Little mobility was observed also in the area of the soft palate. There were difficulties in making purposeful movements there.

When the speech sound production is concerned, the child produced individual, spontaneous sounds, which were not always logically connected with the context and the situation in which they occurred. The sounds produced were of exclamation kind. Speech disorders were related to dysarthria. The ability to produce speech sounds was limited. While producing sounds there was no coordination of breathing, voicing and articulation. Disorders in the speech production were also the result of the malfunctions in the motor skills of speech organs (Tłokiński, 2005, p. 91). Both, the lack of coordination in breathing, voicing and articulation, as well as the malfunctions in the motor skills of speech organs are the result of genetically based impairments in the functioning of the central and peripheral nervous system (Jastrzębowska, 2003, pp. 120–142). Another characteristic connected with dysarthria that occurred in the child's case was the lack

of swallowing and chewing abilities. Despite not developing active speech, there was passive speech comprehension observed. The fact that the child tried to react adequately to the context of statements, proves that particular levels of language analysis – syntax, vocabulary, morphology and phonology – were developed. She tried to respond to commands by gestures, showed anxiety when grammatical mistakes were made, and she also recognised linguistic jokes.

Speech therapy started from the attempts to position the child upright. The aim was to improve the asymmetric setting of the hip and shoulder girdle as much as possible. This would allow better breathing, especially deepening the breath and teaching the child to consciously direct the air flow while breathing out. Working against the forces of gravity was to provide proprioceptive stimuli that would affect the improvement of feeling the body.

The initial stage of the speech therapy included the work on eliminating the reflexes of searching, biting and rooting, as well as the reflex of pushing the tongue outside. The aim of the therapy at that time was to trigger the reflex of swallowing, chewing and the emetic reflex.

The sitting position of the child made it possible to start teaching her how to consciously take the air in and direct the air flow while breathing out. Positioning the child appropriately with the tendency to place child's head, chest and body rather symmetrically, contributed to the improvement of phonation. It also contributed to creating better opportunities to work on sound articulation. The therapeutic work on conscious breathing also required placing the child in the upright position.

Therefore, activities concerned with breathing functions included work on consciously directing the flow of air while breathing out, on breathing deeply, on prolonging the exhaust phase and on changing the direction of breathing to breathing through nose.

The objective of the initial stages of the therapy was to improve the muscle tension in the area of the organs responsible for verbal communication – the areas of face and facial bones, speech articulators, neck and shoulders, as well as chest and abdomen. During the therapy various massages were done, with a special emphasis on face and oral cavity massage. The speech organs were exercised in the direct and indirect way. The aim was to improve muscle tension and the motor skills of speech articulators. That included working on erect position of the tongue, putting the tip of the tongue behind the lower teeth and raising the middle part of the tongue to the hard palate. The exercises of raising up and lowering down the soft palate and the massage of these areas were additional factors stimulating the swallowing reflex. The exercises mentioned above included also the muscle around the mouth and the groups of cheek muscles.

The next phase of the speech therapy concentrated on phonation activities. The impediments in this area resulted from the lack of coordination between

breathing, phonation and articulators, as well as from the abnormal glottal stop which occurred during attempts to produce sounds. In that situation the sounds were produced with difficulty, the phonation was usually preceded by articulation movements and the voice was hoarse.

The speech therapy was concerned with the attempts to shape verbal communication within the active speech. As the results of sound production and combining sounds into word structures were unsatisfactory, nonverbal sounds started to be introduced. The ability to use passive speech were developed.

Results of speech therapy

The speech therapy has resulted in the improvement of the breathing functions. The child managed to learn to breathe through nose and direct the air consciously. The exhaust phase got prolonged and the breathing became deeper.

The muscle tension of the articulators and the motor skills of the tongue have also been improved. Considerable change for the better has been observed in the work of the tongue, lips, as well as the soft palate. The child has learnt to swallow, to raise the tongue to the hard palate and to maneuver it inside and outside the oral cavity. The ability to push the lips forward has also been mastered. The improvement in the muscle tension was essential in learning to keep the mouth closed. Keeping the mouth closed, in turn, has made previously occurring salivation less troublesome.

The child has mastered the articulation of vowel sounds and few consonants. These sounds allowed for producing several words such as, for example, "mama" ('mum'), "nie" (no), "ja" (I), "lala" ('doll'). The lexical system, though, remained poor and the vocabulary did not allow to create sentences. Therefore, non-verbal signals started to be introduced. As the consequence of developing speech comprehension, the child with 13q deletion syndrome has started to react adequately to instructions and speech in general.

However, phonation has not improved. The malfunctions in phonation stem from dysarthria in the discussed case. There were the following characteristic features of phonation: the lack of coordination between breathing, phonation and articulators, as well as glottal stop. The voice has remained to be hoarse.

Conclusion

The results achieved during the speech therapy were varied in different spheres, in the functioning of the speech organs – breathing, mouth and face reflexes – as well as in communication development – active speech and passive speech. The disproportion between understanding speech, which was well enough to develop communication, and the speech production was discernible. The disturbances that occurred during speech production were of dysarthria nature. There has been a considerable improvement in the area of breathing functions, in eliminating the mouth and face reflexes and in eliciting the reflexes which did not occur previously.

References

- ALLDERDICE, et al. (1969). The 13q-deletion syndrome. *The American Journal of Human Genetics*, 21, 499–512.
- AMOR, D.J., VOULLAIRE, L., BENTLEY, K., SAVARIRAYAN, R., & CHOO, K.H. (2005). Mosaic monosomy of a neocentric ring chromosome maps brachyphalangy and growth hormone deficiency to 13q31.1–13q32.3. *The American Journal of Human Genetics*, 133A, 151–157.
- BALLARATI, L., et al. (2007). 13q Deletion and central nervous system anomalies: further insights from karyotype–phenotype analyses of 14 patients. *Journal of Medical Genetics*, 44(1), e60. DOI: 10.1136/jmg.2006.043059.
- BAUD, O., et al. (1999). Dysmorphic phenotype and neurological impairment in 22 retinoblastoma patients with constitutional cytogenetic 13q deletion. *Clinical Genetics*, 55, 478–82. <https://doi.org/10.1034/j.1399-0004.1999.550614.x>.
- BINKUŃSKA, E. (2008). Konwencjonalne i niekonwencjonalne metody stymulowania rozwoju mowy na przykładzie dziecka z delecją chromosomową. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji*, 3, 123–126.
- BINKUŃSKA, E. (2010). Zaburzenia mowy i jakość życia na przykładzie osób z delecją chromosomową. In: K. BARANOWICZ, A. SOB CZAK, M. ZNAJMIECKA-SIKORA (eds.), *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie nauk o człowieku – teoria i rozwiązania praktyczne* (pp. 123–128). Łódź: Pracownia Pedagogiki Specjalnej WnoW UŁ.
- BINKUŃSKA, E. (2013). Communicative abilities of people with the chromosome 13q deletion syndrome. *Journal of Education and Science. Pedagogy. Psychology. Medicine*, 63–71.
- JASTRZĘBOWSKA, G. (2003). Zaburzenia dysartryczne u dzieci. In: T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKI (eds.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Tom 2: Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych* (pp. 120–142). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- KASYAN, A.G., & BENIRSCHKE, K. (2005). Genetic haploinsufficiency as phenotypic determinant of a deletion 13q syndrome. *Pediatric and Developmental Pathology*, 8, 658–665.
- MATSUNAGA, E. (1980). Retinoblastoma: host resistance and 13q-chromosomal deletion. *Human Genetics*, 56(1), 53–8.

- MITRINOWICZ-MODRZEJEWSKA, A. (1963). *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy. Rozpoznanie, leczenie i rehabilitacja*. Warszawa: PZWL.
- MOORE, K.L., PERSAUD, T.V.N., & TORCHIA, M.G. (2013). *Before we are born. Essentials of embryology and birth defects*. Philadelphia: Saunders-Elsevier.
- PECYNA, S.M.B. (2000). *Dziecko i jego choroba*. Warszawa: Żak.
- RZĄDZKA, M. (2011). Przyczyna kształtowania się dysfunkcji oddychania. In: E.M. SKOREK, M. RZĄDZKA (eds.), *Profilaktyka i terapia dysfunkcji oddechowych u dzieci* (pp. 23–24). Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- TŁOKIŃSKI, W. (2005). Zaburzenia mowy o typie dysartrii. In: T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA (eds.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki* (pp. 907–929). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- TOBIAS, E.S., CONNOR, M., & FERGUSON-SMITH, M. (2011). *Essential Medical Genetics, 6th Edition*. Wiley-Blackwell.



URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK

School of Polish Language and Culture, Catholic University of Lublin

<https://orcid.org/0000-0002-8487-0358>

Programming the Polish language in bilingual children

ABSTRACT: Nowadays, the teachers of Polish are facing a new phenomenon with increased frequency: namely, that of bilingualism or multilingualism in Polish schools or among the expatriate Poles, which is consequent to the population migration patterns. And with it, a new challenge is thus posed: to look at the Polish language functionally and to teach it in a communicative way. A preschool teacher or a Polish teacher may seek the support of a speech therapist who has the ability to build, rebuild and develop linguistic and communicative competences in children whose language difficulties are caused by the interference between two or even three language systems or which result from speech disorders. The methods of teaching foreign languages, effective in „language programming”, may also prove useful for this purpose. The article is a review of the methods and techniques used in teaching Polish as a foreign language to children of foreigners or Polish bilingual children of preschool and early school age, which methodology can also be implemented in the treatment of children with speech delay (alalia). The article also presents examples of grammar exercises developed by the Author, which are aimed at mastering nominal and verbal inflection and developing receptive (passive) and productive (active) language skills.

KEYWORDS: bilingualism, language programming, the methods of teaching foreign languages to children

Programowanie języka polskiego u dzieci dwujęzycznych

STRESZCZENIE: Spowodowane migracjami coraz częstsze zjawisko dwu- lub wielojęzyczności w polskich szkołach czy też wśród Polonii stawia przed nauczycielami języka polskiego nie lada wyzwanie – spojrzenia na język funkcjonalnie oraz uczenia go w sposób komunikacyjny. Nauczycielowi edukacji wczesnoszkolnej lub polonistce może pomóc logopeda, mający umiejętność budowania, odbudowywania i rozwijania kompetencji językowej i komunikacyjnej dzieci, w których przypadku trudności w opanowaniu języka są wynikiem interferencji dwóch czy nawet trzech systemów językowych lub wynikają z zaburzeń mowy. Użyteczne w tym działaniu mogą okazać się również metody glottodydaktyczne, skuteczne w „programowaniu języka”. Artykuł jest przeglądem metod i technik, które są używane w nauczaniu języka polskiego jako obcego dzieci obcokrajowców lub polskich dzieci dwujęzycznych w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym i które mogą być wykorzystywane w terapii dzieci z opóźnionym rozwojem mowy. W artykule zostały zaprezentowane także opracowane przez autorkę przykładowe ćwiczenia gramatyczne służące opanowaniu fleksji nominalnej i werbalnej i rozwijające sprawności receptywne i produktywne.

SŁOWA KLUCZOWE: bilingwizm (dwujęzyczność), programowanie języka, metody uczenia dzieci języków obcych

Bilingualism in glottodidactics, psychology and culture

The reference literature in the fields of glottodidactics, linguistics and psychology features many a definition of bilingualism. In the classical understanding of the term, bilingualism is the interchangeable use of two languages by the speaker depending on the situational and environmental context (Bloomfield, 1962, p. 56; Weinreich, 1964, p. 1; Grosjean, 1982, quoted in: Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 223). In the socio-cultural approach, bilingualism is a linguistic-psychological-social phenomenon that typifies multicultural countries (Miodunka, 2003, p. 69; cf. Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 224). The scope of bilingualism may be individual (unitary), in which the emphasis is laid on the origin, linguistic competence, language function and attitude to languages (internal or external identification), or it may be **social**, i.e. characteristic of a community living in a country other than the native land, or typical of multilingual countries (Skutnabb-Kangas, 1981, cited in: Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 224). Uriel Weinreich (1964, pp. 11–12; cf. Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 230) distinguishes between **coordinate bilingualism** and **complex bilingualism**, whereby the former encompasses two completely divergent language systems, in which linguistic encoding and decoding takes place separately, as is the case with Polish and Chinese, for instance; in **complex bilingualism**, both languages hold the same meaning for two words, implemented by two different forms, but referring to the same conceptual content, e.g. *książka* – a book; another subtype is constituted by **subordinate bilingualism**, in which the native tongue mastered by the individual in question mediates the acquisition of a secondary language, e.g. through translation and the lack of formulating thoughts in the second language, which, in turn, favours the occurrence of numerous linguistic interferences.

Teresa Michalewska (1991, p. 20; cf. Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 231), on the other hand, coined the term of **compositional bilingualism**, which is constantly mediated by the mother tongue, and **coordination bilingualism**, which characterises individuals operating in a bilingual society and using both languages as mother tongues on an ongoing basis.

In view of the degree of identity, linguistic and cultural identification, the theory of bilingualism also distinguishes between **complete bilingualism**, in which the person has fully mastered the linguistic and cultural competence in both languages, and **partial bilingualism**, in the case of linguistic identification only (Skutnabb-Kangas, 1981, cited in: Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 231). Linguists divide people who are fluent in at least two languages into: **completely** and **nearly bilingual**, and **doubly semi-lingual**, as well as various types of **bilingual** and **multi-lingual** (Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 231). Ida Kurcz, on the other hand (2000, p. 182; cf. Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 231) defines a bilingual person as someone

who speaks two or more languages, without specifying the level of their fluency. **Balanced bilingualism** denotes a linguistic capacity which involves the knowledge of different languages developed at the same level¹, while **full bilingualism** is understood as the complete knowledge of both language systems and the cultures of communities that use these languages. François Grosjean (1982, p. 239; quoted in: Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 231) employs the term of **dormant bilingualism** to describe a situation where one of the languages is not used on a regular basis. Ewa Lipińska (2003, pp. 114–115; cf. Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 232) introduces a distinction between the command of a foreign language, which is associated with the mastery of only some of the language skills (that include listening comprehension, reading comprehension, writing, speaking), followed by a linguistic competence non-correspondent to the age and social standing of the person in question, and bilingualism, that is, an ambilingual proficiency of a second language at the native-speaker level. In this understanding of bilingualism, a person uses both languages in various communication scenarios and with various social life participants.

The reflection on the development of linguistic competence distinguishes two types of language acquisition processes: **acquisition** – associated with high brain plasticity present in children from the age of 2 to adolescence and enabling the mastering of the mother tongue in a natural way without deploying any effort, and **learning** – occurring more or less since adolescence, which is associated with the „switching” of other brain functions and their location in the left hemisphere of the brain, and thus – with a different and more complex way of learning a foreign language (Klein, 2007, p. 9)². Researchers of bilingualism – Josaine F. Hammers and Michel Blanc (quoted by: Wróblewska-Pawlak, 2004, p. 69) – differentiate between early (childhood) bilingualism and late bilingualism, employing the

¹ In psychology, bilingualism is typified mainly in view of: 1) the acquisition period of both languages: simultaneous bilingualism – when a person acquires two languages since birth, successive bilingualism – when a person first masters one language to a certain degree of fluency, and then the other; 2) the obtained effect: balanced bilingualism – when a person uses both languages at a similar level of proficiency, unbalanced bilingualism – when the person has mastered both languages to a different degree (De Houwer, 2009; Zurer Pearson, 2007, as cited in: Wodniecka, Mieszkowska, Durlík, and Haman, 2018, pp. 93–94).

² The phenomenon of human language acquisition has become the subject of interest of neurobiologists. Eric Lenneberg promulgated the theory of the critical period for language acquisition in humans as spanning from the age of 2 years to 12–14 years, which period of the child’s life is characterised by natural language acquisition (Klein, 2007, p. 9). On the other hand, according to the members of the Modern Language Association, the ideal time for the commencement of the acquisition of a mother tongue and learning a second language is the moment of the child’s birth, while an organised learning of a second (foreign) language should start between the 4th and the 5th year of the child’s life, while the period between the ages of 4 and 8 years is deemed the optimum period for this kind of learning (Brzeziński, 1987, p. 27). Janusz Arabski (1996, pp. 64–87) also expounds on this issue.

language acquisition age criterion and taking 10–12 year of the child's life as the threshold age. Two types of language acquisition are commonly distinguished in theories on **bilingualism**: a **simultaneous** process, when the child acquires two languages at the same time, and a **consecutive** one, involving a child older than 3 years of age, who has already acquired some knowledge about the world, cognitive consciousness, a cognitive concept system, an extensive memory and the command of the mother tongue, which may become a reference point for the secondary language (Krashen, Terrel, 1983, as cited in: Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 227). Children learning a new language after the age of 3 years need appropriate motivation to properly encode the secondary language, which is usually provided by the surrounding environment (through which the exposure to the secondary language takes place), the willingness to identify with their peers and to adapt to the community speaking to them in a different and incomprehensible language (Grosjean, 1982, as cited in: Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 227).

Young children willingly play with their peers from a different linguistic and cultural background, repeating words and phrases, employing non-verbal communication, and often giving off the impression that they indeed comprehend the given language. Moreover, they acquire the language in a ludic context, learning set phrases first, and then complete expressions; they learn vocabulary and grammatical rules by way of interacting and owing to the intentionality of the linguistic conduct. The more frequent the contact with their peers, the faster they develop their language skills and competence. However, they often get the different language systems mixed up in the process. School-age children may tend to acquire the language of their native environment at a somewhat slower rate due to withdrawal and frequent rejection on the part of their peer environment. They listen to their colleagues' conversations and they participate less frequently in the interactions, albeit while conducting internal dialogues. By repeating and assimilating entire phrases, they learn the syntax of the second language. The speed at which children acquire a second language is dependent on psychological and social factors (Krashen, Terrel, 1983, as cited in: Żydek-Bednarczuk, 2007, pp. 227–228).

One of the methods of learning first and second languages is **individual bilingualism**, whereby a child is being brought up in a mixed family and is learning both languages at the same time: the first language (L1) from the mother and the second language (L2) from the father – thus associating the individual languages with a specific person. In time, the child recognises both systems, and after the stage of mixing up the lexis, pronunciation and grammar, they eventually start using both systems without employing much effort (Arabski, 1995, as cited in: Żydek-Bednarczuk, 2007, p. 228)³. **Social bilingualism**, on the other hand, per-

³ The reference literature on the subject describes various strategies of communicating with a child used by primary care givers in a bilingual family. The best-known and most widely recom-

tains to immigrant families, whereby the L1 language is spoken within the family environment and, independently, L2 is being used at school or at work, or whereby the L2 language skills are being acquired through the intermediation of the mother tongue. However, more often than not, language L2 is taken home from work and school, which leads to further interference between both systems, or it directly replaces L1, thus rendering its use merely occasional, which can cause the mother tongue to atrophy.

Notwithstanding, the acquisition of L2 may be a difficult process and it may result in poor linguistic competence, which is limited exclusively to everyday communication. Mastering L2 may become completely impossible and it may also lead to difficulties in acquiring the mother tongue, causing **double semi-lingualism** (Lipińska, 2003, p. 125; cf. Żydek-Bednarczuk, 2007, pp. 233–234).

Linguistic competence (proficiency) and language learning

Linguistic communication⁴ runs smoothly when a person has **linguistic competence / language skills** – whereby both these concepts are deemed by glotto-didacticists as synonymous in denoting conscious, but also intuitive knowledge of the language in question, as well as the ability to use linguistic means in correctly interpreting and creating properly structured expressions and sentences in

mended strategy is that of a person per language (one person – one language), whereby each parent addresses the child in their mother tongue (Wróblewska-Pawlak, 2013, p. 93). Ida Kurcz (1992, p. 190; cf. Wróblewska-Pawlak, 2013, p. 93) lists the following strategies for communicating with a child in two languages: a) place-dependent, consisting in talking to the child in one language at home, and in the second one outside the home, b) time-dependent, whereby one language is used, for example, on weekdays, while the other one is practiced on weekends, c) an alternating mode, in which communication in individual languages takes place at longer (e.g. yearly) intervals.

⁴ Linguistic communication, also referred to as linguistic interaction or discourse, is defined in linguistics and speech therapy as a compound of conducts manifested in external speech. Thanks to them, an audio-form text is generated (either in the form of graphics or gestures), which enables communication within a specific social group. The linguistic behaviour of external speech is preceded by cerebration (which is revealed in internal speech). Cerebration, in turn, is structured by a text created in the mind. The cognitive communication activities that arise in the speaker's mind, thanks to which a person gets to experience the world and themselves, as well as the quasi-communication activities – that allow one to use their knowledge of reality in relations with other participants of the communication – make up the act of linguistic communication. Over the course of participation in social life, a person gets to learn the communication system, while acquiring communication competence and interaction skills. These capabilities enable an individual to comprehend the relationships between people and allow the realisation of one's own intentions (Grabias, 2012, pp. 16–17; cf. Ciszevska-Psujek, 2018, p. 246).

accordance with the rules governing the given language. Language competence is the knowledge and ability to build grammatically correct sentences. According to linguists (Lipińska, Seretny, 2013, p. 113), the efficient use of grammatical categories does not only imply knowing the code, but also mastering the ability to employ it in a manner adequate to the communicative situation.

Urszula Żydek-Bednarczuk (2002, p. 126) incorporates communication skills with the following sub-skill set into the definition of linguistic competence: systemic skills (lexical, semantic, grammatical, phonological, and syntactic) as well as social, cultural, situational and pragmatic skills. In modern speech therapy, linguistic competence includes „unconscious knowledge of the grammatical principles of sentence structuring” and „efficiency in spoken and possibly written sentence execution” (Grabias, 2012, p. 37). According to Stanisław Grabias (2012, p. 37), linguistic competence, coupled by cognitive competence, i.e. the knowledge about oneself and the world, as well as communicative competence, understood as the knowledge of linguistic behaviour patterns typical of a given society, both serve to characterise a person who efficiently uses an ethnic language.

In referring to the concept of the existence of two ways of mastering a second language: 1) acquisition which is an unconscious and natural process that does not require formal teaching, and 2) learning, which is a conscious, formal process of acquiring a language (Lipińska, 2006, p. 20), Rafał Młyński (2012, p. 100) indicates that, nowadays, it is impossible to separate these two processes due to digitalisation, popularisation of Internet access, and travelling. According to the researcher (Młyński, 2012, p. 100), learning the Polish language by bilingual children should take place under the supervision of a speech therapist and a teacher of Polish as a foreign language. Młyński justifies this thesis with the concept coined by Władysław Miodunka (2010, p. 239; cf. Młyński, 2012, p. 100) which pertained to teaching Polish language to children of emigrants and acquiring Polish as a second language in a Polish expat community and to formal teaching of the language at Polish expat school. Miodunka emphasises that (2010, p. 239; cf. Młyński, 2012, p. 100) „the second language can be both acquired and taught.”

Glottodidacticians maintain (Laskowski, 2009, p. 36; Młyński, 2012, pp. 100–102) that elaborating a sociolinguistic profile of a child (concerning their linguistic contacts)⁵ will allow for precise determination and implementation of activities aimed at improving their language subsystems, shaping their linguistic skills and developing their overall linguistic, communicative and cultural competences.

⁵ Obtaining information about the primary caregivers of a bilingual child (whether they are of the same nationality or different nationalities), the length of the family's stay in Poland, the language of communication at home and in peer circles, contacts with the Polish language – this serves to define the acquisition strategy and the child's formal language education (Laskowski, 2009, p. 36).

Programming the Polish language in bilingual children

Engendered by migration and mixing and fusing of different nationalities, the phenomenon of bilingualism, or multilingualism, is increasingly more common in Polish schools, and it has long been present in Polish expat community schools abroad. Therefore, Polish language acquisition support activities are implemented and teaching methodologies are developed for bilingual or multilingual children, which task is undertaken by teachers in schools throughout Poland and in Polish expat community schools abroad. Miodunka (2010, pp. 240–241) points out that teaching Polish concerns both the children of foreigners living in Poland and Polish expat children living in different foreign countries, whose knowledge of the official language of the country of residence is often better than their command of Polish⁶.

The multilingualism and multiculturalism⁷ of children learning at various stages of Polish education gets manifested via problems in acquiring or learning the Polish language (acquiring linguistic competence) and the interference between Polish and the respective ethnic languages of children of foreigners. Bilingualism poses a real challenge to teachers of the Polish language forcing them to look at the language from a functional perspective and to teach it in a communicative way⁸.

⁶ Władysław Miodunka (2010, p. 241; cf. Młyński, 2012, p. 106) points to the relationship between the mother tongue, the second language and a foreign language, whereby the two latter terms may be closer to one another or very distant (for example, for the Slavs, Polish is a more familiar language than for Asians).

⁷ Przemysław E. Gębal and Władysław T. Miodunka (2020, p. 189) point out that teaching Polish as a foreign language today concerns children who already have experience of learning other foreign languages. The currently developing „didactics of multilingualism, which takes into account the broad context of learning more languages” – it is worth noting that this is consequent to the coexistence of different cultures – may influence the contemporary reflection on teaching Polish as a foreign language. Polish language glottodidacticians (Gębal, Miodunka, 2018, pp. 186, 190) distinguish four areas of multilingualism didactics: 1) an intercultural approach, whereby Polish culture, which is also the subject of didactic activities, „is being confronted with the respective cultures of the class participants”, 2) integrated language education, i.e. „the integration of the simultaneous teaching of several foreign languages through didactic implications using the knowledge of the previously acquired languages in the learning process of further foreign tongues”, while also „taking advantage of certain similarities between individual language systems”, 3) intercomprehension, concerning the cognate languages, and the suggestion to teach at least two related languages simultaneously, 4) openness to languages, the aim of which is to familiarise children with a multilingual environment.

⁸ Nowadays, the communication language teaching (CLT) approach is one of the most popular methods of teaching foreign languages, the main goal of which is effective communication, and not necessarily grammatically impeccable use of the language (Komorowska, 2001, pp. 33–34). Another

A preschool teacher or a Polish teacher can be assisted by a speech therapist endowed with the ability to build, rebuild and develop the linguistic, cognitive and communicative⁹ competence of children whose difficulties in mastering the language are the result of the interference between two or even three language systems, whereby the support of a teacher of Polish as a foreign language (glottodidactician), whose task is to program the Polish language by developing learners' linguistic capacity, could not be overrated¹⁰. In their work, the teacher – speech therapist – glottodidactician team may find highly useful not only various methods aiding the development of the cognitive and linguistic sphere of a child's functioning¹¹, which are popular in logopaedics and can be used in working with bilingual children, but also glottodidactic¹² methods and exercises, which will be presented hereafter.

equally popular method of teaching language skills is the task-oriented approach, also referred to as the communicative-functional approach (see Maciocha, 2013, p. 43; Janowska, 2011; cf. Majewska-Tworek, Tarkowski, 2018, p. 270).

⁹ Jagoda Cieszyńska-Rożek emphasises the importance of a correct diagnosis and speech therapy in the development of speech in bilingual children, as difficulties in acquiring the ethnic and second language may not only stem from bilingualism, but also from disturbances in the formation of lateralisation, alalia (SLI), speech delay occurring in autism, Asperger's syndrome or childhood aphasia. Moreover, taking into account the neurobiological correlation between the development of the language system and human cognitive abilities, she further postulates the need to stimulate all spheres of cognitive and linguistic functioning of a bilingual child. As part of the Krakow method she has developed, she proposes the following techniques for the development of speech of bilingual children, as presented in these multi-part publications: *Słucham i uczę się mówić* (I listen and learn how to speak) (*Trudne głoski, Samogłoski i wykrzyknienia, Wyrażenia dźwiękonaśladowcze, Sylaby i rzeczowniki* [Difficult sounds, vowels and exclamations, onomatopoeic phrases and expressions, syllables and nouns]) and *Kocham szkołę!* (I love school!), featured in the series *Kocham Czytać* (I love reading) and *Moje Sylabki* (My Little Syllables), followed by the Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania[®] (Simultaneous-Sequential Reading Learning) method, programming of spoken and written language, as well as drawing and writing a diary of events (Cieszyńska-Rożek, 2018, pp. 134–137, 142–148).

¹⁰ Młyński (2010, pp. 219–232, 2012, p. 105) emphasises that also parents of bilingual children who procure the services of speech therapists (Polish expat children returning from emigration or children of foreigners) oftentimes need formal teaching of Polish as a foreign language.

¹¹ A presentation of popular therapeutic approaches (including the classic methods of aiding language development) employed in modern speech therapy is featured in the extensive monograph titled *Metody terapii logopedycznej* (Speech therapy methods) edited by Aneta Domagała and Urszula Mirecka (2018).

¹² Anna Majewska-Tworek and Zbigniew Tarkowski (2018, p. 266) note that when working with a bilingual child, speech therapists recur to methods popular in teaching foreign languages, modifying them and adapting them to the individual needs of their young students.

Glottodidactic methods in programming the Polish language in bilingual children

All methods of teaching children foreign languages, including Polish, are based on psycholinguistic theories that treat the process of acquiring a foreign language as a way of mimicking natural reality, as is also the case with learning an ethnic language. Teaching a foreign language to the youngest of students is therefore facilitated by the techniques of ready-dialogue memorisation, including various texts, song lyrics and linguistic drills – all in a ludic context – while creating communication situations familiar to the child and related to their environment (Rokita-Jaśkow, 2015, p. 32; Kondrad, 2015, p. 72; cf. Komorowska, 2001, p. 29, cf. Ciszewska-Psujek, 2018, p. 247). Developmental features of preschool and early school-age children determine the methodology implemented in teaching them a foreign language; these traits include the following: underdeveloped reading and writing skills, incomplete understanding of spatial and temporal relations, concrete thinking and mechanical memory, dominance of short-term attention span, quick forgetting of the learned material despite good memorisation skills, constant need for physical activity and game playing, as well as emotional and spontaneous reaction to external stimuli. The methods most often used in teaching foreign languages to children are the following: **direct (conversational)**, focusing mainly on the natural interaction between the teacher and the student, involving conversation carried out in a situational context; **audio-lingual**, emphasising primarily the perfecting of listening and speaking skills, and then focusing on reading and writing, on the basis of creating a non-reflective, mechanical response to an active visual or auditory stimulus; **cognitive**, which focuses on the creative use of a foreign language, and whose main goal is to create linguistic competence that allows the user – with the help of a finite number of grammatical rules of the language – to understand and build an infinite number of correct sentences; and, finally, TPR (total physical response), which assumes that we learn foreign languages effectively when listening in silence and reacting with physical movement adequately to the content of the message (Komorowska, 2001, pp. 25–32; Rubak, 2013, p. 99, cf. Ciszewska-Psujek, 2018, pp. 248–250)¹³.

Developing language skills in children focuses on learning entire set phrases, expressions and structures. In the case of younger children – pre-schoolers – no grammatical analysis is performed, while in the case of older children – primary school students – such an analysis is performed to a limited extent. Grammar skills are taught on a contextual basis, which is manifested in the adaptation of

¹³ The above-listed description of selected glottodidactic methods has been extracted from a study by Hanna Komorowska (2001, pp. 25–32) on second-language teaching methodology.

grammatical issues to the appropriate situation, subject matter, lexis, e.g. the ablative noun form is introduced in the context of professions and nationality. Grammar exercises are subject to communication exercises, and they are also adapted to exercises aimed at developing other skills: listening comprehension, speaking, reading and (if possible) writing (Kowalewska, 2011, pp. 48, 51; cf. Ciszewska-Psujek, 2018, p. 248). Second-language teaching methodologists suggest that the ludic element should be dominant in the language classes, coupled with various stimuli supporting concentration, including sound and image, which serve to boost the child's activity. Therefore, the following are highly recommended: gymnastics, physical movement games, drawing, colouring, paper cut-outs, singing. Repetition / choral speaking, the repetition of commonplace greetings or farewell expressions, as well as the repeated repetition of phrases containing the correct grammatical form (replacing the typical correction of linguistic errors) contribute to building a sense of security and self-confidence in young students. Furthermore, the teacher-student relationship that fosters the didactic process should be based on mutual acceptance, kindness, appropriate motivation of all the students involved, as well as on an appropriate response from the educator to the feelings of weariness, fatigue and / or distraction expressed by children, which may be constituted by a change in activity, topic or situation (Komorowska, 2001, pp. 40–43; cf. Ciszewska-Psujek, 2018, p. 251).

Learning Polish should take place systematically, whereby the subsequent lessons should refer thematically to the previous ones while sharing a constant, recurring element. The teacher should speak to the child exclusively in Polish, structuring clear messages, avoiding any unnecessary complex vocabulary, teaching Polish culture, while always repeating what the child has already learned, patiently awaiting the emergence of some results, and skilfully adjusting the textbooks, curriculum and materials to the age of the children and their the level of knowledge of the Polish language (Kowalewska, 2011, pp. 46–48, 50–51)¹⁴.

A speech therapist assisting a pre-school teacher in their work – or a teacher of integrated education or a teacher of Polish specialising in „programming” the Polish language for children of foreigners and Polish expat children residing outside Poland or returning to Poland from emigration – may employ the methods and techniques of teaching Polish as a foreign language, taking into account the developmental features of children, mimicking the natural way of acquiring an

¹⁴ In recent years, various textbooks for young students have appeared in print (most often based on authorial programs), adjusting the general principles of teaching foreign languages to children to the specificity of the Polish language (Kowalewska, 2011, p. 44, cf. Ciszewska-Psujek, 2018, p. 248). See: Makarski, 1999; Mikielewicz, Weislo, 2003; Pomykałło, 2008; Rabiej, 2009, 2010; Akhtelik, Niesporek-Szamburska, 2009; cf. also a series for bilingual children: Majewska-Wójcik, Smoleń-Wawrzusiszyn, 2015; Ptak, Tyl, 2016; Stempek, Grudzień, Kuc, 2016 (series for learning Polish as a foreign language dedicated to older children, aged 10–15 years).

ethnic language while implementing various auxiliary methodologies, programs and exercises developed by Polish language glottodidacticians (cf. Ciszewska-Psujek, 2018, p. 257). The activities of a logopaedist ought to lead to building or improving the underdeveloped or partially developed competences: the cultural one (relating to the knowledge about reality and about oneself), the linguistic one (enabling the construction of grammatically correct sentences), the communication capacity (enabling the structuring of utterances which are appropriate to the given situation) (Grabias, 2012, p. 37); the work of a speech therapist should also stimulate the cognitive functions while boosting the development of the social sphere of functioning of a bilingual child (cf. Cieszyńska-Rożek, 2018, p. 137)¹⁵.

Suggestion of glottodidactic exercises aimed at developing language skills

This subsection brings forth examples of exercises (1–7) which have been adapted to the cognitive abilities of children, and which are based on the following methods: natural, direct and audiolingual one, while integrating them and serving to master nominal and verbal inflection and to develop receptive (listening and reading) and productive skills (speaking and writing)¹⁶.

¹⁵ In discussing various studies on the professional competences of speech and language therapists, Ewa Czaplewska (2018, pp. 266–267) notes that foreign logopaedists report the need for training related to the diagnostics and treatment of bilingual people, especially in terms of broadening the knowledge about the development of speech in bi- and multilingual children, while expanding the extent of their intercultural knowledge. Polish speech therapists, in turn, complain about the lack of standardised and normalised diagnostic and therapeutic tools, or logopaedic procedures for the successful treatment of bilingual individuals. Czaplewska (2018, pp. 267, 280), therefore, postulates the necessity to undertake the content of cultural differences in the framework of professional education of speech therapists, and she further formulates the goals of research undertaken as part of intercultural logopaedics, which mainly include the following: constructing diagnostic and therapeutic tools and developing speech therapy procedures in bilingualism. Other logopaedists (Tarkowski, Wiewióra, 2017; Majewska-Tworek, Tarkowski, 2018, p. 284) propose the idea of creating a specialisation of bilingual speech therapy, the aim of which would be to prepare logopaedists to work with bilingual and multilingual children and their caregivers.

¹⁶ The methods and techniques of teaching foreign languages to children and various glottodidactic exercises can also be implemented in the treatment of speech disorders in children with underdeveloped or lost competences and abilities (see: Ciszewska-Psujek, 2018, pp. 256–257). Glottodidactic methods which can be used in developing the grammatical competence of children in speech therapy, as well as examples of respective exercises, have been presented in the chapter of the monograph *Metody terapii logopedycznej* (Speech therapy methods) edited by Aneta Domagała and Urszula Mirecka (see: Ciszewska-Psujek, 2018, pp. 248–256).

EXERCISE 1. Exercise aimed at consolidating the nominative forms of singular and plural nouns. Food products

Paste the images into the appropriate column. Colour the drawings.

fruit	vegetables	dairy	meat and cold cuts	baked goods	sweets

Images to the exercise 1. Cut out and paste in.



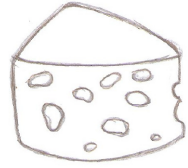
milk



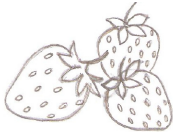
ham



cookies



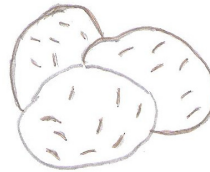
cheese



strawberries



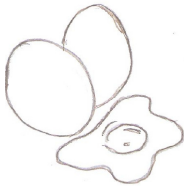
ice-cream



potatoes



pears



eggs



onion



chicken



yoghurt



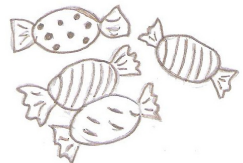
peaches



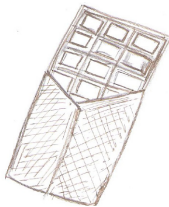
bread roll



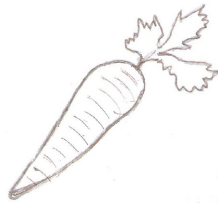
pepper



candy



chocolate



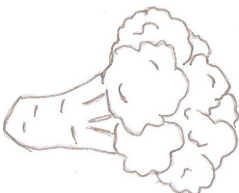
carrot



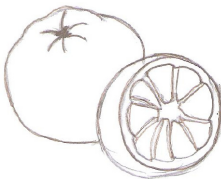
sausage



grapes



broccoli



oranges



bread

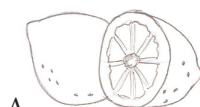


tomatoes

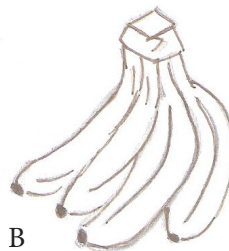
EXERCISE 2. Exercise aimed at consolidating the forms of the nominative form of singular and plural adjectives. Food products

Complete the sentences and paste the words into the right place.
Match the pictures (letters) with the sentences (numbers). Colour the drawings.

1. Fish is

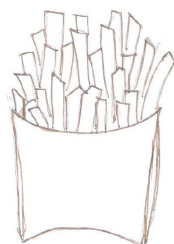


A

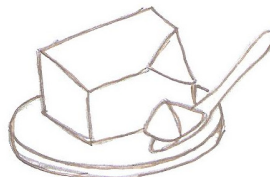


B

2. Lemons are



C



D

3. Butter is

4. Bananas are



E



F

5. Grapefruit is

6. Ketchup is



G

H

7. French fries are

8. Pepper is

1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....

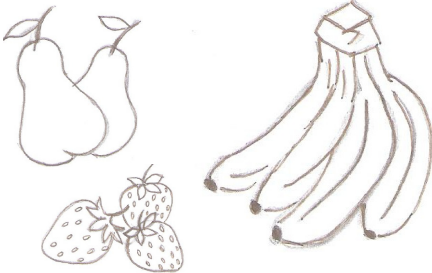



Cut out and paste in.

sour	salty	sweet	bitter
spicy	mild	fat	lean

SOURCE: Own elaboration; own drawings.

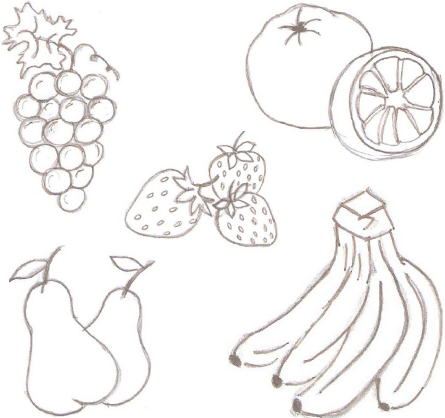


EXERCISE 3. Exercise aimed at consolidating the accusative forms of singular and plural nouns.
Food products

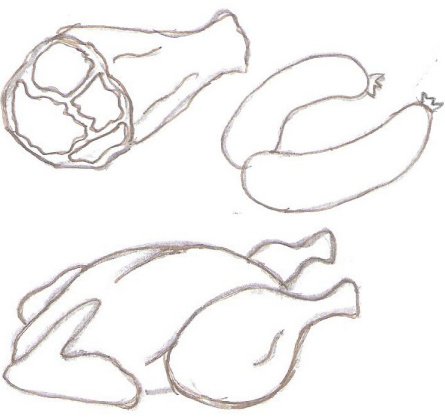

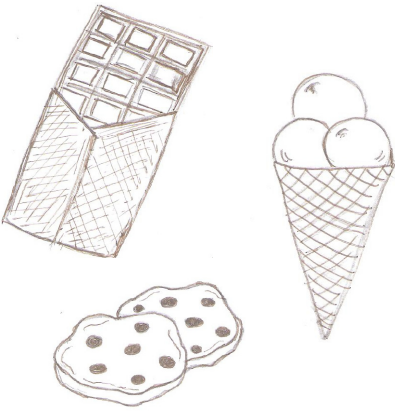
Look at the pictures, listen to the information and choose the correct answer.
Colour the drawings.

	<p>Children prefer ... to vegetables.</p> <ul style="list-style-type: none">a) fruitb) sweets
	<p>Mom and Dad are fixing ...</p> <ul style="list-style-type: none">a) dinnerb) breakfast
	<p>Every Sunday Mum bakes ...</p> <ul style="list-style-type: none">a) breadb) a cake
	<p>Grandma Mary makes the best ...</p> <ul style="list-style-type: none">a) dumplingsb) pork chops

SOURCE: Own elaboration; own drawings

EXERCISE 4. Exercise aimed at consolidating the accusative forms of singular and plural nouns.
Food products

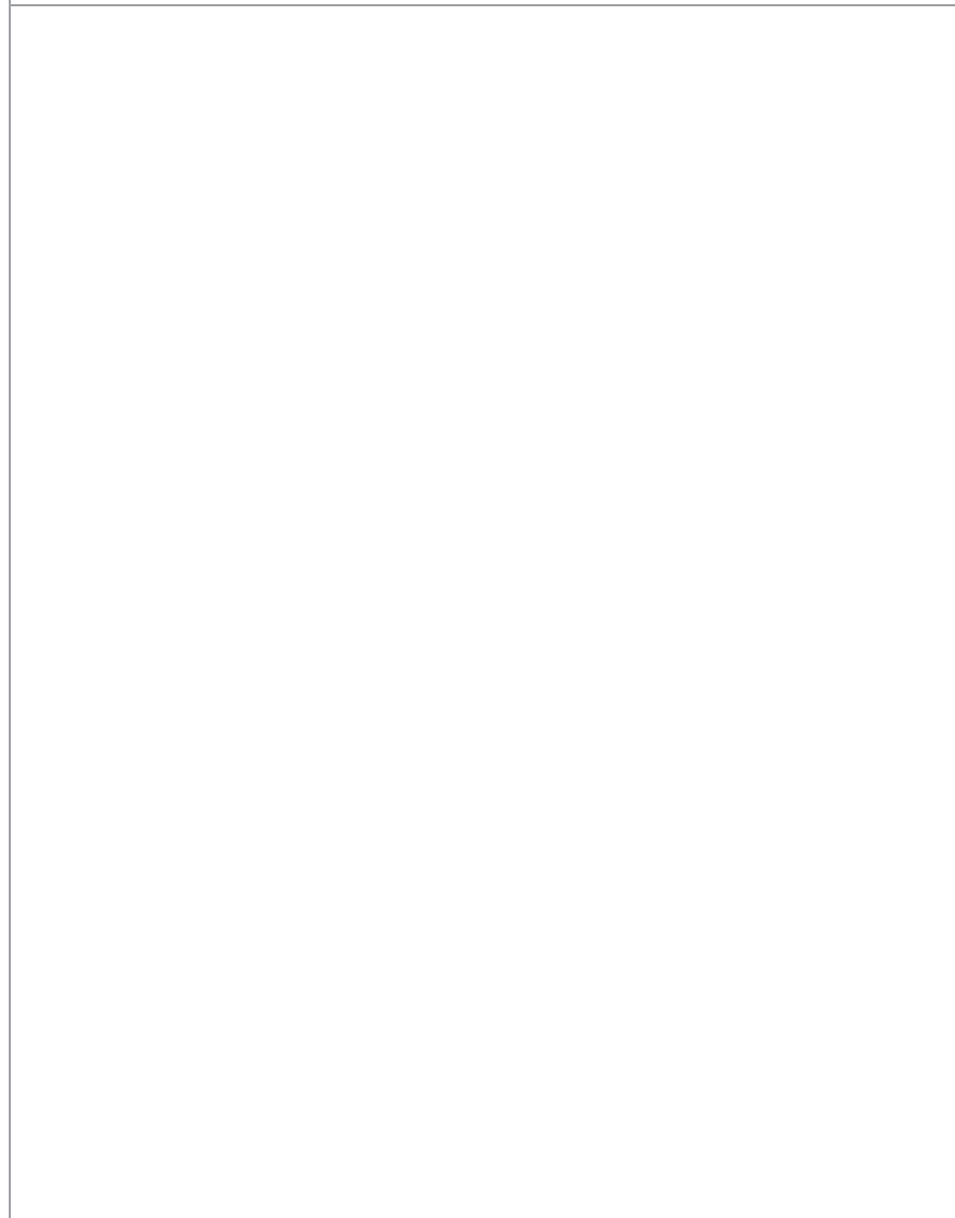
<i>Listen to the texts and answer the questions. Colour the drawings.</i>	
	<p>Peter likes sweet fruit very much. He eats an apple, a pear or a banana every day. He also likes sweet grapes and strawberries. Now, he feels like eating an orange.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What does Peter like? 2. What does Peter eat every day? 3. What does Peter feel like eating now?
	<p>Johnny likes bread very much. He often eats a vegetable sandwich or a slice of bread with chocolate spread. He prefers a loaf of bread to bread rolls. His mother bakes her own bread.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What does Johnny like? 2. What does Johnny eat often? 3. What does Johnny prefer? 4. What does Johnny's mother bake?
	<p>Amelka and Antek are twins. They like the same food, especially dairy. For breakfast, they eat cereals with milk or cheese and eggs. They drink milk every day. They usually eat yoghurt for dessert.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What do Amelka and Antek like? 2. What do Amelka and Antek eat for breakfast? 3. What do Amelka and Antek drink every day? 4. What do Amelka and Antek usually eat for dessert?

	<p>Jules loves pasta with sauce and meat, especially spaghetti. She also likes chicken. She prefers meat to fish. She often eats cold cuts for breakfast – ham or frankfurters. She eats sausage from time to time.</p> <ol style="list-style-type: none">1. What does Jules like?2. What does Jules prefer?3. What does Jules often eat for breakfast?4. What does Jules eat from time to time?
	<p>Ania loves vegetables, especially corn. For breakfast, she always eats tomatoes; for lunch, she often has carrots or broccoli and then peppers for dinner. She also likes potatoes very much. She prefers potatoes to rice or pasta. Ania's Mum often makes a vegetable soup.</p> <ol style="list-style-type: none">1. What does Ania like?2. What does Ania eat for breakfast, lunch and dinner?3. What does Ania prefer?4. What does Ania's mother often cook?
	<p>Frankie loves sweets, especially chocolate. He prefers chocolate to biscuits and ice cream. He also likes to drink hot chocolate. Frankie's Mum sometimes buys him milk chocolate with nuts or fruit gummy jellies. Frankie only eats sweets from time to time, because he knows that they are not good for your health.</p> <ol style="list-style-type: none">1. What does Frankie love?2. What does Frankie prefer?3. What does Frankie's Mum sometimes buy?4. What does Frankie eat from time to time?

SOURCE: Own elaboration; own drawings.

EXERCISE 5. Exercise aimed at consolidating the accusative forms of singular and plural nouns.
Food products

*Draw the fruits and vegetables you like to eat.
Then complete the sentence: I like...*



SOURCE: Own elaboration.

EXERCISE 6. Exercise aimed at consolidating present tense verb forms.

Listen to the text and answer the questions. Colour the drawing.



Eve and Adam are siblings. They love each other very much, are inseparable and like to spend their free time together. Every day, they play with building blocks and draw. When the weather is nice, they take a stroll in the park or go rollerblading. Twice a week – on Mondays and Wednesdays – they go to the swimming pool. There, they take swimming lessons. They often meet up with friends after school and play board games together. Every now and then, they go shopping with their Mum on Fridays. Every Saturday, they help their parents with housework – they vacuum the whole flat and clean their room. Sometimes, they visit their grandparents on Sundays. They rarely watch TV and they play computer games only three times a week. Adam and Eve never get bored.

1. What do Eve and Adam do every day?
2. What do they do when the weather is nice?
3. What do they do on Mondays and Wednesdays?
4. What do they often do after school?
5. What do they do from time to time on Fridays?
6. What do they do every Saturday?
7. What do they do on Sundays?
8. What do they rarely do?
9. What do they never do?
10. How could you title this text?

SOURCE: U. CISZEWSKA-PSUJEK (2018). Glottodidactic methods in developing grammatical competence of children in speech therapy. In: A. DOMAGAŁA, U. MIRECKA (eds.), *Speech therapy methods* (pp. 245–259). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, p. 255.

EXERCISES 7. Exercises aimed at consolidating present tense verb forms.

I. „Charades / Pictionary”. The teacher acts out various actions before the students, using gestures, facial expressions and body movements. The students’ task is to guess what actions are being thus depicted. Then, a student acts out actions that are presented on a sheet of paper in a pictorial form, or written down. The rest of the students and / or the teacher guess what these actions are.

II. „Silent Dictation.” The teacher or student acts out with gestures the content of the sentences that make up a story. The task of the pupils is to reconstruct this story (a suggestion for older children).

In the morning, Ania gets up, eats her breakfast, washes up, gets dressed and goes to school. First up, she has her Polish lessons, and then, just before noon, she has her math class. Around noon, she takes a stroll in the park. She gets back home at 2 p.m. and has lunch. In the late afternoon, she plays some computer games, listens to music and does her homework. In the evening, she watches TV and eats dinner. She reads an interesting book before going to bed. Ania sleeps eight hours per night.

III. “Sweaty Betty Dictation”. The teacher hangs up cards with the text of a short story in various parts of the classroom. Then, they pair up the students. The task of the first person in the pair is to move between the place indicated by the teacher where the card had been hung and the second person, and then, to dictate the written text to them. The other person’s task is to write down the text they hear dictated by their colleague. The team that finishes the race first having rewritten the text without any errors, wins the game. The exercise is intended for children who can already read and write or for children who are in the process of mastering these skills. In the latter case, single verbs or simple sentences should be written on the cards instead of the entire story.

SOURCE: Own elaboration. The ideas for the exercises II and III were taken from the following textbook for communication games and exercises: T. PELC (1997). *Teraz polski! Gry i ćwiczenia komunikacyjne. Podręcznik dla nauczycieli języka polskiego jako obcego. (Now Polish! Communication games and exercises. A textbook for teachers of Polish as a foreign language)*. Łódź: WING, pp. 38, 43.

References

- ARABSKI, J. (1995). *O przyswajaniu języka drugiego (obcego)*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- ACHTELIK, A., NIESPOREK-SZAMBUKSKA, B. (2009). *Bawimy się w polski 1*. Katowice: Śląskie Centrum Edukacji Regionalnej.
- BLOOMFIELD, L. (1963). *Language*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- BRZEZIŃSKI, J. (1987). *Nauczanie języków obcych dzieci*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- CIESZYŃSKA-ROŻEK, J. (2018). Rozwój systemu językowego dzieci bilingwalnych. In: E. CZAPLEWSKA (ed.), *Logopedia Międzykulturowa* (pp. 132–149). Gdańsk: Harmonia Universalis.

- CISZEWSKA-PSUJEK, U. (2018). Metody glottodydaktyczne w rozwijaniu kompetencji gramatycznej dzieci objętych terapią logopedyczną. In: A. DOMAGAŁA, U. MIRECKA (eds.), *Metody terapii logopedycznej* (pp. 245–259). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- CZAPLEWSKA, E. (2018). Rola logopedii we współczesnych społeczeństwach wielokulturowych. In: E. CZAPLEWSKA (ed.), *Logopedia Międzykulturowa* (pp. 261–281). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- DE HOUWER, A. (2009). *Bilingual first language acquisition*. Bristol-Buffalo, NY: Multilingual Matters.
- DOMAGAŁA, A., MIRECKA, U. (eds.) (2018). *Metody terapii logopedycznej*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GĘBAL, P., MIODUNKA, W.T. (2020). *Dydaktyka i metodyka nauczania języka polskiego jako obcego i drugiego*. Warszawa: PWN.
- GRABIAS, S. (2012). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. In: S. GRABIAS, Z.M. KURKOWSKI (eds.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (pp. 15–72). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- JANOWSKA, I. (2011). *Podjęcie zadaniowe do nauczania i uczenia się języków obcych. Na przykładzie języka polskiego jako obcego*. Kraków: Universitas.
- KLEIN, W. (2007). Przystawianie drugiego języka: proces przyswajania języka. Translated by: J. OKUNIEWSKI. In: I. KURCZ (ed.), *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności* (pp. 89–142). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- KOMOROWSKA, H. (2001). *Metodyka nauczania języków obcych*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- KONDRAT, D. (2015). Metody pracy z dziećmi w przedszkolu. *Języki Obce w Szkole. Nauczanie Języków w Przedszkolu*, 1, 71–76. <http://jows.pl/content/metody-pracy-z-dziecmi-w-przedszkolu?page=show> [access: 23.05.2017].
- KOWALEWSKA, M. (2011). Jak skutecznie uczyć dziecko języka polskiego jako obcego/drugiego? In: D. CIEŚLIKOWSKA (ed.), *Edukacja dla integracji. O doświadczeniach, pomysłach, działaniach praktycznych w wielokulturowych klasach* (pp. 44–75). Kraków: Stowarzyszenie Willa Decjusza.
- KURCZ, I. (1992). *Język a psychologia. Podstawy psycholingwistyki*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- KURCZ, I. (2000). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Scholar.
- LASKOWSKI, R. (2009). *Język w zagrożeniu. Przystawianie języka polskiego w warunkach polsko-szwedzkiego bilingwizmu*. Kraków: Universitas.
- LIPIŃSKA, E. (2003). *Język ojczysty, język obcy, język drugi. Wstęp do badań dwujęzyczności*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- LIPIŃSKA, E. (2006). Przystawianie języka pierwszego a uczenie się języka obcego/drugiego. In: A. SERETNY, E. LIPIŃSKA (eds.), *Z zagadnień dydaktyki języka polskiego jako obcego* (pp. 19–28). Kraków: Universitas.
- LIPIŃSKA, E., SERETNY, A. (2003). *ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego*. Kraków: Universitas.
- MACIOCHA, A. (2013). Podjęcie zadaniowe na tle innych metod w glottodydaktyce. *Kwartalnik Polonicum*, 1, 42–49.
- MAJEWSKA-TWOREK, A., TARKOWSKI, Z. (2018). *Terapia logopedyczna dziecka dwujęzycznego*. In: A. DOMAGAŁA, U. MIRECKA (eds.), *Metody terapii logopedycznej* (pp. 261–286). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- MAJEWSKA-WÓJCİK, A., SMOLEŃ-WAWRZUSISZYN, M. (2015). *Z Anią przez Polskę*. Lublin-Chicago: Kenbooks.
- MAKARSKI, W. (1999). *Baw się z nami*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- MICHALEWSKA, M.T. (1991). *Polszczyzna osób bilingwalnych w Zagłębiu Ruhry w sytuacji oficjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- MIKIELEWICZ, R., WEISŁO, A. (2003). *Uczymy się świata po polsku* (vol. 1). Warszawa: Wspólnota Polska.
- MIODUNKA, W.T. (2003). *Bilingwizm polsko-portugalski w Brazylii. W stronę lingwistyki humanistycznej*. Kraków: Universitas.
- MIODUNKA, W.T. (2010). Polszczyzna jako język drugi. Definicja języka drugiego. In: J. GRUCHAŁA, H. KUREK (eds.), *Silva rerum philologicarum. Studia ofiarowane Profesor Marii Strycharskiej-Brzezynie z okazji Jej jubileuszu* (pp. 233–245). Kraków: Universitas.
- MŁYŃSKI, R. (2010). Obraz rodziny w wypowiedziach bilingwalnego chłopca. In: M. MICHAŁIK, A. SIUDAK (eds.), *Zagadnienia mowy i myślenia* (pp. 219–232). Kraków: Collegium Columbinum (Nowa Logopedia, vol. 1).
- MŁYŃSKI, R. (2012). Dwujęzyczność dziecięca w perspektywie glottodydaktyki i logopedii. Próba syntezy. In: M. MICHAŁIK, A. SIUDAK, Z. ORŁOWSKA-POPEK (eds.), *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej* (pp. 93–111). Kraków: Collegium Columbinum (Nowa Logopedia, vol. 3).
- PELC, T. (1997). *Teraz polski. Gry i ćwiczenia komunikacyjne. Podręcznik dla nauczycieli języka polskiego jako obcego*. Łódź: WING.
- POMYKAŁO, A. (2008). *ABC po polsku*. Warszawa: Stowarzyszenie Vox Humana.
- PTAK, M., TYL, E. (2016). *Ania w przedszkolu* (vol. 1). Chicago: Kenbooks.
- RABIEJ, A. (2009). *Lubię polski!* (vols. 1 and 2). Kraków: Fogra.
- RABIEJ, A. (2010). *Lubię polski!* (vol. 2). Kraków: Fogra.
- ROKITA-JAŚKOW, J. (2015). Spór o metodę, czyli jak najlepiej uczyć dzieci języków obcych. *Języki Obce w Szkole. Nauczanie Języków w Przedszkolu*, 1, 31–35, <http://jows.pl/content/spor-o-metode-czyli-jak-najlepiej-uczyc-dzieci-jezykow-obcych> [access: 23.05.2017].
- RUBAK, A. (2013). Metodyka nauczania języka angielskiego w kształceniu zintegrowanym. *Języki Obce w Szkole. Nauczanie Języków w Przedszkolu*, 1, 198–103, <http://jows.pl/content/metodyka-nauczania-j%C4%99zyka-angielskiego-w-kszt%C5%82eniu-zintegrowanym?page=show> [access: 23.05.2017].
- STEMPEK, I., GRUDZIEŃ, M., KUC, P. (2016). *Polski krok po kroku. Junior. Seria podręczników do nauki języka polskiego jako obcego*. Kraków: Glossa.
- TARKOWSKI, Z., WIEWIÓRA, D. (2017). Bilingwizm a rozwój mowy dziecka. In: *Studia logopedyczno-lingwistyczne. Księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Edwarda Łuczyńskiego* (pp. 109–131). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- WEINREICH, U. (1964). *Languages in contact findings and problems*. London–Hague–Paris: Mouton.
- WODNIECKA, Z., MIESZKOWSKA, K., DURLIK, J., HAMAN, J. (2018). Kiedy 1 + 1 ≠ 2, czyli jak dwujęzyczni przyswajają i przetwarzają język(i). In: E. CZAPLEWSKA (ed.), *Logopedia międzykulturowa* (pp. 92–131). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- WRÓBLEWSKA-PAWLAK, K. (2004). *Język – tożsamość – imigracja. O strategiach adaptacyjnych Polaków zamieszkałych we Francji w latach osiemdziesiątych XX wieku*. Warszawa.
- WRÓBLEWSKA-PAWLAK, K. (2013). Naturalna dwujęzyczność, czyli o dwujęzycznym wychowaniu dzieci. *Języki Obce w Szkole*, 1, 88–97, <http://jows.pl/sites/default/files/Wr%C3%B3blewska-Pawlak.pdf> [access: 02.03.2021].
- ŻYDEK-BEDNARCZUK, U. (2002). Sprawność językowa we współczesnej edukacji polonistycznej. In: H. SYNOWIEC (ed.), *W kręgu dydaktyki języka i literatury polskiej. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Edwardowi Polańskiemu* (pp. 119–126). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- ŻYDEK-BEDNARCZUK, U. (2007). Bilingwizm w badaniach glottodydaktycznych, społecznych i kulturowych. In: J. TAMBOR, A. ACHELNIK (ed.), *Sztuka czy rzemiosło? Nauczyć Polski i polskiego* (pp. 223–237). Katowice: Gnome.



URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK

Szkoła Języka i Kultury Polskiej, Katolicki Uniwersytet Lubelski

 <https://orcid.org/0000-0002-8487-0358>

Programowanie języka polskiego u dzieci dwujęzycznych

Programming the Polish language in bilingual children

ABSTRACT: Nowadays, the teachers of Polish are facing a new phenomenon with increased frequency: namely, that of bilingualism or multilingualism in Polish schools or among the expatriate Poles, which is consequent to the population migration patterns. And with it, a new challenge is thus posed: to look at the Polish language functionally and to teach it in a communicative way. A preschool teacher or a Polish teacher may seek the support of a speech therapist who has the ability to build, rebuild and develop linguistic and communicative competences in children whose language difficulties are caused by the interference between two or even three language systems or which result from speech disorders. The methods of teaching foreign languages, effective in „language programming”, may also prove useful for this purpose. The article is a review of the methods and techniques used in teaching Polish as a foreign language to children of foreigners or Polish bilingual children of preschool and early school age, which methodology can also be implemented in the treatment of children with speech delay (alalia). The article also presents examples of grammar exercises developed by the Author, which are aimed at mastering nominal and verbal inflection and developing receptive (passive) and productive (active) language skills.

KEYWORDS: bilingualism, language programming, the methods of teaching foreign languages to children

STRESZCZENIE: Spowodowane migracjami coraz częstsze zjawisko dwu- lub wielojęzyczności w polskich szkołach czy też wśród Polonii stawia przed nauczycielami języka polskiego nie lada wyzwanie – spojrzenia na język funkcjonalnie oraz uczenia go w sposób komunikacyjny. Nauczycielowi edukacji wczesnoszkolnej lub polonście może pomóc logopeda, mający umiejętność budowania, odbudowywania i rozwijania kompetencji językowej i komunikacyjnej dzieci, w których przypadku trudności w opanowaniu języka są wynikiem interferencji dwóch czy nawet trzech systemów językowych lub wynikają z zaburzeń mowy. Użyteczne w tym działaniu mogą okazać się również metody glottodydaktyczne, skuteczne w „programowaniu języka”. Artykuł jest przeglądem metod i technik, które są używane w nauczaniu języka polskiego jako obcego dzieci obcokrajowców lub polskich dzieci dwujęzycznych w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym i które mogą być wykorzystywane w terapii dzieci z opóźnionym rozwojem mowy. W artykule zostały zaprezentowane także opracowane przez autorkę przykładowe ćwiczenia gramatyczne służące opanowaniu fleksji nominalnej i werbalnej i rozwijające sprawności receptywne i produktywne.

SŁOWA KLUCZOWE: bilingwizm (dwujęzyczność), programowanie języka, metody uczenia dzieci języków obcych

Bilingwizm w glottodydaktyce, psychologii i kulturze

W literaturze glottodydaktycznej, językoznawczej i psychologicznej istnieje wiele definicji określających dwujęzyczność. W klasycznym rozumieniu bilingwizm jest używaniem przez mówiącego w sposób wymienny dwu języków w zależności od sytuacji i środowiska (Bloomfield, 1962, s. 56; Weinreich, 1964, s. 1; Grosjean, 1982, za: Żydek-Bednarczuk, 2007p, s. 223). W podejściu społeczno-kulturowym bilingwizm jest zjawiskiem językowo-psychologiczno-społecznym, charakteryzującym kraje wielokulturowe (Miodunka, 2003, s. 69; por. Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 224). Zasięg bilingwizmu może być **indywidualny** (jednostkowy), w którym istotne jest pochodzenie, kompetencja językowa, funkcja języka oraz nastawienie do języków (identyfikacja wewnętrzna lub zewnętrzna), lub **społeczny**, charakterystyczny, np. dla wspólnoty zamieszkującej kraj inny niż ojczysty czy kraje wielojęzyczne (Skutnabb-Kangas, 1981, za: Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 224). Ulriel Weinreich (1964, s. 11–12; por. Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 230) wyróżnia **bilingwizm współrzędny**, czyli taki, w którym dwa systemy językowe są zupełnie odmienne, a kodowanie i odkodowywanie w tych językach następuje oddzielnie, np. w przypadku języka polskiego i chińskiego; **bilingwizm złożony**, w którym w obu językach występuje to samo znaczenie dla dwóch słów, realizowane przez dwie różne formy, ale odnoszące się do tej samej zawartości pojęciowej, np. *książka* – *a book*; **bilingwizm podporządkowany**, w którym opanowany przez człowieka język ojczysty pośredniczy w akwizycji drugiego języka, np. poprzez tłumaczenia i brak myślenia w drugim języku, co sprzyja licznym interferencjom językowym.

Według Teresy Michalewskiej (1991, s. 20; por. Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 231), istnieje **bilingwizm kompozycyjny**, w którym cały czas pośredniczy język ojczysty, i **bilingwizm koordynacyjny**, charakteryzujący osoby funkcjonujące w społeczeństwie dwujęzycznym i stale używające dwóch języków w charakterze języków ojczystych. Ze względu na stopień identyfikacji językowej, kulturowej i tożsamościowej, w teorii bilingwizmu wskazuje się na **dwujęzyczność całkowitą**, w której osoba w pełni opanowała kompetencję językową i kulturową w obu językach, lub **częściową**, w przypadku identyfikacji jedynie językowej (Skutnabb-Kangas, 1981, za: Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 231). Językoznawcy dzielą osoby swobodnie posługujące się przynajmniej dwoma językami na: **całkowicie** i **prawie dwujęzyczne** oraz **podwójnie półjęzyczne**, a także **dwu-** i **wielojęzyczne** o różnych typach (Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 231). Ida Kurcz (2000, s. 182; por. Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 231) uznaje za osobę bilingwalną kogoś, kto posługuje się dwu lub wieloma językami bez określenia stopnia znajomości tych języków. **Bilingwizmem zrównoważonym** nazywa sytuację znajomości języków na tym samym po-

ziomie¹, natomiast przez **bilingwizm pełny** rozumie całkowitą znajomość obu systemów oraz kultur społeczności posługujących się tymi językami. François Grosjean (1982, s. 239; za: Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 231) **uśpionym bilingwizmem** określa sytuację, gdy jeden z języków nie jest regularnie używany. Ewa Lipińska (2003, s. 114–115; por. Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 232) wprowadza rozróżnienie między znajomością języka obcego, wiążącą się z opanowaniem tylko niektórych ze sprawności językowych (do których należy rozumienie ze słuchu, czytanie ze zrozumieniem, pisanie, mówienie) i kompetencji językowej nieadekwatnej do wieku i rangi społecznej osoby, a dwujęzycznością, czyli ambilingwalnym opanowaniem drugiego języka w takim stopniu, w jakim posługują się nim jego natywni użytkownicy. W tym rozumieniu dwujęzyczności osoba posługuje się oboma językami w różnych sytuacjach komunikacyjnych i z różnymi uczestnikami życia społecznego.

W refleksji nad rozwojem kompetencji językowej wyróżnia się dwa typy nabywania języka: **przyswajanie** (akwizycję) – związane z dużą plastycznością mózgu obecną od 2. roku życia do okresu dojrzewania i umożliwiającą opanowanie języka ojczystego w sposób naturalny i bez żadnego wysiłku oraz **uczenie się** – występujące mniej więcej od okresu dojrzewania, związane z „przełączeniem” innych funkcji mózgowych i umiejscowieniem ich w lewej półkuli mózgu, a co za tym idzie – z innym, trudniejszym sposobem uczenia się języka obcego (Klein, 2007, s. 9)². Badacze bilingwizmu – Josaine F. Hammers i Michel Blanc (za: Wróblewska-Pawlak, 2004, s. 69) odróżniają dwujęzyczność wczesną (dziecięcą) od dwujęzyczności późnej, stosując kryterium wieku akwizycji języka i jako moment graniczny przyjmując 10.–12. rok życia dziecka. W teoriach dotyczących **bilingwizmu** wyróżnia się dwa rodzaje przyswajania języka: **symultaniczny**, kiedy dziecko nabywa jednocześnie dwa języki, i **konsekwentny**, u dziecka po 3. roku życia, posiadającego już jakąś wiedzę o świecie, wiedzę kognitywną, system pojęć

¹ W psychologii dzieli się dwujęzyczność przede wszystkim ze względu na: 1) czas nabycia obu języków: dwujęzyczność równoczesna – gdy człowiek nabywa dwa języki od urodzenia, dwujęzyczność sukcesywna – gdy osoba najpierw nabywa jeden język w określonym stopniu biegłości, a potem drugi; 2) uzyskany efekt: dwujęzyczność zrównoważona – gdy człowiek posługuje się oboma językami na podobnym poziomie sprawności, dwujęzyczność niezrównoważona – gdy osoba opanowała oba języki w różnym stopniu (De Houwer, 2009; Zurer Pearson, 2007, za: Wodniecka, Mieszowska, Durlik, Haman, 2018, s. 93–94).

² Fenomen przyswajania języka przez człowieka stał się przedmiotem zainteresowania neurobiologów. Propagatorem teorii okresu krytycznego przypadającego od 2. do 12.–14. roku życia dziecka i charakteryzującego się naturalnym przyswajaniem przez nie języka był Eric Lenneberg (Klein, 2007, s. 9). Z kolei według członków Modern Language Association, idealnym czasem akwizycji języka ojczystego i nauki języka drugiego jest moment narodzin dziecka, a zorganizowana nauka języka drugiego (obcego) powinna rozpocząć się w 4.–5. roku życia dziecka, przy czym okres między 4. a 8. rokiem życia jest na tę naukę najlepszym czasem (Brzeziński, 1987, s. 27). Szerzej o tym zagadnieniu pisze także Janusz Arabski (1996, s. 64–87).

poznawczych, pojemną pamięć i znajomość języka ojczystego, który może się stać odniesieniem dla drugiego języka (Krashen, Terrel, 1983, za: Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 227). Dzieci uczące się języka po 3. roku życia potrzebują odpowiedniej motywacji do programowania drugiego języka, którą jest zwykle otaczające je środowisko (poprzez które odbywa się ekspozycja na drugi język), chęć identyfikowania się z rówieśnikami i przystosowania się do społeczności mówiącej do nich w innym, niezrozumiałym języku (Grosjean, 1982, za: Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 227).

Małe dzieci chętnie przyłączają się do zabaw dzieci z innego kręgu językowo-kulturowego, powtarzają słowa i zwroty, używają komunikacji niewerbalnej, często stwarzają wrażenie, że znają dany język. Co więcej, uczą się języka poprzez zabawę, opanowują najpierw zwroty, a potem całe frazy, przyswajają słownictwo i reguły gramatyczne w interakcji i dzięki intencyjności zachowań językowych. Czym więcej mają kontaktów z rówieśnikami, tym szybciej rozwijają kompetencję i sprawności językowe. Często jednak mieszają różne systemy językowe. Dzieci w wieku szkolnym mogą trochę wolniej opanowywać język środowiska natywnego ze względu na wycofanie i częste odtrącenie przez środowisko rówieśnicze. Przysłuchują się rozmowom kolegów i rzadziej biorą udział w interakcji, ale prowadzą wewnętrzne dialogi. Powtarzając i przyswajając całe frazy, uczą się składni drugiego języka. Szybkość przyswajania drugiego języka przez dzieci zależy od czynników psychologiczno-społecznych (Krashen, Terrel, 1983, za: Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 227–228).

Jednym ze sposobów przyswajania pierwszego i drugiego języka jest **bilin-gwizm indywidualny**, kiedy dziecko wychowywane jest w rodzinie mieszanej i jednocześnie uczy się od matki języka pierwszego (J1), a od ojca – języka drugiego (J2), kojarząc poszczególne języki z konkretną osobą. Rozpoznaje oba systemy, a po etapie mieszania słownictwa, wymowy, gramatyki posługuje się oboma systemami bez większego wysiłku (Arabski, 1996, za: Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 228)³. Dotyczący rodzin migrantów **bilin-gwizm społeczny** polega na posługiwaniu się J1 w środowisku rodzinnym i, niezależnie, J2 w szkole lub w pracy albo na nabywaniu sprawności językowych J2 poprzez pośrednictwo języka ojczystego. Często jednak J2 jest przenoszony z pracy, szkoły do domu i powoduje więk-

³ W literaturze przedmiotu opisuje się różne stosowane przez rodziców strategie porozumiewania się z dzieckiem w rodzinie dwujęzycznej. Najbardziej znaną i zalecaną jest strategia osoby (jedna osoba – jeden język), w której każdy z rodziców zwraca się do dziecka w swoim języku ojczystym (Wróblewska-Pawlak, 2013, s. 93). Ida Kurcz (1992, s. 190; por. Wróblewska-Pawlak, 2013, s. 93) wymienia inne strategie komunikowania się dzieckiem w dwóch językach i uznaje następujące strategie: a) miejsca, polegającą na rozmawianiu z dzieckiem w jednym języku w domu, w drugim poza nim, b) czasu, w której jednego języka używa się na przykład w dni powszednie, drugiego w weekendy, c) naprzemienną, w której komunikowanie się w poszczególnych językach przebiega w dłuższych (na przykład rocznych) przedziałach czasowych.

sze interferencje obu systemów lub zastępuje J1, używany już tylko okazjonalnie, co może prowadzić do zaniku języka ojczystego. Przyswajanie J2 może jednak przebiegać w utrudniony sposób, przynosić ograniczoną kompetencją językową, być zawężone do komunikacji codziennej. Opanowanie J2 może stać się zupełnie niemożliwe czy prowadzić do trudności w przyswojeniu języka ojczystego, powodując **podwójną półjęzyczność** (Lipińska, 2003, s. 125; por. Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 233–234).

Kompetencja (sprawność) językowa a nauka języka

Komunikacja językowa⁴ przebiega sprawnie, gdy człowiek posiada **kompetencję językową / sprawność językową** – oba pojęcia są rozumiane przez glottodydaktyków synonimicznie, jako uświadomiona, jak również intuicyjna znajomość i umiejętność posługiwania się środkami językowymi, a także odczytywania i tworzenia odpowiednio skonstruowanych wyrażen i zdań zgodnie z zasadami danego języka. Kompetencja językowa jest wiedzą i umiejętnością budowania zdań poprawnych gramatycznie. Zdaniem lingwistów (Lipińska, Seretny, 2013, s. 113), sprawne używanie kategorii gramatycznych nie oznacza jedynie znajomości kodu, ale także umiejętność posługiwania się nim w sposób adekwatny do zaistniałej sytuacji komunikacyjnej. Urszula Żydek-Bednarczuk (2002, s. 126) do kompetencji językowej zalicza sprawność komunikacyjną z podległymi jej sprawnościami: systemową (leksykalną, semantyczną, gramatyczną, fonologiczną, składniową) oraz społeczną, kulturową, sytuacyjną i pragmatyczną. We współczesnej logopedii do kompetencji językowej zalicza się „nieuświadomioną wiedzę na temat gramatycznych zasad budowania zdań” oraz „sprawność w mówionej i ewentualnie pisanej realizacji zdań” (Grabias, 2012, s. 37). Według Stanisława Grabiasa (2012, s. 37), kompetencja językowa, obok kompetencji poznawczej, czyli wiedzy o sobie i świecie

⁴ Komunikacja językowa, nazywana interakcją językową czy dyskursem, jest rozumiana w językoznawstwie i logopedii jako zachowania ujawniające się w mowie zewnętrznej. Dzięki nim powstaje tekst w formie dźwiękowej (albo graficznej lub gestowej), który umożliwia komunikowanie się w określonej grupie społecznej. Zachowania językowe występujące w mowie zewnętrznej poprzedza cerebracja (która ujawnia się w mowie wewnętrznej). Cerebrację buduje z kolei stworzony w umyśle tekst. Powstające w myślach mówiącego poznawcze czynności akomunikacyjne, dzięki którym człowiek poznaje świat i samego siebie, oraz czynności quasi-komunikacyjne, które pozwalają wykorzystać wiedzę o rzeczywistości w relacjach z innymi uczestnikami komunikacji, składają się na komunikację językową. Dzięki uczestnictwu w życiu społecznym człowiek poznaje system komunikacji, nabywa kompetencję komunikacyjną i sprawność interakcyjną. Umiejętności te umożliwiają jednostce zrozumienie relacji występujących między ludźmi oraz pozwalają na realizację własnych intencji (Grabias, 2012, s. 16–17; por. Ciszewska-Psujek, 2018, s. 246).

cie, a także kompetencji komunikacyjnej, rozumianej jako znajomość wzorców zachowań językowych funkcjonujących w danym społeczeństwie, charakteryzuje człowieka sprawnie posługującego się językiem etnicznym.

Nawiązując do koncepcji istnienia dwóch sposobów opanowywania języka drugiego: 1) przyswajania (akwizycji, nabywania), które przebiega w sposób nieświadomy, naturalny i nie wymaga nauczania formalnego, oraz 2) uczenia się, które jest świadomym, formalnym poznawaniem języka (Lipińska, 2006, s. 20), Rafał Młyński (2012, s. 100) wskazuje, że współcześnie oddzielenie od siebie tych dwóch procesów jest niemożliwe ze względu na komputeryzację, upowszechnienie dostępu do internetu, podróżowania. Zdaniem badacza (Młyński, 2012, s. 100) przyswajanie języka polskiego przez dzieci dwujęzyczne powinno odbywać się pod opieką logopedy i nauczyciela języka polskiego jako obcego. Młyński uzasadnia tę tezę koncepcją Władysława Miodunki (2010, s. 239; por. Młyński, 2012, s. 100), dotyczącą nauczania dzieci emigrantów języka polskiego, nabywania języka polskiego jako drugiego w środowisku polonijnym oraz formalnego nauczania go w szkole polonijnej. Miodunka (2010, s. 239; por. Młyński, 2012, s. 100) podkreśla, że „język drugi może być zarówno przyswajany, jak i nauczany”.

Glottodydaktycy twierdzą (Laskowski, 2009, s. 36; Młyński, 2012, s. 100–102), że dokonanie charakterystyki socjolingwistycznej dziecka (dotyczącej kontaktów językowych małego ucznia)⁵ pozwoli na precyzyjne określenie i realizację działań zmierzających do doskonalenia podsystemów języka, kształtowania sprawności językowych oraz rozwijania kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej.

Programowanie języka polskiego u dzieci dwujęzycznych

Spowodowane migracją i mieszaniem się różnych narodowości zjawisko dwu- lub wielojęzyczności coraz częściej występuje w polskich szkołach, od dawna dotyczy Polonii. W związku z tym organizuje się wspomaganie przyswajania lub nauczanie języka polskiego przeznaczone dla dzieci dwu- lub wielojęzycznych, czym zajmują się nauczyciele w szkołach w Polsce oraz w szkołach polonijnych. Miodunka (2010, s. 240–241) zwraca uwagę, że nauczanie języka polskiego dotyczy zarówno zamieszkujących Polskę dzieci obcokrajowców, jak i zamieszkują-

⁵ Pozyskanie informacji dotyczących opiekunów dziecka dwujęzycznego (czy są tej samej narodowości czy różnych narodowości), okresu pobytu rodziny w Polsce, języka komunikacji w domu i w kręgach rówieśniczych, kontaktów z polszczyzną – pozwala określić strategię akwizycyjną oraz edukację formalną języków (Laskowski, 2009, s. 36).

cych różne kraje dzieci polonijnych, których znajomość języka oficjalnego kraju osiedlenia często jest lepsza niż znajomość języka polskiego⁶.

Wielojęzyczność i wielokulturowość⁷ dzieci uczących się na różnych etapach polskiej edukacji objawia się problemami w przyswajaniu czy uczeniu się języka polskiego (nabywaniu kompetencji językowej) i interferencją języka polskiego i języków etnicznych. Bilingwizm stawia przed nauczycielami języka polskiego nie lada wyzwanie – spojrzenia na język funkcjonalnie oraz uczenia go w sposób komunikacyjny⁸. Nauczycielowi edukacji wczesnoszkolnej lub poloniście może w pracy pomóc logopeda, mający umiejętność budowania, odbudowywania i rozwijania kompetencji językowej, poznawczej i komunikacyjnej⁹ dzieci, których

⁶ Władysław Miodunka (2010, s. 241; por. Młyński, 2012, s. 106) wskazuje na relację między językiem ojczystym, językiem drugim a językiem obcym, w której te dwa ostatnie mogą być sobie bliższe lub bardzo odległe (np. dla Słowian język polski jest bliższy niż dla Azjatów).

⁷ Przemysław E. Gębał i Władysław T. Miodunka (2020, s. 189) zwracają uwagę, że nauczanie języka polskiego jako obcego dotyczy dziś dzieci mających doświadczenie uczenia się innych języków obcych. Rozwijająca się obecnie „dydaktyka wielojęzyczności, która uwzględnia szeroki kontekst uczenia się większej liczby języków” – warto dodać, że w konsekwencji także różnych kultur – może wpływać na współczesną refleksję dotyczącą nauczania języka polskiego jako obcego. Glottodydaktycy polonistyczni (Gębał, Miodunka, 2018, s. 186, 190) opisują cztery obszary dydaktyki wielojęzyczności, do których należą: 1) podejście międzykulturowe, w ramach którego kultura polska, będąca również przedmiotem działań dydaktycznych, „konfrontowana jest z kulturami uczestników zajęć”, 2) zintegrowane kształcenie językowe, czyli „integrowanie równoczesnego nauczania kilku języków obcych przez dydaktyczne implikacje wykorzystujące w nauce kolejnych języków obcych znajomość tych wcześniej przyswajanych”, także „wykorzystywanie pewnych podobieństw między poszczególnymi systemami językowymi”, 3) interkomprehensja, dotycząca języków pokrewnych, i propozycja nauczania przynajmniej dwóch spokrewnionych języków, 4) otwarcie na języki, którego celem jest oswajanie dzieci ze środowiskiem wielojęzycznym.

⁸ Podejście komunikacyjne (*communication language teaching* – CLT) jest współcześnie jedną z najpopularniejszych metod uczenia języków obcych, którego głównym celem jest skuteczne komunikowanie się, nie zaś poprawne gramatycznie posługiwanie się językiem (Komorowska, 2001, s. 33–34). Innym równie popularnym sposobem uczenia sprawności językowych jest podejście zadaniowe, zwane także komunikacyjno-czynnościowym (zob. Maciocha, 2013, s. 43; Janowska, 2011; por. Majewska-Tworek, Tarkowski, 2018, s. 270).

⁹ Jagoda Cieszyńska-Rożek podkreśla wagę diagnozy i terapii logopedycznej w rozwijaniu mowy u dzieci dwujęzycznych, gdyż trudności w przyswajaniu języka etnicznego i drugiego mogą wynikać nie tylko z dwujęzyczności, ale również: zakłóceń kształtowania się lateralizacji, alalii (SLI), alalii występującej w autyzmie, zespołu Aspergera czy afazji dziecięcej. Ponadto, uwzględniając neurobiologiczną korelację między rozwojem systemu językowego a możliwościami poznawczymi człowieka, postuluje konieczność stymulacji wszystkich sfer funkcjonowania poznawczo-językowego dziecka dwujęzycznego. W ramach opracowanej przez siebie metody krakowskiej, proponuje techniki rozwoju mowy dzieci dwujęzycznych przedstawione w wieloczęściowych publikacjach: *Słucham i uczę się mówić (Trudne głoski, Samogłoski i wykrzyknienia, Wyrażenia dźwiękonaśladowcze, Sylaby i rzeczowniki)* i *Kocham szkołę!*, zeszytach serii *Kocham Czytać* i *Moje Sylabki, Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania*[®], programowanie języka mówionego i pisanego oraz rysowanie i pisanie dziennika wydarzeń (Cieszyńska-Rożek, 2018, s. 134–137, 142–148).

trudności w opanowaniu języka są wynikiem interferencji dwóch czy nawet trzech systemów językowych, oraz nauczyciel języka polskiego jako obcego (glottodydaktyk), którego zadaniem jest programowanie języka polskiego poprzez rozwijanie sprawności językowych u uczących się¹⁰. Użyteczne w działaniu zespołu nauczyciel – logopeda – glottodydaktyk mogą okazać się nie tylko popularne w logopedii różne metody wspomagające rozwijanie poznawczej i językowej sfery funkcjonowania dziecka¹¹, które można zastosować w pracy z dziećmi dwujęzycznymi, ale także metody glottodydaktyczne¹² i ćwiczenia, które zostaną zaprezentowane w dalszej części artykułu.

Metody glottodydaktyczne w programowaniu języka polskiego u dzieci dwujęzycznych

Wszystkie metody uczenia dzieci języków obcych, w tym języka polskiego, opierają się na teoriach psycholingwistycznych, w których proces uczenia się języka obcego postrzega się jako naśladowanie rzeczywistości naturalnej, tak jak w przypadku przyswajania języka etnicznego. Nauczaniu języka obcego najmłodszych służą zatem techniki pamięciowego opanowywania dialogów, tekstów, piosenek i dryli językowych, zabawa oraz tworzenie sytuacji komunikacyjnych bliskich dziecku i dotyczących jego otoczenia (Rokita-Jaśkow, 2015, s. 32; Kondrad, 2015, s. 72; por. Komorowska, 2001, s. 29, por. Ciszewska-Psujek, 2018, s. 247). Cechy rozwojowe dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, do których należą: niewykształcona umiejętność czytania i pisania, niepełne rozumienie relacji przestrzennych i czasowych, myślenie konkretne i pamięć mechaniczna, dominacja uwagi krótkotrwałej, szybkie zapominanie wyuczonego materiału, mimo dobrego zapamiętywania, stała potrzeba aktywności fizycznej, zabawy, emocjonalna i spontaniczna reakcja na bodźce – decydują o sposobie nauczania najmłodszych języka obcego. W nauczaniu języków obcych dzieci najczęściej stosuje się metody: **bezpośrednią (konwersacyjną)**, koncentrującą się głównie

¹⁰ Młyński (2010, s. 219–232, 2012, s. 105) podkreśla, że zgłaszający się do logopedów rodzice i dzieci bilingwalne (powracające z emigracji dzieci polonijne lub dzieci obcokrajowców) często potrzebują również formalnego nauczania języka polskiego jako obcego.

¹¹ Prezentację popularnych metod terapii (w tym klasycznych metod wspierania rozwoju językowego) używanych we współczesnej logopedii zawiera obszerna monografia *Metody terapii logopedycznej* pod redakcją Anety Domagały i Urszuli Mireckiej (2018).

¹² Anna Majewska-Tworek i Zbigniew Tarkowski (2018, s. 266) zauważają, że logopedzi w pracy z dzieckiem dwujęzycznym sięgają po metody popularne w uczeniu języków obcych, modyfikując je i dostosowując do indywidualnych potrzeb małych uczniów.

na naturalnym kontakcie nauczyciela i ucznia, rozmowie oraz kontekście sytuacyjnym; **audiolingwalną**, kładącą nacisk prymarnie na sprawność słuchania i mówienia, potem czytania i pisania na zasadzie wytworzenia bezrefleksyjnej, mechanicznej reakcji na działający bodziec wzrokowy bądź słuchowy; **kognitywną**, która stawia na twórcze posługiwanie się językiem obcym, a jej głównym celem jest wytworzenie kompetencji językowej, pozwalającej za pomocą skończonej liczby reguł gramatycznych języka rozumieć i budować nieskończenie wiele poprawnych zdań; oraz **TPR** (*total physical response*), która zakłada, że skutecznie uczy się języków obcych, przysłuchując się w ciszy i reagując ruchem fizycznym adekwatnie do treści przekazu (Komorowska, 2001, s. 25–32; Rubak, 2013, s. 99, por. Ciszewska-Psujek, 2018, s. 248–250)¹³.

Rozwijanie sprawności językowych u dzieci nastawione jest na uczenie całych fraz, zwrotów, konstrukcji. W przypadku dzieci młodszych – przedszkolnych nie przeprowadza się analizy gramatycznej, w przypadku dzieci starszych – wczesnoszkolnych takiej analizy dokonuje się w sposób ograniczony. Sprawność gramatyczna jest nauczana na podstawie kontekstu, co przejawia się w dostosowaniu zagadnień gramatycznych do odpowiedniej sytuacji, tematyki, leksyki, np. formy narzędnika wprowadza się w kontekście zawodów i narodowości. Ćwiczenia gramatyczne podporządkowuje się ćwiczeniom komunikacyjnym, a także dostosowuje się je do ćwiczeń rozwijających inne sprawności: słuchania, mówienia, czytania oraz, o ile to możliwe, pisania (Kowalewska, 2011, s. 48, 51; por. Ciszewska-Psujek, 2018, s. 248). Metodocy nauczania języków obcych sugerują, by na zajęciach językowych dominowała zabawa językowa oraz podtrzymujące koncentrację uwagi różnorodne bodźce, a wśród nich dźwięk i obraz, wzmagające aktywność dziecka. Proponuje się zatem: gimnastykę, zabawy ruchowe, rysowanie, kolorowanie, wycinanie, śpiewanie. Powtarzanie/mówienie chóralne, powtarzanie rutynowych zwrotów powitalnych lub pożegnalnych, jak również wielokrotne powtarzanie fraz zawierających poprawną formę (zastępujące typową korektę błędów językowych) sprzyjają budowaniu poczucia bezpieczeństwa u małych uczniów. Ponadto sprzyjająca procesowi dydaktycznemu relacja nauczyciel – uczeń powinna się opierać na wzajemnej akceptacji, życzliwości, odpowiednim motywowaniu wszystkich uczniów, a także na odpowiedniej reakcji ze strony dydaktyka na wyrażane przez dzieci uczucia znużenia, zmęczenia, dekoncentracji, jaka może być zmiana aktywności, tematu czy sytuacji (Komorowska, 2001, s. 40–43; por. Ciszewska-Psujek, 2018, s. 251).

Nauka języka polskiego powinna odbywać się systematycznie, kolejne spotkania powinny nawiązywać tematycznie do poprzednich i mieć jakiś stały, powtarzający się element. Nauczyciel powinien mówić do dziecka tylko w języku polskim,

¹³ Opis wybranych metod glottodydaktycznych podają za opracowaniem Hanny Komorowskiej (2001, s. 25–32) dotyczącym metodyki uczenia języków obcych.

budować jasne komunikaty, unikać zbędnego słownictwa, uczyć także polskiej kultury, powtarzać to, czego dziecko już się nauczyło, cierpliwie czekać na efekty, umiejętnie dopasowywać podręczniki, program i materiały do wieku dzieci i do ich stopnia znajomości języka polskiego (Kowalewska, 2011, s. 46–48, 50–51)¹⁴.

Logopeda wspomagający pracę nauczyciela wychowania przedszkolnego, nauczyciela nauczania zintegrowanego lub nauczyciela polonisty w „programowaniu” języka polskiego dzieci obcokrajowców oraz dzieci polonijnych przebywających poza granicami Polski lub powracających do Polski po emigracji może wykorzystywać metody i techniki uczenia języka polskiego jako obcego uwzględniające cechy rozwojowe dzieci i naśladowujące naturalną drogę nabywania przez nie języka etnicznego oraz wspierać się różnymi metodykami, programami i ćwiczeniami autorskimi glottodydaktyków polonistycznych (por. Ciszewska-Psujek, 2018, s. 257). Działania logopedy będą prowadziły do budowania lub usprawniania niewykształconych lub wykształconych częściowo kompetencji: kulturowej (odnoszącej się do wiedzy o rzeczywistości i o sobie), językowej (umożliwiającej budowanie zdań poprawnych gramatycznie), komunikacyjnej (umożliwiającej tworzenie wypowiedzi adekwatnych do sytuacji) (Grabias, 2012, s. 37) oraz stymulacji funkcji poznawczych i rozwijania społecznej sfery funkcjonowania dziecka dwujęzycznego (por. Cieszyńska-Rożek, 2018, s. 137)¹⁵.

¹⁴ W ostatnich latach ukazały się podręczniki przeznaczone dla małych uczniów (powstałe najczęściej na podstawie programów autorskich), w których ogólne zasady uczenia języków obcych dzieci do specyfiki języka polskiego (Kowalewska, 2011, s. 44, por. Ciszewska-Psujek, 2018, s. 248). Zob. Makarski, 1999; Mikieliewicz, Weislo, 2003; Pomykałło, 2008; Rabiej, 2009, 2010; Achtełik, Nie-sporek-Szamburska, 2009; także seria dla dzieci dwujęzycznych: Majewska-Wójcik, Smoleń-Wawrzusiszyn, 2015; Ptak, Tyl, 2016; Stempel, Grudzień, Kuc, 2016 (seria do nauki języka polskiego jako obcego dedykowana dzieciom starszym, w wieku 10–15 lat).

¹⁵ Ewa Czaplewska (2018, s. 266–267), omawiając dotyczące kompetencji zawodowych terapeutów mowy i języka, zauważa, że zagraniczni logopedzi zgłaszają potrzebę szkoleń związanych z diagnozą i terapią osób bilingwalnych, szczególnie w aspekcie poszerzenia wiedzy o rozwoju mowy dzieci dwu- i wielojęzycznych, poszerzenia wiedzy międzykulturowej. Polscy logopedzi skarżą się z kolei na brak wystandaryzowanych i znormalizowanych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych oraz procedur postępowania logopedycznego w przypadku pomocy osobom dwujęzycznym. Czaplewska (2018, s. 267, 280) postuluje zatem konieczność podejmowania w kształceniu logopedów treści dotyczących różnic kulturowych oraz formułuje cele badań podejmowanych w ramach logopedii międzykulturowej, wśród których znalazły się przede wszystkim: konstruowanie narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych oraz wypracowanie procedur postępowania logopedycznego w bilingwizmie. Inni logopedzi (Tarkowski, Wiewióra, 2017; Majewska-Tworek, Tarkowski, 2018, s. 284) poddają pomysł stworzenia specjalizacji: logopedia bilingwalna, której celem będzie przygotowanie terapeutów mowy do pracy z dziećmi dwu- i wielojęzycznymi oraz ich opiekunami.

Propozycja ćwiczeń glottodydaktycznych rozwijających sprawności językowe

W podrozdziale zostały przedstawione przykładowe ćwiczenia (1–7), które są dostosowane do możliwości poznawczych dzieci, bazują na metodach: naturalnej, bezpośredniej, audiolingwalnej i je scalają, służą opanowaniu fleksji nominalnej i werbalnej oraz rozwijają sprawności receptywne (słuchania i czytania) i produktywne (mówienia i pisanie)¹⁶.

¹⁶ Metody i techniki uczenia języków obcych dzieci oraz ćwiczenia glottodydaktyczne można stosować także w terapii zaburzeń mowy u dzieci z niewykształconymi lub utraconymi kompetencjami i sprawnościami (zob. Ciszewska-Psujek, 2018, s. 256–257). Metody glottodydaktyczne, które można wykorzystać w rozwijaniu kompetencji gramatycznej dzieci objętych terapią logopedyczną, oraz przykładowe ćwiczenia zaprezentowałam w rozdziale monografii *Metody terapii logopedycznej* pod redakcją Anety Domagały i Urszuli Mireckiej (zob. Ciszewska-Psujek, 2018, s. 248–256).

ĆWICZENIE 1. Ćwiczenie utrwalające formy mianownika rzeczowników liczby pojedynczej i mnogiej. Jedzenie

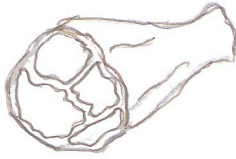
Wklej obrazki w odpowiednią kolumnę. Pokoloruj rysunki.

owoce	warzywa	nabiał	mięso i wędliny	pieczywo	słodycze

Obrazki do ćwiczenia 1. Wytnij i wklej.



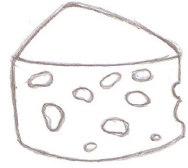
mleko



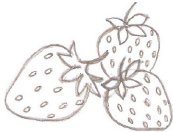
szynka



ciastka



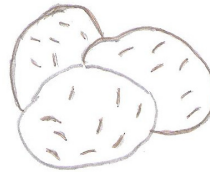
ser



truskawki



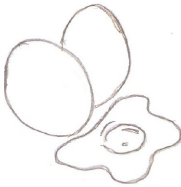
lody



ziemniaki



gruszki



jajka



cebula



kurczak



jogurt



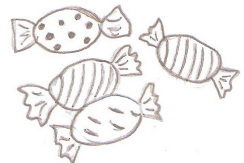
brzoskwinie



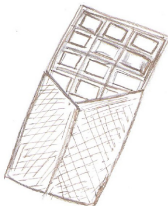
bułki



papryka



cukierki



czokolada



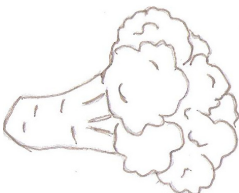
marchew



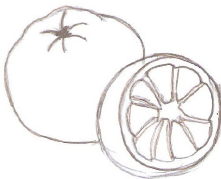
kiełbasa



winogrona



brokuły



pomarańcze



chleb

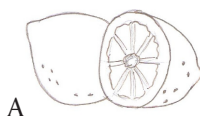


pomidory

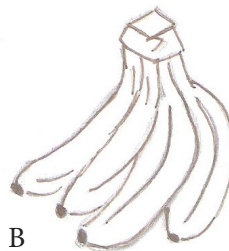
ĆWICZENIE 2. Ćwiczenie utrwalające formy mianownika przymiotników liczby pojedynczej i mnogiej. Jedzenie

*Dokończ zdania i wklej wyrazy w odpowiednie miejsce.
Dopasuj rysunki (litery) do zdań (numerów). Pokoloruj rysunki.*

1. Ryby są



A

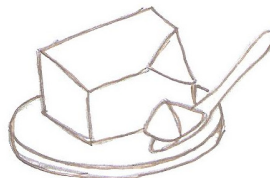


B

2. Cytryny są



C



D

3. Masło jest

4. Banany są

5. Grejpfruty są



E



F

6. Ketchup jest

7. Frytki są



G



H

8. Pieprz jest

1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....

Wytnij i wklej.

kwaśne	słone	słodkie	gorzkie
ostry	łagodny	tluste	chude

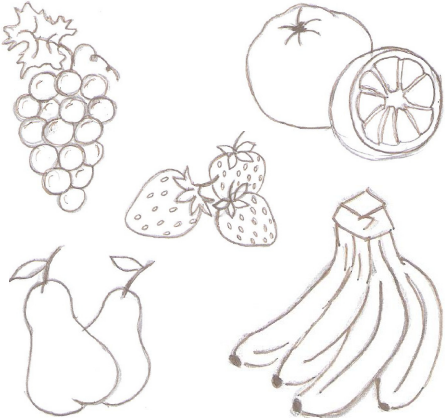


ZRÓDŁO: Opracowanie własne; rysunki w wykonaniu własnym.

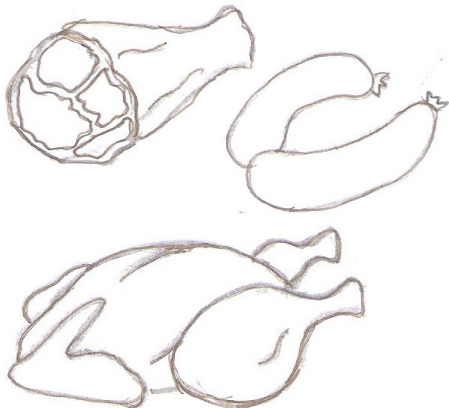
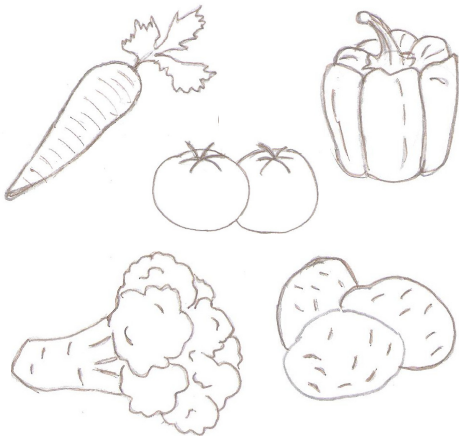
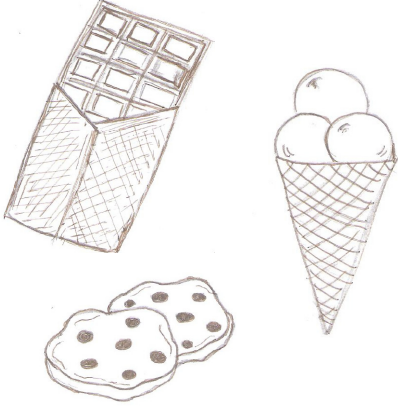
ĆWICZENIE 3. Ćwiczenie utrwalające formy biernika rzeczowników liczby pojedynczej i mnogiej. Jedzenie

<i>Popatrz na rysunki, posłuchaj informacji i wybierz poprawną odpowiedź. Pokoloruj rysunki.</i>	
	Dzieci wolą ... niż warzywa a) owoce b) słodycze
	Mama i tata przygotowują... a) obiad b) śniadanie
	Co niedzielę mama piecze ... a) chleb b) ciasto
	Babcia Marysia robi najlepsze ... a) pierogi b) kotlety

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne; rysunki w wykonaniu własnym.

ĆWICZENIE 4. Ćwiczenie utrwalające formy biernika rzeczowników liczby pojedynczej i mnogiej. Jedzenie

<i>Posłuchaj tekstów i odpowiedz na pytania. Pokoloruj rysunki.</i>	
	<p>Piotruś bardzo lubi słodkie owoce. Codziennie je jabłko, gruszkę albo banan. Lubi też słodkie winogrona i truskawki. Teraz ma ochotę na pomarańczę.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Co lubi Piotruś?2. Co Piotruś je codziennie?3. Na co Piotruś ma teraz ochotę?
	<p>Jasiek bardzo lubi pieczywo. Często je kanapkę z warzywami albo kromkę z masłem czekoladowym. Woli chleb niż bułki. Jego mama piecze własny chleb.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Co lubi Jasiek?2. Co Jasiek często je?3. Co Jasiek woli?4. Co piecze mama Jaśka?
	<p>Amelka i Antek są bliźniakami. Lubią to samo jedzenie, szczególnie nabiał. Na śniadanie jedzą płatkki z mlekiem lub ser i jajka. Codziennie piją mleko. Na deser zwykle jedzą jogurt.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Co lubią Amelka i Antek?2. Co Amelka i Antek jedzą na śniadanie?3. Co Amelka i Antek piją codziennie?4. Co Amelka i Antek zwykle jedzą na deser?

	<p>Julka bardzo lubi makaron z sosem i mięsem, szczególnie spaghetti. Lubi też kurczaka. Woli mięso niż ryby. Często na śniadanie je wędliny – szynkę albo parówki. Od czasu do czasu je kielbasę.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Co lubi Julka?2. Co Julka woli?3. Co Julka często je na śniadanie?4. Co Julka je od czasu do czasu?
	<p>Ania uwielbia warzywa, szczególnie kukurydzę. Na śniadanie zawsze je pomidory, na obiad często je marchewkę albo brokuły, na kolację je paprykę. Bardzo lubi ziemniaki. Woli ziemniaki niż ryż czy makaron. Mama Ani często gotuje zupę jarzynową.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Co lubi Ania?2. Co Ania je na śniadanie, obiad i kolację?3. Co Ania woli?4. Co często gotuje mama Ani?
	<p>Franek kocha słodycze, najbardziej czekoladę. Woli czekoladę niż ciastka i lody. Lubi też pić gorącą czekoladę. Mama czasami kupuje Frankowi mleczną czekoladę z orzechami albo owocowe żelki. Franek je słodycze tylko od czasu do czasu, bo wie, że nie są zdrowe.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Co kocha Franek?2. Co Franek woli?3. Co mama czasami kupuje Frankowi?4. Co Franek je od czasu do czasu?

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne; rysunki w wykonaniu własnym.

ĆWICZENIE 5. Ćwiczenie utrwalające formy biernika rzeczowników liczby pojedynczej i mnogiej. Jedzenie

*Narysuj owoce i warzywa, które lubisz jeść.
Następnie dokończ zdanie: *Lubię...**

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

ĆWICZENIE 6. Ćwiczenie utrwalające formy czasownika w czasie teraźniejszym

Posłuchaj tekstu i odpowiedz na pytania. Pokoloruj rysunek.



Ewa i Adam to rodzeństwo. Bardzo się kochają, są nierozłączni i lubią spędzać wolny czas razem. Codziennie bawią się klockami i rysują. Kiedy jest ładna pogoda, spacerują po parku albo jeżdżą na rolkach. Dwa razy w tygodniu – w poniedziałek i w środę chodzą na basen. Tam uczą się pływać. Często po szkole spotykają się z kolegami i koleżankami i razem grają w gry planszowe. Od czasu do czasu w piątek robią z mamą zakupy. W każdą sobotę pomagają rodzicom w pracach domowych – odkurzają całe mieszkanie i sprzątają swój pokój. Czasami w niedzielę odwiedzają dziadków. Rzadko oglądają telewizję i tylko trzy razy w tygodniu grają na komputerze. Adam i Ewa nigdy się nie nudzą.

1. Co Ewa i Adam robią codziennie?
2. Co robią, kiedy jest ładna pogoda?
3. Co robią w poniedziałek i w środę?
4. Co robią często po szkole?
5. Co robią od czasu do czasu w piątek?
6. Co robią w każdą sobotę?
7. Co robią w niedzielę?
8. Co robią rzadko?
9. Czego nigdy nie robią?
10. Jaki tytuł może mieć ten tekst?

ŹRÓDŁO: U. CISZEWSKA-PSUJEK (2018). Metody glottodydaktyczne w rozwijaniu kompetencji gramatycznej dzieci objętych terapią logopedyczną. W: A. DOMAGAŁA, U. MIRECKA (red.), *Metody terapii logopedycznej* (s. 245–259). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 255.

ĆWICZENIE 7. Ćwiczenia utrwalające formy czasownika w czasie teraźniejszym

I. „Pantomima”. Nauczyciel za pomocą gestów, mimiki, ruchów pokazuje uczniom różne czynności. Zadaniem uczniów jest odgadnąć, o jakie czynności chodzi. Następnie uczeń pokazuje przedstawione rysunkiem lub zapisane na kartkach nazwy czynności. Pozostali uczniowie i/lub nauczyciel odgadują, o jakie czynności chodzi.

II. „Nieme dyktando”. Nauczyciel lub uczeń za pomocą gestów, mimiki, ruchów pokazuje uczniom treść zdań układających się w historię. Zadaniem uczniów jest zrekonstruować tę historię (propozycja ćwiczenia dla starszych dzieci).

Rano Ania wstaje, je śniadanie, myje się, ubiera i idzie do szkoły. Najpierw ma lekcje polskiego, a potem, przed południem, uczy się matematyki. W południe spaceruje w parku. Wraca do domu o 14.00 i je obiad. Po południu gra na komputerze, słucha muzyki i odrabia lekcje. Wieczorem ogląda telewizję i je kolację. Przed snem czyta ciekawą książkę. Ania śpi osiem godzin.

III. „Spocone dyktando”. Nauczyciel rozwiesza w różnych częściach sali kartki z tekstem krótkiego opowiadania. Następnie łączy uczniów w pary. Zadaniem pierwszej osoby z pary jest poruszanie się między wskazanym przez nauczyciela miejscem, w którym została zawieszona kartka, a drugą osobą i dyktowanie jej zapisanego tekstu. Zadaniem drugiej osoby jest zapisanie tekstu usłyszanego od kolegi. Wygrywa ta para, która jako pierwsza ukończy wyścig i przepisze tekst bezbłędnie. Ćwiczenie przeznaczone jest dla dzieci umiejących czytać i pisać lub dla dzieci opanowujących te sprawności. W drugim z przypadków zamiast opowiadania na kartkach powinny być zapisane pojedyncze czasowniki lub proste zdania.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne. Pomysł na ćwiczenia II i III zaczerpnięto z podręcznika do gier i ćwiczeń komunikacyjnych: T. PEŁC (1997). *Teraz polski! Gry i ćwiczenia komunikacyjne. Podręcznik dla nauczycieli języka polskiego jako obcego*. Łódź: WING, s. 38, 43.

Bibliografia

- ARABSKI, J. (1996). *O przyswajaniu języka drugiego (obcego)*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- ACHTELIK, A., NIESPOREK-SZAMBURSKA, B. (2009). *Bawimy się w polski 1*. Katowice: Śląskie Centrum Edukacji Regionalnej.
- BLOOMFIELD, L. (1963). *Language*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- BRZEZIŃSKI, J. (1987). *Nauczanie języków obcych dzieci*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- CIESZYŃSKA-ROŻEK, J. (2018). Rozwój systemu językowego dzieci bilingwalnych. W: E. CZAPLEWSKA (red.), *Logopedia Międzykulturowa* (s. 132–149). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- CISZEWSKA-PSUJEK, U. (2018). Metody glottodydaktyczne w rozwijaniu kompetencji gramatycznej dzieci objętych terapią logopedyczną. W: A. DOMAGAŁA, U. MIRECKA (red.), *Metody terapii logopedycznej* (s. 245–259). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- CZAPLEWSKA, E. (2018). Rola logopedii we współczesnych społeczeństwach wielokulturowych. W: E. CZAPLEWSKA (red.), *Logopedia Międzykulturowa* (s. 261–281). Gdańsk: Harmonia Universalis.

- DE HOUWER, A. (2009). *Bilingual first language acquisition*. Bristol-Buffalo, NY: Multilingual Matters.
- DOMAGAŁA, A., MIRECKA, U. (red.), (2018). *Metody terapii logopedycznej*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GĘBAL, P., MIODUNKA, W.T. (2020). *Dydaktyka i metodyka nauczania języka polskiego jako obcego i drugiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- GRABIAS, S. (2012). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. GRABIAS, Z.M. KURKOWSKI (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 15–72). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- JANOWSKA, I. (2011). *Podjęcie zadaniowe do nauczania i uczenia się języków obcych. Na przykładzie języka polskiego jako obcego*. Kraków: Universitas.
- KLEIN, W. (2007). Przystawianie drugiego języka: proces przyswajania języka. Tłum. J. OKUNIEWSKI. W: I. KURCZ (red.), *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności* (s. 89–142). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- KOMOROWSKA, H. (2001). *Metodyka nauczania języków obcych*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- KONDRAT, D. (2015). Metody pracy z dziećmi w przedszkolu. *Języki Obce w Szkole. Nauczanie Języków w Przedszkolu*, 1, 71–76, <http://jows.pl/content/metody-pracy-z-dziecmi-w-przedszkolu?page=show>, [data dostępu: 23.05.2017].
- KOWALEWSKA, M. (2011). Jak skutecznie uczyć dziecko języka polskiego jako obcego/drugiego? W: D. CIEŚLIKOWSKA (red.), *Edukacja dla integracji. O doświadczeniach, pomysłach, działaniach praktycznych w wielokulturowych klasach* (s. 44–75). Kraków: Stowarzyszenie Willa Decjusza.
- KURCZ, I. (1992). *Język a psychologia. Podstawy psycholingwistyki*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- KURCZ, I. (2000). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Scholar.
- LASKOWSKI, R. (2009). *Język w zagrożeniu. Przystawianie języka polskiego w warunkach polsko-szwedzkiego bilingwizmu*. Kraków: Universitas.
- LIPIŃSKA, E. (2003). *Język ojczysty, język obcy, język drugi. Wstęp do badań dwujęzyczności*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- LIPIŃSKA, E. (2006). Przystawianie języka pierwszego a uczenie się języka obcego/drugiego. W: A. SERETNY, E. LIPIŃSKA (red.), *Z zagadnień dydaktyki języka polskiego jako obcego* (s. 19–28). Kraków: Universitas.
- LIPIŃSKA, E., SERETNY, A. (2003). *ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego*. Kraków: Universitas.
- MACIOCHA, A. (2013). Podjęcie zadaniowe na tle innych metod w glottodydaktyce. *Kwartalnik Polonicum*, 1, 42–49.
- MAJEWSKA-TWOREK, A., TARKOWSKI, Z. (2018). *Terapia logopedyczna dziecka dwujęzycznego*. W: A. DOMAGAŁA, U. MIRECKA (red.), *Metody terapii logopedycznej* (s. 261–286). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- MAJEWSKA-WÓJCIK, A., SMOLEŃ-WAWRZUSISZYN, M. (2015). *Z Anią przez Polskę*. Lublin-Chicago: Kenbooks.
- MAKARSKI, W. (1999). *Baw się z nami*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- MICHALEWSKA, M.T. (1991). *Polszczyzna osób bilingwalnych w Zagłębiu Ruhry w sytuacji oficjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- MIKIELEWICZ, R., WEISŁO, A. (2003). *Uczymy się świata po polsku* (cz. 1). Warszawa: Wspólnota Polska.
- MIODUNKA, W.T. (2003). *Bilingwizm polsko-portugalski w Brazylii. W stronę lingwistyki humanistycznej*. Kraków: Universitas.
- MIODUNKA, W.T. (2010). *Polszczyzna jako język drugi. Definicja języka drugiego*. W: J. GRUCHAŁA,

- H. KUREK (red.), *Silva rerum philologicarum. Studia ofiarowane Profesor Marii Strycharskiej-Brzezynie z okazji Jej jubileuszu* (s. 233–245). Kraków: Universitas.
- MŁYŃSKI, R. (2010). Obraz rodziny w wypowiedziach bilingwalnego chłopca. W: M. MICHALIK, A. SIUDAK (red.), *Zagadnienia mowy i myślenia* (s. 219–232). Kraków: Collegium Columbinum (Nowa Logopedia, t. 1).
- MŁYŃSKI, R. (2012). Dwujęzyczność dziecięca w perspektywie glottodydaktyki i logopedii. Próba syntezy. W: M. MICHALIK, A. SIUDAK, Z. ORŁOWSKA-POPEK (red.), *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej* (s. 93–111). Kraków: Collegium Columbinum (Nowa Logopedia, t. 3).
- PELC, T. (1997). *Teraz polski. Gry i ćwiczenia komunikacyjne. Podręcznik dla nauczycieli języka polskiego jako obcego*. Łódź: WING.
- POMYKAŁO, A. (2008). *ABC po polsku*. Warszawa: Stowarzyszenie Vox Humana.
- PTAK, M., TYL, E. (2016). *Ania w przedszkolu* (cz. 1). Chicago: Kenbooks.
- RABIEJ, A. (2009). *Lubię polski!* (cz. 1 i 2). Kraków: Fogra.
- RABIEJ, A. (2010). *Lubię polski!* (cz. 2). Kraków: Fogra.
- ROKITA-JAŚKOW, J. (2015). Spór o metodę, czyli jak najlepiej uczyć dzieci języków obcych. *Języki Obce w Szkole. Nauczanie Języków w Przedszkolu*, 1, 31–35, <http://jows.pl/content/spor-o-metode-czyli-jak-najlepiej-uczyc-dzieci-jezykow-obcych> [data dostępu: 23.05.2017].
- RUBAK, A. (2013). Metodyka nauczania języka angielskiego w kształceniu zintegrowanym. *Języki Obce w Szkole. Nauczanie Języków w Przedszkolu*, 1, 198–103, <http://jows.pl/content/metodyka-nauczania-jezyka-angielskiego-w-kszta-ceni-zintegrowanym?page=show> [data dostępu: 23.05.2017].
- STEMPEK, I., GRUDZIEŃ, M., KUC, P. (2016). *Polski krok po kroku. Junior. Seria podręczników do nauki języka polskiego jako obcego*. Kraków: Glossa.
- TARKOWSKI, Z., WIEWIÓRA, D. (2017). Bilingwizm a rozwój mowy dziecka. W: *Studia logopedyczno-lingwistyczne. Księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Edwarda Łuczyńskiego* (s. 109–131). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- WEINREICH, U. (1964). *Languages in contact findings and problems*. London–Hague–Paris: Mouton.
- WODNIECKA, Z., MIESZKOWSKA, K., DURLIK, J., HAMAN, J. (2018). Kiedy 1 + 1 ≠ 2, czyli jak dwujęzyczni przyswajają i przetwarzają język(i). W: E. CZAPLEWSKA (red.), *Logopedia międzykulturowa* (s. 92–131). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- WRÓBLEWSKA-PAWLAK, K. (2004). *Język – tożsamość – imigracja. O strategiach adaptacyjnych Polaków zamieszkałych we Francji w latach osiemdziesiątych XX wieku*. Warszawa.
- WRÓBLEWSKA-PAWLAK, K. (2013). Naturalna dwujęzyczność, czyli o dwujęzycznym wychowaniu dzieci. *Języki Obce w Szkole*, 1, 88–97, <http://jows.pl/sites/default/files/Wr%C3%B3blewska-Pawlak.pdf> [data dostępu: 02.03.2021].
- ŻYDEK-BEDNARCZUK, U. (2002). Sprawność językowa we współczesnej edukacji polonistycznej. W: H. SYNOWIEC (red.), *W kręgu dydaktyki języka i literatury polskiej. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Edwardowi Polańskiemu* (s. 119–126). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- ŻYDEK-BEDNARCZUK, U. (2007). Bilingwizm w badaniach glottodydaktycznych, społecznych i kulturowych. W: J. TAMBOR, A. ACHELNIK (red.), *Sztuka czy rzemiosło? Nauczyć Polski i polskiego* (s. 223–237). Katowice: Gnome.



KAROLINA KILAR

Institute of Special Pedagogy, Faculty of Pedagogy and Psychology,
Pedagogical University of Krakow

<https://orcid.org/0000-0001-6907-0750>

Remote learning in a special school – a new form of teacher – student communication

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic has significantly affected the ways in which people communicate with each other; it has had an impact on everyone including people with disabilities. The aim of this research was to find out the opinions of special education teachers on the new form of communication with pupils that was necessitated by the onset of the COVID-19 pandemic. Among other things, attention was drawn to the difficulties encountered during remote teaching. Six teachers from special schools in Krakow took part in the study. The survey used a narrative interview questionnaire developed by the author.

KEYWORDS: remote learning, COVID-19 pandemic, communication, special needs, special school

Nauczanie zdalne w szkole specjalnej – nowa forma komunikacji nauczyciel – uczeń

STRESZCZENIE: Pandemia COVID-19 w znaczącym stopniu wpłynęła na sposoby komunikacji międzyludzkiej i dotknęła wszystkich, w tym ludzi z niepełnosprawnością. Celem podjętych badań było poznanie opinii nauczycieli szkół specjalnych o nowej formie komunikacji z uczniami, jaką ze względu na pandemię stało się nauczanie zdalne. Zwrócono uwagę m.in. na trudności, jakie wystąpiły podczas nauczania zdalnego. W badaniu wzięło udział sześcioro nauczycieli krakowskich szkół specjalnych. W postępowaniu badawczym wykorzystano kwestionariusz wywiadu narracyjnego w opracowaniu własnym.

SŁOWA KLUCZOWE: nauczanie zdalne, pandemia COVID-19, komunikacja, specjalne potrzeby, szkoła specjalna

Nowadays we are accustomed to the fact that everything around us is changing rapidly all the time. Everyone is in a hurry to get to work or school, go shopping or get home. Living on the run, we often fail to notice the simplest things or gestures. We get carried away by the current of everyday life. The year 2020 was a breakthrough. The COVID-19 pandemic appeared unexpectedly and changed our perception of reality. That which had previously been commonly called normal turned into the new and unknown. More and more interpersonal contacts

were transferred to the virtual world. In the professional sphere, the pandemic meant a shift to remote working for a large part of society. A new phenomenon, for both pupils and teachers, was remote teaching. That which became a handicap for normally developing children turned out to be a huge barrier for children with disabilities. Special school is a place where children and young people with disabilities are provided with expert care and support. Every day pupils face new challenges. The help of teachers, parents, but also classmates and friends from after-school clubs or hostels is invaluable. The transition to distance learning caused certain problems for pupils from special schools. The first and main one was the lack of appropriate equipment. Despite the efforts of the institutions, it was not always possible to help in obtaining laptops or webcams. Where such equipment was provided after all, difficulties in adapting to the new form of classes, i.e. online lessons became apparent. How do you make pupils with intellectual disabilities feel comfortable and able to focus during such lessons? How do you adapt the topic of the lesson and present it in virtual reality only? And above all, how do you encourage a pupil to join a virtual classroom community while they miss the daily physical contact with peers and teachers? And in the midst of all this confusion, how do you encourage pupils to communicate and thereby gain many new skills? These and other questions were raised by teachers in the course of their remote work in special schools. It was quite a challenge to face so many difficulties that the new reality forced upon them.

Communication as a fundamental component of human development

“The term ‘communication’ comes from the Latin *communicatio* and means ‘connectedness, conversation, exchange’. The Polish term is similar in meaning to the English *communication* and *communicate*” (Frączek, 2012, p. 118). Communication is a concept that is interpreted in a variety of ways. Some understand it in a very broad sense as something that builds and strengthens relationships and bonds. Others relate it to the level of information exchange (Przybyła, 2004, pp. 11–12; Weryszko, 2020, pp. 253–268). However, this does not change the essence of communication or the impact it has on human life. Without communication, it would not be possible to take even the simplest actions. Every human being has to deal with it already in the first moments of their life. Apart from the fact that they receive incoming stimuli and signals, they also start to communicate. Initially, they signal their needs through crying, laughing or other sounds, and these signals are received by the child’s carer who can understand what the child needs

and how to make them feel comfortable (Tempczyk-Nagórka, 2017, pp. 121–135). Communication accompanies us throughout our lives. We communicate not only verbally but also non-verbally. Facial expressions, gestures, body posture, touch and other non-verbal codes are all components of communication between people. Over the course of our lives, communication evolves. The older we get, the more forms thereof we discover. What is irreplaceable, however, is face-to-face contact when we can see our interlocutors' gestures and facial expressions as well as observe their reactions and read their emotions.

The most basic model of communication is based on the sender transmitting a message (both non-verbal and verbal) and the addressee receiving it. With the multi-level nature of communication, it is a process that links all aspects of people's social lives. This is because communication does not only concern single individuals, but takes place between groups of people, societies or organisations (Głowik, 2004, p. 7). It is worth noting here the issue of the correctness of communication. The responsibility for this process lies not only with the sender, but also with the receiver. For communication to be an effective process, it sometimes requires a lot of effort and commitment from both sides. Without clear communication it would not be possible to solve many situations (Dolinska, 2013, pp. 101–110). Communication is therefore dependent on many factors. These include not only the individual characteristics of its participants, but also the circumstances in which it takes place. Extremely important elements of communication are empathy and openness of the people involved in the communication process. They determine not only the course of communication, but also the effectiveness of the entire process. Empathy will build trust in a person, which in turn allows them to be more open to other people; it will also give them a sense of security that can make communication clear and transparent. Openness, in turn, is a prerequisite for communication based on partnership. It also affects the quality of communication (Harwas-Napierała, 2008, pp. 39–44).

Communication with people with disabilities

Communication is one of the fundamental tools for getting to know yourself and the reality around you. Through communication you can discover how you influence your social environment. It is the main method of exchanging information from one person to another (Szłuz, 2006, pp. 277–285).

Contact and communication with the environment by people with disabilities is one of the most important factors influencing their development and improvement of many functions, both cognitive and social. The lack of

possibility to actively communicate with others creates another barrier in the lives of such people. The huge diversity in the development of skills as well as ways of communicating is caused by the need to communicate, which is as strong as in people within the normal range of development (Szluz, 2006, pp. 277–285). Due to some pupils' impairments, it is sometimes necessary to use simpler forms of communication adapted to the persons you are working with. One can use here augmentative communication, which is a form of communication that supports verbal messages, or alternative communication, which is a form of communication that replaces verbal messages (Loska, 2006, pp. 217–227). During the search for a common form of communication, a bond is very often established and many barriers are broken down (Szluz, 2006, pp. 277–285).

Communication is undoubtedly hampered during the pandemic. The words: “Just because I am silent does not mean I have nothing to say” (Carroll, 2005, p. 56) take on a whole new meaning at the time of the pandemic. Despite their many impairments, pupils managed to express their dissatisfaction with the new form of teaching, even by keeping silent. The initial euphoria of not having to go to school subsided very quickly. Pupils missed each other and their teachers. It should be remembered that when communicating with another person, one does not only convey information. There is always an emotional charge in the message. It is associated not only with the content of the message, but also with the feelings you have for your interlocutor. This means that people exert a huge impact on each other during the communication process (Frydrychowicz, 2005, pp. 95–95). The type of communication that uses e.g. a computer, phone or tablet is called mediated communication because an “intermediary” is used in it (Bollinger, 2009, pp. 95–108).

Own research

The main aim of the research was to find out the opinions of special education teachers about the new form of communication, i.e. remote teaching. The achievement of this aim was to be facilitated by answers to the following questions: What was communication with the pupils like during remote teaching? What impact does communication in a virtual space have on pupils' concentration? What were the biggest problems and difficulties during remote teaching?

The study took the form of a narrative interview (Rubacha, 2008, pp. 136–137) and was conducted using a narrative interview questionnaire of my own devising. A narrative interview can be defined as a conversation in which the respondent talks about a situation with reference to a particular criterion. The starting point

in a narrative interview is the possibly most general questions. Through them, the respondent gets inclined to look at and delve into their own experiences, and the researcher can obtain as much information as possible (Rubacha, 2008, p. 136).

The study involved teachers from special schools in Krakow, four women and two men, working with pupils with moderate and severe intellectual disabilities. The small size of the study group was due to the pandemic situation. It should be noted that the reflections presented here are only a contribution to a wider discussion of an important topic. Among the respondents there were two female teachers in classes 1 to 3 of primary school, one male and one female teacher in classes 4 to 8 of primary school and one male and one female teacher of a vocational preparatory school.

Results of own research

Based on a qualitative analysis of the interviews collected, it can be concluded that each of the teachers interviewed was adversely affected by the effects of remote teaching and its impact on communication with pupils. A special school is a place where all the senses are used during learning. This is necessary in order to best help students understand specific issues and problems. With the transition to distance learning, these opportunities were significantly reduced. All teachers unanimously confirmed that remote teaching in a special school is not a good form of teaching. The pupils were very often distracted. They were unable to focus attention. The biggest problem occurred in the younger classes in the primary school. There the pupils were most happy to see the teacher. Without the help of parents or carers, teaching would not have been possible. In the older classes in the primary school it was slightly better in terms of focussing attention, but it was not a sustained focus. It lasted a few minutes, and then pupils felt tired and fatigued. The children repeatedly turned away from the screen and would not answer the teacher's questions. It often happened that the children talked among themselves as did not feel the sense of the teacher's authority during the lesson. They react quite differently when they see the teacher in person. In the classes of the preparatory school, pupils were able to focus their attention for longer periods. However, the problem was that some of them were not willing to join the teacher and the class online to participate in remote lessons. They felt discouraged from having lessons online, without physical contact with the teacher and the class.

When asked about how they communicated with students and parents during remote teaching, the teachers pointed out numerous differences in comparison with face-to-face teaching. Problems with communication were complex and

depended on many factors. A large proportion of the pupils did not have the appropriate equipment. Not every child could be helped in this respect. Apart from this, the lack of internet access in some homes also proved to be a problem. Some parents received assignments for their child via text messages. In this way they were able to stimulate their children at least to a small extent in terms of school techniques. Problems also arose in families with many children where there was e.g. only one computer for several children was available. In such circumstance it impossible for each child to join the teacher and the class online during lesson times.

Discouragement and tiredness emerged in all statements, both from the parents, pupils and teachers. Each party was affected by the problems of remote learning in their own way. Pupils failed to make as much progress in their learning as they make in their on-site learning. Teachers' creativity is always as precious as gold, and in this odd situation teachers were forced to stretch it to the limit. This is extremely important, especially for children in the youngest classes as they are only at the beginning of their educational journey and have already been placed in a new, unfamiliar reality.

Questions from pupils who missed school very much were also difficult. Bored with learning at home, they often asked when they would be able to go back to school. They missed the attractions waiting for them in the classroom, as well as meetings with their friends and favourite teachers.

Another problem, highlighted by three teachers, was the introduction of distance learning without adequate preparation of the teaching staff. Not everyone knows how to create interactive teaching aids or how to use the necessary software. A lot of time had to be spent on preparing the necessary aids. Not all teachers were comfortable with this form of teaching imposed from above. For many it was a completely new experience.

According to the teachers, communication changed its form and became more limited. To a certain extent, this was also due to the lack of skills in operating the platform on which the classes were conducted. There were occasions when one and the same message was understood in different ways by different people.

The things that were most readily accepted by pupils were the interactive teaching aids. It was when using them that they were most active. Especially in the younger classes, and with the help of parents or carers, children learnt to use computers or tablets. Undoubtedly, this aspect is very useful in today's world. Interactive aids prepared by the teachers were met with great interest among the pupils.

Four teachers also made reference to the timetable which was designed with classroom teaching in mind. Some adjustments were made for the time of remote teaching, and it turned out to be a good idea to integrate some range of motion exercises into the sequence of specific tasks. Also, exercises to music worked well

in both the younger and older primary school classes. In the preparatory school classes, short interludes (e.g. doing jumping jacks) were a good solution allowing pupils to regain concentration.

Summary

When summarising the findings of the study, it can be stated that distance learning in special schools was quite a challenge both for teachers and for pupils with special educational needs and their parents. The earlier form of communication underwent a change, not always for the better. New and previously unknown problems emerged. No one was prepared for the introduction of a completely new and unfamiliar form of special education at school. It turned out that the first problem was to provide appropriate equipment, especially in families with many children. This was immediately followed by a pile of other problems. Boredom, fatigue and discouragement among pupils. Lack of contact with classmates had negative effects. Pupils did not absorb as much information as they normally do in the classroom. The limited options that teachers had to impart knowledge through all the senses also had negative effects. The sphere in which the pupils could develop was the use of computers and the software with which the interactive aids were created.

Conclusions

Considering the statements made by the teachers and the emotions that remote teaching evoked in them, it is worth drawing conclusions for the future concerning this type of work. With regard to remote teaching it is essential to consider making appropriate changes to the timetable. Constant sitting in front of a computer is not at all beneficial. Lack of equipment or internet access was also a barrier.

Above all, however, the introduction of a new form of teaching should be preceded by careful preparation of not only teachers, but also parents and pupils. The awareness that any form of teaching is effective should be developed.

References

- BOLLINGER, D.U. (2009). Use patterns of visual cues in computer-mediated communication. *Review of Distance Education*, 10(2), 95–108.
- CARROLL, J. (2005). *Szklana zupa*. Transl. J. Wieteki. Poznań: Rebis.
- DOLIŃSKA, D. (2013). Mowa ciała jako aspekt komunikacji międzyludzkiej. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie*, 65, 101–110.
- FRĄCZEK, A. (2012). Komunikacja interpersonalna. *Studia Gdańskie. Wizje i Rzeczywistość*, 9, 118–131.
- FRYDRYCHOWICZ, S. (2005). Sposoby i wymiary komunikowania interpersonalnego a rozwój człowieka. *Psychologia Rozwojowa*, 3, 93–100.
- GŁOWIK, M. (2004). *Komunikacja niewerbalna w kontaktach interpersonalnych*. Warszawa: Promotor.
- HARWAS-NAPIERAŁA, B. (2008). *Komunikacja interpersonalna w rodzinie*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- LOSKA, M. (2006). Niewerbalne metody porozumiewania się dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością. In: M. SEKUŁOWICZ (ed.), *Wybrane problemy pedagogiki specjalnej* (pp. 217–227). Wrocław: Wydawnictwo Naukowe DSW TWP.
- PRZYBYŁA, O. (2004). *Akty mowy w języku nauczycieli*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- RUBACHA, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- SZLUZ, B. (2006). Problemy werbalne społeczności niepełnosprawnych. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*, 23, 277–285.
- TEMPCZYK-NAGÓRKA, Ż. (2017). Między odrzuceniem a akceptacją – w stronę komunikacji inkluzyjnej, *Forum Pedagogiczne*, 1, 121–135.
- WERYSZKO, M. (2020). Komunikacja interpersonalna jako esencja interakcji społecznych, *Dialog, Komunikacja. Ujęcie Interdyscyplinarne*, 2(42), 253–268.



KAROLINA KILAR

Instytut Pedagogiki Specjalnej, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

<https://orcid.org/0000-0001-6907-0750>

Nauczanie zdalne w szkole specjalnej – nowa forma komunikacji nauczyciel – uczeń

Distance learning in a special school – a new form of teacher – student communication

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic has significantly affected the form of interpersonal communication. It affected not only the environment of healthy but also disabled people. The aim of the work was to find out the opinions of special school teachers towards the new form of communication during distance learning. Difficulties during distance teaching were also noted. Six teachers from Krakow special schools participated in the study. In the research procedure, a narrative interview questionnaire was used in the author's own elaboration.

KEYWORDS: distance learning, COVID-19 pandemic, communication, special needs, special school

STRESZCZENIE: Pandemia COVID-19 w znaczącym stopniu wpłynęła na sposoby komunikacji międzyludzkiej i dotknęła wszystkich, w tym ludzi z niepełnosprawnością. Celem podjętych badań było poznanie opinii nauczycieli szkół specjalnych o nowej formie komunikacji z uczniami, jaką ze względu na pandemię stało się nauczanie zdalne. Zwrócono uwagę m.in. na trudności, jakie wystąpiły podczas nauczania zdalnego. W badaniu wzięło udział sześcioro nauczycieli krakowskich szkół specjalnych. W postępowaniu badawczym wykorzystano kwestionariusz wywiadu narracyjnego w opracowaniu własnym.

SŁOWA KLUCZOWE: nauczanie zdalne, pandemia COVID-19, komunikacja, specjalne potrzeby, szkoła specjalna

Współcześnie jesteśmy przyzwyczajeni, że wszystko wokół nas zmienia się szybko i nieustannie. Każdy spieszy się do pracy, szkoły, na zakupy, do domu. Żyjąc w biegu, niejednokrotnie nie zauważamy najprostszych rzeczy, gestów. Dajemy porwać się nurtowi życia codziennego. Rok 2020 był przełomowy. Pandemia COVID-19 pojawiła się nieoczekiwanie, zmieniła dotychczasowe postrzeganie rzeczywistości. To, co do tej pory było dla wszystkich tak zwaną normą, zamieniło się w nowe i nieznanne. Coraz więcej kontaktów międzyludzkich zostało przeniesionych do świata wirtualnego. W sferze zawodowej dla dużej części społeczeństwa pandemia oznaczała przejście w tryb pracy zdalnej. Nowością, zarówno dla

uczniów, jak i dla nauczycieli, było nauczanie zdalne. To, co dla dzieci w normie rozwojowej stało się utrudnieniem, okazało się ogromną barierą dla dzieci z niepełnosprawnością. Szkoła specjalna to miejsce, gdzie dzieci i młodzież z niepełnosprawnością otoczone są fachową opieką i wsparciem. Każdego dnia uczniowie zmagają się z nowymi wyzwaniami. Nieoceniona jest pomoc nauczycieli, rodziców, jak również kolegów i koleżanek z klasy, grupy świetlicowej czy internatowej. W momencie przejścia na nauczanie zdalne uczniów ze szkół specjalnych pojawiły się problemy. Pierwszym, głównym był brak odpowiedniego sprzętu. Pomimo starań placówek nie zawsze udawało się pomóc w zdobyciu laptopów, kamerek. Jeżeli już takie udało się zapewnić, ujawniły się trudności w dostosowaniu się do nowej formy zajęć – lekcji online. Jak sprawić, aby uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną czuli się komfortowo czy potrafili skupić uwagę podczas takiej lekcji? Jak przystosować temat lekcji i zaprezentować go tylko i wyłącznie w wirtualnej rzeczywistości? A przede wszystkim: Jak zachęcić ucznia, aby dołączył do wirtualnej społeczności klasowej, podczas gdy jemu brakuje codziennego, fizycznego kontaktu z rówieśnikami i nauczycielami? Jak w tym całym zamieszaniu zachęcić uczniów do komunikacji, dzięki której przecież nabywają tak wiele nowych umiejętności? Te i inne pytania stawiali sobie nauczyciele podczas pracy zdalnej w szkole specjalnej. Nie lada wyzwaniem było stawić czoła tak wielu trudnościom, jakie wymusiła nowa rzeczywistość.

Komunikacja jako podstawowy element rozwoju człowieka

„Pojęcie »komunikacja« pochodzi z łacińskiego *communicatio* i oznacza: »łączność, rozmowa, wymiana«. Polskie określenie jest podobne znaczeniowo do angielskich *communication* oraz *communicate*” (Frączek, 2012, s. 118). Komunikacja jest pojęciem różnie interpretowanym. Jedni widzą ją bardzo szeroko – jako coś, co buduje i umacnia relacje i więzi. Drudzy zaś odnoszą ją do poziomu wymiany informacji (Przybyła, 2004, s. 11–12; Weryszko, 2020, s. 253–268). Nie zmienia to jednak istoty komunikacji ani wpływu, jakie ma na życie człowieka. Bez komunikacji nie byłoby możliwe podjęcie najprostszycych działań. Człowiek ma z nią do czynienia już w pierwszych chwilach swojego życia. Oprócz tego, że odbiera docierające bodźce i sygnały, sam również zaczyna komunikować. Na początku sygnalizuje swoje potrzeby poprzez płacz, śmiech, wydawane dźwięki – sygnały te odbiera opiekun dziecka, który potrafi zrozumieć, co dziecku potrzeba i jak sprawić, by czuło się komfortowo (Tempczyk-Nagórka, 2017, s. 121–135). Komunikacja towarzyszy nam całe życie. Komunikujemy się nie tylko werbalnie, ale również niewerbalnie. Mimika twarzy, gesty, postawa ciała, dotyk i inne kody pozawerbalne,

wszystko to jest składową porozumiewania się między ludźmi. W ciągu naszego życia komunikacja ewoluuje. Im starsi jesteśmy, tym więcej jej form odkrywamy. Niezastąpiony jest jednak kontakt „twarzą w twarz”, kiedy to możemy widzieć gesty, mimikę naszych rozmówców, obserwować ich reakcje, odczytywać emocje.

Najbardziej podstawowy model komunikowania się opiera się na przekazaniu przez nadawcę komunikatu (zarówno niewerbalnego, jak i werbalnego) i odebraniu go przez adresata tego komunikatu. Dzięki wielopoziomowości komunikowania się, jest to proces, który łączy wszystkie aspekty życia społecznego ludzi. Komunikacja nie dotyczy bowiem tylko pojedynczych jednostek, ale odbywa się między grupami ludzi, społeczeństwami czy organizacjami (Głowik, 2004, s. 7). Warto tu zwrócić uwagę na kwestię poprawności komunikacji. Odpowiedzialność za ten proces nie spoczywa tylko na nadawcy, ale również na odbiorcy. Aby komunikacja była procesem efektywnym, trzeba niekiedy dużego wysiłku i zaangażowania obu stron. Bez jasnej komunikacji nie byłoby możliwe rozwiązanie wielu sytuacji (Dolińska, 2013, s. 101–110). Komunikacja jest zatem uzależniona od różnych czynników. Są to nie tylko cechy indywidualne jej uczestników, ale również okoliczności, w jakich się odbywa. Niezwykle ważnymi elementami komunikacji są empatia oraz otwartość osób biorących udział w procesie komunikacji. Determinują one nie tylko przebieg, ale także efektywność całego procesu. Empatia sprawia, że w człowieku budzi się zaufanie, które z kolei pozwala znacznie bardziej otworzyć się na drugiego człowieka, oraz poczucie bezpieczeństwa, dzięki któremu komunikacja może być jasna i przejrzysta. Otwartość z kolei warunkuje partnerski sposób porozumiewania się. Wpływa ona również na jakość komunikacji (Harwas-Napierała, 2008, s. 39–44).

Komunikacja z osobami z niepełnosprawnością

Komunikacja to jedna z podstawowych płaszczyzn poznawania samego siebie i otaczającej nas rzeczywistość. Dzięki niej możemy odkrywać to, jak wpływamy na nasze środowisko społeczne. To główny sposób wymiany informacji między ludźmi (Szluz, 2006, s. 277–285).

Kontakt osób z niepełnosprawnością z otoczeniem i porozumiewanie się z nim to jeden z najważniejszych czynników wpływających na rozwój, a także doskonalenie przez nich wielu funkcji, zarówno poznawczych, jak i społecznych. Brak możliwości aktywnej komunikacji z innymi sprawia, że w życiu takich ludzi pojawia się kolejna bariera. Ogromne zróżnicowanie w zakresie rozwoju umiejętności, a także sposobów komunikowania się powoduje potrzeba porozumiewania się, która jest równie silna, co u osób w normie rozwojowej (Szluz, 2006, s. 277–285).

W związku z pewnymi dysfunkcjami uczniów z niepełnosprawnością niezbędne jest niekiedy użycie prostszych form komunikacji, odpowiednio dostosowanych. Posłużyć się można komunikacją wspomagającą, czyli taką, która wspomogłoby nasze komunikaty werbalne, lub komunikacją alternatywną – jest to forma komunikacji, która zastępuje komunikaty werbalne (Loska, 2006, s. 217–227). Podczas poszukiwania wspólnej formy komunikacji bardzo często nawiązuje się więź i znoszonych jest wiele barier (Szluz, 2006, s. 277–285).

Komunikacja w okresie pandemii niewątpliwie jest utrudniona. Słowa: „To, że milczę, nie znaczy, że nie mam nic do powiedzenia” (Carroll, 2005, s. 56) nabierają w okresie pandemii zupełnie nowego brzmienia. Uczniowie, pomimo swoich wielu dysfunkcji, nawet milczeniem wyrażali to, jak bardzo nie odpowiada im nowa forma nauczania. Pierwsza euforia związana z brakiem obowiązku chodzenia do szkoły bardzo szybko opadła. Uczniowie tęsknili do siebie nawzajem, do swoich nauczycieli. Pamiętać należy, że człowiek podczas komunikacji z drugą osobą nie przekazuje tylko i wyłącznie informacji. Zawsze w przekazie zawarty jest ładunek emocjonalny. Powiązany on jest nie tylko z treścią przekazu, ale również z uczuciami, jakimi obdarzamy rozmówcę. Dzięki temu ludzie podczas procesu komunikacji mają na siebie ogromny wpływ (Frydrychowicz, 2005, s. 95–95). Typ komunikacji, podczas której używamy np. komputera, telefonu, tabletu, nazywamy komunikacją zapośredniczoną, ponieważ używamy w niej „pośrednika” (Bollinger, 2009, s. 95–108).

Badania własne

Głównym celem podjęcia badań było poznanie opinii nauczycieli szkoły specjalnej o nowej formie komunikacji, jaką stało się nauczanie zdalne. Realizację postawionego celu miały ułatwić odpowiedzi na następujące pytania: Jak wyglądała komunikacja z uczniami podczas nauczania zdalnego? Jaki wpływ na koncentrację uczniów ma komunikacja w wirtualnej przestrzeni? Jakie były największe problemy, trudności podczas nauczania zdalnego?

Badanie miało formę wywiadu narracyjnego (Rubacha, 2008, s. 136–137) i zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza wywiadu narracyjnego w opracowaniu własnym. Wywiad narracyjny określić można jako rozmowę, w trakcie której osoba badana opowiada o danej sytuacji z punktu widzenia jakiegoś kryterium. Podczas wywiadu narracyjnego punktem wyjścia są jak najogólniejsze pytania. Dzięki nim badany skłania się ku przyjrzeniu się i zagłębieniu we własne doświadczenia, a badacz może uzyskać jak największą ilość informacji (Rubacha, 2008, s. 136).

W badaniu wzięli udział nauczyciele z krakowskich szkół specjalnych – cztery kobiety i dwóch mężczyzn, pracujący z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym. Mała liczebność grupy badawczej wynikała z sytuacji pandemicznej. Należy zaznaczyć, że prezentowane tu rozważania stanowią jedynie przyczynek do dyskusji nad ważnym tematem. Wśród badanych były dwie nauczycielki klas I–III szkoły podstawowej, jeden nauczyciel i jedna nauczycielka klas IV–VIII szkoły podstawowej oraz jeden nauczyciel i jedna nauczycielka klas szkoły przysposabiającej do pracy.

Wyniki badań własnych

Na podstawie analizy jakościowej zebranych wywiadów można stwierdzić, że każdy z badanych nauczycieli odczuł negatywne skutki nauczania zdalnego oraz jego wpływu na komunikację z uczniami. Szkoła specjalna to miejsce, gdzie podczas nauki są wykorzystywane wszystkie zmysły. Jest to niezbędne do tego, aby jak najlepiej pomóc uczniom zrozumieć konkretne zagadnienia, problemy. W momencie przejścia na nauczanie zdalne możliwości te zostały istotnie ograniczone. Wszyscy nauczyciele jednogłośnie potwierdzili, że nauczanie zdalne w szkole specjalnej nie jest dobrą formą nauczania. Uczniowie bardzo często byli rozproszeni. Nie potrafili skupić uwagi. Największy problem występował w klasach młodszych szkoły podstawowej. Tam uczniowie najbardziej cieszyli się, że widzą nauczyciela. Bez pomocy rodziców/opiekunów nauczanie nie byłoby możliwe. W klasach starszych szkoły podstawowej było nieco lepiej, jeżeli chodzi o skupianie uwagi, nie była to jednak długotrwała koncentracja. Trwała ona kilka minut, po czym uczniowie czuli znużenie i zmęczenie. Niejednokrotnie dzieci odwracały się do monitora plecami, nie chciały odpowiadać na pytania nauczyciela. Często zdarzało się, że dzieci prowadziły rozmowy między sobą, nie czując autorytetu nauczyciela podczas lekcji. Zupełnie inaczej reagują na żywo, widząc nauczyciela. W klasach szkoły przysposabiającej do pracy uczniowie potrafili skupić uwagę na dłużej. Problemem jednak był brak chęci części z nich do łączenia się z nauczycielem i klasą, by uczestniczyć w zdalnych lekcjach. Czuli oni niechęć do zajęć prowadzonych online, pozbawionych fizycznego kontaktu z nauczycielem i klasą.

Nauczyciele pytani o sposób komunikowania się z uczniami i rodzicami podczas nauczania zdalnego wskazywali bardzo wiele różnic w porównaniu do nauczania stacjonarnego. Problemy z komunikacją były złożone i wynikały z wielu czynników. Duża część uczniów nie posiadała odpowiedniego sprzętu. Nie każdemu dziecku można było pomóc w tym zakresie. Oprócz tego problemem okazał się również brak internetu w niektórych domach. Część rodziców otrzymywała

zadania dla swojego dziecka poprzez wiadomości tekstowe. Dzięki temu chociaż w niewielkim stopniu mogli oni zaktywizować swoje dzieci w zakresie technik szkolnych. Problemy pojawiały się także w rodzinach wielodzietnych, gdzie dostępny był np. tylko jeden komputer na kilkoro dzieci. Nie sposób jest wtedy, by każde dziecko łączyło się z nauczycielem i klasą w godzinach lekcji.

We wszystkich wypowiedziach pojawiało się zniechęcenie i zmęczenie, zarówno rodziców, uczniów, jak i nauczycieli. Każda ze stron na swój sposób odczuwała problemy zdalnego nauczania. Uczniowie nie robili takich postępów w nauce, jakie robią podczas nauki stacjonarnej. Kreatywność nauczycieli zawsze jest na wagę złota – w tej odmiennej sytuacji nauczyciele zmuszeni byli korzystać z niej do granic możliwości. Jest to niezwykle ważne szczególnie w przypadku dzieci z najmłodszych klas, ponieważ są one dopiero na początku swojej drogi edukacyjnej, a już zostały postawione wobec nowej, nieznanej rzeczywistości.

Trudne były również pytania uczniów, którzy bardzo tęsknili za szkołą. Znużeni uczeniem się w domu często dopytywali, kiedy będą mogli wrócić do szkoły. Tęsknili za atrakcjami, jakie czekają na nich podczas lekcji w klasie, za spotkaniami z kolegami i koleżankami oraz za swoimi ulubionymi nauczycielami.

Problemem, na który zwróciło uwagę troje nauczycieli, było wprowadzenie nauczania zdalnego bez odpowiedniego przygotowania kadry nauczycielskiej. Nie każdy potrafi tworzyć pomoce interaktywne, obsługiwać potrzebne programy. Trzeba było poświęcić dużo czasu, aby przygotować odpowiednie pomoce. Nie każdy też z nauczycieli odnajdywał się w tej narzuconej odgórnie formie prowadzenia zajęć. Dla wielu było to zupełnie nowe doświadczenie.

Komunikacja, według nauczycieli, zmieniła swoją formę, była bardziej ograniczona. Wynikało to poniekąd także z braku umiejętności obsługi platformy, na której były prowadzone zajęcia. Zdarzało się, że ten sam komunikat był rozumiany w różny sposób przez różne osoby.

Najlepiej przyjmowane przez uczniów były pomoce interaktywne. To w tej sferze uaktywniali się najbardziej. Szczególnie w młodszych klasach, przy pomocy rodziców lub opiekunów, dzieci uczyły się obsługi komputerów czy tabletów. Niewątpliwie ten aspekt jest bardzo ważny w dzisiejszym świecie. Pomoce interaktywne przygotowywane przez nauczycieli spotykały się z dużym zainteresowaniem wśród uczniów.

Czworo nauczycieli odniosło się również do podziału godzin, który był tworzony z myślą o nauczaniu stacjonarnym. Pomimo pewnych dostosowań na czas zdalnego nauczania dobrym pomysłem było wkomponowywanie ćwiczeń ruchowych w ciąg konkretnych zadań. Zarówno w młodszych, jak i w starszych klasach szkoły podstawowej dobrze sprawdzały się ćwiczenia z wykorzystaniem muzyki. W klasach szkoły przysposabiającej do pracy dobrym rozwiązaniem okazały się krótkie przerywniki (np. wykonywanie tzw. pajacyków), pozwalające uczniom odzyskać koncentrację.

Podsumowanie

Podsumowując wyniki przedstawionych badań, można stwierdzić, że nauczanie zdalne w szkole specjalnej było nie lada wyzwaniem zarówno dla nauczycieli, jak i dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz ich rodziców. Wypracowana wcześniej forma komunikacji uległa zmianie, nie zawsze na dobre. Pojawiły się nowe, nieznane wcześniej problemy. Nikt nie był przygotowany na wprowadzenie zupełnie nowej i nieznanej w szkole specjalnej formy nauczania. Okazało się, że pierwszym problemem było zapewnienie odpowiedniego sprzętu, zwłaszcza w rodzinach wielodzietnych. Zaraz za tym problemem piętrzyły się kolejne. Znużenie uczniów, zmęczenie, niechęć. Brak kontaktu z kolegami z klasy wywoływał negatywne skutki. Uczniowie nie chłonili informacji w takiej ilości, jak na co dzień w klasie szkolnej. Ograniczone możliwości przekazywania im wiedzy z zaangażowaniem wszystkich zmysłów również miały negatywne skutki. Sfera, w której uczniowie mogli się rozwinąć, to obsługa komputera oraz aplikacji, w których były tworzone interaktywne pomoce.

Wnioski

Biorąc pod uwagę wypowiedzi nauczycieli oraz emocje, jakie wywołało w nich nauczanie zdalne, warto wysnuć wnioski na przyszłość dotyczące tego typu pracy. W nauczaniu zdalnym należałoby pomyśleć o zmianie formy planu lekcji. Niekorzystne jest ciągłe siedzenie przed komputerem. Braki sprzętu czy internetu również stanowiły barierę.

Przed wszystkim jednak, w obliczu wprowadzenia nowej formy nauczania, należy zadbać o przygotowanie do niej nie tylko nauczycieli, ale również rodziców i uczniów. Powinna być rozwinięta świadomość tego, że każda forma nauczania jest efektywna.

Bibliografia

- BOLLINGER, D.U. (2009). Use patterns of visual cues in computer-mediated communication. *Review of Distance Education*, 10(2), 95–108.
- CARROLL, J. (2005). *Szklana zupa*. Tłum. J. WIETECKI. Poznań: Rebis.

- DOLIŃSKA, D. (2013). Mowa ciała jako aspekt komunikacji międzyludzkiej. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie*, 65, 101–110.
- FRĄCZEK, A. (2012). Komunikacja interpersonalna. *Studia Gdańskie. Wizje i Rzeczywistość*, 9, 118–131.
- FRYDRYCHOWICZ, S. (2005). Sposoby i wymiary komunikowania interpersonalnego a rozwój człowieka. *Psychologia Rozwojowa*, 3, 93–100.
- GŁOWIK, M. (2004). *Komunikacja niewerbalna w kontaktach interpersonalnych*. Warszawa: Promotor.
- HARWAS-NAPIERAŁA, B. (2008). *Komunikacja interpersonalna w rodzinie*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- ŁOSKA, M. (2006). Niewerbalne metody porozumiewania się dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością. W: M. SEKUŁOWICZ (red.), *Wybrane problemy pedagogiki specjalnej* (s. 217–227). Wrocław: Wydawnictwo Naukowe DSW TWP.
- PRZYBYŁA, O. (2004). *Akty mowy w języku nauczycieli*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- RUBACHA, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- SZLUZ, B. (2006). Problemy werbalne społeczności niepełnosprawnych. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*, 23, 277–285.
- TEMPCZYK-NAGÓRKA, Ź. (2017). Między odrzuceniem a akceptacją – w stronę komunikacji inkluzyjnej. *Forum Pedagogiczne*, 1, 121–135.
- WERYSZKO, M. (2020). Komunikacja interpersonalna jako esencja interakcji społecznych. *Dialog, Komunikacja. Ujęcie Interdyscyplinarne*, 2(42), 253–268.



MAGDALENA KOKOT

Doctoral Studies in Languages, Faculty of Languages, University of Gdańsk

<https://orcid.org/0000-0003-4227-9639>

Evoking esophageal speech after the completely removed of the larynx: case study

ABSTRACT: For many speech therapists, regardless of their work experience, undertaking therapy with a patient after complete removal of the larynx is a huge challenge that they often cannot cope with. This state of affairs is caused by the still small number of practical studies containing detailed guidelines for post-laryngectomy therapy. The article presents detailed recommendations on evoking esophageal voice along with an explanation of the causes of possible failures during the voice and speech rehabilitation process. Possible actions range from those that are possible a few days after laryngeal surgery to those for practicing the prosodic elements of speech.

KEYWORDS: laryngectomy, esophageal speech, esophageal speech exercises, psycho-oncology, oncology

Nauka mowy przełykowej po całkowitym usunięciu krtani. Studium przypadku

STRESZCZENIE: Dla wielu logopedów, niezależnie od stażu pracy, podjęcie terapii z pacjentem po całkowitym usunięciu krtani stanowi ogromne wyzwanie, któremu nierzadko nie umieją sprostać. Taki stan rzeczy jest spowodowany wciąż niewielką liczbą praktycznych opracowań zawierających szczegółowe wskazówki dotyczące terapii po laryngektomii. W artykule przedstawiono szczegółowe zalecenia dotyczące terapii mowy przełykowej wraz z objaśnieniem przyczyn możliwych niepowodzeń podczas procesu rehabilitacji głosu i mowy. Omówiono możliwe działania począwszy od kilku dób od operacji usunięcia krtani aż do momentu trenowania prozodycznych elementów mowy.

SŁOWA KLUCZOWE: laryngektomia, mowa przełykowa, ćwiczenia mowy przełykowej, psychoonkologia, onkologopedia

Esophageal (replacement) speech is taught to people who have undergone laryngectomy, i.e. removal of the larynx, due to a malignant tumor (sporadically damaged, e.g. as a result of an accident). Total laryngectomy (Latin laryngectomia totalis) involves enucleation of the larynx. It is performed in the case of a malignant, bilateral neoplasm involving the supraglottic and subglottic cavities. „The lower part of the skin flap of the neck is sutured with the trachea, thus creating an opening, ie tracheostomy, through which the patient will now breathe” (Lipiec, 2008, p. 150). Since the production of voice after removal of the larynx is non-anatomical, rehabilitation leading to the development of such a skill is an

extremely difficult process. Speech produced under altered anatomical conditions will be able to fulfill its function of communication, but for it to be efficient and effective, the person undergoing laryngectomy must go a long way to recovery. The article presents the complex, multi-faceted process of restoring the ability to communicate verbally after one of the crippling life-saving procedures.

Epidemiology

Each year in Poland, about 1.5 thousand total laryngectomy procedures are performed (Zatoński, Zatoński, 2002, pp. 15–29; Hamerlińska-Latecka, 2015b, p. 3). This is due to the fact that laryngeal cancer is among the top ten most frequently diagnosed neoplastic diseases (Zatoński, Zatoński, 2002, pp. 15–29; Majszyk, Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz, 2014, p. 186; Hamerlińska-Latecka, 2015a, p. 20). The group with the highest incidence of laryngeal cancer incidence is made up of people between the ages of 50 and 70. Approximately 93% of cases are diagnosed in patients at the age of the 50 and 60. Laryngeal cancer account for 30% of all cancers diagnosed in people of retirement age, i.e. 65 years of age and more (Zatoński, Zatoński, 2002, pp. 15–29; Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, p. 9; Majszyk, Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz, 2014, p. 186; Hamerlińska-Latecka, 2015a, p. 23).

Postoperative phase

The case study was devoted to a woman who underwent laryngectomy at the age of 74, due to cancer caused by chronic reflux disease. She received speech therapy and psychological therapy in the first days after the surgery. She remained in the ward for about 2 weeks, which is the standard treatment procedure after total laryngectomy (Betlejewski, Sinkiewicz, 2009, pp. 128–129). During this time, she had 5 sessions of speech therapy and 7 meetings with a psychologist. It is known that classes with specialists in the field of speech therapy after removal of the larynx and good contact with medical personnel contribute to the healing process. Cooperation with the hospital ward team provides the patient with constant access to information on the new health situation, i.e. the state after laryngeal removal. Conversation and mindfulness shown by the medical staff of the department give a person after laryngectomy a sense of security. As well as constant monitoring

of patient's health, providing both psychological and educational support (learning to function without the larynx on the basis of everyday activities within the hospital ward) (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, p. 34; Gretkowski, 2017, pp. 137–151).

Based on the data collected during the interview, it was established that the patient did not smoke, did not consume high-percentage alcohol, and did not perform any of the jobs which are high risk jobs. Unfortunately, despite leading a healthy, active lifestyle, she became a cancer patient as a result of chronic gastric reflux disease, for which she had been treated for over 43 years. It is worth mentioning here that the patient was under the constant control and observation of not only a gastrologist, but also an ENT specialist. In an interview, she noted that for as long as she can remember, she has always had a very low, hoarse, almost male voice, which she took great care of due to the irritation of the larynx due to reflux. The reports of the patient and her family show that she always scrupulously followed the doctor's instructions, ate healthy food and followed a diet that did not aggravate reflux disease. Despite this, at the end of 2016, she noticed the first disturbing symptoms, on the basis of which a few weeks later she was diagnosed with a malignant tumor of the larynx.

As shown by scientific research, the case of the patient is one of the few. Only in a small group of patients it was observed that the direct cause of laryngeal cancer was gastric reflux disease, not alcohol consumption and smoking (Mackiewicz-Nartowicz, Mackiewicz) Milewska, 2009, p. 11–17; Majszyk, Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz, 2014, p. 188; Hamerlińska-Latecka, 2015a, p. 30). Moreover, a relatively small percentage of all patients after laryngectomy are women (Mackiewicz-Nartowicz, Mackiewicz) Milewska, 2009, pp. 11–17; Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny, 2012, p. 381; Majszyk, Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz, 2014, p. 168).

Considering the simultaneous occurrence of the two specific factors and the atypical nature of the indicated case, it was decided to devote an exhaustive study to it.

Factors conducive to learning replacement speech

One of the first tasks that a speech therapist must undertake in working with a patient after total laryngectomy is to make a diagnosis (Kozłowska, 2015, pp. 784–785). It should be performed even before the patient undergoes surgery to remove the larynx (Kozłowska, 2015, p. 784), but our own experience shows that for various reasons it is sometimes impossible. The diagnosis itself is based on a multifactorial assessment of the patient in terms of prognosis. Thanks to this diagnosis, it is

possible to select the appropriate forms and methods of dealing with the patient after surgery. The most important factors that make it possible to predict whether a person will successfully learn esophageal speech after removal of the larynx are: the state of cognitive functions, alcohol addiction, psychological determinants of experiencing cancer, the level and type of family support, the efficiency of articulators, health condition (including hearing and dental condition) and compliance with medical and nursing recommendations after surgery (Gretkowski, 2017, pp. 137–151). Antoni Pruszewicz includes also these factors: age, sex, clinical stage of the tumor, tumor location, extent of the procedure, food drainage, complications in the form of fistulas, esophageal morphology and the level of the mouth of the esophagus, condition after radiotherapy, availability of specialist offering speech therapy, material and social status of the patient (Pruszewicz, 1992, pp. 191–192).

Despite her age, the patient's prognosis was good from the very beginning. Pruszewicz notes that age over 70 is a statistically significant factor that hinders learning esophageal speech (Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny, 2012, pp. 384–385). Before the operation, however, the patient was an active person. She attended all kinds of classes, meetings, including lectures at the University of the Third Age. Well-versed in her situation, she understood the consequences of laryngeal surgery. Despite her age, she was a cognitively well-functioning person, which greatly facilitated the assimilation of information about the specificity of the procedure itself, its consequences for health and for future communication with the environment. She actively participated in educational interviews and asked many valuable questions, at the same time showing a sense of humor.

The patient was adequately mourning the loss of the larynx and allowed herself to experience emotions connected with it. She eagerly used the support provided to her by a psychologist right after the operation in the ward. It is worth mentioning here that the patient received enormous support from her husband and the whole family during her stay in the hospital. An expression of the care and interest shown was, *inter alia*, active attitude of the husband. He willingly assisted in classes in the field of learning substitute speech.

Another important factor that positively influenced the patient's recovery was her general, fairly good health, e.g. no problems with hypertension or diabetes. Additionally, she was actively involved in the entire process of medical and nursing care and followed the recommendations (Betlejewski, Sinkiewicz, 2009, pp. 128–129; Walden-Gałaszko, 2011, pp. 71–74; Gretkowski, 2017, pp. 137–151). The patient took care of the hygiene of the oral cavity and the tracheotomy tube, as recommended during the first 7 days after the surgery. She tried to spit out the saliva along with the secretion (Sinkiewicz, Mackiewicz-Nartowicz, 2009, p. 58). As observed, this behavior significantly accelerated the patient's recovery.

Another important pro-health behavior in the postoperative period is hand hygiene. Before cleaning the discharge from the tube or blowing it out, the patient

used a clean tissue or lignin and keep her hands clean. Such a procedure is of particular importance, because this route is the easiest way to transfer pollutants, including bacteria and viruses. Unfortunately, a significant proportion of patients who have had their larynx removed do not follow these recommendations. It is known, that patients breathing through the tracheotomy are much more exposed to infections and diseases of the respiratory tract, because the nose, which has cleansing and moisturizing functions, is omitted in this method of breathing (Sinkiewicz, Mackiewicz-Nartowicz, 2009, pp. 56–57; Hamerlińska-Latecka, 2015a, p. 113).

The next factor, which also has a beneficial effect on prognosis, is a unusing alcohol. Patients who are addicted to this type of psychoactive substance primarily focus on the addiction, and consequences connected with unusing it (Barunow-Współczesny, Marszałek, Rychlewski 2005, p. 33 Walden-Gałuszko, 2011, pp. 71–74). They have also lower resistance to pain, discomfort connected with operation cuts (Walen-Gałuszko, 2011, pp. 71–72; Gretkowski, 2017, pp. 137–151). In the presented case, the patient had always leads a healthy lifestyle and is not an addicted person. She was willing to perform the recommended articulation and breathing exercises, despite the perceived discomfort. The patient was aware that swelling and pain were one of the elements in the rehabilitation process. Patient followed the recommendations of medical and the speech therapist. The patient performed the exercises as recommended. She trained in short bursts until the discomfort was bearable.

It should be noted here that, from the medical point of view, the patient can start preliminary exercises with a speech therapist a few days after the surgery of remove the larynx. It depends mainly on the condition of the swelling, the perceived pain as well as the height of the dressing itself and the number of postoperative drains. However, while medical or technical conditions that make it impossible to exercise with a speech therapist are objectively assessed, the assessment of discomfort and the level of pain belongs to the patient himself. This means that there is a group of patients who do not attempt therapy in the early period after the laryngectomy because they report subjectively felt too much discomfort, despite the use of strong pain relieving agents. There is also a group of patients, less numerous, who, despite the pain, make attempts to perform at least one small exercise. Differences in commitment and in managing discomfort during exercise are likely related to attitudes towards cancer. People with a dominant fighting stance are more likely to exercise, which promises faster recovery and greater long-term survival, compared to passive and reconciled people (Kugler-Ross, 1979; Juczyński, 2000, p. 31). Other researchers indicate that one of the determinants of whether and how a patient exercises is willpower (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, p. 72).

Introductory exercises in the evoking esophageal speech

In the Polish researches there are various indications regarding the appropriate moment to start oesophageal speech exercises. Some authors indicate that speech therapy can be started in postoperative conditions, in the hospital ward, a few days after the procedure (Fabczak, 2017, p. 18) or after removal of the nutrient drain (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, p. 66; Sokal, 2011). Others believe that it is possible only after the completion of full treatment, that is, the postoperative wound healed and the treatment with radiotherapy or chemotherapy (Kamuda-Lentak, 2008, pp. 211–212). The differences in the recommended time to start speech therapy training result primarily from the way of understanding what activities on the part of the speech therapist will be performed by a person after laryngeal removal.

The exercises to learn esophageal speech or, more broadly, substitute speech consist of many stages. Depending on the moment of the patient's recovery process, several types of substitute speech can be distinguished. The laryngectomy person should progressively go through each of the stages of each of these forms of communication.

The first to be used is oral pseudo-whisper, which occurs even several hours after the operation. It works by producing a faintly audible whisper. The sound is created here thanks to the air accumulated in the mouth and the contact between the articulatory organs and the friction between them.

After removing the nutrient drain, the space that can contain air expands to the upper throat (Pruszewicz, 1992, p. 196). We are then dealing with an oropharyngeal whisper. It is achievable by 5% to 14% of patients in an efficient form.

The next step in communication may be the throat speech. Here, the pseudo-glottis is located in the middle pharynx, between the back wall of the pharynx and the base of the tongue. A replacement air reservoir is located in the throat. This type of communication affects approximately 10% of patients. Such a voice is screeching, higher than the esophageal voice, produced with effort and uneconomical (Pruszewicz, 1992, p. 193).

The esophageal speech is the most efficient form of oral communication in people after total laryngectomy. The pseudo-glottis, which is a sound generator, is performed by the „esophagus mouth” – the cricopharyngeal muscle. The replacement air reservoir is located in the esophagus (Pruszewicz, 1992, p. 188). It is worth noting that this reservoir grows larger with speech exercise, slightly changing the anatomical appearance of the esophagus. The esophageal voice is low, hoarse, full of murmurs, and its intelligibility ranges from 34% to 80% (Pruszewicz, 1992, p. 188). Unfortunately, it happens that, for various anatomical,

functional, psychological and motivational reasons, the patient does not achieve this highest form of communication after laryngeal removal.

The esophageal speech is the most efficient form of oral communication in people after total laryngectomy. The pseudo-glottis, which is a sound generator, is performed by the „esophagus mouth” – the cricopharyngeal muscle. The replacement air reservoir is located in the esophagus (Pruszewicz, 1992, p. 188). It is worth noting that this reservoir grows larger with speech exercise, slightly changing the anatomical appearance of the esophagus. The esophageal voice is low, hoarse, full of murmurs, and its intelligibility ranges from 34% to 80% (Pruszewicz, 1992, p. 188). Unfortunately, it happens that, for various anatomical, functional, psychological and motivational reasons, the patient does not achieve this highest form of communication after laryngeal removal.

Bearing in mind the way of creating the voice, locating sound generators and air reservoirs, it can be observed that each of the presented forms of communication is more and more difficult. For this reason, it is not possible to start learning replacement speech without going through the various exercises of increasing difficulty consecutively.

In the initial phase, regardless of whether it begins in a hospital ward, in an outpatient clinic, during a stay or postponed therapy for many years, the focus should be primarily on the patient's breathing pattern. As a result of the removal of the larynx and the creation of a tracheotomy, due to the change in muscle tone and the inability to create negative pressure from the larynx, patients fill their lungs with air to a much lesser extent. It is estimated that the ability to completely fill the lungs with air decreases by as much as 30%. For this reason, it is necessary to introduce breathing exercises that show the correct methods of breathing. Particular attention is paid to breathing through the diaphragm-costal or diaphragm-abdominal track (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, pp. 52–53; Sokal, 2011; Fabczak, 2017, pp. 19–21). Traditional breathing training conducted by a speech therapist allows you to create new, better methods of aspirating air into the lungs and at the same time reduce the feeling of breathlessness. In addition, exercises of this type start an arduous training aimed at the best control of the abdominal muscles, because their use by the patient after the removal of the larynx will be extremely important in the speaking process, as well as in physiological activities.

In the case under discussion, the patient had great difficulties in mastering the proper, calm breathing pattern. The greatest difficulty was strengthening the abdominal muscles and a kind of desynchronization of speaking and breathing. Strengthening the abdominal muscles allowed for better control of the diaphragm and the use of stronger respiratory support. Good respiratory support allows the patient to better control the murmur that is generated by the tracheostomy tube during breathing. When talking about the desynchronization of speaking and

breathing, we mean here the development of new communication habits. This is necessary because the pre-laryngeal method of speaking, which generally consists in the fact that the more air a person draws into the lungs, the louder the sound will be able to produce, in the absence of a larynx, it does not work at all. The main problem of people after removal of the larynx is not the mechanical inability to speak, i.e. the inability to move the articulators, but the low volume of speech. As a consequence, a significant part of patients, including the described patient, clearly draws more air when they want to say something louder, usually with the upper, top part of their lungs. The effect of this action, instead of increased audibility of what the patient was saying, was the complete drowning out of the spoken sounds by the noise from the tracheostomy.

Desynchronization of speaking and the respiratory process (Fabczak, 2017, p. 21) is a tedious process conditioned by individual possibilities. Some patients have no difficulty in making such a separation. For others, as in the case under discussion, it takes several months. One way to separate articulation and breathing sounds is to use exercises that produce noises that are not in speech, such as smacking, slapping, and puffing the mouth. Only gradually, when it is possible to prolong non-speech-sounds and to calmly, quietly adjust the air, can you move on to pronouncing some sounds. The choice of sounds should in this case be directly related to the sound that does not occur in speech, with regard to the place and method of production, e.g. from smacking or puffing with the lips, it is quite easy to go on to pronouncing the sounds /p/. In the presented case, the entire procedure of acquiring the skills of silencing the breath and audible production of sounds with pseudo-whisper took about 6 months, and the patient achieved good efficiency in this regard after several months.

Exercises introducing basic sounds in the study of esophageal speech in polish language

The introductory phase in esophageal speech training, in addition to breathing exercises, includes sputum removing training, noise reduction exercises, desynchronization exercises, as well as articulation exercises and introducing basic sounds (Lipiak, 2005, p. 71; Kamuda-Lentak, 2008, p. 211–212; Sokal, 2011; Fabczak, 2017, p. 18). The choice between articulation training and producing basic sounds is primarily determined by the time that can be allocated to the therapy. In the case of a patient who is in a hospital ward, who will probably not undertake any speech therapy therapy soon, the most important goal is to enable him to acquire a minimum competence to verbally communicate with the

immediate environment. This means that the speech therapist is forced to focus not on perfect articulation, but on using the efficiency of the articulation organs of a person whose larynx has just been removed. Consequently, it may happen that due to, for example, the lack of full dentition or swelling, the pronunciation of individual sounds by the convalescent will deviate from the norms of the Polish language. However, in the case of limited access to learning replacement speech by patients after leaving the hospital, it is not the ideal quality that counts, but the efficiency in verbal communication. Of course, if a patient after laryngectomy reports for long-term therapy, extensive training should be used to improve the articulation and expression muscles. It will help the patient to increase the clarity of speech, and also may have a positive effect on lowering the pressure in the esophagus (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, p. 68; Lipiak, 2005, p. 73).

The basic sounds that are introduced in evoking a speech in the postoperative phase include /p/, /t/, /cz/, /k/ (Sokal, 2011; Fabczak, 2017, p. 18). In the described case, the patient had no major difficulties in pronouncing these sounds either in isolation or in combination with the vowels. Unfortunately, the sounds were drowned out by the noise from the tracheostome, and the listener had to put in a lot of effort to hear the speech sounds. Fortunately, thanks to the patient's care for the clarity of articulation, it was possible for the environment to read the speech very well from the movement of the lips. When reading speech from the mouth, it is extremely important for the patient to position his lips properly and clearly. Each of the oral vowels has a unique and characteristic shape of the lips. From open /a/, round /o/, wide /e/, narrow beak /u/ or flattened and directed backwards /y/ and /i/. The difference in the arrangement of the lips when pronouncing these vowels is so large that in combination with one of the basic sounds: /p/, /t/, /cz/, /k/ the sound of the entire syllable also changes significantly. Consequently, the difference between the syllables: /ta/ – /tu/, /po/ – /pe/ etc. is audible. These differences allow to distinguish which syllable with the sound e.g. /p/ is pronounced, and also show the patient that the mouth vowels to some extent remained in his speech.

After removing the larynx, one of the first things that patients notice, including the patient presented here, is that she cannot pronounce the sound /a/. Saddened, they show with excitement that, apart from the movement of their lips, nothing else is happening. Some of them believe that saying any word makes no sense, because nothing will happen except for the movement of the lips. For this reason, at the first meeting, the patient was asked to try the count to ten. This procedure allows to determine the efficiency of the articulation organs and the spontaneous ability of the patient to produce a pseudo-whisper. It is often a moment to show the patient that despite the laryngeal excision, he is able to produce a sound. It was no different in this case. The patient was amazed that

a barely audible pseudo-whisper was emanating from the respiratory noise. With tears in her eyes, she said the numbers automatically.

After this initial phase, therapy goes on to the proper introduction of basic sounds. It is also a good time to pay attention to some of the most important issues that significantly facilitate communication at the level of pseudo-whisper. First, the patient is informed once again about the necessity to desynchronize speaking and breathing. Secondly, it is emphasized that from now on, speech will be mainly based on 4 basic sounds: /p/, /t/, /cz/, /k/ and that they will significantly add sound to a given utterance. Thirdly, the patient is made aware of the fact that clear articulation, based on the exaggerated and even theatrical work of articulators and facial expressions, will help in communication. Patients after laryngectomy are also asked to significantly slow down the pace of speech and build sentences with a clear and noticeable beginning and end, as sometimes it is easier to understand a sentence in terms of context than a single word. The last important rule that will facilitate communication is clearly informing that the patient can not repeat each given word a few times in a one sentence. The repetition of individual sounds, syllables or chanted speech style makes it very difficult to understand what is being said.

Moving from one stage of evoking esophageal speech to the next is largely dependent on the capabilities of a specific person after laryngectomy. The patient repeatedly pointed out that in overcoming difficulties in therapy, her interest and mobilization on the part of a logopedist or psychologist helped her. During her stay in the hospital, the patient had great difficulty in communicating only by voice, when the interlocutor was unable to observe her mouth. There were times when she was discouraged about certain exercises that seemed too difficult to her. It often turned out, however, that despite the difficulties in pronouncing a given sound or syllable, caused by jamming it with a tracheostomy murmur, it was the words or entire phrases that turned out to be more understandable.

In the selection of words and phrases used in the exercises, their frequency was taken into account, and above all, that they should contain as many basic sounds as possible in each part of the word, i.e. onset, mid-voice and out-loudness. Such words are much easier to pronounce (eg „duck” – easier than „doll”). An effective method in the selection of material for exercises is also when a speech therapist utters a given word in a whisper during an apnea and assesses its comprehensibility by an outsider.

The phase after removing the nutrient drain

Each patient who recovers properly after laryngeal removal surgery leaves the hospital ward after 10–14 days. It was similar in the presented case. This period basically begins after removing the feeding tube. It is kind of test in which the first drinking of water and then feeding show that process of getting better is successful. This procedure consists in determining whether the wound has healed properly and whether the healing process has resulted in a complication in the form of a fistula, i.e. an opening, leakage between the esophagus and the tissues of the neck or respiratory tract.

In the case at hand, the removal of the nutrient tube from the nose was successful. The woman was waiting a lot for this moment, as she reported that the drain irritated her esophagus too much in the area of the throat, which made it difficult for her to pronounce the voice /k/. In fact, the removing of a drain had a positive effect on the strength and clarity of this sound. Additionally, the patient was able to swallow saliva freely, which also had a positive effect on the course of the therapy. Constant spitting of saliva as well as rubbing the mouth are a great discomfort for patients and some speech therapists.

It is worth mentioning here that the logopedist, who works with the patient after laryngeal removal, should show him kindness and understanding with his attitude towards all hygienic activities. People who have had their larynx removed and who are just learning to live in a new situation need approval, which manifests itself in reassuring them of the possibility of coughing up mucus, spitting mucus and saliva, rubbing the mouth and tracheostomy tube, and even removing the tube (if necessary) and washing it. It is very important to create space for such activities during training and between sessions. This is because it is about physiological reactions, sometimes resulting from the exercises themselves, and it is difficult to expect that a person after laryngectomy would be able to comfortably exercise with a full mouth and secretions in the trachea.

Increasing the comfort of participating in exercises and the vision of a quick return home had a positive impact on the patient. Initially, the patient declared at the stage of introductory exercises that it would take some time before she decided to try to swallow air and speak in the esophageal speech. However, her well-being made her decide to try to aspirate air into the esophagus while still in hospital (which, unfortunately, was not very comfortable for this type of exercise, because the woman was in a dormitory room).

Exercise for air aspiration into the esophagus

These types of exercises involve introducing an air into the esophagus followed by its sonorous eructation . It is many methods of doing it. The patient's task is to aspirate (swallow) air into the esophagus, keep it in the esophagus (before it moves too low towards the stomach), and then extract it from the esophagus in a sonorous manner, while modeling its sound using a specific articulation.

There are several methods for bringing air into the esophagus. From injection methods (injecting air), to swallowing it with saliva, drinking carbonated water, quick movements resembling those performed by animals while lapping water, to special positioning of the neck and making visualizations (Lipiak, 2005, pp. 71–73). The extraction of air from the esophagus is carried out by creating a negative pressure in the oral cavity during the pronunciation of sounds /p/, /t/, /cz/, /k/ in combination with the relaxation of the upper pharynx sphincter, to the rhythmic work of the diaphragm, which stimulates the esophagus and stomach. Sometimes even torso slopes are used or air is expected to flow out of the esophagus.

The patient committed to swallowing air. The best method for her was swallowing the still water aloud. When you swallow a little sip of water out loud, air is drawn into your esophagus. She had no major difficulties with this activity, although the so-called the pop in his throat, signifying an aspiration of air, was quite soft. The exertion during this exercise was visible. It also increased the murmur of the tracheostomy tube and caused more secretion to be produced. As later stated, the cause of this condition was the tracheostomy tube, which reduced the flexibility of the neck, which also affected the esophagus. However, the first attempts to remove the tube were made by the patient only a year after the surgery to remove the larynx, when the wound was well healed and there was no risk that the opening would collapse or close. During a stay in hospital, it is too early to try to judge what the result of removing the tube will be.

During her stay in the otorhinolaryngology department, the patient had great difficulty in extracting the swallowed air, both intentionally and spontaneously. A spontaneous or intentional eructation was achieved only several times during the entire stay in the patient's ward. It should be noted that intentional mining involved a very large effort and a relatively inefficient eructation. Loud, intentional, efficient eructation was not achieved until a year after the operation, after six months of speech therapy at home. In this case, it was found that removing the tube made this process much easier.

When a controlled, sonorous eructation with a relatively good repeatability is produced, it is possible to combine it with the pronunciation of sounds. In the researches two methods of combining eructation with speech sounds are pro-

posed. The first one is the simultaneous pronouncement of the basic sounds: /p/, /t/, /cz/, /k/ with eructation. The second method involves combining eructation with pronouncing the oral vowels: /a/, /o/, /e/, /u/, /i/, /y/. In the case of the patient, a mixed form was used. The best effects in producing a sonorous eructation were achieved by combining the sound /k/ with a yawn. Such a combination, initially artificial, turned into a voiced „ka” syllable along with the training. It has been observed that pronouncing this syllable quite effectively not only extracts an air bubble from the esophagus, but also pushes air into the esophagus. Thanks to the training of this method, the patient achieved a very high repeatability of eructs, with relatively high fluidity (i.e. the intervals between ingestion and eructation were small). The next step was to introduce the pronunciation of vowels with eructation (Maniecka-Aleksandrowicz, 2002, pp. 234–235; Sokal, 2011). That his type of training never lasted longer than 30 minutes. Creating voiced eructation in series is very unnatural and exhausted. An eructation training was only one of the components of each session. The patient started her exercises by practicing breathing and separating herself breathing from the pseudo-whisper. The next thing on which focus was putted on it was the clarity of articulation. Gradually in the trenings broadened primary sounds and sounds of three rows (e.i.: /s/, /ś/, /sz/).

Exercises to improve the mechanism of substitute speech

Improving the mechanism of esophageal replacement speech consists primarily in making the patient the habit of swallowing air before uttering each planned syllable. Initially, the air bubble is still so small that the laryngectomized person is unable to pronounce a longer phrase with it (Maniecka-Aleksandrowicz, 2002, pp. 234–235). Automating eructation and gradually giving up pseudo-whisper is the key to success. However, in order for a person after laryngectomy to achieve good results in communicating with the environment, it is necessary to provide them with a friendly and safe space for this type of activities and to provide psychological help.

From the very beginning, the patient received a lot of support from the family. In particular from her husband, who encouraged her as a wife and encouraged her to speak. He deliberately did not want to read her notes and was very patient when she had to repeat a word several times so that they could understand each other. When she finally started uttering individual syllables with the eructation, her husband reacted with incredible enthusiasm to each successful attempt. The patient often told how, during her individual exercises between meetings with a speech therapist, her husband suddenly burst into the room and clapped

with delight when she managed to pronounce even one syllable. For quite a long time, she had problems pronouncing syllables containing the sound /p/ or /b/ with the eructation. In combination with these two sounds, the ructus (i.e. the voiced eructation of air from the esophagus) clearly lost strength and sonority. This was a completely surprising phenomenon, as the patient was already able to pronounce the vowels in every position (in the onset, middle position, and final position), combine them with all consonants in a voiced manner. She was not able to produce the appropriate sound in conjunction with the contained explosive sounds. Despite the difficulties, she did not give up, which was motivated by, among others, that her husband's name began with the syllable „bo”.

When the patient finally achieved the intended goal and mastered the aloud pronouncement of syllables with blast sounds and was able to say her husband's name – her communication skills entered the next level. After 10 months of therapy, she began to tell more and more stories and talk to a speech therapist. More and more often she gave up pseudo-whisper, which clearly affected her communication efficiency. Up to 3 syllables could be uttered on one eructation.

Phrase lengthening training was based on exercises to relax the muscles of the neck and shoulder girdle. The emission itself was extended based on the oral vowels. At that time, the patient talked more and more intensely in a mixed pseudo-whisper and esophageal speech, presenting her possibilities to her friends and family members. In addition, she read aloud a lot at home on her own, circling difficult words that she later worked out with the therapist. Such an arrangement consisted of pronouncing a word broken down into syllables. Each word, pronounced in its entirety, was first presented in the form of esophageal speech by a speech therapist several times, and only then was pronounced by the patient. It should be noted here that each time the speech therapist informed her about the difficulties she might encounter with a given part of the word, what tension in the neck and abdomen should maintain, and what compensation techniques she could use (e.g. neck movement while pronouncing the word).

After 18 months of training, the patient was able to pronounce 8 syllables on one eructation, although the possibility of repeating such long phrases was still quite small. It was then that she began trying to communicate with her family using a landline and sometimes a mobile phone as well. Each time she waited for a speech therapist visit, she tried to say a few words into the intercom receiver as she opened the door. In addition to this type of action, the patient began to talk more and more at important family celebrations, through esophageal speech, not only pseudo-whisper.

After 20 months of therapy, the patient's speech is very efficient, the woman is able to talk continuously for 30 minutes and she does it loud and clear, without the need to repeat words.

Prosodic exercises and differentiating sounds in terms of voicing

The last stage in the work on improving esophageal speech is the introduction of exercises in the field of accent, intonation and differentiation of sounds in terms of voicing (Maniecka-Aleksandrowicz, 2002, pp. 234–235; Sokal, 2011). Training these skills is important mainly for the aesthetics of speech, and its elements are introduced casually at the earlier stages of therapy.

The differentiation of voicing exercises are carried out on the basis of the use of words that are paronyms. Then, words are introduced in which oppositional sounds appear close to each other in terms of voicing, e.g. /t/ and /d/. Another effective exercise is pronouncing consonant clusters that contain oppositional sounds. This type of training can be combined with improving your intonation and accent skills. Prosodic phenomena are also well trained on the basis of quoting, reading, reciting cabaret texts, songs, scenes from cult movies. Due to the fact that many texts of this type are still used in society, there is no need for additional memorization of various types of texts.

Summary

Obtaining significant effects in the rehabilitation of a person's voice after laryngeal removal is a tedious process, requiring enormous commitment not only from the patient, but also from the logopedist. It is the therapist, as a specialist and a person who is not in a life-threatening condition, such as cancer, must be the support for his/her client. Creating an atmosphere full of warmth and empathy, with openness to the needs of others, is one of the most important issues, apart from offering substantive knowledge and continuous improvement of competences in striving for mutual success with the patient.

Providing reliable information and explaining complex oncological issues with the support of a doctor is another important issue for the recovery of the patient after laryngeal removal. Additionally, however, it is also necessary to treat the patient in a unique and individual way, regardless of possible factors unfavorable to the therapy. Everyone has a chance for a new, different life after overcoming cancer. As therapists, we have no right to judge the causes of laryngeal cancer. On the other hand, we should offer our knowledge and experience to help the patient survive the traumatic period in his life and regain the ability to communicate as much as possible with the resources at his disposal.

References

- BARUNOW-WOJEWÓDZKI, A., MARSZAŁEK, S., RYCHLEWSKI, T. (2005). *Kompleksowa rehabilitacja chorych po całkowitym usunięciu krtani*. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego.
- BETLEJEWSKI, S., SINKIEWICZ, A. (2009). Opieka pielęgniarstwa po zabiegach chirurgicznych krtani. In: A. SINKIEWICZ (ed.), *Pacjent po operacji krtani* (pp. 121–131). Bydgoszcz: Bydgoskie Towarzystwo Laryngektomowanych.
- FABCZAK, M. (2017). *Jak mówić bez krtani? Logotomy w służbie laryngektomowanym*. Białystok: Prymat.
- GRETKOWSKI, A. (2017). Problemy psychoonkologiczne chorego na raka krtani – próba pomocy i wsparcia. In: E. JEŻEWSKA-KRASNODĘBSKA, B. SKAŁBANIA (eds.), *Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty. Konteksty teoretyczne i praktyka* (pp. 137–151). Kraków: Impuls.
- HAMERLIŃSKA-LATECKA, A. (2015a). *Onkologopedia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- HAMERLIŃSKA-LATECKA, A. (2015b). *Rehabilitacja logopedyczna osób po laryngektomii całkowitej. Materiały szkoleniowe*. Bydgoszcz: Centrum Terapii Dobra Mowa.
- JUCZYŃSKI, Z. (2000). Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. In: K. DE WALDEN-GAŁUSZKO (ed.), *Psychoonkologia* (pp. 23–44). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- KAMUDA-LENTAK, J. (2008). Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób laryngektomowanych. *Logopedia. Standardy Postępowania*, 37, 207–216.
- KOZŁOWSKA, M. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku osób laryngektomowanych. In: S. GRABIAS, T. WOŹNIAK, J. PANASIUK (eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki* (pp. 780–794). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- KÜBLER-ROSS, E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Pax.
- LIPIAK, E. (2005). Głos przetykowy. In: A. BARUNOW-WOJEWÓDZKI, S. MARSZAŁEK, T. RYCHLEWSKI, *Kompleksowa rehabilitacja chorych po całkowitym usunięciu krtani* (pp. 71–90). Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego.
- LIPIEC, D. (2008). Głos i mowa osób po laryngektomii. In: J. PORAYSKI-POMSTA (ed.), *Diagnoza i terapia w logopedii* (pp. 147–159). Warszawa: Elipsa.
- MACKIEWICZ-NARTOWICZ, H., MACKIEWICZ-MILEWSKA, M. (2009). Epidemiologia, etiologia i diagnostyka raka krtani. In: A. SINKIEWICZ (ed.), *Pacjent po operacji krtani* (pp. 11–17). Bydgoszcz: Bydgoskie Towarzystwo Laryngektomowanych.
- MAJSZYK, D., BRUZGIELEWICZ, A., OSUCH-WÓJCIKIEWICZ, E. (2014). Rak krtani – epidemiologia i etiologia. *Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny*, 3, 186–188.
- MANIECKA-ALEKSANDROWICZ, B. (2002). Głos i rehabilitacja głosu u chorych po leczeniu raka krtani i gardła dolnego. In: G. JANCZEWSKI, E. OSUCH-WÓJCIKIEWICZ (eds.), *Rak krtani i gardła dolnego* (pp. 229–239). Bielsko-Biała: Alfa-Medica Press.
- PRUSZEWICZ, A. (ed.). (1992). *Foniatria kliniczna*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- PRUSZEWICZ, A., OBRĘBOWSKI, A., KRAŚNY, J. (2012). Zasady rehabilitacji chorych po chirurgicznym leczeniu zmian nowotworowych krtani (całkowite i częściowe laryngektomie). In: A. OBRĘBOWSKI (ed.), *Wprowadzenie do neurologopedii* (pp. 381–388). Poznań: Termedia.
- SINKIEWICZ, A., MACKIEWICZ-NARTOWICZ, H. (2009). Zmiany funkcjonowania narządów po laryngektomii całkowitej. In: A. SINKIEWICZ (ed.), *Pacjent po operacji krtani* (pp. 51–62). Bydgoszcz:

Bydgoskie Towarzystwo Laryngektomowanych.

SOKAL, W. (2011). *Możliwości komunikacji werbalnej chorych po całkowitym usunięciu krtani*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego.

WALDEN-GAŁUSZKO, K. DE (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

ZATOŃSKI, W., ZATOŃSKI, T. (2002). Epidemiologia nowotworów złośliwych krtani. In: G. JAN-CZEWSKI, E. OSUCH-WÓJCIKIEWICZ (ed.), *Rak krtani i gardła dolnego* (pp. 15–29). Bielsko-Biała: Alfa-Medica Press.



MAGDALENA KOKOT

Filologiczne Studia Doktoranckie, Instytut Logopedii, Uniwersytet Gdański

<https://orcid.org/0000-0003-4227-9639>

Nauka mowy przełykowej po całkowitym usunięciu krtani Studium przypadku

Evoking esophageal speech after the completely removed of the larynx: case study

ABSTRACT: For many speech therapists, regardless of their work experience, undertaking therapy with a patient after complete removal of the larynx is a huge challenge that they often cannot cope with. This state of affairs is caused by the still small number of practical studies containing detailed guidelines for post-laryngectomy therapy. The article presents detailed recommendations on evoking esophageal voice along with an explanation of the causes of possible failures during the voice and speech rehabilitation process. Possible actions range from those that are possible a few days after laryngeal surgery to those for practicing the prosodic elements of speech.

KEYWORDS: laryngectomy, esophageal speech, esophageal speech exercises, psycho-oncology, oncology

STRESZCZENIE: Dla wielu logopedów, niezależnie od stażu pracy, podjęcie terapii z pacjentem po całkowitym usunięciu krtani stanowi ogromne wyzwanie, któremu nierzadko nie umieją sprostać. Taki stan rzeczy jest spowodowany wciąż niewielką liczbą praktycznych opracowań zawierających szczególnie wskazówki dotyczące terapii po laryngektomii. W artykule przedstawiono szczegółowe zalecenia dotyczące terapii mowy przełykowej wraz z objaśnieniem przyczyn możliwych niepowodzeń podczas procesu rehabilitacji głosu i mowy. Omówiono możliwe działania począwszy od kilku dób od operacji usunięcia krtani aż do momentu trenowania prozodycznych elementów mowy.

SŁOWA KLUCZOWE: laryngektomia, mowa przełykowa, ćwiczenia mowy przełykowej, psychoonkologia, onkologopedia

Naukę mowy przełykowej (zastępczej) podejmują osoby, które z powodu nowotworu złośliwego (sporadycznie uszkodzenia, np. w wyniku wypadku) zostały poddane zabiegowi laryngektomii, czyli usunięcia krtani. Laryngektomia całkowita (łac. *laryngectomia totalis*) polega na wyłuszczeniu krtani. Dokonuje się jej w przypadku złośliwego, obustronnego nowotworu obejmującego jamę nadgłośniową i podgłośniową. „Dolną część płata skórniego szyi zszywa się z tchawicą, dzięki czemu powstaje otwór, tj. tracheostom, przez który od tej pory pacjent będzie oddychał” (Lipiec, 2008, s. 150). Ponieważ wytwarzanie głosu po usunięciu krtani odbywa się w sposób nieanatomiczny, rehabilitacja prowadząca do

wykształcenia takiej umiejętności to proces wyjątkowo trudny. Mowa wytwarzana w zmienionych warunkach anatomicznych będzie mogła pełnić swą funkcję, jaką jest komunikacja, lecz aby mogła być ona wydolna i efektywna, osoba poddana laryngektomii musi przebyć długą drogę powrotu do zdrowia. W artykule przybliżono złożony, wieloaspektowy proces przywracania zdolności słownego porozumiewania się po jednym z okaleczających zabiegów ratujących życie.

Epidemiologia

Każdego roku w Polsce wykonuje się około 1,5 tysiąca zabiegów całkowitego usunięcia krtani (Zatoński, Zatoński, 2002, s. 15–29; Hamerlińska-Latecka, 2015b, s. 3). Wynika to między innymi z tego, że rak krtani znajduje się w pierwszej dziesiątce najczęściej diagnozowanych chorób nowotworowych (Zatoński, Zatoński, 2002, s. 15–29; Majczyk, Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz, 2014, s. 186; Hamerlińska-Latecka, 2015a, s. 20). Grupę, w której notuje się najwyższy poziom zachorowań na raka krtani, stanowią osoby między 50. a 70. rokiem życia. Około 93% zachorowań diagnozuje się u pacjentów na przełomie 50. i 60. roku życia. Przy czym nowotwory krtani stanowią 30% wszystkich nowotworów zdiagnozowanych u osób w wieku emerytalnym, tj. mających 65 lat i więcej (Zatoński, Zatoński, 2002, s. 15–29; Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, s. 9; Majczyk, Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz, 2014, s. 186; Hamerlińska-Latecka, 2015a, s. 23).

Faza pooperacyjna

Studium przypadku poświęcono kobiecie, która przeżyła zabieg usunięcia krtani w wieku 74 lat, na skutek nowotworu wywołanego przewlekłą chorobą refluksową. Została ona objęta terapią neurologopedyczną oraz psychologiczną już w pierwszych dniach po operacji. Pozostawała na oddziale przez około 2 tygodnie, co stanowi standardową procedurę leczniczą po zabiegu laryngektomii całkowitej (Betlejewski, Sinkiewicz, 2009, s. 128–129). W ciągu tego czasu odbyła 5 sesji terapii neurologopedycznej oraz 7 spotkań z psychologiem. Wiadomo, że zajęcia ze specjalistami z zakresu terapii mowy po usunięciu krtani oraz dobry kontakt z personelem medycznym sprzyjają procesowi zdrowienia. Współpraca z zespołem oddziału szpitalnego zapewnia choremu stały dostęp do informacji

dotyczących nowej sytuacji zdrowotnej, tj. stanu po usunięciu krtani. Rozmowa i uważność wykazywana przez personel medyczny oddziału dają osobie po laryngektomii poczucie bezpieczeństwa, podobnie jak ciągle monitorowanie jej stanu zdrowia, udzielanie wsparcia zarówno psychologicznego, jak i edukacyjnego (nauka funkcjonowania bez krtani na podstawie czynności dnia codziennego w ramach oddziału szpitalnego) (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, s. 34; Gretkowski, 2017, s. 137–151).

Z danych zebranych podczas wywiadu ustalono, że pacjentka nie paliła papierosów ani nie spożywała wysokoprocentowego alkoholu, nie wykonywała też żadnego z zawodów grupy ryzyka. Niestety, mimo prowadzenia zdrowego, aktywnego trybu życia została pacjentką onkologiczną, w następstwie przewlekłej choroby refluksowej żołądka, na którą leczyła się od przeszło 43 lat. Warto tu nadmienić, że pacjentka pozostawała pod stałą kontrolą i obserwacją nie tylko gastrologa, ale i laryngologa. W wywiadzie zaznaczyła, że odkąd pamięta, zawsze miała bardzo niski, chrapliwy, prawie męski głos, o który bardzo dbała z powodu podrażniania krtani przez refluks. Z relacji pacjentki oraz jej rodziny wynika, że zawsze skrupulatnie stosowała się do zaleceń lekarza, zdrowo się odżywiała i przestrzegała diety, która nie wzmagала choroby refluksowej. Pomimo to pod koniec 2016 roku zaobserwowała u siebie pierwsze niepokojące objawy, na podstawie których kilka tygodni później został zdiagnozowany złośliwy nowotwór krtani.

Jak pokazują badania naukowe, przypadek pacjentki należy do nielicznych, gdyż jedynie w małej grupie pacjentów zaobserwowano, że bezpośrednią przyczyną wystąpienia raka krtani była choroba refluksowa żołądka, nie zaś spożywanie alkoholu i palenie tytoniu (Mackiewicz-Nartowicz, Mackiewicz-Milewska, 2009, s. 11–17; Majszyk, Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz, 2014, s. 188; Hamerlińska-Latecka, 2015a, s. 30). Ponadto stosunkowo niewielki odsetek wśród wszystkich pacjentów po usunięciu krtani stanowią kobiety (Mackiewicz-Nartowicz, Mackiewicz-Milewska, 2009, s. 11–17; Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny, 2012, s. 381; Majszyk, Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz, 2014, s. 168).

Mając na uwadze jednocześnie występowanie wspomnianych dwóch szczególnych czynników oraz nietypowość wskazanego przypadku, zdecydowano o poświęceniu mu wyczerpującego studium.

Czynniki sprzyjające prowadzeniu nauki mowy zastępczej

Jednym z pierwszych zadań, które musi podjąć neurologopeda w pracy z pacjentem po laryngektomii całkowitej, jest dokonanie diagnozy (Kozłowska, 2015, s. 784–785). Powinien ją przeprowadzić, jeszcze zanim pacjent zostanie pod-

dany zabiegowi usunięcia krtani (Kozłowska, 2015, s. 784), jednak doświadczenia własne pokazują, że z różnych przyczyn bywa to czasem niemożliwe. Sama diagnoza polega na wieloczynnikowej ocenie pacjenta pod kątem rokowań. Dzięki takiej diagnozie możliwe jest dobranie odpowiednich form i metod postępowania z chorym po operacji. Do najważniejszych czynników pozwalających na dokonanie predykcji tego, czy osoba po usunięciu krtani podejmie w sposób skuteczny naukę mowy przełykowej, należą: stan funkcji poznawczych, uzależnienie od alkoholu, psychologiczne uwarunkowania przeżywania choroby nowotworowej, poziom i rodzaj wsparcia rodzinnego, sprawność artykulatorów, stan zdrowia (w tym słuch i stan uzębienia) oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich i pielęgniarzkich po operacji (Gretkowski, 2017, s. 137–151). Antoni Pruszewicz do czynników tych zalicza jeszcze: wiek, płeć, kliniczny stopień zaawansowania nowotworowego, lokalizację guza, rozległość zabiegu, zaleganie drenu żywieniowego, powikłania w postaci powstawania przetok, morfologię przełyku i poziom zwarcia ust przełyku, stan po radioterapii, dostępność specjalistycznej terapii logopedycznej, status materialny i społeczny chorego (Pruszewicz, 1992, s. 191–192).

W omawianym przypadku pacjentka od początku rokowała dobrze pomimo swego wieku. Pruszewicz zauważa, że wiek powyżej 70 lat stanowi istotny statystycznie czynnik utrudniający naukę mowy przełykowej (Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny, 2012, s. 384–385). Pacjentka przed operacją była jednak osobą aktywną. Uczęszczała na różnego rodzaju zajęcia, spotkania, w tym wykłady uniwersytetu trzeciego wieku. Dobrze zorientowana w swojej sytuacji rozumiała, jakie konsekwencje niesie zabieg usunięcia krtani. Mimo wieku była osobą bardzo dobrze funkcjonującą poznawczo, co w znaczącym stopniu ułatwiło jej przyswojenie informacji dotyczących specyfiki samego zabiegu, jego konsekwencji dla zdrowia oraz dla przyszłej komunikacji z otoczeniem. Aktywnie uczestniczyła w rozmowach edukacyjnych i zadawała wiele wartościowych pytań, jednocześnie wykazując się poczuciem humoru.

Chora adekwatnie przeżywała żalobę po stracie krtani i pozwoliła sobie na przeżywanie emocji z tym związanych. Chętnie korzystała ze wsparcia udzielanego jej tuż po operacji na oddziale przez psychologa. Warto nadmienić, że pacjentka podczas pobytu w szpitalu otrzymała ogromne wsparcie ze strony męża i całej rodziny. Wyrazem okazanej troski i zainteresowania była m.in. aktywna postawa męża chorej, który chętnie asystował w zajęciach z zakresu nauki mowy zastępczej.

Innym ważnym czynnikiem, który pozytywnie wpłynął na sam proces zdrowienia chorej, był ogólny, dość dobry stan zdrowia, np. brak problemów z nadciśnieniem lub cukrzycą. Dodatkowo była aktywnie zaangażowana w cały proces opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej i postępowała zgodnie z zaleceniami (por. Betlejewski, Sinkiewicz, 2009, s. 128–129; Walden-Gałużsko, 2011, s. 71–74; Gretkowski, 2017, s. 137–151). Pacjentka dbała o higienę jamy ustnej i rurki tracheotomijnej, zgodnie z zaleceniami przez pierwsze 7 dni po operacji starała się wypluwać ślinę

wraz z wydzieliną (Sinkiewicz, Mackiewicz-Nartowicz, 2009, s. 58). Jak zaobserwowano, postępowanie to w znaczącym stopniu przyspieszało zdrowienie chorej.

Kolejnym ważnym zachowaniem prozdrowotnym w okresie pooperacyjnym jest dbałość w higienę dłoni. Pacjentka każdorazowo przed zbieraniem wydzieliny z rurki lub wydmuchiowaniem jej starała się używać czystej chusteczki bądź ligniny i dbać o czystość dłoni. Takie postępowanie ma szczególne znaczenie, gdyż tą drogą najłatwiej dokonuje się transfer zanieczyszczeń, w tym bakterii i wirusów. Niestety, znaczna część chorych po usunięciu krtani nie stosuje się do tych zaleceń. Jak wiadomo, pacjenci oddychający przez otwór tracheotomijny są dużo bardziej narażeni na infekcje i choroby dróg oddechowych, ponieważ pominięty w tym sposobie oddychania jest nos, pełniący funkcję oczyszczającą i nawilżającą (Sinkiewicz, Mackiewicz-Nartowicz, 2009, s. 56–57; Hamerlińska-Latecka, 2015a, s. 113).

Kolejnym czynnikiem, który także bardzo korzystnie wpływa na rokowania, jest brak uzależnienia od alkoholu. Chorzy, którzy są uzależnieni od różnego rodzaju substancji psychoaktywnych, w pierwszej kolejności skupiają się bowiem na złagodzeniu objawów odstawiennych, a nie na samej terapii mowy (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, s. 33; Walden-Gałaszko, 2011, s. 71–74). Zauważa się też u nich znacznie niższą odporność na ból i dyskomfort związany z opuchliwą występującą na skutek wycięcia krtani, a niekiedy i tkanek otaczających (Walden-Gałaszko, 2011, s. 71–72; Gretkowski, 2017, s. 137–151). W prezentowanym przypadku pacjentka zawsze prowadziła zdrowy tryb życia i nie była osobą uzależnioną. Chętnie wykonywała zalecone jej ćwiczenia artykulacyjne i oddechowe, mimo odczuwalnego dyskomfortu. Chora była bowiem świadoma, że opuchlizna i dolegliwości bólowe stanowią jeden z elementów w procesie zdrowienia. Zgodnie z zaleceniami lekarza oraz neurologopedy wykonywała polecane jej ćwiczenia w krótkich seriach i tylko do momentu, kiedy ogólny dyskomfort nie zwiększył się znacząco.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że z punktu widzenia medycznego pacjent może rozpocząć ćwiczenia wstępne z logopedą już w kilka dni po operacji usunięcia krtani. Zależy to głównie od stanu opuchlizny, odczuwanego bólu oraz wysokości samego opatrunku i liczby drenów pooperacyjnych. O ile jednak medyczne czy techniczne uwarunkowania uniemożliwiają ćwiczenia z logopedą podlegają obiektywnej ocenie, o tyle ocena dyskomfortu i poziomu bólu należy do samego pacjenta. Oznacza to, że istnieje grupa pacjentów, którzy nie podejmują prób terapii we wczesnym okresie po zabiegu usunięcia krtani, gdyż zgłaszają subiektywnie odczuwany zbyt duży dyskomfort i to pomimo zastosowania silnych środków usmierzających dolegliwości bólowe. Są też pacjenci, mniej liczni, którzy mimo bólu podejmują próby wykonania chociaż jednego w miarę łatwego ćwiczenia. Różnice w zaangażowaniu i pokonywaniu dyskomfortu podczas ćwiczeń są prawdopodobnie związane z postawą wobec choroby nowotworowej. Osoby, u których

dominuje postawa walki, chętniej ćwiczą, co rokuje szybszy powrót do zdrowia i większą przeżywalność w dłuższej perspektywie czasu, w porównaniu z osobami biernymi i pogodzonymi z losem (Kugler-Ross, 1979; Juczyński, 2000, s. 31). Inni badacze wskazują, że jeden z determinantów tego, czy i w jaki sposób pacjent ćwiczy, stanowi siła woli (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, s. 72).

Ćwiczenia wstępne w nauce mowy przełykowej

W literaturze przedmiotu odnaleźć można przeróżne wskazania dotyczące odpowiedniego momentu rozpoczęcia ćwiczeń mowy przełykowej. Jedni autorzy wskazują, że terapię logopedyczną można rozpocząć jeszcze w warunkach pooperacyjnych, na oddziale, w kilka dni po zabiegu (Fabczak, 2017, s. 18) lub po usunięciu drenu odżywczego (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, s. 66; Sokal, 2011). Inni uważają, że jest to możliwe dopiero po zakończeniu pełnego leczenia, czyli wygojeniu się rany pooperacyjnej oraz przebyciu radioterapii lub chemioterapii (Kamuda-Lentak, 2008, s. 211–212). Różnice w zalecanym czasie rozpoczęcia treningu logopedycznego wynikają przede wszystkim ze sposobu rozumienia tego, jakim działaniom ze strony logopedy zostanie poddana osoba po usunięciu krtani.

Ćwiczenia nauki mowy przełykowej czy szerzej mowy zastępczej składają się z wielu etapów, przez które po kolei neurologopeda przeprowadzi osobę po laryngektomii. W zależności od momentu procesu zdrowienia, w jakim znajduje się pacjent, można wyróżnić kilka rodzajów mowy zastępczej. Osoba laryngektomowana powinna stopniowo przejść każdy z etapów obejmujących kolejne z tych form komunikacji.

Jako pierwszy jest stosowany pseudoszept ustny, co następuje nawet już w kilkanaście godzin po operacji. Polega on na wytwarzaniu słabo słyszalnego szepotu. Dźwięk powstaje tu dzięki powietrzu zgromadzonemu w ustach i zwarciu, tarcia o siebie narządów artykulacyjnych.

Po usunięciu drenu odżywczego przestrzeń zdolna pomieścić powietrze poszerza się o gardło górne (Pruszewicz, 1992, s. 196). Mamy wtedy do czynienia z szepem ustno-gardłowym. Opanowuje go w formie wydolnej od 5% do 14% pacjentów.

Kolejnym etapem w porozumiewaniu się może być mowa gardłowa. Pseudogłosnia znajduje się tutaj w gardle środkowym, między tylną ścianą gardła a nasadą języka. Zastępczy zbiornik powietrza znajduje się w gardle dolnym. Ten rodzaj porozumiewania się opanowuje około 10% pacjentów. Taki głos jest skrzeczący, wyższy niż przełykowy, produkowany z wysiłkiem i nieekonomiczny (Pruszewicz, 1992, s. 193).

Najbardziej wydolną formą ustnego porozumiewania się u osób po laryngektomii całkowitej jest mowa przełykowa. Funkcję pseudogłosni, która jest generatorem dźwięku, pełnią „usta przełyku”, tj. mięsień pierścienno-gardłowy. Zastępczy zbiornik powietrza jest zaś zlokalizowany w przełyku (Pruszewicz, 1992, s. 188). Warto tu zauważyć, że zbiornik ten w miarę ćwiczeń powiększa się, zmieniając nieco anatomiczny wygląd przełyku. Głos przełykowy jest niski, chrapliwy, pełen szmerów, a jego zrozumiałość wynosi od 34% do 80% (Pruszewicz, 1992, s. 188). Niestety, zdarza się, że z różnych względów anatomicznych, funkcjonalnych, psychicznych, motywacyjnych chory nie osiąga tej najwyższej z form komunikacji po usunięciu krtani.

Nauka mowy przełykowej nie może się zacząć wyłącznie od treningu aspiracji powietrza do przełyku, musi zostać poprzedzona ćwiczeniami wstępnymi. Z tego też powodu, jeżeli rozpatrywać naukę mowy przełykowej szerzej, czyli właśnie od momentu ćwiczeń wstępnych, czas, w którym będzie możliwe podjęcie pierwszych działań ze strony neurologopedy, znacząco się skróci.

Mając na uwadze sposób tworzenia głosu, zlokalizowanie generatorów dźwięku i zbiorników powietrza można zaobserwować, że każda z zaprezentowanych form porozumiewania się jest coraz trudniejsza. Z tego też powodu nie jest możliwe rozpoczęcie nauki mowy zastępczej bez przejścia po kolei przez różnego rodzaju ćwiczenia o wzrastającym stopniu trudności.

W fazie wstępnej, niezależnie od tego, czy rozpoczyna się ona jeszcze na oddziale szpitalnym, w poradni, w czasie turnusu czy terapii po wieloletnim odroczeniu, należy przede wszystkim skupić się na sposobie oddychania pacjenta. W wyniku usunięcia krtani i wytworzenia otworu tracheotomijnego, z powodu zmiany napięcia mięśniowego oraz braku możliwości wytworzenia podciśnienia ze strony krtani, chorzy wypełniają płuca powietrzem w znacznie mniejszym stopniu. Szacuje się, że zdolność do całkowitego zapełnienia płuc powietrzem zmniejsza się aż o 30%. Z tego też powodu konieczne jest wprowadzenie ćwiczeń oddechowych, ukazujących prawidłowe metody oddychania. Zwraca się tu przede wszystkim uwagę na oddychanie torem przeponowo-żebrowym lub przeponowo-brzusznym (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, s. 52–53; Sokał, 2011; Fabczak, 2017, s. 19–21). Tradycyjny trening oddechowy prowadzony przez logopedę pozwala wytworzyć nowe, lepsze metody aspirowania powietrza do płuc i jednocześnie zmniejszyć poczucie duszności. Dodatkowo ćwiczenia tego typu rozpoczynają żmudny trening służący jak najlepszemu panowaniu nad mięśniami brzucha, bo to ich wykorzystanie przez pacjenta po usunięciu krtani będzie niezwykle istotne w procesie mówienia, a także w czynnościach fizjologicznych.

W omawianym przypadku pacjentka miała duże trudności w opanowaniu prawidłowego, spokojnego sposobu oddychania. Najtrudniejsze okazały się wzmocnienie mięśni brzucha i swoista desynchronizacja mówienia i oddychania. Wzmocnienie mięśni brzucha pozwoliło na lepsze panowanie nad przeponą oraz

stosowanie mocniejszego podparcia oddechowego. Dobre podparcie oddechowe umożliwia pacjentowi lepszą kontrolę szmeru, który jest generowany przez rurkę tracheostomijną podczas oddychania. Desynchronizację mówienia i oddychania rozumie się w niniejszym artykule jako wytworzenie nowych nawyków komunikacyjnych. Jest to konieczne, gdyż metoda mówienia sprzed usunięcia krtani, polegająca, ogólnie rzecz biorąc, na tym, że im więcej powietrza osoba nabierze w płuca, tym głośniejszy dźwięk będzie mogła wytworzyć – w sytuacji braku krtani nie jest skuteczna. Głównym problemem osób po usunięciu krtani nie jest mechaniczny brak mówienia, tj. niemożliwość poruszania artykulatorami, lecz zbyt niska głośność mowy. W konsekwencji więc znaczna część pacjentów, w tym też opisywana chora, chcąc wypowiedzieć coś głośniej, wyraźnie nabiera więcej powietrza, zazwyczaj górną, szczytową częśćią płuc. Efektem takiego działania, zamiast zwiększonej słyszalności tego, co chora wymawiała, było zupełne zagłuszenie wymawianych głosek przez szum z otworu tracheostomijnego.

Desynchronizacja mówienia i procesu oddechowego (Fabczak, 2017, s. 21) jest procesem żmudnym i uwarunkowanym indywidualnymi możliwościami. Niektórzy pacjenci zupełnie nie mają trudności z dokonaniem takiej separacji. Innym, tak jak w omawianym przypadku, zajmuje to kilkanaście miesięcy. Jednym ze sposobów dokonania separacji dźwięków wydawanych za pomocą narządów artykulacyjnych i oddychania jest zastosowanie ćwiczeń z wytwarzaniem dźwięków, które nie występują w mowie, jak mlaskanie, ciamkanie, pykanie ustami. Dopiero stopniowo, gdy możliwe jest już wydłużanie dźwięków nie związanych z mową oraz spokojne, ciche dobieranie powietrza, można przejść do wymawiania niektórych głosek. Dobór głosek powinien być w tym wypadku bezpośrednio związany z dźwiękiem nie występującym w mowie, w odniesieniu do miejsca i sposobu wytwarzania, np. od mlaskania czy pykania ustami dość łatwo można przejść do wymawiania głoski /p/. W prezentowanym przypadku cała procedura nabycia umiejętności wyciszania oddechu i słyszalnego wytwarzania głosek pseudoszeptem zajęła około 6 miesięcy, a dobrą wydolność w tym zakresie pacjentka osiągnęła po kilkunastu miesiącach.

Ćwiczenia wprowadzające głoski podstawowe w nauce mowy przełykowej

Do fazy wstępnej w treningu mowy zastępczej oprócz ćwiczeń oddechowych zalicza się trening odkształcania płwociny, ćwiczenia redukujące szmer, ćwiczenia desynchronizacyjne, a także ćwiczenia artykulacyjne oraz wprowadzania głosek podstawowych (Lipiak, 2005, s. 71; Kamuda-Lentak, 2008, s. 211–212;

Sokal, 2011; Fabczak, 2017, s. 18). O wyborze między treningiem artykulacyjnym a ćwiczeniami wyprowadzania głosek podstawowych decyduje przede wszystkim czas, jaki może zostać przeznaczony na terapię. W przypadku pacjenta znajdującego się na oddziale szpitalnym, który prawdopodobnie nieprędko podejmie jakąkolwiek terapię logopedyczną, najważniejszy cel stanowi umożliwienie mu zdobycia minimum kompetencji do słownego komunikowania się z najbliższym otoczeniem. Oznacza to, że logopeda zmuszony jest skupić się nie na idealnej artykulacji, ale na wykorzystaniu sprawności narządów artykulacyjnych, jaką posiada osoba, której dopiero co usunięto krtań. W konsekwencji może się więc zdarzyć, że z powodu np. braku pełnego uzębienia czy opuchlizny wymawianie poszczególnych głosek przez rekonwalescenta będzie odbiegało od norm języka polskiego. W przypadku ograniczonego dostępu do nauki mowy zastępczej przez pacjentów po opuszczeniu szpitala liczy się jednak nie tyle idealna jakość, ile wydolność w porozumiewaniu się słownym. Oczywiście, jeżeli pacjent po laryngektomii zgłasza się na terapię długoterminową, należy zastosować rozległy trening usprawniający mięśnie artykulacyjne i mimiczne. Nie tylko będzie on pomocny w zwiększeniu wyrazistości mowy, ale też może korzystnie wpłynąć na obniżenie ciśnienia panującego w przełyku (Barunow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005, s. 68; Lipiak, 2005, s. 73).

Do głosek podstawowych, które są wprowadzane w nauce mowy jeszcze w fazie pooperacyjnej, należą /p/, /t/, /cz/, /k/ (Sokal, 2011; Fabczak, 2017, s. 18). W opisywanym przypadku pacjentka nie miała większych trudności w wymawianiu owych głosek czy to w izolacji, czy w połączeniu z samogłoskami. Niestety, głoski były zagłuszone przez szum z tracheostomu i słuchacz musiał włożyć wiele wysiłku, aby usłyszeć dźwięki mowy. Na szczęście, dzięki dbałości pacjentki o wyrazistość artykulacyjną, mowę bardzo dobrze udawało się otoczeniu odczytywać z ruchu ust. W odczytywaniu mowy z ust niezmiernie ważne jest to, aby pacjent odpowiednio, wyraziście układał usta. Każdej z samogłosek ustnych odpowiada bowiem niepowtarzalny i charakterystyczny kształt warg. Od otwartego /a/, okrągłego /o/, szerokiego /e/, wąskiego dzióbka w /u/ czy spłaszczonego i skierowanego do tyłu /y/ oraz /i/. Różnica w układzie ust podczas wymawiania tych samogłosek jest na tyle duża, że w połączeniu z jedną z głosek podstawowych: /p/, /t/, /cz/, /k/ znacząco zmienia się też dźwięk całej sylaby. W konsekwencji więc słyszalna jest różnica pomiędzy sylabami: /ta/ – /tu/, /po/ – /pe/ itp. Różnice te pozwalają na rozróżnienie, jaka sylaba z głoską np. /p/ jest wymawiana, a także ukazują pacjentowi, że samogłoski ustne w jakimś stopniu pozostały w jego mowie.

Po usunięciu krtani jedną z pierwszych rzeczy, którą zauważają pacjenci, w tym też przedstawiana tu chora, jest to, że nie mogą wymówić głoski /a/. Zasmuceni pokazują z przejęciem, że poza ruchem ust nic innego się nie dzieje. Część z nich uważa więc, że wypowiedzenie jakiegokolwiek słowa nie ma sensu, ponieważ i tak poza ruchem ust nic się nie zdarzy. Z tego też powodu już na

pierwszym spotkaniu pacjentka została poproszona o spróbowanie policzenia do dziesięciu. Procedura ta pozwala ustalić sprawność narządów artykulacyjnych oraz zdolności pacjenta do wytworzenia pseudoszeptu. Jest to nierzadko moment pokazania choremu, że mimo wycięcia krtani jest w stanie wydobywać z siebie jakiś dźwięk. Nie inaczej było w omawianym przypadku. Chora była zdumiona, że z szumu oddechowego wydobywa się ledwie słyszalny pseudoszept. Ze łzami w oczach automatycznie odliczała kolejne liczby.

Po tej inicjalnej fazie przechodzi się w terapii do właściwego wprowadzania głosek podstawowych. Jest to też dobry moment, aby zwrócić uwagę na kilka najważniejszych kwestii znacznie ułatwiających komunikację już na poziomie pseudoszeptu. Po pierwsze informuje się pacjenta po raz kolejny o konieczności desynchronizacji mówienia i oddychania. Po drugie zaznacza się, że od tej pory mowa w głównej mierze będzie się opierać właśnie na 4 głoskach podstawowych: /p/, /t/, /cz/, /k/ i że to właśnie one będą znacząco dodawać dźwięku do danej wypowiedzi. Po trzecie uczyła się pacjenta na to, że wyraźna artykulacja, oparta na przerysowanej i teatralnej wręcz pracy artykulatorów i mimiki, będzie pomagać w porozumiewaniu się. Prosi się także chorych po laryngektomii o znaczne spowolnienie tempa mowy i budowanie zdań z jasnym i zauważalnym początkiem i końcem, gdyż łatwiej niekiedy zrozumieć zdanie, uwzględnwszy kontekst, niż pojedyncze słowo. Ostatnią ważną regułą, która będzie ułatwiać komunikację, jest wyraźne informowanie, że dane słowo pacjent ma zamiar powtórzyć. Powtarzanie pojedynczych głosek, sylab czy skandowany styl mówienia bardzo utrudnia zrozumienie wypowiedzi.

Ćwiczenia wymawiania głosek podstawowych na podstawie materiału wyrazowego

Przechodzenie od jednego etapu terapii mowy zastępczej do kolejnego jest w głównej mierze zależne od możliwości konkretnej osoby po laryngektomii. Pacjentka niejednokrotnie zwracała uwagę, że w przewyżnianiu trudności w terapii pomagało jej zainteresowanie i mobilizowanie ze strony neurologopedy czy psychologa. Podczas pobytu w szpitalu chora miała duże trudności z porozumiewaniem się tylko w sposób głosowy, gdy rozmówca nie miał możliwości obserwacji jej ust. Zdarzało się, że ze zniechęceniem podchodziła do pewnych ćwiczeń, które wydawały się jej za trudne. Często okazywało się jednak, że pomimo trudności w wypowiedzaniu danej głoski czy sylaby, spowodowanych zagłuszeniem jej szmerem z tracheostomii, to właśnie wyrazy czy całe zwroty okazywały się bardziej zrozumiałe.

W doborze wyrazów i zwrotów wykorzystywanych w ćwiczeniach kierowano się ich frekwencyjnością, a przede wszystkim tym, aby zawierały jak najwięcej głosek podstawowych w każdej części wyrazu, tj. nagłosie, śródgłosie i wygłosie. Wyrazy takie są znacznie łatwiejsze do wymówienia (np. „kaczka” – łatwiejszy niż „lalka”). Skuteczną metodą w doborze materiału do ćwiczeń jest też wypowiedzianie przez logopedę danego wyrazu na bezdechu szeptem i ocenianie jego zrozumiałości przez osobę postronną.

Faza po usunięciu drenu odżywczego

Pacjent, który prawidłowo przebył rekonwalescencję po operacji usunięcia krtani, opuszcza oddział szpitalny po 10–14 dniach. Podobnie było w prezentowanym przypadku. Wspomniany okres zaczyna się już w zasadzie po usunięciu drenu żywieniowego, jeżeli pierwsza próba pojenia, a następnie karmienia się powiodą. Procedura ta polega na ustaleniu, czy rana prawidłowo się zagoiła i czy w procesie leczniczym nie doszło do powikłania w postaci wytworzenia się przetoki, tj. otworu, przecieku pomiędzy przełykiem a tkankami szyi czy dróg oddechowych.

W omawianym przypadku usunięcie drenu odżywczego z nosa zakończyło się sukcesem. Kobieta bardzo czekała na ten moment, gdyż zgłaszała, że dren za bardzo podrażniał jej przełyk w okolicach gardła, co utrudniało jej wypowiedzianie głoski /k/. W istocie brak drenu korzystnie wpłynął na siłę i wyrazistość tej głoski. Dodatkowo pacjentka mogła już swobodnie połykać ślinę, co także wpłynęło korzystnie na przebieg terapii. Ciągłe wypluwanie śliny czy płucie do nerki, a także ocieranie ust stanowią duży dyskomfort dla pacjentów i niektórych logopedów.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że neurologopeda w pracy z chorym po usunięciu krtani powinien okazać mu życzliwość i zrozumienie także swoją postawą wobec wszelkich działań higienicznych. Osoby po usunięciu krtani, które dopiero uczą się, jak żyć w nowej sytuacji, potrzebują akceptacji, która przejawia się w zapewnieniu ich o możliwości dokonywania wykrztuszeń wydzieliny, wypluwania wydzieliny i śliny, ocieraniu ust i rurki tracheostomijnej, a nawet wyjmowania rurki (jeśli to konieczne) i jej przemywania. Stworzenie przestrzeni na takie działania w trakcie treningu i pomiędzy sesjami jest bardzo ważne. Chodzi bowiem o reakcje fizjologiczne, niekiedy będące efektem samych ćwiczeń, i trudno oczekiwać, aby osoba po laryngektomii mogła komfortowo ćwiczyć z pełnymi ustami i zalegającą w tchawicy wydzieliną.

Zwiększenie komfortu uczestnictwa w ćwiczeniach i wizja szybkiego powrotu do domu pozytywnie wpłynęły na chorą. Pacjentka początkowo, jeszcze na etapie ćwiczeń wstępnych deklарowała, że minie trochę czasu, nim zdecyduje

się na podjęcie prób połykania powietrza i posługiwania się mową przełykową. Dobre samopoczucie sprawiło jednak, że decydowała się podejmować próby aspiracji powietrza do przełyku jeszcze w warunkach szpitalnych (które niestety były dość mało komfortowe dla tego typu ćwiczeń, ponieważ kobieta przebywała w sali wieloosobowej).

Ćwiczenia aspiracji powietrza do przełyku

Tego typu ćwiczenia polegają na wprowadzeniu jedną z wielu metod powietrza do przełyku, a następnie jego dźwięcznym odbiciu. Zadaniem pacjenta jest aspirowanie (połknięcie) powietrza do przełyku, utrzymanie go w przełyku (nim przemieści się zbyt nisko w kierunku żołądka), a następnie wydobyć go z przełyku w sposób dźwięczny z jednoczesnym modelowaniem jego brzmienia za pomocą określonej artykulacji.

Metod doprowadzania powietrza do przełyku jest kilka. Od sposobów iniekcyjnych (wstrzykiwania powietrza), po połykanie go wraz ze śliną, picie wody gazowanej, szybkie ruchy przypominające te wykonywane przez zwierzęta podczas chleptania wody, aż po specjalne ustawianie szyi i dokonywanie wizualizacji (Lipiak, 2005, s. 71–73). Wydobyć zaś powietrza z przełyku odbywa się za pomocą wytworzenia podciśnienia w jamie ustnej podczas wymawiania głosek /p/, /t/, /z/, /k/ w połączeniu z rozluźnianiem zwieracza górnego gardła i rytmiczną pracą przeponą, pobudzającą przełyk i żołądek. Czasami stosowane są nawet skłony lub oczekuje się na samoistne wydobyć się powietrza z przełyku.

Pacjentka z zaangażowaniem podjęła próby połykania powietrza. Najlepszą dla niej metodą okazało się głośne przełykanie niegazowanej wody. W trakcie głośnego przełykania niewielkiej ilości wody pobierane jest do przełyku powietrze. Z tą czynnością chora nie miała większych trudności, aczkolwiek tzw. pyknięcie w gardle, oznaczające aspirację powietrza, było dość ciche. Widoczny był wysiłek podczas wykonywania tego ćwiczenia, nasilało też ono szmer z rurki tracheostomijnej i wpływało na wytwarzanie się większej ilości wydzieliny. Jak później stwierdzono, przyczyną takiego stanu była rurka tracheostomijna, która zmniejszała elastyczność szyi, co oddziaływało też na przełyk. Jednak pierwsze próby wyjmowania rurki pacjentka podjęła dopiero rok po operacji usunięcia krtani, gdy rana się już dobrze zagoiła i nie było ryzyka, że otwór będzie się zapadał czy zasklepał. W czasie pobytu w szpitalu jest zbyt wcześnie, aby próbować oceniać, jaki rezultat przyniesie usunięcie rurki.

Pacjentka podczas pobytu na oddziale otorynolaryngologicznym miała duże trudności z wydobywaniem połkniętego powietrza w sposób zarówno intencjo-

nalny, jak i samoistny. Zaledwie kilkakrotnie w ciągu całego pobytu na oddziale chorej udało się dokonać odbicia samoistnego lub intencjonalnego. Należy zauważyć, że wydobyć intencjonalne było okupione bardzo dużym wysiłkiem i stosunkowo mało wydajnym odbiciem. Głośne, intencjonalne, wydajne odbicie udało się chorej wytworzyć dopiero w rok po operacji, po półrocznej terapii logopedycznej w warunkach domowych. W tym przypadku okazało się, że usunięcie rurki znacznie ułatwiło ten proces.

Gdy uda się wywołać kontrolowane, dźwięczne odbicie o stosunkowo dobrej powtarzalności, można przystąpić do łączenia go z wymową głosek. W literaturze przedmiotu proponuje się dwa sposoby łączenia odbicia z głoskami. Pierwszy z nich polega na równoczesnym wymawianiu głosek podstawowych: /p/, /t/, /cz/, /k/ wraz z odbiciem. Druga metoda zakłada łączenie odbicia z wymawianiem samogłosek ustnych: /a/, /o/, /e/, /u/, /i/, /y/. W przypadku chorej zastosowano formę mieszaną. Najlepsze efekty w wywoływaniu dźwięcznego odbicia przyniosło łączenie głoski /k/ z ziewnięciem. Takie połączenie, początkowo sztuczne, zamieniło się wraz z treningiem w dźwięczną sylabę „ka”. Zaobserwowano, że wymawianie tej sylaby dość efektywnie nie tylko pozwala wydobyć bąbelek powietrza z przełyku, ale też umożliwia tłoczenie powietrza do przełyku. Dzięki wytrenowaniu tej metody pacjentka uzyskała bardzo wysoką powtarzalność odbić, przy stosunkowo dużej płynności (tzn. przerwy pomiędzy połknięciem a odbiciem były małe).

Następnym etapem było wprowadzanie wymawiania pojedynczych samogłosek wraz z odbiciem (Maniecka-Aleksandrowicz, 2002, s. 234–235; Sokal, 2011). Trzeba tu od razu zaznaczyć, że trening tego typu nie trwał nigdy dłużej niż 30 minut. Tworzenie dźwięcznego odbicia seryjnie jest bardzo nienaturalne i początkowo wiąże się z naprawdę ogromnym wysiłkiem. Ponadto trening odbicia był tylko jedną ze składowych każdej sesji. Pacjentka rozpoczynała ćwiczenia od treningu oddechu i rozdzielania go od pseudoszeptu. Następnie skupiano się na wyrazistości artykulacyjnej rozszerzanych stopniowo głosek podstawowych i głosek trzech szeregów.

Ćwiczenia usprawniające mechanizm mowy zastępczej

Usprawnianie mechanizmu mowy zastępczej, przełykowej, polega przede wszystkim na wytworzeniu u pacjenta nawyku połykania powietrza przed wypowiedzeniem każdej zaplanowanej sylaby. Początkowo bowiem bańka powietrza jest jeszcze na tyle mała, że laryngektomowany nie jest w stanie wymówić za jej pomocą dłuższej frazy (Maniecka-Aleksandrowicz, 2002, s. 234–235). Automatyzacja odbijania i stopniowe rezygnowanie z pseudoszeptu to klucz do sukcesu.

Aby jednak osoba po usunięciu krtani mogła osiągnąć dobre wyniki w komunikowaniu się z otoczeniem, konieczne jest zapewnienie jej przyjaznej i bezpiecznej przestrzeni do tego typu działań oraz objęcie pomocą psychologiczną.

Pacjentka od początku otrzymała wiele wsparcia ze strony rodziny, a w szczególności męża, który dodawał żonie otuchy i zachęcał ją do mówienia. Celowo nie chciał odczytywać jej zapisków z kartki i był bardzo cierpliwy, gdy nieraz kilkukrotnie musiała powtarzać dany wyraz, aby mogli się zrozumieć. Gdy kobieta w końcu zaczęła wypowiadać pojedyncze sylaby na odbiciu, jej mąż z entuzjazmem reagował na każdą udaną próbę. Chora nieraz opowiadała, jak podczas jej indywidualnych ćwiczeń pomiędzy spotkaniami z logopedą mąż nagle wpadał do pokoju i klaskał z zachwytu, gdy udało się jej wymówić choćby jedną sylabę. Dość długo sprawiało jej problem wymawianie na odbiciu sylab zawierających głoskę /p/ lub /b/. W połączeniu z tymi dwiema głoskami ruktus (tj. dźwięczne odbicie powietrza z przełyku) wyraźnie tracił na mocy i dźwięczności. Było to zjawisko zupełnie zaskakujące, gdyż pacjentka była już w stanie wymawiać samogłoski znajdujące się w każdej pozycji (w nagłosie, śródgłosie, wygłosie), łączyć je ze wszystkimi spółgłoskami w sposób dźwięczny, jednak nie potrafiła wydobyć odpowiedniego dźwięku w połączeniu z przedstawionymi jej głoskami zwartowubuchowymi. Mimo trudności nie poddawała się, do czego motywowało ją m.in. to, że imię jej męża rozpoczynało się sylabą „bo”.

Gdy pacjentka w końcu osiągnęła zamierzony cel i opanowała głośne wymawianie sylab z głoskami zwartowubuchowymi oraz mogła już wypowiadać imię męża – jej zdolności komunikacyjne weszły na kolejny poziom. Po 10 miesiącach terapii zaczęła coraz więcej rozmawiać z logopedą. Coraz częściej rezygnowała z pseudoszeptu, co wyraźnie wpłynęło na wydolność komunikacyjną. Na jednym odbiciu udawało się wypowiedzieć już do 3 sylab.

Trening wydłużania frazy był oparty na ćwiczeniach rozluźniających mięśnie szyi oraz obręczy barkowej. Samą emisję wydłużano na podstawie samogłosek ustnych. Pacjentka w tym czasie coraz intensywniej rozmawiała mieszanym pseudoszeptem i mową przełykową, prezentując kolejnym znajomym i członkom rodziny swoje możliwości. Dodatkowo samodzielnie dużo czytała w domu na głos, zakreślając trudne dla siebie słowa, które opracowywała później z terapeutą. Opracowanie to polegało na wymawianiu wyrazu z podziałem na sylaby. Każdy wyraz wymawiany w całości był najpierw kilkukrotnie prezentowany w formie mowy przełykowej przez logopedę, a dopiero potem wymawiała go pacjentka. Trzeba tu zaznaczyć, że każdorazowo logopeda informował ją o tym, jakie trudności może spotkać w przypadku danej części wyrazu, jakie powinna zachować napięcie szyi i brzucha oraz jakie techniki kompensacyjne może zastosować (np. ruch szyi podczas wymawiania wyrazu).

Po 18 miesiącach treningu pacjentka była w stanie wymawiać już 8 sylab na jednym odbiciu, chociaż możliwość powtarzania tak długich fraz była jeszcze dość

niewielka. Wówczas rozpoczęła próby komunikowania się z rodziną za pomocą telefonu stacjonarnego i niekiedy również komórkowego. Każdorazowo, kiedy oczekiwała na wizytę logopedy, starała się wypowiedzieć kilka słów do słuchawki domofonu, gdy otwierała drzwi. Oprócz tego typu działań chora przełamwała się i na ważnych uroczystościach rodzinnych zaczęła coraz więcej rozmawiać i to mową przełykową, nie tylko pseudoszeptem.

Po 20 miesiącach terapii mowa opisywanej pacjentki jest już bardzo wydolna, kobieta jest w stanie opowiadać bez przerwy przez 30 minut i czyni to głośno i zrozumiale, bez konieczności powtarzania słów.

Ćwiczenia prozodyczne i różnicowanie głosek pod względem dźwięczności

Ostatnim etapem w pracy nad usprawnianiem mowy przełykowej jest wprowadzenie ćwiczeń z zakresu akcentu, intonacji oraz różnicowania głosek pod względem dźwięczności (Maniecka-Aleksandrowicz, 2002, s. 234–235; Sokal, 2011). Trening tych umiejętności ma znaczenie głównie dla uzyskania estetyki mowy, a jego elementy są wprowadzane mimochodem już na wcześniejszych etapach terapii.

Ćwiczenia różnicowania dźwięczności dokonuje się na podstawie zastosowania wyrazów będących paronimami. Następnie wprowadza się wyrazy, w których występują w bliskiej odległości od siebie głoski opozycyjne pod względem dźwięczności, np. /t/ i /d/. Innym efektywnym ćwiczeniem jest wymawianie zbitek spółgłoskowych zawierających głoski opozycyjne. Trening tego typu można połączyć z usprawnianiem zdolności intonacji i akcentu. Zjawiska prozodyczne dobrze trenuje się też na podstawie cytowania, czytania, recytowania tekstów kabaretowych, piosenek, scen z kultowych filmów. Dzięki temu, że wiele tekstów tego typu funkcjonuje wciąż w społeczeństwie, nie ma konieczności dodatkowego uczenia się różnego rodzaju tekstów na pamięć.

Podsumowanie

Uzyskanie znaczących efektów w rehabilitacji głosu osoby po usunięciu krtani to proces żmudny, wymagający ogromnego zaangażowania ze strony nie tylko pacjenta, ale także neurologopedy. To właśnie terapeuta, jako specjalista i osoba nie będąca w stanie zagrożenia życia, jakim jest choroba nowotworowa, musi być

podporą dla swego podopiecznego. Stworzenie atmosfery pełnej ciepła i empatii, z otwartością na potrzeby drugiego człowieka to jedna z najważniejszych kwestii, poza zaoferowaniem wiedzy merytorycznej i ciągłym podnoszeniem swoich kompetencji w dążeniu do wspólnego sukcesu z pacjentem.

Udzielanie rzetelnych informacji, objaśnianie zawiłych zagadnień onkologicznych przy wsparciu lekarza to kolejna istotna sprawa służąca zdrowieniu pacjenta po usunięciu krtani. Dodatkowo jednak trzeba też traktować pacjenta w sposób wyjątkowy, indywidualny niezależnie od możliwych czynników nie sprzyjających terapii. Każdy bowiem ma szansę na nowe, inne życie po przezwyciężeniu choroby nowotworowej. Jako terapeuci nie mamy prawa osądzać przyczyn, jakie doprowadziły do wystąpienia raka krtani. Powinniśmy zaś zaoferować swoją wiedzę, doświadczenie, by pomóc choremu przetrwać traumatyczny okres w jego życiu i odzyskać zdolność komunikowania się w takim stopniu, w jakim jest to możliwe przy posiadanych przez niego zasobach.

Bibliografia

- BARUNOW-WOJEWÓDZKI, A., MARSZAŁEK, S., RYCHLEWSKI, T. (2005). *Kompleksowa rehabilitacja chorych po całkowitym usunięciu krtani*. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego.
- BETLEJEWSKI, S., SINKIEWICZ, A. (2009). Opieka pielęgniarska po zabiegach chirurgicznych krtani. W: A. SINKIEWICZ (red.), *Pacjent po operacji krtani* (s. 121–131). Bydgoszcz: Bydgoskie Towarzystwo Laryngotomowanych.
- FABCZAK, M. (2017). *Jak mówić bez krtani? Logotomy w służbie laryngotomowanym*. Białystok: Prymat.
- GRETKOWSKI, A. (2017). Problemy psychoonkologiczne chorego na raka krtani – próba pomocy i wsparcia. W: E. JEŻEWSKA-KRASNODEBSKA, B. SKAŁBANIA (red.), *Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty. Konteksty teoretyczne i praktyka* (s. 137–151). Kraków: Impuls.
- HAMERLIŃSKA-LATECKA, A. (2015a). *Onkologopedia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- HAMERLIŃSKA-LATECKA, A. (2015b). *Rehabilitacja logopedyczna osób po laryngotomii całkowitej. Materiały szkoleniowe*. Bydgoszcz: Centrum Terapii Dobra Mowa.
- JUCZYŃSKI, Z. (2000). Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: K. DE WALDEN-GAŁUSZKO (red.), *Psychoonkologia* (s. 23–44). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- KAMUDA-LENTAK, J. (2008). Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób laryngotomowanych. *Logopedia. Standardy Postępowania*, 37, 207–216.
- KOZŁOWSKA, M. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku osób laryngotomowanych. W: S. GRABIAS, T. WOŹNIAK, J. PANASIUK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki* (s. 780–794). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- KÜBLER-ROSS, E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Pax.

- LIPIAK, E. (2005). Głos przełykowy. W: A. BARUNOW-WOJEWÓDZKI, S. MARSZAŁEK, T. RYCHLEWSKI, *Kompleksowa rehabilitacja chorych po całkowitym usunięciu krtani* (s. 71–90). Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego.
- LIPIEC, D. (2008). Głos i mowa osób po laryngektomii. W: J. PORAYSKI-POMSTA (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii* (s. 147–159). Warszawa: Elipsa.
- MACKIEWICZ-NARTOWICZ, H., MACKIEWICZ-MILEWSKA, M. (2009). Epidemiologia, etiologia i diagnostyka raka krtani. W: A. SINKIEWICZ (red.), *Pacjent po operacji krtani* (s. 11–17). Bydgoszcz: Bydgoskie Towarzystwo Laryngektomowanych.
- MAJSZYK, D., BRUZGIELEWICZ, A., OSUCH-WÓJCIKIEWICZ, E. (2014). Rak krtani – epidemiologia i etiologia. *Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny*, 3, 186–188.
- MANIECKA-ALEKSANDROWICZ, B. (2002). Głos i rehabilitacja głosu u chorych po leczeniu raka krtani i gardła dolnego. W: G. JANCZEWSKI, E. OSUCH-WÓJCIKIEWICZ (red.), *Rak krtani i gardła dolnego* (s. 229–239). Bielsko-Biała: Alfa-Medica Press.
- PRUSZEWICZ, A. (red.). (1992). *Foniatria kliniczna*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- PRUSZEWICZ, A., OBRĘBOWSKI, A., KRAŚNY, J. (2012). Zasady rehabilitacji chorych po chirurgicznym leczeniu zmian nowotworowych krtani (całkowite i częściowe laryngektomie). W: A. OBRĘBOWSKI (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii* (s. 381–388). Poznań: Termedia.
- SINKIEWICZ, A., MACKIEWICZ-NARTOWICZ, H. (2009). Zmiany funkcjonowania narządów po laryngektomii całkowitej. W: A. SINKIEWICZ (red.), *Pacjent po operacji krtani* (s. 51–62). Bydgoszcz: Bydgoskie Towarzystwo Laryngektomowanych.
- SOKAL, W. (2011). *Możliwości komunikacji werbalnej chorych po całkowitym usunięciu krtani*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego.
- WALDEN-GAŁUSZKO, K. DE (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- ZATOŃSKI, W., ZATOŃSKI, T. (2002). Epidemiologia nowotworów złośliwych krtani. W: G. JANCZEWSKI, E. OSUCH-WÓJCIKIEWICZ (red.), *Rak krtani i gardła dolnego* (s. 15–29). Bielsko-Biała: Alfa-Medica Press.



RAFAŁ MŁYŃSKI

Faculty of Logopaedics, The Center for Polish Language and Culture in the World,
Jagiellonian University

<https://orcid.org/0000-0001-9069-0612>

The BID procedure as a tool for assessing phonological processes in bilingual children

ABSTRACT: This article presents the BID (briefing, interaction, debriefing) procedure as a useful tool for speech therapists who face the problem of correct diagnosis of language subsystems and abilities in bilingual children. An example of the BID's application is the assessment of phonological processes in children representing Ukrainian-Polish bilingualism. Using the BID procedure, it was possible to conduct a bilingual diagnosis and to extract developmental processes, interference, and atypical processes from the collected data. This article also highlights the cooperation of a speech therapist with an interpreter, i.e. a neophilologist of the Ukrainian language, who makes it possible to interpret the collected bilingual linguistic data.

KEYWORDS: bilingualism, BID, phonological processes, diagnosis, interpreter

Procedura BID jako narzędzie do oceny procesów fonologicznych w przypadku dzieci dwujęzycznych

STRESZCZENIE: Artykuł przedstawia procedurę BID (ang. *briefing, interaction, debriefing*) jako użyteczne narzędzie dla logopedów, którzy stykają się z problematyką prawidłowej diagnozy podsystemów i sprawności językowych u dwujęzycznych dzieci. Przykładem wykorzystania BID jest ocena procesów fonologicznych u dzieci reprezentujących dwujęzyczność ukraińsko-polską. Dzięki procedurze BID udało się przeprowadzić dwujęzyczną diagnozę i spośród zebranych danych wyodrębnić procesy rozwojowe, interferencje oraz procesy nietypowe. Niniejszy tekst podkreśla również współpracę logopedy z interpretatorem, czyli neofilologiem języka ukraińskiego, umożliwiającym dokonanie interpretacji zebranych dwujęzycznych danych językowych.

SŁOWA KLUCZOWE: dwujęzyczność, BID, procesy fonologiczne, diagnoza, interpretator

Children's bilingualism has become an object of interest for Polish speech therapists. This is illustrated by the publications of Jadwiga Cieszyńska-Rożek (2012, 2014), Marzena Błasiak-Tytuła (2017, 2018, 2019), Marzena Błasiak-Tytuła and Zdzisława Orłowska-Popek (2017), Robert Dębski, Rafał Młyński and Marya Redkva (2020), Rafał Młyński and Marya Redkva (2019), Zbigniew Tarkowski and Dorota Wiewióra (2017), as well as Zbigniew Tarkowski and Anna Majewska-Tworek (2018). *The Intercultural Logopedia*, edited by Ewa Czaplewska (2018),

deserves special attention. One of the issues raised by the researchers is the diagnostic process applied for bilingual children, presenting the application of the BID procedure in the assessment of phonological processes concerning Ukrainian children acquiring Polish, a subject which is also discussed by this article. This text was motivated by the phenomenon of increased emigration from Ukraine to Poland, which results in the presence of Ukrainian children in schools and kindergartens (Jaroszewicz, 2018, pp. 7–8, 13–15; Syrnyk, 2017, pp. 54–55). Such children come into contact with the Polish language, which leads to the development of bilingualism. Bilingualism is, among other things, the ability to use more than one language (Bee Chin, Wigglesworth, 2007, p. 3). Speech therapists should diagnose bilingual children, although assessing speech development and disorders can pose an organisational and substantive challenge. In this respect, the BID procedure can be helpful, as it provides a clear direction for performing diagnostic activities leading to the identification and interpretation of phonological processes in the bilingual child, among others.

Models of bilingual diagnosis – RIOT and dynamic assessment

The diagnosis of a bilingual child implies the choice of an appropriate diagnostic formula. There are three methods recommended in the global literature – **RIOT** (review, interview, observe, test), **dynamic assessment** (DA) and **BID** (briefing, interaction, debriefing). Considering the subject of this article, the last one will be discussed in a separate subchapter.

The RIOT procedure is based on a sociocultural approach, which assumes that a bilingual person's language development depends on the influence of the community and its cultural background (De Lamo White, Jin, 2011, p. 621). The author of the RIOT approach, Li-Rong Cheng, drew on the sociocultural assumptions and formulated general desiderata for the activities of a speech therapist-diagnostician:

- 1) observation of a bilingual child should take place in multiple contexts and interactions with different people;
- 2) observation should include situations in which the child feels most comfortable and has the opportunity to fully demonstrate communication skills;
- 3) the speech therapist-diagnostician interviews the child's family members, establishes the child's language biography;
- 4) the speech therapist-diagnostician engages in observation of the child in the classroom and determines the child's conversational strategies and pragmatic skills;

5) the speech therapist-diagnostician talks to teachers and other professionals with whom the child has had contact.

The above desiderata provide the basis for a more detailed description of the RIOT formula:

1) *review*: reviewing the child's records, recordings, potential therapies, and educational support;

2) *interview*: conducting ethnographic interviews with parents, teachers, carers in order to establish the child's linguistic biography, attitudes towards languages and cultures, cultural differences;

3) *observe*: observation of the child's verbal and non-verbal communication in a variety of social contexts: family home, kindergarten, school;

4) *test*: testing the child's communicative abilities in both languages (Cheng, 1997, pp. 55–62, 2007).

Testing in action (*dynamic assessment*) is oriented towards working with a foreign child who is acquiring L2¹. The framework of this approach is the pretest-activity-posttest triad (Lidz, Peña, 1996, p. 368). Through activities, the speech therapist-diagnostician is an active observer of the child's developing communication skills, which are subjected to an initial test (pretest) and a final test (posttest). Testing in action is a long-term process enabling a differential diagnosis of the child's language behaviour resulting from L2 acquisition or language communication disorders (Gutierrez-Clellen, Peña, 2001, pp. 215–216). The effectiveness of the pretest-activity-posttest triad was confirmed by the studies of Elizabeth Peña's (Peña, Quinn, Iglesias, 1992) and Teresa Ukrainetz's (Ukrainetz, Harpell, Walsh, Coyle, 2000) teams.

Speech therapy diagnosis according to the BID formula

BID is a diagnostic procedure, the axis of which is cooperation with a so-called interpreter² – a researcher or practitioner, preferably with philological training, who supports the diagnostic and therapeutic process (see Langdon, Saenz, 2016, pp. 109–133; Langdon, Cheng, 2002, pp. 114–125). There are not many publications in the Polish literature on the subject of the work of a speech therapist and an

¹ Abbreviations used: L1 – first language, L2 – second language.

² Foreign speech therapy standards outside of Poland distinguish among the terms '*interpreter*', '*translator*', and '*cultural assistant*'; keeping the order of enumeration – an interpreter deals with mediating and interpreting oral messages; prepares written translations; uses culture-specific knowledge and knowledge of the patient's/client's ethnic language when interacting with the speech therapist (Pert, Bradley, 2018, p. 36; Paul, Ashby, McNeilly, Ritch, 2021, pp. 251, 276).

interpreter. It is worth to note the chapter by Henriette Langdon, Katarzyna Gawęł, and Katarzyna Węsierska (2018) *Diagnosing disorders in language communication in bilinguals – working in a team of speech therapists and interpreters* and the article *Cooperation between a Polish speech therapist and an interpreter – needs, possibilities and perspectives* published by the same team (Gawęł, Langdon, Węsierska, 2015). The authors presented the principles of cooperation between a speech therapist and an interpreter in the process of diagnosing a bilingual person using the BID formula, examples of good practice, as well as their own survey devoted to the opinion of Polish speech therapists about their readiness to work with interpreters. The publication by Mlynski and Redkva (2019, pp. 287–292) on the joint activities of a speech therapist and an interpreter in the context of a broad bilingual assessment of the language competence of Ukrainian children using the BID approach.

BID is a three-stage diagnostic procedure that includes **preparation** (*briefing*), **action** (*interaction*) and **summary** (*debriefing*). The organisation of each stage can be represented by a diagram:

The main aim of this structured diagnosis is to analyse speech samples obtained from a multilingual patient/client and to reach a differential diagnosis of language behaviour:

- characteristic of L1 and L2 development;
- interference from L1 and L2;
- language competence disorders or disorders that are difficult to interpret (see Goldstein, Kohnert, 2005, p. 264; Kohnert, Medina, 2009, pp. 224–228; Kohnert, 2013, pp. 145–176).

Author's own research

The aim of using the BID formula was to identify and interpret phonological processes in two bilingual children (MS and SK), speaking Polish and Ukrainian.

The research questions were:

1. What phonological processes occur in Polish and Ukrainian for bilingual Ukrainian children?

2. Can they be categorized as a) developmental processes in L1 and L2, b) interference, c) atypical processes? (see also Debski, Mlynski, Redkva, 2020).

Further, the article presents the stages of the BID procedure together with the implementation of their individual components. The whole is an example of the use of BID in the assessment of phonological processes in bilingual children.

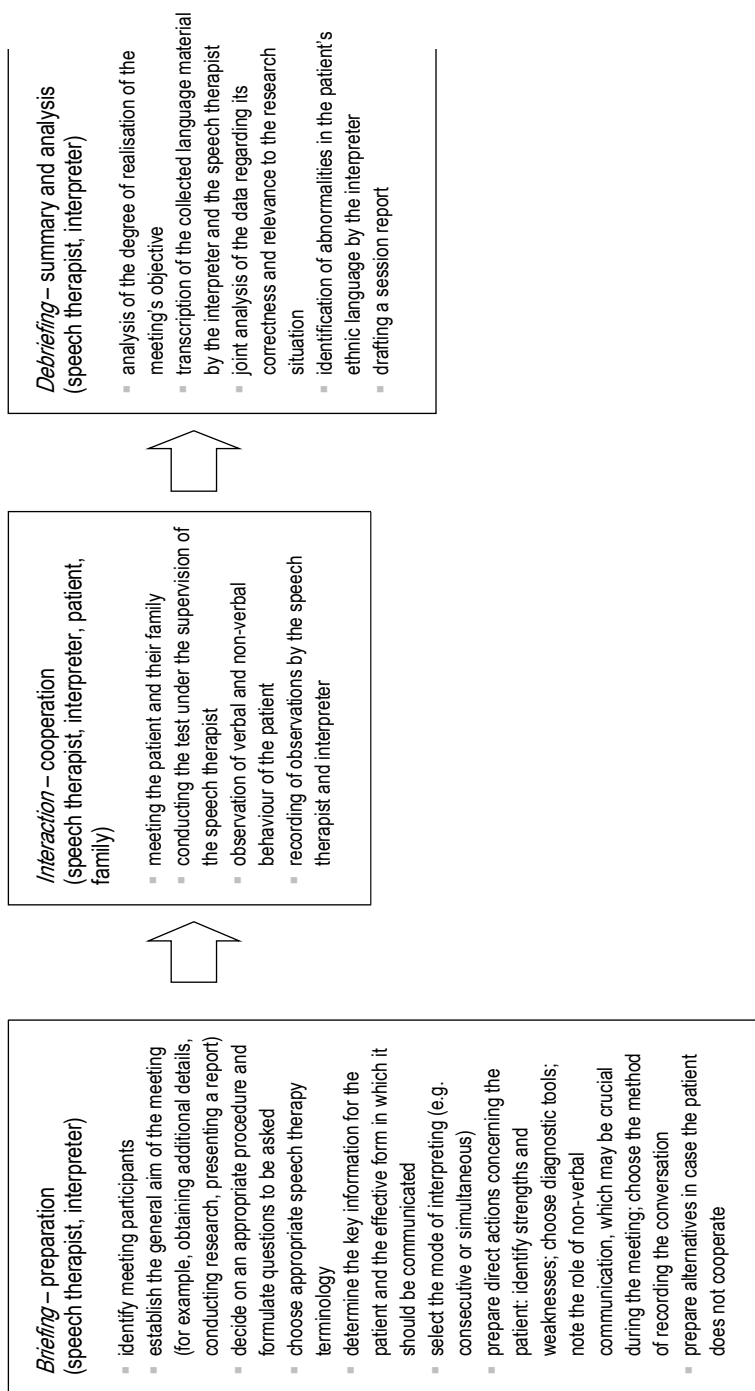


DIAGRAM 1. Activities of a speech therapist and an interpreter in the BID formula

SOURCE: Own work based on: H. Langdon (2002). *Interpreters and translators in communication disorders*. California: Thinking-Publication, pp. 37–39; H. Langdon, T. Saenz (2016). *Working with interpreters and translators*. San Diego: Plural Publishing Inc., pp. 109–133.

Preparation stage (briefing)

Two bilingual children, aged 4;0 and 5;1, were scheduled to participate in the study. The overall aim of the meeting was to collect bilingual data to detail and interpret phonological processes. The team posed the research questions presented in the previous section. In the process of the discussion on the methodological framework of the study, a decision was made that the starting point would be works on monolingual development of the phonological subsystem in Polish and Ukrainian children (Lobacz, 1996; Bryndal, 2013; Szeremet, 2014). For the purposes of the study, the following definition of the term 'phonological processes' was adopted: gradual adaptation of children's articulation to adult pronunciation (Bauman-Waengler, 2012, p. 79). It was necessary to classify the following processes:

(a) processes changing syllable structure (reduction of onset and vowel consonants, reduplication, epenthesis):

(b) processes of vowel and consonant substitution (in consonant clusters, antecedentisation, labialisation, alveolarisation, break of continuity, affrication, deaffrication, denasalisation, nasalisation, glottalisation, pharyngealisation, depalatalisation, lateralisation, utilisation, vocalisation);

(c) assimilations (Bauman-Waengler, 2012, pp. 77–79, 132–134; see also Bryndal, 2013, pp. 108, 111, 116–117).

The reference points were phonological inventories – of the Polish language (Jassem, 2003) and of the Ukrainian language (Pompino-Marschall, Steriopolo, Zhigis, 2017). In addition to this, a speech therapist created a sheet for the study of anatomical-functional and auditory conditions and shared it with the interpreter (Pluta-Wojciechowska, 2017, pp. 149–152).

A decision was made that initial information about the children's pronunciation would be provided in an oral form, with the parent receiving a more extensive written report at a later date. If necessary, a consecutive mode of interpretation would be used.

The diagnostic tools prepared were *Мовленнєва картка з картинками. Логопедичне обстеження рівня мовленнєвого розвитку дитини* (Korol, 2017) and *The Speech Survey Questionnaire* (Billewicz, Zioło, 2012). Speech samples were to be recorded using a dictaphone, in addition, the speech therapist and the interpreter would take notes regarding the children's non-verbal communication. In case of difficulties with the child's activity, coloured stickers were to be used as an incentive.

The interaction stage

The speech therapist began the meeting with the child by examining the child's anatomical and functional conditions. This introductory part was followed by the proper one, during which the child named various pictorial designations, first in Polish, then in Ukrainian. Before naming them, there was a short conversation in Polish and then in Ukrainian. It should also be noted that the children were not always willing to cooperate with the researcher or were not able to name the designators. At the end of the two sessions the child's parent received a short, general summary of the diagnostic team's findings.

Analysis and debriefing stage

The diagnostic team proceeded to analyse the collected data. Tables 1 and 2 (pp. 8 & 9) present the material obtained in the conducted study.

Conclusions

The results of the presented analysis of the linguistic material confirmed the validity of the choice of the BID formula in the study of the phonological processes in bilingual children. By evaluating the stages of preparation, interaction, analysis and summary, the following conclusions could be reached:

- the data analysis performed indicated that the research questions were correctly posed;
- the selection of works on phonological development in Polish and Ukrainian proved helpful in interpreting the linguistic material;
- the understanding and classification of phonological processes adopted made it possible to analyse the speech samples;
- the constructed sheet for the assessment of anatomical and functional conditions and hearing was sufficient;
- the chosen diagnostic tools enabled the collection of linguistic data;
- the strategy of pre-test introductory conversations in Polish and Ukrainian proved to be helpful – the children switched codes smoothly depending on who they were speaking with.

The phonological processes recorded represent a fairly broad spectrum: palatalisation and depalatalisation, lateralisation, fronting, devoicing, break of continuity, affrication, labialisation, reduction and other consonant substitutions

TABLE 1. Types, categorisation and examples of observed phonological processes – a study in Polish

Process type	Boy MS (4;0; sequential bilingualism)			Girl SK (5;1; sequential bilingualism)		
	process category	process example	production by the child	process category	process example	production by the child
Developmental processes	Consonant substitution	Palatalisation /ts/ → [tɕ]	/pajac/, /tabliczka/, /vidɛɛtɕ/	Consonant substitution	Fronting /j/ → [s]	/salik/, /tales/, /kosik/
		Palatalisation /dz/ → [dʑ]	/ɕvonek/		Fronting /ʃ/ → [ts]	/tsajnik/, /tsarɔdzɛj/
		Palatalisation /s/ → [ɕ]	/palaɕol/, /ɕova/		Fronting /ʒ/ → [z]	/ʃiʃzanci/, /wizvi/
		Depalatalisation /n/ → [n]	/patɛlna/		Fronting /dʑ/ → [dz]	/dzɛm/
		Palatalisation /j/ → [ɕ]	/ɕafka/		Lateralisation /r/ → [l]	/palasɔl/
Interference from L ₁	Consonant substitution	Lateralisation /r/ → [l]	/liiba/, /galnek/, /dlab'na/	Consonant substitution	Depalatalisation /c/ → [k]	/wɔkɛɕ/
		Depalatalisation /v/ → [v]	/vidɛɛtɕ/		Depalatalisation /ɕ/ → [s]	/xustafka/
		Within nasal consonants /n'ɛ/ → [m'i]	/m'itv'ɛtɕ/		Assimilation /w/ → [t]	/tiz'i/
		Depalatalisation /c/ → [k]	/kɔwbasa/			
		Vowel substitution /i/ → [ɛ]	/m'itv'ɛtɕ/			
Atypical process	Disruption of syllable structure	Vowel substitution /ɛ/ → [ɔ]	/kɔwbasa/	Disruption of syllable structure	Vowel reduction /ɛ/	/wɔkɕ/
		Reduction /v/	/bawan/			

SOURCE: Own work.

TABLE 2. Types, categorisation and examples of observed phonological processes – a study in Ukrainian

Process type	Boy MS (4;0; sequential bilingualism)			Girl SK (5;1; sequential bilingualism)		
	process category	process example	production by the child	process category	process example	production by the child
Developmental processes	Consonant substitution	Lateralisation /r/ → [l]	/ɛkɫan/, /liba/	Consonant substitution	Fronting /ʃ/ → [s]	/usmʲiska/, /ʃastsʲik/
		Fronting /ʃ/ → [s]	/masina/		Fronting /ʒ/ → [z]	/nozʲitsʲi/
		Palatalisation /ts/ → [tɕ]	/ʃajɕe/		Fronting /tʃ/ → [ts]	/ʃastsʲik/
		Palatalisation /s/ → [ɕ]	/ɕova/		Fronting and devoicing /ʒ/ → [s]	/saba/, /ʃɛsak/
		Fronting and devoicing /ʒ/ → [s]	/silaf/		Devoicing /z/ → [s]	/samɔk/
		Break of continuity /fi/ → [g]	/papuga/		Labialisation /t/ → [w]	/akuwa/, /swɔn/, /wɔɕ/
Interference from L ₂	Consonant substitution	Devoicing /b/ → [p]	/zup/	Consonant substitution	Devoicing /v/ → [f]	/lɛf/
		Within approximants /t/ → [l]	/lɔɕ/		Palatalisation /n/ → [nʲ]	/swɔnʲ/
		Affrication /d/ → [tʃ]	/tʃatɛt/		Palatalisation /k/ → [c]	/sanci/
		Palatalisation /n/ → [nʲ]	/ʃajmʲik/		Palatalisation /s/ → [ɕ]	/wɔɕ/
Atypical processes	Consonant substitution	Break of continuity /m/ → [p]	/sɔp/	-	-	-

SOURCE: Own work.

(within nasal consonants and approximants), as well as vowel substitutions. Figures 1 and 2 illustrate the percentage of specific phonological processes in the obtained speech samples in Polish and Ukrainian.

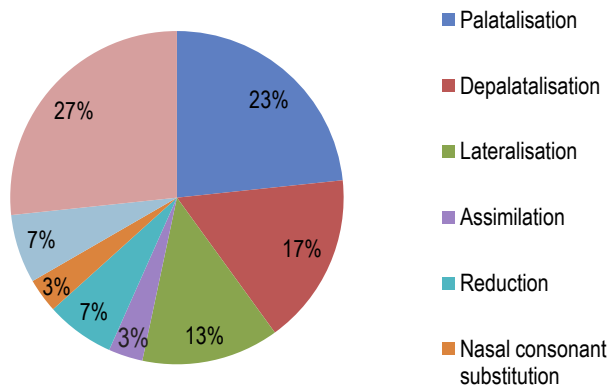


FIGURE 1. Types of observed phonological processes – a study in Polish

SOURCE: Own study.

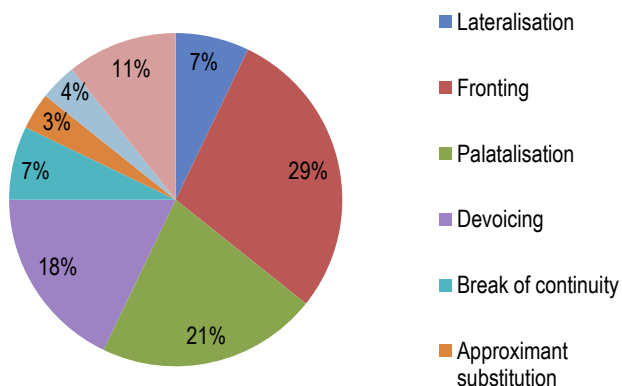


FIGURE 2 Types of observed phonological processes – a study in Ukrainian

SOURCE: Own study.

The cooperation of a speech therapist and an interpreter enabled the categorisation of phonological processes; a division into developmental, interlingual interference and atypical (difficult to interpret) was introduced. It is worth noting that in the vast majority of cases developmental processes were observed, followed by interlanguage interference, especially from Polish into Ukrainian. Atypical processes were rare in the case of both respondents. The number of observed processes belonging to the specified categories is presented in Figures 3 and 4.

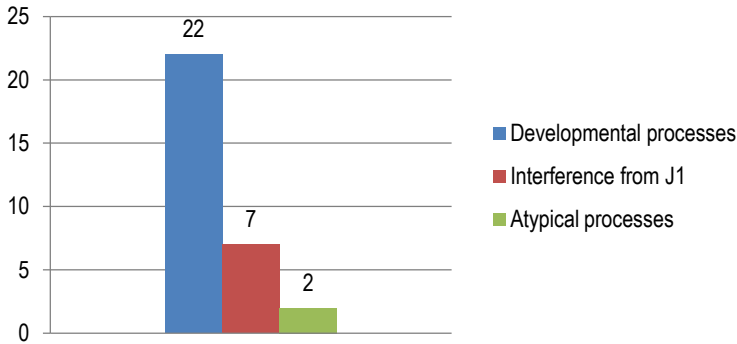


FIGURE 3. Observed phonological processes according to the distinguished categories – a study in Polish

SOURCE: Own study.

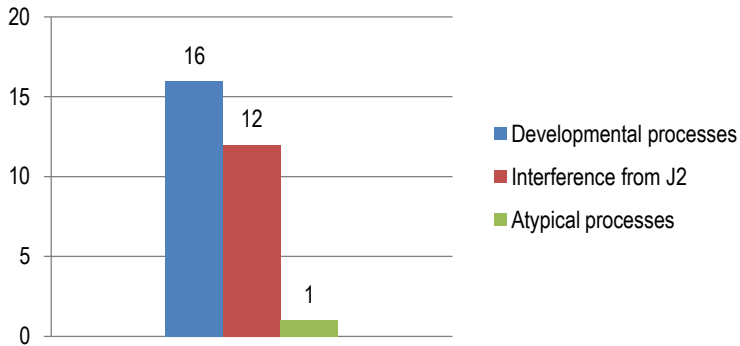


FIGURE 4. Observed phonological processes according to distinguished categories – a study in Ukrainian

SOURCE: Own study.

This study can be considered in two dimensions, i.e. theoretical and practical. The former determines the understanding of the BID formula as a methodological framework useful in the study of linguistic aspects of Polish-foreigner bilingualism. The latter dimension consists in treating the presented exemplification as a direction leading to the development of a Polish standard of speech therapy in the case of children's bilingualism (or multilingualism). Creating such determinants would be necessary in particular for speech therapists who struggle with the issue of diagnosing children brought up in a bilingual environment.

References

- BAUMAN-WAENGLER, J. (2012). *Articulatory and phonological impairments: a clinical focus*. Boston, MA: Pearson Education.
- BEE CHIN, N., WIGGLESWORTH, G. (2007). Describing bilingualism. In: N. BEE CHIN, G. WIGGLESWORTH (eds.), *Bilingualism. An advanced resource book* (pp. 3–18). London: Routledge.
- BILLEWICZ, G., ZIOŁO, B. (2012). *Kwestionariusz badania mowy*. Kraków: Impuls.
- BŁASIAK-TYTUŁA, M. (2017). Kształtowanie się i rozwój mowy dziecka dwujęzycznego. In: E. JEŻEWSKA-KRASNODĘBSKA, B. SKAŁBANI (eds.), *Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty: konteksty teoretyczne i praktyka* (pp. 247–256). Kraków: Impuls.
- BŁASIAK-TYTUŁA, M. (2018). Terapia logopedyczna dwujęzycznego dziecka z autyzmem. *Studia Pragmatolingwistyczne*, 10, 197–208.
- BŁASIAK-TYTUŁA, M. (2019). *Mowa dzieci dwujęzycznych. Norma i zaburzenia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- BŁASIAK-TYTUŁA, M., ORŁOWSKA-POPEK, Z. (2017). Technika programowania języka (pierwszego i drugiego) w pracy z dzieckiem bilingwalnym. In: M. RUTKIEWICZ-HANCZEWSKA, J. SŁAWEK, E. KAPTUR (eds.), *Mózg – język – komunikacja* (pp. 41–54). Poznań: Rys.
- BRYNDAL, M. (2013). *Fonologiczna interpretacja procesów doskonalenia wymowy dziecięcej na tle współczesnych teorii fonologicznych*. Gliwice: Fonem.eu.
- CHENG, L. (1997). Diversity: challenges and implications for assessment. *Journal of Children's Communication Development*, 19(1), 55–62.
- CHENG, L. (2007). Improve your assessment of bilingual clients with communication disorders. *Therapy Insider*, 37, 10.
- [CHEREMET, M.K.] Шеремет, М.К. (eds.), (2014). *Логопедія. Підручник*. Київ: Слово.
- CIESZYŃSKA-ROŻEK, J. (2012). Rozwój mowy polskich dzieci na obczyźnie – zjawiska normatywne czy zaburzenia rozwojowe? In: M. MICHALIK, A. STUDAŁ, Z. ORŁOWSKA-POPEK (eds.), *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej* (pp. 67–82). Kraków: Collegium Columbinum.
- CIESZYŃSKA-ROŻEK, J. (2014). Zaburzenia rozwoju języka polskich dzieci za granicą. In: D. PRASZAŁOWICZ, M. ŁUŻNIAK-PIECHA, M. KULPIŃSKA (eds.), *Młoda polska emigracja w UE jako przedmiot badań psychologicznych, socjologicznych i kulturowych*. <http://www.euroemigranci.pl/dokumentacja.html> [access: 1.06.2021].
- CZAPLEWSKA, E. (eds.). (2018). *Logopedia międzykulturowa* (pp. 209–234). Gdańsk: Harmonia.
- DE LAMO WHITE, C., JIN, L. (2011). Evaluation of speech and language assessment approaches with bilingual children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(6), 613–662.
- DĘBSKI, R., MŁYŃSKI, R., REDKVA, M. (2020). The phonological skills of bilingual preschool children speaking Polish and Ukrainian in Poland. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*. <https://doi.org/10.1080/13670050.2020.1791047>.
- GAWEŁ, K., LANGDON, H., WĘSIERSKA, K. (2015). Współpraca polskiego logopedy z tłumaczem – potrzeby, możliwości i perspektywy. *Neurolingwistyka Praktyczna*, 1, 50–65.
- GOLDSTEIN, B., KOHNERT, K. (2005). Speech, language, and hearing in developing bilinguals: Current findings and future directions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36, 264–267.
- GUTIERREZ-CLELLEN, V., PEÑA, E. (2001). Dynamic assessment of diverse children. *Language, speech, and hearing services in schools*, 31(4), 212–224.
- JAROSZEWICZ, M. (2018). *Migracje z Ukrainy do Polski. Stabilizacja trendu*. Warszawa: Ośrodek Studiów Wschodnich.
- JASSEM, W. (2003). Polish. *Journal of the International Phonetic Association*, 33(1), 103–107.

- KOHNERT, K., MEDINA, A. (2009). Bilingual children and communication disorders. A 30-year research retrospective. *Seminars in Speech and Language*, 30(4), 219–233.
- KOHNERT, K. (2013). *Language disorders in bilingual children and adults*. San Diego: Plural Publishing.
- [KOROL, A.] КОРОЛЬ, А. (2017). *Мовленнєва картка з картинками. Логопедичне обстеження рівня мовленнєвого розвитку дитини*. Тернопіль: Мандрівець.
- LANGDON, H. (2002). *Interpreters and translators in communication disorders*. California: Thinking-Publication.
- LANGDON, H., CHENG, L. (2002). *Collaborating with interpreters and translators: A guide for communication disorders professionals*. Eau Claire, WI: Thinking Publications.
- LANGDON, H., GAWEL, K., WĘSIERSKA, K. (2018). Diagnostowanie zaburzeń w komunikacji językowej u osób bilingwalnych – praca w zespole logopedy i tłumacza. In: E. CZAPLEWSKA (ed.), *Logopedia międzykulturowa* (pp. 209–234). Gdańsk: Harmonia.
- LANGDON, H., SAENZ, T. (2016). *Working with interpreters and translators*. San Diego: Plural Publishing Inc.
- LIDZ, C., PEÑA, E. (1996). Dynamic assessment: the model, its relevance as a nonbiased approach, and its application to Latino American preschool children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 27(4), 367–372.
- ŁOBACZ, P. (1996). *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa: Energeia.
- MŁYŃSKI, R., REDKVA, M. (2019). Diagnostyka logopedyczna kompetencji językowych u wielojęzycznych dzieci z Ukrainy. *Logopedia Silesiana*, 8, 282–294. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2019.08.18>.
- PAUL, D., ASHBY, T., MCNIELLY, L., RITCH, S. (2021). Support personel in audiology and speech language pathology. In: M. HUDSON, M. DERUITER (eds.), *Professional issues in speech language pathology and audiology* (pp. 249–227). San Diego: Plural Publishing,
- PEÑA, E., QUINN, R., IGLESIAS, A. (1992). The application of dynamic assessment: a nonbiased procedure. *Journal of Special Education*, 26(3), 269–280.
- PERT, S., BRADLEY, B. (2018). Clinical Guidelines for Speech and Language Therapists: Bilingualism. Working with bilingual clients/patients with speech, language and communication needs. https://www.rcslt.org/clinical_resources/bilingualism/bilingualism_overview [access: 7.06.2021].
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA, D. (2017). *Dyslalia obwodowa. Diagnostyka i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*. Bytom: Ergo-Sum.
- POMPINO-MARSHALL, B., STERIOPOLO, E., ŻYGIS, M. (2017). Ukrainian. *Journal of the International Phonetic Association*, 47(3), 349–357.
- SYRNYK, M. (2017). Polityka oświatowa wobec migrantów – dzieci i uczniowie z Ukrainy w Polsce. *Acta Politica Polonica*, 2(40), 53–72.
- TARKOWSKI, Z., MAJEWSKA-TWOREK, A. (2018). Terapia logopedyczna dziecka dwujęzycznego. In: A. DOMAGAŁA, U. MIRECKA (eds.), *Metody terapii logopedycznej* (pp. 261–286). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- TARKOWSKI, Z., WIEWIÓRA, D. (2017). Bilingwizm a rozwój mowy dziecka. In: S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY, B. KAMIŃSKA (eds.), *Studia logopedyczno-lingwistyczne: księga jubileuszowa z okazji 70-lecia Profesora Edwarda Łuczynskiego* (pp. 109–129). Gdańsk: Harmonia.
- UKRAINETZ, T., HARPELL, S., WALSH, C., COYLE, C. (2000). A preliminary investigation of dynamic assessment with native American kindergartners. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 31, 142–154.



RAFAŁ MŁYŃSKI

Zakład Logopedii, Instytut Glottodydaktyki Polonistycznej, Uniwersytet Jagielloński

<https://orcid.org/0000-0001-9069-0612>

Procedura BID jako narzędzie do oceny procesów fonologicznych w przypadku dzieci dwujęzycznych

The BID procedure as a tool for assessing phonological processes
in bilingual children

ABSTRACT: This article presents the BID (briefing, interaction, debriefing) procedure as a useful tool for speech therapists who face the problem of correct diagnosis of language subsystems and abilities in bilingual children. An example of the BID's application is the assessment of phonological processes in children representing Ukrainian-Polish bilingualism. Using the BID procedure, it was possible to conduct a bilingual diagnosis and to extract developmental processes, interference, and atypical processes from the collected data. This article also highlights the cooperation of a speech therapist with an interpreter, i.e. a neophilologist of the Ukrainian language, who makes it possible to interpret the collected bilingual linguistic data.

KEYWORDS: bilingualism, BID, phonological processes, diagnosis, interpreter

STRESZCZENIE: Artykuł przedstawia procedurę BID (ang. *briefing, interaction, debriefing*) jako użyteczne narzędzie dla logopedów, którzy stykają się z problematyką prawidłowej diagnozy podsystemów i sprawności językowych u dwujęzycznych dzieci. Przykładem wykorzystania BID jest ocena procesów fonologicznych u dzieci reprezentujących dwujęzyczność ukraińsko-polską. Dzięki procedurze BID udało się przeprowadzić dwujęzyczną diagnozę i spośród zebranych danych wyodrębnić procesy rozwojowe, interferencje oraz procesy nietypowe. Niniejszy tekst podkreśla również współpracę logopedy z interpretatorem, czyli neofilologiem języka ukraińskiego, umożliwiającym dokonanie interpretacji zebranych dwujęzycznych danych językowych.

SŁOWA KLUCZOWE: dwujęzyczność, BID, procesy fonologiczne, diagnoza, interpretator

Dwujęzyczność dziecięca staje się przedmiotem zainteresowania polskich logopedów, o czym świadczą publikacje m.in. Jadwigi Cieszyńskiej-Rożek (2012, 2014), Marzeny Błasiak-Tytuły (2017, 2018, 2019), Marzeny Błasiak-Tytuły i Zdzisławy Orłowskiej-Popek (2017), Roberta Dębskiego, Rafała Młyńskiego i Maryi Redkvy (2020), Rafała Młyńskiego i Maryi Redkvy (2019), Zbigniewa Tarkowskiego i Doroty Wiewióry (2017), a także Zbigniewa Tarkowskiego i Anny Majewskiej-Tworek (2018). Na specjalną uwagę zasługuje tom *Logopedia międzykulturowa*,

pod redakcją Ewy Czaplewskiej (2018). Jednym z poruszanych przez badaczy zagadnień jest proces diagnostyczny w przypadku dzieci bilingwalnych, któremu też został poświęcony ten artykuł, przedstawiający zastosowanie procedury BID w ocenie procesów fonologicznych dotyczącej dzieci z Ukrainy przyswajających język polski. Przyczynkiem do napisania niniejszego tekstu jest zjawisko nasilonej emigracji z Ukrainy do Polski, co skutkuje obecnością dzieci ukraińskich w szkołach i przedszkolach (Jaroszewicz, 2018, s. 7–8, 13–15; Syrnyk, 2017, s. 54–55). Kontakt takich dzieci z językiem polskim prowadzi do rozwoju dwujęzyczności, będącej m.in. umiejętnością posługiwania się więcej niż jednym językiem (Bee Chin, Wigglesworth, 2007, s. 3). Logopedzi powinni diagnozować dwujęzyczne dzieci, choć ocena rozwoju i zaburzeń mowy bywa organizacyjnym oraz merytorycznym wyzwaniem. W tym zakresie pomocna może być procedura BID, która wyraźnie pokazuje kierunek wykonywania czynności diagnostycznych prowadzących do identyfikacji i interpretacji m.in. procesów fonologicznych u dwujęzycznego dziecka.

Modele dwujęzycznej diagnozy– RIOT i *dynamic assessment*

Diagnoza dwujęzycznego dziecka implikuje wybór odpowiedniej formuły diagnostycznej. W światowej literaturze przedmiotu rekomendowane są trzy – RIOT (ang. *review, interview, observe, test*), **badanie w działaniu** (ang. *dynamic assessment* – DA) oraz BID (ang. *briefing, interaction, debriefing*). Ze względu na temat niniejszego artykułu ostatnia z wymienionych zostanie omówiona w osobnym podrozdziale.

Procedura RIOT umocowana jest w podejściu socjokulturowym, zakładającym, że rozwój języków osoby dwujęzycznej jest zależny od wpływu danej społeczności oraz jej uwarunkowań kulturowych (De Lamo White, Jin, 2011, s. 621). Twórczyni RIOT, Li-Rong Cheng, skorzystała z założeń socjokulturowych i sformułowała ogólne dezyderaty dotyczące działalności logopedy-diagnosty:

1) obserwacja dwujęzycznego dziecka powinna odbywać się w wielu kontekstach i interakcjach z różnymi ludźmi;

2) obserwacja powinna obejmować sytuacje, w których dziecko czuje się najlepiej i będzie miało możliwość pełnego zaprezentowania umiejętności komunikacyjnych;

3) logopeda-diagnosta przeprowadza wywiady z członkami rodziny dziecka, ustala jego biografię językową;

4) logopeda-diagnosta angażuje się w obserwację dziecka w trakcie lekcji i określa jego strategie konwersacyjne oraz umiejętności pragmatyczne;

5) logopeda-diagnosta rozmawia z nauczycielami i innymi specjalistami, z którymi dziecko miało styczność.

Zaprezentowane dezyderaty stanowią podstawę uszczegółowionego opisu formuły RIOT:

1) *review*: przegląd dokumentacji dziecka, nagrań, ewentualnych terapii i wsparcia edukacyjnego;

2) *interview*: przeprowadzenie wywiadów etnograficznych z rodzicami, nauczycielami, opiekunami w celu ustalenia biografii językowej dziecka, postaw wobec języków i kultur, różnic kulturowych;

3) *observe*: obserwacja werbalnej i niewerbalnej komunikacji dziecka w wielu różnych kontekstach społecznych: dom rodzinny, przedszkole, szkoła;

4) *test*: badanie sprawności komunikacyjnych w obu językach dziecka (Cheng, 1997, s. 55–62, 2007).

Badanie w działaniu (*dynamic assessment*) jest zorientowane na pracę z dzieckiem cudzoziemskim, które przyswaja J_2 ¹. Ramą tego podejścia jest triada pretest–zajęcia–posttest (Lidz, Peña, 1996, s. 368). Dzięki zajęciom logopeda–diagnosta jest aktywnym obserwatorem rosnących umiejętności komunikacyjnych dziecka, które poddane są testowi początkowemu oraz końcowemu. Badanie w działaniu jest długofalowym procesem, dzięki któremu możliwa jest diagnoza różnicowa zachowań językowych dziecka, wynikających z przyswajania J_2 lub zaburzeń komunikacji językowych (Gutierrez-Clellen, Peña, 2001, s. 215–216). Skuteczność triady pretest–zajęcia–posttest potwierdziły badania zespołów Elizabeth Peñy (Peña, Quinn, Iglesias, 1992) oraz Teresy Ukrainetz (Ukrainetz, Harpell, Walsh, Coyle, 2000).

Diagnoza logopedyczna według formuły BID

BID jest postępowaniem diagnostycznym, którego oś stanowi współpraca z tzw. interpretatorem² – badaczem lub praktykiem, najlepiej z wykształceniem filologicznym, wspierającym proces diagnostyczny i terapeutyczny (zob. Langdon, Saenz, 2016, s. 109–133; Langdon, Cheng, 2002, s. 114–125). W polskiej literaturze przedmiotu nie ma wielu publikacji, które dotyczyłyby tematyki pracy

¹ Zastosowano skróty: J_1 – język pierwszy, J_2 – język drugi.

² W zagranicznych standardach logopedycznych rozróżniono pojęcia „interpretator” (ang. *interpreter*), „tłumacz” (ang. *translator*) i „asystent kulturowy” lub „pośrednik kulturowy” (ang. *cultural broker*); zachowując kolejność wyliczenia – zajmuje się pośredniczeniem i tłumaczeniem w ustnych komunikatach; przygotowuje pisemne tłumaczenia; wykorzystuje wiedzę w zakresie specyfiki danej kultury oraz znajomość języka etnicznego pacjenta/klienta w kontakcie z logopedą (Pert, Bradley, 2018, s. 36; Paul, Ashby, McNeilly, Ritch, 2021, s. 251, 276).

logopedy i interpretatora. Na uwagę zasługuje rozdział autorstwa Henriette Langdon, Katarzyny Gawęł i Katarzyny Węsierskiej (2018) *Diagnozowanie zaburzeń w komunikacji językowej u osób bilingwalnych – praca w zespole logopedy i tłumacza* i opublikowany przez ten sam zespół artykuł *Współpraca polskiego logopedy z tłumaczem – potrzeby, możliwości i perspektywy* (Gawęł, Langdon, Węsierska, 2015). Autorki przedstawiły zasady współpracy logopedy i interpretatora podczas diagnozy osoby dwujęzycznej przy użyciu formuły BID, przykłady dobrych praktyk, a także własne badanie sondażowe, które dotyczyło opinii polskich logopedów o gotowości podjęcia pracy z interpretatorem. Pracą dotyczącą wspólnych działań logopedy i interpretatora w kontekście szerokiej, dwujęzycznej oceny kompetencji językowej dzieci z Ukrainy w formule BID jest publikacja Młyńskiego oraz Redkvy (2019, s. 287–292).

BID jest trój etapowym postępowaniem diagnostycznym, który obejmuje **przygotowanie** (ang. *briefing*), **działanie** (ang. *interaction*) oraz **podsumowanie** (ang. *debriefing*). Organizację każdego z etapów można przedstawić za pomocą schematu – zob. schemat 1.

Głównym celem tak uporządkowanej diagnozy jest analiza próbek mowy uzyskanych od wielojęzycznego pacjenta/klienta i doprowadzenie do diagnozy różnicowej zachowań językowych:

- charakterystycznych dla rozwoju J_1 i J_2 ;
- interferencji z J_1 i J_2 ;
- zaburzeń kompetencji językowej bądź takich, które trudno zinterpretować (zob. Goldstein, Kohnert, 2005, s. 264; Kohnert, Medina, 2009, s. 224–228; Kohnert, 2013, s. 145–176).

Badanie własne

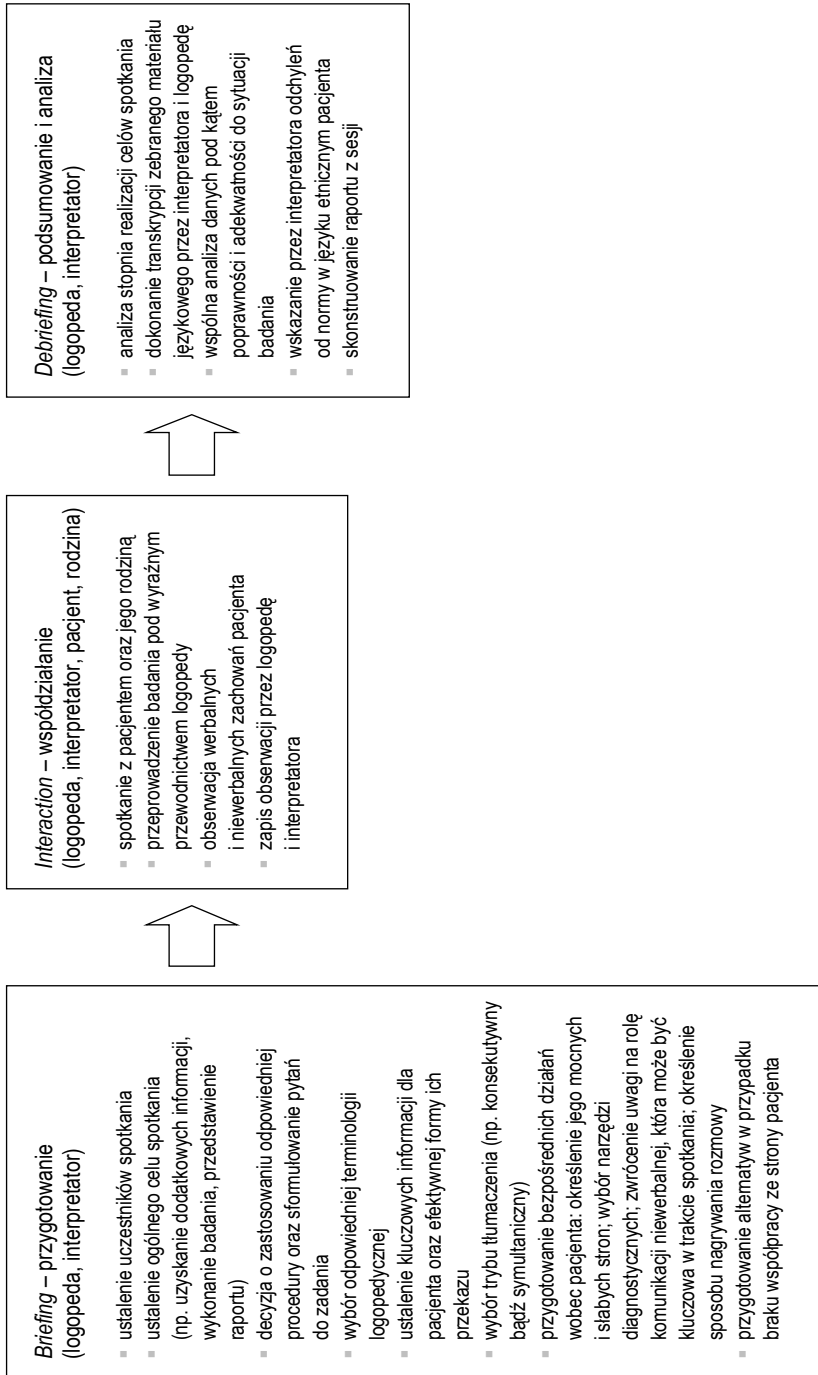
Celem użycia formuły BID była identyfikacja oraz interpretacja procesów fonologicznych u dwojga dwujęzycznych dzieci (MS i SK), mówiących po polsku i ukraińsku.

Postawione pytanie badawcze to:

1. Jakie procesy fonologiczne występują w języku polskim i ukraińskim w przypadku dwujęzycznych dzieci z Ukrainy?

2. Czy można je skategoryzować jako a) procesy rozwojowe w J_1 i J_2 , b) interferencje, c) procesy nietypowe? (zob. też: Dębski, Młyński, Redkva, 2020).

Dalej w artykule przedstawiono etapy procedury BID wraz z realizacją ich poszczególnych części składowych. Całość stanowi przykład wykorzystania BID w ocenie procesów fonologicznych u dwujęzycznych dzieci.



SCHEMAT 1. Działania logopedy oraz interpretatora w formule BID

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: H. Langdon (2002). *Interpreters and translators in communication disorders*. California: Thinking-Publication, s. 37–39; H. Langdon, T. Saenz (2016). *Working with interpreters and translators*. San Diego: Plural Publishing Inc., s. 109–133.

Etap przygotowania (*briefing*)

Zaplanowano, że w badaniu weźmie udział dwoje dwujęzycznych dzieci, w wieku 4;0 oraz 5;1. Ogólnym celem spotkania było zebranie dwujęzycznych danych służących wyszczególnieniu i zinterpretowaniu procesów fonologicznych. Zespół postawił przed sobą zaprezentowane w poprzednim podrozdziale pytania badawcze. W trakcie dyskusji o metodologicznej ramie badania uznano, że za punkt wyjścia posłużą prace dotyczące jednojęzycznego rozwoju podsystemu fonologicznego u polskich i ukraińskich dzieci (Łobacz, 1996; Bryndal, 2013; Szeremet, 2014). Na potrzeby badania przyjęto następującą definicję terminu „procesy fonologiczne”: stopniowe dostosowanie dziecięcej artykulacji do wymowy dorosłych (Bauman-Waengler, 2012, s. 79). Niezbędna stała się klasyfikacja tych procesów:

a) procesy zmieniające strukturę sylabową (redukcja nagłosowej i wygłosowej spółgłoski, reduplikacja, epenteza):

b) procesy substytucji samogłoskowej oraz spółgłoskowej (w zbitkach spółgłoskowych, uprzednienie, labializacja, alweolaryzacja, przerwanie ciągłości, afrykacyzacja, defrykacyzacja, denazalizacja, nazalizacja, głading, udźwięcznienie, ubezdźwięcznienie, palatalizacja, depalatalizacja, lateralizacja, utylnienie, wokalizacja);

c) asymilacje (Bauman-Waengler, 2012, s. 77–79, 132–134; zob. też: Bryndal, 2013, s. 108, 111, 116–117).

Punktami odniesienia były inwentarze fonologiczne – języka polskiego (Jassem, 2003) oraz ukraińskiego (Pompino-Marschall, Steriopolo, Żygis, 2017). Dodatkowo logopeda stworzył arkusz badania warunków anatomiczno-czynnościowych i słuchu oraz zapoznał z nimi interpretatora (Pluta-Wojciechowska, 2017, s. 149–152).

Zdecydowano, że wstępne informacje o wymowie dzieci zostaną przekazane ustnie, w późniejszym czasie rodzic dostanie szerszy, pisemny raport. W razie potrzeby wykorzystany zostałby konsekwentny tryb tłumaczenia.

Przygotowanymi narzędziami diagnostycznymi były *Мовленнева картка з картинками. Логопедичне обстеження рівня мовленнєвого розвитку дитини* (Korol, 2017) oraz *Kwestionariusz badania mowy* (Billewicz, Ziolo, 2012). Próbkę mowy miały być rejestrowane za pomocą dyktafonu, dodatkowo logopeda i interpretator tworzyliby notatki o komunikacji niewerbalnej dzieci. W razie trudności z aktywnością dziecka zachętą miały być kolorowe naklejki.

Etap współdziałania (*interaction*)

Spotkanie z dzieckiem rozpoczął logopeda, badając warunki anatomiczno-czynnościowe dziecka. Po tej części wstępnej następowała właściwa, w trakcie

której dziecko nazywało różne, obrazkowe desygnaty najpierw w języku polskim, później ukraińskim. Przed nazywaniem odbywała się krótka rozmowa w języku polskim, a potem ukraińskim. Należy też podkreślić, że dzieci nie zawsze chciały współpracować z badaczem bądź nie potrafiły nazwać desygnatu. Po zakończeniu dwóch sesji rodzic dziecka dostał krótką, ogólną informację o wnioskach zespołu diagnostycznego.

Etap analizy i podsumowania (*debriefing*)

Zespół diagnostyczny przystąpił do analizy zebranych danych. W tabelach 1 i 2 (zob. s. 21 i 22) zaprezentowano materiał, który udało się uzyskać w przeprowadzonym badaniu.

Wnioski

Wyniki zaprezentowanej analizy materiału językowego potwierdziły zasadność wyboru formuły BID do badania procesów fonologicznych dwujęzycznych dzieci. Ewaluując części przygotowania, współdziałania oraz analizy i podsumowania można było dojść do następujących konkluzji:

- dokonana analiza danych wskazała, że prawidłowo postawiono pytania badawcze;
- wybór prac dotyczących rozwoju fonologicznego w języku polskim i ukraińskim okazał się pomocny w interpretacji materiału językowego;
- przyjęte rozumienie oraz klasyfikacja procesów fonologicznych umożliwiły analizę próbek mowy;
- skonstruowany arkusz do oceny warunków anatomiczno-czynnościowych oraz słuchu był wystarczający;
- wybrane narzędzia diagnostyczne umożliwiły zebranie danych językowych;
- strategia rozmów wprowadzających przed badaniem w języku polskim i ukraińskim okazała się pomocna – dzieci płynnie przełączały kody w zależności od tego, z kim prowadziły dialog.

Zanotowane procesy fonologiczne stanowią dość szerokie spektrum: palatalizacja i depalatalizacja, lateralizacja, uprzednienie, ubezdźwięcznienie, przerwanie ciągłości, afrykatyzacja, labializacja, redukcja oraz inne substytucje spółgłoskowe (w obrębie spółgłosek nosowych i aproksymantów), a także substytucje samogłosek. Wykresy 1 i 2 obrazują procentowy udział konkretnych procesów fonologicznych w uzyskanych próbkach mowy w języku polskim oraz ukraińskim.

TABELA 1. Typy, kategoryzacja i przykłady zaobserwowanych procesów fonologicznych – badanie w języku polskim

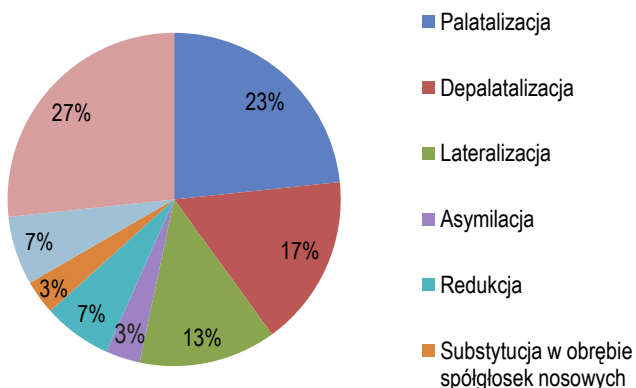
Typ procesu	Chłopiec MS (4;0; dwujęzyczność sekwenyjna)		Dziewczynka SK (5;1; dwujęzyczność sekwenyjna)		
	kategoria procesu	przykład procesu	realizacja dziecka	kategoria procesu	
Procesy rozwojowe	Substytucja spółgłoskowa	Palatalizacja /ts/ → [tɕ]	/pajɛtɕ/, /tablʲitɕa/, /vidɛ.lɛtɕ/	Uprzednienie /f/ → [s]	realizacja dziecka
		Palatalizacja /dz/ → [dʒ]	/dʒvɔnɛk/	Uprzednienie /f/ → [ts]	/salʲik/, /talɛs/, /kɔsik/
		Palatalizacja /s/ → [ɕ]	/palacɔl/, /cɔva/	Uprzednienie /ʂ/ → [z]	/ʂilʲzanɕi/, /wizvi/
		Depalatalizacja /m/ → [n]	/patɛlna/	Uprzednienie /dʂ/ → [dz]	/dzɛm/
		Palatalizacja /ʃ/ → [ɕ]	/cafka/	Lateralizacja /r/ → [l]	/palacɔl/
		Lateralizacja /r/ → [l]	/liba/, /galnɛk/, /dlabna/	Depalatalizacja /c/ → [k]	/wɔkɛɕ/
		Depalatalizacja /v/ → [v]	/vidɛ.lɛtɕ/	Depalatalizacja /ɕ/ → [s]	/xustafka/
Interferencje z J ₁	Substytucja spółgłoskowa			Asymilacja /w/ → [ʔ]	/ʲizʲi/
		W obrębie spółgłosek nosowych /nɛ/ → [mʲ]	/mʲitvʲɛtɕ/		
		Depalatalizacja /c/ → [k]	/kɔwbasa/		
		Substytucja samogłoski /i/ → [ɛ]	/mʲitvʲɛtɕ/		
Procesy nietypowe	Zakłócenie struktury sylabowej	Substytucja samogłoski /ɛ/ → [ɔ]	/kɔwbasa/		
		Redukcja /v/	/bawan/	Redukcja samogłoski /ɛ/	/wɔkɕ/

Źródło: Opracowanie własne.

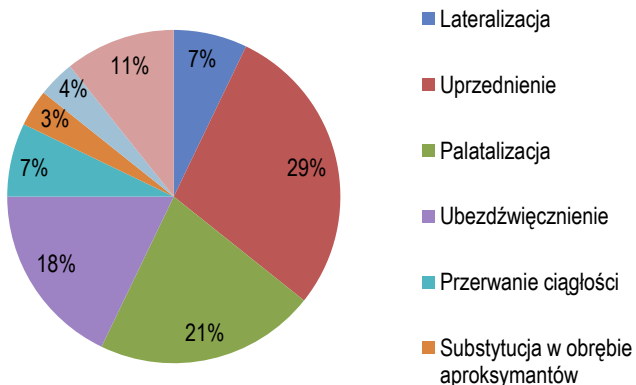
TABELA 2. Typy, kategoryzacja i przykłady zaobserwowanych procesów fonologicznych – badanie w języku ukraińskim

Typ procesu	Chłopiec MS (4;0; dwujęzyczność sekwencyjna)			Dziewczynka SK (5;1; dwujęzyczność sekwencyjna)		
	kategoria procesu	przykład procesu	realizacja dziecka	kategoria procesu	przykład procesu	realizacja dziecka
Procesy rozwojowe	Substytucja spółgłoskowa	Lateralizacja /r/ → [l]	/ɛkɫan/, /lɪba/	Substytucja spółgłoskowa	Uprzednienie /f/ → [s]	/usmɪska/, /ɟastɪk/
		Uprzednienie /t/ → [s]	/masɪna/		Uprzednienie /s/ → [z]	/nɔzɪtsɪ/
		Palatalizacja /ts/ → [tɕ]	/ɟajɫce/		Uprzednienie /t/ → [ts]	/ɟastɪk/
	Substytucja spółgłoskowa	Palatalizacja /s/ → [ɕ]	/ɕɔva/	Substytucja spółgłoskowa	Uprzednienie i ubezdźwięcznienie /s/ → [s]	/saba/, /ɟesak/
		Uprzednienie i ubezdźwięcznienie /s/ → /z/ → [s]	/sɪlaf/		Ubezdźwięcznienie /z/ → [s]	/samɔk/
Interferencje z J ₂	Substytucja spółgłoskowa	Przerwanie ciągłości /fi/ → [g]	/papuga/	Substytucja spółgłoskowa	Labializacja /t/ → [w]	/akuwa/, /swɔn/, /wɔɕ/
		Ubezdźwięcznienie /b/ → [p]	/zup/		Ubezdźwięcznienie /v/ → [f]	/ɫɛf/
	Substytucja spółgłoskowa	W obrębie aproksymantów /t/ → [l]	/ɫɔɕ/	Substytucja spółgłoskowa	Palatalizacja /n/ → [nʲ]	/swɔn/
		Afryktywizacja /d/ → [tʃ]	/tʃatɛt/		palatalizacja /k/ → [c]	/sancɪ/
Procesy nietypowe	Substytucja spółgłoskowa	Palatalizacja /n/ → [nʲ]	/fɟajɫɪk/	-	Palatalizacja /s/ → [ɕ]	/wɔɕ/
		Przerwanie ciągłości /m/ → [p]	/sɔp/		-	-

Źródło: Opracowanie własne.

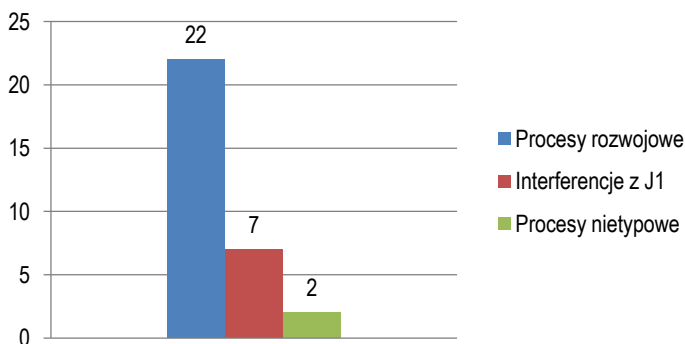


WYKRES 1. Typy zaobserwowanych procesów fonologicznych – badanie w języku polskim
 ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.



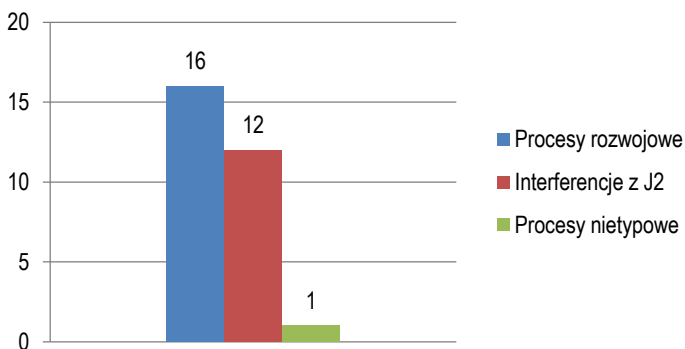
WYKRES 2. Typy zaobserwowanych procesów fonologicznych – badanie w języku ukraińskim
 ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Dzięki współpracy logopedy i interpretatora udało się dokonać kategoryzacji procesów fonologicznych; wprowadzono podział na rozwojowe, interferencje międzyjęzykowe oraz nietypowe (trudne do zinterpretowania). Warto zwrócić uwagę, że w zdecydowanej większości zaobserwowano procesy rozwojowe, w dalszej kolejności interferencje międzyjęzykowe, zwłaszcza z języka polskiego na ukraiński. Procesy nietypowe były w przypadku obojga badanych nieliczne. Liczbę zaobserwowanych procesów należących do wyszczególnionych kategorii przedstawiono na wykresie 3 i 4.



WYKRES 3. Zaobserwowane procesy fonologiczne według wyróżnionych kategorii – badanie w języku polskim

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.



WYKRES 4. Zaobserwowane procesy fonologiczne według wyróżnionych kategorii – badanie w języku ukraińskim

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Niniejsze opracowanie można rozpatrywać w dwóch wymiarach, tj. teoretycznym i praktycznym. Pierwszy wyznacza rozumienie formuły BID jako ramy metodologicznej, przydatnej w badaniu językowych aspektów dwujęzyczności polsko-obcej. Drugi wymiar to potraktowanie zaprezentowanej egzemplifikacji jako kierunku prowadzącego do wypracowania polskiego standardu postępowania logopedycznego w przypadku dwujęzyczności (lub wielojęzyczności) dziecięcej. Stworzenie takich wyznaczników byłoby szczególnie potrzebne logopedom, którzy borykają się z zagadnieniem diagnozy dzieci wychowywanych w dwujęzycznym środowisku.

Bibliografia


- BAUMAN-WAENGLER, J. (2012). *Articulatory and phonological impairments: a clinical focus*. Boston, MA: Pearson Education.
- BEE CHIN, N., WIGGLESWORTH, G. (2007). Describing bilingualism. W: N. BEE CHIN, G. WIGGLESWORTH (eds.), *Bilingualism. An advanced resource book* (s. 3–18). London: Routledge.
- BILLEWICZ, G., ZIOŁO, B. (2012). *Kwestionariusz badania mowy*. Kraków: Impuls.
- BŁASIAK-TYTUŁA, M. (2017). Kształtowanie się i rozwój mowy dziecka dwujęzycznego. W: E. JEŻEWSKA-KRASNODEBSKA, B. SKAŁBANI (red.), *Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty: konteksty teoretyczne i praktyka* (s. 247–256). Kraków: Impuls.
- BŁASIAK-TYTUŁA, M. (2018). Terapia logopedyczna dwujęzycznego dziecka z autyzmem. *Studia Pragmalingwistyczne*, 10, 197–208.
- BŁASIAK-TYTUŁA, M. (2019). *Mowa dzieci dwujęzycznych. Norma i zaburzenia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- BŁASIAK-TYTUŁA, M., ORŁOWSKA-POPEK, Z. (2017). Technika programowania języka (pierwszego i drugiego) w pracy z dzieckiem bilingwalnym. W: M. RUTKIEWICZ-HANCZEWSKA, J. SŁAWEK, E. KAPTUR (red.), *Mózg – język – komunikacja* (s. 41–54). Poznań: Rys.
- BRYNDAL, M. (2013). *Fonologiczna interpretacja procesów doskonalenia wymowy dziecięcej na tle współczesnych teorii fonologicznych*. Gliwice: Fonem.eu.
- CHENG, L. (1997). Diversity: challenges and implications for assessment. *Journal of Children's Communication Development*, 19(1), 55–62.
- CHENG, L. (2007). Improve your assessment of bilingual clients with communication disorders. *Therapy Insider*, 37, 10.
- CIESZYŃSKA-ROŻEK, J. (2012). Rozwój mowy polskich dzieci na obczyźnie – zjawiska normatywne czy zaburzenia rozwojowe? W: M. MICHALIK, A. SIUDAK, Z. ORŁOWSKA-POPEK (red.), *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej* (s. 67–82). Kraków: Collegium Columbinum.
- CIESZYŃSKA-ROŻEK, J. (2014). Zaburzenia rozwoju języka polskich dzieci za granicą. W: D. PRASZAŁOWICZ, M. ŁUŻNIAK-PIECHA, M. KULPIŃSKA (red.), *Młoda polska emigracja w UE jako przedmiot badań psychologicznych, socjologicznych i kulturowych*. <http://www.euroemigranci.pl/dokumentacja.html> [data dostępu: 1.06.2021].
- CZAPLEWSKA, E. (red.). (2018). *Logopedia międzykulturowa* (s. 209–234). Gdańsk: Harmonia.
- DE LAMO WHITE, C., JIN, L. (2011). Evaluation of speech and language assessment approaches with bilingual children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(6), 613–662.
- DĘBSKI, R., MŁYŃSKI, R., REDKVA, M. (2020). The phonological skills of bilingual preschool children speaking Polish and Ukrainian in Poland. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*. <https://doi.org/10.1080/13670050.2020.1791047>.
- GAWEŁ, K., LANGDON, H., WĘSIERSKA, K. (2015). Współpraca polskiego logopedy z tłumaczem – potrzeby, możliwości i perspektywy. *Neurolingwistyka Praktyczna*, 1, 50–65.
- GOLDSTEIN, B., KOHNERT, K. (2005). Speech, language, and hearing in developing bilinguals: Current findings and future directions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36, 264–267.
- GUTIERREZ-CLELLEN, V., PEÑA, E. (2001). Dynamic assessment of diverse children. *Language, speech, and hearing services in schools*, 31(4), 212–224.
- JAROSZEWICZ, M. (2018). *Migracje z Ukrainy do Polski. Stabilizacja trendu*. Warszawa: Ośrodek Studiów Wschodnich.
- JASSEM, W. (2003). Polish. *Journal of the International Phonetic Association*, 33(1), 103–107.
- KOHNERT, K., MEDINA, A. (2009). Bilingual children and communication disorders. A 30-year research retrospective. *Seminars in Speech and Language*, 30(4), 219–233.

- KOHNERT, K. (2013). *Language disorders in bilingual children and adults*. San Diego: Plural Publishing.
- [KOROL, A.] Король, А. (2017). *Мовленнєва картка з картинками. Логопедичне обстеження рівня мовленнєвого розвитку дитини*. Тернопіль: Мандрівець.
- LANGDON, H. (2002). *Interpreters and translators in communication disorders*. California: Thinking-Publication.
- LANGDON, H., CHENG, L. (2002). *Collaborating with interpreters and translators: A guide for communication disorders professionals*. Eau Claire, WI: Thinking Publications.
- LANGDON, H., GAWEL, K., WĘSIERSKA, K. (2018). Diagnostowanie zaburzeń w komunikacji językowej u osób bilingwalnych – praca w zespole logopedy i tłumacza. W: E. CZAPLEWSKA (red.), *Logopedia międzykulturowa* (s. 209–234). Gdańsk: Harmonia.
- LANGDON, H., SAENZ, T. (2016). *Working with interpreters and translators*. San Diego: Plural Publishing Inc.
- LIDZ, C., PEÑA, E. (1996). Dynamic assessment: the model, its relevance as a nonbiased approach, and its application to Latino American preschool children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 27(4), 367–372.
- ŁOBACZ, P., (1996). *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa: Energeia.
- MŁYŃSKI, R., REDKVA, M. (2019). Diagnoza logopedyczna kompetencji językowych u wielojęzycznych dzieci z Ukrainy. *Logopedia Silesiana*, 8, 282–294. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIA-SILESIANA.2019.08.18>.
- PAUL, D., ASHBY, T., MCNIELLY, L., RITCH, S. (2021). Support personel in audiology and speech language pathology. W: M. HUDSON, M. DERUITER (eds.), *Professional issues in speech language pathology and audiology* (s. 249–227). San Diego: Plural Publishing,
- PEÑA, E., QUINN, R., IGLESIAS, A. (1992). The application of dynamic assessment: a nonbiased procedure. *Journal of Special Education*, 26(3), 269–280.
- PERT, S., BRADLEY, B. (2018). Clinical Guidelines for Speech and Language Therapists: Bilingualism. Working with bilingual clients/patients with speech, language and communication needs. https://www.rcslt.org/clinical_resources/bilingualism/bilingualism_overview [data dostępu: 7.06.2021].
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA, D. (2017). *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*. Bytom: Ergo-Sum.
- POMPINO-MARSHALL, B., STERIOPOLO, E., ŻYGIS, M. (2017). Ukrainian. *Journal of the International Phonetic Association*, 47(3), 349–357.
- Syrnyk, M. (2017). Polityka oświatowa wobec migrantów – dzieci i uczniowie z Ukrainy w Polsce. *Acta Politica Polonica*, 2(40), 53–72.
- [SZEREMET, M.K.] Шеремет, М.К. (red.), (2014). *Логопедія. Підручник*. Київ: Слово.
- TARKOWSKI, Z., MAJEWSKA-TWOREK, A. (2018). Terapia logopedyczna dziecka dwujęzycznego. W: A. DOMAGAŁA, U. MIRECKA (red.), *Metody terapii logopedycznej* (s. 261–286). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- TARKOWSKI, Z., WIEWIÓRA, D. (2017). Bilingwizm a rozwój mowy dziecka. W: S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY, B. KAMIŃSKA (red.), *Studia logopedyczno-lingwistyczne: księga jubileuszowa z okazji 70-lecia Profesora Edwarda Łuczyńskiego* (s. 109–129). Gdańsk: Harmonia.
- UKRAINETZ, T., HARPELL, S., WALSH, C., COYLE, C. (2000). A preliminary investigation of dynamic assessment with native American kindergartners. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 31, 142–154.



DAWID PLUTECKI

Collegium Medicum, University of Jan Kochanowski in Kielce

 <https://orcid.org/0000-0002-4485-9250>

Doctor-patient communication in the opinion of medical students

In every conversation there is the problem
of finding a common language

– Antoni Kepiński

ABSTRACT: Interpersonal communication in medicine is a very important topic that requires constant development and training of health care physicians. The article is a report from a study the aim of which was to find out the opinions of medical students from Polish universities on this subject. The study involved 56 female students and 38 students who answered questions about: communication techniques in the doctor-patient relationship, protocols for passing on unsuccessful information, concerns related to contact with a given patient, communication barriers, the impact of the COVID-19 pandemic on interpersonal communication, departments with which the greatest communication problems are associated, the usefulness of optional classes during the education of students in the field of medicine. The conclusions were presented in the discussion, along with the possibilities of solving potential communication problems in the patient-doctor relationship.

KEYWORDS: interpersonal communication, doctor, patient

Komunikacja lekarza z pacjentem w opinii studentów kierunku lekarskiego

STRESZCZENIE: Komunikacja interpersonalna w leczeniu jest bardzo ważnym tematem, wymagającym trwałego rozwoju i doksztalania lekarzy ochrony zdrowia. Artykuł jest raportem z badania, którego celem było poznanie opinii studentów kierunku lekarskiego z polskich uczelni akademickich na ten temat. W badaniu wzięło udział 56 studentek i 38 studentów, którzy odpowiadali na pytania dotyczące: technik komunikacyjnych w relacji lekarz – pacjent, protokołów przekazania niepomyślniej informacji, obaw związanych z kontaktem z danym pacjentem, barier komunikacyjnych, wpływu pandemii COVID-19 na komunikację interpersonalną, oddziałów, z którymi są związane największe problemy komunikacyjne, użyteczności zajęć fakultatywnych podczas kształcenia studentów na kierunku lekarskim. Wnioski zostały przedstawione w dyskusji, wraz z możliwościami rozwiązywania potencjalnych problemów komunikacyjnych w relacji pacjent – lekarz.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja interpersonalna, lekarz, pacjent

The problems of communication between the doctor and the patient

Functioning in social life requires every human being to communicate, that is, to master a natural skill that allows them to understand, formulate thoughts, and interact with their environment. Communication interpersonally is an exchange of information between people by sending and receiving appropriate messages. A necessary condition for communication to occur is a common code, understood by both the sender and the receiver. During the transmission of the encoded information, the message may be disturbed and modified at the level of response and feedback after the message has been decoded by the recipient. This is why the relations between intrapersonal communication and interpersonal communication are so important. Throughout the development of human civilisation, man has developed more and more perfect formulas, thanks to which it has become possible to exchange experiences and establish contacts through communication with another person. Currently, according to the assumptions of the contextual-pragmatic theory, the effectiveness of communication depends not only on factors related to the developmental age, but also on such conditions as the task-related, interpersonal, cultural and linguistic contexts (Nęcki, 2007, p. 109). Every message consists of linguistic (words) and non-linguistic (gestures) components. The final meaning of the spoken message is given by non-verbal communication codes.

Because of the themes described, it is impossible to be indifferent between the patient-doctor communication. According to Section 1 of Article 12 of the medical Code of ethics, “A doctor should treat patients kindly and courteously, respecting their personal dignity, right to intimacy and privacy”. Also important in this respect is the Section 2 of this Article, “The relationship between the patient and the doctor should be based on mutual trust [...]”. Conversation with the patient, and the communication of the diagnosis are the initial tasks, which are an invitation to build contact with another person. The patient should always come on first place, the most important for the doctor and the medical staff, and not just a disease case. In the same way, the fact of the relatively short – by necessity – time allocated to the patient, or even when the consultation takes place over the telephone, this should not be an excuse for failing to approach the patient properly, for ignoring them or not answering their questions. Nowadays, patients are more and more aware of their rights, they also have a greater amount of medical knowledge thanks to the universal access to information via, for example, websites, doctors’ blogs or films explaining the aetiology of a given disease and possible therapeutic activities. Moreover, some patients have become more assertive, have more remarks concerning the doctor, write complaints and want the health service to serve their interests because they pay for it. The doctor should

look at the patient holistically and not only treat their somatic diseases, but also take care of their mental state. Despite having many responsibilities, the doctor should also continue with their education on this issue so as to adapt to the needs of each patient. In 2018, the patient ombudsman and the president of the Chamber of Physicians and Dentists approached the rectors of medical universities with a proposal to increase the amount of time allocated to practical teaching on effective communication with patients. This is further evidence of how important it is to learn how doctors should communicate with patients. This is a social and ethical problem. The diagnosis and prognosis are not always favourable for the patient, and their family and relatives; nevertheless, the doctor must remain objective and professional, and give them adequate time to get used to the message, and the content of the message must be comprehensible to the patient (Kępiński, 2014, pp. 40–46). According to Section 2 of article 13 of the medical Code of ethics, “Any information given to the patient should be formulated in a way that is understandable to them.”

One of the contemporary advocates of the importance of patient-doctor communication among the medical community and students is Stanisław Głuszek who in his monograph entitled “A Record of Dying” presents ethical and moral dilemmas and problems in the daily work of a physician, the author also presented the human drama accompanying the patient shortly before death (Głuszek, 2011, pp. 17–41). It is worth reminding that attention was paid to this issue already in ancient India. Sushruta Samhita, an ancient Sanskrit text on medicine and surgery from around the 6th century BC emphasised the importance of proper communication with the patient in the context of medical ethics. “Devote yourself wholly to healing the patient even if you lose your life in the process. Never harm the patient, not even in your thoughts. Always try to improve your knowledge [...] The doctor must pay attention to his good attire, and must behave properly. You must never talk to the patient about his possible death if by doing so you harm the patient or someone else” (Thorwald, 2021, pp. 161–200). This text is clearly similar to the Hippocratic Oath, so well-known among the public.¹

The problem of doctor-patient communication is addressed in numerous empirical studies. Antonina Ostrowska proved in her research that constructive explanation of the cause of the illness and the way of its treatment is important for 68%² of patients (Ostrowska, 2009, pp. 236–250). The author stressed that nowadays, amidst the throngs of patients and a small number of doctors, it is sometimes forgotten that most patients want to feel important to the doctor and entrust their lives to them. The patient’s autonomy and will should always be respected, and the good of the patient should be paramount.

1 Historians argue to this day about which texts came earlier.

2 All percentages are rounded to the nearest whole number.

Research by Agnieszka Sulkowska, Stanisław Milewski and Katarzyna Kaczorowska-Bray (2018, pp. 36–55) also yields interesting conclusions. The authors conducted narrative interviews among 52 patients, 32 women and 20 men, who were all chronically ill and have been hospitalised multiple times. The analysis shows that 40% of the respondents stated that a “good conversation” builds mutual trust and helps with the healing process. Furthermore, 65% of the respondents considered time adequately devoted to them as a sign of respect towards the patient, while the rest of the patients mentioned the doctor’s high level of factual knowledge and empathetic approach to the patient as the basis of communication. In addition, 48% of patients believe that it is possible for the doctor and the patient to choose the most convenient treatment method together, in a friendly atmosphere. For all patients, when communicating the so-called “bad news”, the most important thing is to leave the patient with “some hope” so that they have further motivation to live, and to present a plan for further management of the disease. All the respondents stressed that doctors should have optional classes in the subject “communication with the patient” during their medical studies. Another author, Jack Pun, conducted a study with a group of 50 Chinese sixth-year students attending a medical school in Hong Kong and distinguished 6 patterns, or discourse strategies of conveying news to the patient that were used by the students. These patterns were as follows: placing great emphasis on patients’ emotional needs, showing insufficient concern for patients’ emotional needs, prioritising a preferred treatment plan rather than respecting patients’ families’ needs, acknowledging concerns about patients’ physical discomfort and their dying wishes, breaking bad news directly to patients, and satisfying patients’ expectations concerning their family. Additionally, some students showed poor sensitivity to non-verbal cues such as tone of voice, gestures and body language (Pun, 2021).

Another group of authors addressed the issue of optional classes on correct physician-patient communication (Villela et al., 2020). In this study, carried out at the Midwestern school of medicine, 30 students from this university participated in a course that lasted one term (four hours a week) and covered topics such as using the SPIKES³ protocol, dealing with multiple stressful situations, and breaking bad news (Jarosz, 2013, pp. 225–229). The results of this study were as follows:

- 30% of the students were aware of the importance of communicating bad news in medicine, and of the existence of specific protocols. The results for

³ This is an example of a protocol for breaking bad news to a patient. Each letter of the word SPIKES stands for the consecutive stage in the conversation with the patient: setting – appropriate setting; perception – recognition of the current state of the patient’s knowledge; invitation – invitation to conversation; knowledge – breaking the news; emotions and empathy; strategy and summary – plan of action and summary.

the group after the course indicated that 90% of the participants recognised the importance of communicating bad news and stated that they were able to apply the protocols in their clinical training situations;

- 90% of the students said that they had never been trained in delivering bad news and felt that this was an important gap in the medical curriculum. The most valued teaching strategies were role-playing and the use of the SPIKES protocol;
- 80% students admitted that they realised how important it is to tell the truth to the patient and develop empathy in order to ensure good professional performance;
- 76% of the students realised the need to improve in the terms of body language, gestures and other verbal and non-verbal communication codes.

Katarzyna Mendyk, Monika Kowalik, Bartosz Kuczyński and Joanna Nurzyńska-Flak surveyed 327 fifth- and sixth-year students and doctors in training from Polish medical academic centres. The empirical analysis suggests that the course of a conversation is most often influenced by the patient's beliefs and perceptions (40% of respondents indicated this factor), emotions (21%) and expectations of the patient towards the physician (16%). As many as 98% of respondents found the ability to establish communication important in the work of physicians, but 89% stressed that a person could develop this ability by themselves. Most of the respondents assessed their own skills as good or average. Nearly half of the respondents believed that classes on communication with patients are inadequately taught at the university in relation to the reality of professional work. Most people felt that it was important to inform the patient about their current state of health and tell them the truth (Mendyk, Kowalik, Kuczynski & Nurzyńska-Flak, 2016, pp. 267–277).

An important aspect of doctor-patient communication is personal distance, i.e. the culturally defined distance people maintain from others. Edward Hall described four types of distance, highlighting each of them into a closer and a further phase. These are intimate, personal, social and public distance zones. During an conversation or examination, the doctor most often exceeds the limits defined by the last three distances. Social distance (1.20–3.60 m) concerns strangers or acquaintances with whom a given person does not have a closer relationship, but an individual distance (0.45–1.20 m) and an intimate distance (up to 0.45 m) they designate zones to which only the closest people are admitted (Hall, 2001, pp. 145–162). It is worth taking these conditions into account in medical practice.

Aim of research and study group

The aim of the study was to learn the opinions of medical students on doctor-patient communication. Thus far, such studies have rarely been conducted in Poland, and students constitute the appropriate group as they observe what Polish health care looks like and try, with youthful enthusiasm, to improve it and not to make the mistakes of their predecessors. Particular interest in this problem is due to the growing interest in doctor-patient communication and the increasing number of lawsuits brought against Polish doctors in which it is emphasised that doctors often fail to reach out to their patients and to find a common language with them when talking about the planned treatment (Tymiński & Serocka, 2018, pp. 32–39).

The study presented involved 94 medical students, specifically 56 women (representing 60% of the respondents) and 38 men (representing 40% of the respondents). Study participants were students: Medical University of Warsaw (7 people, which is 7% of the group; 5 women and 2 men), Jan Kochanowski University of Kielce (18 people which is 19%; 8 women and 10 men), Jagiellonian University of Krakow (47 people, which is 50%; 30 women and 17 men), Medical University of Silesia in Katowice (17 people, which is 18%; 9 women and 8 men) and Nicolaus Copernicus University in Toruń (5 people, which is 4%; 4 women and 1 man). The empirical analysis showed that 33 people (i.e. 35% of the respondents) lived in a city with more than 500,000 inhabitants; 16 people (17%) lived in a city with a population between 100,000 and 500,000 inhabitants; 14 people (15%) lived in a city with a population between 25,000 and 100,000 inhabitants, while 31 people (33%) lived in a village or town with less than 25,000 inhabitants. Moreover, 74 respondents (i.e. 79% of the group) were single, 18 respondents (19%) were in an informal relationship, and only 2 people (2%) were married. Everybody was informed about the purpose of the study and assured that the results of the study would be used exclusively for research purposes, and agreed to participate in the study.

The method used was a diagnostic survey. The research tool that was used was a survey questionnaire developed in advance and made available through an online platform from June to August 2021. The survey questionnaire could only be completed once, and it consisted of open-ended, closed-ended, single-choice and multiple-choice questions, with the option of adding one's own suggestions on particular issues. It was the sex of the respondents that was assumed as the differentiating variable.

Analysis of survey results

An important aspect of the study was to find out about students' familiarity with some well-known protocols for communicating information to the patient. Students had a choice of four protocols, i.e. SPIKES, EMPATIA⁴, SBAR⁵ and RSVP⁶. According to the answers given, 31 female students (representing 38% of women's responses) and 15 male students (representing 21% of men's responses) were not familiar with any of the protocols listed. The SPIKES protocol was known to 20 female (25%) and 23 male students (33%). The EMPATIA protocol was ticked by 16 female (20%) and 15 male students (21%). The SBAR description was indicated by 6 students (7%) and 9 students (13%), and RSVP – 8 students (10%) and also 8 students (11%). Both methods involve standardising the form in which key information is communicated within a communication framework that is expected by all the staff and well-known to them. By using an easy-to-remember and patient-centred form of communication, members of the health care team significantly increase the level of patient safety, especially in critical and life-threatening situations.

The next question in the questionnaire was to find out which patient students are most afraid of having contact with while working in the profession. Both women and men most often indicated an aggressive patient, 31 female students (55%) and 18 male students (47%), respectively. Female students then selected the following patients: oncological (6 female students, i.e. 11% female students participating in the study), psychiatric (5 female students – 9%), paediatric (4 female students – 7%), geriatric (3 female students – 5%) and with a disability (2 female students – 4%). One of the students (2%) selected teenage patients, chronically ill and pregnant women. The answers: foreign patient, and neurological patient, were also added by 1 respondent (2%) in each case. Male students, on the other hand, chose differently: psychiatric patient (9 students, which constitutes 24% of the student group), paediatric patient (5 students; 13%), geriatric

4 The tool was designed by D.r. Katarzyna Jankowska. The name is formed from the first letters of the terms in Polish, in turn: "emotions", "place and people", "patient's perspective", "adequate language", "message content", "additional information", "annotations in documentation" (Komunikacja w opiece medycznej – materiały szkoleniowe).

5 The name SBAR also refers to the following stages: situation – situation, problem; background – background; assessment – evaluation, analysis of possible options; recommendation – recommendation, action

6 It concerns the transfer of information about a patient to another doctor and includes the following stages: reason – reason for the conversation; story – patient history; vital signs – vital signs of the patient; plan – your plan for further treatment of the patient.

patient (3 students; 8%), and oncological patient (2 students; 5%); at the same time, 1 student (3%) stressed that he was not afraid of contacts with any patient.

The next task was to indicate the most important barriers to communication in the doctor-patient relationship. The students were unanimous in most cases as they considered that judging (36 female students, i.e. 26% and 24 male students, i.e. 27%), pressuring (29 female students – 21% and 20 male students – 23%), generalising (27 female students – 20% and 18 male students – 20%) and giving double messages (30 female students – 22% and 9 male students – 10%) are often used and at the same time pejorative methods of talking to the patient about their disease, treatment and way of life. Less popular options were: excessive praising of the patient (7 female students – 5% and 5 male students – 6%) and using informal forms of address (1 female student; 1% and 1 male student; 1%). The students extended the proposed selection of communication barriers to the following: a paternalistic approach, lack of time and the use of incomprehensible medical jargon, lack of medical knowledge of the patient, difficulties with speaking and hearing of the patient (one answer, which is 2% for each of them).

Also important in the context of the analysis was the students' opinion concerning doctor-patient communication in relation to the current COVID-19 virus pandemic. As many as 46 female students (82%) and 29 male students (76%) considered that the pandemic has a negative impact on conversation, building mutual trust and doctor-patient relations. Only 1 female student (2%) and 4 male students (11%) recognized that the pandemic had no effect on communication. In contrast, an indifferent attitude was revealed by 9 female students (16%) and 5 male students (13%), respectively.

The doctor should be professionally prepared to admit each patient. Therefore, the next question concerned the knowledge of the communication toolkit for communicating with a person with hearing impairment. Only 11 female (20%) and 3 male (8%) students in the survey knew this form of communication with a deaf or hard of hearing person. The rest of the respondents answered negative.

A various of techniques for proper communication are mentioned in the literature. This question was specifically about the most important techniques that students would use in their future work. It was agreed that the most important conversation methods are: active listening (49 female students, accounting for 19% of responses and 36 male students, accounting for 19% of responses), appropriate language and pace of speech (47 female students – 18% and 33 male students – 18%), appropriate formulation of questions (43 female students – 16% and 32 male students – 17%), using confidence-building messages (35 female students – 13% and male students – 14%), carrying on a conversation (27 female students – 10% and 23 male students – 12%), and explaining (27 female students – 10% and 19 male students – 10%). Less popular responses were the use of paraphrasing (18 female students – 7% and 13 male students – 7%) and of motivational dialogue by the

doctor (17 female students – 6% and 4 male students – 2%). 1 female student (less than 0,5%) added that good manners, understanding and dispelling any doubts were also effective techniques.

In the next question, the respondents were to decide whether, in their opinion, communication with the patient in the polish health care practice is at an appropriate, satisfactory level. 46 female students (82%) and 29 male students (76%) pointed out that this issue needs changes in this regard. The rest of the respondents stated that they were satisfied with the way the doctor talks to the patient. The next question complements the previous one by asking which hospital departments have the greatest deficiencies with regard to proper doctor-patient communication. Exactly half of the female (50%) and male (50%) students pointed out the hospital emergency department. 7 female students (12%) and 6 male students (16%) considered primary health care department. It is worth noting that as many as 10 female students (18%) and 7 male students (18%) considered that communication problems occur in every hospital department while 4 female students (7%) and 2 male students (5%) decided to abstain from voting considering that, unfortunately, they did not have enough knowledge on the above subject. Less frequently selected answers were: gynaecology and obstetrics (3 female students – 5% and 1 male student – 3%) and general and oncological surgery (1 female student – 2% and 2 male students – 5%), intensive care unit (2 students – 4%), geriatric unit (1 student – 2%); 1 student added the answer: endocrinology department (3%).

The penultimate question concerned the non-verbal form of interpersonal communication. The most popular answer among 19 female students (34%) and 17 male students (45%) was non-verbal aspects of speech such as correct accentuation, tone of voice and speed of speech. Frequently indicated were also facial expressions and gestures (16 female students, representing 29% and 9 male students, representing 24%) and eye contact, selected by 15 female students (27%) and 7 male students (18%). Only 1 female student (2%) considered bridging the social gap as an equally important element of communication. Single answers among male students (3%) were: dress, touch contact and bridging the social gap. 2 students (5%) and 5 female students (9%) had a different opinion, who answered that the physician's body posture was the most important.

At the end, the students were asked about the usefulness of optional classes on correct communication with the patient at medical universities. In this question, the respondents were almost completely agreement because as many as 53 female students (95%) and 34 male students (89%) found such classes useful in the medical profession. The rest of the respondents found such classes useless, i.e. 3 female students (5%) and 4 male students (11%).

Discussion and summary

The findings compiled show that students are aware of the problems arising from physician-patient communication. The empirical analysis has shown that they have limited knowledge of the protocols for breaking bad news and communication within hospital settings. It should be emphasised that universities, hospitals and other health institutions should educate students also in this area. According to Article 78 of the medical Code of ethics, “Doctors who teach students or train doctors should by their conduct set an example worthy of emulation for students and young doctors being under their care”. Available, these toolkits schematically facilitate, improve and, most importantly, increase patient safety, both mental and somatic. In the same way, being familiar with the toolkit for communicating with deaf or hard of hearing patients makes it possible to find out more quickly about the their diseases, patient’s allergies, past by him operations, medications taken (Karta komunikacji z osobą głuchą w POZ; Karta komunikacji z osobą głuchą – wersja SOR). This form of communication is also more convenient for these patients. Communication in the patient-doctor relationship is not carried out in an appropriate manner and requires improvement on the part of doctors. The current COVID-19 pandemic certainly does not improve this situation; therefore, it is necessary to promote this topic and recommend appropriate changes in medical attitudes.

It is worth noting that the respondents coped very well with the question concerning communication techniques with patients, both in the context of verbal and non-verbal communication. This knowledge should be expanded and translated into daily routine in the work of doctors. The respondents notice communication problems in multiple hospital departments. Some of them think that the problem concerns each of the hospital units organising help for the patient. Male and female students are aware of the mistakes doctors make. This is optimistic news, because it allows you to hope that they will avoid making similar mistakes in their professional work. Optional classes on communication with patients are necessary in the opinion of the students and importantly useful for their later work with patients in hospital setting. Students’ theoretical knowledge should be used in a practice during communicating with another person.

The survey has shown that the COVID-19 pandemic can only exacerbate the communication problem in the doctor-patient relationship. Negative effects of the ongoing pandemic include a higher percentage of consultations over the telephone instead of outpatient visits, wearing masks (admittedly, they reduce transmission of the virus, but they affect the non-verbal aspects of speech, etc.), maintaining a social distance of at least 2 m, and patients’ fear of going to the doctor. Unfor-

tunately, it is currently difficult to set a date for the end of the pandemic, and the problem is getting worse.

Female and university students have concerns about contact with patients with various mental and somatic dysfunctions, with disabilities, as well as children and elderly patients. This concern may be due to the lack of experience. During their six years of study at Faculties of Medicine, students rarely come into contact with aggressive patients from narcotic drugs so they fear for their lives and comfort at work. It is worth noting that aggressive patients constitute a small group of all patients admitted to hospitals; nevertheless, doctors must be prepared to work with every patient. It must be emphasized once again, that the respondents show vast knowledge of possible communication techniques. Therefore, it is necessary to support the development of students in this area, so that they are confident in their skills and are able to use them while working with the patient. Each patient is different and requires an individual approach both therapeutically and in terms of establishing a contact.

It is worth emphasising that communication problems at an emergency department may result from long waiting times, the patient's growing pain and impatience, the overcrowding, staff shortages and the stressful workplace for doctors. The high number of answers related to communication problems in primary health care is surprising. It should be emphasised once again that the patient always requires respect, appropriate treatment and adequate care. It is necessary to strive to improve the functioning of each of the hospital departments in order to improve Polish health care and to make patients feel safe. The doctor should refrain from judging, pressuring, joking and giving double messages in contact with the patient. The patient must feel important, must feel free to form a relationship with the doctor. Then the shared trust towards each other and the doctor's knowledge will support the treatment and convalescence of the patient.

In order to improve the period during which students get ready to enter the reality of the health service setting, it is necessary to extend or add an optional course on proper communication with the patient at some universities. Moreover, extra courses on such topics will facilitate later work in the medical profession, and will be beneficial to patients. This is not easy due to the large number of obligatory subjects during medical studies in Poland. However, efforts should be made in order to improve medical students' communication skills for the sake and safety of the patients. Classes on this subject can solve many of these problems.

The medical community should strive to improve the opinions of all social groups regarding health care. A higher level of knowledge about the doctor's work and its substantive evaluation will improve and facilitate this work. Moreover, in such a situation, patients will feel safer and will visit a doctor more often, which will improve prevention and early diagnosis of diseases.

References

- DROP, K., & DROP, B. (2016). Physician-patient communication in healthcare facilities. *Zeszyty Naukowe KUL*, 59(3), 109–123.
- GŁUSZEK, S. (2011). *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Primavera.
- GORDON, T. (1999). *Pacjent jako partner*. Transl. T. SZAFRAŃSKI. Warszawa: Pax.
- HALL, E. (2001). *Ukryty wymiar*. Transl. T. HOŁÓWKA. Warszawa: Muza.
- JAROSZ, M. (2013). Przekazywanie niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 9(6), 225–229.
- Karta komunikacji z osobą głuchą w POZ. https://www.mp.pl/pacjent/pierwsza_pomoc/show.html?id=222722 [access: 16.03.2021].
- Karta komunikacji z osobą głuchą – wersja SOR. <https://www.mp.pl/ratownictwo/pacjent-gluchy/218299,pobierz-karte-komunikacji-z-osoba-glucha> [access: 15.03.2021].
- KĘPIŃSKI, A. (2014). *Poznanie chorego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kodeks etyki lekarskiej* (2017). Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.
- Komunikacja w opiece medycznej – materiały szkoleniowe. <https://komunikacjamedyczna.pl/edukacja-materialy-szkoleniowe/> [dostęp: 16.03.2021].
- MENDYK, K., KOWALIK, M., KUCZYŃSKI, B., & NURZYŃSKA-FLAK, J. (2016). Wybrane aspekty komunikacji lekarza z pacjentem: opinia studentów medycyny i lekarzy stażystów. In: D. ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK, M. JANISZEWSKA (eds.), *Zdrowie, psychologia, społeczeństwo – przegląd wybranych zagadnień* (p. 267–277). Lublin: Tygiel.
- NĘCKI, Z. (2007). *Komunikacja międzyludzka*. Kluczbork: Antykwa.
- OSTROWSKA, A. (2009). Modele relacji lekarz – pacjent. In: OSTROWSKA, A. (ed.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy* (p. 236–250). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- PUN, J. (2021). A study of Chinese medical students' communication pattern in delivering bad news: an ethnographic discourse analysis approach. *BMC Medical Education*, 21(286). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02724-6>.
- SULKOWSKA, A., MILEWSKI, S., & KACZOROWSKA-BRAY, K. (2018). Komunikacja lekarz–pacjent w opinii pacjentów. *Logopedia Silesiana*, 7, 36–55. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.03>.
- THORWALD, J. (2021). *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga – Egipt, Babilonia, Indie, Chiny, Meksyk, Peru*. Tłum. A. BANDURSKI, J. SZCHANIECKA. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- TYMIŃSKI, R., & SEROCKA, M. (2018). Kto i ile płaci za błędy medyczne? Analiza linii orzecniczej wydziałów cywilnych sądów powszechnych w sprawach o błąd medyczny. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3(1), 32–39.
- VILLELA, E.F.M., et al. (2020). Effects on medical students of longitudinal small-group learning about breaking bad news. *The Permanente Journal*, 24(2). <https://doi.org/10.7812/TPP/19.157>.



DAWID PLUTECKI

Collegium Medicum, Uniwersytet im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

<https://orcid.org/0000-0002-4485-9250>

Komunikacja lekarza z pacjentem w opinii studentów kierunku lekarskiego

W każdej rozmowie istnieje problem
znalezienia wspólnego języka

– Antoni Kępiński

On patient-doctor communication as perceived by medical students

ABSTRACT: Interpersonal communication in medicine is a very important topic that requires constant development and training of health care physicians. The article is a report from a study the aim of which was to find out the opinions of medical students from Polish universities on this subject. The study involved 56 female students and 38 students who answered questions about: communication techniques in the doctor-patient relationship, protocols for passing on unsuccessful information, concerns related to contact with a given patient, communication barriers, the impact of the COVID-19 pandemic on interpersonal communication, departments with which the greatest communication problems are associated, the usefulness of optional classes during the education of students in the field of medicine. The conclusions were presented in the discussion, along with the possibilities of solving potential communication problems in the patient-doctor relationship.

KEYWORDS: interpersonal communication, doctor, patient

STRESZCZENIE: Komunikacja interpersonalna w leczeniu jest bardzo ważnym tematem, wymagającym trwałego rozwoju i doksztalcania lekarzy ochrony zdrowia. Artykuł jest raportem z badania, którego celem było poznanie opinii studentów kierunku lekarskiego z polskich uczelni akademickich na ten temat. W badaniu wzięło udział 56 studentek i 38 studentów, którzy odpowiadali na pytania dotyczące: technik komunikacyjnych w relacji lekarz-pacjent, protokołów przekazania niepomyślniej informacji, obaw związanych z kontaktem z danym pacjentem, barier komunikacyjnych, wpływu pandemii COVID-19 na komunikację interpersonalną, oddziałów, z którymi są związane największe problemy komunikacyjne, użyteczności zajęć fakultatywnych podczas kształcenia studentów na kierunku lekarskim. Wnioski zostały przedstawione w dyskusji, wraz z możliwościami rozwiązania potencjalnych problemów komunikacyjnych w relacji pacjent – lekarz.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja interpersonalna, lekarz, pacjent

Problematyka komunikacji lekarza z pacjentem

Funkcjonowanie w życiu społecznym wymaga od każdego człowieka komunikowania się, czyli opanowania naturalnej umiejętności, która pozwoli mu na rozumienie, formułowanie myśli i oddziaływanie na środowisko. Komunikacja interpersonalna jest to wymiana informacji między ludźmi, polegająca na nadawaniu i odbieraniu odpowiedniego komunikatu. Niezbędnym warunkiem do zaistnienia komunikacji jest wspólny kod, rozumiany zarówno przez nadawcę, jak i przez odbiorcę. W trakcie przekazania kodowanej informacji może dojść do zakłóceń oraz modyfikacji komunikatu na poziomie reakcji i informacji zwrotnej po zdekodowaniu wiadomości przez odbiorcę. Dlatego tak ważne są zależności między komunikacją wewnątrzsobową a komunikacją międzyludzką. Na przestrzeni rozwoju ludzkiej cywilizacji człowiek wypracował coraz doskonalsze formuły, dzięki którym stały się możliwe wymiana doświadczeń i nawiązywanie kontaktów poprzez komunikację z drugą osobą. Obecnie, zgodnie z założeniami teorii kontekstowo-pragmatycznej, efektywność komunikowania się zależy nie tylko od czynników związanych z wiekiem rozwojowym, ale również od takich uwarunkowań, jak kontekst zadaniowy, interpersonalny, kulturowy i lingwistyczny (Nęcki, 2007, s. 109). Każdy komunikat składa się z elementów językowych (słów) i niejęzykowych (gestów). Ostateczne znaczenie wypowiedzianej treści wiadomości nadają kody komunikacji niewerbalnej.

Ze względu na opisane wątki nie sposób przejść obojętnie obok komunikacji między pacjentem a lekarzem. Zgodnie z podpunktem 1 artykułu 12 Kodeksu etyki lekarskiej: „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności”. Również ważny w tej kwestii jest 2 podpunkt tego artykułu: „Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu [...]”. Rozmowa z pacjentem, przekazanie diagnozy stanowią wstępne zadania, które są zaproszeniem do budowania kontaktu z drugim człowiekiem. Pacjent powinien być zawsze stawiany na pierwszym miejscu, najważniejszy dla lekarza i personelu medycznego, a nie jedynie postrzegany przez pryzmat jednostki chorobowej. Podobnie fakt stosunkowo krótkiego – z konieczności – czasu przeznaczonego dla pacjenta w trakcie konsultacji, teleporady lub wizyty w gabinecie nie powinien być usprawiedliwieniem braku odpowiedniego podejścia do chorego, lekceważenia go lub nieudzielenia odpowiedzi na jego pytania. Współcześnie pacjenci są coraz bardziej świadomi swoich praw, mają też większy zasób wiedzy medycznej dzięki powszechnemu dostępowi do informacji za pośrednictwem np. stron internetowych, blogów lekarzy czy filmów wyjaśniających etiologię danej choroby i możliwe działania lecznicze. Co więcej część pacjentów stała się bardziej asertywna, zgłasza więcej uwag wobec lekarza, pisze skargi i chce, by służba zdrowia służyła ich interesom, bo

za nią płacą. Lekarz powinien holistycznie spojrzeć na pacjenta i nie tylko leczyć jego choroby somatyczne, ale też dbać o jego kondycję psychiczną. Pomimo wielu obowiązków powinien doksztalać się także w tej kwestii tak, by dopasować się do potrzeb każdego chorego. W 2018 roku rzecznik praw pacjenta i prezes Naczelnej Izby Lekarskiej wystąpili do rektorów wyższych uczelni medycznych z propozycją zwiększenia liczby godzin nauczania praktycznego w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem. To kolejny dowód na to, jak ważne jest kształcenie lekarzy w zakresie porozumiewania się z pacjentami. Jest to problem społeczny i etyczny. Nie zawsze postawiona diagnoza i rokowania są pomyślne dla pacjenta, jego rodziny i bliskich, niemniej jednak lekarz musi zachować obiektywizm, profesjonalizm i dać odpowiedni czas na oswojenie się z informacją, a treść tejże musi być zrozumiała dla chorego (Kępiński, 201, s. 40–46). Zgodnie z podpunktem 2 artykułu 13 Kodeksu etyki lekarskiej: „Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały”.

Jednym ze współczesnych rzeczników problematyki komunikacji pacjent – lekarz wśród społeczeństwa lekarskiego i studentów jest Stanisław Głuszek, który w monografii *Zapis umierania* przedstawia dylematy i problemy etyczno-moralne w codziennej pracy lekarza, a także dramat ludzki towarzyszący pacjentowi na niedługo przed śmiercią (Głuszek, 2011, s. 17–41). Warto przypomnieć, że już w starożytnych Indiach zwrócono uwagę na to zagadnienie. W sanskryckim traktacie Suśruta-Samhita z około VI wieku p.n.e. podkreślano znaczenie odpowiedniej komunikacji z pacjentem w kontekście etyki lekarskiej. „Poświęć się całkowicie pomocy choremu, nawet jeśli przy tym stracisz swoje życie. Nigdy nie szkodź choremu, nawet w myślach. Staraj się zawsze doskonalić swoją wiedzę [...]. Lekarz ma zwracać uwagę na swój dobry strój i ma właściwie się zachowywać. Choremu nie wolno mówić o możliwej jego śmierci, jeśli tym zaszkodzi się choremu albo komuś innemu” (za: Thorwald, 2021, s. 161–200). Tekst ten jest wyraźnie podobny do, znanej powszechnie, przysięgi Hipokratesa¹.

W licznych opracowaniach empirycznych autorzy poruszają problem komunikacji lekarza z pacjentem. Antonina Ostrowska w badaniach dowiodła, że konstruktywne wyjaśnianie przyczyny choroby i sposobu jej leczenia jest ważne dla 68%² pacjentów (Ostrowska, 2009, s. 236–250). Autorka zaakcentowała, że obecnie, w sytuacji rosnącej liczby pacjentów, a małej liczby lekarzy, niekiedy zapomina się, że większość pacjentów chce się czuć ważna dla lekarza i powierza mu swoje życie. Należy zawsze szanować autonomię i wolę pacjenta, kierując się oczywiście wyłącznie jego dobrem.

Z badań Agnieszki Sulkowski, Stanisława Milewskiego i Katarzyny Kaczorowskiej-Bray (2018, s. 36–55) również wynikają ciekawe wnioski. Autorzy prze-

1 Historycy do dziś się spierają, który z tekstów powstał wcześniej.

2 Wszystkie wartości procentowe podano w zaokrągleniu do liczb całkowitych.

przewadzili wywiad narracyjny wśród 52 pacjentów: 32 kobiet i 20 mężczyzn, będących osobami przewlekle chorymi, wielokrotnie hospitalizowanymi. Z analizy tej wynika, że 40% badanych stwierdziło, że „dobra rozmowa” buduje wzajemne zaufanie i poprawia proces leczenia. Ponadto 65% respondentów uznało odpowiednio poświęcony czas dla nich jako przejaw szacunku względem pacjenta, natomiast reszta wymieniała wysoki poziom wiedzy merytorycznej lekarza oraz empatyczne traktowanie pacjenta jako podstawę komunikacji. Dodatkowo 48% pacjentów wskazało, że w życzliwej atmosferze można wybrać razem z lekarzem najdogodniejszą dla chorego metodę leczenia. Dla wszystkich pacjentów podczas przekazania tzw. złych wiadomości najważniejsze jest pozostawienie pacjentowi „jakieś nadziei”, aby miał dalszą motywację do życia, oraz przedstawienie mu planu dalszego postępowania z chorobą. Wszyscy respondenci akcentowali, że lekarze w trakcie studiów medycznych powinni mieć zajęcia fakultatywne z przedmiotu: komunikacja z pacjentem. Inny autor, Jack Pun, na podstawie badań dotyczących grupy 50 chińskich studentów szóstego roku uczęszczających do szkoły medycznej w Hongkongu, wyróżnił 6 wzorców przekazywania niepomyślnej wiadomości pacjentowi, którymi posługiwali się studenci. Były to następujące wzorce: położenie dużego nacisku na potrzeby emocjonalne pacjentów, wykazywanie niedostatecznej troski o potrzeby emocjonalne pacjentów, nadanie priorytetu preferowanemu planowi leczenia zamiast respektowania potrzeb rodzin pacjentów, przyznanie się do obaw związanych z fizycznym dyskomfortem i życzeniami umierających pacjentów, bezpośrednie ujawnianie złych wiadomości pacjentom oraz zaspokojenie rodzinnych oczekiwań pacjentów. Dodatkowo niektórzy studenci wykazywali słabą wrażliwość na sygnały niewerbalne, takie jak ton wypowiedzi, manieri i postawa ciała (Pun, 2021).

Kolejna grupa autorów zajęła się zajęciami fakultatywnymi dotyczącymi prawidłowej komunikacji lekarza z pacjentem (Villela et al., 2020). W badaniu, realizowanym w szkole medycznej w Midwestern, uczestniczyło 30 studentów, którzy brali udział w kursie trwającym przez jeden semestr (po 4 godziny tygodniowo) i obejmującym tematykę: posługiwania się protokołem SPIKES³, radzenia sobie z wieloma sytuacjami stresowymi, przekazywania niekorzystnej informacji (Jarosz, 2013, s. 225–229). Wyniki tego badania były następujące:

- 30% studentów było świadomych znaczenia przekazywania złych wiadomości w medycynie i istnienia specjalnych protokołów. Wyniki grupy po kursie wskazały, że 90% uczestników dostrzegło znaczenie przekazywania

3 Jest to przykład protokołu przekazania niepomyślnej wiadomości pacjentowi. Każda z liter słowa SPIKES oznacza kolejny etap rozmowy z pacjentem: *setting* – stosowne otoczenie; *perception* – poznanie aktualnego stanu wiedzy chorego; *invitation* – zaproszenie do rozmowy; *knowledge* – przekazanie wiadomości; *emotions and empathy* – emocje i empatia; *strategy and summary* – plan działania i podsumowanie.

złych wiadomości i uznało, że byłoby w stanie zastosować protokoły w swoich sytuacjach szkolenia klinicznego.

- 90% studentów stwierdziło, że nigdy nie zostało przeszkolonych w przekazywaniu złych wiadomości, i uważało, że jest to istotna luka w programie nauczania medycyny. Najbardziej cenionymi strategiami nauczania były odgrywanie ról oraz korzystanie z protokołu SPIKES.
- 80% studentów przyznało, że zdaje sobie sprawę, jak ważne jest mówienie prawdy wobec pacjenta i rozwijanie empatii w celu osiągnięcia dobrych wyników zawodowych.
- 76% studentów zdawała sobie sprawę z potrzeby poprawy w zakresie postawy ciała, gestów i innych kodów komunikacji werbalnej i niewerbalnej.

Katarzyna Mendyk, Monika Kowalik, Bartosz Kuczyński i Joanna Nurzyńska-Flak ankietowali 327 studentów piątego i szóstego roku oraz lekarzy stażystów z polskich medycznych ośrodków akademickich. Z analizy empirycznej wynika, że na przebieg rozmowy najczęściej mają wpływ: przekonania i wyobrażenia pacjenta (40% ankietowanych wskazało ten czynnik), emocje (21%) i oczekiwania chorego wobec lekarza (16%). Aż 98% ankietowanych zauważyło, że umiejętność nawiązania komunikacji jest istotna w pracy lekarza, a 89% podkreśliło, że umiejętność tę da się wypracować samemu. Większość badanych określiła swoje umiejętności w tym zakresie na poziomie dobrym lub średnim. Blisko połowa ankietowanych uważała, że zajęcia na uczelni z komunikacji z pacjentem są prowadzone nieodpowiednio, w oderwaniu od rzeczywistości pracy zawodowej. Większość osób uznała, że należy informować pacjenta o jego obecnym stanie zdrowia i mówić mu prawdę (Mendyk, Kowalik, Kuczyński, Nurzyńska-Flak, 2016, s. 267–277).

W komunikacji pacjent – lekarz istotne znaczenie ma dystans personalny, czyli kulturowo określona odległość, jaką ludzie zachowują w stosunku do drugich. Edward Hall opisał cztery typy takiego dystansu, wyróżniając w każdym z nich fazę bliższą i dalszą. Są to dystanse: intymny, indywidualny, społeczny i publiczny. Lekarz podczas rozmowy lub badania najczęściej przekracza granice określone przez trzy ostatnie dystanse. Dystans społeczny (1,20–3,60 m) dotyczy bowiem osób obcych lub znajomych, z którymi danego człowieka nie łączy bliższa relacja, a dystans indywidualny (0,45–1,20 m) i intymny (do 0,45 m) wyznaczają strefy, do których są dopuszczane tylko osoby najbliższe (Hall, 2001, s. 145–162). Warto, by te uwarunkowania były uwzględniane w lekarskiej praktyce.

Cel badań i grupa badawcza

Celem badań było poznanie opinii studentów kierunku lekarskiego na temat komunikacji pacjent – lekarz. Dotychczas w Polsce takich badań przeprowadzono niewiele, a studenci stanowią odpowiednią grupę, która obserwuje, jak wygląda polska ochrona zdrowia, i stara się z młodzieńczym zapałem usprawnić ją i nie popełniać błędów poprzedników. Szczególne zainteresowanie tym problemem wiąże się ze wzrostem uwagi poświęcanej komunikacji lekarza z pacjentem oraz z coraz większą liczbą pozwów, które są kierowane przeciwko polskim lekarzom i w których podkreśla się brak odpowiedniego kontaktu z pacjentem, uniemożliwiający znalezienie wspólnego języka i uzgodnienie planowanego sposobu leczenia (Tymiński, Serocka, 2018, s. 32–39).

W prezentowanym badaniu wzięło udział 94 studentów kierunku lekarskiego, w tym 56 kobiet (co stanowi 60% ankietowanych) i 38 mężczyzn (co stanowi 40% ankietowanych). Uczestnicy badania byli studentami: Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (7 osób, co stanowi 7%, w tym 5 kobiet i 2 mężczyzn), Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach (18 osób, tj. 19%, w tym 8 kobiet i 10 mężczyzn), Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (47 osób, tj. 50%, w tym 30 kobiet i 17 mężczyzn), Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (17 osób, tj. 18%, w tym 9 kobiet i 8 mężczyzn) oraz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (5 osób, tj. 4%, w tym 4 kobiety i 1 mężczyzna). Analiza empiryczna wykazała, że 33 osoby mieszkały w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (co stanowi 35% osób ankietowanych), 16 osób – w mieście od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców (17%), 14 osób – w mieście od 25 tys. do 100 tys. mieszkańców (15%), natomiast 31 osób mieszkała na wsi lub w mieście poniżej 25 tys. mieszkańców (33%). Ponadto 74 ankietowanych było stanu wolnego (co stanowi 79% osób ankietowanych), 18 opiniodawców było w związku nieformalnym (19%), a 2 osoby – w związku małżeńskim (2%). Wszystkie osoby zostały poinformowane o celu badania, otrzymały zapewnienie o wykorzystaniu zebranych danych wyłącznie do celów naukowych i wyraziły zgodę na uczestniczenie w badaniu.

Jako metodę wykorzystano sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym, którym się posłużono, był kwestionariusz ankiety, opracowany wcześniej i udostępniony za pomocą platformy internetowej od czerwca do sierpnia 2021 roku. Kwestionariusz ankiety można było wypełnić jedynie raz, a pytania miały formę odpowiedzi otwartych, zamkniętych, jednokrotnego wyboru lub wielokrotnego wyboru z możliwością dopisywania własnych sugestii na dane zagadnienie. Za zmienną różnicującą uznano płeć ankietowanych.

Analiza wyników badań

W realizowanych badaniach istotne znaczenie miało poznanie wiedzy studentów na temat znanych protokołów przekazywania informacji pacjentowi. Studenci mieli do wyboru cztery protokoły: SPIKES, EMPATIA⁴, SBAR⁵ i RSVP⁶. Zgodnie z udzielonymi odpowiedziami, 31 studentek (co stanowi 38% odpowiedzi kobiet) oraz 15 studentów (co stanowi 21% odpowiedzi mężczyzn) wskazało, że nie zna żadnego z wymienionych protokołów. Protokół SPIKES znało 20 studentek (25%) i 23 studentów (33%). Protokół EMPATIA zaznaczyło 16 studentek (20%) i 15 studentów (21%). Deskrypcję SBAR wskazało 6 studentek (7%) i 9 studentów (13%), a RSVP – 8 studentek (10%) i również 8 studentów (11%). Obie metody polegają na standaryzacji formy przekazu najważniejszych informacji w ramach oczekiwanych i znanych całemu personelowi ram komunikacyjnych. Członkowie zespołu opieki zdrowotnej, stosując łatwą do zapamiętania i ukierunkowaną na pacjenta formę przekazu, istotnie zwiększają poziom bezpieczeństwa chorego, zwłaszcza w sytuacjach krytycznych i zagrożenia życia.

Kolejne pytanie zawarte w kwestionariuszu ankiety miało na celu poznanie, z jakim pacjentem studenci najbardziej obawiają się mieć kontakt podczas pracy w zawodzie. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wskazywali najczęściej pacjenta agresywnego, odpowiednio 31 studentek (55%) i 18 studentów (47%). Studentki następnie wybierały pacjentów: onkologicznych (6 studentek, co stanowi 11% studentek biorących udział w badaniu), psychiatrycznych (5 studentek – 9%), pediatrycznych (4 studentki – 7%), geriatrycznych (3 studentki – 5%) i z niepełnosprawnością (2 studentki – 4%). Po jednej ze studentek (2%) zaznaczyło pacjentów nastoletnich, przewlekle chorych i kobiety w ciąży. Dopisane zostały odpowiedzi: pacjent z innego kraju i pacjent neurologiczny, także przez 1 ankietowaną (2%) w każdym z przypadków. Studenci natomiast wybierali inaczej: pacjent psychiatryczny (9 studentów, co stanowi 24% grupy studentów), pediatryczny (5 studentów – 13%), geriatryczny (3 studentów – 8%), onkologiczny (2 studentów – 5%); 1 student (3%) podkreślił, że nie obawia się kontaktu z żadnym pacjentem.

4 Narzędzie autorstwa dr nauk med. Katarzyny Jankowskiej. Nazwa jest utworzona od pierwszych liter pojęć, kolejno: „emocje”, „miejsce i osoby”, „perspektywa pacjenta”, „adekwatny język”, „treść wiadomości”, „informacje dodatkowe”, „adnotacje w dokumentacji” (Komunikacja w opiece medycznej – materiały szkoleniowe).

5 Nazwa SBAR także odnosi się do kolejnych etapów: *situation* – sytuacja, problem; *background* – tło; *assessment* – ocena, analiza możliwych opcji; *recomendation* – rekomendacja, działanie.

6 Dotyczy przekazania informacji o pacjencie innemu lekarzowi, obejmuje etapy: *reason* – powód rozmowy; *story* – historia pacjenta; *vital signs* – parametry życiowe pacjenta; *plan* – twój plan na dalsze leczenie pacjenta.

Następnym zadaniem ankietowanych było wskazanie najważniejszych według nich barier w komunikacji w relacji pacjent – lekarz. Studenci byli w większości przypadków zgodni, bo uznali, że: ocenianie (36 studentek, co stanowi 26%, i 24 studentów, co stanowi 27%), szantażowanie (29 studentek – 21% i 20 studentów – 23%), uogólnianie (27 studentek – 20% i 18 studentów – 20%) oraz tzw. nadawanie podwójnych komunikatów (30 studentek – 22% i 9 studentów – 10%) są często stosowanymi i jednocześnie pejoratywnymi metodami rozmowy z pacjentem dotyczącej jego choroby, sposobu leczenia, sposobu życia chorego. Rzadziej wskazywano: nadmierne chwalenie pacjenta (7 studentek – 5% i 5 studentów – 6%) oraz komunikaty typu „ty” (1 studentka – 1% i 1 student – 1%). Studenci rozszerzyli zaproponowany wybór barier w komunikacji o następujące: podejście paternalistyczne, brak czasu i używanie niezrozumiałego żargonu medycznego, brak wiedzy medycznej pacjenta, trudności pacjenta z mówieniem i słyszeniem (po jednej odpowiedzi, co stanowi 2% dla każdej z nich).

W kontekście prowadzonej analizy ważna jest opinia studentów dotycząca komunikacji lekarz – pacjent w odniesieniu do współczesnej pandemii COVID-19. Aż 46 ankietowanych studentek (82%) i 29 ankietowanych studentów (76%) uznało, że pandemia ma negatywny wpływ na rozmowę, budowanie wspólnego zaufania i relacji pacjent – lekarz. Tylko 1 studentka (2%) i 4 studentów (11%) uznali, że z pandemią nie wiążą się zmiany w zakresie komunikacji. Natomiast postawę obojętną ujawniło 9 badanych studentek (16%) i 5 studentów (13%).

Lekarz powinien być profesjonalnie przygotowany na przyjęcie każdego pacjenta. Dlatego kolejne pytanie dotyczyło znajomości karty komunikacji z osobą z uszkodzonym słuchem. Tylko 11 badanych studentek (20%) i 3 studentów (8%) wskazało, że zna tę formę komunikacji z osobą niesłyszącą lub niedosłyszącą. Reszta respondentów odpowiedziała przecząco.

W literaturze przedmiotu wymienia się różne techniki służące prawidłowej komunikacji. To pytanie dotyczyło właśnie najważniejszych technik, którymi posługiwaliby się studenci w swojej przyszłej pracy. Zgodnie uznano, że najważniejszymi metodami rozmowy są: aktywne słuchanie (49 studentek, co stanowi 19% odpowiedzi, i 36 studentów, co stanowi 19% odpowiedzi), stosowanie odpowiedniego języka i tempa wypowiedzi (47 studentek – 18% i 33 studentów – 18%), odpowiednie formułowanie pytań (43 studentek – 16% i 32 studentów – 17%), stosowanie komunikatów budujących zaufanie (35 studentek – 13% i studentów – 14%), prowadzenie rozmowy (27 studentek – 10% i 23 studentów – 12%) oraz wyjaśnianie (27 studentek – 10% i 19 studentów – 10%). Mniej popularnymi odpowiedziami było stosowanie parafraz (18 studentek – 7% i 13 studentów – 7%) oraz dialogu motywacyjnego przez lekarza (17 studentek – 6% i 4 studentów – 2%); 1 studentka (poniżej 0,5%) dodała, że kultura osobista, zrozumienie i rozwianie wszelkich wątpliwości są także efektywną techniką.

W kolejnym pytaniu respondenci mieli rozstrzygnąć, czy według nich komunikacja z pacjentem w polskiej ochronie zdrowia jest na odpowiednim, zadowalającym poziomie. 46 studentek (82%) i 29 studentów (76%) wskazało, że w tym zakresie potrzebne są zmiany. Reszta badanych uznała, że są usatysfakcjonowani ze sposobu rozmowy lekarza z pacjentem. Następne pytanie stanowiło dopełnienie poprzedniego, ponieważ respondenci wskazywali, na jakim oddziale szpitalnym widać największe braki w prawidłowej komunikacji pacjent – lekarz. Równo połowa studentek (50%) i studentów (50%) zaznaczyła szpitalny oddział ratunkowy. 7 studentek (12%) i 6 studentów (16%) wskazało również podstawową opiekę zdrowotną. Warto podkreślić, że aż 10 studentek (18%) i 7 studentów (18%) uznało, że problemy komunikacyjne występują na każdym oddziale w szpitalu, natomiast 4 studentki (7%) i 2 studentów (5%) postanowiło wstrzymać się od głosu, twierdząc, że nie mają wystarczającej wiedzy na ten temat. Rzadziej zaznaczane były odpowiedzi: oddział ginekologii i położnictwa (3 studentki – 5% i 1 student – 3%), oddział chirurgii ogólnej i onkologicznej (1 studentka – 2% i 2 studentów – 5%), oddział intensywnej opieki medycznej (2 studentki – 4%), oddział geriatryczny (1 studentka – 2%); 1 student dopisał odpowiedź: oddział endokrynologiczny (3%).

Przedostatnie pytanie dotyczyło niewerbalnej formy komunikacji międzyludzkiej. Najpopularniejszą odpowiedzią, wskazaną przez 19 studentek (34%) i 17 studentów (45%), były niewerbalne aspekty mowy, takie jak prawidłowe akcentowanie, ton głosu i szybkość mówienia. Często wybieranymi wskazaniem były: mimika twarzy i gesty (16 studentek, co stanowi 29%, i 9 studentów, co stanowi 24%) oraz kontakt wzrokowy (15 studentek – 27% i 7 studentów – 18%). Tylko 1 studentka (2%) uznała skracanie dystansu społecznego za równie ważny element komunikacji. Pojedynczymi odpowiedziami wśród studentów (3%) były: ubiór, kontakt dotykowy i skracanie dystansu społecznego. Odmiennego zdania było 2 studentów (5%) i 5 studentek (9%), którzy udzielili odpowiedzi, że to postawa ciała lekarza jest najistotniejsza.

Na koniec studenci zostali zapytani o przydatność zajęć fakultatywnych z prawidłowej komunikacji z pacjentem na uczelniach medycznych. W tym pytaniu respondenci byli niemal całkowicie zgodni, bo aż 53 studentek (95%) i 34 studentów (89%) wskazało, że zajęcia takie są przydatne w pracy w zawodzie lekarza. Reszta ankietowanych uznała takie zajęcia za nieprzydatne: 3 studentki (5%) i 4 studentów (11%).

Dyskusja i podsumowanie

Z opracowanych wyników badań wynika, że studenci są świadomi problemów wynikających z komunikowania się lekarza z pacjentem. Analiza empiryczna wykazała, że posiadają ograniczoną wiedzę na temat protokołów przekazania niepomyślnych informacji oraz komunikacji wewnątrzszpitalnej. Należy podkreślić, że uczelnie, szpitale oraz inne placówki zdrowia powinny kształcić studentów także w tym zakresie. Zgodnie z artykułem 78 Kodeksu etyki lekarskiej: „Lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy, powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i młodych lekarzy będący pod ich opieką”. Dostępne informatory służą ułatwianiu, udoskonalaniu komunikacji, a co najważniejsze pozwalają zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta zarówno psychiczne, jak i somatyczne. Tak samo znajomość karty informacji z pacjentem niesłyszącym lub niedosłyszącym pozwala na szybsze dowiedzenie się o chorobach, alergiach pacjenta, przebytych przez niego operacjach, zażywanych lekach (Karta komunikacji z osobą głuchą w POZ; Karta komunikacji z osobą głuchą – wersja SOR;). Jest to także wygodna forma komunikacji dla takich pacjentów. Komunikacja w relacji pacjent – lekarz nie jest realizowana w odpowiedni sposób, wymaga poprawy ze strony lekarzy. Obecna pandemia COVID-19 na pewno nie poprawia tej sytuacji, w związku z czym trzeba promować tę tematykę oraz rekomendować stosowne zmiany w postawie lekarskiej.

Należy zaznaczyć, że respondenci bardzo dobrze poradzi sobie z pytaniem dotyczącym technik komunikacyjnych z pacjentami, w odniesieniu do komunikacji zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej. Ta wiedza powinna być poszerzana i znajdować odzwierciedlenie w pracy lekarza. Ankietowani widzą problemy komunikacyjne na więcej niż jednym oddziale szpitalnym. Część z nich uważa, że problem dotyczy każdej z jednostek szpitalnych organizujących pomoc dla pacjenta. Studenci i studentki są świadomi, jakie błędy popełniają lekarze. Jest to optymistyczna wiadomość, bo pozwala mieć nadzieję na to, że w pracy zawodowej unikną popełniania podobnych błędów. Zajęcia fakultatywne z komunikacji z pacjentem są w opinii studentów konieczne i, co ważne, przydatne w ich późniejszej pracy z pacjentem w szpitalu. Należy wykorzystać wiedzę teoretyczną studentów w praktyce podczas komunikacji z drugą osobą.

Badania wykazały, że pandemia COVID-19 może tylko pogłębić problem komunikacji w relacji pacjent – lekarz. Negatywnym skutkiem trwającej pandemii są: większy odsetek teleporad zamiast wizyt ambulatoryjnych, noszenie maseczek (oczywiście zmniejszają one transmisję wirusa, ale wpływają negatywnie na niewerbalne aspekty mowy itp.), utrzymywanie dystansu społecznego wynoszącego minimum 2 m, a także strach pacjentów przed pójściem do lekarza. Niestety trudno obecnie określić datę końca pandemii, a problem się pogłębia.

Studentki i studenci mają obawy dotyczące kontaktu z pacjentami z różnymi dysfunkcjami psychicznymi i somatycznymi, z niepełnosprawnością, pacjentami w wieku dziecięcym lub podeszłym. Obawy te mogą wynikać z braku doświadczenia. W trakcie sześcioletnich studiów na wydziale lekarskim studenci rzadko mają styczność z pacjentami agresywnymi, pobudzonymi środkami odurzającymi i obawiają się o swoje życie oraz komfort pracy. Warto zaznaczyć, że w skali wszystkich pacjentów przyjmowanych w szpitalu pacjenci agresywni stanowią małą grupę, niemniej jednak lekarz musi być przygotowany do pracy z każdym pacjentem. Trzeba jeszcze raz podkreślić, że ankietowani wykazują wysoką wiedzę na temat możliwych technik komunikacyjnych. Należy więc wspierać rozwój studentów w tym zakresie, aby byli pewni swoich umiejętności i potrafili je wykorzystać podczas pracy z pacjentem. Każdy chory jest inny i wymaga indywidualnego podejścia zarówno terapeutycznego, jak i w zakresie nawiązania kontaktu.

Warto podkreślić, że problemy komunikacyjne w szpitalnym oddziale ratunkowym mogą wynikać z długiego czasu oczekiwania, z narastającego bólu pacjenta i ze zniecierpliwienia, z natłoku pacjentów, z limitów kadrowych szpitala i ze stresujących dla lekarzy warunków pracy. Zaskakuje duża liczba odpowiedzi wskazujących na problemy komunikacyjne w podstawowej opiece zdrowotnej. Należy po raz kolejny zaakcentować, że pacjent wymaga zawsze szacunku, odpowiedniego traktowania oraz odpowiedniej opieki. Należy dążyć do poprawy funkcjonowania każdego z oddziałów szpitalnych, by udoskonalić polską ochronę zdrowia i aby pacjenci czuli się bezpieczni. Lekarz powinien powstrzymać się od oceniania, szantażowania, żartowania i nadawania podwójnych komunikatów w kontakcie z pacjentem. Pacjent musi czuć się ważny, musi czuć się swobodnie, aby kształtować relację z lekarzem. Wtedy też wspólne zaufanie wobec siebie i wiedza lekarska będą wspomagać leczenie i rekonwalescencję chorego.

W celu poprawy okresu wdrożeniowego studenta do rzeczywistości służby zdrowia istnieje potrzeba rozszerzenia lub dodania na niektórych uczelniach przedmiotu fakultatywnego z tematyki prawidłowej komunikacji z pacjentem. Co więcej, możliwość dodatkowych kursów o takiej tematyce ułatwi późniejszą pracę w zawodzie lekarskim i będzie korzystna dla pacjentów. Nie jest to łatwe z powodu dużej liczby przedmiotów obligatoryjnych realizowanych w trakcie trwania studiów medycznych w Polsce. Należy dążyć jednak do poprawy umiejętności komunikacyjnych studentów kierunku lekarskiego, dla dobra i bezpieczeństwa pacjentów. Zajęcia o tej tematyce mogą rozwiązać wiele ze wspomnianych problemów.

Spółeczność lekarska powinna dążyć do poprawy opinii wszystkich grup społecznych dotyczącej ochrony zdrowia. Wyższy poziom wiedzy o pracy lekarza i merytoryczna jej ocena udoskonali i ułatwią tę pracę. Co więcej, w takiej sytuacji pacjenci będą czuć się bezpieczniej i częściej będą wybierać się do lekarza, co poprawi profilaktykę i wczesne rozpoznawanie chorób.

Bibliografia

- DROP, K., DROP, B. (2016). Physician-patient communication in healthcare facilities. *Zeszyty Naukowe KUL*, 59(3), 109–123.
- GŁUSZEK, S. (2011). *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Primavera.
- GORDON, T. (1999). *Pacjent jako partner*. Tłum. T. SZAFRAŃSKI. Warszawa: Pax.
- HALL, E. (2001). *Ukryty wymiar*. Tłum. T. HOŁÓWKA. Warszawa: Muza.
- JAROSZ, M. (2013). Przekazywanie niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 9(6), 225–229.
- Karta komunikacji z osobą głuchą w POZ. https://www.mp.pl/pacjent/pierwsza_pomoc/show.html?id=222722 [dostęp: 16.03.2021].
- Karta komunikacji z osobą głuchą – wersja SOR. <https://www.mp.pl/ratownictwo/pacjent-gluchy/218299,pobierz-karte-komunikacji-z-osoba-glucha> [dostęp: 15.03.2021].
- KĘPIŃSKI, A. (2014). *Poznanie chorego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kodeks etyki lekarskiej* (2017). Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.
- Komunikacja w opiece medycznej – materiały szkoleniowe. <https://komunikacjamedyczna.pl/edukacja-materialy-szkoleniowe/> [dostęp: 16.03.2021].
- MENDYK, K., KOWALIK, M., KUCZYŃSKI, B., NURZYŃSKA-FLAK, J. (2016). Wybrane aspekty komunikacji lekarza z pacjentem: opinia studentów medycyny i lekarzy stażystów. W: D. ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK, M. JANISZEWSKA (red.), *Zdrowie, psychologia, społeczeństwo – przegląd wybranych zagadnień* (s. 267–277). Lublin: Tygiel.
- NĘCKI, Z. (2007). *Komunikacja międzyludzka*. Kluczbork: Antykwa.
- OSTROWSKA, A. (2009). Modele relacji lekarz – pacjent. W: OSTROWSKA, A. (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy* (s. 236–250). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- PUN, J. (2021). A study of Chinese medical students' communication pattern in delivering bad news: an ethnographic discourse analysis approach. *BMC Medical Education*, 21(286). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02724-6>.
- SULKOWSKA, A., MILEWSKI, S., KACZOROWSKA-BRAY, K. (2018). Komunikacja lekarz – pacjent w opinii pacjentów. *Logopedia Silesiana*, 7, 36–55. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.03>.
- THORWALD, J. (2021). *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga – Egipt, Babilonia, Indie, Chiny, Meksyk, Peru*. Tłum. A. BANDURSKI, J. SZCHANIECKA. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- TYMIŃSKI, R., SEROCKA, M. (2018). Kto i ile płaci za błędy medyczne? Analiza linii orzecniczej wydziałów cywilnych sądów powszechnych w sprawach o błędach medycznych. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3(1), 32–39.
- VILLELA, E.F.M., et al. (2020). Effects on medical students of longitudinal small-group learning about breaking bad news. *The Permanente Journal*, 24(2). <https://doi.org/10.7812/TPP/19.157>.

Noty o autorach

EWA BINKUŃSKA, dr n. hum. w zakresie językoznawstwa, logopeda, adiunkt w Instytucie Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego, w latach 2009–2015 adiunkt w Zakładzie Pedagogiki Specjalnej i Logopedii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Od 1996 roku pracuje jako logopeda; specjalizuje się w zakresie emisji i higieny głosu oraz wczesnej interwencji logopedycznej. Prowadzi terapię logopedyczną z dziećmi z zaburzeniami mowy oraz dorosłymi z zaburzeniami głosu. Autorka publikacji z zakresu logopedii i lingwistyki.

URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK, dr n. hum., logopeda, glottodydaktyk, absolwentka studiów licencjackich i magisterskich na kierunku logopedia z audiologią Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz studiów magisterskich na kierunku filologia polska ze specjalnością glottodydaktyczną Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Obecnie jest lektorką języka polskiego jako obcego w Szkole Języka i Kultury Polskiej KUL.

MAGDALENA KOKOT, mgr, neurologopeda, psycholog, tyflopada, absolwentka studiów magisterskich Logopedii ze specjalnością neurologopedia na Uniwersytecie Gdańskim, psychologię ukończyła na Uniwersytecie SWPS, a podyplomowe studia z zakresu tyflopada ukończyła na Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Obecnie doktorantka na Filologicznych Studiach Doktoranckich Uniwersytetu Gdańskiego. W latach 2012–2019 roku pracowała w Szpitalach Wojewódzkich sp. z o.o. w Gdyni na Oddziałach Udarowym i Neurologicznym, Rehabilitacji neurologicznej, gdzie prowadziła diagnozę i terapię osób z afazją. Prowadziła też terapię mowy przełykowej dla osób po laryngektomii na Oddziale Otorinolaryngologicznym. Od 2012 roku neurologopeda w Fundacji Wsparcia Osób z Zaburzeniami Komunikacji „Między Słowami” w Gdyni. Działaczka społeczna na rzecz osób z niepełnosprawnościami.

KAROLINA KILAR, mgr, asystent w Instytucie Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie. Absolwentka studiów I i II stopnia na kierunku pedagogika specjalna

o specjalności edukacja i rehabilitacja uczniów z niepełnosprawnością intelektualną (oligofrenopedagogika) oraz terapia pedagogiczna i rewalidacja indywidualna, a także studiów I stopnia na kierunku pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna UP. Nauczyciel w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym nr 2 w Krakowie. Opiekun Studenckiego Koła Naukowego Pedagogiki Specjalnej. Współpracuje z wieloma szkołami oraz fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych.

RAFAŁ MŁYŃSKI, dr n. hum. w zakresie językoznawstwa, logopeda, glottodydaktyk, adiunkt w Instytucie Glottodydaktyki Polonistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Współtwórca magisterskich studiów logopedycznych opartych na nauczaniu problemowym na Wydziale Polonistyki UJ. Opracowuje studia przypadków na zajęcia problemowe. W pracy naukowej koncentruje się na zagadnieniach dwujęzyczności dziecięcej w normie i w sytuacji zaburzeń komunikacji.

DAWID PLUTECKI, student kierunku lekarskiego na Wydziale Collegium Medicum w Uniwersytecie im. Jana Kochanowskiego w Kielcach. W obszarze zainteresowań naukowych znajdują się: anatomia oraz zmienności anatomiczne w ludzkim ciele, tematyka dotycząca szeroko rozumianej komunikacji z pacjentem, etyka lekarska w pracy codziennej lekarza. Z dużą uwagą koncentruje się nad metaanalizami dotyczącymi zmienności anatomicznych w ludzkim ciele. Bierze czynny udział w interdyscyplinarnych konferencjach naukowych.

OLGA PRZYBYŁA, dr hab., profesor w Instytucie Językoznawstwa Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, językoznawca, logopeda, terapeuta integracji sensorycznej. Autorka kilkudziesięciu publikacji z zakresu językoznawstwa, edukacji polonistycznej oraz logopedii, w tym monografii *Akty mowy w języku nauczycieli* (2004). Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół zaburzeń komunikacji językowej, szczególnie u dzieci oraz młodzieży z zaburzeniami słuchu i uszkodzeniami mózgu, oraz diagnozy i terapii logopedycznej z elementami integracji sensorycznej. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego w Lublinie, pełniła funkcję koordynatora projektu „NetQues” w Polsce w ramach „Network for Tuning Standards & Quality of Educ. progs. for SLT in Europe”, którego partnerem był Uniwersytet Śląski. Redaktor naczelna „Logopedii Silesiany”. Członkini Rady Redakcyjnej „Logopedii”, Komitetu Redakcyjnego cyklicznej monografii „Głos-Język-Komunikacja” oraz Komitetu Naukowego „Biuletynu Logopedycznego”.

Informacje dla autorów

Wytyczne ogólne

„Logopedia Silesiana” jest półrocznikiem. Redakcja prowadzi nabór tekstów w trybie ciągłym. Teksty prosimy zgłaszać za pośrednictwem platformy Open Journal System:

<https://journals.us.edu.pl/index.php/LOGOPEDIASILESIANA/about/submissions>

- Objętość tekstu zgłaszanego jako artykuł powinna wynosić – po uwzględnieniu wymogów edytorskich – około 10–16 stron (minimalnie 20 000 znaków, maksymalnie 40 000 znaków, licząc ze spacjami).
- Elementy publikacji i ich układ:
 - 1) informacje o autorze: imię i nazwisko, afiliacja (w wypadku uczelni: katedra, instytut lub inna podjednostka, wydział, uczelnia), ORCID;
 - 2) tytuł publikacji;
 - 3) tytuł publikacji w języku angielskim;
 - 4) abstrakt w języku angielskim (do 1000 znaków, licząc ze spacjami);
 - 5) słowa kluczowe w języku angielskim (ang.: Keywords);
 - 6) streszczenie w języku polskim (do 1000 znaków, licząc ze spacjami)*;
 - 7) słowa kluczowe w języku polskim;
 - 8) wprowadzenie (wprowadzenia nie opatruje się tytułem);
 - 9) zasadnicza część artykułu, podzielona na rozdziały;
 - 10) podsumowanie (ang.: Conclusion);
 - 11) bibliografia (ang.: References);
 - 12) naukowe dossier w języku publikacji (do 850 znaków, licząc ze spacjami) oraz adres e-mail (przekazanie dossier i adresu e-mail jest jednoznaczne ze zgodą na ich opublikowanie).

* Jeśli publikacja jest napisana w języku innym niż polski, przed streszczeniem należy zamieścić tytuł w języku polskim.

- Edytor tekstu: Word lub LibreOffice Writer.
- Ustawienia strony:
 - format: A4;
 - marginesy: każdy po 2,5 cm.
- Tekst główny:
 - czcionka Times New Roman, 12 pkt.;
 - wyjustowany, wcięcie akapitowe 1 cm;
 - interlinia 1,5.
- Tytuły:
 - tytuł opracowania: wyśrodkowany, pogrubiony, krój Times New Roman, 14 pkt.;
 - tytuły rozdziałów: wyśrodkowane, pogrubione, krój Times New Roman, 12 pkt.
- Rozdziały: jeśli artykuł jest podzielony na rozdziały, musi być ich co najmniej dwa; w tej liczbie nie uwzględnia się wprowadzenia (które w ogóle nie jest opatrywane tytułem) ani podsumowania.
- Przypisy i bibliografia: według reguła APA, zob. szczegółowe wskazówki w dalszej części niniejszych wytycznych.
- Cytaty:
 - krótkie (do 40 słów): w ciągu tekstu odautorskiego, w cudzysłowie;
 - długie (ponad 40 słów): jako tzw. cytaty blokowe, czyli: bez cudzysłowu, jako odrębne akapity, złożone mniejszą czcionką (11 pkt.), z jednowierszowym odstępem przed cytatem i po nim;
 - opuszczenie w cytacie oznacza się wielokropkiem w nawiasie kwadratowym: [...], nie zapominając o wstawieniu znaku interpunkcyjnego przed nawiasem lub po nim, zgodnie ze źródłem, np.:
 - plan tygodniowy [...], jak również miesięczny
 - przede wszystkim komunikacji. [...] W początkowym okresie
 - nie stwierdzono [...]. Naukowcy
- Imiona i nazwiska występujące w publikacji:
 - pierwsze wystąpienie: należy podać imię i nazwisko (pierwsze imię należy podać zawsze, w wypadku kolejnych można podać inicjały);
 - drugie wystąpienie i kolejne: należy podać tylko nazwisko (bez imienia/imion, bez inicjałów imienia/imion).
- Tabele:
 - tabele należy opatrzyć osobną numeracją (liczby arabskie) i tytułami, według wzoru:
 - TABELA 1. Tytuł tabeli
 - numer i tytuł zamieszcza się nad tabelą;
 - w tekście głównym publikacji należy zamieścić odsyłacz do każdej z tabel, np.:

...(tabela 1)...

...przedstawiono w tabeli 1.

- zawartość tabeli – czcionka Times New Roman, 11 pkt.;
- tabela nie może zawierać pustych rubryk;
- pod tabelą należy umieścić informację o źródle (w wypadku publikacji należy podać pełny opis bibliograficzny), np.:

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne, na podstawie: BOKUS, B. (1991). *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*. Kielce: Wydaw. Energeia, s. 77.

ŹRÓDŁO: DRYŻAŁOWSKA, G. (2007). *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*. Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego, s. 145.

■ Wykresy:

- wykresy należy opatrzyć osobną numeracją (liczby arabskie), według wzoru:
WYKRES 1. Tytuł wykresu
- numer i tytuł (podpis) należy zamieścić pod wykresem;
- w tekście głównym publikacji należy zamieścić odsyłacz do każdego z wykresów, np.:
...(wykres 1)..
...przedstawiono na wykresie 1.
- pod podpisem należy zamieścić informację o źródle, przykłady zob. w punkcie „Tabele”;
- wykresy należy dodatkowo przekazać w oddzielnych plikach (np.: .docx, .xlsx, .xls), proszę zwrócić uwagę na to, by pliki były edytowalne (muszą zawierać metadane).

■ Ilustracje (fotografie, schematy, rysunki, reprodukcje prac plastycznych itp.):

- ilustracje należy opatrzyć osobną numeracją (liczby arabskie), według wzoru:
ILUSTRACJA 1. Tytuł ilustracji
- numer i tytuł (podpis) należy zamieścić pod ilustracją;
- w tekście głównym publikacji należy zamieścić odsyłacz do każdej z ilustracji, np.:
...(ilustracja 1)..
...przedstawiono na ilustracji 1.
- pod podpisem należy zamieścić informację o źródle, przykłady zob. w punkcie „Tabele” oraz:
ŹRÓDŁO: Archiwum autora.
ŹRÓDŁO: Fot. Imię Nazwisko.
- ilustracje należy dodatkowo przekazać w oddzielnych plikach (np.: .jpg, .tiff, .png, .pdf), plik powinien mieć rozdzielczość co najmniej 300 dpi (przy wymiarze w skali 1:1, tzn. jeśli na potrzeby publikacji zdjęcie ma być powiększone, rozdzielczość powinna być odpowiednio większa).

Autorzy są odpowiedzialni za uzyskanie i przekazanie Redakcji „Logopedii Silesiany” stosownych zgód na publikację zamieszczonych w swoim opracowaniu przedruków oraz tabel, wykresów i ilustracji objętych zapisami ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Redakcja LS akceptuje zgody potwierdzone e-mailowo.

Odsyłacze bibliograficzne i bibliografia

Odsyłacze bibliograficzne i bibliografię sporządza się według zasad ustalonych przez American Psychological Association (APA).

W niniejszym podrozdziale podano szczegółowe wytyczne według APA dotyczące tekstów polsko- i angielskojęzycznych. W wypadku tekstów w innych językach należy stosować zasady według APA zgodnie ze sposobem ich stosowania obowiązującym w publikacjach w danym języku.

Odsyłacze

Podane przykłady dotyczą tekstów polskojęzycznych. Przykłady odnoszące się do tekstów angielskojęzycznych można znaleźć w podrozdziale-tabeli: Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne.

- Podstawą sporządzania odsyłaczy jest bibliografia.
- Podstawowy format odsyłaczy: (autor, rok, numer strony).
- Odwołania do stron podaje się po roku publikacji, po skrócie „s.” (w tekstach angielskojęzycznych – po skrócie „p.”, jeśli chodzi o jedna stronę, albo „pp.”, jeśli chodzi o zakres stron):

(Domagała, 2015, s. 46, 58–59)

- Podawanie numerów stron jest obowiązkowe. Od zasady można odstąpić tylko w uzasadnionych przypadkach (np. wskazując literaturę przedmiotu).
- Odwołania dotyczące poszczególnych autorów oddziela się średnikiem. Publikacje przywołuje się w kolejności chronologicznej:

(Boksa, 2014, s. 189, 2016a, s. 24–25, 2016b, s. 275; Domagała, 2015, s. 59; Adriaans, Swingley, 2017, s. 76)

- Jeśli nazwisko występuje w tekście wywodu, to w nawiasie podaje się tylko rok publikacji i ewentualnie odwołanie do strony lub stron:

Według Marii Nagajowej (1977, s. 36) opowiadanie związane jest z myśleniem wyobraźniowym opartym na emocjach.

Jak wskazują Jan Kulpa i Ryszard Więckowski (1997), „opowiadanie przedstawia działanie, przebieg czynności i zdarzeń z zachowaniem ich następstwa, chronologii i z uwzględnieniem związków zachodzących między nimi” (s. 62).

- Nie stosuje się odwołań typu „ibidem”, „tamże”, „idem”, „tegoż”.

Bibliografia

- Bibliografia może zawierać wyłącznie pozycje przywołane w opracowaniu.
- Nadrzednym kryterium szeregowania jest układ alfabetyczny.
- Opisy publikacji tego samego autora szereguje się chronologicznie; jeśli ukazały się w tym samym roku, to szereguje się je alfabetycznie, a do roku wydania publikacji dodaje się kolejną literę alfabetu. Jeśli autor występuje również jako współautor, takie pozycje zamieszcza się po książkach jednoautorskich:

BOKSA, E. (2014). Trudności w komunikowaniu się dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w opinii specjalistów. W: A. HAMERLIŃSKA-LATECKA, M. KARWOWSKA (red.), *Interdyscyplinarność w logopedii* (s. 188–207). Gliwice: Komlogo.

BOKSA, E. (2016a). *Dysfagia z perspektywy zaburzeń komunikacji językowej u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami sprzężonymi*. Kraków: Libron.

BOKSA, E. (2016b). Ślinotok i zaburzenia komunikacji u pacjentów cierpiących na dysfagię. *Studia Pragmalingwistyczne*, 8, 271–282.

BOKSA, E., CHMIELEWSKA, K., (2016). Znaczenie zabawek zwierzęcych w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnej na tle teorii rozwojowych Winnicotta, Holliday’a i Kozielleckiego. W: E. BATOR, B. GIERSZEWSKA, K. KĘPCZYK (red.), *Koziołek Matołek i inne bajkowe zwierzęta w tekstach literatury i kultury* (s. 26–35). Pacanów: Europejskie Centrum Bajki, Kielce: Instytut Filologii Polskiej Uniwersytetu Jana Kochanowskiego.

- Opis bibliograficzny sporządza się na podstawie strony tytułowej publikacji.
- Nazwiska autorów, redaktorów, tłumaczy itd. zapisuje się kapitalikami. W celu wprowadzenia wyróżnienia kapitalikami wystarczy zaznaczyć (podświetlić) nazwisko, a następnie wcisnąć kombinację klawiszy: Shift + Ctrl + K.
- W wypadku podwójnych nazwisk umieszczamy między nimi łącznik bez spacji:
Dobrze: KOWALSKA-NOWAK
Źle: KOWALSKA – NOWAK, KOWALSKA–NOWAK, KOWALSKA – NOWAK
- Między inicjałami imion – bez odstępów.
- Tytuły – kursywa vs pismo proste:
 - tytuł książki lub czasopisma: kursywą;
 - tytuł rozdziału w książce, artykułu w czasopiśmie itp.: pismem prostym.

- Tytuły – duże vs małe litery:
 - tytuł książki, artykułu et al. (także w języku angielskim) – duże litery tylko w pierwszym wyrazie tytułu, podtytułu oraz w wyrazach, w których wypadku zapis dużą literą wynika z reguły ortograficznej (np. w nazwach własnych).
 - tytuł czasopisma – duże litery w każdym wyrazie (z wyjątkiem spójników itd.).
- W publikacjach polskojęzycznych informacje bibliograficzne, które są zawarte w publikacji, podaje się w języku oryginału (np. „red.”, „ed.”, „eds.”, „Hrsg.”, „t.”, „vol.”, „Teil”, „Bd.”, „nr”, „no.”, „Nr.”, „tłum.”, „transl.”, „übers.”). W publikacjach angielskojęzycznych stosuje się odpowiednie określenia angielskojęzyczne niezależnie od zapisu w oryginale (czyli zamiast „red.”, „Hrsg.” itp. zapisuje się „ed.” lub „eds.”, zamiast „t.”, „Teil”, „Bd.” – „vol.” itd.).
- Numerację odnoszącą się do tomów, części, zeszytów, numerów czasopisma itp. zapisuje się zawsze cyframi arabskimi, niezależnie od zapisu źródłowego.
- Oznaczenie tomu i numeru czasopisma podajemy po tytule czasopisma, oznaczenie tomu – kursywą, oznaczenie numeru – pismem prostym w nawiasie, bez odstępów przed nawiasem:

...Przegląd Logopedyczny, 23(4)...
- W wypadku publikacji książkowych należy podać informację o wydawcy.
- Jeśli w publikacji nie podano informacji o roku wydania, miejscu wydania, wydawcy, należy to zaznaczyć, stosując skróty łacińskie, odpowiednio: „s.a.”, „s.l.”, „s.n.”.
- W zapisie oznaczającym zakres, np. zakres stron, stosuje się myślnik (półpauzę) bez światła (stosowanie w tej funkcji tzw. krótkiej kreski, tj. łącznika, jest błędem):

Dobrze: 25–35
Źle: 25-35, 25 - 35, 25 – 35
- Jeśli publikacji został nadany DOI, to należy go podać, w formie hiperłącza (jako ostatni element opisu bibliograficznego, po kropce i kończąc kropką):

PHAM, B., McLEOD, S. (2019). Vietnamese-speaking children's acquisition of consonants, semivowels, vowels, and tones in Northern Viet Nam. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 62(8), pp. 2645–2670. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-17-0405.

Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
1 autor	...Barbara Bokus (1991, s. 15) wskazała... (Bokus, 1991, s. 15)	BOKUS, B. (1991). <i>Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i połu narracji</i> . Kielce: Energeia.
2 autorów	...Anna Seretny i Ewa Lipińska (2005, s. 88–90) wskazały... (Seretny, Lipińska, 2005, s. 88–90)	SERETNY, A., LIPIŃSKA, E. (2005). <i>ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego</i> . Kraków: Universitas.
Książka autorska 3–5 autorów	Pierwsze powołanie: ...Andrzej Senderski, Katarzyna Iwanicka-Pronicka, Joanna Majak, Marzena Walkowiak, Karolina Dajos (2016, s. 8) wskazali... (Senderski, Iwanicka-Pronicka, Majak, Walkowiak, Dajos, 2016, s. 8) Drugie powołanie i kolejne: ...Senderski et al. (2016, s. 90) wskazali... (Senderski et al., 2016, s. 90)	SENDERSKI, A., IWANICKA-PRONICKA, K., MAJAK, J., WALKOWIAK, M., DAJOS, K. (2016). Wartości normatywne przesiewowych testów wyższych funkcji słuchowych platformy diagnostyczno-terapeutycznej APD-Medical. <i>Otolaryngologia</i> , 15(2), 99–106.
6 i więcej autorów	...Feliks Kocjan et al. (1997, s. 19) wskazali... (Kocjan et al., 1997, s. 19)	KOCJAN, F., et al. (1997). <i>Kształtowanie się słuchu fonematycznego</i> . Kraków: Kaliope.
Opracowanie pod redakcją	...w książce po redakcją Małgorzaty Młynarskiej i Tomasza Smereki (2011)... (Młynarska, Smereka, 2007)	MĘYNAŃSKA, M., SMEREKA, T. (red.). (2007). <i>Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia</i> . Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
<p>Powołanie zapośredniczone</p>	<p>Ze wskazaniem konkretnej niedostępnej publikacji: ...Ludwik Krzysztofik (1913, s. 88, za: Olinder, 2018, s. 66) wskazał... ... (Krzysztofik, 1913, s. 88, za: Olinder, 2018, s. 66). Bez wskazywania konkretnej niedostępnej publikacji, ogólne omówienie koncepcji, badań itp.: ...Ludwik Krzysztofik wskazał, jak przypomina Stanisław Olinder (2018, s. 66), że... ... Ludwik Krzysztofik (Olinder, 2018, s. 66).</p>	<p>OLINDER, S. (2018). <i>Historia logopedii</i>. Katowice: Pagina.</p>
<p>Bez autora, bez redaktora</p>	<p>W nawiasie, jeśli tytuł jest krótki, podajemy cały, jeśli jest długi, podajemy sensownie skrócony początek tytułu: ...w publikacji <i>Przedsięwzięcia międzynarodowe Wydziału Socjologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach</i> (1993, s. 56)...</p>	<p><i>Przedsięwzięcia międzynarodowe Katedry Socjologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach</i>. (1993), Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.</p>
<p>Bez miejsca wydania</p>	<p>...Agnieszka Moczydłowska (2007, s. 13) wskazała... (Moczydłowska, 2007, s. 13)</p>	<p>MOCZYDŁOWSKA, A. (2007). <i>Patomorfologia kliniczna</i>. (s.l.): Wydawnictwa Medyczne.</p>
<p>Bez wydawcy</p>	<p>...Stanisław Paniek (2013, s. 224) wskazał... (Paniek, 2013, s. 224)</p>	<p>PANIEK, S. (2013). <i>Trudności językowe dzieci przedszkolnych</i>. Kraków: (s.n.).</p>
<p>Bez roku wydania</p>	<p>...Andrzej Siwek (s.a., s. 45) wskazał... (Siwek, s.a., s. 45)</p>	<p>SIWEK, A. (s.a.). <i>Czynniki społeczno-ekonomiczne w rozwoju dziecka</i>. Kraków: Wydawnictwo Pedagogiczne.</p>

C.d. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Z autorem tłumaczenia	<p>...Noam Chomsky (1982, s. 34) wskazała... (Chomsky, 1982, s. 34)</p>	<p>W wypadku publikacji będącej tłumaczeniem konieczne podaje się nazwisko tłumacza: CHOMSKY, N. (1982). <i>Zagadnienia teorii składni</i>. Tłum. I. JAKUBCZAK. Wrocław: Ossolineum.</p>
Ten sam autor i rok	<p>Po roku wstawiamy literę, zgodnie z zapisem w bibliografii. ...Barbara Toczyńska (2007a, s. 33) wskazała... (Toczyńska, 2007a, s. 33) ...Barbara Toczyńska (2007b, s. 117) wskazała... (Toczyńska, 2007b, s. 117)</p>	<p>Po roku wstawiamy kolejną literę alfabetu. W obrębie roku szeregujemy alfabetycznie: TOCZYŃSKA, B. (2007a). <i>Elementarne ćwiczenia dykcji</i>. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe. TOCZYŃSKA, B. (2007b). <i>Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia</i>. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.</p>
Dwóch autorów o takim samym nazwisku	<p>W tekście odautorskim imię podajemy za każdym razem. W nawiasie podajemy dodatkowo inicjał. Pierwsze wystąpienie: ...Józef Burszta (1973, s. 33) wskazała... (J. Burszta, 1973, s. 33) Drugie wystąpienie i kolejne: ...Józef Burszta (1973, s. 45–47) przedstawił... (J. Burszta, 1973, s. 45–47)</p>	<p>BURSZTA, W.J. (2015). <i>Kultura pragnień i horyzonty neoliberalizmu</i>. Poznań: 2015. BURSZTA, J. (1973). Oświecenie i romantyzm a słowiańska etnografia i folklorystyka. <i>Lud</i>, 57, 35–52.</p>

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Publikacja zwrata złożona z kilku tomów, części itp.	pod redakcją Marzeny Błasiak-Tytuła i Anny Siudak (2018, t. 1) (Błasiak-Tytuła, Siudak, 2018, t. 1)	Należy podać numer i tytuł tomu (wszystko kursywą): M. BŁASIAK-TYTUŁA, A. SIUDAK (red.). (2018). <i>Neurologopedia. T. 1: Neurobiologiczne podstawy wczesnej terapii zaburzeń rozwojowych</i> . Kraków: WiR. Jeśli tom nie jest opatrzony tytułem, numer tomu podaje się w nawiasie po tytule, pismem prostym: ... <i>Tytuł</i> (t. 1). ...
Tekst w publikacji zwrartej	...Barbara Kamińska (2007, s. 350) wskazała... (Kamińska, 2007, s. 350)	Należy podać zakres stron: KAMIŃSKA, B. (2007). Kilka uwag o wymowie dziennikarzy radiowych. W: M. MŁYŃNARSKA, T. SMERKA (red.), <i>Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia</i> (s. 335–341). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
Tekst w publikacji zwrartej złożonej z kilku tomów, części itp.	Katarzyna Sediva-Mączka (2018, s. 129) (Sediva-Mączka, 2018, s. 129)	Należy podać zakres stron: SEDIVA-MĄCZKA, K. (2018). Torowanie ruchu artykulacyjnego. W: M. BŁASIAK-TYTUŁA, A. SIUDAK (red.), <i>Neurologopedia. T. 1: Neurobiologiczne podstawy wczesnej terapii zaburzeń rozwojowych</i> (s. 127–134). Kraków: WiR. Jeśli tom nie jest opatrzony tytułem, numer tomu podaje się w nawiasie po tytule, pismem prostym, przed numerami stron: ... <i>Tytuł</i> (t. 1, s. 45–88). ...

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Tekst w publikacji zwartej tego samego autorstwa	<p>...Georg Simmel (2006, s. 81) wskazał... (Simmel, 2006, s. 81)</p>	<p>Należy podać zakres stron: Zamiast powtarzać nazwisko, stosuje się odpowiednie łacińskie oznaczenie: IDEAM, EADEM, EIDEM, EAEDM, zależnie od liczby i płci autorów: SIMMEL, G. (2006). <i>Socjalizm i pesymizm</i>. W: IDEM, <i>Most i drzwi. Wybór esejów</i> (s. 76–85). Kraków: Oficyna Naukowa.</p>
Tekst w czasopiśmie drukowanym	<p>...Ewa Dereń (2005, s. 147) wskazała... ...(Dereń, 2005, s. 147).</p>	<p>Należy podać zakres stron: DEREŃ, E. (2005). Opis a opowiadanie: typowe słownictwo szkolnych form wypowiedzi. <i>Nauczyciel i Szkoła</i>, 3-4(28-29), 145–159.</p>
Tekst w dzienniku	<p>...Anna U. Jaskół (1999) wskazała... ...(Jaskół, 1999).</p>	<p>JASKÓŁ, A.U. (1999, 9 października). Katowickie przedszkola. <i>Dziennik Zachodni</i>.</p>
Tekst w czasopiśmie w wersji elektronicznej nie opatrzonej DOI	<p>...Danuta Bula (2014, s. 61) wskazała... ...(Bula, 2014, s. 61).</p>	<p>Należy podać adres głównej bazy, za której pośrednictwem tekst był przeglądany, bez daty dostępu: Bula, D. (2014). O potrzebie postawy twórczej nauczyciela. <i>Z Teorii i Praktyki Dydaktycznej Języka Polskiego</i>, 23, 53–66. https://www.journals.us.edu.pl/.</p>
Tekst w czasopiśmie w wersji elektronicznej opatrzonej DOI	<p>...Urszula Ciszewska-Psujek (2018, s. 59) wskazała... ...(Urszula Ciszewska-Psujek, 2018, s. 59).</p>	<p>DOI podaje się w formie hiperłącza (rozpoczynając od: https://doi.org/). Należy podać zakres stron: CISZEWSKA-PSUJEK, U. (2018). Zaburzenia językowe w przebiegu choroby alkoholowej. <i>Obraz i dynamika. Logopedia Silesiana</i>, 7, 56–80. https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.04.</p>

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Tekst opublikowany na stronie internetowej	<p>...Piotr Jaworski (2013) wskazał... ... (Jaworski, 2013).</p>	<p>Jeśli wskazano autora, tytuł, datę publikacji, to koniecznie należy podać te informacje. Należy podać adres internetowy odsyłający bezpośrednio do danego tekstu oraz datę dostępu: JAWORSKI, P. (2013, 3 sierpnia). <i>Dezynfekcja i sterylizacja pomocy logopedycznych</i>. https://logopedia.org.pl/publikacja.php?id=69 [data dostępu: 4.10.2020].</p>
Tekst opublikowany na stronie internetowej, bez autora	<p>W nawiasie, jeśli tytuł jest krótki, podajemy cały, jeśli jest długi, podajemy sensownie skrócony początek tytułu: ...w artykule <i>Historia PTL</i> (2008) wskazano... ... (<i>Historia PTL</i>, 2008).</p>	<p>Jeśli nadano tekstowi tytuł, podano datę publikacji, koniecznie podajemy te informacje. Podajemy adres internetowy odsyłający bezpośrednio do danego tekstu oraz datę dostępu: <i>Historia PTL</i> (2008, 2 lipca). https://www.logopedia.umcs.lublin.pl/index.php/ptl/historia-ptl [data dostępu: 4.10.2020].</p>

Oprac. A. Piłśniak, na podstawie: *Style and grammar guidelines. Sixth edition*, American Psychological Association, APA Style, <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines>; J. HARASIMCZUK, J. CIECIUCH, *Podstawowe standardy edytorskie naukowych tekstów psychologicznych w języku polskim na podstawie reguł APA*, konsult. edytorska i językowa M. BANKO, A. WOLAŃSKI, konsult. psychol. M. LEWICKA, T. SOSNOWSKI, s.l. 2012.

Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne

Kategoria	Odsyłacze	References
1 autor	...Barbara Bokus (1991, p. 15)... (Bokus, 1991, p. 15)	BOKUS, B. (1991). <i>Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji</i> . Kielce: Energeia.
2 autorów	...Anna Seretny and Ewa Lipińska (2005, pp. 88–90)... (Seretny & Lipińska, 2005, pp. 88–90)	SERETNY, A., & LIPIŃSKA, E. (2005). <i>ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego</i> . Kraków: Universitas.
Książka autorska 3–5 autorów	Pierwsze powołanie: ...Andrzej Senderski, Katarzyna Iwanicka-Pronicka, Joanna Majak, Marzenna Walkowiak, Karolina Dajos (2016, p. 8)... (Senderski, Iwanicka-Pronicka, Majak, Walkowiak & Dajos, 2016, p. 8) Drugie powołanie i kolejne: ...Senderski et al. (2016, p. 90)... (Senderski et al., 2016, p. 90)	SENDERSKI, A., IWANICKA-PRONICKA, K., MAJAK, J., WALKOWIAK, M., & DAJOS, K. (2016). Wartości normatywne przesiewowych testów wyższych funkcji słuchowych platformy diagnostyczno-terapeutycznej APD-Medical. <i>Otolaryngologia</i> , 15(2), 99–106.
6 i więcej autorów	...Feliks Kocjan et al. (1997, p. 19)... (Kocjan et al., 1997, p. 19)	KOCJAN, F., et al. (1997). <i>Kształtowanie się słuchu fonematycznego</i> . Kraków: Kaliope.
Opracowanie pod redakcją	...in a book edited by Małgorzata Młynarska and Tomasz Smereka (2011)... (Młynarska & Smereka, 2007)	MEYNAWSKA, M., & SMEREKA, T. (eds.). (2007). <i>Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia</i> . Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
<p>Powołanie zapośredniczone</p>	<p>Ze wskazaniem konkretnej niedostępnej publikacji: ...Ludwik Krzysztofik (1913, p. 88, as cited in Olinder, 2018, p. 66)... ...(Krzysztofik, 1913, p. 88, as cited in Olinder, 2018, p. 66). Bez wskazywania konkretnej niedostępnej publikacji, ogólne omówienie koncepcji, badań itp.: ...Ludwik Krzysztofik pointed out, as Stanisław Olinder recalls (2018, p. 66)... ...Ludwik Krzysztofik (Olinder, 2018, p. 66).</p>	<p>OLINDER, S. (2018). <i>Historia logopedii</i>. Katowice: Pagina.</p>
<p>Bez autora, bez redaktora</p>	<p>W nawiasie, jeśli tytuł jest krótki, podajemy cały, jeśli jest długi, podajemy sensownie skrócony początek tytułu: ...in the publication <i>Przedsięwzięcia międzynarodowe Wydziału Socjologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach</i> (1993, p. 56)...</p>	<p><i>Przedsięwzięcia międzynarodowe Katedry Socjologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach</i>. (1993). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.</p>
<p>Bez miejsca wydania</p>	<p>...Agnieszka Moczyłowska (2007, p. 13)... (Moczyłowska, 2007, p. 13)</p>	<p>MOCZYŁOWSKA, A. (2007). <i>Patomorfologia kliniczna</i>. (s.l.): Wydawnictwa Medyczne.</p>
<p>Bez wydawcy</p>	<p>...Stanisław Paniek (2013, p. 224)... (Paniek, 2013, p. 224)</p>	<p>PANIEK, S. (2013). <i>Trudności językowe dzieci przedszkolnych</i>. Kraków: (s.n.).</p>

C.d. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
Bez roku wydania	<p>...Andrzej Siwek (s.a., p. 45)... (Siwek, s.a., p. 45)</p>	<p>SIWEK, A. (s.a.). <i>Czynniki społeczno-ekonomiczne w rozwoju dziecka</i>. Kraków: Wydawnictwo Pedagogiczne.</p>
Z autorem tłumaczenia	<p>...Noam Chomsky (1982, p. 34) wskazał... (Chomsky, 1982, p. 34)</p>	<p>W wypadku publikacji będącej tłumaczeniem konieczne podaje się nazwisko tłumacza: CHOMSKY, N. (1982). <i>Zagadnienia teorii składni</i>. Transl. I. JAKUBCZAK. Wrocław: Ossolineum.</p>
Ten sam autor i rok	<p>Po roku wstawiamy literę, zgodnie z zapisem w bibliografii: ...Barbara Toczyska (2007a, p. 33)... (Toczyska, 2007a, p. 33) ...Barbara Toczyska (2007b, p. 117)... (Toczyska, 2007b, p. 117)</p>	<p>Po roku wstawiamy kolejną literę alfabetu. W obrębie roku szeregujemy alfabetycznie: TOCZYSKA, B. (2007a). <i>Elementarne ćwiczenia dykcji</i>. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe. TOCZYSKA, B. (2007b). <i>Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia</i>. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.</p>
Dwóch autorów o takim samym nazwisku	<p>W tekście odautorskim imię podajemy za każdym razem. W nawiasie podajemy dodatkowo inicjał. Pierwsze wystąpienie: ...Józef Burszta (1973, p. 33)... (J. Burszta, 1973, p. 33) Drugie wystąpienie i kolejne: ...Józef Burszta (1973, p. 45–47)... (J. Burszta, 1973, p. 45–47)</p>	<p>BURSZTA, W.J. (2015). <i>Kultura pragnień i horyzonty neoliberalizmu</i>. Poznań: 2015. BURSZTA, J. (1973). Oświecenie i romantyzm a słowiańska etnografia i folklorystyka. <i>Lud</i>, 57, 35–52.</p>

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
Publikacja zwarta	...Barbara Bokus (1991, p. 15)... (Bokus, 1991, p. 15)	BOKUS, B. (1991). <i>Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji</i> . Kielce: Energeia.
Publikacja zwarta złożona z kilku tomów, części itp.	...edited by Marzeny Błasiak-Tytuła and Anny Siudak (2018, vol. 1) (Błasiak-Tytuła & Siudak, 2018, vol. 1)	Należy podać numer i tytuł tomu (wszystko kursywą): BŁASIAK-TYTUŁA, M., & SIUDAK, A. (eds.). (2018). <i>Neurologopedia. Vol. 1: Neurobiologiczne podstawy wczesnej terapii zaburzeń rozwojowych</i> . Kraków: WiR. Jeśli tom nie jest opatrzony tytułem, numer tomu podaje się w nawiasie po tytule, pismem prostym: ... <i>Tytuł</i> (vol. 1). ...
Tekst w publikacji zwartej	...Barbara Kamińska (2007, p. 350)... (Kamińska, 2007, p. 350)	Należy podać zakres stron: KAMIŃSKA, B. (2007). Kilka uwag o wymowie dziennikarzy radiowych. In: M. MŁYŃNARSKA, & T. SMERKA (eds.), <i>Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia</i> (pp. 335–341). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
Tekst w publikacji zwartej złożonej z kilku tomów, części itp.	Katarzyna Sediva-Mączka (2018, p. 129) (Sediva-Mączka, 2018, p. 129)	Należy podać zakres stron: SEDIVA-MĄCZKA, K. (2018). Torowanie ruchu artykulacyjnego. In: M. BŁASIAK-TYTUŁA, & A. SIUDAK (eds.), <i>Neurologopedia. Vol. 1: Neurobiologiczne podstawy wczesnej terapii zaburzeń rozwojowych</i> (pp. 127–134). Kraków: WiR. Jeśli tom nie jest opatrzony tytułem, numer tomu podaje się w nawiasie po tytule, pismem prostym, przed numerami stron: ... <i>Tytuł</i> (vol. 1, pp. 45–88). ...

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
Tekst w publikacji zwartej tego samego autora	...Georg Simmel (2006, p. 81)... (Simmel, 2006, p. 81)	Należy podać zakres stron: Zamiast powtarzać nazwisko, stosuje się odpowiednie łacińskie oznaczenie: IDEAM, EADEM, EADEM, zależnie od liczby i płci autorów: SIMMEL, G. (2006). <i>Socjalizm i pesymizm</i> . W: IDEM, <i>Most i drzewi. Wybór esejów</i> (pp. 76–85). Kraków: Oficyna Naukowa.
Tekst w czasopiśmie drukowanym	...Ewa Dereń (2005, p. 147)... ...(Dereń, 2005, p. 147).	Należy podać zakres stron: DEREŃ, E. (2005). Opis a opowiadanie: typowe słownictwo szkolnych form wypowiedzi. <i>Nauczyciel i Szkoła</i> , 3–4(28–29), 145–159.
Tekst w dzienniku	...Anna U. Jaskół (1999) wskazała... ...(Jaskół, 1999).	JASKÓŁ, A.U. (1999, 9 October). Katowickie przedszkola. <i>Dziennik Zachodni</i> .
Tekst w czasopiśmie w wersji elektronicznej nie opatrzonej DOI	...Danuta Bula (2014, p. 61)... ...(Bula, 2014, p. 61).	Należy podać adres główny bazy, za której pośrednictwem tekst był przeglądany, bez daty dostępu: Bula, D. (2014). O potrzebie postawy twórczej nauczyciela. <i>Z Teorii i Praktyki Dydaktycznej Języka Polskiego</i> , 23, 53–66. https://www.journals.us.edu.pl/ .
Tekst w czasopiśmie w wersji elektronicznej opatrzonej DOI	...Urszula Ciszewska-Psujek (2018, p. 59)... ...(Urszula Ciszewska-Psujek, 2018, p. 59).	DOI podaje się w formie hiperłącza (rozpoczynając od: https://doi.org/). Należy podać zakres stron: CISZEWSKA-Psujek, U. (2018). Zaburzenia językowe w przebiegu choroby alkoholowej. <i>Obraz i dynamika. Logopedia Silesiana</i> , 7, 56–80. https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.04 .

C.d. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
Tekst opublikowany na stronie internetowej	<p>...Piotr Jaworski (2013)...</p> <p>...(Jaworski, 2013).</p>	<p>Jeśli wskazano autora, tytuł, datę publikacji, to koniecznie należy podać te informacje.</p> <p>Należy podać adres internetowy odsyłający bezpośrednio do danego tekstu oraz datę dostępu:</p> <p>JAWORSKI, P. (2013, 3 August). <i>Dezynfekcja i sterylizacja pomocy logopedycznych</i>. https://logopedia.org.pl/publikacja.php?id=69 [access: 4.10.2020].</p>
Tekst opublikowany na stronie internetowej, bez autora	<p>W nawiasie, jeśli tytuł jest krótki, podajemy cały, jeśli jest długi, podajemy sensownie skrócony początek tytułu:</p> <p>...in the article <i>Historia PTL</i> (2008)...</p> <p>... (<i>Historia PTL</i>, 2008).</p>	<p>Jeśli nadano tekstowi tytuł, podano datę publikacji, koniecznie podajemy te informacje.</p> <p>Podajemy adres internetowy odsyłający bezpośrednio do danego tekstu oraz datę dostępu:</p> <p><i>Historia PTL</i> (2008, 2 October). https://www.logopedia.umcs.lublin.pl/index.php/ptl/historia-ptl [access: 4.10.2020].</p>

Oprac. A. Piłśniak, na podstawie: *Style and grammar guidelines. Sixth edition*, American Psychological Association, APA Style, <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines>; J. HARASIMCZUK, J. CIECIUCH, *Podstawowe standardy edytorskie naukowych tekstów psychologicznych w języku polskim na podstawie reguł APA*, konsult. edytorska i językowa M. BAŃKO, A. WOLAŃSKA, konsult. psychol. M. LEWICKA, T. SOSNOWSKI, s.l. 2012.

Redakcja
Anna U. Pilśniak

Projekt okładki, stron tytułowych i działowych
Paulina Dubiel

Korekta
Anna U. Pilśniak

Łamanie
Anna U. Pilśniak

Publikacja na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach
4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)



ISSN 2391-4297

Czasopismo elektroniczne, dystrybuowane bezpłatnie
Do końca 2017 roku „Logopedia Silesiana” ukazywała się również
w wersji drukowanej (ISSN 2300-5246)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice, e-mail: wydawnictwo@us.edu.pl
www.wydawnictwo.us.edu.pl

Ark. druk. 12,0. Ark. wyd. 14,5.

Egzemplarz bezpłatny

ISSN 2391-4297



Więcej o książce

