

ZDROWIE PSYCHICZNE AUTYZM

WYZWANIA SPOŁECZNE – WYZWANIA EDUKACYJNE
– JAKOŚĆ ŻYCIA

Praca zbiorowa pod redakcją

ANNY WŁOSZCZAK-SZUBZDA



ZDROWIE PSYCHICZNE AUTYZM

Wyzwania społeczne – Wyzwania edukacyjne
– Jakość życia

ZDROWIE PSYCHICZNE AUTYZM

Wyzwania społeczne – Wyzwania edukacyjne
– Jakość życia

Praca zbiorowa pod redakcją
dr hab. Anny Włoszczak-Szubzda,
prof. Lubelskiej Akademii WSEI

Lublin 2025

Lublin 2025
LUBELSKA AKADEMIA WSEI

Seria wydawnicza:
Monografie Wydziału Nauk o Człowieku

ZDROWIE PSYCHICZNE AUTYZM
Wyzwania społeczne – Wyzwania edukacyjne – Jakość życia

Redakcja naukowa:
dr hab. Anna Włoszczak-Szubzda, prof. Lubelskiej Akademii WSEI
ORCID: 0000-0002-0080-2527

Recenzenci:
dr n. o zdr. Elżbieta Bartoń
dr n. med. Dorota Nalepa

Korekta:
Magdalena Grela-Tokarczyk

Skład, łamanie:
Marta Krysińska-Kudlak

Projekt okładki:
Olga Dąbska-Nowik

Grafika na okładce:
canva.com

@Copyright by
Innovatio Press, Lublin 2025

Wszelkie prawa zastrzeżone. W sprawie kopiowania lub rozpowszechniania fragmentów
albo całości niniejszej pracy należy kontaktować się z wydawcą.

Printed in Poland
Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe
Lubelskiej Akademii WSEI
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4
tel.: +48 81 749 17 77, fax: + 48 81 749 32 13
www.wsei.lublin.pl

ISBN – wersja e-book: 978-83-67550-31-4
DOI: 10.51434/VIXP2107

SPIS TREŚCI

WSTĘP	7
--------------------	----------

CZĘŚĆ I. Zdrowie psychiczne a wyzwania społeczne

Depresja wśród ludzi młodych jako narastający problem społeczny	11
<i>Daryna Moshenest, Mariusz Sutryk, Zbigniew Orzeł, Ewa Guz, Barbara Siedlecka, Olga Dąbska-Nowik, Anna Włoszczak-Szubzda</i>	

Środowiskowe uwarunkowania zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD)	27
<i>Joanna Girzelska, Magdalena Głowacka, Julia Bywalec, Magdalena Nieckula, Katarzyna Wiśniewska</i>	

Świadomość i wiedza anglojęzycznych studentów kierunku pielęgniarstwo na temat spektrum autyzmu	38
<i>Magdalena Głowacka, Joanna Girzelska</i>	

Autyzm jako wyzwanie dla rodziców, opiekunów i nauczycieli w Polsce – przegląd aktualnych zagadnień z perspektywy zdrowia publicznego	58
<i>Mirosław M. Jarosz, Beata Biernacka, Beata Wójcik</i>	

CZĘŚĆ II. Wyzwania i wsparcie w edukacji dzieci z autyzmem

Funkcjonowanie dzieci ze spektrum autyzmu w opinii rodziców oraz nauczycieli wychowania przedszkolnego w wybranych placówkach w Lubartowie	79
<i>Wiesław Kowalski, Monika Bordzoł, Jacek Łukasiewicz</i>	

Formy wsparcia edukacyjnego dzieci ze spektrum autyzmu w wieku szkolnym w opinii nauczycieli i rodziców w szkołach podstawowych w województwie Lubelskim	121
<i>Wiesław Kowalski, Liliana Skoczylas, Jacek Łukasiewicz</i>	

Wybrane cechy osobowości i poziom wypalenia zawodowego nauczycieli pracujących w przedszkolach dla dzieci z autyzmem oraz nauczycieli pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych	155
<i>Jacek Łukasiewicz, Anna Rosikoń, Wiesław Kowalski</i>	

CZĘŚĆ III. Rodzina i dziecko z autyzmem – aspekty jakości życia

Uwarunkowania jakości życia i zadowolenia z życia wśród rodziców dzieci w spektrum autyzmu	189
<i>Paulina Ufniasz, Zbigniew Orzeł, Mariusz Sutryk, Ewa Guz, Barbara Siedlecka, Katarzyna Iskra</i>	

Ocena jakości życia opiekunów dzieci autystycznych z zaburzeniami komunikowania się	212
<i>Agnieszka Tokarska, Mariusz Sutryk, Zbigniew Orzeł, Ewa Guz, Barbara Siedlecka, Olga Dąbska-Nowik, Anna Włoszczak-Szubzda</i>	

WSTĘP

Najnowsze badania z obszaru zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży pokazują rosnącą skalę zjawisk takich jak depresja, lęki, zaburzenia nastroju i wypalenie emocjonalne. Wśród grup szczególnie narażonych na przeciążenia psychiczne znajdują się zarówno dzieci i młodzież w spektrum autyzmu, jak i ich rodzice, opiekunowie oraz nauczyciele.

Osoby z autyzmem często potrzebują specjalistycznego wsparcia, a opieka nad nimi może być wyzwaniem zarówno dla rodziców i opiekunów, jak i nauczycieli. Ma to znaczący wpływ na ich jakość życia i może prowadzić do wypalenia zawodowego lub opiekuńczego. System edukacji i rynek pracy nie są w Polsce dostatecznie dostosowane do potrzeb osób w spektrum autyzmu. Opieka nad dziećmi z autyzmem nierzadko stawia rodziców, opiekunów i nauczycieli przed sporymi trudnościami – emocjonalnymi, finansowymi i społecznymi.

Wielu badaczy koncentruje się na niedostatecznym wsparciu ze strony systemu oraz na negatywnym wpływie tych trudności na relacje rodzinne. Rodzice takich dzieci najczęściej borykają się z napięciem emocjonalnym, wypaleniem opiekuńczym i innymi problemami natury psychicznej. Praca, która praktycznie nigdy się nie kończy i często odbywa się bez odpowiedniego wsparcia, potrafi powodować chroniczne zmęczenie, problemy ze snem czy różne dolegliwości zdrowotne. Do tego dochodzi poczucie samotności oraz wykluczenia społecznego. Co gorsza, rodzice bardzo często muszą się borykać z trudnymi procedurami związanymi z ochroną zdrowia, edukacją czy orzecznictwem, co tylko pogłębia psychiczne i finansowe problemy. Ostatecznie sytuację pogarsza brak tzw. opieki wytchnieniowej. Wypalenie rodzicielskie rzutuje nie tylko na samo zdrowie rodziców. Nierzadko odbija się negatywnie na relacjach małżeńskich czy więziach rodzinnych. Czasem matki i ojcowie, którzy nie otrzymują należytej pomocy, zaczynają obwiniać bliskich za swoje kłopoty emocjonalne.

Jeśli chodzi o nauczycieli, których praca jest uważana za jedną z najbardziej stresujących w przypadku tych pracujących z dziećmi w spektrum autyzmu, poziom stresu i ryzyko wypalenia są jeszcze wyższe. Wypalenie to objawia się między innymi: męczącym wyczerpaniem emocjonalnym, poczuciem bezsensu pracy czy różnymi psychosomatycznymi dolegliwościami. Praca z takimi dziećmi wymaga dodatkowych zadań, jak dostosowanie materiałów edukacyjnych czy stworzenie odpowiedniego środowiska. Niestety, często brakuje im właściwego przygotowania lub czują się mało skuteczni w radzeniu sobie z trudnymi zachowaniami podopiecznych, co

tylko podnosi poziom stresu. Ostatecznie, to wszystko ma wpływ na jakość edukacji dzieci ze spektrum autyzmu. Wypalenie wśród nauczycieli może powodować spadek zaangażowania, kreatywności czy wręcz zwiększać nieobecności w pracy.

Kwestia wypalenia, zarówno zawodowego, jak i opiekuńczego, staje się zatem jednym z ważniejszych tematów badań. A zadaniem badaczy i praktyków staje się znalezienie dobrych sposobów, które pomogą rodzicom, opiekunom i nauczycielom dzieci z autyzmem radzić sobie z tym wypaleniem.

Spśród poruszanych w badaniach zagadnień można wymienić kilka kluczowych. Po pierwsze, ważna jest samodzielność oraz świadomość rodziców i opiekunów. Chodzi tu o regularne sprawdzanie, jak się czują fizycznie i emocjonalnie, oraz o to, czy zdają sobie oni sprawę z własnych ograniczeń i je akceptują. Kolejne zagadnienie to tzw. równowaga między życiem zawodowym a prywatnym (ang. *work-life balance*). Należy pilnować, żeby obowiązki nie zdominowały innych aspektów życia. Aby znalazło się miejsce na relaks i pozytywne metody rozładowania napięć emocjonalnych.

Kolejnym elementem jest budowanie wokół siebie sieci wsparcia, szukanie i przyjmowanie pomocy od rodziny, przyjaciół, a także współpraca między rodzicami, szkołami i specjalistami, nie zapominając o konieczności korzystania z pomocy profesjonalistów – psychologów czy psychoterapeutów.

Aby rodzice, opiekunowie, jak i nauczyciele mogli efektywnie pełnić swoje role, niezbędne jest zapewnienie im odpowiedniego wsparcia, edukacji i zasobów, które pomogą im dbać o własne zdrowie psychiczne i fizyczne, zapobiegając wypaleniu. Wskazane wyżej zagadnienia badawcze i praktyczne są wiodącymi wątkami w zawartych w niniejszej monografii opracowaniach i badaniach własnych autorów.

CZĘŚĆ I
Zdrowie psychiczne
a wyzwania społeczne

Daryna Moshenest*
Mariusz Sutryk**
Zbigniew Orzeł***
Ewa Guz****
Barbara Siedlecka*****
Olga Dąbska-Nowik*****
Anna Włoszczak-Szubzda*****

DEPRESJA WŚRÓD LUDZI MŁODYCH JAKO NARASTAJĄCY PROBLEM SPOŁECZNY

Depression among young people as a growing social issue

*Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0009-4313-423X

**Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-8998-125X

***Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-6356-1695

****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-0507-2172

*****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0003-9956-2977

*****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-9475-0480

*****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-0080-2527

Streszczenie

Wprowadzenie. Depresja wśród ludzi młodych jest poważnym problemem medycznym i społecznym, który ma negatywny wpływ na życie jednostek oraz społeczeństwa jako całości. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia¹, depresja jest jednym z głównych powodów niepełnosprawności i chorobowości wśród ludzi młodych. Według analizy UNICEF z 2021 r. u 10,8% dzieci w wieku 10-17 lat w Polsce występowały różne formy zaburzeń psychicznych. Było to łącznie ok. 409 tys. osób. W tym samym czasie Narodowy Fundusz Zdrowia podawał liczbę ok. 630 tys. młodych ludzi wymagających specjalistycznej opieki psychiatrycznej i psychologicznej. Te różnice to przede wszystkim wynik niepełnego rozpoznania problemu. Jeszcze w połowie

¹ WHO, Raport World mental health: transforming mental health for all. Źródło: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> [dostęp: 09.04.2025 r.].

XX w. uważano, że depresja nie dotyka młodych, gdyż „nie są oni w pełni rozwinięci emocjonalnie”. Pojęcie depresji młodzieńczej pojawiło się dopiero w 1966 r.².

Cel. Celem pracy była ocena stanu zdrowia psychicznego młodzieży w wieku od 14 do 19 lat z uwzględnieniem objawów depresji.

Materiał i metoda. Badania zostały przeprowadzone w szkołach w Warszawie, wśród 113 uczniów w wieku 14-19 lat. Zastosowano Inwentarz Depresji Becka. W analizie statystycznej były wykorzystane: test Shapiro-Wilka, test U Manna-Whitneya, współczynnik korelacji rho Spearmana. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki. Blisko połowa badanych osób (49,56%; N=56) nie wykazywała objawów depresji, jednak objawy łagodnej depresji wykazywało 38,05% (N=43) badanych, a pozostałe osoby badane wykazywały umiarkowanie ciężką depresję (11,50%; N=13). Jedna osoba wykazywała objawy bardzo ciężkiej depresji. Przeprowadzona analiza nie ujawniła związku między wiekiem a nasileniem depresji ($p>0,05$). Dziewczeta cechowały się istotnie wyższym poziomem depresyjności w porównaniu z chłopcami ($p<0,001$). Wyniki w skali nasilenia depresji były istotnie wyższe w grupie osób, które nie uprawiały sportu ($p=0,034$). Nie wykazano istotnych różnic między osobami posiadającymi i nieposiadającymi rodzeństwa. Wykazano także, że osoby z rodzin niepełnych miały wyższy poziom depresji w porównaniu z osobami, które pochodziły z rodzin pełnych ($p=0,193$).

Wnioski. Co prawda badania miały charakter sondażowy, o ograniczonym zasięgu, niemniej jednak potwierdzają, że depresja wśród młodzieży jest zjawiskiem częstym, co wymaga większego zrozumienia tego zagadnienia i podejmowania działań zapobiegawczych. Istnieje potrzeba dalszych badań naukowych i wzmoczonej profilaktyki oraz edukacji, aby zapewnić zdrowie psychiczne i dobre funkcjonowanie emocjonalne młodej populacji.

Słowa kluczowe: depresja, młodzież, rozpowszechnienie, profilaktyka, edukacja

Abstract

Introduction. Depression among young people is a serious medical and social problem that has a negative impact on the lives of individuals and society as a whole. According to a report by the World Health Organization, depression is one of the leading causes of disability and morbidity among young people. According to a UNICEF analysis from 2021, 10.8% of children aged 10-17 in Poland experienced various forms of mental disorders, totaling about 409 thousand individuals. At the same time, the National Health Fund reported approximately 630 thousand young people requiring specialized psychiatric and psychological care. These discrepancies are primarily the result of incomplete recognition of the problem. Even in the mid-20th century, it was believed that depression did not affect young people because they were not fully

² Fundacja „Nie Widać Po Mnie”, *Depresja dzieci i młodzieży – statystyka, rodzaje, przyczyny i objawy depresji u dzieci*. Źródło: <https://niewidacpomnie.org/2023/02/20/depresja-dzieci-i-mlodziezy-statystyka-rodzaje-przyczyny-i-objawy-depresji-u-dzieci/> [dostęp: 09.04.2025 r.].

emotionally developed.' The concept of adolescent depression only emerged in 1966.

Objective. The aim of the study was to assess the mental health status of youth aged 14 to 19, taking into account symptoms of depression.

Material and method. The research was conducted in schools in Warsaw among 113 students aged 14 to 19. The Beck Depression Inventory was used. The statistical analysis involved the Shapiro-Wilk test, Mann-Whitney U test, and Spearman's rho correlation coefficient. A significance level of $\alpha=0.05$ was accepted.

Results. Almost half of the surveyed individuals (49.56%; $N=56$) did not show symptoms of depression; however, 38.05% ($N=43$) exhibited symptoms of mild depression, while the remaining individuals showed moderate to severe depression (11.50%; $N=13$). One person exhibited symptoms of very severe depression. The analysis conducted did not reveal a relationship between age and the severity of depression ($p>0.05$). Girls had a significantly higher level of depression compared to boys ($p<0.001$). Scores on the depression severity scale were significantly higher in the group of individuals who did not engage in sports ($p=0.034$). No significant differences were found between individuals with and without siblings. It was also shown that individuals from single-parent families had a higher level of depression compared to those from two-parent families ($p=0.193$).

Conclusions. Although the research was survey-based and limited in scope, it confirms that depression among youth is a common phenomenon, which requires a greater understanding of this issue and proactive measures. There is a need for further scientific research and enhanced prevention and education to ensure the mental health and emotional well-being of the young population.

Key words: depression, youth, prevalence, prevention, education

Wprowadzenie

Depresja jest chorobą powszechną na całym świecie, na którą cierpi około 3,8% populacji, różni się od zwykłych wahań nastroju i krótkotrwałych reakcji emocjonalnych na wyzwania życia codziennego, zwłaszcza nawracająca i o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu może stać się poważnym schorzeniem. Depresja może sprawić, że osoba cierpiąca na nią będzie bardzo źle funkcjonowała w pracy, szkole i będzie miała problemy w życiu osobistym. W najgorszym przypadku depresja może prowadzić do samobójstwa. Co roku w wyniku samobójstwa umiera ponad 700 000 osób, co jest czwartą najczęstszą przyczyną śmierci osób w wieku 15-29 lat³.

³ Institute of Health Metrics and Evaluation. Źródło: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> [dostęp: 03.12.2022 r.].

Według raportu Global Burden of Disease „Samookaleczenia a samobójstwo” te ostatnie są głównymi przyczynami śmierci dziewcząt w wieku od 15 do 19 lat na całym świecie. Każdego roku 46 000 nastolatków umiera z powodu samobójstwa, co stanowi 5 najczęstszych przyczyn śmierci w ich grupie wiekowej. Wśród młodzieży zaburzenia psychiczne spotyka się bardzo często: według UNICEF 1 na 7 osób w wieku od 10 do 19 lat ma takie rozpoznanie⁴. Utrata zdrowia spowodowana zaburzeniami psychicznymi zwykle osiąga szczyt między 25. a 34. rokiem życia, wzrastając w dzieciństwie oraz okresie dojrzewania i stopniowo zmniejszając się w starszym wieku. W 2019 r. przełożyło się to na ponad 80% obciążenia zaburzeniami zdrowia psychicznego przypadające na osoby w wieku od 16 do 65 lat, czyli w wieku produkcyjnym⁵. Należy pamiętać, że rzeczywiste wskaźniki są prawdopodobnie znacznie wyższe, zwłaszcza w krajach słabo rozwiniętych. Depresja jest znacznie częściej wykrywana w krajach o wysokim standardzie życia, których systemy opieki zdrowotnej są lepiej wyposażone w możliwości diagnozowania i leczenia chorób psychicznych⁶.

Natomiast w krajach na niższym poziomie rozwoju, które raportują mniejszą liczbę przypadków depresji, leczenie chorób psychicznych często ustępuje problemom, takim jak głód, choroby infekcyjne i warunki sanitarne.

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w Polsce było przedmiotem badania przeprowadzonego w latach 2008–2011 wśród osób w wieku od 18 do 64 lat. Wynika z nich, że ciężka depresja występowała u 3,0% respondentów, częściej wśród kobiet – 4,0% niż mężczyzn – 1,9%. Częstość występowania łagodnej depresji była o wiele niższa i wynosiła tylko 0,4%. Dystymia kiedykolwiek wystąpiła u 0,6% ankietowanych, częściej u kobiet – 0,9% niż u mężczyzn – 0,4%. Według szacunków Instytutu Pomiarów i Oceny Stanu Zdrowia (IHME) zaburzenia depresyjne były na drugim miejscu, po zaburzeniach lękowych, wśród najczęstszych zaburzeń psychicznych w 2017 r. W Unii Europejskiej w 2017 r. chorowało na nie 20,7 milion osób, czyli 4,2% populacji⁷.

Dane NFZ wskazują, że w 2018 r. świadczenia z rozpoznaniem (głównym lub współistniejącym) depresji udzielono 631,6 tys. osobom, liczba ta pozostawała od 2013 r. na zbliżonym poziomie. W populacji pacjentów pod względem płci dominowały kobiety (73%) a pod względem wieku osoby mające 55–64 lata (24%)⁸. Najnowszy raport NFZ z 2024 r. pokazuje, jak lawinowo zmieniają się liczby dotyczące pacjentów chorych na depresję w Polsce i są to tylko chorzy, którzy podjęli leczenie depresji⁹.

⁴ D. F. Santomauro et al., *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*, „The Lancet” 2021; 398(10312): 1700-1712.

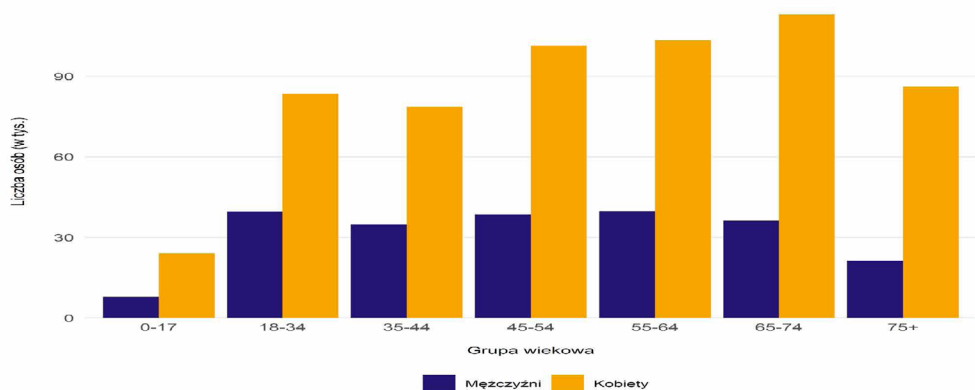
⁵ WHO, *Depressive disorder (depression)*. Źródło: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [dostęp: 09.04.2025 r.].

⁶ Ibidem.

⁷ Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ o zdrowiu, *Depresja*, Warszawa 2020. Źródło: <https://www.ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja> [dostęp: 09.04.2025 r.].

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.



Wykres 1. Liczba osób, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem depresji (głównym lub współistniejącym) wg grup wiekowych oraz płci (2023).

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ o zdrowiu. Depresja. Warszawa 2020

Ponieważ depresja jest dziś powszechnym zaburzeniem psychicznym, na całym świecie prowadzone są badania na jej temat, jednak rozpowszechnieniem tej choroby u młodzieży zaczęto zajmować się dopiero od pierwszej połowy XX wieku. Okres dojrzewania to jeden z najtrudniejszych okresów w rozwoju człowieka. Wystąpienie stanu depresyjnego w tym wieku następuje w wyniku wielu czynników. Niestety, zjawisko to jest bardzo trudne do rozpoznania, dopóki nie nadejdzie jego skrajność. Wielu naukowców i filozofów jeszcze przed naszą erą dawało ludziom różne zalecenia dotyczące pozbycia się tego tak zwanego „stanu depresyjnego”^{10 11}.

Depresja, według amerykańskiej psychoterapeutki Trickett, często jest konsekwencją lęku. Według niej, w stanie lęku działania człowieka są przyspieszane, podczas gdy w depresji wręcz przeciwnie, zwalniają. Zatem okres depresji to jakby wymuszony odpoczynek dla ciała po okresie lęku. Trickett podkreśla, że stan depresyjny w większym lub mniejszym stopniu wpływa na całą osobę, buduje całą jej strukturę – od myśli po zachowanie. Zmiany te mogą następować stopniowo, a osoba z depresją jest „inna” niż przed jej pojawieniem się¹².

Najbardziej widocznym objawem depresji jest ponury nastrój, a także uczucie smutku, samotności lub apatii. Osoba w stanie depresji może płakać, nawet jeśli wydaje się, że nie ma ku temu wyraźnego powodu, lub odwrotnie, traci zdolność do płaczu podczas naprawdę trudnych wydarzeń. Uciążliwe uczucie depresji, pustki, całkowitej beznadziejności to objawy zaburzeń depresyjnych u większości osób. Ponury nastrój to nie tylko smutek, to rozdzierający ból psychiczny. Jednak nie wszyscy doświadczają takich objawów. W szczególności u dzieci i młodzieży stan depresyjny

¹⁰ A.T. Beck, B.A. Alford, *Depresja: przyczyny i leczenie*, University of Pennsylvania Press 2009.

¹¹ A. Musiał, *Depresja – rys historyczny*. Źródło: www.psychiatria.com.pl [dostęp: 09.04.2025 r.].

¹² S. Trickett, *Coping with Anxiety and Depression*, SHELDON 1989.

częściej objawia się drażliwością. Dzieci łatwo się irytują, opowiadają głównie o własnej „brzydocie”, „głupocie”, o swojej „bezużyteczności”. Także dorośli w stanie depresji nie zawsze są smutni, ale raczej narzekający, a nawet źli i wrogo nastawieni¹³.

Zaburzenie depresyjne jest poważną chorobą, która ogranicza zdolność do pracy, przynosi cierpienie zarówno samemu pacjentowi, jak i jego bliskim. Ludzie są często nieświadomi typowych objawów depresji i jej konsekwencji, dlatego pomoc przychodzi, dopiero gdy zaburzenie depresyjne jest już przewlekłe i bardziej nasilone, a w wielu przypadkach w ogóle nie występuje. Każdy człowiek, w każdym wieku może zachorować na depresję, przyczyną wyzwalającą może być śmierć bliskich, przeprowadzka, nieodwzajemniona miłość, a także wiele innych sytuacji, gdyż każdy ma własny stopień wrażliwości emocjonalnej na wydarzenia spotykające go w codziennym życiu¹⁴.

Trudności w diagnozowaniu zjawisk depresyjnych wymagają uwzględnienia wielu aspektów występowania i rozwoju tych zjawisk u młodzieży. Na podstawie analizy literatury można wyróżnić szereg kierunków i podejść do badania psychologicznych treści depresji, mechanizmów powstawania, sposobów jej korygowania i stabilizacji. Są to na przykład: psychoanalityczna, poznawczo-behawioralna, behawioralna, a także rodzinna i grupowa psychokorekcja. Celem opieki opartej na tych podejściach jest łagodzenie objawów psychicznych i poprawa stanu pacjenta. Metody obejmują interwencje psychologiczne, których celem jest zmiana zachowań, myśli lub postaw chorych. Celem krótkoterminowym jest złagodzenie cierpienia, a dalekosiężnym ograniczenie pogorszenia funkcjonowania, które postępuje w wyniku manifestacji objawów¹⁵.

Różnice w objawach wśród nastolatków doświadczających choroby są związane z płcią. Chociaż przyczyny depresji u młodzieży nie są jasne, psychologowie uważają, że mogą one wiązać się ze znacznym spadkiem samooceny w procesie socjalizacji ról płciowych, która towarzyszy dojrzewaniu. Presja rówieśników i mediów zachęca dziewczęta do dążenia do bycia bardziej atrakcyjnymi i przedkładania relacji nad osiągnięcia¹⁶.

Depresja w okresie dojrzewania pojawia się równocześnie z innymi zaburzeniami w odpowiedzi na stres. Wśród dziewcząt często można zauważyć zaburzenia odżywiania, takie jak anoreksja lub bulimia. Anoreksja tak często towarzyszy depresji, że jest uznawana za jeden z jej stałych objawów i jest uwzględniana jako kryteria rozpoznania choroby w prawie wszystkich znanych kwestionariuszach. Sami nastolatki nie zwracają uwagi na utratę wagi i zmęczenie. Zwiększenie apetytu lub bulimia może

¹³ D.J. Korczak, C. Westwell-Roper, R. Sassi, *Diagnosis and management of depression in adolescents*, „CMAJ” 2023; 195(21): E739-E746.

¹⁴ K. Hawton, *Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review*, „Journal of Affective Disorders” 2013; 147(1-3): 17-28.

¹⁵ A. Thapar, *Depression in adolescence*, „The Lancet” 2012; 379(9820): 1056-1067.

¹⁶ P.R. Albert, *Why is depression more prevalent in women?*, „Journal of Psychiatry and Neuroscience” 2015; 40(4): 219-221.

również towarzyszyć stanom depresyjnym, chociaż jest to nieco mniej powszechne. Dorastający chłopcy częściej angażują się w zachowania antyspołeczne, takie jak przestępczość lub zażywanie narkotyków¹⁷.

Kiedy nastolatek, będąc w umiarkowanym lub ciężkim stopniu depresji, dochodzi do punktu, w którym nie jest już w stanie tego znieść, próbuje zrobić coś, co złagodzi jego ból psychiczny. Chłopcy są zwykle bardziej agresywni niż dziewczęta. Mogą próbować złagodzić objawy poprzez kradzież, walkę lub inne antyspołeczne działania, związane z niebezpieczeństwem i zaburzające pracę układu nerwowego, co w pewnym stopniu może tłumić ból spowodowany depresją. Dziewczęta zazwyczaj próbują „wyjść z tego” mniej brutalnymi sposobami, ale równie niebezpiecznymi, tłumiąc ból depresji za pomocą rozwiązłości, gdyż cierpienie jest mniejsze podczas fizycznej bliskości. Jednak kiedy „fizyczne” związki się kończą, zwykle czują się gorzej, są jeszcze bardziej przygnębite, ponieważ ich samoocena obniża się¹⁸.

Depresyjny nastolatek może brać narkotyki. Marihuana i depresja to niezwykle niebezpieczne połączenie, ponieważ najczęściej ludzie po zażyciu marihuany czują się lepiej. Jednak ten „lek” nie leczy, ale jedynie łagodzi ból, który powoduje depresja. Inne leki psychotropowe mogą mieć taki sam efekt. Dlatego leczenie narkomanii powinno zaczynać się od ustalenia, jak mocno depresja wpłynęła na pojawienie się uzależnienia¹⁹.

Drastycznym sposobem „na wyjście z depresji” jest próba samobójcza. Często nastolatek, podejmując próbę samobójczą, nie chce odebrać sobie życia, ale zwrócić uwagę otoczenia na swoje cierpienie. Dziewczęta częściej niż chłopcy uciekają się do tej metody, ale próby chłopców są częściej „skuteczne”. Kobiety częściej podejmują próbę samobójczą za pomocą np. pigułek, mężczyźni działają bardziej radykalnie (np. samobójstwo przez powieszenia), z tej przyczyny ratowanie dziewcząt po próbach samobójczych częściej ma pomyślny efekt.

Cel pracy

Ocena stanu zdrowia psychicznego młodzieży w wieku 14-19 lat z uwzględnieniem objawów depresji.

¹⁷ R.H. Salk, J.S. Hyde, L.Y. Abramson, *Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms*, „Psychological Bulletin” 2017; 143(8): 783-822.

¹⁸ A. Thapar, *Depression in adolescence...*, op. cit.

¹⁹ M.J. Edlund, V.L. Forman-Hoffman, C.R. Winder et al., *Opioid abuse and depression in adolescents: Results from the National Survey on Drug Use and Health*, „Drug and Alcohol Dependence” 2015; 152: 131-138.

Material i metoda

Badania zostały przeprowadzone w zespole szkół nr 22 im. Emiliana Konopczyńskiego w Warszawie i trwały od lutego do kwietnia 2023 r. Wzięło w nich udział 113 osób w wieku 14-19 lat. Dobór badanych był okazyjny, kryteria włączenia to wiek i zgoda na przeprowadzenie badania. Zastosowano Inwentarz Depresji Becka, który jest kwestionariuszem samoopisowym składającym się z 21 pytań wielokrotnego wyboru, jednym z najczęściej używanych narzędzi do pomiaru nasilenia depresji. Respondenci wypełniali ankietę indywidualnie, bez nadzoru osobistego. Czas wypełniania był ograniczony. W przypadku niejasności respondenci mogli zadawać pytania. W analizie statystycznej były wykorzystane: test Shapiro-Wilka, test U Manna-Whitneya, współczynnik korelacji rho Spearmana. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Narzędziem statystycznym był program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Wyniki

Ocenie poddano nasilenie depresji w grupie badanej wg kwestionariusza Becka. W tabeli 1 zaprezentowano statystyki opisowe poziomu depresyjności w grupie badanej wg kwestionariusza Becka. Wartość średniej (M) wynosiła 14,21 pkt. z odchyleniem standardowym $SD=10,87$. Połowa badanych uzyskała nie mniej niż 12 pkt. ($Me=12,00$). Rozkład zmiennej w teście W (Shapiro-Wilka) odbiegał istotnie od rozkładu normalnego ($p<0,001$).

Tabela 1. Statystyki opisowe poziomu depresyjności

Inwentarz Depresji Becka	N	M	Me	Min	Max	SD	W	p
Poziom depresyjności	113	14,21	12,00	0,00	54,00	10,87	0,93	<0,001

Źródło: badania własne

N – liczebność; M – średnia; Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; SD – odchylenie standardowe; W – statystyka Shapiro-Wilka; p – poziom prawdopodobieństwa

Stopień nasilenia depresji w grupie badanej przedstawia tabela 2. Blisko połowa badanych osób nie wykazuje objawów depresji (49,56%; 56 osób). Objawy łagodnej depresji wykazuje 38,05% badanych (43 osoby). Pozostałe osoby badane wykazywały umiarkowanie ciężką depresję (11,50%; 13 osób). Jedna osoba wykazuje objawy bardzo ciężkiej depresji (0,88%; 1 osoba).

Tabela 2. Nasilenie depresji w grupie badanej

Skala Becka	N	%
Bez depresji	56	49,56
Łagodna depresja	43	38,05
Umiarkowanie ciężka depresja	13	11,50
Bardzo ciężka depresja	1	0,88
Razem	113	100,00

Źródło: badania własne

N – liczebność; % – procent

Ocenie poddano korelację między wiekiem a nasileniem depresji z wykorzystaniem współczynnika rho Spearmana. Wyniki zaprezentowano w tabeli 3. Przeprowadzona analiza nie wykazała związku między wiekiem a nasileniem depresji ($p > 0,05$).

Tabela 3. Nasilenie depresji a wiek badanych

Korelacja	rho Spearmana	p
Wiek (lata) / nasilenie depresji	-0,08	0,376

Źródło: badania własne

rho – współczynnik korelacji; p – poziom prawdopodobieństwa

Ocenie poddano różnice między dziewczętami a chłopcami w zakresie nasilenia depresji, w tym celu przeprowadzono test Manna-Whitneya. W tabeli 4 wykazano różnice istotne statystycznie poziomu depresyjności pomiędzy dziewczętami a chłopcami ($p < 0,001$). Dziewczęta cechował istotnie wyższy poziom depresyjności ($Me = 15,5$) w porównaniu do chłopców ($Me = 8,00$).

Tabela 4. Nasilenie depresji a płeć

Grupy ze względu na płeć	Chłopcy	Dziewczęta	Test U Manna-Whitneya	
	Me	Me	Z	p
Nasilenie depresji	8,00	15,50	-3,84	<0,001

Źródło: badania własne

Me – mediana; Z – rozkład normalny, wynik testu Z; p – poziom prawdopodobieństwa

Ocenie poddano różnice w nasileniu depresji pomiędzy osobami uprawiającymi i nieuprawiającymi sport. Osoby nieuprawiające sportu wykazują istotnie wyższe nasilenie depresji. Wyniki w skali nasilenia depresji były istotnie wyższe ($p=0,034$) w grupie osób, które nie uprawiają sportu ($Me=14,50$), w porównaniu z osobami uprawiającymi sport ($ME=9,0$) (tabela 5).

Tabela 5. Nasilenie depresji a uprawianie sportu

Grupy ze względu na uprawianie sportu	Tak	Nie	Test U Manna-Whitneya	
	Me	Me	Z	p
Nasilenie depresji	9,00	45,50	-2,12	0,034

Źródło: badania własne

Me – mediana; Z – rozkład normalny, wynik testu Z; p – poziom prawdopodobieństwa

W tabeli 6 nie wykazano istotnych różnic w nasileniu depresji między osobami posiadającymi rodzeństwo ($Me=11,0$) a osobami nieposiadającymi rodzeństwa ($Me=12,5$).

Tabela 6. Nasilenie depresji a posiadanie rodzeństwa

Grupy ze względu na posiadanie rodzeństwa	Tak	Nie	Test U Manna-Whitneya	
	Me	Me	Z	p
Nasilenie depresji	11,00	12,50	-0,32	0,748

Źródło: badania własne

Me – mediana; Z – rozkład normalny, wynik testu Z; p – poziom prawdopodobieństwa

W tabeli 7 nie wykazano także istotnych różnic w nasileniu depresji między osobami z rodzin niepełnych ($Me=13$) a osobami, które pochodzą z rodzin pełnych ($Me=11$).

Tabela 7. Nasilenie depresji a struktura rodziny

Grupy ze względu na strukturę rodziny	Tak	Nie	Test U Manna-Whitneya	
	Me	Me	Z	p
Nasilenie depresji	11,00	13,00	-1,30	0,193

Źródło: badania własne

Me – mediana; Z – rozkład normalny, wynik testu Z; p – poziom prawdopodobieństwa

Dyskusja

Depresja wśród ludzi w wieku 14-19 lat stanowi istotny problem zdrowotny i społeczny w Polsce, o czym świadczy raport NFZ za lata 2013-2023 na temat udzielonych świadczeń w zakresie danej choroby. W 2019 r. niemal 17,3 tys. osób poniżej 18. roku życia zwróciło się o pomoc w tym zakresie. W 2020 r., z powodu ograniczeń związanych z pandemią COVID-19, dostęp do opieki medycznej był utrudniony, co spowodowało pewne obniżenie liczby młodych pacjentów zgłaszających się do specjalistów z powodu zaburzeń depresyjnych (do ok. 16,8 tys.). Jednak już w 2021 r. liczba ta wzrosła znacznie i wyniosła aż 25,3 tys., co oznacza ponad 100-procentowy wzrost w porównaniu z rokiem 2017²⁰.

Jednak wyniki badania własnego potwierdzają, że depresja jest powszechna wśród tej grupy wiekowej. W grupie badanej tylko niepełna połowa (49,6%) respondentów nie wykazuje objawów depresji. Być może problem ma jeszcze większy zasięg, gdyż uzyskane wyniki mogą być obciążone zjawiskiem dyssymulacji, czyli postawą w trakcie badania (testu) psychologicznego przejawiającą się dostosowywaniem odpowiedzi do obowiązujących norm społecznych i ukrywaniem doświadczanych zaburzeń. Może to być powiązane ze zjawiskiem stygmatyzacji depresji, która jest często postrzegana jako słabość, brak determinacji życiowej czy nawet wyraz egoizmu. To powoduje, że młodzi ludzie doświadczają nie tylko walki z własnymi objawami i emocjami, ale również stresu związanego z obawą przed społecznym wykluczeniem. To może wpływać na opóźnienie lub unikanie poszukiwania pomocy i leczenia. Aby zwalczać stygmatyzację depresji wśród młodzieży, istotne jest edukowanie społeczeństwa na temat zdrowia psychicznego, informowanie o objawach depresji i dostępnych formach pomocy. Kampanie społeczne, działania edukacyjne i wzmacnianie świadomości zdrowia psychicznego mogą przyczynić się do zmniejszenia stygmatyzacji i promowania otwartości oraz zrozumienia wobec choroby²¹.

²⁰ Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ o zdrowiu. *Depresja...* op. cit.

²¹ H. Lynch, C. McDonagh, E. Hennessy, *Social Anxiety and Depression Stigma Among Adolescents*, „Journal of Affective Disorders” 2021; 281: 744-750.

W przeprowadzonej analizie nie stwierdzono statystycznie istotnej korelacji między wiekiem a nasileniem depresji w badanej grupie, co może sugerować, że wiek nie jest czynnikiem warunkującym nasilenie objawów depresji w okresie dorostania.

W badaniach własnych, jak i w przeprowadzonych w Polsce, stwierdza się, że kobiety wykazują istotnie wyższy poziom depresyjności w porównaniu z mężczyznami. Także inne badania epidemiologiczne potwierdzają tę tendencję. Jest wiele czynników, które mogą przyczyniać się do tych różnic. Kobiety często doświadczają zmian hormonalnych w związku z cyklem menstruacyjnym, ciążą, porodem oraz menopauzą, co może wpływać na regulację nastroju. Ponadto, ważną rolę odgrywają czynniki psychospołeczne. Kobiety często są bardziej narażone na stres związany z rolami społecznymi, takimi jak opieka nad rodziną, oczekiwania społeczne czy dyskryminacja płciowa. Istnieją również mężczyźni cierpiący na depresję, jednak ze względu na różnice w sposobie wyrażania emocji i społecznych oczekiwań mogą oni w mechanizmie dysymulacji zgłaszać mniej objawów depresji lub mieć trudności w ich rozpoznawaniu i szukaniu pomocy. Rozumienie tych różnic jest istotne dla dostosowania skutecznych strategii profilaktyki, diagnozy i leczenia depresji w Polsce²².

W prezentowanym badaniu oceniono także, czy nasilenie depresji różni się pomiędzy osobami nieuprawiającymi sportu a osobami regularnie uprawiającymi sport. Wyniki badań własnych potwierdzają doniesienia innych autorów, że osoby, które nie uprawiają sportu, mogą wykazywać istotnie wyższe nasilenie objawów depresji. Istnieje związek pomiędzy brakiem aktywności fizycznej a występowaniem depresji, choć oczywiście nie dotyczy to każdej jednostki. Aktywność fizyczna, szczególnie regularne wykonywanie ćwiczeń aerobowych, może wpływać na układ nerwowy poprzez uwalnianie endorfin i poprawę ogólnego samopoczucia. Ćwiczenia fizyczne mogą również pomagać w zmniejszaniu poziomu stresu, poprawie snu, regulacji nastroju i wzmacnianiu poczucia własnej wartości, co może przyczynić się do redukcji objawów depresji. Ponadto, uprawianie sportu często wiąże się z interakcjami społecznymi, uczestnictwem w zespołach lub klubach, co może działać jako czynnik ochronny przed depresją poprzez budowanie więzi społecznych i wsparcie emocjonalne²³.

Niektóre badania sugerują, że osoby bez rodzeństwa mogą być bardziej podatne na doświadczanie objawów depresyjnych. Istnieje kilka czynników, które mogą wpływać na tę różnicę. Po pierwsze, interakcje społeczne i wsparcie emocjonalne, które wynikają z relacji rodzeństwa, mogą mieć korzystny wpływ na zdrowie psychiczne. Posiadanie rodzeństwa może zapewniać więź, wsparcie emocjonalne i uczestnictwo w aktywnościach społecznych, co może łagodzić stres i poprawiać samopoczucie. Po drugie, rodzeństwo może również wpływać na rozwój umiejętności społecznych i zdolności radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi, może uczyć komunikacji,

²² A. Tereszko, D. Dudek, *Gender differences in mental disorders*, „Neuropsychiatry and Neuropsychology” 2017; 12(4): 162-169.

²³ E.M. McMahon, P. Corcoran, G. O'Regan et al., *Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 2017; 26(1): 111-122.

negocjacji, rozwiązywania konfliktów i budowania relacji interpersonalnych, co może przyczynić się do większej odporności psychicznej wobec depresji. Należy jednak zauważyć, że te różnice nie są jednoznaczne i nie dotyczą każdej jednostki. Istnieją osoby bez rodzeństwa, które nie wykazują nasilenia depresji, podobnie jak osoby posiadające rodzeństwo, które mogą doświadczać objawów depresyjnych²⁴. Badania własne nie wykazały istotnych różnic między osobami posiadającymi a nieposiadającymi rodzeństwo w zakresie nasilenia depresji.

Nie mniej ważnym zagadnieniem jest struktura rodziny a nasilenie depresji. Badania własne wykazały, że osoby pochodzące z rodzin niepełnych uzyskiwały wyższe wyniki w skali depresji w porównaniu z osobami pochodzącymi z rodzin pełnych, co jest zgodne z wynikami innych prac badawczych. Istnieje kilka czynników, które mogą przyczyniać się do tego zjawiska. Po pierwsze, rodzinne czynniki stresogenne, takie jak rozwód rodziców, separacja lub utrata kontaktu z jednym z rodziców, mogą wpływać na stan psychiczny młodych osób i zwiększać ryzyko wystąpienia depresji. Nieprzewidywalność sytuacji rodzinnych i trudności adaptacyjne mogą stanowić dodatkowe obciążenie dla dzieci i młodzieży, co może wpływać na ich zdrowie psychiczne. Po drugie, wsparcie społeczne i relacje rodzinne odgrywają istotną rolę w zdrowiu psychicznym. Osoby z rodzin niepełnych mogą doświadczać większej dysfunkcji rodzinnej, niższego poziomu wsparcia emocjonalnego i gorszej jakości relacji rodzinnych, co może przyczyniać się do wzrostu objawów depresji. Warto jednak zaznaczyć, że nie dotyczy to wszystkich osób z rodzinami niepełnymi²⁵.

Wnioski

Badania poziomu depresji wśród dzieci i młodzieży ukazują, że jest to istotny problem społeczny, który wymaga uwagi i działań profilaktycznych. Co prawda badania własne miały charakter sondażowy o bardzo ograniczonym zasięgu, niemniej jednak potwierdzają, że depresja młodzieży jest zjawiskiem częstym, co wymaga większego zrozumienia tego zagadnienia i podejmowania działań zapobiegawczych. Czynniki ryzyka rozwoju depresji są różnorodne: genetyka, środowisko, stres czy problemy szkolne. Ważne jest identyfikowanie tych czynników i podejmowanie działań mających na celu ich łagodzenie. Obawa przed społeczną oceną stanowi dodatkową przeszkodę, utrudniającą dostęp do pomocy i wsparcia w przypadku depresji. Istnieje potrzeba edukacji i podnoszenia świadomości społecznej na temat choroby, aby zmniejszyć stygmatyzację i zachęcić do poszukiwania pomocy. Właściwe leczenie i wsparcie terapeutyczne mogą przyczynić się do poprawy stanu emocjonalnego

²⁴ L.J. Finan, C.M. Ohannessian, M.S. Gordon, *Trajectories of depressive symptoms from adolescence to emerging adulthood: The influence of parents, peers, and siblings*, „Developmental Psychology” 2018; 54(8): 1555-1567.

²⁵ Y. Wang, *Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model*, „Journal of Applied Developmental Psychology” 2020; 66: 101090.

i jakości życia chorych. Programy edukacyjne skierowane do dzieci, młodzieży, rodziców i edukatorów mają kluczowe znaczenie w profilaktyce i łagodzeniu objawów choroby, a także do wcześniejszej identyfikacji i interwencji. Podsumowując, badania na temat depresji wśród dzieci i młodzieży podkreślają potrzebę dalszych działań, naukowych, profilaktycznych i edukacyjnych, aby zapewnić zdrowie psychiczne i dobre funkcjonowanie emocjonalne młodej populacji.

Postulaty

Depresja to poważne zaburzenie emocjonalne, które może dotknąć osoby w każdym wieku, również dzieci i młodzież. Z tego powodu ważne jest, aby stosować skuteczne metody profilaktyki, które pomogą zapobiec rozwojowi choroby lub jej nawrotom. Programy zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży mają na celu wzmocnienie umiejętności radzenia sobie ze stresem, kształtowanie pozytywnych relacji z rówieśnikami, a także zachęcanie do podejmowania zdrowych i aktywnych form spędzania czasu wolnego. W ramach tych programów młodzi ludzie uczą się rozpoznawania sygnałów alarmowych w swoim zachowaniu i nauce, które mogą wskazywać na rozwijającą się depresję. Dzięki temu są w stanie wcześniej zwrócić się o pomoc do specjalisty. Programy naprawcze mogą być prowadzone przez szkoły, placówki oświatowe, organizacje pozarządowe oraz specjalistów zajmujących się psychologią i psychoterapią. Ważne jest, aby takie programy były dostosowane do wieku i potrzeb uczestników oraz opierały się na rzetelnej wiedzy naukowej.

Na podstawie wyników badań własnych sformułowano program działań profilaktycznych, który ma na celu zwiększenie świadomości na temat depresji, wspieranie dzieci i młodzieży z depresją w drodze do uzyskania pomocy, w tym wyjaśnienie korzyści oraz dostarczenie odpowiednich narzędzi i wiedzy, które pomogą im rozpoznać objawy depresji, szukać pomocy i radzić sobie z trudnościami emocjonalnymi. Program ma na celu także zmniejszenie stygmatyzacji związanej z depresją oraz promowanie otwartych i wspierających dyskusji na ten temat. Program skupia się na kilku kluczowych obszarach:

- Edukacja i świadomość
 1. Edukacja dotycząca depresji i jej objawów, aby dzieci i młodzież mogły zidentyfikować wczesne oznaki depresji i zwrócić się po pomoc.
 2. Promowanie zdrowego stylu życia, w tym regularnej aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania i regularnego snu.
- Wsparcie społeczne
 1. Organizacja grup wsparcia dla dzieci i młodzieży, które mogą zwiększyć poczucie przynależności społecznej i pomóc w radzeniu sobie z trudnościami emocjonalnymi.
 2. Organizacja programów mentorstwa, w których starsi uczniowie lub dorośli wolontariusze będą udzielali wsparcia młodszym uczniom.

- Terapia behawioralna
 1. Nauczanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami poprzez terapię poznawczo-behawioralną lub terapię interpersonalną.
 2. Stworzenie indywidualnego planu działania dla każdego ucznia, który obejmuje nauczanie konkretnych umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi.
- Eliminowanie stygmatyzacji
 1. Edukowanie o stereotypach i mitach związanych z depresją.
 2. Promowanie empatii, zrozumienia i akceptacji dla osób zmagających się z depresją.
- Dostępność opieki zdrowotnej
 1. Zapewnienie łatwego dostępu do opieki zdrowotnej, w tym konsultacji z psychologiem lub psychiatrą w razie potrzeby.
 2. Organizacja regularnych badań lekarskich w celu wczesnego wykrycia chorób fizycznych i psychicznych.
- Planowanie dalszej opieki
 1. Planowanie dalszej opieki w przypadku zidentyfikowania wysokiego ryzyka depresji u uczniów, takiej jak indywidualna terapia lub konsultacje z psychologiem lub psychiatrą.
 2. Regularne monitorowanie stanu emocjonalnego uczniów i zapewnienie im wsparcia w razie potrzeby²⁶.

Piśmiennictwo

Albert P.R., *Why is depression more prevalent in women?*, „Journal of Psychiatry and Neuroscience” 2015; 40(4): 219–221.

Beck A.T., Alford B.A., *Depresja: przyczyny i leczenie*, University of Pennsylvania Press 2009.

Edlund M.J., Forman-Hoffman V.L., Winder C.R. et al., *Opioid abuse and depression in adolescents: Results from the National Survey on Drug Use and Health*, „Drug and Alcohol Dependence” 2015; 152: 131–138.

Finan L.J., Ohannessian C.M., Gordon M.S., *Trajectories of depressive symptoms from adolescence to emerging adulthood: The influence of parents, peers, and siblings*, „Developmental Psychology” 2018; 54(8): 1555–1567.

Fundacja „Nie Widać Po Mnie”, *Depresja dzieci i młodzieży — statystyka, rodzaje, przyczyny i objawy depresji u dzieci*. Źródło: <https://niewidacpomnie.org/2023/02/20/depresja-dzieci-i-mlodziezy-statystyka-rodzaje-przyczyny-i-objawy-depresji-u-dzieci/> [dostęp: 09.04.2025 r.].

²⁶ K. Łuszczczyńska, *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020*. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-zapobiegania-depresji-w-polsce-na-lata-2016-2020> [dostęp: 25.04.2025 r.].

Hawton K., *Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review*, „Journal of Affective Disorders” 2013; 147(1-3): 17-28.

Institute of Health Metrics and Evaluation. Źródło: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> [dostęp: 03.12.2022 r.].

Korczak D.J., Westwell-Roper C., Sassi R., *Diagnosis and management of depression in adolescents*, „CMAJ” 2023; 195(21): E739-E746.

Lynch H., McDonagh C., Hennessy E., *Social Anxiety and Depression Stigma Among Adolescents*, „Journal of Affective Disorders” 2021; 281: 744-750.

Łuszczynska K., *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020*. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-zapobiegania-depresji-w-polsce-na-lata-2016-2020> [dostęp: 25.04.2025 r.].

McMahon E.M., Corcoran P., O'Regan G. et al., *Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 2017; 26(1): 111-122.

Musiał A., *Depresja-rys historyczny*. Źródło: www.psychiatria.com.pl [dostęp: 09.04.2025 r.].

Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ o zdrowiu, *Depresja*, Warszawa 2020. Źródło: <https://www.ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja> [dostęp: 09.04.2025 r.].

Salk R.H., Hyde J.S., Abramson L.Y., *Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms*, „Psychological Bulletin” 2017; 143(8): 783-822.

Santomauro D. F. et al., *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*, „The Lancet” 2021; 398(10312): 1700-1712.

Tereszko A., Dudek D., *Gender differences in mental disorders*, „Neuropsychiatry and Neuropsychology” 2017; 12(4): 162-169.

Thapar A., *Depression in adolescence*, „The Lancet” 2012; 379(9820): 1056-1067.

Trickett S., *Coping with Anxiety and Depression*, SHELDON 1989.

Wang Y., *Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model*, „Journal of Applied Developmental Psychology” 2020; 66: 101090.

WHO, *Depressive disorder (depression)*. Źródło: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [dostęp: 09.04.2025 r.].

WHO, *Raport World mental health: transforming mental health for all*. Źródło: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> [dostęp: 09.04.2025 r.].

Joanna Girzelska*
Magdalena Głowacka**
Julia Bywalec***
Magdalena Nieckula****
Katarzyna Wiśniewska*****

ŚRODOWISKOWE UWARUNKOWANIA ZABURZEŃ ZE SPEKTRUM AUTYZMU (ASD)

Environmental conditions of autism spectrum disorders (ASD)

*Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-5537-0987

**Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-4117-2605

***Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0009-2122-8120

****Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny, ORCID: 0000-0001-8897-5774

*****Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu, ORCID: 0000-0003-0025-1398

Streszczenie

Wprowadzenie. Zaburzenie ze spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorder*, ASD) to klinicznie zdefiniowane, trwające całe życie zaburzenie neurorozwojowe, które wywiera wpływ na zdolności społeczne, poznawcze i komunikacyjne.

Cel pracy. Identyfikacja czynników środowiskowych powiązanych ze spektrum autyzmu.

Metoda przeglądu. Zastosowano metodę quasi-systematycznej analizy piśmiennictwa. Do analiz włączono literaturę, w której znaleziono i wyłoniono treści dotyczące czynników środowiskowych warunkujących zaburzenia ze spektrum autyzmu.

Opis stanu wiedzy. Czynniki ryzyka autyzmu nie są ustalone jednoznacznie. Badania naukowe sugerują, że istnieje silny związek między czynnikami środowiskowymi a autyzmem. Wiek rodziców, wspomagane technologie rozrodu, czynniki żywieniowe, infekcje i choroby matek, substancje chemiczne i toksyny środowiskowe oraz leki, a także niektóre choroby to najczęstsze czynniki wiązane ze spektrum autyzmu. Natomiast w badaniach naukowych nie znajduje potwierdzenia, szerzona przez środowiska antyszczepionkowe, informacja, że występowanie autyzmu spowodowane jest przez „Tiomersal”, związek zawierający rtęć, stosowany jako substancja konserwująca w starszych typach szczepionek.

Słowa kluczowe: zaburzenie ze spektrum autyzmu, czynniki środowiskowe

Abstract

Introduction. Autism Spectrum Disorder (ASD) is a clinically defined, lifelong neurodevelopmental disorder that affects social, cognitive, and communicative abilities.

Objective. To identify environmental factors associated with autism spectrum disorder.

Review methods. A quasi-systematic literature analysis method was applied. The analysis included literature from which content related to environmental factors influencing autism spectrum disorder was found and selected.

Description of the state of knowledge. The risk factors for autism are not clearly established. Scientific research suggests that there is a strong correlation between environmental factors and autism. Parental age, assisted reproductive technologies, nutritional factors, infections and diseases of mothers, chemicals and environmental toxins, as well as medications and certain illnesses, are the most commonly associated factors with the autism spectrum. However, research does not support the claim, propagated by anti-vaccine groups, that the occurrence of autism is caused by „Thimerosal,” a mercury-containing compound used as a preservative in older types of vaccines.

Key words: autism spectrum disorder, environmental factors

Wprowadzenie

Zaburzenie ze spektrum autyzmu jest szybko rosnącym problemem społecznym i wymaga poświęcenia mu szczególnej uwagi. Szacunkowa częstość występowania ASD wzrasta, co czyni je bardziej powszechnym, niż kilka innych lepiej znanych problemów zdrowotnych, takich jak choroby serca i cukrzyca¹. Mimo to, aż 80% dorosłych z ASD zgłasza znaczne trudności w dostępie do usług diagnostycznych, a ponadto zdiagnozowanie i dalsze postępowanie terapeutyczne osób z ASD wiąże się ze znacznymi kosztami finansowymi i emocjonalnymi, zarówno dla tych osób, jak i ich rodziny i całego społeczeństwa^{2, 3}.

Jakość życia osób dotkniętych spektrum autyzmu jest priorytetem strategii postępowania wielu rządów na świecie, jednakże pomimo ostatnich postępów w badaniach dotyczących uwarunkowań ASD, nadal brakuje skutecznych metod postępowania,

¹ C.M. Murphy, C.E. Wilson, D.M. Robertson et al., *Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development*, „Neuropsychiatric Disease and Treatment” 2016; 12: 1669–1686.

² I. Taylor, *Access to Social Care for Adults with Autism Spectrum Conditions*, Social Care Institute for Excellence, London 2011.

³ A.V.S. Buescher, Z. Cidav, M. Knapp, D.S. Mandell, *Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States*, „JAMA Pediatrics” 2014; 168(8): 721–728.

które poprawiłyby dobrostan osób z autyzmem i ich rodzin. Współcześnie stoimy przed zadaniem opracowania nowych modeli postępowania w odniesieniu do tej grupy osób i osób z nimi powiązanych, które ułatwią zrozumienie zarówno czynników genetycznych, biologicznych, jak i środowiskowych oraz pozwolą na dopracowanie potencjalnych możliwości terapeutycznych⁴.

Cel pracy

Celem niniejszych badań jest identyfikacja czynników środowiskowych powiązanych ze spektrum autyzmu.

Metoda przeglądu

Zastosowano metodę quasi-systematycznej analizy piśmiennictwa. Do analiz zaklasyfikowano literaturę, w której znaleziono i wyłoniono treści dotyczące czynników środowiskowych warunkujących zaburzenia ze spektrum autyzmu. W badaniach uwzględniono recenzowane czasopisma naukowe opublikowane w latach 2005-2025. W procesie kwalifikacji użyto dwóch słów kluczowych: „zaburzenie ze spektrum autyzmu” oraz „czynniki środowiskowe”.

Podczas kwalifikacji czasopism do analizy wykorzystano wyszukiwarkę Google Scholar. Korzystano z baz danych EBSCOhost, tj.: PsycARTICLES, MEDLINE.

Opis stanu wiedzy

Istota problemu i objawy

Zaburzenie ze spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorder*, ASD) to klinicznie zdefiniowane, trwające całe życie zaburzenie neurorozwojowe, które wywiera wpływ na zdolności społeczne, poznawcze i komunikacyjne⁵. To złożone zjawisko biologiczne charakteryzujące się wspólnym zestawem cech behawioralnych pojawiających się we wczesnym dzieciństwie, co odzwierciedla interakcję między różnymi czynnikami ryzyka genetycznego i środowiskowego⁶. Spektrum zaburzenia autystycznego cechuje się utrwalonymi deficytami komunikacji społecznej i interakcji

⁴ Y. Kikuchi, M. Uddin, J.A. Veltman et al., *Evolutionary constrained genes associated with autism spectrum disorder across 2,054 nonhuman primate genomes*, „Molecular Autism” 2025; 16: 5.

⁵ Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, DSM-5. *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych*, Arlington, Waszyngton 2013, 35-36.

⁶ M. Parellada, M.J. Penzol, L. Pina i wsp., *Neurobiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu*, „European Psychiatry” 2014; 29: 11-19.

społecznych, które można zaobserwować w różnych sytuacjach. Mogą to być deficyty dotyczące niewerbalnej komunikacji czy też umiejętności tworzenia, podtrzymywania i rozumienia relacji. Obok deficytów w komunikacji społecznej do rozpoznania zaburzeń spektrum autyzmu konieczna jest obecność powtarzających się schematów zachowania, zainteresowań i aktywności. Rozpoznaniu towarzyszą charakterystyczne indywidualne cechy, np. towarzyszące upośledzenie intelektualne albo jego brak; towarzyszące strukturalne upośledzenie językowe albo brak upośledzenia⁷.

W związku z tym, że stan osób dotkniętych autyzmem, objawy autyzmu i ich nasilenie mogą się znacznie różnić, mówi się o spektrum autyzmu, które może przebiegać zarówno w sposób łagodny, pozwalający na niezależne funkcjonowanie, jak i w sposób ciężki, wymagający opieki i wsparcia innych osób przez całe życie⁸.

Istnieje powszechne przekonanie, że pierwsze objawy zaburzeń ze spektrum autyzmu pojawiają się we wczesnym dzieciństwie i mają tendencję do utrzymywania się w życiu dorosłym. Zachowania dzieci do 5. roku życia mogące budzić niepokój to odmowa zabierania głosu, niereagowanie na wywołanie imienia dziecka, monotonna mowa, częste powtarzanie ustalonych, czy też używanie pojedynczych słów, niechętnie przytulanie się do rodziców czy rodzeństwa, a wręcz odrzucanie przytulania, niewielkie zainteresowanie innymi dziećmi, niechętnie wchodzenie w interakcje społeczne i brak radości z nich wynikającej, wymóg stałej rutyny rodzinnej, której zaburzenie rodzi gniew i zdenerwowanie. Objawy z czasem narastają. U dzieci powyżej 6. roku życia można zaobserwować problemy z dwukierunkowymi rozmowami i tendencją prowadzenia rozmów „do” ludzi, a nie z ludźmi, niezdolnością zrozumienia sarkazmu lub metafor, trudnościami w wykonywaniu zleconych zadań i niereagowania na wydane polecenia. Dzieci cechuje małe lub żadne zainteresowanie kontaktami z innymi ludźmi, a niejednokrotnie agresywne zachowanie wobec innych dzieci, gryzienie, krzyczenie itp.

Czynniki ryzyka i przyczyny autyzmu

Czynniki ryzyka autyzmu nie są ustalone jednoznacznie. Chociaż etiologia ASD nie jest w pełni poznana, genetyka jest uznanym czynnikiem ryzyka⁹. Badania bliźniąt pokazują 76% zgodność objawów ASD u bliźniąt jednojajowych¹⁰. Natomiast inne badania naukowe sugerują, że istnieje silny związek między czynnikami środowiskowymi a autyzmem. Zaawansowany wiek rodzicielski, wspomagane technologie rozrodu, czynniki żywieniowe, infekcje i choroby matek, substancje chemiczne

⁷ Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, DSM-5... op. cit.

⁸ Dr. Rath Health Foundation. Źródło: <https://www.dr-rath-foundation.org/2023/11/responsibility-for-a-healthy-world/> [dostęp: 13.06.2025 r.].

⁹ S. Sandin, P. Lichtenstein, R. Kuja-Halkola et al., *The Heritability of Autism Spectrum Disorder*, „JAMA” 2017; 318: 1182–1184.

¹⁰ A. Ronald, R.A. Hoekstra, *Autism spectrum disorders and autistic traits: A decade of new twin studies*, „American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics” 2011; 156B: 255–274.

i toksyny środowiskowe oraz leki, a także pewne choroby to czynniki mogące warunkować zaburzenia ze spektrum autyzmu¹¹.

Badania potwierdzają, że zarówno zaawansowany wiek matki, jak i ojca w chwili urodzenia (≥ 35 lat) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem ASD^{12, 13}. Ryzyko autyzmu jest najwyższe, gdy oboje rodzice są w starszym przedziale wiekowym, jednocześnie nie ogranicza się wyłącznie do zaawansowanego wieku ojca i matki, ale ma także znaczenie w przypadku różnic w wieku rodziców i wzrasta wraz z ich zróżnicowaniem¹⁴. W ostatnich badaniach stwierdzono, że dzieci poczęte przy użyciu ART (ang. *Assisted Reproductive Techniques*), czyli techniki wspomaganego rozrodu, są obarczone wyższym ryzykiem autyzmu¹⁵. W badaniach typu *case-control*, przeprowadzonych na dużej populacji w Izraelu, odnotowano wyższą częstość występowania ASD nawet u młodych matek (< 29 lat), których dzieci zostały poczęte przy użyciu IVF (ang. *In Vitro Fertilization*), czyli zapłodnienia *in vitro*, oraz ICSI (ang. *Intra-cytoplasmic Sperm Injection*), czyli docytoplazmatycznego wstrzyknięcia plemnika¹⁶. Wśród czynników środowiskowych zwiększających ryzyko wystąpienia ASD są wymieniane toksyczne metale ciężkie, w szczególności rtęć (Hg) i ołów (Pb), których wysoki poziom stwierdzono we włosach i krwi u 45 dzieci z autyzmem z Górnego Egiptu w porównaniu z dziećmi z grupy kontrolnej, a po podaniu DMSA (kwas 2,3-dimercaptobursztynowy), jako środka chelatującego, stwierdzono zmniejszenie objawów autyzmu wraz ze spadkiem poziomu Pb i Hg we krwi¹⁷. W badaniach prowadzonych w Królestwie Arabii Saudyjskiej przez zespół Blaurock-Bush również stwierdzono podwyższony poziom arsenu, kadmu, baru i ołowiu w próbkach włosów oraz w moczu dzieci z rozpoznanym autyzmem¹⁸. Podobne wyniki uzyskali badacze zespołu Tabatadze, którzy wykazali znaczące różnice w stężeniach niezbędnych pierwiastków śladowych we włosach u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w porównaniu z grupą dzieci bez ASD, jak również wysokie zanieczyszczenie metalami

¹¹ L. Emberti Gialloreti, L. Mazzone, A. Benvenuto i wsp., *Risk and Protective Environmental Factors Associated with Autism Spectrum Disorder: Evidence-Based Principles and Recommendations*, „Journal of Clinical Medicine” 2019; 8(2): 217.

¹² M.S. Durkin, M.J. Maenner, C.J. Newschaffer et al., *Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder*, „The American Journal of Epidemiology” 2008; 168: 1268–1276.

¹³ E. Ben Itzhak, E. Lahat, D.A. Zachor, *Advanced parental ages and low birth weight in autism spectrum disorders-rates and effect on functioning*, „Research In Developmental Disabilities” 2011; 32: 1776–1781.

¹⁴ S. Sandin, D. Schendel, P. Magnusson et al., *Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents*, „Molecular Psychiatry” 2016; 21: 693–700.

¹⁵ L. Liu, J. Gao, X. He et al., *Association between assisted reproductive technology and the risk of autism spectrum disorders in the offspring: A meta-analysis*, „Scientific Reports” 2017; 7.

¹⁶ D.A. Zachor, E. Ben Itzhak, *Assisted reproductive technology and risk for autism spectrum disorder*, „Research In Developmental Disabilities” 2011; 32: 2950–2956.

¹⁷ H.A. Yassa, *Autism: a form of lead and mercury toxicity*, „Environ Toxicol Pharmacology” 2014; 38(3): 16–24.

¹⁸ E. Blaurock-Busch, O.R. Amin, T. Rabah, *Heavy metals and trace elements in hair and urine of a sample of Arab children with autistic spectrum disorder*, „Maedica (Buchar)” 2011; 6(4): 247–257.

ciężkimi, takimi jak ołów, rtęć i kadm u dzieci z ASD w porównaniu do dzieci bez ASD¹⁹. Także Lakshmi Priya i Gehtha wykazali statystycznie istotny wzrost ($p < 0,001$) poziomów metali toksycznych Pb i Hg w próbkach włosów i paznokci dzieci autystycznych w porównaniu do zdrowej grupy kontrolnej, natomiast poziomy pierwiastków śladowych: magnezu (Mg) i seleniu (Se) były statystycznie istotnie zmniejszone ($p < 0,001$) u dzieci autystycznych, w porównaniu do grupy kontrolnej. Znaczący wzrost stężenia miedzi (Cu), Pb i Hg oraz znaczący spadek stężenia Mg i Se zaobserwowany w próbkach włosów i paznokci osób autystycznych może być powiązany ze stopniem nasilenia objawów²⁰. Również w badaniach Al-Ayadhi wykazano zmiany w poziomach toksycznych metali ciężkich i niezbędnych pierwiastków śladowych u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w porównaniu z dziećmi bez tych zaburzeń. Przytoczone badania sugerują rolę metali ciężkich i pierwiastków śladowych w powstawaniu objawów zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz rolę terapii chelatującej jako przynoszącej korzyści²¹. Jako czynniki ryzyka autyzmu był podejrzewany „Tiomersal”, metaloorganiczny związek chemiczny zawierający rtęć (sól sodowa kwasu etylortęciotiosalicylowego) stosowany jako substancja konserwująca używana w starszych typach szczepionek²², jednak nie znajduje to potwierdzenia^{23, 24}. Nowe dowody naukowe sugerują, że dieta matki w okresie ciąży jest znaczącym czynnikiem w rozwoju neurologicznym jej potomstwa i może również odgrywać rolę w powstawaniu zaburzeń ze spektrum autyzmu. Badania przeprowadzone w dziewięciu krajach, które koncentrowały się na multiwitaminach, kwasie foliowym, witaminie D, wielonienasyconych kwasach tłuszczowych, spożyciu ryb, suplementów diety, żelaza, witaminy B12, wapnia, magnezu oraz „ogólnych nawykach żywieniowych” matki wykazały, że stosowanie w ciąży preparatów wielowitaminowych, w szczególności odpowiednie dawkowanie kwasu foliowego i witaminy D, wiązało się z mniejszym prawdopodobieństwem urodzenia dziecka z ASD²⁵. Istnieje także wiele badań sugerujących związek między niedoborem kwasu foliowego przed poczęciem a ryzykiem

¹⁹ T. Tabatadze, L. Zhorzholiani, M. Kherkheulidze i wsp., *Hair heavy metal and essential trace element concentration in children with autism spectrum disorder*, „Georgian Medical News” 2015; 248: 77-82.

²⁰ M.D. Lakshmi Priya, A. Geetha, *Level of trace elements (copper, zinc, magnesium and selenium) and toxic elements (lead and mercury) in the hair and nail of children with autism*, „Biological Trace Element Research” 2011; 142(2): 148-158.

²¹ L.Y. Al-Ayadhi, *Heavy metals and trace elements in hair samples of autistic children in central Saudi Arabia*, „Neurosciences” 2005;10(3): 213-218.

²² S.D. Sugarman, *Cases in vaccine court - legal battles over vaccines and autism*, „The New England Journal of Medicine” 2007; 357(13): 1275-1277.

²³ A. Doja, W. Roberts, *Immunizations and autism: a review of the literature*, „Canadian Journal of Neurological Sciences” 2006; 33(4): 341-346.

²⁴ B. Taylor, *Vaccines and the changing epidemiology of autism*, „Child: Care, Health and Development” 2006; 32(5): 511-519.

²⁵ C. Zhong, J. Tessing, B.L. Lee, K. Lyall, *Maternal Dietary Factors and the Risk of Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review of Existing Evidence*, „Autism Research” 2020; 13(10): 1634-1658.

wystąpienia ASD u noworodków²⁶, jednocześnie inne badania wykazały powiązanie między zwiększonym ryzykiem wystąpienia ASD u dzieci, których matki stosowały suplementy diety z syntetycznym kwasem foliowym. Podejrzewa się, że te rozbieżne wyniki mogą być konsekwencją przyjmowania zróżnicowanych form kwasu foliowego, który jest stosowany w suplementach diety (*pteroylmonoglutaminian*) i pochodzącego z naturalnych źródeł w żywności (*ormyl-tetrahydropteroylglutaminian*)²⁷.

W innych badaniach wykazano z kolei powiązanie częstego stosowania aspartamu, tj. czyli sztucznego słodzika, stosowanego w wielu napojach bezcukrowych i produktach o obniżonej kaloryczności, z ryzykiem wystąpienia autyzmu, szczególnie wśród chłopców. Badanie Fowler i wsp. wykazało, że dzieci, których matki spożywały duże ilości aspartamu w czasie ciąży, były bardziej narażone na wystąpienie ASD²⁸. Badanie związku między autyzmem a aspartamem przeprowadzone wśród matek, których dzieci urodziły się po 1984 r., wykazało, że kobiety, które urodziły dzieci z autyzmem, spożywały średnio ponad dwukrotnie więcej aspartamu w porównaniu do matek dzieci bez ASD²⁹. Jednak to nie sam aspartam, ale metabolity aspartamu, w szczególności metanol, są szkodliwe dla organizmu. W procesie trawienia 11% aspartamu przekształca się w czysty metanol, który jest trucizną³⁰. Russel Blaylock MD sugeruje, że poza aspartamem także inne dodatki do żywności, takie jak glutaminian sodu, aluminium i fluor, są czynnikami sprzyjającymi rozwojowi ASD³¹.

Leki stosowane w okresie ciąży stanowią czynnik ryzyka ASD, szczególnie leki przeciwpadaczkowe i przeciwdepresyjne. Spośród leków przeciwpadaczkowych walproinian sodu wykazał najsilniejszy związek z ASD, ale też okskarbazepina i lamotrygina³².

Wykazano też związek między spożywaniem alkoholu w ciąży a ryzykiem wystąpienia ASD, szczególnie u dzieci z FAS (ang. *Fetal Alcohol Syndrome*), czyli zespołem alkoholowym płodu. Nie ma natomiast wystarczających dowodów wpływu palenia tytoniu w trakcie ciąży na ryzyko wystąpienia ASD^{33, 34}. Czynnikiem warunkującym występowanie autyzmu jest stan odżywienia matki. Z badań wynika, że zarówno

²⁶ R.J. Schmidt, V. Kogan, J.F. Shelton et al., *Combined Prenatal Pesticide Exposure and Folic Acid Intake in Relation to Autism Spectrum Disorder*, „Environ Health Perspect” 2017; 125.

²⁷ C.M. Beard, L.A. Panser, S.K. Katusic, *Is excess folic acid supplementation a risk factor for autism?*, „Medical Hypotheses” 2011; 77: 15–17.

²⁸ S.P. Fowler, D. Gimeno Ruiz de Porras, M.D. Swartz, P. Stigler Granados, L. Parsons Heilbrun, R.F. Palmer, „Nutrients” 2024; 16(5): 675.

²⁹ Tamże.

³⁰ R.G. Walton, W.C. Monte, *Dietary methanol and autism*, „Medical Hypotheses” 2015; 85(4): 441–446.

³¹ R. Walton, W. Monte, *Dietary methanol and autism*, „Science Direct” 2015; 85(4): 441–446.

³² F.I. Rouillet, J.K. Lai, J.A. Foster, *In utero exposure to valproic acid and autism—a current review of clinical and animal studies*, „Neurotoxicol Teratol” 2013; 36: 47–56.

³³ M. Eliassen, J.S. Tolstrup, A.M. Nybo Andersen et al., *Prenatal alcohol exposure and autistic spectrum disorders—a population-based prospective study of 80,552 children and their mothers*, „International Journal of Epidemiology” 2010; 39: 1074–1081.

³⁴ B.N. Rosen, B.K. Lee, N.L. Lee, Y. Yang, I. Burstyn, *Maternal Smoking and Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2015; 45: 1689–1698.

niedożywienie, jak i otyłość matki może powodować aktywację jej układu odpornościowego i przewlekły stan zapalny macicy, co z kolei może prowadzić do nieprawidłowego wzrostu i różnicowania neuronów u płodu, a w konsekwencji do zaburzeń neurorozwojowych i zwiększać ryzyko wystąpienia autyzmu^{35, 36}.

Istnieją również przesłanki, że pestycydy mogą być czynnikiem ryzyka autyzmu. Irva Hertz-Picciotto i jego współpracownicy dokonali przeglądu dowodów naukowych łączących pestycydy fosforoorganiczne z zaburzeniami neurologicznymi, behawioralnymi i poznawczymi u dzieci oraz powiązały narażenie matek na środki fosforoorganiczne w okresie ciąży z gorszym rozwojem poznawczym, behawioralnym i społecznym u dzieci. Efektami narażenia płodu na pestycydy fosforoorganiczne są nieprawidłowe odruchy pierwotne u noworodków; opóźnienia umysłowe i motoryczne u dzieci w wieku przedszkolnym, a u dzieci w wieku szkolnym: zmniejszenie zdolności zapamiętywania, szybkości przetwarzania, rozumienia werbalnego, rozumowania percepcyjnego oraz niższe IQ. Z tego przeglądu wynika także, że narażenie matek na środki fosforoorganiczne w okresie ciąży zwiększało ryzyko wystąpienia objawów zaburzeń ze spektrum autyzmu, ale także zespołu ADHD (ang. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), czyli zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi³⁷.

Badania powiązań czynników środowiskowych z ryzykiem wystąpienia autyzmu typu „przypadek-kontrola” przeprowadzone w latach 2007–2012 w Tianjin, w grupie 193 dzieci z autyzmem ze szkół specjalnych oraz 733 dzieci z grupy kontrolnej o typowym rozwoju, dobranych pod względem wieku i płci, wykazały, że stosowanie klimatyzatora w czasie ciąży (redukcja stresu termicznego) oraz dieta ojca oparta na rybach słodkowodnych mogą być korzystne w zapobieganiu autyzmowi, natomiast powikłania ciąży i depresja okołoporodowa u matki mogą stanowić czynniki ryzyka³⁸.

Podsumowanie

Z dokonanego przeglądu piśmiennictwa wynika, że czynniki ryzyka autyzmu nie zostały jeszcze ustalone jednoznacznie. Przytoczone w opracowaniu badania naukowe sugerują, że istnieją związki między szeroko rozumianymi czynnikami

³⁵ F. Bugatto, A. Fernandez-Deudero, A. Bailen et al., *Second-trimester amniotic fluid proinflammatory cytokine levels in normal and overweight women*, „Obstetrics & Gynecology” 2010; 115: 127–133.

³⁶ M.K. Georgieff, *Nutrition and the developing brain: Nutrient priorities and measurement*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2007; 85(2): 614S–620S.

³⁷ I. Hertz-Picciotto, J.B. Sass, S. Engel et al., *Organophosphate exposures during pregnancy and child neurodevelopment: Recommendations for essential policy reforms*, „PLoS Medicine” 2018; 15(10): e1002671.

³⁸ L. Gao, Q. Qian Xi, J. Wu et al., *Association between Prenatal Environmental Factors and Child Autism: A Case Control Study in Tianjin, China*, „Biomedical and Environmental Sciences” 2015; 28(9): 642–650.

środowiskowymi a autyzmem. Wiek rodziców, wspomagane technologie rozrodu, czynniki żywieniowe, infekcje i choroby matek, substancje chemiczne i toksyny środowiskowe oraz leki, a także niektóre choroby to najczęstsze czynniki związane ze spektrum autyzmu.

Piśmiennictwo

Al-Ayadhi L.Y., *Heavy metals and trace elements in hair samples of autistic children in central Saudi Arabia*, „Neurosciences” 2005;10(3): 213-218.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, *DSM-5. Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych*, Arlington, Waszyngton 2013, 35-36.

Beard C.M., Panser L.A., Katusic S.K. *Is excess folic acid supplementation a risk factor for autism?*, „Medical Hypotheses” 2011; 77: 15–17.

Ben Itzhak E., Lahat E., Zachor D.A., *Advanced parental ages and low birth weight in autism spectrum disorders-rates and effect on functioning*, „Research in Developmental Disabilities” 2011; 32: 1776–1781.

Blaurock-Busch E., Amin O.R., Rabah T., *Heavy metals and trace elements in hair and urine of a sample of Arab children with autistic spectrum disorder*, „Maedica (Buchar)” 2011; 6(4): 247-257.

Buescher A.V.S., Cidav Z., Knapp M., Mandell D.S., *Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States*, „JAMA Pediatrics” 2014; 168(8): 721–728.

Bugatto F., Fernandez-Deudero A., Bailen A. et al., *Second-trimester amniotic fluid proinflammatory cytokine levels in normal and overweight women*, „Obstetrics & Gynecology” 2010; 115: 127–133.

Doja A., Roberts W., *Immunizations and autism: a review of the literature*, „Canadian Journal of Neurological Sciences” 2006; 33(4): 341–346.

Dr. Rath Health Foundation. Źródło: <https://www.dr-rath-foundation.org/2023/11/responsibility-for-a-healthy-world/> [dostęp: 13.06.2025 r.].

Durkin M.S., Maenner M.J., Newschaffer C.J. et al., *Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder*, „American Journal of Epidemiology” 2008; 168: 1268–1276.

Eliassen M., Tolstrup J.S., Nybo Andersen A.M. et al., *Prenatal alcohol exposure and autistic spectrum disorders--a population-based prospective study of 80,552 children and their mothers*, „International Journal of Epidemiology” 2010; 39: 1074–1081.

Emberti Gialloreti L., Mazzone L., Benvenuto A. i wsp., *Risk and Protective Environmental Factors Associated with Autism Spectrum Disorder: Evidence-Based Principles and Recommendations*, „Journal of Clinical Medicine” 2019; 8(2): 217.

Fowler S.P, Gimeno Ruiz de Porras D., Swartz M.D., Stigler Granados P., Parsons Heilbrun L., Palmer R.F., Reply to Ayoub-Charette et al., *Lack of Biological Plausibility and Major Methodological Issues Cast Doubt on the Association between Aspartame and Autism. Comment on „Fowler et al. Daily Early-Life Exposures to Diet Soda and Aspartame Are Associated with Autism in Males: A Case-Control Study. Nutrients* 2023, 15, 3772, „Nutrients” 2024; 16(5): 675.

Gao L., Qian Xi Q., Wu J. et al., *Association between Prenatal Environmental Factors and Child Autism: A Case Control Study in Tianjin, China*, „Biomedical and Environmental Sciences” 2015; 28(9): 642-650.

Georgieff M.K., *Nutrition and the developing brain: Nutrient priorities and measurement*, „The American Journal of Clinical Nutrition” 2007; 85(2): 614S-620S.

Hertz-Picciotto I., Sass J.B., Engel S. et al., *Organophosphate exposures during pregnancy and child neurodevelopment: Recommendations for essential policy reforms*, „PLoS Medicine” 2018; 15(10): e1002671.

Kikuchi Y., Uddin M., Veltman J.A. et al., *Evolutionary constrained genes associated with autism spectrum disorder across 2,054 nonhuman primate genomes*, „Molecular Autism” 2025; 16: 5.

Lakshmi Priya M.D., Geetha A., *Level of trace elements (copper, zinc, magnesium and selenium) and toxic elements (lead and mercury) in the hair and nail of children with autism*, „Biological Trace Element Research” 2011; 142(2): 148-158.

Liu L., Gao J., He X. et al., *Association between assisted reproductive technology and the risk of autism spectrum disorders in the offspring: A meta-analysis*, „Scientific Reports” 2017; 7.

Murphy C.M., Wilson C.E., Robertson D.M. et al., *Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development*, „Neuropsychiatric Disease and Treatment” 2016; 12: 1669-1686.

Parellada M., Penzol M.J., Pina L. i wsp., *Neurobiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu*, „European Psychiatry” 2014; 29: 11-19.

Ronald A., Hoekstra R.A., *Autism spectrum disorders and autistic traits: A decade of new twin studies*, „American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics” 2011; 156B: 255-274.

Rosen B.N., Lee B.K., Lee N.L., Yang Y., Burstyn I. *Maternal Smoking and Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2015; 45: 1689-1698.

Roulet F.I., Lai J.K., Foster J.A. *In utero exposure to valproic acid and autism-a current review of clinical and animal studies*, „Neurotoxicology and Teratology” 2013; 36: 47–56.

Sandin S., Lichtenstein P., Kuja-Halkola R. et al., *The Heritability of Autism Spectrum Disorder*, „JAMA” 2017; 318: 1182–1184.

Sandin S., Schendel D., Magnusson P. et al., *Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents*, „Molecular Psychiatry” 2016; 21: 693–700.

Schmidt R.J., Kogan V., Shelton J.F. et al., *Combined Prenatal Pesticide Exposure and Folic Acid Intake in Relation to Autism Spectrum Disorder*, „Environ Health Perspect” 2017; 125.

Sugarman S.D., *Cases in vaccine court - legal battles over vaccines and autism*, „The New England Journal of Medicine” 2007; 357(13): 1275–1277.

Tabatadze T., Zhorzholiani L., Kherkheulidze M. i wsp., *Hair heavy metal and essential trace element concentration in children with autism spectrum disorder*, „Georgian Medical News” 2015; 248: 77–82.

Taylor B., *Vaccines and the changing epidemiology of autism*, „Child: Care, Health and Development” 2006; 32(5): 511–519.

Taylor I., *Access to Social Care for Adults with Autism Spectrum Conditions*, Social Care Institute for Excellence, London 2011.

Walton R.G., Monte W.C., *Dietary methanol and autism*, „Medical Hypotheses” 2015; 85(4): 441–446.

Walton R., Monte W., *Dietary methanol and autism*, „Science Direct” 2015; 85(4): 441–446.

Yassa H.A., *Autism: a form of lead and mercury toxicity*, „Environ Toxicol and Pharmacology” 2014; 38(3): 16–24.

Zachor D.A., Ben Itzhak E., *Assisted reproductive technology and risk for autism spectrum disorder*, „Research In Developmental Disabilities” 2011; 32: 2950–2956.

Zhong C., Tessing J., Lee B.L., Lyall K., *Maternal Dietary Factors and the Risk of Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review of Existing Evidence*, „Autism Research” 2020; 13(10): 1634–1658.

Magdalena Głowacka*
Joanna Girzelska**

ŚWIADOMOŚĆ I WIEDZA ANGLOJĘZYCZNYCH STUDENTÓW KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO NA TEMAT SPEKTRUM AUTYZMU

*Awareness and knowledge of English-speaking nursing
students about the autism spectrum*

*Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-4117-2605

**Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-5537-0987

Streszczenie

Wprowadzenie. Autyzm, spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorder*, ASD) zgodnie z klasyfikacją ICD-11 i DSM-V jest określane jako zaburzenie neurorozwojowe, które może charakteryzować się różnym stopniem nasilenia trudności w relacjach z ludźmi i w komunikacji, a także powtarzalnymi, nieelastycznymi wzorcami zainteresowań i zachowań. Szacuje się, że w Europie autyzm diagnozowany jest u około 1 na 100 dzieci¹. Jednocześnie dostrzegalny jest zauważalny wzrost ośrodków specjalizujących się w diagnostyce i terapii osób z autyzmem. Z uwagi na specyficzny charakter zaburzenia i w celu prowadzenia skutecznych działań terapeutycznych, istotną kwestią jest jednoczesny wzrost świadomości społeczeństwa odnośnie istoty spektrum autyzmu i skutecznych metod oddziaływania.

Cel. Celem badań była ocena stanu wiedzy i świadomości studentów anglojęzycznych kierunku pielęgniarstwo na temat autyzmu.

Materiał i metoda. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankietowania. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany z wykorzystaniem kwestionariusza Wei H i Li Y i in.². W badaniu udział wzięło 90 osób. Po weryfikacji poprawności wypełnienia ankiet do dalszej analizy

¹ *Autism*. Źródło: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders?utm_source=chatgpt.com [dostęp: 21.02.2025 r.].

² H. Wei, Y. Li, Y. Zhang et al., *Awareness and knowledge of autism spectrum disorder in Western China: Promoting early identification and intervention*, „Frontiers in Psychiatry” 2022; 13: 970611.

włączono 89. Badania przeprowadzono wśród studentów pielęgniarstwa anglojęzycznego w Lubelskiej Akademii WSEI w styczniu 2025 r.

Wyniki. Ponad połowa respondentów (62,9%) zgadza się ze stwierdzeniem, iż autyzm jest poważnym zaburzeniem i również ponad połowa ankietowanych (57,3%) uznaje, że zaburzenie to wymaga leczenia (terapii). Jednocześnie zdecydowana większość badanej populacji (93,3%) wyraziła opinię, iż dla osób w spektrum autyzmu istotne jest korzystanie ze specjalnych usług edukacyjnych w szkole. Większość badanych uważa (80,9%), że ważna jest tzw. wczesna interwencja, dzięki której możliwa jest „częściowa poprawa” stanu zdrowia, a zdaniem 86,5% badanych interwencja ta powinna być długoterminowa/długofalowa.

Wnioski. W kontekście przyszłej pracy zawodowej studentów pielęgniarstwa wyniki badań własnych mogą mieć istotne znaczenie w kształtowaniu postaw wobec osób z autyzmem, wskazując na konieczność edukacji, długoterminowej terapii oraz wsparcia środowiskowego w procesie leczenia.

Słowa kluczowe: autyzm, świadomość społeczna, spektrum autyzmu, wiedza społeczeństwa

Abstract

Introduction. Autism, autism spectrum disorder (ASD), according to ICD 11 and DSM-V classification, is described as a neurodevelopmental disorder, which can be characterized by varying degrees of difficulties in relationships with people and communication, as well as repetitive, inflexible patterns of interests and behaviors. It is estimated that in Europe, autism is diagnosed in about 1 in 100 children. At the same time, there is a noticeable increase in centers specializing in the diagnosis and therapy of people with autism. Given the specific nature of the disorder and in order to conduct effective therapeutic actions, a significant issue is the simultaneous increase in public awareness regarding the essence of the autism spectrum and effective methods of intervention.

Objective. The aim of the research was to assess the knowledge and awareness of English-speaking nursing students regarding autism.

Materials and Methods. The study utilized the diagnostic survey method and the questionnaire technique. The research tool was a survey questionnaire developed using the questionnaire by Wei H, Li Y, and others. A total of 90 participants were involved in the study. After verifying the correctness of the completed surveys, 89 were included for further analysis. The research was conducted among English-speaking nursing students at the Lublin WSEI Academy in January 2025.

Research results. More than half of the respondents (62.9%) agree with the statement that autism is a serious disorder that requires attention, and also more than half of the respondents (57.3%) believe that this disorder requires treatment (therapy). At the same time, a significant majority of the studied population (93.3%) expressed the opinion that it is important for individuals on the autism spectrum to utilize special educational services in school. Most of the respondents (80.9%) believe that the so-called

early intervention is important, which allows for a 'partial improvement' in health status, and according to 86.5% of the respondents, this intervention should be long-term.

Conclusions. In the context of future professional work of nursing students, the results of this research may be significantly important in shaping attitudes towards individuals with autism, indicating the need for education, long-term therapy, and environmental support in the treatment process.

Key words: autism, social awareness, autism spectrum, public knowledge

Wprowadzenie

Autyzm lub spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorder*, ASD) zgodnie z klasyfikacją ICD-11 i DSM-V są określane jako zaburzenie neurorozwojowe, czy też jako pewien stan, a nie jako choroba. Mówienie o autyzmie lub o ASD jako o chorobie wynika raczej z powszechnie stosowanych tendencyjnych uproszczeń oraz z powodu potocznego stosowania określenia „choroba”. Choroba, według medycznych definicji, występuje wówczas, gdy znana jest przyczyna oraz obserwowana jest dynamika przebiegu. W przypadku ASD wciąż nieznana jest etiologia, a przebieg po okresie dzieciństwa można określić jako stabilny. Zaburzenie to charakteryzuje się różnym stopniem nasilenia trudności w komunikacji i relacjach z ludźmi, a także powtarzalnymi, nieelastycznymi wzorcami zainteresowań i zachowań³. Takie „niestandardowe” działanie mózgu powoduje, że rozwój dziecka przebiega, od samego początku, inną ścieżką. Badania wykazują, iż stan ten częściej występuje wśród chłopców⁴. Zaburzenia obserwowane w ASD dotyczą zarówno sfery neurologicznej, jak i psychicznej.

Częstość występowania ASD znacznie wzrosła w ciągu ostatniej dekady. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) oszacowała, że 0,76% dzieci na świecie ma ASD⁵. Warto zauważyć, że dostępność i dokładność danych na temat autyzmu mogą różnić się w zależności od kraju i systemu opieki zdrowotnej. Nie ma dokładnych danych o liczbie osób z autyzmem w Polsce (nie było takich badań w Polsce), jednakże, opierając się na danych Ministerstwa Edukacji i Nauki, do końca września 2022 r. 82 199 dzieci i młodzieży posiadało orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na zaburzenia ze spektrum autyzmu⁶. Warto zauważyć, że w latach 2014-2022 liczba dzieci z orzeczeniami w tym zakresie wzrosła pięciokrotnie⁷.

³ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. American Psychiatric Pub, Arlington 2013.

⁴ Jak często występuje autyzm? Źródło: https://polskiauzyzm.pl/rozpowszechnienie-autyzmu/?utm_source=chatgpt.com [dostęp: 21.02.2025 r.].

⁵ T.S. Brugha, H.E. Erskine, R.W. Scheurer, T. Vos, J.G. Scott, *The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders*, Baxter AJ, „Psychological Medicine” 2015; 45: 601–613.

⁶ Dane Ministerstwa Edukacji i Nauki. Źródło: https://dane.gov.pl/pl/dataset/182/resource/57367/table?page=1&per_page=20&q=&sort= [dostęp: 21.02.2025 r.].

⁷ Ibidem.

Od dłuższego czasu w Polsce organizowane są różnorodne działania, wydarzenia edukacyjne oraz wykłady i marsze, których celem jest propagowanie wiedzy na temat spektrum autyzmu. Aktywnie w tym zakresie działają takie organizacje społeczne, jak np. Autism Europe, Fundacja SYNAPSIS oraz inne stowarzyszenia. Obserwuje się także zauważalny wzrost ośrodków specjalizujących się w diagnostyce i terapii osób z autyzmem. Wszystkie te działania przyczyniają się do podniesienia w społeczeństwie poziomu świadomości na temat ASD. Z wyższą świadomością wiążą się również zmiany w prawodawstwie, które mają na celu wsparcie osób z autyzmem i ich rodzin poprzez dostosowanie systemu edukacji oraz zapewnienie dostępu do odpowiednich terapii. Przykładem jest Uchwała Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 kwietnia 2021 r. w sprawie wsparcia i wyrównania szans osób w spektrum autyzmu. Dokument ten podkreśla konieczność stworzenia systemowych rozwiązań wspierających osoby z autyzmem, ich rodziny i opiekunów, zapewniając im godne warunki do życia i pracy⁸. W 2023 r. Parlament Europejski przyjął rezolucję w sprawie harmonizacji praw osób z autyzmem, co świadczy o rosnącej świadomości i dążeniu do jednolitych standardów wsparcia na poziomie Unii Europejskiej⁹.

Cel pracy

Celem badań własnych była ocena stanu wiedzy i świadomości studentów anglojęzycznych kierunku pielęgniarstwo w zakresie autyzmu.

Materiał i metoda

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankietowania. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany z wykorzystaniem kwestionariusza Wei H i Li Y i in.¹⁰. W badaniu udział wzięło 90 osób, z których większość stanowiły kobiety 77,5% (N=69), natomiast mężczyźni 22,5% (N=20). Najmłodszy respondent miał 18 lat, a najstarszy 40 lat. Zdecydowana większość badanych osób (N=71; 79,8%) znajdowała się w przedziale wiekowym 18-30 lat. Badania przeprowadzono wśród studentów pielęgniarstwa anglojęzycznego w Lubelskiej Akademii WSEI w styczniu 2025 r.

⁸ Uchwała Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 kwietnia 2021 r. w sprawie wsparcia i wyrównania szans osób w spektrum autyzmu.

⁹ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 4 października 2023 r. w sprawie harmonizacji praw osób z autyzmem [2023/2728(RSP)].

¹⁰ H. Wei, Y. Li, Y. Zhang et al., *Awareness and knowledge of autism spectrum disorder in Western China: Promoting early identification and intervention*, „Frontiers in Psychiatry” 2022;13: 970611.

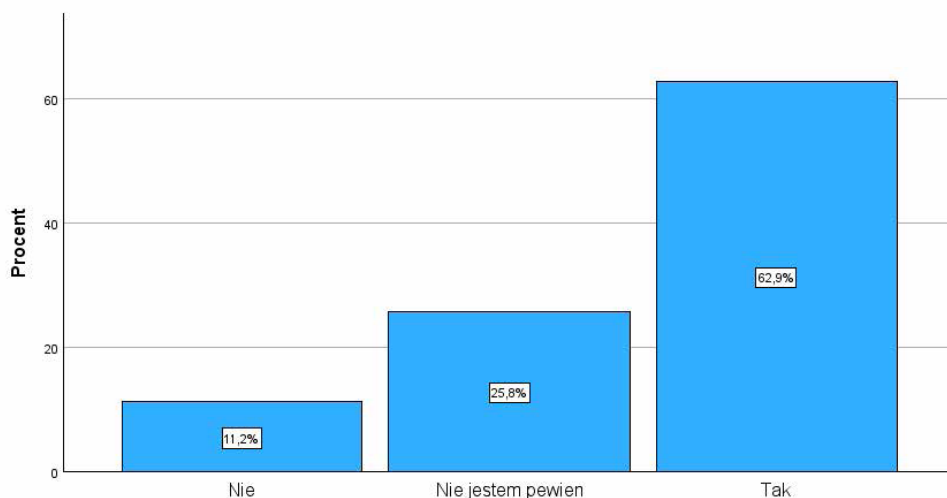
Wyniki

Zdaniem większości badanych osób (N=56; 62,9%), autyzm „*jest*” poważnym zaburzeniem. Natomiast około 25% (N=23) respondentów „*nie jest pewna*”, czy autyzm jest poważnym zaburzeniem. Z kolei 10 osób (11,2%) uznało, że autyzm „*nie jest*” poważnym zaburzeniem. Łącznie około 37% osób nie uznaje faktu lub nie jest pewnym, że autyzm jest poważnym zaburzeniem (tabela 1, wykres 1).

Tabela 1. Odpowiedź na pytanie: *Czy autyzm jest poważnym zaburzeniem?*

Ważne	Częstość	Procent
Nie	10	11,2
Nie jestem pewien	23	25,8
Tak	56	62,9
Ogółem	89	100,0

Źródło: badania własne



Wykres 1. Odpowiedź na pytanie: *Czy autyzm jest poważnym zaburzeniem?*

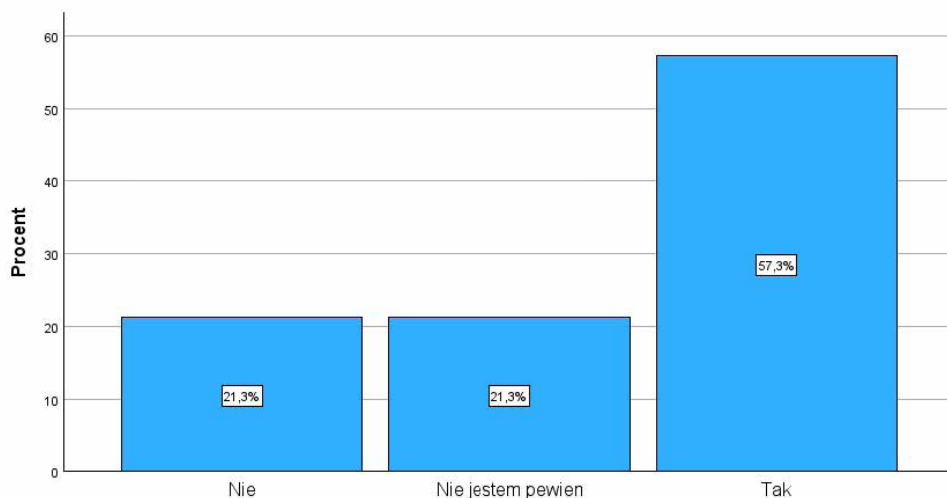
Źródło: badania własne

Zdaniem większości badanych osób (N=51; 57,3%) autyzm „*wymaga leczenia*”. Natomiast około 42,7% osób (N=38) uznaje, że „*nie jest pewna*” lub uważa, że „*nie wymaga leczenia*” (tabela 2, wykres 2).

Tabela 2. Odpowiedź na pytanie: *Czy autyzm wymaga leczenia?*

Ważne	Częstość	Procent
Nie	19	21,3
Nie jestem pewien	19	21,3
Tak	51	57,3
Ogółem	89	100,0

Źródło: badania własne



Wykres 2. Odpowiedź na pytanie: *Czy autyzm wymaga leczenia?*

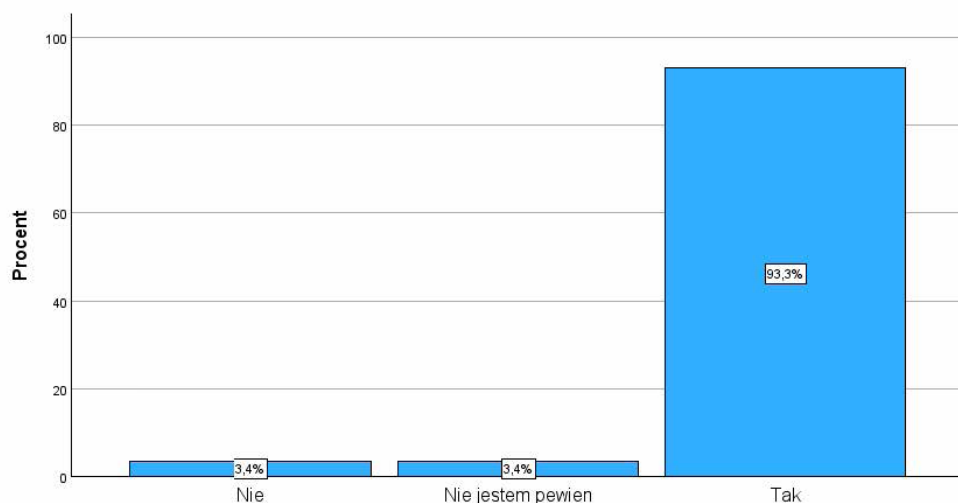
Źródło: badania własne

Większość badanych osób (N=83; 93,3%) wyraziła zdanie, iż dla dzieci w spektrum autyzmu ważne „*jest*” korzystanie ze specjalnych usług edukacyjnych w szkole. Niewielki odsetek osób (N=3; 3,4%) wskazał, że korzystanie z takich usług „*nie jest*” ważne (tabela 3, wykres 3).

Tabela 3. Odpowiedź na pytanie: *Czy dla dzieci autystycznych ważne jest korzystanie ze specjalnych usług edukacyjnych w szkole?*

Ważne	Częstość	Procent
Nie	3	3,4
Nie jestem pewien	3	3,4
Tak	83	93,3
Ogółem	89	100,0

Źródło: badania własne



Wykres 3. Odpowiedź na pytanie: *Czy dla dzieci autystycznych ważne jest korzystanie ze specjalnych usług edukacyjnych w szkole?*

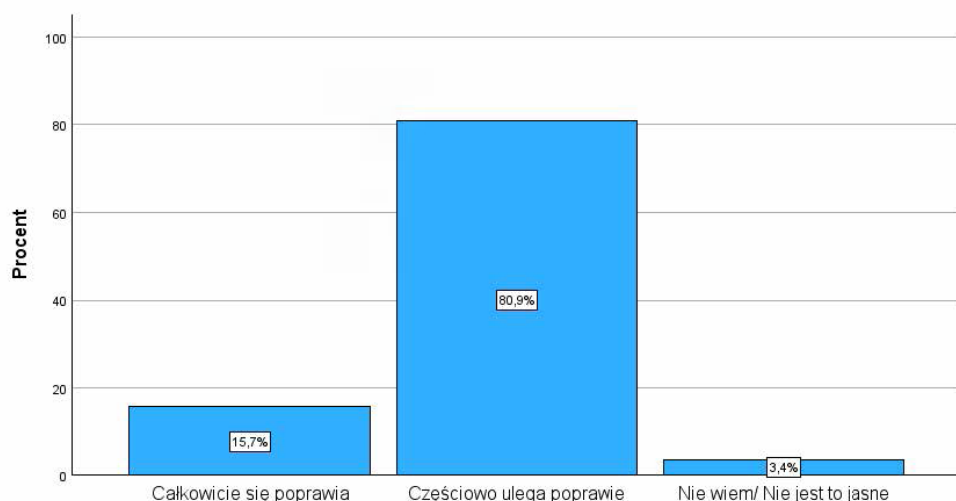
Źródło: badania własne

Zdecydowana większość respondentów (N=72; 80,9%) uznała, że wczesna interwencja częściowo wpływa („częściowo ulega poprawie”) na objawy osób ASD, natomiast ponad 15% (N=14; 15,7%) uznało, że kondycja osób z ASD „całkowicie się poprawia”. Trzy osoby (3,4%) wskazały odpowiedź „nie wiem/nie jest to jasne” (tabela 4, wykres 4).

Tabela 4. Odpowiedź na pytanie: *Na czym polega poprawa objawów ASD poprzez wczesną interwencję?*

Ważne	Częstość	Procent
Całkowicie się poprawia	14	15,7
Częściowo ulega poprawie	72	80,9
Nie wiem / Nie jest to jasne	3	3,4
Ogółem	89	100,0

Źródło: badania własne



Wykres 4. Odpowiedź na pytanie: *Na czym polega poprawa objawów ASD poprzez wczesną interwencję?*

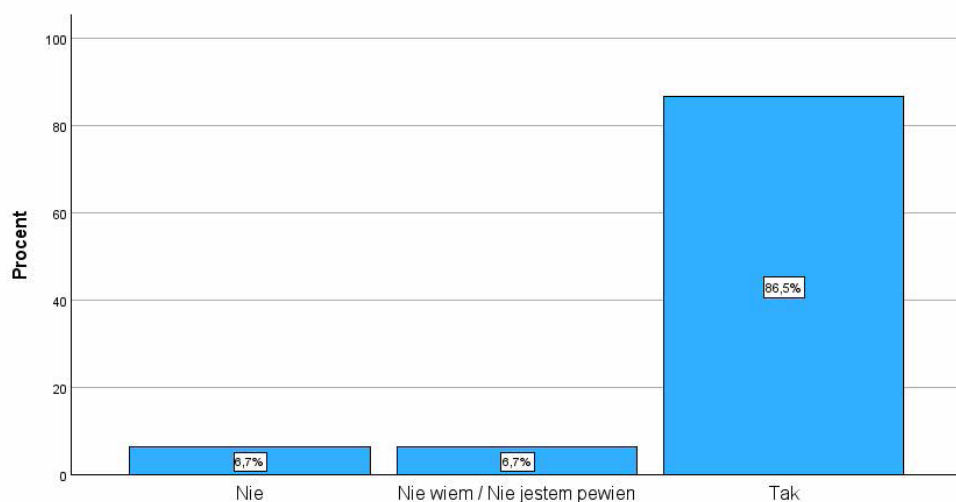
Źródło: badania własne

Ponad połowa respondentów 86,5% (N=77) jest zdania, iż autyzm wymaga długoterminowych/długofalowych interwencji. Pozostałe osoby 13,5% (N=12) nie są pewne lub też uznają, że nie (wykres 5, tabela 5).

Tabela 5. Odpowiedź na pytanie: *Czy dzieci z autyzmem wymagają długoterminowych interwencji?*

Ważne	Częstość	Procent
Nie	6	6,7
Nie wiem / Nie jestem pewien	6	6,7
Tak	77	86,5
Ogółem	89	100,0

Źródło: badania własne



Wykres 5. Odpowiedzi na pytania: *Czy dzieci z autyzmem wymagają długoterminowych interwencji?*

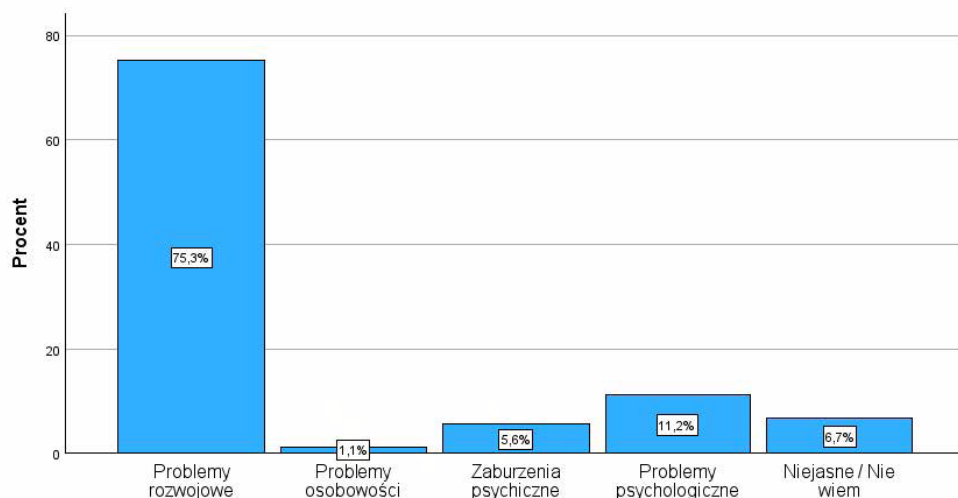
Źródło: badania własne

Większość ankietowanych osób 75,3% (N=67) zakwalifikowało autyzm do kategorii „problemów rozwojowych”, natomiast 10 osób uznała, że jest to „problem psychologiczny” (11,2%). 5 osób wskazało odpowiedź „zaburzenia psychiczne” (5,6%). Jedna osoba wskazała odpowiedź „problemy osobowości” (tabela 6, wykres 6).

Tabela 6. Odpowiedzi na pytanie: *Do czego zalicza się autyzm?*

Ważne	Częstość	Procent
Problemy rozwojowe	67	75,3
Problemy osobowości	1	1,1
Zaburzenia psychiczne	5	5,6
Problemy psychologiczne	10	11,2
Niejasne / Nie wiem	6	6,7
Ogółem	89	100,0

Źródło: badania własne



Wykres 6. Odpowiedzi na pytanie: *Do czego zalicza się autyzm?*

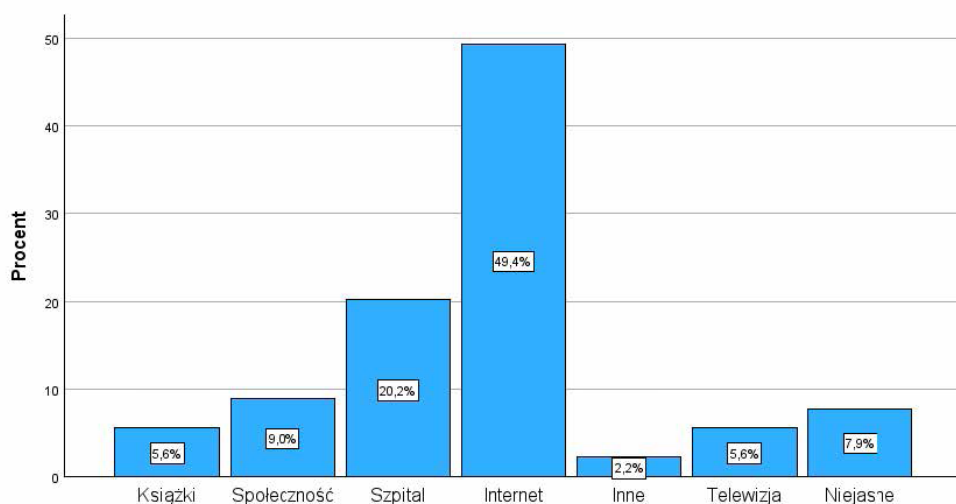
Źródło: badania własne

Jako główne źródło informacji na temat autyzmu respondenci wskazali „Internet” (N=44; 49,4%). Na drugim miejscu wśród najczęściej wskazywanych odpowiedzi pojawiał się „szpital” 20,2% (N=18). Z kolei na trzecim miejscu wskazywana była kategoria „społeczność” (N=8; 9%) (tabela 7, wykres 7).

Tabela 7. Odpowiedzi na pytanie: *Skąd czerpiesz informacje na temat autyzmu?*

Ważne	Częstość	Procent
Książki	5	5,6
Społeczność	8	9,0
Szpital	18	20,2
Internet	44	49,4
Inne	2	2,2
Telewizja	5	5,6
Niejasne	7	7,9
Ogółem	89	100

Źródło: badania własne



Wykres 7. Odpowiedzi na pytanie: *Skąd czerpiesz informacje na temat autyzmu?*

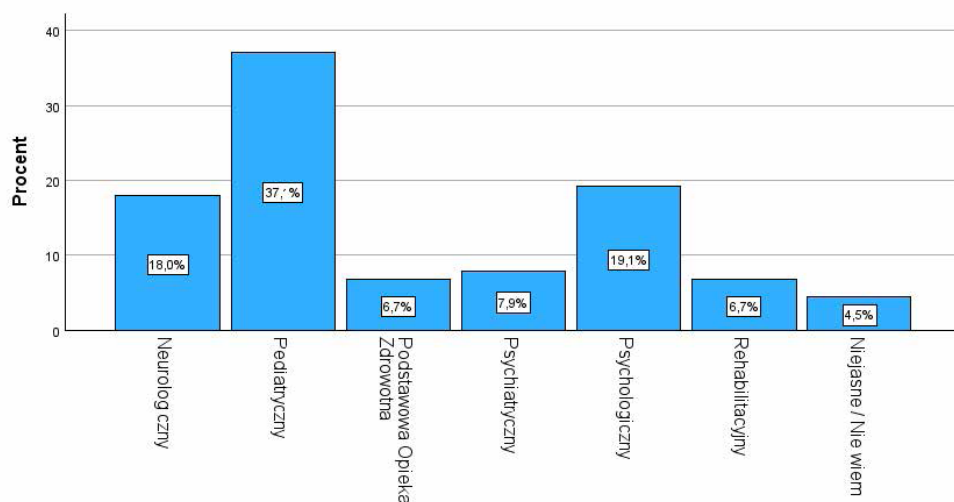
Źródło: badania własne

W przypadku pytania o rodzaj oddziału, z którymi zapoczątkujesz kontakt w przypadku podejrzenia występowania autyzmu u dziecka, jest przede wszystkim „oddział pediatryczny” (N=33; 37,1%) oraz „oddział psychologiczny” (N=17; 19,1%) i „neurologiczny” (N=16; 18%) (tabela 8, wykres 8).

Tabela 8. Odpowiedzi na pytanie: *Jeśli zdecydujesz się na kontakt z lekarzami/specjalistami (w przypadku podejrzenia autyzmu), który oddział wybierzesz?*

Ważne	Częstość	Procent
Neurologiczny	16	18,0
Pediatryczny	33	37,1
Podstawowa opieka zdrowotna	6	6,7
Psychiatryczny	7	7,9
Psychologiczny	17	19,1
Rehabilitacyjny	6	6,7
Niejasne / Nie wiem	4	4,5
Ogółem	89	100,0

Źródło: badania własne



Wykres 8. Odpowiedzi na pytanie: *Jeśli zdecydujesz się na kontakt z lekarzami/specjalistami (w przypadku podejrzenia autyzmu), który oddział wybierzesz?*

Źródło: badania własne

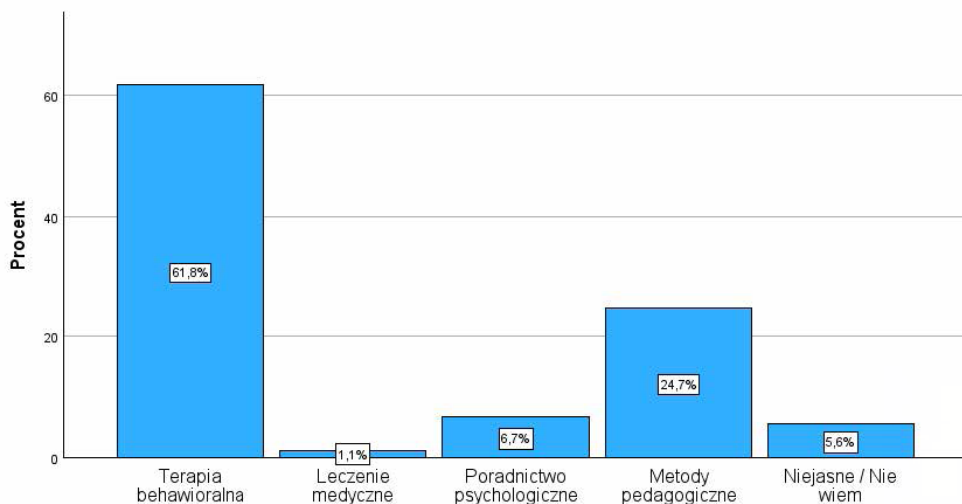
Na pytanie o najbardziej skuteczną metodę terapii autyzmu ponad połowa respondentów (N=55; 61,8%) wybrała odpowiedź „terapia behawioralna”, na drugim miejscu najczęściej wskazywaną odpowiedzią było „metody pedagogiczne” (N=22;

24,7%), natomiast odpowiedź „poradnictwo psychologiczne” znajdowało się na trzecim miejscu (N=6; 6,7%). Nieliczni respondenci wskazali odpowiedzi „leczenie medyczne” (N=1, 1,1%) oraz „niejasne/nie wiem” (N=5; 5,6%) (tabela 9, wykres 9).

Tabela 9. Odpowiedzi na pytanie: *Jaka jest najbardziej skuteczna metoda terapii autyzmu?*

Ważne	Częstość	Procent
Terapia behawioralna	55	61,8
Leczenie medyczne	1	1,1
Poradnictwo psychologiczne	6	6,7
Specjalistyczne szkolenie pedagogiczne	22	24,7
Niejasne / Nie wiem	5	5,6
Ogółem	89	100,0

Źródło: badania własne



Wykres 9. Odpowiedzi na pytanie: *Jaka jest najbardziej skuteczna metoda terapii autyzmu?*

Źródło: badania własne

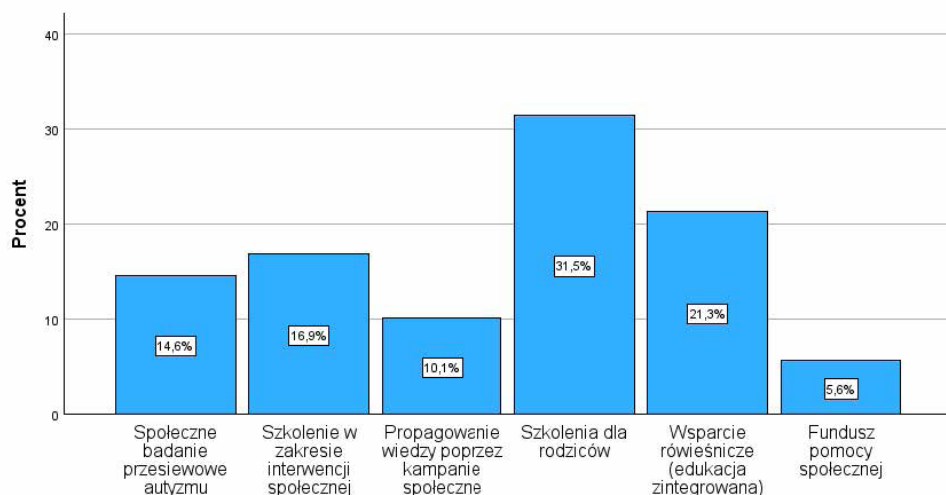
Wśród najczęstszych odpowiedzi dotyczących usług, jakie mogą pomóc dzieciom i rodzicom, pojawiały się „szkolenia dla rodziców” (N=28; 31,5%) oraz „wsparcie rówieśnicze (edukacja zintegrowana)” (N=19; 21,3%). Część respondentów wskazało również odpowiedzi takie jak: „szkolenie w zakresie interwencji społecznej” (N=15;

16,9%) oraz „społeczne badanie przesiewowe autyzmu” (N=13; 14,6%), a także „propagowanie wiedzy poprzez kampanie społeczne” (N=9; 10,1%). Nieliczne osoby wskazały również odpowiedź „fundusz pomocy społecznej” (N=5; 5,6%) (tabela 10; wykres 10).

Tabela 10. Odpowiedzi na pytanie: *Jakie usługi mogą pomóc dzieciom z autyzmem i ich rodzicom?*

Ważne	Częstość	Procent
Społeczne badanie przesiewowe autyzmu	13	14,6
Szkolenie w zakresie interwencji społecznej	15	16,9
Propagowanie wiedzy poprzez kampanie społeczne	9	10,1
Szkolenia dla rodziców	28	31,5
Wsparcie rówieśnicze (edukacja zintegrowana)	19	21,3
Fundusz pomocy społecznej	5	5,6
Ogółem	89	100,0

Źródło: badania własne



Wykres 10. Odpowiedzi na pytanie: *Jakie usługi mogą pomóc dzieciom z autyzmem i ich rodzicom?*

Źródło: badania własne

Dyskusja

W badaniach własnych zdecydowana większość respondentów (62,9%) zgadza się z opinią, że autyzm jest poważnym zaburzeniem wymagającym terapii, co pokazuje, jak istotne jest postrzeganie tego zaburzenia w kontekście medycznym i terapeutycznym. Przekonanie to może być wynikiem rosnącej świadomości społecznej oraz zwiększonej liczby badań naukowych dotyczących autyzmu, które podkreślają jego złożoną naturę i potrzeby specjalistycznej interwencji. Podobne wyniki uzyskano wśród studentów kierunków medycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego¹¹.

Zgodnie z wynikami badań własnych, większość respondentów (80,9%) popiera koncepcję wczesnej interwencji, co wynika z potwierdzonej skuteczności takiego podejścia w terapii osób ze spektrum autyzmu. Wczesna diagnoza oraz wprowadzenie odpowiednich działań terapeutycznych pozwalają na lepsze funkcjonowanie jednostki w różnych aspektach życia, co może prowadzić do „częściowej poprawy” – na co wskazują respondenci. Warto zauważyć, że takie podejście znajduje uznanie w literaturze, w której wczesna interwencja jest uznawana za kluczowy element w terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, szczególnie w kontekście ich rozwoju społecznego i komunikacyjnego. Sandbank M. i inni (2023) podają, iż dostępne dowody naukowe dotyczące interwencji wspierających małe dzieci ze spektrum autyzmu wzrosły mniej więcej dwukrotnie w ciągu czterech lat. Niektóre z tych dowodów pokazują, że interwencje behawioralne poprawiają postrzeganie trudnych zachowań przez opiekunów i funkcjonowanie społeczno-emocjonalne dzieci, a interwencje oparte na technologii wspierają poprawę w zakresie komunikacji społecznej i umiejętności społeczno-emocjonalnych¹². Warto zauważyć, iż już ponad dekadę temu, w roku 2011, Dawson G. i Burner L.A. omówili i wykazali efektywność wczesnej interwencji w kontekście terapii autyzmu, a także wpływ jej zastosowania na dalszy rozwój dzieci¹³.

Z kolei wysokie poparcie (75,3%) dla stwierdzania, że spektrum autyzmu wynika z zaburzeń rozwojowych, wskazuje na przekonanie respondentów o biologicznych podstawach tego zaburzenia. To może sugerować, że przyszli profesjonaliści medyczni są coraz bardziej świadomi neurobiologicznych aspektów autyzmu, co może wpływać na sposób, w jaki podchodzą do diagnozy i terapii osób z tym zaburzeniem. Jednocześnie warto zaznaczyć, iż od wielu lat prowadzone są badania nad mechanizmem powstawania autyzmu i nadal nie ma jednoznacznych dowodów w tym zakresie. Badanie Minshew N.J. oraz Williams D.L. (2007) dostarcza dowodów

¹¹ A. Kalinowska, *Ocena poziomu wiedzy studentów kierunków medycznych na temat zaburzeń autystycznych*, 2014 (praca licencjacka).

¹² M. Sandbank, K. Bottema-Beutel, S. Crowley LaPoint et al., *Autism intervention meta-analysis of early childhood studies (Project AIM): updated systematic review and secondary analysis*, „BMJ” 2023; 383: e076733.

¹³ G. Dawson, L.A. Burner, *A historical perspective on the role of early intervention in the treatment of autism spectrum disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2011; 41(3): 377-390.

na neurobiologiczne podstawy autyzmu, które mogą stanowić kontrargument wobec tezy, iż autyzm jest problemem „wynikającym tylko z zaburzeń rozwojowych”¹⁴. Podobnie Volkmar F. R. i Pauls D. (2003) omawiają szeroki wachlarz przyczyn autyzmu, w tym czynniki genetyczne i neurobiologiczne, które także mogą podważyć przekonanie, że autyzm jest „przede wszystkim problemem rozwojowym”¹⁵.

W badaniach własnych wielu respondentów uznało, iż działania lub usługi, takie jak „szkolenia dla rodziców” (31,5%) oraz „wsparcie rówieśnicze (edukacja zintegrowana)” (21,3%) mogą być bardzo pomocne w przypadku dziecka ze spektrum autyzmu. Już w roku 2005 Schreibman L. i Ingersoll M. odnieśli się do kwestii konieczności wprowadzania wsparcia rówieśniczego i zaangażowania rodziców w przypadku dzieci w spektrum autyzmu, podkreślając, jak ważne jest stworzenie systemu wsparcia społecznego i edukacyjnego¹⁶. Jednocześnie warto zauważyć, iż większość badanej populacji w badaniach własnych (93,3%) wyraziła opinię, iż dla osób ze spektrum autyzmu istotne jest korzystanie ze specjalnych usług edukacyjnych w szkole. Jednak „świat nauki” w tym wypadku jest podzielony i należy tu pamiętać o badaniu Siegel B. (2003), które przedstawia alternatywne podejścia do edukacji dzieci z autyzmem kwestionujące powszechne przekonania o konieczności specjalnych usług edukacyjnych w szkołach, w zależności od stopnia zaawansowania zaburzenia i indywidualnych potrzeb¹⁷.

„Terapia behawioralna”, która została wskazana przez 61,8% badanych jako najczęściej wybierana metoda, jest jednym z najczęściej stosowanych podejść terapeutycznych w pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu. Pozostałe metody popierane przez badanych to „szkolenia dla rodziców” (31,5%) oraz „wsparcie rówieśnicze” (21,3%). Takie podejście świadczy o szerokim zrozumieniu, że terapia autyzmu wymaga zaangażowania nie tylko profesjonalistów, ale również rodzin oraz środowiska rówieśniczego. Już w 1987 r. Lovaas O. I. przedstawiał dowody na skuteczność terapii behawioralnej, ale również, co warto podkreślić, może być to punktem wyjścia do dyskusji o innych metodach terapeutycznych, które mogą być równie skuteczne lub w niektórych przypadkach bardziej odpowiednie¹⁸.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć liczne wyniki badań wskazujące na konieczność dalszego propagowania wiedzy na temat autyzmu. Wyniki badań Graham J. W. & Green, M. (2019) wskazują, że chociaż świadomość społeczna o autyzmie rośnie, wciąż istnieją różnice w postrzeganiu osób z autyzmem, szczególnie w kontekście stereotypów dotyczących ich zdolności i zachowań. Artykuły podkreślają

¹⁴ N.J. Minshew, D.L. Williams, *The new neurobiology of autism: Cortex, connectivity, and neuronal organization*, „Archives of Neurology” 2007; 64(7): 945-950.

¹⁵ F.R. Volkmar, D. Pauls, *Autism*, „The Lancet” 2003; 362(9390): 1041-1051.

¹⁶ L. Schreibman, M. Ingersoll, *Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities*, Guilford Press 2005.

¹⁷ B. Siegel, *Autism: A different way of thinking*, „Educational Leadership” 2003; 61(6): 20-24.

¹⁸ O.I. Lovaas, *Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1987; 55(1): 3-9.

konieczność dalszej edukacji społeczeństwa w celu zmniejszenia stygmatyzacji¹⁹. Natomiast Chakrabarti S. i Bhatara S. K. (2016) w swoim badaniu przeprowadzonym w Indiach analizują poziom wiedzy i postawy społeczne wobec autyzmu. Ich wyniki wskazują na znaczną niewiedzę i stereotypowe, stygmatyzujące postawy wobec osób z autyzmem. Mimo rosnącej liczby informacji, w Indiach wciąż istnieje silna potrzeba edukacji społecznej i poprawy dostępu do informacji o autyzmie, zwłaszcza w mniejszych miastach i na wsiach. Również Yüksel F. & Yıldız A. (2017) wykazali, iż poziom wiedzy wśród ogółu społeczeństwa w Turcji na temat autyzmu, mimo rosnącej na ten temat liczby informacji, jest nadal niski i negatywnie stereotypowy²⁰. Z kolei Smith L. & McMillan D. (2018) w badaniu prowadzonym w Wielkiej Brytanii wykazali, że większość respondentów zna pojęcie autyzmu, ale tylko niewielka część posiada szczegółową wiedzę na temat jego różnych form i specyficznych potrzeb osób ze spektrum autyzmu²¹. Warto również przywołać wyniki badań Lo Voi A. i Vito P. (2020), które analizowały poziom wiedzy pracowników systemu ochrony zdrowia w stosunku do autyzmu we Włoszech. Wyniki tych badań wykazały, że mimo rosnącej świadomości wśród pracowników systemu ochrony zdrowia na temat autyzmu, nadal istnieją znaczne luki w wiedzy dotyczącej diagnostyki i terapii autyzmu. Wskazano na konieczność zwiększenia szkoleń i edukacji w tej dziedzinie²². Również badania prowadzone na terenie Włoch (2018) wykazują większą wiedzę na temat autyzmu niż w przeszłości, jednakże wciąż istnieje wiele stereotypów, mitów i nieporozumień, które prowadzą do stygmatyzacji osób z autyzmem²³. Azman S. & Ismail H. (2021) wykazali, że pomimo iż poziom wiedzy i świadomości studentów w Malezji na temat autyzmu wzrósł, to nadal istnieją braki w wiedzy, szczególnie w kwestii rozpoznania i rozumienia różnych form autyzmu oraz metod wsparcia²⁴.

Warto również na koniec przywołać badania White J., Gray C (2017) odnośnie do autyzmu wśród nauczycieli w Australii, które to wykazały dużą lukę w wiedzy dotyczącej specyfiki autyzmu, co może wpływać na jakość edukacji dzieci ze spektrum autyzmu. Nauczyciele wyrazili potrzebę szkoleń, które pomogłyby im lepiej wspierać dzieci z tym zaburzeniem w klasie²⁵.

¹⁹ J. W. Graham, M. Green, *The knowledge and attitudes of the general public toward autism in the United States*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2019; 49(2): 438-446.

²⁰ F. Yüksel, A. Yıldız, *Knowledge, attitudes, and awareness of autism among the Turkish general population*, „Psychiatry and Clinical Psychopharmacology” 2017; 27(2): 186-191.

²¹ L. Smith, D. McMillan, *Public perceptions of autism in the UK: Awareness and attitudes toward people with autism spectrum disorders*, „Autism” 2018; 22(4): 447-455.

²² A. Lo Voi, P. Vito, *Healthcare professionals' knowledge and attitudes towards autism spectrum disorder: A nationwide survey in Italy*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2020; 50(7): 2364-2372.

²³ M. Martínez-Ramos, M. González-Vázquez, *Public awareness and attitudes towards autism in Spain: A national survey*, „Research in Developmental Disabilities” 2018; 72: 133-141.

²⁴ S. Azman, H. Ismail, *Awareness and knowledge of autism among university students in Malaysia*, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities” 2021; 34(4): 1202-1209.

²⁵ J. White, C. Gray, *Teachers' knowledge and attitudes towards autism spectrum disorder and their educational needs*, „Australian & New Zealand Journal of Psychiatry” 2017; 51(2): 131-137.

Wnioski

Wyniki badań własnych, jak również wyniki badań poddawanych dyskusji wskazują na szereg istotnych aspektów, które mogą mieć kluczowe znaczenie dla przyszłych postaw zawodowych i podejścia studentów pielęgniarstwa do osób z ASD. W kontekście przyszłej pracy zawodowej studentów pielęgniarstwa wyniki badań własnych wskazują na szczególną rolę personelu pielęgniarstwa, która polega na wspieraniu pacjentów oraz ich rodzin, a także na promowaniu działań, które mogą poprawić jakość życia osób ze spektrum autyzmu. Wśród studentów anglojęzycznych kierunku pielęgniarstwo, rekrutujących się głównie z krajów afrykańskich i azjatyckich, poziom ogólnej wiedzy na temat ASD można uznać za zadowalający. Przytoczone w pracy wyniki innych badaczy wskazują jednak, iż nadal istnieją geograficzne i kulturowe różnicowania w wiedzy i postawach wobec autyzmu. Prowadzić to może do stygmatyzacji i społecznego wykluczenia osób z ASD.

Podsumowanie

Wzrastanie świadomości społecznej na temat autyzmu w Polsce i wielu krajach europejskich jest zauważalne, ale podobnie jak w krajach spoza „starego kontynentu”, nadal potrzeba działań, aby utrzymać i wzmacniać ten trend.

Dla dzieci i młodzieży będących w spektrum autyzmu wzrost zrozumienia społecznego, w szczególności nauczycieli i pracowników systemu ochrony zdrowia, może przyczynić się do uzyskania postępów terapeutycznych i tym samym istotnie poprawić ich funkcjonowanie w społeczeństwie.

Piśmiennictwo

Autism. Źródło: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders?utm_source=chatgpt.com [dostęp: 21.02.2025 r.].

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. American Psychiatric Pub, Arlington 2013.

Azman, S., Ismail, H., *Awareness and knowledge of autism among university students in Malaysia*, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities” 2021; 34(4): 1202-1209.

Brugha T.S., Erskine H.E., Scheurer R.W., Vos T., Scott J.G., *The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders*, Baxter AJ, „Psychological Medicine” 2015; 45: 601–613.

Dane Ministerstwa Edukacji i Nauki. Źródło: https://dane.gov.pl/pl/dataset/182/re-source/57367/table?page=1&per_page=20&q=&sort= [dostęp: 21.02.2025 r.].

Dawson G., Burner L. A., *A historical perspective on the role of early intervention in the treatment of autism spectrum disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 201; 41(3): 377-390.

Graham J. W., Green M., *The knowledge and attitudes of the general public toward autism in the United States*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2019; 49(2): 438-446.

Jak często występuje autyzm? Źródło: https://polskiautyzm.pl/rozpowszechnienie-autyzmu/?utm_source=chatgpt.com [dostęp: 21.02.2025 r.].

Kalinowska A., *Ocena poziomu wiedzy studentów kierunków medycznych na temat zburzeń autystycznych*, 2014 (praca licencjacka).

Lo Voi A., Vito P., *Healthcare professionals' knowledge and attitudes towards autism spectrum disorder: A nationwide survey in Italy*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2020; 50(7): 2364-2372.

Lovaas O. I., *Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1987; 55(1): 3-9.

Martínez-Ramos M., González-Vázquez M., *Public awareness and attitudes towards autism in Spain: A national survey*, „Research in Developmental Disabilities” 2018; 72: 133-141.

Minshew N. J., Williams D. L., *The new neurobiology of autism: Cortex, connectivity, and neuronal organization*, „Archives of Neurology” 2007; 64(7): 945-950.

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 4 października 2023 r. w sprawie harmonizacji praw osób z autyzmem [2023/2728(RSP)].

Sandbank M., Bottema-Beutel K., Crowley LaPoint S. et al., *Autism intervention meta-analysis of early childhood studies (Project AIM): updated systematic review and secondary analysis*, „BMJ” 2023; 383: e076733.

Schreibman L., Ingersoll M., *Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities*, Guilford Press 2005.

Siegel B., *Autism: A different way of thinking*, „Educational Leadership” 2003; 61(6): 20-24.

Smith L., McMillan D., *Public perceptions of autism in the UK: Awareness and attitudes toward people with autism spectrum disorders*, „Autism” 2018; 22(4): 447-455.

Uchwała Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 kwietnia 2021 r. w sprawie wsparcia i wyrównania szans osób w spektrum autyzmu.

Wei H., Li Y, Zhang Y. et al., *Awareness and knowledge of autism spectrum disorder in Western China: Promoting early identification and intervention*, „Front Psychiatry” 2022;13: 970611.

White J., Gray C., *Teachers’ knowledge and attitudes towards autism spectrum disorder and their educational needs*, „Australian & New Zealand Journal of Psychiatry” 2017; 51(2): 131-137.

Volkmar F. R., Pauls D., *Autism*, „The Lancet” 2003; 362(9390): 1041-1051.

Yüksel F., Yıldız A., *Knowledge, attitudes, and awareness of autism among the Turkish general population*, „Psychiatry and Clinical Psychopharmacology” 2017; 27(2): 186-191.

Mirosław J. Jarosz*
Beata Biernacka**
Beata Wójcik***

AUTYZM JAKO WYZWANIE DLA RODZICÓW, OPIEKUNÓW I NAUCZYCIELI W POLSCE – PRZEGLĄD AKTUALNYCH ZAGADNIEŃ Z PERSPEKTYWY ZDROWIA PUBLICZNEGO

*Autism as a challenge for parents, caregivers,
and teachers in Poland – a review of current issues
from a public health perspective*

*Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-8163-3437

**Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-8449-7389

***Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0003-4083-8468

Streszczenie

Wprowadzenie. Autyzm jest czasami określany jako „choroba cywilizacyjna”, a liczba dzieci dotkniętych tym zaburzeniem stopniowo wzrasta zarówno globalnie, jak i w Polsce. Rodzi się zatem pytanie o stan zdrowia i jakość życia rodziców, opiekunów i nauczycieli bezpośrednio zaangażowanych w opiekę nad osobami autystycznymi oraz czy problem ten nie jest już wyzwaniem z obszaru zdrowia publicznego.

Cel. Przegląd problematyki stanu zdrowia i jakości życia rodziców, opiekunów i nauczycieli w Polsce z perspektywy zagrożeń dla zdrowia publicznego w Polsce.

Metoda przeglądu. Przeszukiwanie i analiza treści wybranych źródeł internetowych, w szczególności portali organizacji pozarządowych, centrów wsparcia, instytucji publicznych oraz administracji rządowej i samorządowej.

Opis stanu wiedzy. Autyzm stanowi złożone wyzwanie, które głęboko wpływa na jakość życia nie tylko samych osób z ASD, ale także ich rodziców, opiekunów i nauczycieli. Przegląd badań i innych źródeł wskazuje na znaczące obciążenia fizyczne i psychiczne prowadzące do wysokiego poziomu stresu i wypalenia, zarówno rodzicielskiego/opiekunczego, jak i zawodowego. Statystyki dotyczące wypalenia rodzicielskiego w Polsce oraz wysoki odsetek wypalonych zawodowo nauczycieli podkreślają pilną potrzebę systemowych zmian.

Podsumowanie. Dobrostan zdrowotny rodziców, opiekunów i nauczycieli jest kwestią fundamentalną, czynnikiem determinującym rozwój i jakość życia osób z autyzmem. Można przyjąć tezę, że w Polsce stan zdrowia rodziców, opiekunów i nauczycieli dzieci z autyzmem wpisuje się w tę definicję problemów zdrowia publicznego ze względu na swoją skalę, wpływ na wrażliwe grupy społeczne oraz obciążenie dla usług publicznych.

Słowa kluczowe: ASD, autyzm, wypalenie zawodowe, rodzice, opiekunowie, nauczyciele

Abstract

Introduction. Autism is sometimes referred to as a „civilization disease,” and the number of children affected by this disorder is gradually increasing both globally and in Poland. This raises the question about the health status and quality of life of parents, caregivers, and teachers directly involved in the care of autistic individuals, and whether this issue is already a public health challenge.

Objective. To review the health status and quality of life of parents, caregivers, and teachers in Poland from the perspective of public health threats.

Review Method. Searching and analyzing content from selected online sources, particularly websites of non-governmental organizations, support centers, public institutions, as well as government and local administration.

Description of the state of knowledge. Autism presents a complex challenge that deeply impacts the quality of life not only for individuals with ASD but also for their parents, caregivers, and teachers. A review of research and other sources indicates significant physical and mental burdens leading to high levels of stress and burnout, both parental/caregiver and professional. Statistics on parental burnout in Poland and the high percentage of burned-out teachers underscore the urgent need for systemic changes.

Summary. The health and well-being of parents, caregivers, and teachers is a fundamental issue, a determining factor for the development and quality of life of individuals with autism. One could argue that in Poland, the health status of parents, caregivers, and teachers of children with autism falls within this definition of public health problems due to its scale, impact on vulnerable social groups, and burden on public services.

Key words: ASD, autism, burnout, parents, caregivers, teachers

Wprowadzenie

Autyzm jest czasami, w różnych kontekstach, określany jako „choroba cywilizacyjna”, a liczba dzieci dotkniętych tym zaburzeniem stopniowo wzrasta zarówno globalnie, jak i w Polsce. Sprawia to, że warto postawić pytanie o stan zdrowia i jakość życia rodziców, opiekunów i nauczycieli bezpośrednio zaangażowanych w opiekę

nad osobami autystycznymi. Społeczne i ekonomiczne koszty „niezaopiekowanych” potrzeb zdrowotnych rodziców, opiekunów i nauczycieli wydają się znaczące. Przeciążenie prowadzi do chorób, absencji w pracy, a w konsekwencji do pogorszenia jakości życia i funkcjonowania całego społeczeństwa.

Warto także postawić pytanie, czy autyzm nie jest wyzwaniem z obszaru zdrowia publicznego, który wykracza poza jednostkowe zdarzenia chorobowe, stanowiąc rozległe wyzwanie zdrowotne dotyczące znaczną część populacji i wymagające systemowych, zbiorowych rozwiązań. Obejmuje on zarówno bezpośrednie skutki zdrowotne, jak i czynniki społeczne, ekonomiczne oraz środowiskowe wpływające na zdrowie. Można przyjąć założenie, że w Polsce stan zdrowia rodziców, opiekunów i nauczycieli dzieci z autyzmem wpisuje się w tę definicję ze względu na swoją skalę, wpływ na wrażliwe grupy społeczne oraz obciążenie dla usług publicznych.

Cel pracy

Przegląd aktualnej problematyki stanu zdrowia i jakości życia rodziców, opiekunów i nauczycieli w Polsce z perspektywy zagrożeń dla zdrowia publicznego w Polsce.

Metoda przeglądu

Niniejsze opracowanie jest przeglądem problematyki badawczej opartej o eksplorację źródeł internetowych, takich jak portale organizacji pozarządowych, centrów wsparcia, instytucji publicznych oraz organów administracji rządowej i samorządowej z wykorzystaniem funkcji Google Search i Gemini. Selekcja źródeł wykorzystanych do opracowania została oparta o krytyczną analizę udostępnionych treści. Słowa kluczowe wykorzystane do eksploracji to: ASD, autyzm, wypalenie zawodowe, rodzice, opiekunowie, nauczyciele, Polska.

Aktualny stan wiedzy

Brak świadomości i społecznego zrozumienia dla problemu autyzmu, a także innych zaburzeń, np. ADHD (ang. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), czyli zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, pogłębia wyzwania, z jakimi mierzą się osoby z tymi zaburzeniami, a także ich opiekunowie i edukatorzy. Brak kompleksowego wsparcia dla rodzin i nauczycieli przekłada się na niższy poziom dobrostanu i efektywności osób bezpośrednio zaangażowanych w opiekę i edukację osób z autyzmem. Natomiast poprawa stanu zdrowia i jakości życia rodziców, opiekunów i nauczycieli dzieci z autyzmem jest kluczowa nie tylko dla ich dobrostanu, ale także dla efektywności wsparcia, jakie mogą zaoferować dzieciom z autyzmem, a w konsekwencji dla ich rozwoju i integracji społecznej.

Zaburzenie ze spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorder*, ASD) to złożone zaburzenie neurorozwojowe, które znacząco upośledza percepcję świata i interakcje dziecka z innymi. Charakteryzuje się trudnościami w komunikacji i interakcjach społecznych, co prowadzi do licznych wyzwań w życiu codziennym. Główne cechy często obejmują nadwrażliwość sensoryczną, na przykład na hałas, jasne światło lub silne zapachy, a także trudności w rozumieniu norm społecznych i emocji oraz silną potrzebę rutyny i przewidywalności. Ważne jest podkreślenie, że te indywidualne potrzeby znacznie różnią się u osób z ASD¹.

Diagnoza autyzmu zwykle uderza w rodzinę jak grom z jasnego nieba, nawet jeśli były już oznaki ostrzegawcze². Często jest to moment szoku, charakteryzujący się silnymi, negatywnymi emocjami, poczuciem winy i strachem³. Ten początkowy szok emocjonalny nie jest tylko chwilowym wydarzeniem, ale punktem wyjścia do długiej podróży w nieznanne. Jeśli w tej fazie brakuje wczesnego, kompleksowego wsparcia, opiekun może szybko doświadczyć wypalenia⁴. Rodzice często czują się osamotnieni po diagnozie, co wskazuje na krytyczną lukę w systemie wsparcia⁵. System wsparcia powinien oferować natychmiastowe wsparcie psychologiczne i informacyjne już na etapie diagnozy.

Skuteczne wsparcie jest niezwykle ważne dla rodziców, opiekunów i nauczycieli dzieci z autyzmem, aby pomóc im pokonać specyficzne wyzwania. To wsparcie powinno pomóc im lepiej zrozumieć autyzm i opracować skuteczne strategie dla ich własnego dobrego samopoczucia. Dobrostan rodziców i opiekunów ma bezpośredni wpływ na jakość opieki nad dziećmi z autyzmem⁶. Inwestowanie w dobrostan rodziców i opiekunów jest pośrednią inwestycją w poprawę jakości życia osób z autyzmem.

Jakość życia rodziców i opiekunów dzieci z ASD

Jakość życia w kontekście ASD można oceniać zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie. Do kryteriów obiektywnych zalicza się bogactwo doświadczeń, poziom świadomości, aktywność, kreatywność i uczestnictwo w życiu społecznym. Jednak postrzeganie jakości życia jest w przeważającej mierze subiektywne i kształtowane przez indywidualne percepcje i odczucia, choć zależy od obiektywnych komponentów⁷.

¹ Jak zajmować się dzieckiem z autyzmem – skuteczne strategie. Źródło: <https://przedszkolneabc.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

² Wsparcie rodziców dzieci z autyzmem – co warto wiedzieć. Źródło: <https://cognitus.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

³ Jakość życia osób z autyzmem i ich rodzin. Źródło: <https://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl> [dostęp: 04.06.2025 r.].

⁴ A. Prokopiak, *Wychowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Annales UMCS – Sectio J” 2014; XXVII(2): 51-59.

⁵ Portal Fundacji Pomoc Autyzm. Źródło: <https://pomocautyzm.org/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

⁶ Jak zajmować się dzieckiem z autyzmem... op. cit.

⁷ Jakość życia osób z autyzmem i ich rodzin... op. cit.

Przy ocenie jakości życia szczególnie brane są pod uwagę takie obszary, jak życie małżeńskie i rodzinne, zdrowie, relacje z sąsiadami i przyjaciółmi, aktywność zawodowa, czas wolny, warunki mieszkaniowe i standard życia. Znaczenie tych obszarów może się różnić w zależności od osoby, co podkreśla subiektywny aspekt problemu oparty na indywidualnej hierarchii wartości i potrzeb⁸.

Rodzice dzieci z autyzmem przechodzą zazwyczaj przez kilka faz po diagnozie:

1. Faza szoku – występuje w momencie diagnozy i charakteryzuje się dominacją bardzo silnych i negatywnych doświadczeń, poczucia winy i strachu. Rodzice zmagają się z nową sytuacją i niepewnością radzenia sobie z niepełnosprawnym dzieckiem.
2. Faza kryzysu emocjonalnego (rozpaczy lub depresji) – występuje po szoku i charakteryzuje się niezdolnością do zaakceptowania rzeczywistości. Negatywne emocje utrzymują się, choć w zmniejszonym nasileniu, a rodzice postrzegają swoją sytuację jako beznadziejną, przygnębiającą, bezradną i niesprawiedliwie potraktowaną przez los.
3. Faza pozorowanej adaptacji – rodzice próbują poradzić sobie z sytuacją, rozwijając mechanizmy obronne, które zniekształcają rzeczywistość zgodnie z ich życzeniami. Mogą zaprzeczać kolejnym diagnozom i wierzyć w możliwość wyzdrowienia dziecka. Ta faza może trwać do momentu, aż rodzice wyczerpią wszystkie dostępne możliwości.
4. Faza konstruktywnej adaptacji – rodzice zaczynają rozważać, w jaki sposób mogą pomóc dziecku. Robiąc to, biorą pod uwagę prawdziwe przyczyny niepełnosprawności, przyszłość dziecka, wpływ zaburzenia na dziecko i rodzinę, możliwości rozwojowe i metody pracy z dzieckiem. Wdrażają różne środki edukacyjne i rehabilitacyjne i współpracują ze sobą. Życie rodzinne zaczyna organizować się wokół wspólnego celu pomocy dziecku, a pozytywne uczucia zaczynają dominować w ich doświadczeniach⁹.

Ważne jest, aby pamiętać, że te etapy tworzą ogólne ramy, a indywidualne doświadczenia mogą się różnić pod względem czasu trwania, intensywności i nakładania się. Niektórzy rodzice mogą nigdy nie osiągnąć etapu konstruktywnej adaptacji, pozostać w rozpaczach lub polegać na mechanizmach obronnych, które ostatecznie prowadzą do poczucia bezradności¹⁰.

Jakość życia matek wychowujących dzieci z autyzmem jest kształtowana przez kilka powiązanych ze sobą czynników, szczególnie w obszarach relacji rodzinnych i stabilności emocjonalnej. Wychowywanie dziecka z ASD jest znaczącym czynnikiem stresogennym, który wpływa na codzienne funkcjonowanie rodziny i relacje między jej członkami. Rodzice często skupiają się wyłącznie na dziecku, spychając relacje małżeńskie na dalszy plan. Badania pokazują, że ponad 91% ankietowanych matek ocenia swoje relacje rodzinne jako „słabe” lub „bardzo słabe” – to niepokojąca

⁸ Tamże.

⁹ Tamże.

¹⁰ Tamże.

statystyka. Ta negatywna ocena relacji rodzinnych jest silnie skorelowana ze zwiększoną tendencją do negatywnych emocji, trudnościami w postrzeganiu pozytywnych aspektów życia, porzucaniem celów życiowych, niską satysfakcją z życia, utratą subiektywnego zaangażowania, zmniejszoną skutecznością działania i kontrolą emocjonalną, ograniczonymi kontaktami społecznymi i zwiększonym zmęczeniem fizycznym¹¹.

Przyczyny napięć małżeńskich obejmują:

- wycofanie społeczne,
- różne strategie rodzicielskie,
- różne style radzenia sobie ze stresem,
- zmniejszone poczucie wsparcia społecznego,
- problemy finansowe.

Trudności w komunikacji z dziećmi autystycznymi mogą nasilać poczucie braku kontaktu emocjonalnego z dzieckiem i prowadzić do pogorszenia relacji rodzic – dziecko. Matki, które nie otrzymują wystarczającego wsparcia instrumentalnego (konkretnej pomocy, w tym wsparcia finansowego), oceniają swoje relacje rodzinne negatywnie, co w połączeniu z wypaleniem opiekuna może prowadzić do obwiniania członków rodziny za swoje negatywne stany emocjonalne¹².

Stres emocjonalny i relacyjny stanowi „niewidzialny ciężar”, który poważnie wpływa na jakość życia rodziców. Często negatywna ocena relacji rodzinnych i ich związek z niską odpornością psychiczną i niestabilnością emocjonalną sugerują, że dynamika wewnątrzrodzinna jest kluczowym czynnikiem dobrego samopoczucia, często ważniejszym niż same zewnętrzne czynniki stresogenne. Wykluczenie społeczne, obwinianie i nieporozumienia dotyczące natury ASD jeszcze bardziej izolują rodziców¹³. To zdecydowanie potwierdza pogląd, że profesjonalne interwencje muszą wykraczać poza terapie skoncentrowane na dziecku i obejmować kompleksową terapię rodzinną oraz programy wzmacniające odporność rodzicielską.

Stabilność emocjonalna i czynniki psychologiczne odgrywają ważną rolę w subiektywnym doświadczeniu jakości życia rodziców i opiekunów. Niestabilność emocjonalna, czyli tzw. neurotyczność, u matek jest czynnikiem ryzyka wypalenia rodzicielskiego i prowadzi do intensywniejszych reakcji na wydarzenia życiowe z powodu zmniejszonej kontroli emocjonalnej. Specyficzne cechy dziecka z ASD wymagają większej kontroli emocjonalnej i zaangażowania ze strony rodziców, co zwiększa ryzyko wypalenia opiekuna. Cechy osobowości rodziców i opiekunów, takie jak sumienność i ugodowość, wpływają na stosowane strategie wychowawcze i jakość relacji z dzieckiem. Niska odporność psychiczna jest silnie skorelowana z negatywną oceną relacji rodzinnych, pesymizmem i skłonnością do zamartwiania się. Wysoka

¹¹ J. Świerczyńska, B. Pawłowska, I. Chojnowska-Ćwiakała, D. Mosio, *Ocena relacji w rodzinie przez matki wychowujące dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Wychowanie w Rodzinie” 2023; XXX(3): 101-124.

¹² Tamże.

¹³ A. Prokopiak, *Wychowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu...* op. cit.

odporność, optymistyczne nastawienie i zdolność do mobilizacji w trudnych sytuacjach są z kolei związane z pozytywną oceną relacji rodzinnych¹⁴.

Stres związany z opieką nad dziećmi z ASD wynika nie tylko z ich problematycznego zachowania, ale także z braku umiejętności i wiedzy na temat tego zaburzenia. Wielu rodziców, zwłaszcza matek, doświadcza silnego stresu, a 40–70% wykazuje kliniczne objawy depresji. Matki dzieci z ASD zgłaszają niższe umiejętności rodzicielskie i satysfakcje z małżeństwa w porównaniu z rodzicami dzieci z innymi niepełnosprawnościami. Obawy o przyszłość, w tym obawy o niezależność dziecka i brak możliwości opieki dla dorosłych z ASD, są powszechnymi obawami. Dodatkowym czynnikiem stresującym jest obciążenie finansowe związane z kosztami terapii i opieki. Brak wsparcia partnera i poczucie bycia jedynie „tłumaczem” dla dziecka w jego kontakcie ze światem są często postrzegane jako stresujące. Poważną niezaspokojoną potrzebą, zwłaszcza dla samotnych matek dzieci z ASD, jest stała, praktycznie nieprzerwana opieka nad dzieckiem. W Polsce nadal brakuje systemowych rozwiązań, takich jak gwarantowane miejsca pracy dla osób z autyzmem czy formy opieki wytnieniowej, co również powoduje przewlekły stres i frustrację u rodziców¹⁵.

Istnieje znacząca i niepokojąca rozbieżność między wyobrażeniami rodziców o przyszłej niezależności ich dzieci (np. zatrudnienie, radzenie sobie z życiem) a obecnymi, dalekimi od adekwatnych, systemowymi strukturami wsparcia. Ta rozbieżność zwiększa niepokój, a nawet rozpacz rodziców¹⁶. Podkreśla to pilną potrzebę działań politycznych i inwestycji w usługi dla dorosłych z ASD, w tym szkolenia zawodowe i różne opcje opieki wytnieniowej. Zajęcie się tymi systemowymi deficytami jest kluczowe nie tylko dla osób z autyzmem, ale także w celu zmniejszenia ogromnego długoterminowego obciążenia ich rodziców lub opiekunów. Tabela 1 przedstawia podsumowanie czynników ryzyka i zależności/skojarzeń w odniesieniu do jakości życia rodziców i opiekunów dzieci z ASD. Podsumowanie opiera się na dwóch głównych źródłach wymienionych powyżej, artykułach A. Prokopiak „Wychowywanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu”¹⁷ oraz J. Świerczyńskiej i in. „Ocena relacji rodzinnych przez matki wychowujące dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu”¹⁸.

¹⁴ J. Świerczyńska, B. Pawłowska, I. Chojnowska-Ćwiąkała, D. Mosio, *Ocena relacji w rodzinie...* op. cit.

¹⁵ Prokopiak A., *Wychowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu...* op. cit.

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Tamże.

¹⁸ J. Świerczyńska, B. Pawłowska, I. Chojnowska-Ćwiąkała, D. Mosio, *Ocena relacji w rodzinie...* op. cit.

Tabela 1. Czynniki ryzyka obniżające jakość życia rodziców i opiekunów dzieci z ASD

Kategoria czynnika	Czynnik	Zależność/Relacja
Emocjonalne / Psychiczne	Wysoki poziom stresu	Nasilone negatywne emocje, zmęczenie fizyczne
	Objawy depresji	Niska satysfakcja z życia, utrata zaangażowania
	Niestabilność emocjonalna (neurotyczność)	Zwiększone ryzyko wypalenia, intensywniejsze reakcje na wydarzenia życiowe
	Niska odporność psychiczna	Pesymizm, trudności w radzeniu sobie z porażkami i negatywnymi emocjami
Relacyjne / Rodzinne	Niska satysfakcja małżeńska	Pogorszenie relacji w rodzinie, koncentracja na dziecku kosztem związku
	Trudności w komunikacji z dzieckiem	Poczucie braku kontaktu emocjonalnego, pogorszenie relacji rodzic – dziecko
	Brak wsparcia współmałżonka	Poczucie bycia „tłumaczem” dla dziecka, brak cierpliwości partnera
	Brak wsparcia instrumentalnego (pomoc, finanse)	Negatywna ocena relacji rodzinnych, obwinianie członków rodziny
	Niezrozumienie społeczne/ obwinianie	Dodatkowe źródło dystresu, izolacja
Systemowe / Społeczne	Strach o przyszłość dziecka (samodzielność, opieka dorosła)	Paraliżujący lęk, brak dostępnych placówek dla dorosłych
	Brak dostępnej opieki wychowawczej	Brak możliwości odpoczynku i relaksu dla rodziców
	Luki systemowe (zatrudnienie osób z autyzmem, placówki terapeutyczne)	Brak perspektyw na samodzielne życie dziecka, trudności w dostępie do terapii
Praktyczne / Codzienne	Obciążenie finansowe (koszty terapii)	Dodatkowe źródło stresu i napięć
	Brak umiejętności wychowywania dziecka z autyzmem	Zwiększony stres, poczucie bezradności

Źródło: Świerczyńska J., Pawłowska B., Chojnowska-Ćwiakła I., Mosio D., Ocena relacji w rodzinie... op. cit.; Prokopiak A., Wychowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu... op. cit.

Wypalenie rodzicielskie/opiekuńcze: przyczyny, objawy i konsekwencje

Wypalenie rodzicielskie lub opiekuna wywodzi się z koncepcji wypalenia zawodowego i ma podobne objawy. Jest to stan wyczerpania emocjonalnego i psychicznego, który znacząco upośledza jakość życia rodziców lub opiekunów oraz ich relacje z bliskimi. Definiują go cztery kluczowe wymiary:

- wyczerpanie w roli rodzica lub opiekuna, spowodowane wymaganiami tej roli;
- emocjonalne oddalenie się od dzieci, odczuwane jako oderwanie i zmniejszone przywiązanie emocjonalne do własnych dzieci;
- utrata radości z rodzicielstwa, odczuwana jako radość lub satysfakcja z doświadczenia rodzicielskiego;
- kontrast rzeczywistości z poprzednim obrazem siebie, wynikający z rozbieżności między wyidealizowanym obrazem rodzica lub opiekuna a rzeczywistym doświadczeniem¹⁹.

Przyczyny wypalenia u rodziców lub opiekunów są złożone i opierają się na połączeniu czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Należą do nich:

- nadmierna praca, która wynika z częstego łączenia przez rodziców pracy z obowiązkami domowymi, co prowadzi do chronicznego braku czasu dla siebie i ograniczania czasu na relacje z dziećmi;
- nadmierne oczekiwania społeczne wynikające z przestrzeni kulturowych, które tworzą presję i poczucie nieadekwatności, a także konflikt kulturowy w Polsce, który objawia się w zderzeniu dwóch kultur: kolektywizmu, który dominował do lat 80. i 90. i kładzie nacisk na dobro grupy/rodziny, oraz rosnącego dziś indywidualizmu, który stawia na pierwszym miejscu osobiste szczęście i osobiste potrzeby;
- brak wsparcia, który objawia się dystansowaniem się od partnera, rodziny lub przyjaciół i zwiększa poczucie izolacji i osamotnienia;
- zmęczenie i stres spowodowane brakiem snu i brakiem mechanizmów radzenia sobie z problemami;
- idealizacja rodzicielstwa, która może prowadzić do frustracji, gdy rzeczywistość nie odpowiada wyobrażeniu widzianemu przez pryzmat rodzicielskiego perfekcjonizmu; gdy rodzice mają zbyt wysokie oczekiwania wobec siebie i nie pozostawiają miejsca na błędy, czują, że zawiedli siebie i swoje dzieci;
- cechy osobowości, które pokazują, że osoby neurotyczne, niestabilne emocjonalnie, pesymistyczne, skłonne do katastroficznego myślenia i o niskiej odporności psychicznej są bardziej podatne na wypalenie^{20, 21}.

¹⁹ Wypalenie rodzicielskie: skutki, przyczyny i strategie radzenia sobie. Źródło: <https://psychocare.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

²⁰ Tamże.

²¹ Wypalenie rodzicielskie – czym jest i jak się objawia u współczesnych rodziców. Źródło: <https://niewiadacpomnie.org/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Objawy wypalenia u rodziców lub opiekunów mogą być różnorodne i obejmują:

- objawy fizyczne, które objawiają się ciągłym zmęczeniem, zaburzeniami snu (bezsenna noc, koszmary senne, niespokojny sen), bólami głowy, problemami trawiennymi i osłabioną ogólną odpornością;
- objawy psychiczne (behawioralne i emocjonalne), które objawiają się utratą zainteresowania rzeczami, które kiedyś przynosiły radość, apatią, zniechęceniem do obowiązków rodzicielskich, wycofaniem społecznym, a nawet izolacją, obniżoną wydajnością i produktywnością, poczuciem porażki w roli rodzica, któremu towarzyszy obniżona samoocena; opisywane są także „objawy emocjonalne”, które objawiają się przewlekłym zmęczeniem i wyczerpaniem emocjonalnym, uczuciem smutku, strachu, lęku lub bezradności, trudnościami w radzeniu sobie z własnymi emocjami, skłonnością do wybuchów gniewu i drażliwością.

Skutki wypalenia rodzicielskiego lub opiekuńczego mogą być poważne i dotyczyć zarówno rodziców/opiekunów, jak i dzieci z ASD. Może to prowadzić do instrumentalizacji lub automatyzacji zadań rodzicielskich lub opiekuńczych, tj. wyłącznego wykonywania podstawowych zadań w celu zapewnienia, że dziecko z ASD ma zaspokojone tylko swoje podstawowe potrzeby^{22, 23}.

U rodziców lub opiekunów przewlekłe wyczerpanie emocjonalne, nerwowość i drażliwość zwiększają ryzyko depresji i problemów zdrowotnych związanych z zaburzeniami snu i zaburzeniami trawienia²⁴. Inne badania wskazują również na związek między wypaleniem rodzicielskim a wzrostem myśli samobójczych, a nawet prób samobójczych, a także zwiększoną tendencją do nadużywania alkoholu, uzależnienia od nikotyny i substancji psychoaktywnych²⁵.

U dzieci z ASD, które mogą doświadczać braku uwagi i zrozumienia ze strony rodziców, może to prowadzić do zaostrzenia i nasilenia trudności emocjonalnych, objawiających się wybuchami agresji, chęcią izolacji i osłabieniem umiejętności rozwojowych. Inni autorzy wskazują, że dzieci wypalonych rodziców lub opiekunów mogą być zaniedbywane i pozbawione odpowiedniego wsparcia emocjonalnego. Ponadto frustracja rodziców lub opiekunów może wybuchnąć agresją, skierowaną głównie przeciwko dzieciom, zwykle wyrażaną w formie przemocy werbalnej lub psychologicznej^{26, 27}.

Statystyki dotyczące wypalenia rodzicielskiego w Polsce są szczególnie niepokojące. Badania porównawcze przeprowadzone w 42 krajach w latach 2019–2020 wykazały, że polscy rodzice zajmują pierwsze miejsce pod względem wypalenia rodzicielskiego. Matki są znacznie bardziej narażone na ten syndrom niż ojcowie (ponad 9% matek w porównaniu do nieco ponad 2% ojców w Polsce). Osoby najbardziej

²² Wypalenie rodzicielskie: skutki, przyczyny... op. cit.

²³ Wypalenie rodzicielskie – czym jest... op. cit.

²⁴ Wypalenie rodzicielskie: skutki, przyczyny... op. cit.

²⁵ Wypalenie rodzicielskie – czym jest... op. cit.

²⁶ Wypalenie rodzicielskie: skutki, przyczyny... op. cit.

²⁷ Wypalenie rodzicielskie – czym jest... op. cit.

narażone to rodzice samotnie wychowujący dzieci, rodzice w rodzinach wielodzietnych i rodzice opiekujący się dziećmi niepełnosprawnymi²⁸.

Wypalenie rodzicielskie lub opiekunów może wywołać błędne koło prowadzące do zaniedbania dzieci z ASD. To z kolei powoduje problemy emocjonalne i rozwojowe u dzieci, co może dodatkowo obciążać rodziców i pogłębiać wypalenie^{29, 30}.

Konieczne interwencje muszą być skoncentrowane na rodzinie dotkniętej problemem ASD, a jednocześnie nakierowane na dobrostan rodziców i rozwój dziecka, ponieważ wspieranie rodziców poprawia funkcjonalnie dziecko, a to może z kolei zmniejszyć stres rodzicielski.

Koincydencja czynników kulturowych (kolektywizm kontra indywidualizm) oraz niewystarczające wsparcie systemowe wymaga podjęcia działań międzysektorowych, dostosowanych do polskiej rzeczywistości, a nie tylko promowania indywidualnych strategii radzenia sobie z problemem^{31, 32}.

Wypalenie zawodowe nauczycieli pracujących z dziećmi z ASD

Praca z uczniami w spektrum autyzmu stanowi istotne wyzwanie dla nauczycieli, głównie ze względu na ich unikalne potrzeby i możliwości, które różnią się od rówieśników³³. Nauczyciele powinni stale poszerzać swoją wiedzę o ASD i dostosowywać metody nauczania, tempo oraz materiały do indywidualnych potrzeb każdego ucznia^{34, 35}. Wymaga to opracowania indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego dla każdego ucznia, w którym kluczowa jest ścisła współpraca z nauczycielami wspomagającymi, rodzicami i specjalistami (terapeutami, logopedami)³⁶. Nauczyciele muszą również zwracać uwagę na wrażliwość sensoryczną uczniów, minimalizując hałas, jasne światło i silne zapachy, a także eliminując inne „rozpraszacze”³⁷. Niezbędne jest promowanie komunikacji werbalnej, niewerbalnej, z wykorzystaniem pomocy wizualnych, takich jak PECS (ang. *Picture Exchange Communication System*) stworzony dla osób ze spektrum autyzmu i innymi zaburzeniami rozwojowymi, które mają trudności z tradycyjną komunikacją słowną. Inną formą są tzw. „historijki społeczne” rozwijające

²⁸ Tamże.

²⁹ Wypalenie rodzicielskie: skutki, przyczyny... op. cit.

³⁰ Wypalenie rodzicielskie – czym jest... op. cit.

³¹ A. Prokopiak, *Wychowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu...* op. cit.

³² Wypalenie rodzicielskie – czym jest... op. cit.

³³ *Dziecko ze spektrum autyzmu w szkole – regulacje prawne i wskazówki dla nauczycieli*. Źródło: <https://www.testdna.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

³⁴ A. Kaźmierczak-Mytkowska, *Adaptacja w szkole: strategie wspierania uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku edukacyjnym*. Źródło: <https://cbt.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

³⁵ *Dziecko ze spektrum autyzmu w szkole...* op. cit.

³⁶ A. Kaźmierczak-Mytkowska, *Adaptacja w szkole: strategie...* op. cit.

³⁷ K. Makulec, *Poradnik dla rodziców dzieci w spektrum autyzmu*, Fundacja ING dzieciom. Źródło: <https://synapsis.org.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

umiejętności z zakresu interakcji społecznych³⁸. Ważne jest również zarządzanie przeciążeniem emocjonalnym i zapewnienie czasu na wyciszenie, a także zapobieganie izolacji społecznej i edukowanie innych uczniów na temat autyzmu³⁹. Te specyficzne dla pracy z dziećmi autystycznymi obciążenia stanowią dodatkowe czynniki ryzyka wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego.

Wypalenie zawodowe to stan całkowitego wyczerpania organizmu, zarówno emocjonalnego, jak i fizycznego, wynikający z przeciążenia w środowisku pracy. Często dotyczy ono „zawodów pomocowych”, związanych z pracą z drugim człowiekiem, do których zaliczają się nauczyciele⁴⁰. Czynniki ryzyka i przyczyny wypalenia zawodowego u nauczycieli są liczne i złożone, a wśród nich większość autorów wymienia następujące:

- nadmierne obciążenie pracą i obowiązkami – przeciążenie, zbyt duża odpowiedzialność, praca pod presją czasu, długie godziny pracy, brak możliwości odpoczynku i regeneracji;
- brak możliwości współdecydowania o swojej pracy – ograniczony wpływ na własne zadania, konieczność realizacji „programów”;
- trudności interpersonalne – konflikty, brak szacunku, poczucie bycia oszukiwanym lub lekceważonym, zła atmosfera w pracy (plotki, narzekanie);
- brak sukcesów i utrata poczucia sprawczości – poczucie bezradności, brak satysfakcji z wykonywanej pracy, niewspółmierny wysiłek do wyników, brak widocznych postępów edukacyjnych i wychowawczych;
- wysokie oczekiwania a realia zawodu – rozbieżność między oczekiwaniami a rzeczywistością, wysokie wymagania stawiane nauczycielom przy równoczesnym spadku prestiżu zawodu i autorytetu nauczyciela w społeczeństwie;
- częste zmiany przepisów – zmiany programów nauczania i innych przepisów regulujących w instytucjach edukacyjnych;
- brak docenienia – ze strony przełożonych, ale także uczniów i rodziców;
- postawy i zachowania uczniów: brak zainteresowania i motywacji do nauki, lekceważące zachowania wobec nauczycieli i obowiązku szkolnego;
- trudne interakcje z rodzicami – niechęć do współpracy przy równoczesnych nie realistycznych, wygórowanych oczekiwaniach;
- cechy osobowości – niska samoocena, nadmierna wrażliwość, chwiejność emocjonalna, mała elastyczność, bierność w działaniu, nadmierny perfekcjonizm, zależność od innych;
- niesatysfakcjonujące wynagrodzenie – relatywnie niska płaca w porównaniu do innych zawodów^{41, 42, 43}.

³⁸ Jak zajmować się dzieckiem z autyzmem... op. cit.

³⁹ A. Kaźmierczak-Mytkowska, *Adaptacja w szkole: strategie...* op. cit.

⁴⁰ Wypalenie zawodowe: definicja, objawy i przyczyny. Źródło: <https://mindhealth.pl/co-leczymy/wypalenie-zawodowe> [dostęp: 04.06.2025 r.].

⁴¹ Tamże.

⁴² Wypalenie zawodowe nauczycieli. Źródło: <https://inso.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

⁴³ K. Sadłowska, *Wypalenie zawodowe wśród nauczycieli/ek i dyrektorów/ek – raport*, Twój Psycholog, Wiedza i praktyka, Warszawa 2024.

Objawy wypalenia zawodowego u nauczycieli można podzielić na:

- fizyczne – chroniczne przemęczenie, osłabienie, zaburzenia snu i apetytu, zaburzenia odżywiania (objadanie się albo utrata apetytu, bóle mięśni grzbietu, szyi i ramion, ogólny „brak energii”;
- psychiczne (behawioralne, emocjonalne) – izolowanie się od innych, pesymistyczne nastawienie, utrata przyjemności i zaangażowania w pracę, cynizm, skłonność do agresywnych zachowań, poczucie rozczarowania, trudności z zapanowaniem nad emocjami, poczucie bezradności i braku nadziei, poczucie pustki, zniechęcenie, poczucie osamotnienia, drażliwość, bark cierpliwości i zmienność nastrojów⁴⁴.

W tabeli 2 zestawiono objawy wypalenia rodzicielskiego i zawodowego nauczycieli, wskazując na elementy wspólne.

Konsekwencje wypalenia zawodowego dla nauczycieli pracujących z dziećmi z ASD mogą być poważne. Wśród nich wymieniane są: unikanie kontaktów z rodzicami i specjalistami, pobieżne przygotowywanie się do zajęć, brak kreatywności, unikanie nowych wyzwań i projektów, praca szablonowa, brak współpracy z innymi nauczycielami, absencja w pracy⁴⁵.

Nauczyciele tracą zapał do pracy, odczuwają brak czasu i schematycznie traktują uczniów⁴⁶. Pojawia się u nich niemożność pomocy uczniom w ich problemach. Często wypalenie prowadzi do odejścia z zawodu. Absencja w pracy spowodowana złym samopoczuciem i osłabieniem odporności destabilizuje funkcjonowanie całej placówki edukacyjno-wychowawczej⁴⁷.

⁴⁴ Wypalenie zawodowe: definicja, objawy... op. cit.

⁴⁵ Wypalenie zawodowe nauczycieli... op. cit.

⁴⁶ Wypalenie zawodowe: definicja, objawy... op. cit.

⁴⁷ Wypalenie zawodowe nauczycieli... op. cit.

Tabela 2. Porównanie objawów wypalenia rodzicielskiego i zawodowego

Kategoria objawu	Wypalenie rodzicielskie	Wypalenie zawodowe (Nauczyciele)	Wspólne objawy
Fizyczne	Stałe zmęczenie, problemy ze snem (bezsenność, koszmary), bóle głowy, problemy „gastryczne”, osłabienie odporności.	Przemęczenie i osłabienie, zaburzenia apetytu, zaburzenia i problemy ze snem (chroniczna bezsenność), wahania wagi, bóle mięśni grzbietu i napięciowe bóle szyi i mięśni ramion, mrowienie i drętwienie kończyn, brak energii.	Stałe zmęczenie, problemy ze snem, zmiany apetytu/wagi, bóle fizyczne.
Psychiczne (behawioralne, emocjonalne)	Chroniczne zmęczenie emocjonalne, smutek, lęk, niepokój, bezsilność, trudności z radzeniem sobie z emocjami, wybuchy złości/irytacji, utrata przyjemności z bycia rodzicem, myśli samobójcze, nadużywanie substancji psychoaktywnych. Brak zainteresowania/zniechęcenie, apatia, cynizm wobec obowiązków, wycofanie społeczne/izolacja, spadek efektywności, poczucie niewystarczalności, obniżona samoocena, zaniedbywanie dzieci, agresja (werbalna/psychiczna) wobec dzieci.	Wyczerpanie emocjonalne, silne poczucie rozczarowania, trudności z zapanowaniem nad emocjami, poczucie bezradności i braku nadziei, poczucie pustki, rozpacz, zniechęcenie, poczucie osamotnienia, zmienność nastrojów, drażliwość. Stopniowe izolowanie się od innych, pesymistyczne nastawienie, utrata zaangażowania i motywacji, cynizm i skłonność do agresywnych zachowań, utrata zaufania do siebie i kompetencji, poczucie nieudolności, niska samoocena, brak sensu pracy, unikanie wyrażania własnego zdania, unikanie kontaktów z rodzicami/specjalistami, schematyczne traktowanie uczniów, absencja.	Chroniczne zmęczenie, wyczerpanie emocjonalne, drażliwość, lęk/niepokój, obniżony nastrój, utrata przyjemności/zainteresowania. Izolacja społeczna, obniżona samoocena, utrata zaangażowania/motywacji, cynizm, poczucie niewystarczalności/bezradności.

Źródło: Wypalenie rodzicielskie: skutki, przyczyny... op. cit.; Wypalenie zawodowe: definicja, objawy... op. cit.

Statystyki dotyczące wypalenia zawodowego nauczycieli w Polsce są niepokojące. Badanie z kwietnia i maja 2024 r., obejmujące 451 pedagogów, wykazało, że około 49% ankietowanych nauczycieli i dyrektorów zgłosiło doświadczanie wypalenia zawodowego w pewnym stopniu⁴⁸.

Wsparcie i strategie radzenia sobie z wypaleniem

Skuteczne strategie wsparcia i radzenia sobie są kluczowe zarówno dla rodziców, opiekunów, jak i nauczycieli osób z autyzmem, aby mogli oni utrzymać jakość życia i zapobiegać wypaleniu.

Rodzice i opiekunowie potrzebują kompleksowego wsparcia, aby radzić sobie z wyzwaniami związanymi z autyzmem. Wśród metod wsparcia rodziców lub opiekunów najczęściej wymienia się następujące:

- psychoterapia – może pomóc w zrozumieniu głębszych przyczyn wypalenia rodzicielskiego, rozwijaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem i emocjami, pracy nad dobrostanem emocjonalnym, poprawie komunikacji rodzinnej, budowaniu zdrowych granic między życiem zawodowym a rodzinnym oraz pracy nad samooceną⁴⁹;
- grupy wsparcia i społeczności lokalne – umożliwiają wymianę doświadczeń i strategii radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami; fundacje i stowarzyszenia często oferują programy wsparcia, warsztaty, sesje terapeutyczne i spotkania informacyjne, które pomagają rodzicom czuć się mniej izolowanymi i zdobywać nowe narzędzia⁵⁰;
- indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem – akceptacja realistycznych oczekiwań wobec rodzicielstwa, efektywne zarządzanie czasem, dbanie o siebie poprzez regularną aktywność fizyczną, zdrową dietę i odpowiednią ilość snu są kluczowe dla dobrego samopoczucia⁵¹; pomocne jest również znalezienie hobby, które pozwala oderwać się od problemów dnia codziennego, oraz stosowanie technik relaksacyjnych, takich jak medytacja czy spacerowanie na świeżym powietrzu⁵²;
- współpraca ze specjalistami – z terapeutami, psychologami i pedagogami – jest niezbędna do zrozumienia specyfiki zaburzenia i najlepszych sposobów pracy z dzieckiem w domu; warto również szukać wsparcia w fundacjach i stowarzyszeniach, które oferują profesjonalną pomoc⁵³.

⁴⁸ K. Sadłowska, *Wypalenie zawodowe wśród nauczycieli/ek...* op. cit.

⁴⁹ *Wypalenie rodzicielskie: skutki, przyczyny...* op. cit.

⁵⁰ *Jak zajmować się dzieckiem z autyzmem...* op. cit.

⁵¹ *Wypalenie rodzicielskie: skutki, przyczyny...* op. cit.

⁵² *Wsparcie rodziców dzieci z autyzmem...* op. cit.

⁵³ Tamże.

Podobnie jak rodzice i opiekunowie, także nauczyciele pracujący z uczniami z autyzmem potrzebują specjalistycznego wsparcia, aby zapobiegać wypaleniu zawodowemu i efektywnie realizować swoje zadania. W przypadku nauczycieli wśród metod wsparcia wymienia się następujące:

- szkolenia i poszerzanie wiedzy – nauczyciele powinni stale poszerzać swoją wiedzę na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu, metod pracy z uczniami autystycznymi oraz strategii wspierania ich rozwoju społecznego i emocjonalnego – dostępne są liczne szkolenia online i „webinaria” oferowane przez fundacje lub profesjonalne centra wsparcia^{54, 55};
- współpraca z rodzicami i specjalistami – jest kluczowa dla zrozumienia potrzeb ucznia i wspólnego opracowywania strategii wsparcia; regularne spotkania zespołu są idealną okazją do wymiany obserwacji i doświadczeń⁵⁶;
- wspierające środowiska edukacyjne – środowisko przyjazne dla uczniów z autyzmem obejmuje utrzymanie rutyny i spójności, jasne granice przestrzenne w klasie, informowanie o zmianach z wyprzedzeniem (np. za pomocą wizualnych planów lekcji), minimalizowanie bodźców sensorycznych (hałas, światło) i rozpraszaczy⁵⁷;
- indywidualizacja nauczania – poprzez dostosowanie materiałów, tempa i metod nauczania do indywidualnych potrzeb ucznia, wykorzystanie różnorodnych pomocy wizualnych (obrazki, diagramy) i technologii, w tym programy (aplikacje) komputerowe⁵⁸;
- komunikacja i interakcje społeczne – promowanie różnorodnych form komunikacji, w szczególności programów mentorsko-koleżeńskich⁵⁹;
- zarządzanie stresem i emocjami – strategie pomagające zrozumieć i wyrażać emocje, a także radzić sobie z trudnymi sytuacjami, takie jak techniki relaksacyjne lub ćwiczenia asertywności⁶⁰;
- dostęp do profesjonalnego wsparcia psychologicznego – rozwój systemowego wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego dla nauczycieli jest kluczowe w radzeniu sobie ze stresem i wyczerpaniem^{61, 62};
- „zdrowy egoizm” – nauczyciele powinni dbać o własne potrzeby, rezerwując czas na regularny odpoczynek i relaks, co pomaga obniżyć poziom stresu i przywrócić spokój wewnętrzny⁶³;

⁵⁴ A. Kaźmierczak-Mytkowska, *Adaptacja w szkole: strategie...* op. cit.

⁵⁵ *Wsparcie rodziców dzieci z autyzmem...* op. cit.

⁵⁶ A. Kaźmierczak-Mytkowska, *Adaptacja w szkole: strategie...* op. cit.

⁵⁷ K. Makulec, *Poradnik dla rodziców dzieci w spektrum autyzmu...* op. cit.

⁵⁸ A. Kaźmierczak-Mytkowska, *Adaptacja w szkole: strategie...* op. cit.

⁵⁹ Tamże.

⁶⁰ Tamże.

⁶¹ *Wypalenie zawodowe: definicja, objawy...* op. cit.

⁶² K. Sadłowska, *Wypalenie zawodowe wśród nauczycieli/ek...* op. cit.

⁶³ *Jak zadbać o siebie? Profilaktyka wypalenia zawodowego w pracy nauczyciela.* Źródło: <https://studiopsychologiczne.com/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

- organizacje wspierające – fundacje takie jak Fundacja Alpha w Lublinie lub Fundacja Pomoc Autyzm oferują szeroki zakres usług, w tym diagnozy, terapie, szkolenia dla nauczycieli i specjalistów, „webinaria” oraz grupy wsparcia, co stanowi cenne źródło pomocy^{64, 65}.

Wypalenie rodzicielskie i zawodowe nauczycieli tworzy błędne koło, negatywnie wpływając na jakość relacji i wsparcia udzielanego osobom z autyzmem, co z kolei może pogłębiać ich trudności rozwojowe i behawioralne. Aby przerwać ten cykl, konieczne jest wdrożenie kompleksowych, wieloaspektowych systemów wsparcia. Obejmują one nie tylko bezpośrednie terapie dla osób z autyzmem, ale przede wszystkim wsparcie psychologiczne dla rodziców (terapia rodzinna, grupy wsparcia) i nauczycieli (specjalistyczne szkolenia, wsparcie psychologiczne w miejscu pracy). Równie istotne są zmiany polityczne i zwiększone nakłady w usługi dla dorosłych osób z autyzmem, programy zatrudnienia, opieki wytchnieniowej oraz poprawa warunków pracy w sektorze edukacji. Jak zwykle w tego typu problemach, tylko kompleksowe, międzysektorowe podejście, uwzględniające wzajemne zależności między wszystkimi stronami, pozwoli na poprawę jakości życia wszystkich osób objętych spektrum autyzmu, nie tylko osób doświadczających zespołu ASD, ale także ich rodziców, opiekunów i nauczycieli.

Szczególnie zawód nauczyciela, zwłaszcza w pracy z uczniami z autyzmem, charakteryzuje się nie zrównoważoną relacją między ogromnymi wymaganiami a systemowym brakiem odpowiedniego wynagrodzenia, wsparcia i zasobów⁶⁶. To prowadzi do przewlekłego stresu, wyczerpania emocjonalnego i wysokiego wskaźnika wypalenia zawodowego. Aby temu zaradzić, konieczne są reformy systemowe, takie jak lepsze wynagrodzenia, zmniejszenie obciążenia administracyjnego oraz zwiększony dostęp do specjalistycznych szkoleń i wsparcia psychologicznego. Bez tego jakość edukacji dla uczniów z autyzmem nieuchronnie ucierpi.

Interakcje z uczniami, zwłaszcza te nieszablonowe reakcje dzieci z autyzmem, mogą mobilizować nauczycieli do działania i wyzwalać kreatywność, co paradoksalnie może maskować ukryte zmęczenie pracą⁶⁷. Ta „maska” oznacza, że nauczyciele mogą przekraczać swoje granice wytrzymałości, co prowadzi do poważniejszych konsekwencji wypalenia w późniejszym czasie. To zjawisko opóźnia rozpoznanie i interwencję, zarówno przez samych nauczycieli, jak i przez system. W związku z tym programy wykrywania i zapobiegania wypaleniu zawodowemu dla nauczycieli powinny być proaktywne i nie opierać się wyłącznie na samoocenie. Regularne, obiektywne oceny i obowiązkowe kontrole dobrostanu psychicznego mogłyby być korzystne, podobnie jak promowanie kultury, w której szukanie pomocy jest normą, a nie oznaką słabości.

⁶⁴ Portal Fundacji Pomoc Autyzm... op. cit.

⁶⁵ Portal Fundacji Alpha. Źródło: <https://www.autyzmlublin.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

⁶⁶ A. Kaźmierczak-Mytkowska, *Adaptacja w szkole: strategie...* op. cit.

⁶⁷ *Wypalenie zawodowe nauczycieli...* op. cit.

Wnioski i podsumowanie

Autyzm stanowi złożone wyzwanie, które głęboko wpływa na jakość życia nie tylko samych osób z ASD, ale także ich rodziców, opiekunów i nauczycieli. Przegląd badań i innych źródeł wskazuje na znaczące obciążenia fizyczne i psychiczne, prowadzące do wysokiego poziomu stresu i wypalenia, zarówno rodzicielskiego/opiekunczego, jak i zawodowego. Alarmujące statystyki dotyczące wypalenia rodzicielskiego w Polsce oraz wysoki odsetek wypalonych zawodowo nauczycieli podkreślają pilną potrzebę systemowych zmian.

Przedstawiona analiza wskazuje, że dobrostan rodziców i nauczycieli jest kwestią fundamentalną, czynnikiem determinującym rozwój i jakość życia osób z autyzmem. Istnieje wyraźna rozbieżność między aspiracjami rodziców dotyczącymi przyszłości ich dzieci a brakiem odpowiednich systemowych rozwiązań, co prowadzi do chronicznego lęku i poczucia beznadziei. Ponadto specyfika pracy nauczycieli z uczniami z autyzmem, w połączeniu z ogólnymi problemami polskiego systemu edukacji (niskie wynagrodzenie, brak wsparcia psychologicznego), prowadzi do wypalania zawodowego kadry nauczycielskiej.

Fakt, że Polska zajmuje pierwsze miejsce w badaniach nad wypaleniem rodzicielskim oraz rozpowszechnienie tego zjawiska wśród nauczycieli dzieci z ASD, wskazuje na to, że jest to poważny problem także z obszaru zdrowia publicznego. Współwystępowanie uwarunkowań społecznych oraz niedostateczne wsparcie systemowe wymaga podjęcia typowych dla zdrowia publicznego działań międzysektorowych, uwzględniających polskie realia.

Piśmiennictwo

Dziecko ze spektrum autyzmu w szkole – regulacje prawne i wskazówki dla nauczycieli. Źródło: <https://www.testdna.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Jak zadbać o siebie? Profilaktyka wypalenia zawodowego w pracy nauczyciela. Źródło: <https://studiopsychologiczne.com/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Jak zajmować się dzieckiem z autyzmem – skuteczne strategie. Źródło: <https://przed-szkolneabc.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Jakość życia osób z autyzmem i ich rodzin. Źródło: <https://www.stowarzyszeniefidese-tratio.pl> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Kaźmierczak-Mytkowska A., *Adaptacja w szkole: strategie wspierania uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku edukacyjnym.* Źródło: <https://cbt.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Makulec K., *Poradnik dla rodziców dzieci w spektrum autyzmu, Fundacja ING dzieciom.* Źródło: <https://synapsis.org.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Portal Fundacji Alpha. Źródło: <https://www.autyzmlublin.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Portal Fundacji Pomoc Autyzm. Źródło: <https://pomocautyzm.org/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Prokopiak A., *Wychowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Annales UMCS – Sectio J” 2014; XXVII(2): 51-59.

Sadłowska K., *Wypalenie zawodowe wśród nauczycieli/ek i dyrektorów/ek – raport*, Twój Psycholog, Wiedza i praktyka, Warszawa 2024.

Świerczyńska J., Pawłowska B., Chojnowska-Ćwiąkała I., Mosio D., *Ocena relacji w rodzinie przez matki wychowujące dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Wychowanie w Rodzinie” 2023; XXX(3): 101-124.

Wsparcie rodziców dzieci z autyzmem – co warto wiedzieć. Źródło: <https://cognitus.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Wypalenie rodzicielskie — czym jest i jak się objawia u współczesnych rodziców. Źródło: <https://niewidacpomnie.org/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Wypalenie rodzicielskie: skutki, przyczyny i strategie radzenia sobie. Źródło: <https://psychocare.pl/> [dostęp: 04.06.2025 r.].

Wypalenie zawodowe: definicja, objawy i przyczyny. Źródło: <https://mindhealth.pl/co-leczymy/wypalenie-zawodowe> [dostęp: 04.06.2025 r.].

CZĘŚĆ II
Wyzwania i wsparcie w edukacji
dzieci z autyzmem

Wiesław Kowalski*
Monika Bordzoł**
Jacek Łukasiewicz***

FUNKCJONOWANIE DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU W OPINII RODZICÓW ORAZ NAUCZYCIELI WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO W WYBRANYCH PLACÓWKACH W LUBARTOWIE

*The functioning of children on the autism spectrum
in the opinion of parents and preschool teachers
in selected institutions in Lubartów*

*Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0001-8402-2837

**Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0003-6495-5877

***Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-9181-9403

Streszczenie

Wprowadzenie. Artykuł przedstawia aspekty teoretyczne i praktyczne tematyki dotyczącej dzieci w wieku przedszkolnym ze spektrum autyzmu w opinii nauczycieli i rodziców. Intencją autorów była identyfikacja specyficznych wyzwań, z jakimi borykają się te dzieci, oraz określenia skutecznych strategii wsparcia, które mogą przyczynić się do poprawy ich rozwoju i integracji społecznej.

Cel. Celem badań własnych było poznanie funkcjonowania dzieci ze spektrum autyzmu w wieku przedszkolnym w opinii nauczycieli i rodziców.

Materiał i metoda. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz techniki badań – ankietę i wywiad. A narzędziami badawczymi były kwestionariusze ankiety i kwestionariusz wywiadu. Badaniami objęto 40 nauczycieli. Wywiad został przeprowadzony z rodzicem dziecka ze spektrum autyzmu. W analizie statystycznej przeprowadzono test chi-kwadrat (χ^2) dla badania zależności pomiędzy dwiema zmiennymi kategorycznymi. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki. Analiza przeprowadzonych badań w przedszkolach potwierdza, że funkcjonowanie dzieci ze spektrum autyzmu jest znacznie utrudnione w porównaniu do ich neurotypowych rówieśników. Dzieci z autyzmem często wykazują trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych, mają problemy z adaptacją do grupy oraz z przestrzeganiem rutynowych działań. Ponadto nauczyciele zgłaszają, że dzieci te potrzebują dodatkowego wsparcia w codziennych czynnościach i w nauce nowych umiejętności.

Wnioski. Przeprowadzone badania podkreślają wagę zrozumienia i wsparcia dzieci ze spektrum autyzmu przez ich najbliższe otoczenie. Wczesna interwencja, indywidualne podejście oraz ścisła współpraca między rodzicami a nauczycielami są kluczowe dla ich rozwoju i lepszego funkcjonowania. Dalsze badania oraz ciągłe doskonalenie metod pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu mogą przyczynić się do poprawy jakości ich życia i integracji społecznej

Słowa kluczowe: autyzm, terapia, dzieci, rodzice, nauczyciele, trudności

Abstract

Introduction. The article presents the theoretical and practical aspects of the topic concerning preschool children on the autism spectrum from the perspective of teachers and parents. The authors' intention was to identify the specific challenges faced by these children and to determine effective support strategies that could contribute to improving their development and social integration.

Aim. The aim of the own research was to understand the functioning of preschool children on the autism spectrum according to teachers and parents.

Material and methods. The research used a diagnostic survey method and research techniques – a questionnaire and an interview. The research tools were survey questionnaires and interview questionnaires. The study included 40 teachers. An interview was conducted with a parent of a child on the autism spectrum. In the statistical analysis, the chi-square test (χ^2) was conducted to study the relationship between two categorical variables. A significance level of $\alpha=0.05$ was assumed.

Research results. The analysis of conducted studies in kindergartens confirms that their functioning is significantly hindered compared to their neurotypical peers. Children with autism often exhibit difficulties in establishing social contacts, have problems with adapting to groups, and adhering to routine activities. Additionally, teachers report that these children need extra support in daily activities and in learning new skills.

Conclusions. The conducted research emphasizes the importance of understanding and supporting children on the autism spectrum by their immediate environment. Early intervention, individual approaches, and close cooperation between parents and teachers are crucial for their development and better functioning. Further research and continuous improvement of methods for working with children on the autism spectrum can contribute to enhancing their quality of life and social integration.

Key words: autism, therapy, children, parents, teachers, difficulties

Wprowadzenie

Funkcjonowanie dzieci ze spektrum autyzmu w wieku przedszkolnym to temat o niezwykle istotnym znaczeniu, który wymaga dogłębnego zrozumienia zarówno ze strony nauczycieli, jak i rodziców. W tym opracowaniu analizowane są różnorodne aspekty funkcjonowania dzieci ze spektrum w środowisku przedszkolnym ze szczególnym uwzględnieniem opinii nauczycieli i rodziców. Celem jest identyfikowanie specyficznych wyzwań, z jakimi borykają się te dzieci, oraz określenia skutecznych strategii wsparcia, które mogą przyczynić się do poprawy ich rozwoju i integracji społecznej.

W badaniach skupiono się na zrozumieniu percepcji nauczycieli oraz rodziców dotyczących trudności i mocnych stron dzieci z autyzmem. Analizowane są również ich oczekiwania i doświadczenia związane z codziennością, edukacją i terapią. Artykuł uwzględnia różnorodne metody wsparcia, takie jak indywidualne podejście pedagogiczne, techniki komunikacyjne oraz metody terapii.

Znaczenie współpracy między nauczycielami a rodzicami jest kluczowe dla stworzenia spójnego systemu wsparcia, który umożliwia dzieciom ze spektrum autyzmu pełne wykorzystanie swojego potencjału. Przedstawione w artykule wyniki mają na celu wskazanie najlepszych praktyk oraz wypracowanie rekomendacji, które mogą pomóc skutecznie wspierać dzieci z autyzmem w wieku przedszkolnym, zapewniając im lepszą jakość życia i większą szansę na przyszły sukces edukacyjny i społeczny.

Kryteria diagnostyczne autyzmu

Chcąc podjąć się klasyfikacji autyzmu, należy wziąć pod uwagę zaburzenia, jakie występują, oraz kryteria diagnostyczne. Istnieją dwa główne systemy klasyfikacyjne podczas diagnozowania, tj. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (International Classification of Diseases – ICD) Światowej Organizacji Zdrowia oraz Diagnostyczno-Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, który opiera się na trzech rodzajach zaburzeń. Pierwszy rodzaj zaburzeń kieruje się na więzi międzyludzkie. Przejawiają się one niewystarczającą świadomością egzystencji czy uczuć innych ludzi, trudnością naśladowania innych, wchodzenia z nimi w kontakty oraz rozumienia konwencji w kontaktach społecznych. Drugi rodzaj zaburzeń to zaburzenia komunikacji i fantazji, które skutkują brakiem porozumienia werbalnego i pozawerbalnego, trudności w odgrywaniu ról i zabaw fikcyjno-iluzyjnych, upośledzenia zdolności inicjowania i podtrzymywania rozmowy. Ostatnia kategoria zaburzeń skupia się na ograniczonej aktywności i zainteresowaniach, które wyrażają się stereotypiami ruchowymi, powtarzaniem tych samych czynności i zabaw

i uporczywym zajmowaniem się tymi samymi przedmiotami czy sprawami^{1, 2}. Autyzm przed rokiem 1980 postrzegano jako rodzaj psychozy, której objawy opierają się na urojeniach, halucynacjach czy lęku. Objawy te jednak nie miały zbyt wiele wspólnego z autyzmem. W kolejnych latach wprowadzono termin „głębokie zaburzenia rozwoju”. Kryteria diagnostyczne sformułowane w DSM-IV i ICD-10 są zbliżone i pozwalają na rozróżnienie autyzmu wśród innych chorób i zaburzeń³.

Klasyfikacja DSM-V zawiera cztery najważniejsze kryteria diagnozy autyzmu:

- klinicznie znaczące, stałe nieprawidłowości w obrębie komunikacji społecznej i interakcji,
- wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystywanej w interakcjach społecznych,
- brak wzajemności społecznej,
- nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji z rówieśnikami właściwej dla poziomu rozwoju⁴.

W DSM-5 autyzm klasyfikowany jest jako zaburzenie ze spektrum autyzmu (ASD), obejmujące wcześniejsze diagnozy, takie jak autyzm, zespół Aspergera i całościowe zaburzenie rozwoju nieokreślone (PDD-NOS). ASD charakteryzuje się trudnościami w dwóch głównych obszarach: komunikacji społecznej i interakcji społecznych oraz ograniczonymi, powtarzalnymi wzorcami zachowań, zainteresowań lub aktywności. DSM-5 wprowadza również klasyfikację ASD na podstawie stopnia nasilenia objawów, określając trzy poziomy wsparcia: poziom 1 (wymagający wsparcia), poziom 2 (wymagający znacznego wsparcia) i poziom 3 (wymagający bardzo znacznego wsparcia)⁵.

Zmiany wprowadzane w ICD-11 i dokonane w DSM-5 dotyczą również terminologii związanej z zaburzeniami neurorozwojowymi. W DSM-5 zaburzenia te obejmują zaburzenia komunikacji, natomiast w ICD-11 określane są jako zaburzenia rozwoju mowy lub języka. Wiadomo, że ich etiologia jest nieznana, a przebieg i konsekwencje zależą od kombinacji wpływów genetycznych i środowiskowych. Dysfunkcja centralnego układu nerwowego prowadzi do problemów w nabywaniu kompetencji językowej i utrwalonych form zaburzeń zachowania językowego, utrudniających komunikację. W ICD-11 zaburzenia komunikacji są ważnym kryterium diagnostycznym zaburzeń neurorozwojowych, a w DSM-5 stanowią odrębną kategorię. Analiza opisów i kryteriów diagnostycznych w ICD-11 pokazuje dwie perspektywy oceny: rozwój ekspresji i percepcji językowej oraz poziom rozwoju aspektów mowy i języka (artykulacja, płynność mowy, fonologia, semantyka, pragmatyka) względem normy wiekowej i rozwojowej. U dzieci z DLD i SLI te procesy mogą być opóźnione i mogą

¹ J. Kruk-Lasocka, *Autyzm czy nie autyzm?*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Wrocław 2003.

² E. Pisula, *Autyzm u dzieci: Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa 2001.

³ Ibidem.

⁴ B. Skawina, *Terapia pedagogiczna w zarysie. Teoria, praktyka, refleksja*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka, Warszawa 2014.

⁵ L. Szmania, *Etiologia zaburzeń spektrum autyzmu*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2015.

różnić się od rówieśników pod względem ilościowym i jakościowym. Opóźnienie w rozwoju mowy jest uznawane w ICD-11 za kluczowy objaw neurorozwojowych zaburzeń językowych, co sprawia, że termin „opóźnienie rozwoju mowy” (ORM) używany przez polskich logopedów staje się synonimem rozwojowych zaburzeń językowych. ORM jest przydatny dla opisu, ale traci sens w diagnozie, gdyż występuje w większości zaburzeń rozwojowych⁶.

Metody terapeutyczne dzieci ze spektrum autyzmu

Autyzm, podobnie jak inne zaburzenia neurorozwojowe, nie jest obecnie wyleczalny, choć wiele aspektów funkcjonowania dziecka może ulec poprawie w wyniku terapii oraz wraz z wiekiem. U większości osób, u których w dzieciństwie zdiagnozowano autyzm, objawy te utrzymują się także w dorosłości. Oznacza to, że osoby te często potrzebują wsparcia przez całe życie, choć zakres ich potrzeb może być bardzo zróżnicowany. Wiele z nich ma ograniczone możliwości prowadzenia samodzielnego życia, podejmowania pracy zawodowej i budowania trwałych relacji społecznych. Im wcześniej autyzm zostanie zdiagnozowany, tym szybciej możliwe jest objęcie dziecka odpowiednią opieką. Dlatego nie należy zwlekać z konsultacją, jeśli pojawiają się jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące rozwoju dziecka. Dzieci z autyzmem wymagają intensywnego wspomagania rozwoju^{7, 8}.

Autyzm częściej diagnozowany jest u chłopców niż u dziewczynek. Niewielki odsetek osób ze spektrum osiąga taki poziom niezależności, który umożliwia im samodzielne funkcjonowanie. Zdarzają się przypadki, że zakładają oni rodziny, podejmują pracę i zdobywają kwalifikacje zawodowe. Aby umożliwić to jak największej liczbie osób, należy podjąć działania terapeutyczne. Takie działania podjęte we wczesnym okresie życia dziecka znacząco wspomagają późniejszy rozwój. Należy pamiętać, by terapia była dobrana indywidualnie, dostosowana do poziomu intelektualnego dziecka, wieku i wielu innych czynników⁹.

Jest wiele form terapii, które mogą być zastosowane we wspieraniu dzieci ze spektrum autyzmu, jak i dorosłych z tym zaburzeniem. Terapia zastosowana w jak najwcześniejszym okresie życia dziecka przynosi największe rezultaty. Należy jednak pamiętać, że terapia powinna być dostosowana do potrzeb, braków oraz umiejętności dziecka. Każdy przypadek spektrum autyzmu jest od siebie w pewnym stopniu różny, dlatego terapia również powinna być dobierana indywidualnie^{10, 11}.

⁶ G. Jastrzębowska, *Zaburzenia neurorozwojowe. Zmiany w podejściu teoretycznym i diagnostycznym*, Wyd. GWP, Sopot 2019.

⁷ E. Pisula, *Oblicza rehabilitacji*, MediPege, Warszawa 2010.

⁸ B. Winczura, *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych*, Impuls, Kraków 2008.

⁹ E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Gdańsk 2005.

¹⁰ S.J. Rogers, G. Dawson, L.A. Vismara, *Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM)*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.

¹¹ M. Bogdanowicz, *Niezwyčajni uczniowie*, PWN, Warszawa 2004.

Podczas terapii wspomagającej rozwój dzieci ze spektrum autyzmu należy skupić się na obszarach wsparcia:

- W sferze komunikacji – rozwijanie zdolności do funkcjonalnej i spontanicznej komunikacji poprzez używanie gestów, słów, symboli czy wsparcia wizualnego. Pomaga to w podtrzymywaniu uwagi i koncentracji dziecka na rozmówcy.
- W sferze społecznej – wspieranie nawiązywania kontaktu wzrokowego, uczestniczenia w naprzemiennych interakcjach oraz komunikowania się w nich. Osobie ze spektrum autyzmu ciężko jest utrzymać kontakt wzrokowy podczas rozmowy.
- W sferze poznawczej – rozwijanie koncentracji uwagi, rozumienia i wyrażania emocji, umiejętności tworzenia pojęć, identyfikacji i nazywania emocji własnych oraz cudzych.

W czasie terapii warto też wspierać umiejętność zabawy: zabaw tematycznych z wykorzystaniem zabawek oraz z innymi osobami. Należy również podjąć się dokładniej analizy przyczyn frustracji lub innych trudności dziecka oraz działań służących poprawie jego samopoczucia, by podejście do problemu było proaktywne oraz wyprzedzało pojawienie się problemów w trakcie terapii.

Dobra terapia wobec dzieci z autyzmem powinna spełniać konkretne kryteria, by przynosiła zauważalne efekty. Kryteria skutecznej terapii:

- Diagnoza i terapia powinny zostać wdrożone jak najszybciej po pojawieniu się pierwszych podejrzeń, że dziecko może mieć autyzm.
- Początkowo terapia powinna być indywidualna, relacja terapeuty – dziecko pozwala na skupienie się na konkretnych potrzebach i trudnościach.
- Stopniowo w miarę możliwości i umiejętności podopiecznego można włączać do zajęć małą grupę. Terapia indywidualna powinna być prowadzona ze względu na to, że dzieci ze spektrum autyzmu mają duże problemy z koncentracją uwagi.
- Indywidualny program terapeutyczny powinien być dopasowany indywidualnie do potrzeb każdego dziecka, poziomu zaburzeń, możliwości oraz progresji. Powinien on być również systematycznie modyfikowany wraz z rozwojem i postępami dziecka.
- Terapia powinna mieć zintegrowany program, co oznacza, że zajęcia, w których uczestniczy dziecko, powinny tworzyć spójną całość, aby były bardziej efektywne i przynosiły korzystniejsze wyniki. Zbyt dużo form terapii wprowadzonych łącznie lub w połączeniu ze sobą może przynosić znacznie mniejsze rezultaty. Jednocześnie zbyt wiele nieskoordynowanych metod może obniżyć efektywność terapii.
- Terapia, by przynosiła efekty, powinna być również systematyczna i ciągła. Jej intensywność powinna wynosić minimum 25 godzin tygodniowo. W sytuacji gdy ten wymiar godzin nie jest możliwy do zrealizowania, warto jak najczęściej podejmować próby aktywizowania dziecka oraz włączenia go w interakcje, odpowiednio reagując na jego zachowania.
- Terapia powinna stanowić kombinację różnych metod terapeutycznych odpowiednio dobranych indywidualnie. Stosowanie różnych metod umożliwia wszechstronne wspieranie rozwoju dziecka w różnych jego sferach.

- Duży plus ma prowadzenie terapii w środowisku naturalnym, czyli na przykład w domu. W takim środowisku dziecko uczy się tego, co jest mu rzeczywiście potrzebne i co wykorzysta w codziennym życiu. Ponadto jest to dostosowane do jego rytmu dnia, który nie jest rozbity zmianą otoczenia, podróżą, dojazdem, nowym miejscem, powrotem do domu. Mimo to nie trzeba ograniczać się tylko do środowiska domowego, a stopniowo wychodzić poza.
- Autyzm u dziecka stanowi duży poziom stresu dla rodziców, jak i innych członków rodziny. Dlatego w terapii ważne jest, aby zadbać również o zdrowie psychiczne członków rodziny. Podkreślanie istotnej roli rodzica w procesie terapeutycznym dziecka sprawia, że rodzic czuje się ważny oraz ma lepsze samopoczucie.
- Dziecko z autyzmem ma duże problemy w sferze komunikacji. Rozwój społeczny oraz kontakty z rówieśnikami są często zaburzone. Warto więc starać się budować te relacje, by dziecko mogło się uczyć od rówieśników. Może odbywać się to pod kontrolą terapeuty, jak i w bardziej spontanicznych warunkach.
- Terapia i wspomaganie rozwoju nie powinno kończyć się po zakończeniu edukacji czy osiągnięciu dorosłości. Wsparcie powinno być kontynuowane przez całe życie.
- W terapii powinny być wykorzystywane bodźce wzrokowe, ponieważ dzieci z autyzmem mają szczególne trudności z przetwarzaniem bodźców słuchowych. Bodźce wzrokowe, m.in. gestykulacja, pomagają im również w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu wzrokowego. Mogą też służyć jako wspomaganie przekazywanych informacji słownych.
- W terapii należy uwzględnić również problemy sensoryczne, wiele dzieci ze spektrum autyzmu doświadcza zaburzeń w sferze odbierania bodźców zmysłowych i przetwarzaniu informacji sensorycznych. W dużej mierze dotyczy to małych dzieci^{12, 13, 14, 15}.

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne

Jedną z metod wykorzystywanych w pracy z dziećmi z autyzmem jest Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Jest ona wszechstronna w swoim oddziaływaniu. Terapia odbywa się za pomocą ruchu, który oddziałuje na strefę motoryczną, poznawczą, emocjonalną i społeczną, przez co poprawia rozwój psychoruchowy i wyrównuje deficyty rozwojowe.

¹² R. Kessick, *Autyzm i dieta*, Wyd. Fraszka Edukacyjna, Otwock 2010.

¹³ B. Skawina, *Autyzm i Zespół Aspergera*. Studio Emka, Warszawa 2012.

¹⁴ E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012.

¹⁵ B. Kaja, *Zarys terapii dziecka*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1991.

- W oparciu o koncepcję R. Labana i W. Sherborne wyróżnia się kilka kategorii ruchu:
- Ruch prowadzący do poznania własnego ciała – umożliwia dziecku lepsze poznanie i kontrolę własnego ciała, co zmniejsza napięcie i niepokój, zapobiegając problemom behawioralnym.
 - Ruch kształtujący związek z otoczeniem fizycznym – pomaga dziecku zdobyć orientację przestrzenną i przezwyciężyć lęk przed otoczeniem.
 - Ruch prowadzący do nawiązywania relacji z drugim człowiekiem – rozwija umiejętność kontaktu z innymi poprzez wzajemne poznanie, zaufanie i współdziałanie w zabawach ruchowych.
 - Ruch służący współpracy w grupie – wspiera zdolność współdziałania, zwiększa zaangażowanie i uczy pracy zespołowej.
 - Ruch kreatywny – stymuluje spontaniczność i swobodę ekspresji, np. poprzez taniec improwizowany.

W wymienionych wyżej kategoriach nie wyróżniono takiej formy ruchu, która sprzyja relaksowi. Stało się to dlatego, że wszystkie zajęcia prowadzone Metodą Ruchu Rozwijającego zawierają element relaksu, a podstawowym zadaniem wszystkich ćwiczeń jest wykształcenie umiejętności osiągania stanu odprężenia¹⁶.

Ruch prowadzący do poznania własnego ciała jest sprawą zasadniczą, by móc je poznawać i kontrolować. W sytuacji, gdy nie jest to możliwe, osoba staje się napięta oraz niespokojna, co w skrajnych przypadkach prowadzić może do zaburzeń zachowania. W ćwiczeniach z tego obszaru wykorzystuje się części ciała, na których opiera się jego ciężar, takie jak nogi, biodra, stopy oraz kolana. Są one łącznikiem pomiędzy podłożem a ciałem.

Ruch kształtujący związek jednostki z otoczeniem fizycznym ma na celu zdobycie orientacji w przestrzeni, która nas otacza, oraz pozbycia się lęku przed nią. Ćwiczenia z tego obszaru są podobne do ćwiczeń z poprzedniego obszaru, dotyczącego poznania własnego ciała. W tym wypadku przy wykorzystaniu tych samych części ciała co wcześniej skupiamy się na otoczeniu i poznawaniu go. Działania ruchowe odbywają się jak najniżej podłoża.

Ruch wiodący do wytworzenia się związku z drugim człowiekiem ma na celu wytworzenie się relacji z drugim człowiekiem. Ćwiczenia w tym obszarze zachęcają do nawiązywania kontaktów z innymi osobami, wzajemnym poznaniu i zrozumieniu potrzeb oraz zaufaniu przy wykorzystaniu zabaw ruchowych.

Ruch prowadzący do działania w grupie polega na zwiększeniu liczby uczestników ćwiczeń oraz zabaw. Współdziałanie oraz zaangażowanie wszystkich uczestników w aktywność ruchową sprawia, że uczą się oni współpracy.

Ruch kreatywny rozwija spontaniczność oraz swobodę. Należą do niego na przykład taniec, szczególnie swobodny, który nie opiera się na schemacie ani ustalonych krokach¹⁷.

¹⁶ E. Pisula, *Oblicza rehabilitacji...* op. cit.

¹⁷ Ibidem.

Terapia zajęciowa i integracja sensoryczna

Kolejną formą wsparcia jest terapia zajęciowa, której celem jest rozwijanie umiejętności niezbędnych do codziennego funkcjonowania, takich jak samoobsługa, motoryka oraz planowanie działań. W szerszym znaczeniu (TZ) obejmuje także zajęcia służące do kształtowania umiejętności, zabawy, kreatywności, spędzania wolnego czasu, a także przygotowania zawodowego. Zajęcia te poza innymi walorami są pomocne w zmniejszaniu problemów motorycznych i sensorycznych w nauce, planowaniu czynności i w realizowaniu działań ukierunkowanych na osiągnięcie celu.

Z kolei terapia integracji sensorycznej (SI), będąca często częścią terapii zajęciowej, ma na celu wyrównanie deficytów w zakresie odbioru i przetwarzania bodźców zmysłowych.

Służy więc zwiększeniu szans dziecka na lepszą adaptację do warunków środowiska. Jest zalecana między innymi dzieciom nadaktywnym lub skrajnie biernym z problemami w koncentracji uwagi, trudnościami z koordynacją wzrokowo-ruchową, zaburzeniami percepcji słuchowej, wzrokowej i przestrzennej, zaburzeniami planowania ruchu i równowagi. Chociaż ten rodzaj terapii nie ma dotąd wystarczającego oparcia w danych naukowych, to niewątpliwie wiele ćwiczeń proponowanych w jego ramach może mieć pozytywne znaczenie dla rozwoju i samopoczucia dzieci¹⁸.

Metoda Dobrego Startu

W pracy z dziećmi z autyzmem sprawdza się także Metoda Dobrego Startu, która opiera się na integracji trzech elementów:

- element wzrokowy – przedstawiany w formie znaków graficznych,
- element słuchowy – realizowany poprzez piosenkę,
- element motoryczny – polegający na odtwarzaniu znaków graficznych w rytmie piosenki.

Ćwiczenia oferowane przez tę metodę wspierają rozwój funkcji wzrokowych, kinetyczno-ruchowych oraz słuchowych. Metoda ta pomaga również w kształtowaniu lateralizacji, orientacji przestrzennej oraz schematu ciała, a także w nauce posługiwania się symbolami. Metoda Dobrego Startu jest atrakcyjna dla dzieci, co zwiększa ich aktywność i chęć do wykonywania zadań oraz nawiązywania kontaktów. Jest szczególnie polecana dla dzieci z zaburzeniami funkcji percepcyjno-motorycznych^{19, 20}.

¹⁸ B. Kaja, *Zarys terapii dziecka...* op. cit.

¹⁹ W. Dykik, *Autyzm. Kontrowersje i wyzwania*, Eruditus, Warszawa 1994.

²⁰ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2012.

Cel pracy

Celem badań własnych było poznanie funkcjonowania dzieci ze spektrum autyzmu w wieku przedszkolnym w opinii nauczycieli i rodziców.

Material i metoda

Zastosowaną metodą była „metoda sondażu diagnostycznego”. Jedną z technik zastosowaną w badaniach była ankieta. Drugą techniką zastosowaną w badaniach był wywiad bezpośredni. Zastosowanymi narzędziami w pracy były kwestionariusz wywiadu oraz kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz wywiadu składał się z 6 pytań obejmujących zakres funkcjonowania dziecka w życiu codziennym, w grupie rówieśniczej oraz terapii. Czas trwania wywiadu to około godzina. W końcowym etapie wywiadu zostały przeczytane notatki do zatwierdzenia przez respondenta.

W analizie statystycznej przeprowadzono test chi-kwadrat (χ^2) dla badania zależności pomiędzy dwiema zmiennymi kategorycznymi. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Charakterystyka terenu badań i grupy badanej

Grupą badaną byli nauczyciele wychowania wczesnoszkolnego placówek przedszkoli na terenie Lubartowa, takich jak: „Fantazja. Niepubliczne przedszkole”, „Przedszkole Casper”, „Przedszkole Miejskie nr 4”, „Przedszkole Miejskie Nr 1”, „Motylek Niepubliczne Przedszkole Dwujęzyczne”, „Niepubliczne Przedszkole Integracyjne Małego Karola”. Łącznie tych placówek było 7.

Badania odbywały się na terenie miejsca pracy ankietowanych, w krótkim odstępie czasowym pomiędzy daną placówką. Ankieta przeprowadzona była w formie papierowej. Ankietowani zostali poinformowani o celu badań oraz o tym, iż są one anonimowe. Zgodę potwierdzali wypełnieniem ankiety.

Tabela 1. Stanowisko ankietowanych

Stanowisko	N	%
Nauczyciel wychowawca	24	60,00
Nauczyciel wspomagający	16	40,00
Ogółem	40	100,00

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent

Z tabeli 1 wynika, że odpowiedzi „Nauczyciel wychowawca” udzieliły 24 osoby, co stanowi 60% przebadanych nauczycieli, zaś 16 osób udzieliło odpowiedzi „Nauczyciel wspomagający”, co stanowi 40% przebadanej grupy. 100% przebadanych wychowawców i nauczycieli wspomagających posiadało wyższe wykształcenie.

Tabela 2. Wiek badanych

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
45 i powyżej	2	8,00	0	0,00	2	5,00
35-44	10	42,00	4	25,00	14	35,00
25-34	12	50,00	12	75,00	24	60,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² =2,68; df=2; p=0,261						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; Chi² – wynik testu Chi²; df – stopnie swobody

Z tabeli 2 wynika, iż odpowiedzi 45 i powyżej lat udzieliło 2 wychowawców, co stanowi 8% przebadanych wychowawców, zaś żaden nauczyciel wspomagający nie udzielił tej odpowiedzi. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 2 nauczycieli, co stanowi 5% przebadanej grupy. Odpowiedzi 35-44 udzieliło 10 wychowawców, co stanowi 42% przebadanych wychowawców, zaś 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 nauczycieli, co stanowi 35% przebadanej grupy. Odpowiedzi 25-34 udzieliło 12 wychowawców, co stanowi 50% przebadanych wychowawców, i 12 nauczycieli wspomagających, co stanowi 75% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 24 nauczycieli, co stanowi 60% przebadanej grupy. Podsumowując, większość przebadanych nauczycieli była w przedziale wiekowym 25-34 lata. Nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy wiekiem a zajmowanym stanowiskiem.

Tabela 3. Staż pracy

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
10-15 lat i więcej	8	33,00	2	12,50	10	25,00
6-9 lat	10	42,00	6	37,50	16	40,00
2-5 lat	5	21,00	6	37,50	11	27,50
Poniżej 1 roku	1	4,00	2	12,50	3	7,50
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² =3,567; df=3; p=0,312						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Na pytanie dotyczące stażu pracy odpowiedzi 10-15 lat i więcej udzieliło 8 wychowawców, co stanowi 33% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 12,5% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie odpowiedzi udzieliło 10 nauczycieli, co stanowi 25% przebadanej grupy. Odpowiedzi 6-9 lat udzieliło 10 wychowawców, co stanowi 42% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 37,5% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 16 nauczycieli, co stanowi 40% przebadanej grupy. Odpowiedzi 2-5 lat udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 37,5% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 11 nauczycieli, co stanowi 27,5% przebadanej grupy. Odpowiedzi „poniżej roku” udzielił jeden wychowawca, co stanowi 4% przebadanych wychowawców, oraz 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 12,5% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie takiej odpowiedzi udzieliło 3 nauczycieli, co stanowi 7,5% przebadanej grupy. Podsumowując, znaczna część ankietowanych nauczycieli ma staż pracy w przedziale od 6 do 9 lat. Nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy stażem a zajmowanym stanowiskiem (tabela 3).

Tabela 4. Charakter placówki

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Państwowy	10	42,00	4	25,00	14	35,00
Prywatny	14	58,00	12	75,00	26	40,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² =1,172; df=1; p=0,279						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Na pytanie dotyczące charakteru placówki odpowiedzi „Państwowy” udzieliło 10 wychowawców, co stanowi 42% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 nauczycieli, co stanowi 35% przebadanych nauczycieli. Odpowiedzi „Prywatny” udzieliło 14 wychowawców, co stanowi 58% przebadanych wychowawców, i 12 nauczycieli wspomagających, co stanowi 75% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 26 nauczycieli, co stanowi 40% przebadanej grupy. Podsumowując, minimalnie większa część przebadanych nauczycieli pracuje w placówkach prywatnych, jednak zależność ta nie była statystycznie istotna (tabela 4).

Wywiad przeprowadzony został z rodzicem dziecka ze spektrum autyzmu uczęszczającego do jednego z przedszkoli przebadanych w ankiecie. Rozmowa była przeprowadzona bezpośrednio pomiędzy osobą badającą (ankieterem) a badanym (respondentem).

Wyniki

Trudności w funkcjonowaniu dzieci ze spektrum autyzmu

Analizując przyczyny utrudniające pracę z dzieckiem autystycznym w przedszkolu, odpowiedzi „Wyraźnie trudności z inicjowaniem i podtrzymaniem rozmowy (u dzieci posługujących się mową)” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, zaś 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 9 nauczycieli, co stanowi 23% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Powtarzanie tych samych słów i wyrażen, np. powtarzanie pytania zamiast udzielenia na nie odpowiedzi”

udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, zaś 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 38% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 12 nauczycieli, co stanowi 30% badanej grupy. Odpowiedzi „Odbieranie wypowiedzi w sposób dosłowny (dzieci nie rozumieją metafor, żartów)” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 13% przebadanych wychowawców, zaś 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 8 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Trudności z odczytywaniem mimiki, gestów czy tonu głosu rozmówcy” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 7 nauczycieli, co stanowi 18% przebadanej grupy. Odpowiedź „Niedostosowanie mimiki twarzy do wypowiedzi” udzieliło 2 wychowawców, co stanowi 8% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 5 nauczycieli, co stanowi 13% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Stereotypowe i powtarzające się użycie języka” udzieliło 2 wychowawców, co stanowi 8% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 13% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 4 nauczycieli, co stanowi 10% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Opóźnienie lub całkowity brak rozwoju mowy” udzieliło 7 wychowawców, co stanowi 29% przebadanych wychowawców, oraz 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 38% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 13 nauczycieli, co stanowi 33% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Monotonny ton głosu” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 9 nauczycieli, co stanowi 23% przebadanej grupy. Podsumowując, największą trudność sprawia całkowity brak rozwoju mowy (tabela 5). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 5. Przyczyny utrudniające prace z dzieckiem autystycznym w przedszkolu

Warianty odpowiedzi	Odpowiedzi wychowawców		Odpowiedzi nauczycieli wspomagających		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Wyraźne trudności z inicjowaniem i podtrzymywaniem rozmowy (u dzieci posługujących się mową)	4	17,00	5	31,00	9	23,00
Powtarzanie tych samych słów i wyrażen (np. powtórzenie pytania zamiast udzielenia na nie odpowiedzi)	6	25,00	6	38,00	12	30,00
Odbieranie wypowiedzi w sposób dosłowny (dzieci nie rozumieją metafor, żartów)	3	13,00	5	31,00	8	20,00
Trudności z odczytywaniem mimiki, gestów czy tonu głosu rozmówcy	4	17,00	3	19,00	7	18,00
Niedostosowanie mimiki twarzy do wypowiedzi	2	8,00	3	19,00	5	13,00
Stereotypowe i powtarzające się użycie języka	2	8,00	2	13,00	4	10,00
Opóźnienie lub całkowity brak rozwoju mowy	7	29,00	6	38,00	13	33,00
Monotonny ton głosu	5	21,00	4	25,00	9	23,00
Ogółem	33	*	34	*	67	*
$\chi^2 = 1.531, df=7; p= 0.583$						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

**Liczby i odsetki obserwacji nie sumują się do liczby respondentów i do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. W takim wypadku obiektami nie są osoby badane, ale ich odpowiedzi.*

Na pytanie dotyczące oceny funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu w przedszkolu odpowiedzi „bardzo dobrze” nie udzieliła żadna osoba ankietowana. Odpowiedzi „dobrze” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 13% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 13% przebadanych

nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 5 nauczycieli, co stanowi 13% przebadanej grupy. Odpowiedzi „średnio” udzieliło 8 wychowawców, co stanowi 33% przebadanych wychowawców, i 8 nauczycieli wspomagających, co stanowi 50% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 16 nauczycieli, co stanowi 40% przebadanej grupy. Odpowiedzi „źle” udzieliło 11 wychowawców, co stanowi 46% przebadanych wychowawców, zaś 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 37% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 17 nauczycieli, co stanowi 42% przebadanej grupy. Odpowiedzi „bardzo źle” udzieliło 2 wychowawców, co stanowi 8% przebadanych wychowawców, zaś żaden z nauczycieli wspomagających nie udzielił tej odpowiedzi. Łącznie tej odpowiedzi udzieliły 2 osoby, co stanowi 5% przebadanej grupy. Podsumowując, według przebadanej grupy dzieci ze spektrum autyzmu funkcjonują średnio lub źle w przedszkolu. Zależności nie były istotne statystycznie (tabela 6).

Tabela 6. Ocena funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu w przedszkolu

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Dobrze	3	13,00	2	13,00	5	13,00
Średnio	8	33,00	8	50,00	16	40,00
Źle	11	46,00	6	37,00	17	42,00
Bardzo źle	2	8,00	0	0,00	2	5,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² = 2.157; df=3 p= 0.540						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Na pytanie dotyczące zachowań zauważalnych w funkcjonowaniu dziecka ze spektrum autyzmu w przedszkolu odpowiedzi „Przypadkowa zabawa” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, zaś 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 9 nauczycieli, co stanowi 23% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Brak reakcji na imię” udzieliło 7 wychowawców, co stanowi 29% przebadanych wychowawców, zaś 7 nauczycieli wspomagających, co stanowi 44% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 nauczycieli, co stanowi 35% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Brak nawiązywania interakcji z rówieśnikami” udzieliło 8 wychowawców, co stanowi 33% przebadanych wychowawców, oraz 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych

nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 13 nauczycieli, co stanowi 32% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Brak komunikowania swoich potrzeb” udzieliło 8 wychowawców, co stanowi 33% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 38% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 nauczycieli, co stanowi 35% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Brak utrzymywania kontaktu wzrokowego” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 10 nauczycieli, co stanowi 25% przebadanej grupy. Sumując, wszystkie z wymienionych zachowań są mocno zauważalne w funkcjonowaniu dzieci ze spektrum autyzmu w grupie przedszkolnej (tabela 7). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 7. Zachowania zauważalne w funkcjonowaniu dziecka ze spektrum autyzmu w przedszkolu

Warianty odpowiedzi	Odpowiedzi wychowawców		Odpowiedzi nauczycieli wspomagających		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Przypadkowa zabawa	5	21,00	4	25,00	9	23,00
Brak reakcji na imię	7	29,00	7	44,00	14	35,00
Brak nawiązywania interakcji w rówieśnikami	8	33,00	5	31,00	13	32,00
Brak komunikowania swoich potrzeb	8	33,00	6	38,00	14	35,00
Brak utrzymywania kontaktu wzrokowego	5	21,00	5	31,00	10	25,00
Ogółem	33	*	27	*	60	*
Chi ² = 0.494; df=4 p= 0.152						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

*Liczby i odsetki obserwacji nie sumują się do liczby respondentów i do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. W takim wypadku obiektami nie są osoby badane, ale ich odpowiedzi.

Na pytanie dotyczące sposobów poprawiających funkcjonowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu odpowiedzi „Eliminacja szkodliwego czynnika zewnętrznego, np. poprawienie relacji między rodzicem a dzieckiem” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 13% przebadanych wychowawców, oraz 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie

tej odpowiedzi udzieliło 6 nauczycieli, co stanowi 15% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Farmakologia” udzieliło 2 wychowawców, co stanowi 8% przebadanych wychowawców, zaś żaden z nauczycieli wspomagających nie udzielił tej odpowiedzi. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 2 nauczycieli, co stanowi 5% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Wczesna terapia” udzieliło 9 wychowawców, co stanowi 37% przebadanej wychowawców, i 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 nauczycieli, co stanowi 35% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Wspomaganie terapeutyczne w okresie przedszkolnym i szkolnym” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 38% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 11 nauczycieli, co stanowi 28% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Formy wsparcia stosowane przez całe życie” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 12% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 7 nauczycieli, co stanowi 17% przebadanej grupy. Podsumowując, znaczna część przebadanych nauczycieli uważa, że wspomaganie oraz terapia we wczesnych etapach życia jest najskuteczniejszą metodą na poprawienie funkcjonowania dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (tabela 8). Wyniki nie były istotne statystycznie.

Tabela 8. Sposoby poprawiające funkcjonowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Eliminacja szkodliwego czynnika zewnętrznego, np. poprawienie relacji między rodzicami a dzieckiem	3	13,00	3	19,00	6	15,00
Farmakologia	2	8,00	0	0,00	2	5,00
Wczesna terapia	9	37,00	5	31,00	14	35,00
Wspomaganie terapeutyczne w okresie przedszkolnym i szkolnym	5	21,00	6	38,00	11	28,00
Formy wsparcia stosowane przez całe życie	5	21,00	2	12,00	7	17,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² = 3.041; df=4 p= 0.709						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Wiedza nauczycieli i rodziców ze spektrum autyzmu na temat autyzmu

Na pytanie dotyczące wiedzy nauczycieli przedszkoli na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu odpowiedzi „bardzo dobrze” udzieliło 10 wychowawców, co stanowi 42% przebadanych wychowawców, i 14 nauczycieli wspomagających, co stanowi 88% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 nauczycieli, co stanowi 88% przebadanych osób. Odpowiedzi „dobrze” udzieliło 12 wychowawców, co stanowi 50% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 12% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 osób, co stanowi 35% przebadanej grupy. Odpowiedzi „średnio” udzieliło 2 wychowawców, co stanowi 8% przebadanych wychowawców, zaś żaden z nauczycieli wspomagających nie udzielił tej odpowiedzi. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 2 nauczycieli, co stanowi 5% przebadanej grupy. Na pozostałe odpowiedzi „niewystarczająco” oraz „brak wiedzy” nikt z ankietowanych nie udzielił odpowiedzi. Podsumowując, wiedza nauczycieli wspomagających jest większa niż wychowawców, lecz obie te grupy oceniają swoją wiedzę na wysokim poziomie (tabela 9). Opisane zależności były istotne statystycznie ($p=0,13$).

Tabela 9. Wiedza nauczycieli przedszkoli na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobrze	10	42,00	14	88,00	24	60,00
Dobrze	12	50,00	2	12,00	14	35,00
Średnio	2	8,00	0	0,00	2	5,00
Ogółem	24	100	16	100	40	100
$\text{Chi}^2 = 8.552; \text{df}=2 \text{ p}= 0,013$						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi^2 – wynik testu Chi^2

Podjmując analizę tabeli dotyczącej opinii nauczycieli na temat tego, jakim zaburzeniem jest spektrum autyzmu, odpowiedzi „To rodzaj całościowych zaburzeń rozwoju” udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, i 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 11 nauczycieli, co stanowi 56% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Wczesnodziecięca choroba psychiczna” nie udzieliła żadna osoba ankietowana. Odpowiedzi „Defekt poznawczy” udzieliło 8 wychowawców, co

stanowi 33% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 38% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 nauczycieli, co stanowi 71% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Zaburzenie emocjonalno-społeczne” udzieliło 10 wychowawców, co stanowi 42% przebadanych wychowawców, i 13 nauczycieli wspomagających, co stanowi 81% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 23 nauczycieli, co stanowi 103% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Zaburzenia zachowania” udzieliło 12 wychowawców, co stanowi 50% przebadanych wychowawców, i 13 nauczycieli wspomagających, co stanowi 81% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 25 nauczycieli, co stanowi 131% przebadanej grupy. Podsumowując, znaczna część ankietowanych nauczycieli uważa autyzm za zaburzenie emocjonalno-społeczne oraz różnego rodzaju zaburzenia zachowania (tabela 10). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 10. Opinia nauczycieli na temat tego, jakim zaburzeniem jest spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Odpowiedzi wychowawców		Odpowiedzi nauczycieli wspomagających		Razem	
	N	%	N	%	N	%
To rodzaj całościowych zaburzeń rozwoju	6	25,00	5	31,00	11	56,00
Defekt poznawczy	8	33,00	6	38,00	14	71,00
Zaburzenie emocjonalno-społeczne	10	42,00	13	81,00	23	103,00
Zaburzenie zachowania	12	50,00	13	81,00	25	131,00
Ogółem	36	*	37	*	73	*
Chi ² = 0.794: df=3 p= 0.851						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

**Liczby i odsetki obserwacji nie sumują się do liczby respondentów i do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. W takim wypadku obiektami nie są osoby badane, ale ich odpowiedzi.*

Na pytanie dotyczące przyczyn zaburzeń ze spektrum autyzmu odpowiedzi „psychologiczno-społeczne” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 9 nauczycieli, co stanowi 23% przebadanej grupy. Odpowiedzi „defekty neurologiczne o nieznanym

pochodzeniu” udzieliło 10 wychowawców, co stanowi 42% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 37% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 16 nauczycieli, co stanowi 40% przebadanych osób. Odpowiedzi „czynniki genetyczne” udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 9 nauczycieli, co stanowi 22% przebadanych osób. Odpowiedzi „komplikacje w przebiegu ciąży i warunki porodu” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 12% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 6 nauczycieli, co stanowi 15% przebadanej grupy. Podsumowując, znaczna większość przebadanych nauczycieli za główną przyczynę zaburzeń ze spektrum autyzmu uważa defekty neurologiczne o nieznanym pochodzeniu (tabela 11). Zależności były istotne statystycznie ($p=0.019$).

Tabela 11. Przyczyny zaburzeń ze spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Psychologiczno-społeczne	5	21,00	4	25,00	9	23,00
Defekty neurologiczne o nieznanym pochodzeniu	10	42,00	6	37,00	16	40,00
Czynniki genetyczne	6	25,00	3	19,00	9	22,00
Komplikacje w przebiegu ciąży i warunki porodu	3	12,00	3	19,00	6	15,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
$\text{Chi}^2 = 0.532; \text{df}=3 \text{ } p= 0.019$						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi^2 – wynik testu Chi^2

Analizując opinię nauczycieli na temat najczęściej występujących zaburzeń, odpowiedzi „Autyzm dziecięcy” udzieliło 7 wychowawców, co stanowi 29% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 38% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 13 nauczycieli, co stanowi 33% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Zespół Aspergera” udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 12% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 8 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Odpowiedzi

„Autyzm atypowy” udzieliło 2 wychowawców, co stanowi 8% przebadanych wychowawców, zaś żaden nauczyciel wspomagający nie udzielił tej odpowiedzi. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 2 nauczycieli, co stanowi 5% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Autyzm wirtualny” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 10 nauczycieli, co stanowi 25% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Inne całościowe zaburzenia rozwoju” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 7 nauczycieli, co stanowi 17% przebadanej grupy. Podsumowując, większość przebadanej grupy uważa, że najczęściej występującym zaburzeniem jest autyzm dziecięcy oraz autyzm wirtualny (tabela 12). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 12. Opinia nauczycieli na temat zaburzeń najczęściej występujących

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Autyzm dziecięcy	7	29,00	6	38,00	13	33,00
Zespół Aspergera	6	25,00	2	12,00	8	20,00
Autyzm atypowy	2	8,00	0	0,00	2	5,00
Autyzm wirtualny	5	21,00	5	31,00	10	25,00
Inne całościowe zaburzenia rozwoju	4	17,00	3	19,00	7	17,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² = 2.729; df=4; p= 0.629						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Funkcjonowanie dziecka autystycznego w grupie rówieśniczej

Na pytanie dotyczące zachowań występujących u dziecka ze spektrum autyzmu funkcjonującego w grupie przedszkolnej odpowiedzi „Tendencja do unikania kontaktów rówieśniczych” udzieliło 7 wychowawców, co stanowi 29% przebadanych wychowawców, i 7 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 11 nauczycieli, co stanowi 28% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Słaba zdolność do interakcji społecznych

(autystyczna samotność)” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 8 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Trudności komunikacyjne” udzieliło 8 wychowawców, co stanowi 33% przebadanych wychowawców, i 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 13 nauczycieli, co stanowi 33% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Brak mowy” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 13% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 13% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 5 nauczycieli, co stanowi 13% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Problemy z podtrzymaniem prostej rozmowy” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 13% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 7 nauczycieli, co stanowi 18% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Tendencja do powtarzania się w rozmowie (echolalia)” udzieliło 9 wychowawców, co stanowi 38% przebadanych wychowawców, i 8 nauczycieli wspomagających, co stanowi 50% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 17 nauczycieli, co stanowi 43% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Trzymanie się sztywnych schematów, rytuałów” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 38% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 11 nauczycieli, co stanowi 28% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Trudności w akceptowaniu zmian, nowych osób, nowych miejsc” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 38% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 11 nauczycieli, co stanowi 28% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Trudności w kontrolowaniu reakcji społecznych, emocjonalnych, szczególnie gniewu, agresji, ekscytacji, niepokoju” udzieliło 9 wychowawców, co stanowi 38% przebadanych wychowawców, i 7 nauczycieli wspomagających, co stanowi 44% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 16 nauczycieli, co stanowi 40% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Nadaktywność” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 7 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Brak umiejętności nawiązywania kontaktów rówieśniczych” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 9 nauczycieli, co stanowi 23% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Zbyt małe kompetencje w zakresie komunikacji” udzieliło 7 wychowawców, co stanowi 29% przebadanych wychowawców, i 8 nauczycieli wspomagających, co stanowi 50% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 15 nauczycieli, co stanowi 38% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Brak lub trudności w umiejętnościach

samoobsługowych i organizacyjnych” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 13% przebadanych wychowawców, i 7 nauczycieli wspomagających, co stanowi 44% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 10 nauczycieli, co stanowi 25% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Zatracać się we własnych sztywnych zainteresowaniach” udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, i 7 nauczycieli wspomagających, co stanowi 44% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 13 nauczycieli, co stanowi 33% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Fiksacja na jednym temacie, obszarze tematycznym, elementach przedmiotów lub przedmiotach” udzieliło 8 wychowawców, co stanowi 33% przebadanych wychowawców, i 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 13 nauczycieli, co stanowi 33% przebadanej grupy. Podsumowując, zachowania, jakie występują w grupie rówieśniczej dzieci ze spektrum autyzmu, to w głównej mierze echolalia w rozmowie, brak kontrolowania i rozumienia emocji u siebie, jak i innych oraz fiksacja na danych zainteresowaniach oraz temacie (tabela 13). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 13. Zachowania występujące u dzieci ze spektrum autyzmu funkcjonujących w grupie przedszkolnej

Warianty odpowiedzi	Odpowiedzi wychowawców		Odpowiedzi nauczycieli wspomagających		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tendencje do unikania kontaktów rówieśniczych	7	29,00	4	25,00	11	28,00
Słaba zdolność do interakcji społecznych (autystyczna samotność)	5	21,00	3	19,00	8	20,00
Trudności komunikacyjne	8	33,00	5	31,00	13	33,00
Brak mowy	3	13,00	2	13,00	5	13,00
Problemy z podtrzymaniem prostej rozmowy	3	13,00	4	25,00	7	18,00
Tendencja do powtarzania się w rozmowie (echolalia)	9	38,00	8	50,00	17	43,00
Trzymanie się sztywnych schematów, rytuałów	5	21,00	6	38,00	11	28,00

Trudności w akceptowaniu zmian, nowych osób, nowych miejsc	5	21,00	6	38,00	11	28,00
Trudności w kontrolowaniu reakcji społecznych, emocjonalnych, szczególnie gniewu, agresji, ekscytacji, niepokoju	9	38,00	7	44,00	16	40,00
Nadaktywność	4	17,00	4	25,00	8	20,00
Nieumiejętność nawiązywania kontaktów rówieśniczych	5	21,00	4	25,00	9	23,00
Zbyt małe kompetencje w zakresie komunikacji	7	29,00	8	50,00	15	38,00
Braki lub trudności w umiejętnościach samoobsługowych i organizacyjnych	3	13,00	7	44,00	10	25,00
Zatracać się we własnych sztywnych zainteresowaniach	6	25,00	7	44,00	13	33,00
Fiksacja na jednym temacie, obszarze tematycznym, elementach przedmiotów lub przedmiotach	8	33,00	5	31,00	13	33,00
Ogółem	87	*	80	*	167	*
$\chi^2 = 5,10$, $df=13$; $p= 0,984$						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

**Liczby i odsetki obserwacji nie sumują się do liczby respondentów i do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. W takim wypadku obiektami nie są osoby badane, ale ich odpowiedzi.*

Z tabeli 14 można odczytać, iż na pytanie dotyczące najważniejszych działań stosowanych w placówkach w celu ułatwienia funkcjonowania dziecku ze spektrum autyzmu odpowiedzi „Zapewnienie bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu (bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego) zarówno podczas zajęć w grupie, jak i zajęć indywidualnych” nie udzieliła żadna osoba ankietowana. Odpowiedzi „Rozwijanie komunikacji, np. poprzez trening interpersonalny z dorosłym kolejno w małej grupie” również nie udzieliła żadna osoba ankietowana. Odpowiedzi „Umożliwianie kontaktu terapeutycznego” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 12% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło

6 nauczycieli, co stanowi 15% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Przystosowanie pomieszczeń, w których dziecko przebywa, do jego możliwości i potrzeb sensorycznych” udzieliło 2 wychowawców, co stanowi 8% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 5 nauczycieli, co stanowi 13% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Dbałość o stałość w otoczeniu dziecka, jasność oczekiwań, norm i zasad funkcjonujących w grupie” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 13% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 6 nauczycieli, co stanowi 15% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Wypracowanie strategii rozładowania złości” nie udzieliła żadna osoba ankietowana. Odpowiedzi „Zadbanie o wypracowanie kanału komunikacyjnego z dzieckiem” udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 10 nauczycieli, co stanowi 25% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Możliwość pracy z nauczycielem wspomagającym do pracy z dzieckiem autystycznym” udzieliło 8 wychowawców, co stanowi 33% przebadanych wychowawców, i 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 13 nauczycieli, co stanowi 32% przebadanej grupy. Według ankietowanych najważniejszym działaniem stosowanym w placówkach ułatwiającym funkcjonowanie dziecka ze spektrum autyzmu jest możliwość pracy z nauczycielem wspomagającym. Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 14. Najważniejsze działania stosowane w placówkach w celu ułatwienia funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Umożliwienie kontaktu terapeutycznego	4	17,00	2	12,00	6	15,00
Przystosowanie pomieszczeń, w których dziecko przebywa, do jego możliwości i potrzeb sensorycznych	2	8,00	3	19,00	5	13,00
Dbałość o stałość w otoczeniu dziecka, jasność oczekiwań, norm i zasad funkcjonujących w grupie	4	17,00	2	13,00	6	15,00
Zadbanie o wypracowanie kanału komunikacyjnego z dzieckiem	6	25,00	4	25,00	10	25,00

Możliwość pracy z nauczycielem wspomagającym do pracy z dzieckiem autystycznym	8	33,00	5	31,00	13	32,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
$\chi^2 = 1.068$; $df=4$; $p= 0.899$						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

Na pytanie dotyczące sfery zaburzeń najbardziej utrudniającej pracę z dzieckiem ze spektrum autyzmu odpowiedzi „Intelektualna” udzieliło 7 wychowawców, co stanowi 29% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 10 nauczycieli, co stanowi 25% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Fizyczna” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 13% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 12% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 5 nauczycieli, co stanowi 13% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Emocjonalna” udzieliło 14 wychowawców, co stanowi 58% przebadanych wychowawców, i 11 nauczycieli wspomagających, co stanowi 69% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 25 nauczycieli, co stanowi 62% przebadanej grupy. Podsumowując, większość przebadanej grupy uważa, że sferą zaburzeń utrudniającą pracę z dzieckiem ze spektrum autyzmu w znacznym stopniu jest sfera emocjonalna (tabela 15). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 15. Sfera zaburzeń utrudniająca pracę z dzieckiem ze spektrum autyzmu najbardziej

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Intelektualna	7	29,00	3	19,00	10	25,00
Fizyczna	3	13,00	2	12,00	5	13,00
Emocjonalna	14	58,00	11	69,00	25	62,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
$\chi^2 = 0.583$; $df=2$; $p= 0.354$						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

Analizując tabelę 16 z objawami autyzmu, odpowiedzi „Echolalia” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 12,5% przebadanych wychowawców, zaś żaden nauczyciel wspomagający nie udzielił tej odpowiedzi. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 3 nauczycieli, co stanowi 7,5% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Brak kontaktu wzrokowego” udzieliło 7 wychowawców, co stanowi 29% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 10 nauczycieli, co stanowi 25% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Opóźnienie mowy” udzieliło 9 wychowawców, co stanowi 37,5% przebadanych wychowawców, i 7 nauczycieli wspomagających, co stanowi 43,5% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 15 nauczycieli, co stanowi 37,5% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Utrudniona komunikacja” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, i 6 nauczycieli wspomagających, co stanowi 37,5% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 12 nauczycieli, co stanowi 30% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Rozumienie dosłowne” nie udzielił nikt z ankietowanych nauczycieli. Podsumowując, znaczna większość przebadanych nauczycieli za główny objaw autyzmu uważa opóźnienie mowy, jak i utrudnioną komunikację. Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 16. Główny objaw autyzmu

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Echolalia	3	12,50	0	0,00	3	7,50
Brak kontaktu wzrokowego	7	29,00	3	19,00	10	25,00
Opóźnienie mowy	9	37,50	7	43,5	15	37,50
Utrudniona komunikacja	5	21,00	6	37,50	12	30,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² = 3.480, df=3; p= 0,323						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Formy współpracy nauczycieli i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu w placówkach wychowania przedszkolnego

Na pytanie dotyczące form terapii stosowanych lub polecanych najczęściej przez nauczycieli odpowiedzi „Terapia behawioralna” udzieliło 2 wychowawców, co

stanowi 8% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 13% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 4 nauczycieli, co stanowi 10% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Integracja sensoryczna” udzieliło 11 wychowawców, co stanowi 46% przebadanych wychowawców, i 7 nauczycieli wspomagających, co stanowi 44% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 18 nauczycieli, co stanowi 45% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Terapia Holdingu” nie udzieliła żadna z przebadanych osób. Odpowiedzi „Metody ośrodków pracy” również nie udzieliła żadna z przebadanych osób. Odpowiedzi „Metoda W. Sherborne” udzieliło 7 wychowawców, co stanowi 29% przebadanych wychowawców, i 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 12 nauczycieli, co stanowi 30% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Muzykoterapia” nie udzielił żaden z wychowawców, zaś 1 nauczyciel wspomagający, co stanowi 6% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzielił jeden nauczyciel, co stanowi 3% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Metoda dobrego startu” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, i 1 nauczyciel wspomagający, co stanowi 6% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 5 nauczycieli, co stanowi 12% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Metoda Knillów” oraz Arteterapia” nie udzieliła żadna osoba ankietowana. Podsumowując, za najbardziej skuteczną metodę wśród ankietowanych uważana jest metoda W. Sherborne oraz integracja sensoryczna (tabela 17). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 17. Formy terapii stosowane/polecane najczęściej przez nauczycieli

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Terapia behawioralna	2	8,00	2	13,00	4	10,00
Integracja sensoryczna	11	46,00	7	44,00	18	45,00
Metoda W. Sherborne	7	29,00	5	31,00	12	30,00
Muzykoterapia	0	0,00	1	6,00	1	3,00
Metoda Dobrego Startu	4	17,00	1	6,00	5	12,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² = 2.523; df=4; p= 0.640						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Analizując główne trudności komunikacyjne na płaszczyźnie rodzic – nauczyciel, odpowiedzi „Wyparcie” udzieliło 14 wychowawców, co stanowi 58% przebadanych wychowawców, i 8 nauczycieli wspomagających, co stanowi 50% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 22 nauczycieli, co stanowi 55% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Brak zaangażowania” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, i 8 nauczycieli wspomagających, co stanowi 50% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 12 nauczycieli, co stanowi 30% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Złość” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, zaś żaden nauczyciel wspomagający nie udzielił tej odpowiedzi. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 5 nauczycieli, co stanowi 12% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Obojętność” udzielił jeden wychowawca, co stanowi 4% przebadanych wychowawców, zaś żaden nauczyciel wspomagający nie udzielił tej odpowiedzi. Łącznie tej odpowiedzi udzielił 1 nauczyciel, co stanowi 2,5% przebadanej grupy. Podsumowując, większość przebadanych nauczycieli za główną trudność w komunikacji na płaszczyźnie rodzic – nauczyciel uważa wyparcie ze strony rodzica (tabela 18). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 18. Główne trudności komunikacyjne na płaszczyźnie rodzic – nauczyciel

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Wyparcie	14	58,00	8	50,00	22	55,00
Brak zaangażowania	4	17,00	8	50,00	12	30,00
Złość	5	21,00	0	0,00	5	12,50
Obojętność	1	4,00	0	0,00	1	2,50
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² = 7.677; df=3; p= 0,0531						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²
 *% obserwacji nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Na pytanie dotyczące oceny współpracy nauczycieli z rodzicami dzieci ze spektrum autyzmu odpowiedzi „Bardzo dobrze” udzieliło 2 wychowawców, co stanowi 8% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Ogółem 12% badanych udzieliło odpowiedzi „Bardzo dobrze”. Odpowiedzi „Dobrze” udzieliło 11 wychowawców, co stanowi 46% przebadanych wychowawców, i 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi

19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 nauczycieli, co stanowi 35% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Średnio” udzieliło 7 wychowawców, co stanowi 29% przebadanych wychowawców, i 8 nauczycieli wspomagających, co stanowi 50% przebadanych nauczycieli wspomagających, Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 15 nauczycieli, co stanowi 38% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Niewystarczająco” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 12% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 6 nauczycieli, co stanowi 15% przebadanej grupy. Podsumowując, większość ankietowanych nauczycieli ocenia współpracę z rodzicami dzieci ze spektrum autyzmu dobrze lub średnio (tabela 19). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 19. Ocena współpracy nauczycieli z rodzicami dzieci ze spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobrze	2	8,00	3	19,00	5	12,00
Dobrze	11	46,00	3	19,00	14	35,00
Średnio	7	29,00	8	50,00	15	38,00
Niewystarczająco	4	17,00	2	12,00	6	15,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² = 4.067; df=3; p= 0,254						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Na pytanie dotyczące trudnień w komunikacji pomiędzy nauczycielem a rodzicem dziecka ze spektrum autyzmu odpowiedzi „Niechęć do zaakceptowania zaburzenia dziecka” udzieliło 8 wychowawców, co stanowi 33% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 12 nauczycieli, co stanowi 30% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Nieobecny rodzic” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 8 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Niesystematyczność i niekonsekwencja wykonywania pracy w domu z dzieckiem” udzieliło 12 wychowawców, co stanowi 50% przebadanych wychowawców, i 8 nauczycieli wspomagających, co stanowi 50% nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 20 nauczycieli, co stanowi 50% przebadanej grupy. Podsumowując, niesystematyczność

i niekonsekwencja wykonywania pracy w domu z dzieckiem stanowi największe utrudnienie w komunikacji pomiędzy nauczycielem a rodzicem dziecka ze spektrum autyzmu (tabela 20). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 20. Utrudnienia w komunikacji pomiędzy nauczycielem a rodzicem dziecka ze spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Niechęć do zaakceptowania zaburzenia u dziecka	8	33,00	4	25,00	12	30,00
Nieobecny rodzic	4	17,00	4	25,00	8	20,00
Niesystematyczność i niekonsekwencja wykonywania pracy w domu z dzieckiem	12	50,00	8	50,00	20	50,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² = 0.556; df=32; p= 0.132						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Z tabeli 21 można odczytać, że odpowiedzi „Systematyczny przepływ informacji” udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, oraz 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 13% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 8 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Informacje zwrotne od rodziców” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, i 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 8 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Wsparcie emocjonalne” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 13% przebadanych wychowawców, i 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 8 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Rozmowy o funkcjonowaniu dziecka” udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, i 2 nauczycieli wspomagających, co stanowi 13% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 8 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Określenie wzajemnych oczekiwań” udzielił 1 wychowawca, co stanowi 4% przebadanych wychowawców, oraz 1 nauczyciel wspomagający, co stanowi 6% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 2 nauczycieli, co stanowi 5% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Partnerstwo” udzielił 1 wychowawca,

co stanowi 4% przebadanych wychowawców, oraz 1 nauczyciel wspomagający, co stanowi 6% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 2 nauczycieli, co stanowi 5% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Rodzice źródłem informacji o dziecku” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 12% przebadanych wychowawców, oraz 1 nauczyciel wspomagający, co stanowi 6% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 4 nauczycieli, co stanowi 10% przebadanej grupy. Podsumowując, większość wymienionych elementów współpracy pomiędzy nauczycielem a rodzicem jest bardzo ważna. Za mniej ważne badani uważają partnerstwo oraz określenie wzajemnych oczekiwań. Wyniki nie były istotne statystycznie.

Tabela 21. Najważniejsze elementy współpracy podejmowane w pracy z rodzicami dzieci ze spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Wychowawcy		Nauczyciele wspomagający		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Systematyczny przepływ informacji	6	25,00	2	13,00	8	20,00
Informacje zwrotne do rodziców	4	17,00	4	25,00	8	20,00
Wsparcie emocjonalne	3	13,00	5	31,00	8	20,00
Rozmowy o funkcjonowaniu dziecka	6	25,00	2	13,00	8	20,00
Określenie wzajemnych oczekiwań	1	4,00	1	6,00	2	5,00
Partnerstwo	1	4,00	1	6,00	2	5,00
Rodzice źródłem informacji o dziecku	3	12,00	1	6,00	4	10,00
Ogółem	24	100,00	16	100,00	40	100,00
Chi ² = 4.062, df=6; p= 0,668						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; Chi² – wynik testu Chi²

Na pytanie dotyczące form współpracy stosowanych z rodzicami dzieci ze spektrum autyzmu odpowiedzi „Systematyczny przepływ informacji” udzieliło 10 wychowawców, co stanowi 42% przebadanych wychowawców, zaś 8 nauczycieli wspomagających, co stanowi 50% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 18 nauczycieli, co stanowi 45% przebadanej grupy.

Odpowiedzi „Informacje zwrotne do rodziców” udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, zaś 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 10 nauczycieli, co stanowi 25% przebadanej grupy. Odpowiedzi „wsparcie emocjonalne” udzieliło 6 wychowawców, co stanowi 25% przebadanych wychowawców, zaś 8 nauczycieli wspomagających, co stanowi 50% badanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 14 nauczycieli, co stanowi 35% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Rozmowy o funkcjonowaniu dziecka” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, zaś 4 nauczycieli wspomagających, co stanowi 25% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 9 nauczycieli, co stanowi 22,5% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Określenie wzajemnych oczekiwań” udzieliło 3 wychowawców, co stanowi 13% przebadanych wychowawców, zaś 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 19% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 6 nauczycieli, co stanowi 15% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Partnerstwo” udzieliło 4 wychowawców, co stanowi 17% przebadanych wychowawców, zaś 5 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie w tej odpowiedzi udzieliło 9 nauczycieli, co stanowi 22,5% przebadanej grupy. Odpowiedzi „Rodzice źródłem informacji o dziecku” udzieliło 5 wychowawców, co stanowi 21% przebadanych wychowawców, zaś 3 nauczycieli wspomagających, co stanowi 31% przebadanych nauczycieli wspomagających. Łącznie tej odpowiedzi udzieliło 8 nauczycieli, co stanowi 20% przebadanej grupy. Podsumowując, według przebadanej grupy najważniejszą formą współpracy jest systematyczny przepływ informacji pomiędzy nauczycielem a rodzicem (tabela 22). Zależności nie były istotne statystycznie.

Tabela 22. Stosowane formy współpracy z rodzicami dzieci ze spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Odpowiedzi wychowawców		Odpowiedzi nauczycieli wspomagających		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Systematyczny przepływ informacji	10	42,00	8	50,00	18	45,00
Informacje zwrotne do rodziców	6	25,00	4	25,00	10	25,00
Wsparcie emocjonalne	6	25,00	8	50,00	14	35,00
Rozmowy o funkcjonowaniu dziecka	5	21,00	4	25,00	9	22,50

Określenie wzajemnych oczekiwań	3	13,00	3	19,00	6	15,00
Partnerstwo	4	17,00	5	31,00	9	22,50
Rodzice źródłem informacji o dziecku	5	21,00	3	31,00	8	20,00
Ogółem	39	*	35	*	74	*
$\chi^2 = 1.418; df=6; p= 0.412$						

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

**Liczby i odsetki obserwacji nie sumują się do liczby respondentów i do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. W takim wypadku obiektami nie są osoby badane, ale ich odpowiedzi.*

Wspomaganie rozwoju dziecka ze spektrum autyzmu w opinii rodziców – wywiad²¹

Jakie nieprawidłowości rozwojowe zauważyli Państwo u swojego dziecka świadczące o spektrum autyzmu?

U naszego dziecka zauważyliśmy kilka niepokojących zachowań. Wczesne oznaki obejmowały brak reakcji na imię, ograniczony kontakt wzrokowy oraz opóźnienia w mowie. Ciężko było zrozumieć siebie wzajemnie. My nie rozumieliśmy jego potrzeb ani ono tego, co chcemy mu przekazać. Dziecko wykazywało również powtarzalne ruchy, takie jak machanie rękami, oraz miało trudności z nawiązywaniem interakcji społecznych, bawiło się samo i ciągle tym samym. To wszystko skłoniło nas do konsultacji z lekarzem. Z przedszkola również dostawaliśmy komunikaty o tym, że warto byłoby udać się na kontrolę z terapeutą.

Jak funkcjonuje Państwa dziecko?

Nasze dziecko funkcjonuje różnie w zależności od sytuacji. W środowisku domowym jest bardziej zrelaksowane, ale w nowych i nieznanych miejscach często staje się niespokojne i wycofane. Ma ustaloną rutynę, której przestrzeganie jest bardzo ważne dla jego poczucia bezpieczeństwa. Kiedy zostaje ona zaburzona, reaguje złością i szaleństwem. W większości przypadków musimy ulec, ponieważ nie da się wprowadzić kompromisu, ale dzięki zajęciom terapeutycznym uczymy się stawiać granice i oswajamy się z nowymi sytuacjami coraz lepiej. W przedszkolu, z odpowiednim wsparciem nauczycieli, radzi sobie coraz lepiej, ale nadal potrzebuje dodatkowej uwagi i pomocy. Panie, jak i dzieci podchodzą z cierpliwością i zrozumieniem. Jesteśmy bardzo wdzięczni za pracę, jaką oni wkładają.

²¹ Na rzecz tego artykułu przedstawiono jeden wywiad z rodzicem.

Jaka nieprawidłowość rozwojowa jest dla Państwa najtrudniejsza w funkcjonowaniu dziecka?

Najtrudniejsze dla nas jest radzenie sobie z trudnościami w komunikacji. Nasze dziecko często ma problem z wyrażeniem swoich potrzeb i uczuć, co prowadzi do frustracji zarówno jego, jak i naszej. Z racji, iż mowa nie jest rozwinięta w takim stopniu, jak powinna, ciężko zrozumieć swoje potrzeby. Z czasem jednak nauczyliśmy się szukać alternatyw do słów, takich jak gesty, odgłosy, mimika czy gestykulacja. Ponadto trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów społecznych sprawiają, że dziecko czuje się izolowane. Zarówno my, jak i panie w przedszkolu pracujemy nad tym, by kontakt rówieśniczy był coraz częściej i coraz dłuższy.

Z jakich form wspomagania wczesnego rozwoju dziecka ze spektrum autyzmu Państwo korzystają?

Korzystamy z różnych form wsparcia, w tym terapii logopedycznej poza przedszkolem, prywatnie u specjalisty. Po dłuższym czasie uczęszczania na nią widzimy efekty. Uczęszczamy również na zajęcia z integracji sensorycznej, różne jej elementy staramy się wprowadzać i wykorzystywać w domu. Korzystamy z wczesnego wspomagania rozwoju. Na zajęciach w placówce towarzyszy nauczyciel wspomagający, który tłumaczy indywidualnie, poświęca więcej czasu na dane zadanie, przy czym wspomaga. Te formy pomocy są kluczowe dla rozwijania umiejętności komunikacyjnych i społecznych naszego dziecka. Widzimy dzięki nim znaczne postępy w rozwoju.

Z jakich form terapii dziecka ze spektrum autyzmu Państwo korzystają?

Nasze dziecko uczęszcza na terapię behawioralną, terapię logopedyczną oraz zajęcia z terapeutą zajęciowym. Stosujemy także terapię zajęciową, która pomaga w rozwijaniu zdolności motorycznych i radzeniu sobie z codziennymi czynnościami.

Jak oceniają Państwo współpracę pomiędzy nauczycielem a rodzicem w placówce, do której uczęszcza Państwa dziecko?

Współpraca między nami a nauczycielami jest bardzo dobra. Nauczyciele są otwarci na nasze sugestie i regularnie informują nas o postępach i trudnościach naszego dziecka. My również wszelkie uwagi czy propozycje działania przyjmujemy chętnie i wprowadzamy w życie codzienne. W razie pytań czy problemów wiemy, że wszyscy specjaliści, z którymi współpracujemy, jak i nauczyciele w przedszkolu są chętni pomóc. Czujemy, że jesteśmy integralną częścią zespołu wspierającego rozwój naszego dziecka, co jest dla nas niezwykle ważne. Trafiliśmy na tak wspaniałych ludzi na naszej drodze, więc współpraca jest bardzo dobra.

Dyskusja

Przeprowadzane badania pokazały, że zarówno wychowawcy, jak i nauczyciele wspomagający posiadają duży zasób wiedzy na temat spektrum autyzmu. Obie te grupy mają styczność z dziećmi z różnego typu zaburzeniami. Według przebadanej grupy autyzm jest zaburzeniem emocjonalno-społecznym związanym z zaburzeniami zachowania. Jak uważa Ewa Pisula, „autyzm to zaburzenie o złożonej i wieloczynnikowej etiologii. Wciąż nie wiemy dokładnie, jak dochodzi do jego powstania. W tym procesie fundamentalne znaczenie mają dysfunkcje mózgowe. Jednak nie udało się jednoznacznie określić mechanizmów leżących u ich podłoża, choć sformułowano wiele hipotez na temat zaangażowanych w nie struktur mózgowych”²². Przyczyn autyzmu jest wiele, nie są one do końca znane w każdym przypadku^{23, 24}. Większość ankietowanych, bo aż 40% nauczycieli, wychowawców, jak i wspomagających uważa, że autyzm spowodowany jest defektami neurologicznymi o nieznanym pochodzeniu. Podobnego zdania jest jedna z polskich neurologów i znawców psychiki dzieci Z. Kułakowska, według której autyzm można rozumieć jako zespół kliniczny o symptomatologii zachowania z objawami uszkodzenia mózgu o cechach ewolutywnych, mający związek z cechami otoczenia. To podejście nazywa się integratywnym. Akcentuje się występowanie nieprawidłowości w obrębie układu nerwowego, jak i wpływ środowiska²⁵. W dzisiejszym świecie występuje szereg zaburzeń diagnozowany u dzieci już w najmłodszym wieku. Najczęściej występujące według przebadanych nauczycieli to: autyzm dziecięcy, zespół Aspergera oraz autyzm wirtualny. Po analizie literatury tematu można stwierdzić, że od czasu pierwszych badań epidemiologicznych nad autyzmem obserwuje się nieustanny wzrost częstości jego występowania. W ostatnich latach wzrost ten stał się na tyle znaczący, że pojawiły się obawy dotyczące epidemii autyzmu^{26, 27}. Jest wiele utrudnień w pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu. Różni się ona w dużym stopniu od pracy dzieckiem neuronormatywnym^{28, 29}. Opóźnienie lub całkowity brak rozwoju mowy są uważane aż przez 33% przebadanych nauczycieli za duże utrudnienie w pracy z dzieckiem, również

²² E. Pisula, *Oblicza rehabilitacji...* op. cit.

²³ S. Vashisth, M.H. Chahrour, *Genomic strategies to untangle the etiology of autism: A primer*, „Autism Research” 2023; 16(1): 31-39.

²⁴ I. Rapin, R.F. Tuchman, *Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis*, „Pediatric Clinics of North America” 2008; 55(5): 1129-1146.

²⁵ Z. Kułakowska, *Wpływ zmian anatomicznych i czynnościowych na proces uczenia się dzieci autystycznych*, [w:] *Edukacja osób autystycznych w praktyce i badaniach naukowych*, H. Jaklewicz (red.), Gdańsk 1998.

²⁶ C. Kippes, C.B. Garrison, *Are we in the midst of an autism epidemic? A review of prevalence data*, „Missouri Medicine” 2006; 103(1): 65-68.

²⁷ E. Fombonne, *Is there an epidemic of autism?*, „Pediatrics” 2001; 107(2): 411-412.

²⁸ I. Gómez-Marí, P. Sanz-Cervera, R. Tárraga-Mínguez, *Teachers' knowledge regarding autism spectrum disorder (ASD): A systematic review*, „Sustainability” 2021; 13: 5097.

²⁹ I. Gómez-Marí, P. Sanz-Cervera, R. Tárraga-Mínguez, *Teachers' attitudes toward autism spectrum disorder: A systematic review*, „Education Sciences” 2022; 12: 138.

odbieranie wypowiedzi w sposób dosłowny 20% przebadanej grupy traktuje jako barierę w pracy i terapii, powtarzanie tych samych słów i wyrażen 30% przebadanych nauczycieli wyróżniło jako jedno z kluczowych utrudnień^{30, 31, 32, 33, 34, 35}. Wszystko wskazuje na to, że kiedy pojawia się problem z komunikacją, praca z dzieckiem jest zaburzona. Na sferę komunikacji zwraca uwagę również Małgorzata Skórczyńska, pisząc, iż małe dzieci podejrzwane o autyzm komunikują się głównie lub wyłącznie po to, aby regulować zachowania innych osób, kiedy chcą o coś poprosić lub coś odrzucić. Nie występuje u nich komunikowanie się w celu zwrócenia czyjejs uwagi na przedmiot, zjawisko lub osobę³⁶. Ten deficyt jest charakterystyczny dla autyzmu i nie występuje u dzieci z opóźnieniami rozwoju. Dzieci z zaburzeniami autystycznymi mają trudności w opanowaniu konwencjonalnych i symbolicznych aspektów komunikacji^{37, 38, 39}.

Wnioski

Funkcjonowanie dziecka ze spektrum autyzmu w wieku przedszkolnym jest utrudnione.

Analiza przeprowadzonych badań w przedszkolach potwierdza, że ich funkcjonowanie jest znacznie utrudnione w porównaniu do ich neurotypowych rówieśników. Dzieci z autyzmem często wykazują trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych, mają problemy z adaptacją do grupy oraz z przestrzeganiem rutynowych działań. Ponadto nauczyciele zgłaszają, że dzieci te potrzebują dodatkowego wsparcia w codziennych czynnościach i w nauce nowych umiejętności.

³⁰ E. McDougal, D.M. Riby, M. Hanley, *Teacher insights into the barriers and facilitators of learning in autism*, „Research in Autism Spectrum Disorders” 2020; 79: 101674.

³¹ N.E. Barned, N.F. Knapp, S. Neuharth-Pritchett, *Knowledge and attitudes of early childhood preservice teachers regarding the inclusion of children with autism spectrum disorder*, „Journal of Early Childhood Teacher Education” 2011; 32: 302–321.

³² R. Busby, R. Ingram, R. Bowron et al., *Teaching elementary children with autism: Addressing teacher challenges and preparation needs*, „Rural Education” 2012; 33: 27–34.

³³ J.M. Cassady, *Teachers’ attitudes toward the inclusion of students with autism and emotional behavioral disorder*, „Electronic Journal for Inclusive Education” 2011; 2: 1–23.

³⁴ W. Chung, S. Edgar-Smith, R.B. Palmer et al., *An examination of in-service teacher attitudes toward students with autism spectrum disorder: Implications for professional practice*, „Current Issues in Education” 2015; 18: 1–12.

³⁵ K.P. Wilson, R.J. Landa, *Barriers to educator implementation of a classroom-based intervention for preschoolers with autism spectrum disorder*, „Frontiers in Education” 2019; 4: 27.

³⁶ M. Skórczyńska, *Wczesne rozpoznawanie zaburzeń ze spektrum autyzmu*. PZWL, Kraków 2009.

³⁷ M. Mody, J.W. Belliveau, *Speech and language impairments in autism: Insights from behavior and neuroimaging*, „North American Journal of Medicine and Science” 2013; 5: 157–161.

³⁸ B. Hodis, S. Mughal, A. Saadabadi, *Autism Spectrum Disorder*, StatPearls Publishing, 2025.

³⁹ A. Urbanowicz, C. Nicolaidis, J. den Houting i wsp., *An Expert Discussion on Strengths-Based Approaches in Autism*, „Autism Adulthood” 2019; 1(2): 82–89.

Badania przeprowadzone wśród nauczycieli i rodziców dzieci z autyzmem wykazały, że obie grupy posiadają szeroką wiedzę na temat spektrum autyzmu. Wyniki ankiet wskazują, że większość nauczycieli wspomagających, jak i wychowawców potrafi poprawnie zidentyfikować główne objawy autyzmu, takie jak trudności w komunikacji i interakcjach społecznych oraz powtarzalne zachowania. Dodatkowo nauczyciele oraz rodzice dzieci ze spektrum autyzmu znają różne strategie wspomagające rozwój dzieci z autyzmem, co świadczy o ich szerokiej wiedzy na ten temat.

W badaniach przeprowadzonych wśród nauczycieli przedszkolnych stwierdzono, że dzieci te mają znaczące trudności z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej. Często unikają kontaktu z innymi dziećmi, mają trudności z dzieleniem się zabawkami i uczestniczeniem we wspólnych zabawach. Rówieśnicy również często mają problemy ze zrozumieniem i akceptacją odmiennych zachowań dzieci z autyzmem, co dodatkowo utrudnia ich integrację.

Nauczyciele oraz rodzice prowadzą współpracę korygującą funkcjonowanie dziecka ze spektrum autyzmu na poziomie zadowalającym. Badanie, jakim był wywiad z rodzicami, wskazuje na istnienie aktywnej współpracy między nauczycielami i rodzicami w celu poprawy funkcjonowania dzieci ze spektrum autyzmu. Nauczyciele regularnie komunikują się z rodzicami, dzieląc się spostrzeżeniami i strategiami wspomagającymi rozwój dziecka. Rodzice angażują się w programy terapeutyczne i edukacyjne, wspierając działania nauczycieli w domu. Taka współpraca przyczynia się do bardziej spójnego i efektywnego wsparcia dla dzieci z autyzmem.

Podsumowanie

Rodzice i nauczyciele powinni regularnie uczestniczyć w szkoleniach i warsztatach dotyczących spektrum autyzmu, aby lepiej zrozumieć potrzeby dzieci i skutecznie wspierać ich rozwój. Kluczowe jest stosowanie indywidualnych planów edukacyjnych i terapeutycznych, które są dostosowane do specyficznych potrzeb każdego dziecka. Współpraca z terapeutami i specjalistami może pomóc w opracowaniu skutecznych strategii. Regularna komunikacja między rodzicami a nauczycielami jest niezbędna dla monitorowania postępów dziecka i dostosowywania strategii wsparcia. Spotkania i konsultacje powinny być stałym elementem współpracy. Zarówno w domu, jak i w przedszkolu dzieci ze spektrum autyzmu powinny mieć zapewnione bezpieczne i wspierające środowisko. Stworzenie przewidywalnej i stabilnej rutyny może znacząco zmniejszyć stres i poprawić funkcjonowanie dziecka. Ważne jest, aby rodzice i nauczyciele wykazywali się zrozumieniem i akceptacją wobec dzieci ze spektrum autyzmu. Empatia i cierpliwość mogą znacznie przyczynić się do ich poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie.

W niniejszej pracy podjęto próbę zgłębienia problematyki spektrum autyzmu u dzieci w wieku przedszkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem trudności, jakie napotykają one w codziennym funkcjonowaniu, oraz roli nauczycieli i rodziców we

wspieraniu ich rozwoju. Analiza literatury przedmiotu oraz wyniki badań własnych pozwoliły na ogląd sytuacji, który może stanowić podstawę do dalszych badań oraz praktycznych działań na rzecz dzieci ze spektrum autyzmu. Przyszłe badania powinny skupić się na analizie efektywności różnych form wsparcia i interwencji dla dzieci ze spektrum autyzmu. Szczególnie wartościowe będzie porównanie wyników terapii behawioralnych, terapii zajęciowych oraz metod integracji sensorycznej. Ważne jest również zbadanie długoterminowych efektów wczesnej interwencji. Warto śledzić rozwój dzieci ze spektrum autyzmu na różnych etapach ich edukacji, aby określić, które formy wsparcia przynoszą trwałe korzyści. Należy kontynuować badania nad współpracą rodziców i nauczycieli, identyfikując najlepsze praktyki i strategie, które mogą być wdrożone w różnych placówkach edukacyjnych.

Piśmiennictwo

Barned N. E., Knapp N. F., Neuharth-Pritchett S., *Knowledge and attitudes of early childhood preservice teachers regarding the inclusion of children with autism spectrum disorder*, „Journal of Early Childhood Teacher Education” 2011; 32: 302–321.

Bogdanowicz M., *Niezwyyczajni uczniowie*, PWN, Warszawa 2004.

Busby R., Ingram R., Bowron R. et al., *Teaching elementary children with autism: Addressing teacher challenges and preparation needs*, „Rural Education” 2012; 33: 27–34.

Cassady J. M., *Teachers' attitudes toward the inclusion of students with autism and emotional behavioral disorder*, „Electronic Journal for Inclusive Education” 2011; 2: 1–23.

Chung W., Edgar-Smith S., Palmer R. B. et al., *An examination of in-service teacher attitudes toward students with autism spectrum disorder: Implications for professional practice*, „Current Issues in Education” 2015; 18: 1–12.

Dykcik W., *Autyzm. Kontrowersje i wyzwania*, Eruditus, Warszawa 1994.

Fombonne E., *Is there an epidemic of autism?*, „Pediatrics” 2001; 107(2): 411–412.

Gómez-Marí I., Sanz-Cervera P., Tárraga-Mínguez R., *Teachers' knowledge regarding autism spectrum disorder (ASD): A systematic review*, „Sustainability” 2021; 13: 5097.

Gómez-Marí I., Sanz-Cervera P., Tárraga-Mínguez R., *Teachers' attitudes toward autism spectrum disorder: A systematic review*, „Education Sciences” 2022; 12: 138.

Hodis B., Mughal S., Saadabadi A., *Autism Spectrum Disorder*, StatPearls Publishing, 2025.

Jastrzębowska G., *Zaburzenia neurorozwojowe. Zmiany w podejściu teoretycznym i diagnostycznym*, Wyd. GWP, Sopot 2019.

- Kaja B., *Zarys terapii dziecka*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1991.
- Kessick R., *Autyzm i dieta*, Wyd. Fraszka Edukacyjna, Otwock 2010.
- Kippes C., Garrison C.B., *Are we in the midst of an autism epidemic? A review of prevalence data*, „Missouri Medicine” 2006;103(1): 65-68.
- Kruk-Lasocka J., *Autyzm czy nie autyzm?*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Wrocław 2003.
- Kuślakowska Z., *Wpływ zmian anatomicznych i czynnościowych na proces uczenia się dzieci autystycznych*, [w:] *Edukacja osób autystycznych w praktyce i badaniach naukowych*, Jaklewicz H. (red.), Gdańsk 1998.
- McDougal E., Riby D.M., Hanley M., *Teacher insights into the barriers and facilitators of learning in autism*, „Research in Autism Spectrum Disorders” 2020; 79: 101674.
- Mody M., Belliveau J. W., *Speech and language impairments in autism: Insights from behavior and neuroimaging*, „North American Journal of Medicine and Science” 2013; 5: 157–161.
- Pisula E., *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012.
- Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2012.
- Pisula E., *Autyzm u dzieci: Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa 2001.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Gdańsk 2005.
- Pisula E., *Oblicza rehabilitacji*, MediPege, Warszawa 2010.
- Rapin I., Tuchman R.F., *Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis*, „Pediatric Clinics of North America” 2008 ;55(5): 1129-1146.
- Rogers S.J., Dawson G., Vismara L.A., *Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM)*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.
- Skawina B., *Autyzm i Zespół Aspergera*, Studio Emka. Warszawa 2012.
- Skawina B., *Terapia pedagogiczna w zarysie. Teoria, praktyka, refleksja*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka, Warszawa 2014.
- Skórczyńska M., *Wczesne rozpoznawanie zaburzeń ze spektrum autyzmu*, PZWL, Kraków 2009.
- Szmania L., *Etiologia zaburzeń spektrum autyzmu*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2015.
- Urbanowicz A., Nicolaidis C., den Houting J. i wsp., *An Expert Discussion on Strengths-Based Approaches in Autism*, „Autism Adulthood” 2019; 1(2): 82-89.

Vashisth S., Chahrour M.H., *Genomic strategies to untangle the etiology of autism: A primer*, „Autism Research” 2023; 16(1): 31-39.

Wilson K. P., Landa R. J., *Barriers to educator implementation of a classroom-based intervention for preschoolers with autism spectrum disorder*, „Frontiers in Education” 2019; 4: 27.

Winczura B., *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych*, Impuls, Kraków 2008.

Wiesław Kowalski*
Liliana Skoczylas**
Jacek Łukasiewicz***

FORMY WSPARCIA EDUKACYJNEGO DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU W WIEKU SZKOLNYM W OPINII NAUCZYCIELI I RODZICÓW W SZKOŁACH PODSTAWOWYCH W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM

*Forms of educational support for school-aged children
on the autism spectrum according to teachers and parents
in primary schools in the Lublin Voivodeship*

*Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0001-8402-2837

**Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0005-0893-9818

***Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-9181-9403

Streszczenie

Wprowadzenie. W ostatnich latach zaobserwowano wzrost liczby diagnoz dotyczących dzieci ze spektrum autyzmu, co staje się coraz bardziej istotnym zagadnieniem społecznym i naukowym. Ten trend może być rezultatem większej świadomości społecznej na temat autyzmu oraz lepszego zrozumienia tego zaburzenia. Jednakże wraz z rosnącą liczbą diagnoz pojawiają się nowe wyzwania, zarówno dla rodzin, jak i dla systemu edukacyjnego. Dlatego istotne jest zrozumienie rozmiaru i dynamiki tego zjawiska oraz poszukiwanie skutecznych metod wsparcia i interwencji.

Cel. Celem opracowania było poznanie opinii rodziców dzieci ze spektrum autyzmu i nauczycieli na temat form wspierania ich rozwoju w szkołach podstawowych w województwie lubelskim.

Materiał i metody. W badaniu metodą sondażu diagnostycznego wzięło udział 40 osób, byli to rodzice dzieci z autyzmem w wieku szkolnym i wczesnoszkolnym. Przeprowadzono także wywiad z udziałem 3 nauczycieli, którzy mają bezpośredni kontakt z dziećmi dotkniętymi tym zaburzeniem. Wśród rodziców 75% badanych

stanowiły kobiety, natomiast 25% mężczyźni. Na wsi mieszkało 72,5% respondentów, a 27,5% mieszkało w mieście. Rodziców w wieku do 25. roku życia było 25%, do 35. roku życia – 57,5% a powyżej 35. roku życia – 17,5%. Najwięcej respondentów posiadało wykształcenie średnie – 75%. Wykształcenie wyższe posiadało 25% badanych. W grupie badanej 57,5% rodziców wskazało, że spektrum autyzmu u ich dziecka zostało zdiagnozowane do 5. roku życia, a 32,5% w 6.–7. roku życia oraz 10% przed ukończeniem 3. roku życia. Do oceny, czy istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy dwiema zmiennymi kategorycznymi wykorzystano test chi-kwadrat Pearsona, w razie potrzeby z poprawką na ciągłość Yatesa. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki. Rodzice w swojej ocenie najczęściej wskazują posiadanie dużej wiedzy na temat problemu autyzmu. Współpraca i między rodzicami, i nauczycielami jest pozytywnie oceniana przez obydwie grupy badanych. W placówkach stosowanych jest wiele form wsparcia edukacyjnego. Rodzice pozytywnie oceniają kompetencje nauczycieli oraz wpływ pedagogów na rozwój dzieci.

Wnioski. Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu powinni być w stałym kontakcie z nauczycielami. Rodzice oraz nauczyciele powinni na bieżąco uzupełniać swoją wiedzę z zakresu problemu autyzmu. Rozmowy z rodzicami powinny odbywać się w sposób przyjazny, spokojny i bez nacisku. Placówki powinny zapewniać odpowiednią kadre oraz narzędzia do opieki nad dziećmi ze spektrum autyzmu.

Słowa kluczowe: dziecko, rodzic, nauczyciel, autyzm, edukacja

Abstract

Introduction. In recent years, there has been an increase in diagnoses regarding children on the autism spectrum, which is becoming an increasingly important social and scientific issue. This trend may be the result of greater public awareness of autism and a better understanding of this disorder. However, along with the growing number of diagnoses, new challenges arise for both families and the educational system. Therefore, it is crucial to understand the magnitude and dynamics of this phenomenon and to seek effective support and intervention methods.

Objective. The aim of the study was to understand the opinions of parents of children on the autism spectrum and teachers regarding forms of supporting their development in primary schools in the Lublin Voivodeship.

Materials and methods. In the study using a diagnostic survey method, 40 individuals were surveyed; these were parents of school-aged and early school-aged children with autism. An interview was also conducted with 3 teachers who have direct contact with children affected by this disorder. Among the parents, 75% of the respondents were women, while 25% were men. 72.5% of the respondents lived in rural areas, while 27.5% lived in cities. 25% of parents were under the age of 25, 57.5% were under 35, and 17.5% were over 35. The majority of the respondents had a secondary education - 75%. 25% of the respondents had a higher education. In the surveyed group, 57.5% of parents

indicated that the autism spectrum in their child was diagnosed by the age of 5, 32.5% between the ages of 6-7, and 10% before the age of 3. To assess whether there is a statistically significant relationship between two categorical variables, Pearson's chi-square test was used, with Yates' continuity correction applied if necessary. The significance level was set at $\alpha=0.05$.

Results of the study. Parents most often indicate having a great deal of knowledge about autism. The cooperation between parents and teachers is positively rated by both groups of respondents. Many forms of educational support are implemented in institutions. Parents positively assess teachers' competencies and the impact of educators on children's development. Conclusions. Parents of children on the autism spectrum should maintain regular contact with teachers. Parents and teachers should continuously update their knowledge about autism issues. Conversations with parents should take place in a friendly, calm, and pressure-free manner. Institutions should provide adequate staff and tools for the care of children on the autism spectrum.

Key words: *child, parent, teacher, autism, education*

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby diagnoz dotyczących dzieci ze spektrum autyzmu. Jest to zjawisko, które nabiera coraz większego znaczenia zarówno w kontekście społecznym, jak i naukowym. Wzrost liczby diagnoz może być wynikiem zwiększonej świadomości społecznej na temat autyzmu oraz lepszego zrozumienia tego zaburzenia. Jednakże wraz z rosnącą liczbą diagnoz pojawiają się również nowe wyzwania, zarówno dla rodzin, jak i dla systemu edukacyjnego. W związku z tym istotne staje się zrozumienie skali i dynamiki tego zjawiska oraz poszukiwanie skutecznych metod wsparcia i interwencji.

Współpraca między rodzicami a nauczycielami w kwestii opieki nad dziećmi ze spektrum autyzmu stanowi istotny obszar badań, który ma kluczowe znaczenie dla wszechstronnego rozwoju tych dzieci. Dzieci ze spektrum autyzmu wymagają szczególnej opieki i wsparcia zarówno w środowisku domowym, jak i szkolnym. W obliczu tego wyzwania właściwa komunikacja, współpraca oraz zrozumienie ze strony rodziców i nauczycieli stają się istotnymi czynnikami wspierającymi rozwój i doskonalenie odpowiednich form wsparcia edukacyjnego¹.

¹ J. Zeidan, E. Fombonne, J. Scora et al., *Global prevalence of autism: A systematic review update*, „Autism Research” 2022;15(5): 778-790.

Wsparcie edukacyjne dzieci ze spektrum autyzmu

Zagadnienie wsparcia edukacyjnego dzieci ze spektrum autyzmu stanowi niezwykle istotny obszar wspierania rozwoju i adaptacji dzieci w środowisku szkolnym. W miarę rosnącej liczby dzieci z diagnozą autyzmu konieczne staje się zrozumienie oraz efektywne stosowanie różnorodnych form wsparcia, które umożliwią im osiągnięcie sukcesu w nauce i integrację społeczną. Definicja „wsparcia edukacyjnego dzieci ze spektrum autyzmu” może być sformułowana jako zestaw działań, strategii i środków, które mają na celu zapewnienie odpowiedniej terapii dla dzieci dotkniętych zaburzeniami. Obejmuje to dostosowanie środowiska edukacyjnego, metod nauczania oraz wsparcie specjalistycznych profesjonalistów w celu zaspokojenia indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych tych dzieci^{2,3}.

Coraz częściej w przedszkolach i szkołach można zauważyć obecność dzieci z różnorodnymi specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W celu zapewnienia im równych szans w nauce podejmowane są różnorodne działania, takie jak wsparcie psychologiczno-pedagogiczne lub specjalne kształcenie, które polegają na dopasowaniu wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb tych dzieci. Ponadto dzieciom oferowane jest wsparcie ze strony specjalistów, rewalidatorów i dodatkowych asystentów. Należy podkreślić, że proces integracji osób autystycznych z rówieśnikami jest długotrwały i zależy od wielu czynników. Wszystkie działania muszą być starannie przemyślane i zaplanowane z wyprzedzeniem. Skuteczny rozwój osoby z niepełnosprawnością zależy od zintegrowania działań terapeutyczno-edukacyjnych we wszystkich środowiskach, w których przebywa. Tylko holistyczne podejście pedagogów i innych specjalistów zajmujących się dzieckiem autystycznym może przynieść oczekiwane efekty i zminimalizować ewentualne niejednolite działania, które mogłyby wpłynąć na tego ucznia⁴.

Wsparcie edukacyjne – zasady

Wyżej wspomniane działania znajdują swoje podstawy prawne w art. 127, ust. 1–4 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. „Prawo Oświatowe”, a przepisy wykonawcze są zawarte w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci

² S.L. Odom, L. J. Hall, K.L. Morin et al., *Educational Interventions for Children and Youth with Autism: A 40-Year Perspective*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2021; 51(12): 4354-4369.

³ L. Hasson, S. Keville, J. Gallagher et al., *Inclusivity in education for autism spectrum disorders: Experiences of support from the perspective of parent/carers, school teaching staff and young people on the autism spectrum*, „International Journal of Developmental Disabilities” 2022; 70(2): 201-212.

⁴ J. Rafał-Łuniewska, *Na czym polega wspomaganie dziecka z autyzmem przez nauczyciela-cienią?*, ORE, Warszawa 2022, s. 1, 4.

i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym⁵.

Obowiązki dyrektora przedszkola/szkoły związane z organizacją pomocy psychologiczno-pedagogicznej lub kształcenia specjalnego dla uczniów autystycznych w placówce ogólnodostępnej obejmują między innymi:

- Zapewnienie odpowiednich warunków do kształcenia specjalnego dzieci i młodzieży, uwzględniając zalecenia wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego oraz Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego (IPET) opracowanego dla ucznia. Obejmuje to dostosowanie warunków edukacyjnych do specyficznych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych uczniów, stosowanie odpowiednich metod pracy i organizacji nauki, a także zapewnienie niezbędnego sprzętu specjalistycznego i materiałów dydaktycznych, które umożliwią uczniom naukę oraz usprawnią zaburzone funkcje, zapewniając im specjalistyczną pomoc i opiekę.
- Powierzanie prowadzenia zajęć rewalidacyjnych nauczycielom lub specjalistom, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje odpowiadające rodzajowi niepełnosprawności ucznia (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym).
- Zapewnienie możliwości realizacji wybranych zajęć w ramach edukacji przedszkolnej lub zajęć edukacyjnych, prowadzonych indywidualnie z uczniem lub w grupie o liczbie nieprzekraczającej 5 uczniów. Zakres tych działań jest dostosowany do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz zdolności psychofizycznych ucznia, które zostały określone w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego lub wynikają z wielospecjalistycznych ocen (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym)⁶.
- Prowadzenie działań związanych z edukacją, wychowaniem i opieką dla uczniów niepełnosprawnych w kontekście ich integracji z uczniami pełnosprawnymi, obejmujące zapewnienie odpowiednich warunków do wspólnego uczestnictwa w życiu szkolnym. To także stworzenie warunków umożliwiających uczniom niepełnosprawnym pełną integrację ze swoim środowiskiem rówieśniczym, włączając w to współdziałanie z uczniami pełnosprawnymi (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym).

⁵ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2017 r., poz. 1578).

⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. ... op. cit.

- Zatrudnianie dodatkowych nauczycieli posiadających kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej w celu współorganizowania procesu kształcenia integracyjnego, co dotyczy zarówno przedszkoli i szkół integracyjnych, jak i oddziałów integracyjnych.
- Dodatkowe zatrudnianie nauczycieli posiadających kwalifikacje z obszaru pedagogiki specjalnej w celu współorganizacji edukacji uczniów niepełnosprawnych, u których zdiagnozowano autyzm, w tym z zespołem Aspergera, oraz innych niepełnosprawności sprzężonych. Alternatywnie możliwe jest zatrudnienie specjalistów lub asystentów nauczyciela lub osób prowadzących zajęcia w klasach I–III szkoły podstawowej, asystentów wychowawcy świetlicy lub pomocników nauczyciela. To dotyczy przedszkoli i szkół ogólnodostępnych oraz innych form wychowania przedszkolnego.
- Przydzielanie zajęć edukacyjnych oraz zintegrowanych działań i zajęć zgodnych z Indywidualnym Programem Edukacyjno-Terapeutycznym (IPET) nauczycielom, którzy posiadają kwalifikacje z obszaru pedagogiki specjalnej. Te zajęcia są realizowane wspólnie z innymi nauczycielami lub przy ich udziale, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym.
- Określanie zadań wykonywanych przez specjalistów oraz pomocy nauczyciela, którzy zostali dodatkowo zatrudnieni dla uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.
- Umożliwienie zatrudnienia, za zgodą organu prowadzącego, dodatkowych nauczycieli posiadających kwalifikacje z obszaru pedagogiki specjalnej w celu współorganizowania edukacji uczniów niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym, a także specjalistów, asystentów nauczyciela, osób wspierających wychowawców świetlicy lub pomocników nauczyciela dla uczniów posiadających orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niedostosowanie społeczne lub zagrożenie niedostosowaniem społecznym oraz inne rodzaje niepełnosprawności. Te działania obejmują przedszkola i szkoły ogólnodostępne oraz inne formy wychowania przedszkolnego⁷.
- Dodatkowe zatrudnianie pomocy nauczyciela dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z autyzmem, włączając zespół Aspergera, oraz dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi. To dotyczy przedszkoli specjalnych, przedszkoli ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi oraz klas I–IV szkół podstawowych specjalnych i szkół podstawowych ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi.
- Możliwość zatrudnienia, za zgodą organu prowadzącego, dodatkowych pomocy nauczyciela dla uczniów posiadających orzeczenia o potrzebie kształcenia spe-

⁷ J. Rafał-Łuniewska, *Na czym polega wspomaganie...* op. cit.

cialnego wydane ze względu na inne rodzaje niepełnosprawności. Dotyczy to przedszkoli i szkół: specjalnych, integracyjnych, ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi lub integracyjnymi.

- Pełnienie nadzoru nad dostosowywaniem wymagań edukacyjnych, metod i organizacji nauki do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia oraz zapewnienie wsparcia w tym zakresie we współpracy z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym specjalistyczną, lub innymi podmiotami (5 Art. 44c Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz § 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych^{8, 9}).
- Należy mieć na uwadze, że to dyrektor przedszkola, szkoły lub placówki określa zakres zadań dla zatrudnionych pracowników, w tym może to dotyczyć także nauczyciela, jeśli jest to konieczne (zgodnie z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego) dla danego ucznia z autyzmem. Planowanie kształcenia specjalnego dla tych uczniów wymaga uwzględnienia zróżnicowanych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Obecność dodatkowej osoby w przedszkolu lub klasie przyczynia się do sprawniejszej organizacji codziennej pracy dla wszystkich uczniów. Zgodnie z opinią Jolanty Rafał-Łuniewskiej, *nauczyciel-cień* powinien spełniać następujące kryteria:
 - wykształcenie z zakresu pedagogiki specjalnej, oligofrenopedagogiki lub edukacji włączającej,
 - dogłębna znajomość konkretnego zaburzenia oraz rzeczywistych potrzeb dziecka,
 - znajomość różnych metod terapii, edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
 - umiejętność wspierania dziecka jako drugoplanowej osoby w podejmowaniu działań,
 - szeroki zakres umiejętności komunikacyjnych i społecznych,
 - zrozumienie różnorodnych zachowań uczniów z autyzmem oraz hierarchii ich potrzeb,
 - posiadanie zdolności empatycznych i umiejętności prakseologicznych w realizacji celów,
 - umiejętność pracy z różnorodnymi grupami ludzi,
 - skuteczne przekazywanie wiedzy dostosowanej do możliwości percepcyjnych dzieci,
 - elastyczność i kreatywność w podejściu do pracy,
 - konsekwencja i przewidywalność w działaniu¹⁰.

⁸ Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2016 r., poz. 1943, ze zm.).

⁹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1534).

¹⁰ J. Rafał-Łuniewska, *Na czym polega wspomaganie...* op. cit.

Wsparcie edukacyjne – cele

Cele wsparcia edukacyjnego dzieci ze spektrum autyzmu są równie złożone, jak indywidualne objawy, do ogólnych celów wsparcia edukacyjnego należą:

- Poprawa zdolności komunikacyjnych: wsparcie w rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych, zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych, aby umożliwić dziecku efektywną komunikację z otoczeniem.
- Rozwijanie umiejętności społecznych: pomoc w nauce umiejętności społecznych, takich jak interakcja z rówieśnikami, współpraca w grupie oraz rozumienie i interpretacja społecznych sygnałów.
- Kształtowanie umiejętności adaptacyjnych: wsparcie w nauce codziennych umiejętności życiowych, które mogą być pomocne w samodzielnym funkcjonowaniu, takich jak higiena osobista, zarządzanie czasem czy radzenie sobie w różnych sytuacjach społecznych.
- Indywidualizacja edukacji: dostosowanie programu nauczania do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka ze spektrum autyzmu, uwzględniając jego mocne strony, zainteresowania i poziom funkcjonowania.
- Wspieranie rozwoju akademickiego: zapewnienie odpowiedniego wsparcia w nauce, aby umożliwić dziecku rozwijanie umiejętności czytania, pisania, matematyki i innych dziedzin edukacji akademickiej.
- Budowanie samodzielności: wsparcie w rozwijaniu umiejętności samodzielnego myślenia, podejmowania decyzji oraz radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych.
- Uwzględnianie potrzeb emocjonalnych i behawioralnych: pomoc w radzeniu sobie z emocjami oraz kontrolowaniu zachowań, aby dziecko mogło skutecznie funkcjonować zarówno w szkole, jak i w życiu codziennym.
- Wsparcie rodziców i opiekunów: zapewnienie rodzicom i opiekunom odpowiednich narzędzi i wsparcia, aby mogli efektywnie wspierać swoje dziecko w procesie edukacji i rozwoju.

Cele te mogą być dostosowywane indywidualnie do potrzeb każdego dziecka ze spektrum autyzmu, uwzględniając jego unikalne umiejętności, zainteresowania i wyzwania¹¹.

Funkcjonowanie dziecka w wieku szkolnym ze spektrum autyzmu

„Pragnęłabym takiej szkoły, w której mógłby być sobą, w której nie dokuczano by mu z powodu, że jest inny i gdzie by go zrozumiano. Lecz przede wszystkim pragnęłam szkoły, gdzie cierpliwie pracowano by, aby do niego dotrzeć. Największym naszym zmartwieniem było, że gdyby jego edukacja nie powiodła się, nie byłby w stanie żyć samodzielnie, gdy się zestarzejemy lub gdy opuścimy ten świat”¹².

¹¹ O. Kłodnicka, *Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET) dla dziecka z diagnozą autyzmu w edukacji przedszkolnej*, ORE, Warszawa 2018.

¹² S. Baron-Cohen, *The Pattern Seekers. A New Theory of Human Invention*, Allen Lane, Dublin 2020.

Jednym z głównych problemów, z jakimi borykają się rodzice dziecka z autyzmem, jest dokonanie właściwego wyboru miejsca, w którym ich dziecko będzie akceptowane, rozumiane i będzie miało możliwość rozwijania się zgodnie ze swoimi indywidualnymi potrzebami. Wybór odpowiedniej szkoły jest kluczowy, powinna to być placówka, która ma pełne zrozumienie dla wyzwań związanych z autyzmem oraz jest otwarta na eksplorowanie nowych metod pracy. U wielu dzieci z autyzmem występuje również dodatkowa niepełnosprawność intelektualna, co skutkuje wolniejszym postępem edukacyjnym. Często ich osiągnięcia edukacyjne ograniczają się do podstawowych umiejętności, takich jak czytanie prostych tekstów, pisanie, obsługa pieniędzy i podstawowa matematyka^{13, 14}.

Autyzm dziecięcy nadal budzi wiele dyskusji i kontrowersji. Nauczyciele i wychowawcy, którzy chcą skutecznie reagować na potrzeby tej grupy dzieci poprzez zapewnienie im odpowiedniej pomocy wychowawczej i naukowej, często napotykają trudności administracyjne trudne do pokonania. Brak doświadczenia i znajomości specyficznych potrzeb rozwojowych dzieci autystycznych stanowi poważne przeszkody, ponieważ ta grupa dzieci nadal pozostaje w większości przypadków mało znaną dla władz oświatowych. Podstawowym wyzwaniem, z którym musi zmierzyć się uczeń ze spektrum autyzmu w szkole, jest konieczność uczenia się w inny sposób. Środowisko szkolne zostało zaprojektowane dla „ogółu”, dlatego konieczne jest podejmowanie dodatkowych działań, aby dziecko ze spektrum autyzmu mogło skutecznie przyswajać wiedzę w standardowej klasie szkolnej¹⁵.

Powyższy problem został dostrzeżony, a dzięki rozwiązaniom prawnym w placówkach ogólnodostępnych, gdzie uczą się dzieci z autyzmem, zespołem Aspergera i niepełnosprawnością sprzężoną, zostają obowiązkowo zatrudnieni asystenci lub nauczyciele wspomagający – wynika to z Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dn. 24.07.2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym¹⁶.

Trudności, z jakimi boryka się uczeń z autyzmem, mogą dotyczyć interakcji społecznych i adaptacji do ogólnie obowiązujących norm w grupie. Mogą one objawiać się:

- brakiem kontaktu wzrokowego oraz trudnościami w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji, co prowadzi do izolacji;
- niewłaściwym interpretowaniem zachowań i gestów innych osób, co rodzi trudności w zrozumieniu oczekiwań otoczenia;

¹³ M. Bowen, L. Plimpey, *Włączanie uczniów z autyzmem w środowisko szkolne*. Źródło: <https://polskiautyzm.pl/srodowisko-przyjazne-dzieciom-ze-spektrum-autyzmu/> [dostęp: 30.04.2025 r.].

¹⁴ T. Gałkowski, *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995.

¹⁵ *Tworzenie środowiska przyjaznego dzieciom w spektrum autyzmu*. Źródło: <https://polskiautyzm.pl/srodowisko-przyjazne-dzieciom-ze-spektrum-autyzmu> [dostęp: 30.04.2025 r.].

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. 2015 poz. 1113).

- brakiem zdolności do domyślania się intencji innych na podstawie gestów;
- gwałtownymi, agresywnymi reakcjami na zmiany w rutynowych sytuacjach;
- problemami z rozpoznawaniem i właściwym nazywaniem emocji innych osób, co utrudnia rozumienie wyrazu twarzy oraz mowy ciała, np. krzyki, agresywne zachowania lub autoagresja mogą być próbą wyrażenia swojego sprzeciwu lub prośby¹⁷.

Zaburzenia kontaktu wzrokowego są jednym z charakterystycznych objawów autyzmu, zróżnicowanych pod względem nasilenia. Osoby z autyzmem mają trudności z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, czytaniem wyrazu oczu i wyrażaniem emocji za pomocą spojrzenia. Badania nad tym zjawiskiem przeprowadzili m.in. Philips, Simon Baron-Cohen i Michael Rutter. Eksperymenty pokazały, że dzieci neurotypowe lub z niepełnosprawnością intelektualną reagowały na przerywanie zabawy spojrzeniem zdziwienia, szukając wyjaśnienia dla nieoczekiwanego zachowania. Natomiast dzieci autystyczne skupiały się na swoich rękach lub zabawce, próbując wrócić do poprzedniej czynności. Badania te wykazały również, że istnieje związek między umiejętnością wskazywania obiektów innym osobom a rozwojem językowym u dzieci. Dodatkowo, tylko około jedna trzecia dzieci z autyzmem prawidłowo lokalizowała obiekty, o których mówiono, co wymagało śledzenia wzrokiem mówcy¹⁸.

Badacze zajmujący się autyzmem zauważają charakterystyczne zaburzenia w rozwoju społecznym. Patricia Howlin opisuje dwa obszary zaburzeń społecznych: kontakty z dorosłymi i z rówieśnikami. Dzieci autystyczne często nie wykazują oznak przywiązania emocjonalnego ani nie biorą aktywnego udziału w zabawie z innymi dziećmi. Te cechy mogą pojawić się już we wczesnym dzieciństwie, prowadząc do izolacji i stresu dla rodziców. W przeciwieństwie do dzieci typowo rozwijających się, które uczą się społecznych umiejętności poprzez zabawę z innymi dziećmi, osoby ze spektrum autyzmu preferują zabawę w samotności, angażując się w działania stereotypowe¹⁹.

Autorzy badający autyzm zauważają obniżony poziom komunikacji u jednostek autystycznych. Dane epidemiologiczne sugerują, że połowa populacji autystycznej nie mówi lub komunikuje się niejasno. Już w latach 60. zaczęto sugerować, że rozwój mowy ma kluczowe znaczenie dla kontaktów społecznych i procesów poznawczych. Istnieje pogląd, że mowa u dzieci autystycznych może być upośledzona na dwa sposoby: opóźnienie rozwoju mowy oraz trudności w wykorzystaniu nabytej umiejętności komunikowania się. Komunikacja niewerbalna, obejmująca ekspresję i rozumienie komunikatów poprzez mimikę, gesty i postawę ciała, również jest zaburzona u dzieci autystycznych. Widoczne są trudności zarówno w wyrażaniu, jak i interpretacji komunikatów pozawerbalnych, a gesty kompensacyjne są ograniczone.

¹⁷ J. Bałachowicz, A. Szkolak, *Z zagadnień profesjonalizacji nauczycieli wczesnej edukacji w dobie zmian*, Libron, Kraków 2012.

¹⁸ S. Baron-Cohen, *The Pattern Seekers. A New Theory...* op.cit.

¹⁹ P. Howlin, *Adults with Autism: Changes in Understanding Since DSM-III*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2021; 51(12): 4291-4308.

Zachowania niewerbalne często przybierają formę autostymulacyjną, taką jak balan-sowanie ciałem. Dodatkowo występują zakłócenia prozodyczne wypowiedzi, obejmujące brak intonacji, monotoność mowy oraz brak płynności w wypowiedziach. Pomimo ograniczonego zakresu mimiki, często wyrażają one negatywne emocje^{20, 21}.

Kolejnym wyzwaniem, z którym borykają się dzieci autystyczne, są częste napady złości, agresja oraz działania destrukcyjne, które pojawiają się zwłaszcza jako reakcja na ingerencję w stereotypowe czynności lub na zmiany w otoczeniu. U niektórych dzieci ten rodzaj zaburzeń zachowania wydaje się być związany z wysokim poziomem lęku, co zostało opisane przez Kanner jako „pełny niepokój” oraz „obsesyjne pragnienie zachowania niezmienności”. Dzieci autystyczne często negatywnie reagują na próby kontaktu podejmowane przez innych ludzi, z wyjątkiem tych, którzy potrafią nawiązać z nimi współpracę²².

Ze względu na wzrost liczby dzieci wykazujących nieprawidłowe zachowania, często określane terminem *zachowań trudnych*, konieczne jest skonfrontowanie się z nowymi wyzwaniami – kluczowym jest wczesne diagnozowanie autyzmu, szkolenie nauczycieli oraz wprowadzenie rozwiązań ułatwiających funkcjonowanie dzieci ze spektrum autyzmu. Warto zauważyć, że takie zachowania nie są sporadyczne, ale stanowią stałe wzorce, tzw. *zachowania trudne* nie występują tylko u osób z zaburzeniami rozwojowymi, ale są nawet trzy razy częstsze w populacji osób z dysfunkcjami²³.

Metody pracy z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Dzieci ze spektrum autyzmu potrzebują przede wszystkim uwagi i akceptacji w pełnym zakresie ich indywidualności oraz specyficzności. Istotne jest, aby dać im możliwość budowania relacji z innymi i uczestnictwa w społeczeństwie, a nie pozostawiać je na marginesie. Obecność tych uczniów w szkole stanowi niezwykle wartość również dla innych, ponieważ dzięki nim każda z grup nabywa umiejętności społeczne, które nie mogą być przekazane jedynie teoretycznie, lecz stanowią istotny kapitał w dorosłym życiu²⁴.

Uczniowie ze spektrum autyzmu często mają trudności z koncentrowaniem się na słuchaniu mowy. Dla nauczyciela istotnym jest skupienie się na klarownym

²⁰ C.T. Moody, R.S. Factor, A.C. Gulsrud et al., *A pilot study of PEERS® for Careers: A comprehensive employment-focused social skills intervention for autistic young adults in the United States*, „Research In Developmental Disabilities” 2022; 128: 104287.

²¹ G. Forbes, R. Kent, T. Charman et al., *How do autistic people fare in adult life and can we predict it from childhood?*, „Autism Research” 2023; 16(2): 458-473.

²² J. Harris, *Leo Kanner and autism: a 75-year perspective*, „International Review of Psychiatry” 2018; 30(1): 3-17.

²³ M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, GWP, Sopot 2024.

²⁴ E. Korulska, *Funkcjonowanie dzieci z autyzmem w warunkach szkoły ogólnodostępnej, czyli integracja w szkole nieintegracyjnej*, „Konteksty Pedagogiczne” 2013; 1: 166.

przekazywaniu najważniejszych treści. Ponadto dzieci autystyczne mogą być nadwrażliwe na różne bodźce, takie jak dźwięki, dotyk, smak czy zapach. Dlatego ważne jest dostosowanie otoczenia do ich potrzeb i poziomu rozwoju. Oprócz nadwrażliwości, dzieci mogą mieć także wysoki próg tolerancji bólu, co wymaga szczególnego monitorowania ich podczas zabaw i innych aktywności. Ważne jest także skupienie się na ich mocnych stronach podczas udzielania wsparcia. Dzięki pozytywnemu podejściu i umożliwieniu dzieciom odgrywania ról, w których mogą się dobrze sprawdzać, możliwe jest zwiększenie ich funkcjonowania zarówno w szkole, jak i w domu²⁵.

Zróżnicowane spektrum objawów autystycznych implikuje konieczność zindywidualizowanego podejścia zarówno nauczycieli, jak i specjalistów. Ścieżka edukacyjna dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju winna być planowana według indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego oraz wsparcia udzielanego przez specjalistów przygotowanych do pracy z tym zaburzeniem. Ważnym aspektem jest właściwa organizacja pracy w klasie szkolnej, w której dziecko się uczy²⁶.

W tym kontekście należy skierować uwagę na nauczycieli i wyzwania, z jakimi muszą się zmagać, podejmując pracę z dzieckiem autystycznym. Informacje na ten temat można odnaleźć w wynikach badań przeprowadzonych wśród 57 nauczycieli pracujących w klasach integracyjnych oraz włączających, którzy mieli doświadczenie w nauczaniu dzieci ze spektrum autyzmu. Celem tych badań było zidentyfikowanie trudności w procesie nauczania oraz ocena stopnia subiektywnie odczuwanych utrudnień. Badania ankietowe zostały przeprowadzone w 14 poznańskich szkołach w 2014 r., przy użyciu metody sondażu diagnostycznego. Dane zostały zebrane za pomocą kwestionariusza ankiety opracowanego specjalnie na potrzeby tych badań. Celowa selekcja próby badawczej była oparta na określonych kryteriach. W ramach tych badań zidentyfikowano trudności doświadczane przez nauczycieli, wynikające z cech ucznia z autyzmem lub z zespołem Aspergera. Oto one:

- brak motywacji ucznia do podejmowania oczekiwanych aktywności na lekcjach;
- trudności w zachęceniu ucznia do uczestnictwa w proponowanych aktywnościach;
- dziwne, obsesyjne, stereotypowe zachowania ucznia utrudniające uczenie się;
- problemy z komunikacją z uczniem;
- zachowania agresywne i autoagresywne;
- hiperaktywność i impulsywność zachowań ucznia;
- brak podporządkowania się zasadom panującym w klasie przez ucznia;
- trudności dziecka z integracją z rówieśnikami;
- nieakceptowanie zmian w środowisku i związane z tym trudności adaptacyjne ucznia;

²⁵ F.J. O'Regan, *Jak Pracować z Dziećmi o Specjalnych Potrzebach Edukacyjnych*, K.E. LIBER, Warszawa 2005.

²⁶ M. Czarnocka, *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w przedszkolu i szkole: zasady organizacji, przykłady praktycznych rozwiązań, pytania i odpowiedzi, narzędzia*, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2017.

- niski poziom koncentracji i duża rozpraszalność uwagi ucznia;
- brak uwzględnienia perspektywy innych osób przez dziecko, działania „po swoim” bez uwzględnienia wpływu na inne osoby;
- nieprzewidywalność zachowania ucznia;
- zachowania dezorganizujące lekcję i przeszkadzające w nauce prezentowane przez ucznia;
- nieumiejętność dzielenia się emocjami i właściwe wyrażanie uczuć wobec innych osób przez ucznia;
- brak „wspólnych chwil” z uczniem, momentów obustronnego zrozumienia i zaangażowania w jedną czynność;
- trudności w rozpoznawaniu stanów emocjonalnych innych osób na podstawie mowy ciała i tonu głosu;
- brak lub nietypowa ekspresja bardziej złożonych emocji, utrudniająca komunikację z uczniem;
- trudności ucznia w rozumieniu wyrażen idiomatycznych czy przenośnych;
- ograniczona zdolność ucznia do generalizacji umiejętności, wymagająca wielokrotnego powtarzania już przerobionych zagadnień²⁷.

Odnosząc się do metod terapeutycznych, również stosowanych jako wsparcie edukacyjne, można wymienić:

- Terapię behawioralną – intensywna terapia behawioralna oparta na teorii uczenia się. Jej celem jest rozwijanie zachowań adaptacyjnych, umożliwiających efektywne funkcjonowanie dziecka w środowisku. Metody te obejmują systematyczne wzmacnianie poprzez nagradzanie zbliżonych do docelowych zachowań oraz ściśle kontrolowanie sytuacji, w których te zachowania mają miejsce²⁸.
- Muzykoterapię – muzykoterapia XXI wieku to interdyscyplinarna dziedzina, ciągle się rozwijająca, mająca wpływ na człowieka zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Jej zajęcia mają na celu leczenie poprzez korekcję zaburzonych funkcji, stymulację w warunkach ograniczonego dostępu do bodźców, redukcję napięć psychofizycznych oraz dostarczanie korzystnych doświadczeń muzycznych i społecznych. W trakcie zajęć używane są różnorodne materiały, dostosowane do nastroju, potrzeb, wieku i stopnia upośledzenia uczestników. Muzykoterapia może być receptywna (słuchanie muzyki i przekazywanie odczuć) lub aktywna (śpiew, choreoterapia). Dzięki prostym improwizacjom muzycznym stara się nawiązać kontakt z dzieckiem autystycznym i poprawić jego socjalizację. Skutkiem terapii jest m.in. ograniczenie agresji, złości i stereotypii, poprawa koordynacji słuchowo-ruchowej oraz wydłużenie czasu koncentracji uwagi²⁹.

²⁷ M. Woźniak, *Uczniowie ze spektrum autyzmu w szkole ogólnodostępnej: analiza trudnych zachowań*, „Roczniki Pedagogiczne” 2018; 10(46): 4.

²⁸ P. Bąbel, *Terapia behawioralna zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania*, „Psychologia Rozwojowa” 2023; 27-38.

²⁹ S. Knapik-Szweda, *Muzykoterapia i jej właściwości w usprawnianiu dziecka z autyzmem*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015.

- Integrację sensoryczną: proces neurologiczny, dzięki któremu mózg odbiera, porządkuje i interpretuje bodźce zmysłowe, umożliwiając odpowiednie reakcje na otoczenie. W przypadku zaburzeń integracji sensorycznej może dochodzić do nadreaktywności (nadwrażliwości) lub podreaktywności (niedowrażliwości) układów sensorycznych – dziecko może unikać bodźców lub przeciwnie, stale ich poszukiwać. Po rozpoznaniu rodzaju trudności możliwe jest wsparcie dziecka poprzez dostarczanie odpowiednich bodźców sensorycznych w ramach terapii integracji sensorycznej. Jej celem nie jest „naprawa” zmysłów, lecz wspieranie lepszego przetwarzania informacji przez mózg^{30, 31}.
- Metodę Marii Montessori: głównym celem tej metody jest przygotowanie dziecka do samodzielnego życia poprzez interakcję ze środowiskiem. Zgodnie z filozofią Marii Montessori, dziecko jest aktywnym uczestnikiem własnego rozwoju, który następuje poprzez doświadczenia i zdobywanie wiedzy z otaczającego świata. Chociaż terapia dzieci autystycznych nie może w pełni uwzględnić wszystkich założeń teoretycznych Montessori z powodu specyfiki zaburzenia, możliwe jest wykorzystanie niektórych interesujących elementów tej metody³².
- Program TEACCH: Program Terapii i Edukacji Dzieci Autystycznych oraz Dzieci z Zaburzeniami w Komunikacji opiera się na kilku kluczowych zasadach. Po pierwsze, program zakłada bliską współpracę między rodzicami a instytucjami, takimi jak przedszkola, szkoły i domy krótkiego pobytu. Po drugie, dalekosiężnym celem jest przygotowanie dzieci do samodzielnego życia dorosłego, kładąc nacisk na trening umiejętności niezbędnych w codziennym życiu. Po trzecie, program uwzględnia indywidualizację, co oznacza dostosowanie pedagogiki do unikalnych potrzeb i cech każdego dziecka. Na koniec, pedagogika wizualna odgrywa istotną rolę, polegającą na jasnym i wyraźnym przedstawianiu zadań oraz informacji, aby ułatwić zrozumienie dziecku³³.
- Metoda „Holding”: terapia wymuszonego kontaktu, stworzona przez Martę Welch, która zakłada, że autyzm wynika z braku więzi między matką a dzieckiem, prowadzącym do lęku i wycofania się z kontaktów społecznych. W terapii metoda ta obejmuje trzy etapy: konfrontację, odrzucenie i rozwiązanie, gdzie dziecko relaksuje się w ramionach matki. Chociaż metoda nie została obiektywnie oceniona i bywa kwestionowana, nie może być jedyną formą terapii, ponieważ jej praktyka spotyka się z protestem wielu dzieci i poddawana jest krytyce za zmuszanie do kontaktu wbrew ich sprzeciwowi³⁴.

³⁰ D. Pufund, (Z)rozumieć autyzm. Doświadczenie autyzmu przez blogujących self-adwokatów, [w:] *Zrozumieć niepełnosprawność. Problemy, badania, refleksje*, Całek G., Niedbalski J., Raclaw M., Żuchowska-Skiba D. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2021, s. 15-28.

³¹ C. Delacato, *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja SYNAPSIS, Warszawa 1999.

³² E. Pisula, *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2021.

³³ Ibidem.

³⁴ J. Bleszyński, *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Impuls, Kraków 2013.

Organizacja działań terapeutycznych i edukacyjnych

W kontekście dzieci z autyzmem istotne jest skoncentrowanie się na motywacji oraz rozwijaniu z nimi relacji. Dzieci autystyczne wymagają spersonalizowanego podejścia do doboru treści nauczania, sposobu przekazu materiału oraz oceny nabytych umiejętności, zależnie od stopnia ich trudności³⁵.

W celu sprostania organizacji działań terapeutycznych i edukacyjnych koniecznym jest podjęcie wyzwań, które wymagają odpowiedniego, przemyślanego oraz odpowiedzialnego podejścia. Aby zdobyć pełną wiedzę na temat dziecka, niezbędne jest skupienie się na różnych źródłach informacji:

- opinii lub orzeczeniu, które zawierają istotne zalecenia dotyczące organizacji procesu dydaktycznego;
- wypowiedziach rodziców, którzy posiadają kompleksową wiedzę na temat rozwoju swojego dziecka, jego preferencji, potrzeb oraz reakcji w różnych sytuacjach;
- wskazówkach specjalistów z różnych dziedzin, takich jak psychologia, pedagogika, logopedia, medycyna czy rehabilitacja, które mogą dostarczyć cennych informacji na temat specyfiki dziecka³⁶.

Podobnie jak w przypadku dzieci bez spektrum autyzmu, relacja nauczyciel – uczeń jest kluczowa dla uczniów z zaburzeniami. Istnieje wzmożona potrzeba związana z utrzymaniem tej relacji, aby zapewnić poczucie bezpieczeństwa i promować autonomię: „Pogodzenie tych dwóch potrzeb, tak po stronie nauczyciela, jak i po stronie uczniów, to, inaczej mówiąc, warunek tego, by ich związek był nie tylko owocny w sensie realizacji założonych celów edukacji, ale także tego, by był dla obu stron osobiście satysfakcjonujący. Dobry związek nauczyciela i uczniów to taki, w którym obie strony bez obaw o naruszenie granic własnej autonomii i prywatności oraz ograniczenia swej niezależności wchodzi w bliskie ze sobą kontakty, dające im poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony partnera interakcji. Z drugiej strony dobry związek to taki, w którym niezależne, swobodne działanie, realizowanie swoich potrzeb indywidualnie, bez uzgodnienia tego z partnerem interakcji, nie narusza owego bazowego poczucia bezpieczeństwa”³⁷.

Wszyscy członkowie społeczności szkolnej posiadają indywidualne potrzeby w różnych obszarach. Możemy wyróżnić cztery główne sfery, w których warto rozpoznawać te potrzeby:

- Fizyczna sfera obejmuje podstawowe potrzeby związane z jedzeniem, odpoczynkiem, aktywnością fizyczną, organizacją przestrzeni oraz leczeniem, w tym regularne przyjmowanie leków.
- Sfera psychiczna koncentruje się głównie na potrzebach emocjonalnych, takich jak wsparcie emocjonalne, akceptacja czy zrozumienie.

³⁵ U. Gałkowska, E. Pęczkowska, *One są wśród nas, Dziecko z autyzmem w szkole i przedszkolu*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2009.

³⁶ Ministerstwo Edukacji Narodowej, *Jak organizować edukację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi? Przewodnik*, Warszawa 2010.

³⁷ A.I. Brzezińska, L. Rycielska, *Tutoring jako czynnik rozwoju ucznia i nauczyciela. W Tutoring w szkole. Między teorią a praktyką zmiany edukacji*, Towarzystwo Edukacji Otwartej, Wrocław 2009.

- Sfera społeczna dotyczy potrzeb związanych z relacjami międzyludzkimi, obejmując potrzebę więzi, przynależności i uznania.
- Sfera duchowa odnosi się do potrzeb związanych z poczuciem sensu istnienia oraz estetyką, nie zawsze związaną z aspektami religijnymi, chociaż dla niektórych osób może to być również ważne³⁸.

Wskazanymi działaniami, które należy podjąć, aby umożliwić dziecku z autyzmem zaistnienie w środowisku szkolnym, są:

- zapewnienie stałości w rozkładzie zajęć oraz niezmienności pomieszczeń, w których się odbywają, oraz stałości osób prowadzących zajęcia, co pozwoli dziecku przewidywać wydarzenia i poczuć się bezpiecznie;
- zatrudnienie odpowiedniej liczby kadry pedagogicznej i personelu pomocniczego, w tym nauczycieli wspomagających lub asystentów osób niepełnosprawnych, aby zapewnić dodatkowe wsparcie podczas zajęć i poruszania się po szkole;
- zminimalizowanie nadmiaru bodźców sensorycznych, które mogą być rozpraszające lub wywoływać dyskomfort u dziecka, poprzez dostosowanie wyposażenia oraz organizację przestrzeni klasowej do potrzeb dziecka. Dodatkowo każda klasa, w której uczy się dziecko z autyzmem, powinna mieć dedykowane miejsce, gdzie dziecko może się wyciszyć i zrelaksować w przypadku niepokoju lub gdy wystąpią zachowania zakłócające zajęcia³⁹.

Kolejnym istotnym aspektem jest stworzenie odpowiednich warunków edukacyjnych. Nauczyciel powinien dostosować metody i formy pracy z uczniem do jego możliwości, uwzględniając jego dysfunkcje lub sytuację społeczną. Wymaga to takich działań jak:

- zwiększenie czasu przeznaczonego na zajęcia,
- podzielenie materiału na mniejsze części i ograniczenie liczby zadań,
- częste odwoływanie się do konkretnych przykładów,
- dostosowanie używanych materiałów dydaktycznych,
- powtarzanie obowiązujących zasad w klasie oraz jasne określenie granic i konsekwentne egzekwowanie ich przestrzegania,
- ograniczenie dekoracji w otoczeniu,
- użycie stonowanych kolorów na ścianach,
- zapewnienie stałego miejsca do spożywania posiłków, specjalistycznych zajęć i aktywności fizycznej,
- wyznaczenie dedykowanego miejsca z planem dnia i aktywności,
- przekazywanie istotnych informacji,
- unikanie abstrakcyjnego języka i metafor,
- udzielanie manualnych lub werbalnych wskazówek podczas wykonywania zadań,

³⁸ K. Leśniewska, E. Puchała, *Organizacja procesu wspierania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, ORE, Warszawa 2022.

³⁹ A. Olechowska, *Specjalne potrzeby edukacyjne*, PWN, Warszawa 2016.

- stosowanie krótkich, zwięzłych poleceń,
- wsparcie w relacjach z rówieśnikami⁴⁰.

Jednym z kluczowych elementów działań edukacyjno-terapeutycznych jest zaangażowanie najbliższych osób dotkniętych spektrum autyzmu, czyli rodziców, poprzez m.in.:

- porady udzielane przez pedagoga specjalnego i współpraca z rodzicami: pedagog specjalny może udzielać rodzicom porad dotyczących specyficznych potrzeb ich dziecka oraz sugerować strategie wspierające jego rozwój, wspierać rodziców w zrozumieniu zachowań i potrzeb dziecka oraz udzielać porad dotyczących radzenia sobie z trudnościami;
- uczestnictwo rodziców w warsztatach grupowych z udziałem psychologa: organizowanie warsztatów grupowych pozwala rodzicom na wymianę doświadczeń i zdobycie nowych umiejętności w zakresie wspierania dziecka;
- porady udzielane przez wychowawcę i współpraca z rodzicami – udzielanie rodzicom porad dotyczących rozwoju dziecka oraz sugestii dotyczących adaptacji domowych strategii w kontekście edukacji szkolnej;
- porady i konsultacje udzielane przez logopedę – porady dotyczące rozwoju mowy dziecka oraz sugerowanie strategii wspierających komunikację;
- stałą dostępność do rozmów z kadrą pedagogiczną, co umożliwia rodzicom dzielenie się swoimi obawami i potrzebami oraz otrzymywanie wsparcia emocjonalnego;
- systematyczną wymianę informacji o stanie zdrowia dziecka: regularna wymiana informacji między placówką a rodzicami pozwala na lepsze zrozumienie potrzeb i trudności dziecka oraz dostosowanie działań wspierających;
- pedagogizację rodziców: edukowanie rodziców na temat metod pracy nad trudnościami dziecka pozwala im lepiej zrozumieć i wspierać jego rozwój;
- informowanie rodziców o postępach dziecka oraz wymaganiach edukacyjnych, co pozwala na ścisłą współpracę w procesie edukacji dziecka;
- organizację spotkań, zarówno ogólnych, jak i w ramach grup, co umożliwia rodzicom dzielenie się swoimi obawami i potrzebami oraz otrzymywanie wsparcia od innych rodziców i kadry pedagogicznej;
- współpracę przy organizowaniu imprez przedszkolnych: współuczestnictwo rodziców w organizacji imprez przedszkolnych umożliwia integrację społeczności szkolnej i budowanie więzi między rodzicami oraz placówką edukacyjną;
- zaangażowanie rodziców jako kluczowych partnerów w procesie edukacji dziecka ze spektrum autyzmu jest niezwykle istotne dla zapewnienia skutecznego i kompleksowego wsparcia dla ich rozwoju i edukacji⁴¹.

Warto zauważyć, że Ministerstwo Edukacji na przestrzeni ostatnich lat dostrzegło potrzebę umożliwienia dzieciom z dysfunkcjami uczęszczanie do szkół ogólnodostępnych. W związku z tym podjęto wysiłki w celu dokształcania nauczycieli

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ O. Kłodnicka, *Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET) dla dziecka z diagnozą autyzmu w edukacji przedszkolnej*, ORE, Warszawa 2018.

z zakresu pedagogiki specjalnej. Mimo wzrostu chęci zdobycia nowych kompetencji zawodowych, część nauczycieli przedmiotowych nadal nie posiada odpowiedniego przygotowania do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, jakie mogą pojawić się w przypadku dzieci z dysfunkcjami. Wsparcie nauczycieli wspomagających okazało się niezbędne, aby zapewnić dzieciom zmagającym się z zaburzeniami lepsze funkcjonowanie w placówce. Trudno jednoznacznie ocenić, czy dotychczasowe działania przyniosły sukces, pomimo pięknej idei, ponieważ każde dziecko ma swoje indywidualne potrzeby edukacyjne. W przypadku dzieci autystycznych różnice między nimi są znaczące, co sprawia, że ocena sukcesu lub porażki edukacji włączającej staje się jeszcze bardziej złożona. Ważne jest zatem, aby podejście do edukacji włączającej uwzględniało indywidualne potrzeby i różnorodność dzieci, aby zapewnić im jak najlepsze warunki rozwoju i nauki. W tym celu koniecznym jest jednak edukacja, zarówno rodziców, kadry nauczycielskiej, jak i kadry kierowniczej w postaci dyrektorów szkół, a także polityków oraz ruchów społecznych, które zauważają pogłębiający się problem⁴².

Cel pracy

Celem opracowania było poznanie opinii rodziców dzieci ze spektrum autyzmu i nauczycieli na temat form wspierania ich rozwoju w szkołach podstawowych w województwie lubelskim.

Material i metoda

Przygotowano kwestionariusz ankiety, który został skierowany do rodziców dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem. Ankieta zawierała 15 pytań do rodziców, w tym: pytania metryczne, takie jak wiek respondentów, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia oraz wiek dziecka w momencie diagnozy, oraz pytania zależne, dotyczące objawów obserwowanych u dziecka, oceny własnej wiedzy na temat autyzmu czy także oceny stosowanych metod wsparcia i kompetencji nauczycieli, pozwalające na zgłoszenie bardziej szczegółowych opinii i doświadczeń. Przeprowadzono również wywiad, zawierający 14 pytań, z 3 nauczycielami, dotyczący współpracy z rodzicami i problemów w edukacji z dziećmi z tym schorzeniem. Badania przeprowadzono w okresie od 15.03.2024 r. do 30.04.2024 r. po uprzednim wyrażeniu zgody przez respondentów.

⁴² A. Olechowska, *Specjalne potrzeby edukacyjne w urzędowym dyskursie pedagogicznym*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2019.

W badaniu wzięło udział 40 osób, byli to rodzice dzieci z autyzmem w wieku szkolnym i wczesnoszkolnym. 75% badanych osób stanowiły kobiety, natomiast 25% mężczyźni. Na wsi mieszkało 72,5% respondentów, a 27,5% mieszkało w mieście. Rodziców w wieku do 25. roku życia było 25%, do 35. roku życia – 57,5% a powyżej 35. roku życia – 17,5%. Najwięcej respondentów posiadało wykształcenie średnie – 75%. Wykształcenie wyższe posiadało 25% badanych, 57,5% grupy badanej wskazało, że spektrum autyzmu u ich dziecka zostało zdiagnozowane do 5. roku życia. W 6.–7. roku życia autyzm został zdiagnozowany wśród 32,5% badanych. Rodzice dzieci z diagnozą postawioną przed ukończeniem 3. roku życia stanowili 10% grupy badanych. W celu zbadania zagadnienia dotyczącego posiadania przez nauczycieli odpowiedniej wiedzy i doświadczenia przeprowadzono wywiad z udziałem 3 nauczycieli, którzy mają bezpośredni kontakt z dziećmi dotkniętymi tym zaburzeniem.

W analizie statystycznej na początku obliczono ogólną liczbę obserwacji (n), która stanowiła sumę wszystkich przypadków w badanym zbiorze danych. Ta liczba była podstawą obliczeń dalszych statystyk. Następnie obliczono procentowy rozkład częstości poszczególnych kategorii w każdej zmiennej. Test chi-kwadrat Pearsona posłużył do oceny, czy istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy dwiema zmiennymi kategorycznymi. W przypadku kategorii mało licznych dokonywano ich grupowania. Ponadto, by skorygować wynik testu chi-kwadrat, który mógł być zniekształcony z powodu małych oczekiwanych częstości, zastosowano w razie potrzeby poprawkę na ciągłość Yates'a. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki badań

Stan wiedzy rodziców na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu

Zapytani o przyczyny autyzmu u ich dziecka rodzice w większość wskazywali, że najprawdopodobniej spektrum autyzmu jest spowodowane wadami genetycznymi (67,5%). Za przyczynę występowania spektrum autyzmu w postaci powikłań związanych ze stosowaniem środków farmakologicznych, np. antybiotyków, szczepionek, lub powikłanej ciąży wskazało 32,5%. Nikt z badanych nie wskazał przyczyny nieznannej. Odpowiedzi w grupach kobiet i mężczyzn były zróżnicowane, było to istotne statystycznie (tabela 1).

Tabela 1. Przyczyny autyzmu u dziecka w ocenie rodziców

Warianty odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Czynniki genetyczne	21	52,5%	6	15%	27	67,5%
Farmakologia (np. antybiotyki, szczepionki) lub komplikacje podczas ciąży	9	22,5%	4	32,5%	13	32,5%
Razem	30	75%	10	47,5%	40	100%
	Wartość		df		p	
Chi-kwadrat	0342		1		0.559	
Yates'a	0.38		1		0.845	

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

Z badań wynika, że większość rodziców określa swój poziom wiedzy na „raczej dobry” (57,5%), przede wszystkim takiej odpowiedzi udzieliły kobiety. Wysoki poziom wiedzy na temat spektrum autyzmu wskazało 10% badanych. Identycznie wygląda procent osób, które nie są w stanie sprecyzować swojego stanu wiedzy na ten temat. Nikt z badanych nie stwierdził, że jego znajomość problemu jest na „raczej niskim” poziomie lub „praktycznie żadna”. Wyniki nie były istotne statystycznie (tabela 2).

Tabela 2. Ocena własnego poziomu wiedzy na temat autyzmu

Warianty odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Wysoki poziom	3	7,5%	1	2,5%	4	10%
Raczej dobry	18	45%	5	12,5%	23	57,5%
Podstawowy	6	15%	3	7,5%	9	22,5%
Trudno powiedzieć	3	7,5%	1	2,5%	4	10%
Razem	30	75%	10	25%	40	100%

	Wartość	df	p
Chi-kwadrat	0.464	3	0.927
Yates'a	0.718	3	0.869

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

Główną formą pozyskiwania wiedzy przez rodziców był Internet (47%), tę odpowiedź wybrało 100% w każdej w dwóch grup – kobiet i mężczyzn. 23,5% odpowiedzi wszystkich badanych wskazywało na nauczyciela jako źródło wiedzy, odpowiedzi męskie i żeńskie stanowiły taki sam procent badanych grup kobiet i mężczyzn. Na trzecim miejscu znalazła się odpowiedź co do źródła wiedzy, „terapeuta” (16,5% wszystkich odpowiedzi badanych), w tym przypadku przeważały odpowiedzi kobiet. Odpowiedź „nie pozyskuję wiedzy” wynosiła 0%. Nie zaistniała zależność statystyczna między odpowiedziami kobiet i mężczyzn a wybieranymi źródłami wiedzy (tabela 3).

Tabela 3. Formy pozyskiwania informacji przez rodziców na temat spektrum autyzmu

Warianty odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Literatura	9	10,5%	2	2,3%	11	13%
Internet	30	35,3%	10	12%	40	47%
Terapeuta	12	14%	2	2,4%	14	16,5%
Nauczyciel	15	17,6%	5	5,9%	20	23,5%
Razem	66	77,4%	19	22,6%	85	100%
	Wartość		df		p	
Chi-kwadrat	0.877		3		0.831	
Yates'a	0.209		3		0.976	

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

**Pytania wielokrotnego wyboru nie sumują się do liczby respondentów, gdyż obiektami badań w takim wypadku nie są osoby (kobiety, mężczyźni), ale ich odpowiedzi.*

Przebieg współpracy rodziców i nauczycieli dzieci ze spektrum autyzmu

Poniżej przedstawiono analizę badań dotyczących współpracy rodziców z nauczycielami dzieci ze spektrum autyzmu.

Współpracę rodziców z nauczycielami określają pytania skierowane do rodziców:

- W jakim stopniu radzenie sobie dziecka w szkole uległo poprawie dzięki nauczycielom i terapeutom w niej pracującym?
- Jak Pan/Pani ocenia kompetencje nauczycieli w szkole w odniesieniu do nauczania dzieci ze spektrum autyzmu?
- Jak przebiega komunikacja Pani/Pana z nauczycielami dziecka?
- Czy może Pani/Pan liczyć na pomoc nauczyciela w przypadku trudności edukacyjnych Pani/Pana dziecka?
- Jak Pani/Pan ocenia współpracę na linii rodzic – nauczyciel?

Z analizy wynika, że większość rodziców zauważa zdecydowaną poprawę w radzeniu sobie w szkole dzięki nauczycielom i terapeutom, na taką odpowiedź wskazało łącznie 55%, w tym zdecydowanie częściej kobiety. Drugą najczęściej udzielaną odpowiedzią była umiarkowana poprawa, na co wskazało 35% respondentów (porównywalne wyniki kobiet i mężczyzn). Brak poprawy zauważyło 10% uczestników badania, odsetek wśród kobiet i mężczyzn wynosił tyle samo. Wyniki badań nie były istotne statystycznie (tabela 4).

Tabela 4. Zmiana w radzeniu sobie dziecka w szkole dzięki nauczycielom i terapeutom

Stopień poprawy	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowana poprawa	18	45%	4	10%	22	55%
Umiarkowana poprawa	10	25%	4	10%	14	35%
Brak poprawy	2	5%	2	5%	4	10%
Razem	30	75%	10	25%	40	100%
	Wartość		df		p	
Chi-kwadrat	1.974		2		0.373	
Yates'a	0.576		2		0.750	

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

Wyniki badania dotyczącego pytania o kompetencje nauczycieli są podobne z rezultatami poprzedniej części badania. 55% badanych rodziców, w tym 60% w grupie kobiet oraz 40% w grupie mężczyzn, określa kompetencje nauczycieli jako bardzo dobre. 35% respondentów (procentowo porównywalnie w grupie kobiet i mężczyzn) – jako dobre. Na dostateczne kompetencje kadry pedagogicznej wskazało 10% ankietowanych. Wyniki badań nie były istotne statystycznie (tabela 5).

Tabela 5. Ocena kompetencji nauczycieli w odniesieniu do nauczania dzieci ze spektrum autyzmu

Ocena kompetencji	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobre	18	45%	4	10%	22	55
Dobre	10	25%	4	10%	14	35
Dostateczne	2	5%	2	5%	4	10
Razem	30	75%	10	25%	40	100%
	Wartość		df		p	
Chi-kwadrat	1.974		2		0.372	
Yates'a	0.576		2		0.750	

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

Poniższa analiza wskazuje, że 72,5% rodziców kontaktuje się z nauczycielami osobiście, taką odpowiedź deklarowały przede wszystkim kobiety. Kontakt telefoniczny i inne formy preferowało 27,5% respondentów, w tym zdecydowanie częściej mężczyźni. Badanie wskazuje, że istniała wysoce istotna statystycznie zależność w komunikacji z nauczycielem względem płci rodziców ($p=0.00002$; Yates'a $p=0.0001$) (tabela 6).

Tabela 6. Forma komunikacji z nauczycielem

Forma komunikacji	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Kontakt bezpośredni	27	67,5%	2	5%	29	72,5%
Kontakt telefoniczny, poczta elektroniczna/forma pisemna	3	7,5%	8	20%	11	27,5%
Razem	30	75%	10	25%	40	100%
	Wartość		df		p	
Chi-kwadrat	18,433		1		0.00002	
Yates'a	15,089		1		0.0001	

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

Badania wykazały, że 72,5% rodziców twierdzi, iż zawsze może liczyć na pomoc nauczycieli w przypadku problemów edukacyjnych dziecka ze spektrum autyzmu, z przeprowadzonego badania wynika, że tego zdania jest zarówno większość kobiet, jak i mężczyzn. Pomoc w przypadku wyraźnej potrzeby wskazywało 27,5% rodziców, w porównywalnych proporcjach między kobietami i mężczyznami. Żaden z ankietowanych nie ocenił, że nauczyciel wspiera ich niechętnie lub nie robi tego wcale. Wyniki badań nie były istotne statystycznie (tabela 7).

Tabela 7. Ocena pomocy nauczyciela w przypadku trudności edukacyjnych dziecka

Warianty odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Zawsze mogę liczyć na pomoc nauczyciela	21	52,5%	8	20%	29	72,5%
Otrzymuję pomoc w przypadku wyraźnej potrzeby	9	22,5%	2	5%	11	27,5%
Razem	30	75%	10	25%	40	100
	Wartość		df		p	
Chi-kwadrat	0.376		1		0.540	
Yates'a	0.042		1		0.838	

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

Podobnie jak w poprzednich punktach badań, grupa badana jest pozytywnie nastawiona do kadry pedagogicznej. Ocenę współpracy na linii rodzic – nauczyciel jako bardzo dobrą zadeklarowało 62,5% badanych, w tym większość kobiet. Jako dobrą wskazało 27,5% badanych, w tym połowa mężczyzn. Jako dostateczną określiło kompetencje nauczycieli 10% rodziców, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Wyniki badań nie były istotne statystycznie ($p=0.316$; Yates'a $p=0.480$) (tabela 8).

Tabela 8. Ocena rodzica co do współpracy z nauczycielem

Ocena kompetencji	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobra	21	70%	4	40	25	62,5%
Dobra	6	20%	5	50%	11	27,5%
Dostateczna	3	10%%	1	10%	4	10%
Razem	30	75%	10	25%	40	100
	Wartość		df		p	
Chi-kwadrat	3.535		2		0.171	
Yates'a	2.472		2		0.291	

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

Zbadano odpowiedzi kobiet i mężczyzn na temat stosowanych w szkole metod wsparcia edukacyjnego. Większość respondentów wskazywała odpowiedź „metody aktywizacyjne” (19,8% wszystkich odpowiedzi), przeważały odpowiedzi kobiet. Taki sam procent wszystkich odpowiedzi (17,2%) uzyskały: „metoda Dobrego Startu”, „metoda sylabowa w czytaniu i pisaniu” i „metody praktyczne”. W odpowiedziach: „metoda Dobrego Startu” – przeważały odpowiedzi kobiet, „metoda sylabowa w czytaniu i pisaniu” – to porównywalne odpowiedzi kobiet i mężczyzn. „Metody praktyczne” jako odpowiedź wybierane były najczęściej przez mężczyzn. Najrzadziej respondenci wybierali odpowiedź „metoda czytania globalnego G. Domana” (13,4% wszystkich odpowiedzi), wybory odpowiedzi kobiet i mężczyzn w tym przypadku były porównywalne. Wyniki badań nie były istotne statystycznie (tabela 9).

Tabela 9. Stosowane w szkole metody wsparcia edukacyjnego wg rodziców

Forma	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
metoda Dobrego Startu	24	15,3%	3	1,9%	27	17,2%
pedagogika zabawy według Klanzy	21	13,4%	3	1,9%	24	15,2%
metoda sylabowa w czytaniu i pisaniu	21	13,4%	6	3,8%	27	17,2%
metoda czytania globalnego G. Domana	15	9,6%	6	3,8%	21	13,4%
metody aktywizujące	25	15,9%	6	3,8%	31	19,8%
metody praktyczne	18	11,4%	9	5,7%	27	17,2%
Razem	124	79%	33	21%	157	100%
	Wartość		df		p	
Chi-kwadrat	5.909		5		0.315	
Yates'a	3.78		5		0.581	

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; p – poziom istotności; df – stopnie swobody; χ^2 – wynik testu χ^2

*Pytania wielokrotnego wyboru, nie sumują się do liczby respondentów, gdyż obiektami badań w takim wypadku nie są osoby (kobiety, mężczyźni), ale ich odpowiedzi.

Zjawisko dzieci ze spektrum autyzmu w opinii nauczycieli

Ważnym aspektem w problematyce autyzmu jest posiadanie przez nauczycieli odpowiedniej wiedzy i doświadczenia. W celu zbadania tego zagadnienia przeprowadzono wywiad z udziałem 3 nauczycieli, którzy mają bezpośredni kontakt z dziećmi dotkniętymi tym zaburzeniem.

Wywiad nr 1 przeprowadzony z nauczycielem z kilkuletnim doświadczeniem w pracy z uczniami ze spektrum autyzmu:

Proszę o krótki wstęp dotyczący form pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu:

Dzień dobry, jako nauczyciel pracujący z dziećmi ze spektrum autyzmu, mogę wymienić kilka najczęstszych form wsparcia edukacyjnego oferowanych tym uczniom.

Jaki jest główny cel pracy (nauczyciela) z dziećmi ze spektrum autyzmu?

Podstawą jest dostosowanie pracy do potrzeb i umiejętności każdego ucznia z autyzmem, zapewniające skuteczne nauczanie oraz rozwój w obszarach wymagających specjalnej uwagi.

Czy jest Panu znana terapia behawioralna?

Oczywiście! Stosowanie technik terapeutycznych, takich jak ABA (Applied Behavior Analysis) czy PEP-R (Program of Enrichment, Education, and Recreation), aby wspierać rozwój społeczny, komunikacyjny i zachowania. Liczę, że w tej pracy zostało to opisane – w mojej opinii jest to podstawą badania tej jednostki chorobowej.

Praktykuje Pan narzędzia takie jak tablice komunikacyjne, komunikatory elektroniczne czy systemy językowo-znaczeniowe, które ułatwiają komunikację uczniom z ograniczeniami w komunikacji werbalnej?

Jak najbardziej, są to środki niezbędne i skuteczne do pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu. Dzięki dzisiejszej technologii oraz szeroko pojętym możliwościom jest to niewątpliwym atut w profilaktyce.

Czy zna Pan pojęcie terapii sensorycznej?

Tak - to zajęcia, które wspierają regulację sensoryczną uczniów z autyzmem, pomagając im radzić sobie z nadwrażliwością. Uważam, że jest to nieodłącznym elementem rehabilitacji i cieszę się na to pytanie, bo jest to zagadnienie często unikane.

Proszę przedstawić swoje perspektywy w celu pogłębienia wiedzy zarówno nauczycieli, jak i rodziców nt. problemu autyzmu.

Zainteresowanie, wiedza, brak wstydu – jeżeli ktoś ma chore dziecko, to niech nie boi się do tego przystąpić.

Wywiad nr 2 (nauczycielka ze stażem poniżej 3 lat):

Proszę o krótki wstęp dotyczący form pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu:

Dzień dobry, mimo krótkiego stażu pracy jako nauczyciel, jestem zainteresowana tematyką wsparcia edukacyjnego dla dzieci ze spektrum autyzmu i chętnie podzielę się kilkoma sugestiami.

Jaki jest główny cel pracy (nauczyciela) z dziećmi ze spektrum autyzmu?

Głównym celem jest indywidualizacja procesu nauczania, dostosowana do potrzeb i zdolności każdego ucznia z autyzmem, zapewniająca skuteczny rozwój w obszarach wymagających szczególnej uwagi. W mojej opinii równie istotnym jest relacja emocjonalna, gdyż dzieci objęte tym problem są silnie emocjonalne.

Czy jest Pani znana terapia behawioralna?

Jako osoba pracująca z dziećmi autystycznymi jestem świadoma znaczenia terapii behawioralnej jako podstawowej formy edukacyjnej. Muszę posiadać wiedzę na temat jej istoty i metodologii, aby móc efektywnie wspierać rozwój moich uczniów. Uważam, że jest to podstawą na płaszczyźnie podstawowej edukacji.

Praktykuje Pani narzędzia takie jak tablice komunikacyjne, komunikatory elektroniczne czy systemy językowo-znaczeniowe, które ułatwiają komunikację uczniom z ograniczeniami w komunikacji werbalnej?

Staram się stosować różnorodne narzędzia, takie jak tablice komunikacyjne, komunikatory elektroniczne oraz systemy językowo-znaczeniowe. Narzędzia (techniczne) są niezwykle ważne, ponieważ pomagają uczniom, którzy mają trudności z komunikacją werbalną, w wyrażaniu myśli, potrzeb i emocji. Dzięki nim dzieci z autyzmem mogą

lepiej porozumiewać się ze mną i z innymi osobami w środowisku szkolnym, co przyczynia się do poprawy ich jakości życia oraz osiągnięcia sukcesu w procesie edukacji.

Czy zna Pani pojęcie terapii sensorycznej?

Naturalnie, mimo niewielkiego stażu pracy jestem na bieżąco z badaniami naukowymi. Jeżeli wymagany jest, chętnie przedstawię definicję.

Proszę przedstawić swoje perspektywy w celu pogłębienia wiedzy zarówno nauczycieli, jak i rodziców nt. problemu autyzmu.

Widzę autyzm jako niezwykle ważny i skomplikowany temat, który wymaga pogłębienia naszej wiedzy. Dla nauczycieli jest to kluczowe, abyśmy mieli lepsze zrozumienie tego, jak wspierać uczniów. Jednocześnie, dla rodziców również ważne jest zrozumienie, jakie są możliwości edukacyjne i terapeutyczne dla ich dzieci. Dlatego uważam, że pogłębianie wiedzy na ten temat jest kluczowe zarówno dla nauczycieli, jak i rodziców, abyśmy mogli wspólnie stworzyć środowisko, które sprzyja rozwojowi i sukcesowi dzieci z autyzmem

Wywiad nr 3 (nauczycielka ze stażem poniżej 3 lat):

Proszę o krótki wstęp dotyczący form pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu:

Dzień dobry. Na wstępie się przywitam. Uwielbiam pracę z dziećmi z problemami, spektrum autyzmu i pochodne są niełatwe zarówno dla rodzica, jak i nauczyciela, mimo to należy to akceptować i tolerować – to moja opinia.

Jaki jest główny cel pracy (nauczyciela) z dziećmi ze spektrum autyzmu?

Pracując z dziećmi ze spektrum autyzmu, moim głównym celem jest zapewnienie spersonalizowanego podejścia do nauki, które uwzględnia potrzeby i zdolności każdego ucznia. Równie ważne jest budowanie mocnej, emocjonalnej relacji z dziećmi, gdyż często potrzebują one dodatkowego wsparcia emocjonalnego, aby odnieść sukces w nauce i rozwinięciu.

Czy jest Pani znana terapia behawioralna?

Tak, znam to pojęcie – jest ono podstawą w mojej pracy. Nie ukrywam jednak, że bardziej doświadczeni koledzy i koleżanki potrafią wykorzystywać teorię w praktyce, mimo wszystko zagadnienie nie jest mi obce.

Praktykuje Pani narzędzia takie jak tablice komunikacyjne, komunikatory elektroniczne czy systemy językowo-znaczeniowe, które ułatwiają komunikację uczniom z ograniczeniami w komunikacji werbalnej?

Tak, w mojej praktyce stosuję różnorodne narzędzia, takie jak tablice komunikacyjne, komunikatory elektroniczne i systemy językowo-znaczeniowe. Pomagają one uczniom z ograniczeniami w komunikacji werbalnej w lepszym porozumiewaniu się i wyrażaniu potrzeb.

Czy zna Pani pojęcie terapii sensorycznej?

Tak, uważam że są bardzo istotne w pracy z dziećmi doświadczonymi spektrum autyzmu.

Proszę przedstawić swoje perspektywy w celu pogłębienia wiedzy zarówno nauczycieli, jak i rodziców nt. problemu autyzmu.

Uważam, że narastający problem autyzmu wymaga ciągłego kształcenia się zarówno kadry pedagogicznej, jak i nauczycieli. Myślę, że w obecnych czasach każdy ma tego

świadomość. Dla nas jako kadry niewątpliwie istotnym jest indywidualne podejście do dziecka ze spektrum autyzmu, jest to podstawą, gdyż dzieci mają różne objawy, różne charaktery itd. Rodzice w pierwszej kolejności muszą zrozumieć problem, a zdarza się, że w obawie przed diagnozą (lub nawet po jej postawieniu) unikają tematu. Uważam, że rodzice dzieci autystycznych z roku na rok coraz bardziej rozumieją istotę problemu oraz fakt, że duży wkład w rozwój ich dziecka ma właśnie kadra pedagogiczna – jest to dobry prognostyk.

Dyskusja

Przeprowadzone dotychczas badania pokazują, że wsparcie edukacyjne oraz współpraca rodziców z nauczycielami stanowią kluczowe elementy w rozwoju dzieci ze spektrum autyzmu. Wszyscy badani rodzice i nauczyciele zdają sobie sprawę z tego, że dzieci ze spektrum autyzmu wymagają szczególnej opieki, a różne formy wsparcia oraz praktyki wychowawcze pozytywnie wpływają na zachowanie dzieci zarówno na płaszczyźnie społecznej, jak i edukacyjnej.

Leśniewska i Puchała podkreślają, że najlepsze wyniki przynosi pomoc udzielana uczniowi w sposób spójny i wszechstronny, dostosowany do jego potrzeb. Realizacja takiego wsparcia jest osiągalna, gdy nauczyciele dysponują dokładną wiedzą o uczniu i jego otoczeniu. W związku z tym istotnym jest, aby rodzice oraz nauczyciele posiadali odpowiednią wiedzę na temat problemu autyzmu⁴³.

Z badań własnych wynika, że większość rodziców określa swój poziom wiedzy na raczej dobry. Wszyscy z ankietowanych oznajmili również, że przede wszystkim pozyskują wiedzę na temat problemu autyzmu z Internetu, ale też z innych różnych źródeł oraz są świadomi potencjalnych przyczyn i objawów autyzmu oraz form wsparcia edukacyjnego. Rodzice wskazują także, że w ich opinii kwalifikacje kadry pedagogicznej są na bardzo dobrym i dobrym poziomie. Na podstawie wywiadu oraz ankiety z nauczycielami również zauważa się świadomość problemu, umiejętność wskazywania objawów i znajomości form terapeutycznych.

Kłodnicka podkreśla, że celem działań edukacyjnych, rewalidacyjnych i terapeutycznych jest rozwój wszystkich obszarów funkcjonowania dziecka, zmniejszenie zaburzeń rozwojowych, kompensacja i eliminacja deficytów oraz rozwijanie i wzmacnianie potencjału rozwojowego. W tych celach stosuje się wiele metod terapeutycznych⁴⁴.

Zgodnie z wynikami badań tej pracy, rodzice dzieci ze spektrum autyzmu znają metody wsparcia edukacyjnego stosowane w placówkach, do których uczęszczają ich dzieci. Wśród badanych większość wskazuje na metody aktywizujące, na metody

⁴³ K. Leśniewska, E. Puchała, *Organizacja procesu wspierania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, ORE, Warszawa 2022.

⁴⁴ O. Kłodnicka, *Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET) dla dziecka z diagnozą autyzmu w edukacji przedszkolnej*, ORE, Warszawa 2018.

praktyczne, metodę Dobrego Startu oraz metodę sylabową w czytaniu i pisaniu. Gro rodziców twierdzi, że w szkole ich dziecka wykorzystywana jest również pedagogika zabawy według Klanzy, a metoda czytania globalnego G. Domana jest stosowana w około połowie placówek. Z wywiadu wynika, że nauczyciele stosują również terapię behawioralną oraz sensoryczną. Rodzice dzieci zauważają, że dzięki wsparciu edukacyjnemu oraz współpracy z nauczycielami i terapeutami nastąpiły pozytywne zmiany w sposobie radzenia sobie dziecka w szkole. Spośród badanych ponad połowa wskazała na wyraźną poprawę, a jedna trzecia na poprawę umiarkowaną, a tylko mały procent rodziców nie zauważyło żadnych zmian.

Leśniewska i Puchała zauważają, że głównym środowiskiem wychowawczym dla dziecka jest rodzina. Kiedy rozpoczyna ono edukację, pojawia się w jego życiu drugie istotne środowisko – szkoła (lub wcześniej przedszkole). Moment rozpoczęcia nauki można postrzegać jako zbliżanie się do siebie środowiska rodzinnego i szkolnego. Zbliżanie się polega na wzajemnym poznawaniu się uczestników tego procesu, gdzie ważną rolę odgrywają dziecko, jego rodzice oraz nauczyciele. Oczywiście, środowisko rówieśników także wpływa na adaptację ucznia w szkole^{45, 46}.

Współpraca rodziców i nauczycieli stanowi ważny element w procesie należytego rozwoju i wsparcia dla dzieci ze spektrum autyzmu. Warto podkreślić, że zdecydowana większość rodziców uważa, że zawsze może liczyć na wsparcie kadry pedagogicznej, jako bardzo dobrą współpracę na linii rodzic – nauczyciel ocenia ponad połowa rodziców. Najczęstszą formą komunikacji wybieraną przez rodziców jest osobiste spotkanie. Kontakt telefoniczny jest wybierany przez około jedną czwartą rodziców. Za to, co ciekawe, bardzo mała grupa rodziców uznaje za odpowiednią lub wygodną formę komunikację elektroniczną lub pisemną i wśród badanych byli to tylko mężczyźni. Wśród badanych nauczycieli wszyscy oceniają współpracę z rodzicami jako dobrą, wszyscy nauczyciele konsultują się z rodzicami, a większość zleca dodatkowe zadania dla dzieci do wykonania z rodzicami w domu⁴⁷.

Wnioski

Przeprowadzone badania pokazały, że większa część rodziców współdziała razem z nauczycielami. Ponadto rodzice z reguły pozytywnie oceniają współpracę oraz kompetencje nauczycieli, natomiast ci drudzy również doceniają zaangażowanie i wiedzę rodziców. Dzięki temu obydwie grupy badanych stwierdzają, że dobra

⁴⁵ K. Leśniewska, E. Puchała, *Organizacja procesu...* op. cit.

⁴⁶ G. Małachowska, M. Tarwack, *Dostępne przedszkole, dostępna szkoła – co to znaczy*, [w:] *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole*, Chrzanowska I., Szumski G. (red.), Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji 2019, s. 110–123.

⁴⁷ M. Wilk, *Współpraca nauczycieli szkoły podstawowej ogólnodostępnej z rodzicami uczniów ze spektrum zaburzeń autystycznych w edukacji*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce” 2023; 18(69): 111–122.

komunikacja, indywidualne podejście do dziecka oraz stosowanie różnorodnych form wsparcia edukacyjnego mają pozytywny wpływ na dziecko ze spektrum autyzmu. Warto także zauważyć, że ze względu na zwiększoną liczbę diagnoz, poziom świadomości społecznej na temat autyzmu wzrasta, co umożliwia zarówno rodzicom, jak i nauczycielom szybsze zauważanie objawów. To z kolei może przyczynić się do szybszej diagnozy i wdrożenia odpowiednich form rehabilitacji.

Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu powinni być w stałym kontakcie z nauczycielami. Rodzice oraz nauczyciele powinni na bieżąco uzupełniać swoją wiedzę z zakresu problemu autyzmu. Rozmowy z rodzicami powinny odbywać się w sposób przyjazny, spokojny i bez nacisku. Placówki powinny zapewniać odpowiednią kadrę oraz narzędzia do opieki nad dziećmi ze spektrum autyzmu.

Podsumowanie

Współpraca rodziców dzieci ze spektrum autyzmu oraz nauczycieli stanowi istotny element w rozwoju dziecka. Zarówno rodzice, jak i nauczyciele mają wspólny cel, którym jest wszechstronny rozwój ich podopiecznych. W przypadku dzieci z problemem autyzmu istotną rolę odgrywa zarówno komunikacja między rodzicami a nauczycielami, jak i systematyczna obserwacja objawów, dostosowywanie odpowiednich metod edukacyjnych oraz indywidualne podejście do każdego ucznia. Komunikacja jest kluczowa dla zapewnienia spójnego i skutecznego wsparcia dziecka, a obserwacja objawów pozwala na lepsze zrozumienie jego potrzeb i możliwości. Dostosowanie metod edukacyjnych do specyficznych wymagań ucznia ze spektrum autyzmu oraz indywidualne podejście do każdego dziecka są niezwykle istotne dla jego postępu i rozwoju. Udana współpraca rodziców i nauczycieli może znacząco wspomóc rozwój dziecka ze spektrum autyzmu.

W opiece nad dziećmi ze spektrum autyzmu rodzice nie powinni działać w izolacji. Znaczną część czasu dzieci spędzają w placówkach szkolnych, gdzie za ich opiekę odpowiedzialni są nauczyciele. Dlatego zarówno rodzice, jak i nauczyciele powinni współpracować w celu zapewnienia jak najlepszego samopoczucia i wsparcia dziecka. Oprócz komunikacji istotne jest również pogłębianie wiedzy dotyczące problemu autyzmu, zarówno przez nauczycieli, jak i rodziców oraz wdrażanie różnych form wsparcia edukacyjnego mających na celu rozwój dziecka.

Piśmiennictwo

- Bałachowicz J., Szkolak A., *Z zagadnień profesjonalizacji nauczycieli wczesnej edukacji w dobie zmian*, Libron, Kraków 2012.
- Baron-Cohen S., *The Pattern Seekers. A New Theory of Human Invention*, Allen Lane, Dublin 2020.
- Bąbel P., *Terapia behawioralna zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania*, „Psychologia Rozwojowa” 2023; 27-38.
- Błeszyński J., *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Impuls, Kraków 2013.
- Bowen M., Plimpey L., *Włączanie uczniów z autyzmem w środowisko szkolne*. Źródło: <https://polskiauzyzm.pl/srodowisko-przyjazne-dzieciom-ze-spektrum-autyzmu/> [dostęp: 30.04.2025 r.].
- Brzezińska A.I., Rycielska L., *Tutoring jako czynnik rozwoju ucznia i nauczyciela*, [w:] *Tutoring w szkole. Między teorią a praktyką zmiany edukacji*, Towarzystwo Edukacji Otwartej, Wrocław 2009.
- Czarnocka M., *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w przedszkolu i szkole: zasady organizacji, przykłady praktycznych rozwiązań, pytania i odpowiedzi, narzędzia*, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2017.
- Delacato C., *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Warszawa 1999.
- Forbes G., Kent R., Charman T. et al., *How do autistic people fare in adult life and can we predict it from childhood?*, „Autism Research” 2023;16(2): 458-473.
- Gałkowska U., Pęczkowska E., *One są wśród nas, Dziecko z autyzmem w szkole i przedszkolu*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2009.
- Gałkowski T., *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995.
- Harris J., *Leo Kanner and autism: a 75-year perspective*, „International Review of Psychiatry” 2018; 30(1): 3-17.
- Hasson L., Keville S., Gallagher J. et al., *Inclusivity in education for autism spectrum disorders: Experiences of support from the perspective of parent/carers, school teaching staff and young people on the autism spectrum*, „International Journal of Developmental Disabilities” 2022; 70(2): 201-212.
- Howlin P., *Adults with Autism: Changes in Understanding Since DSM-111*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2021; 51(12): 4291-4308.
- Kłodnicka O., *Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET) dla dziecka z diagnozą autyzmu w edukacji przedszkolnej*, ORE, Warszawa 2018.

Knapik-Szweda S., *Muzykoterapia i jej właściwości w usprawnianiu dziecka z autyzmem*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015.

Korulska E., *Funkcjonowanie dzieci z autyzmem w warunkach szkoły ogólnodostępnej, czyli integracja w szkole nieintegracyjnej*, „Konteksty Pedagogiczne” 2013; 1: 166.

Leśniewska K., Puchała E., *Organizacja procesu wspierania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, ORE, Warszawa 2022.

Małachowska G., Tarwack M. *Dostępne przedszkole, dostępna szkoła – co to znaczy*, [w:] *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole*, Chrzanowska I., Szumski G. (red.), Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji 2019, s. 110–123.

Ministerstwo Edukacji Narodowej, *Jak organizować edukację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi? Przewodnik*, Warszawa 2010.

Moody C.T., Factor R.S, Gulsrud A.C. et al., *A pilot study of PEERS® for Careers: A comprehensive employment-focused social skills intervention for autistic young adults in the United States*, „Research in Developmental Disabilities” 2022; 128: 104287.

Odom S.L., Hall L.J., Morin K.L. et al., *Educational Interventions for Children and Youth with Autism: A 40-Year Perspective*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2021; 51(12): 4354-4369.

Olechowska A., *Specjalne potrzeby edukacyjne*, PWN, Warszawa 2016.

Olechowska A., *Specjalne potrzeby edukacyjne w urzędowym dyskursie pedagogicznym*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2019.

O'Regan F.J., *Jak Pracować z Dziećmi o Specjalnych Potrzebach Edukacyjnych*, K.E. LIBER, Warszawa 2005.

Pisula E., *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2021.

Pufund D., *(Z)rozumieć autyzm. Doświadczenie autyzmu przez blogujących self-advokatów*, [w:] *Zrozumieć niepełnosprawność. Problemy, badania, refleksje*, Całek G., Niedbalski J., Raław M., Żuchowska-Skiba D. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2021, s. 15-28.

Rafał-Łuniewska J., *Na czym polega wspomaganie dziecka z autyzmem przez nauczyciela-cienia?*, ORE, Warszawa 2022, s. 1, 4.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. 2015 poz. 1113).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1534).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2017 r., poz. 1578).

Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P., *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, GWP, Sopot 2024.

Tworzenie środowiska przyjaznego dzieciom w spektrum autyzmu. Źródło: <https://polskiau-tyzm.pl/srodowisko-przyjazne-dzieciom-ze-spektrum-autyzmu> [dostęp: 30.04.2025 r.].

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2016 r., poz. 1943, ze zm.).

Wilk M., *Współpraca nauczycieli szkoły podstawowej ogólnodostępnej z rodzicami uczniów ze spektrum zaburzeń autystycznych w edukacji*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce” 2023; 18(69): 111-122.

Woźniak M., *Uczniowie ze spektrum autyzmu w szkole ogólnodostępnej: analiza trudnych zachowań*, „Roczniki Pedagogiczne” 2018; 10(46): 4.

Zeidan J., Fombonne E., Scora J. et al., *Global prevalence of autism: A systematic review update*, „Autism Research” 2022; 15(5): 778-790.

Jacek Łukasiewicz*
Anna Rosikoń**
Wiesław Kowalski***

WYBRANE CECHY OSOBOWOŚCI I POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO NAUCZYCIELI PRACUJĄCYCH W PRZEDSZKOLACH DLA DZIECI Z AUTYZMEM ORAZ NAUCZYCIELI PRACUJĄCYCH W PRZEDSZKOLACH OGÓLNODOSTĘPNYCH

*Selected personality traits and the level of professional
burnout among teachers working in kindergartens
for children with autism and teachers working
in mainstream kindergartens*

*Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-9181-9403

**Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0001-1988-7698

***Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0001-8402-2837

Streszczenie

Wprowadzenie. Praca nauczycieli edukacji przedszkolnej jest odpowiedzialna, pełna satysfakcji, ale również bardzo wymagająca. Szczególnie specyficzna jest praca z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Bardzo ważnym zasobem osobistym w zawodzie nauczyciela są jego wybrane cechy osobowości, które pomagają radzić sobie z rzeczywistością i zadaniami w swojej pracy, chronić przed wyczerpaniem, a nawet przed wypaleniem zawodowym.

Cel. Celem pracy było porównanie nasilenia wybranych cech osobowości i poziomu wypalenia zawodowego u nauczycieli w obu badanych grupach.

Materiał i metoda. Przebadano łącznie 100 nauczycieli edukacji przedszkolnej, 50 nauczycieli pracujących w przedszkolach dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz 50 pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych. Do badań użyto

Skali Pomiaru Prężności autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego – SPP-25, LBQ Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego autorstwa Massimo Santinello oraz autorskiego kwestionariusza.

Wyniki. W wyniku analizy stwierdzono brak istnienia statystycznie istotnych różnic w badanych grupach dotyczących wybranych cech osobowości, stwierdzono również, że obie badane grupy różnią się istotnie statystycznie pod względem poziomu wypalenia zawodowego – wyższy prezentują nauczyciele pracujący w przedszkolach dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Wnioski. Wyniki badań własnych pokazują, jak ważne jest zwiększanie świadomości i jak ważne są działania zmniejszające natężenie wypalenia zawodowego wśród nauczycieli edukacji przedszkolnej, zarówno pracujących w przedszkolach dla dzieci z autyzmem, jak i dla tych pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych.

Słowa kluczowe: nauczyciele, przedszkole, autyzm, wybrane cechy osobowości, wypalenie zawodowe

Abstract

Introduction. The work of preschool education teachers is responsible, fulfilling, but also very demanding. Working with children with autism spectrum disorders is particularly specific. A very important personal resource in the teaching profession is the selected personality traits of the teacher, which help cope with the realities and tasks of their work, and protect against exhaustion and even professional burnout.

Objective. The aim of the study was to compare the intensity of selected personality traits and the level of professional burnout among teachers in both studied groups.

Materials and methods. A total of 100 preschool education teachers were examined, including 50 teachers working in preschools for children with autism spectrum disorders and 50 working in mainstream preschools. The research employed the Resilience Measurement Scale by Ogińska-Bulik and Juczyński - SPP-25, the LBQ Burnout Questionnaire by Massimo Santinello, and an authorial questionnaire.

Results of the research. The analysis found no statistically significant differences in the examined groups regarding selected personality traits; it was also determined that both studied groups differ significantly in terms of burnout levels - those working in preschools for children with autism spectrum disorders show higher levels.

Conclusions. The results of my own research show how important it is to increase awareness and how crucial actions are to reduce the intensity of burnout among preschool education teachers, both those working in preschools for children with autism and those working in mainstream preschools.

Key words: teachers, preschool, autism, selected personality traits, burnout

Wprowadzenie

Zarówno cechy osobowości, jak i wypalenie zawodowe są obszarami o ważnym znaczeniu indywidualnym i społecznym, zwłaszcza w kontekście wykonywania zawodu nauczyciela. Zawód nauczyciela jest zawodem pomocowym, w którym istnienie pewnych cech osobowości jest związane z lepszym radzeniem sobie w sytuacjach stresowych w miejscu pracy. Wypalenie zawodowe wśród nauczycieli jest zjawiskiem częstym ze względu na specyfikę tego zawodu i bliski kontakt ze swoimi podopiecznymi oraz ich rodzicami, a także silne przeżywanie problemów swoich podopiecznych oraz liczne i zróżnicowane obowiązki. Model wypalenia zawodowego przedstawiła m.in. Maslach, która podkreśliła występowanie w nim fazy emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji i obniżonego poczucia skuteczności zawodowej¹. Według Maslach i wsp. w zawodzie nauczyciela zagrożenie wypaleniem zawodowym jest większe u osób o obniżonej samoocenie, z niską odpornością na stres, nieradzących sobie z trudnościami². Schaufeli i Enzman, jako jedni z pierwszych, przeprowadzali badania dotyczące związku osobowości z poziomem wypalenia zawodowego³, w których zauważyli powiązania pomiędzy neurotyzmem a objawami wypalenia⁴.

Wśród dostępnych badań częściej spotykamy się z takimi, które obejmują charakterystykę pracy nauczycieli pracujących w szkolnictwie ogólnodostępnym, natomiast rzadziej nauczycieli pracujących w specjalnych placówkach, gdzie podopiecznymi są dzieci odbiegające od normy rozwojowej, zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym⁵. Jeszcze rzadziej mamy do czynienia z badaniami dotyczącymi pracy nauczyciela w przedszkolu, w szczególności w przedszkolu dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

W ostatnich latach przedszkoli tego typu powstaje coraz więcej ze względu na dość duże zapotrzebowanie zarówno pod względem opiekuńczo-wychowawczym, dydaktycznym, ale również terapeutycznym. Tego rodzaju placówki zabezpieczają podopiecznego i jego rodziców właśnie pod wieloma względami ważnymi dla rozwoju dzieci ze spektrum autyzmu. Dzieci z autyzmem mają możliwość uczestniczyć w tego typu przedszkolach w indywidualnej terapii logopedycznej, psychologicznej, pedagogicznej, terapii integracji sensorycznej, często również dogoterapii lub muzykoterapii oraz wielu innych, w zależności od możliwości poszczególnych placówek.

¹ C. Maslach, *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*, [w:] H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, PWN, Warszawa 2020, s. 13-31.

² C. Maslach, W.B. Schaufeli, M.P. Leiter, *Job burnout*, „Annual Review of Psychology” 2001; 52: 407-420.

³ W. Schaufeli, D. Enzmann, *The burnout companion to study and practice: A Critical Analysis*, Taylor & Francis, London 1998.

⁴ M. Anczewska, P. Świtaj, J. Roszczyńska, *Wypalenie zawodowe*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005; 14(2): 67-77.

⁵ A. Antas-Jaszcuk, S. Nikitin, *Osobowościowe, kulturowe i środowiskowe uwarunkowania zawodu nauczyciela: komunikat z badań*, „Rozprawy Społeczne” 2014; 8(4): 50-53.

Poza charakterystycznymi stresorami, nauczyciele pracujący w tego rodzaju przedszkolach w większym stopniu doświadczają przeciążenia wykonywaną pracą. Praca z dzieckiem ze spektrum autyzmu jest szczególnie wymagająca. Wśród objawów, jakie prezentują dzieci z tą diagnozą, są: jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych, jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się oraz ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności⁶. Na to może nałożyć się również niepełnosprawność intelektualna, trudne zachowania, zaburzenia integracji sensorycznej⁷.

Znacząca większość przedszkoli jest placówkami prywatnymi, które nie obowiązuje liczba godzin pracy taka, jak w placówkach publicznych, gdzie jest ona regulowana przez organ zarządzający. Ta sytuacja dotyczy zarówno prywatnych przedszkoli dla dzieci z autyzmem, jak i ogólnodostępnych⁸.

Wybrane cechy osobowości nauczycieli edukacji przedszkolnej

„Osobowość nauczyciela, jego umiejętności interpersonalne i wrażliwość na potrzeby uczniów stanowią swoiste narzędzie pracy, które wpływa na sukcesy zawodowe”⁹. Jak podkreśla Klim-Klimaszewska: *„W wychowaniu przedszkolnym i wczesnoszkolnym bardzo istotne są odpowiednie cechy osobowości nauczyciela, a więc pewne skłonności i zdolności, które ułatwiają wykonywanie specyficznych zadań w placówce przedszkolnej. Spośród wielu przymiotów najczęściej wymienia się: zrównoważenie psychiczne, takt, łatwość nawiązywania kontaktów z dziećmi, zdolność przejmowania się ich losem i życiowymi trudnościami oraz umiejętność odczuwania pewnego zapału, entuzjazmu wobec przejawów życia dzieci i przedszkola”*¹⁰.

Zainteresowanie osobowością nauczycieli, w tym nauczycieli nauczania przedszkolnego i wczesnoszkolnego, w kontekście psychologicznym jest ważnym elementem, który pozwala objaśniać, na ile nauczyciel jest sprawnym i produktywnym w swojej profesji¹¹.

W drugiej połowie XX wieku rozpoczęto pierwsze badania nad osobowością nauczycieli pod kątem kilku kryteriów. Wśród wybranych były takie, które skupiały się na opisie typów osobowości nauczycieli i scharakteryzowaniu tego, czy są one

⁶ W. Okła, S. Steuden, *Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia*, „Roczniki Psychologiczne” 1998; 1: 119-130.

⁷ G. Erenc-Grygoruk, *Sposoby pokonywania stresu i jego skutków stosowane przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej – wyniki badań*, „Edukacja Humanistyczna” 2016; 1(34): 119-130.

⁸ S. Tucholska, *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2003.

⁹ H. Sęk, *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, PWN, Warszawa 2020.

¹⁰ P. Jarzynkowski, J. Książek, R. Piotrowska, M. Dobosz, *Zespół wypalenia zawodowego wśród pracowników zawodów medycznych*, „Medycyna Rodzinna” 2017; 20(2): 105-110.

¹¹ Z. Gaś, *Doskonalący się nauczyciel*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2001.

pożądane czy też nie w zawodzie pedagoga^{12, 13}. Inne dotyczyły rozpoznania, jakie cechy osobowości są pożądane albo niepożądane w opinii uczniów, rodziców, dyrektorów i samych pedagogów^{14, 15, 16}. Jeszcze inne skupiały się na atrybutach nauczyciela, opierając się na psychologicznej teorii osobowości¹⁷.

Według Okonia, „nie można przyjąć jednej ogólnej definicji osobowości nauczyciela, bowiem każdy człowiek, zajmujący się pracą pedagogiczną, stanowi odrębną i indywidualną osobowość, charakteryzującą się odrębnymi sposobami postępowania i działania”¹⁸. Jednak oddziaływanie nauczycieli na uczniów przebiega również poprzez to, co sobą reprezentuje pedagog oraz jakie cechy osobowości prezentuje¹⁹.

Jak podkreśla Bodarski, „w odniesieniu do zawodu nauczyciela należy uznać, że bardzo ściśle określenie profilu osobowości czy też ściśle ograniczonego repertuaru cech jest nie tyle niemożliwe, ile nie do końca uzasadnione”²⁰. Jednak bardzo potrzebne z punktu widzenia psychologii, edukacji, wpływu osobowości na proces nauczania i na uczniów, a także postrzeganie swojej profesji, na radzenie sobie w sytuacjach stresowych, wymagających trudnych decyzji, czy na poziom wypalenia zawodowego przez samego nauczyciela.

Najczęściej podejmowane badania i opracowania dotyczące osobowości nauczycieli są oparte na modelu Wielkiej Piątki²¹, w którym osobowość jest rozumiana jako koncepcja cech.

W badaniach polskich nauczycieli, przeprowadzonych Inwentarzem Osobowości NEO-FFI P. Costy i R. R. McCrae, wykazano, że płeć nauczycieli jest czynnikiem różnicującym pod względem takich cech, jak neurotyczność, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność. Przy czym wyższe wyniki w tych skalach uzyskiwały kobiety, natomiast mężczyźni wykazali wyższe wyniki świadczące o większej odporności na stres zawodowy. Brak różnic w zakresie tych pięciu cech osobowości

¹² M. Wilski, *Osobowość i specyficzne problemy psychologiczne nauczycieli*, [w:] *Psychologia ucznia i nauczyciela. Podręcznik akademicki*, S. Kowalik (red.), PWN, Warszawa 2011, s. 334–371.

¹³ R. Bodarski, *Autoportret psychologiczny w kontekście wybranych teorii osobowości i jego znaczenie dla zawodu nauczyciela*, [w:] *Kompetencje interpersonalne w pracy współczesnego nauczyciela*, S. Kwiatkowski, D. Walczak (red.), Wydawnictwo APS, Warszawa 2017, s. 202–216.

¹⁴ Z. Gaś, *Szkoła i nauczyciel w percepcji uczniów*, IBE, Warszawa 1999.

¹⁵ D. Walczak, *Prestiż zawodu nauczyciela a klimat szkoły*, [w:] *Kompetencje interpersonalne w pracy współczesnego nauczyciela*, S. Kwiatkowski, D. Walczak (red.), APS, Warszawa 2017, s. 74–102.

¹⁶ M. Gramlewicz, *Zjawisko wypalenie zawodowego wśród pracowników zajmujących się pracą społeczną*, „Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne” 2012; 1: 449–465.

¹⁷ G. Poraj, *Osobowość jako predyktor zawodowego wypalenia się nauczycieli*, „Medycyna Pracy” 2009; 60(4): 273–282.

¹⁸ W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004.

¹⁹ A. Göncz, L. Göncz, J. Pekić, *The influence of students' personality traits on their perception of a good teacher within the five-factor model of personality*, „Acta Polytechnica Hungarica” 2014; 11(3).

²⁰ R. Bodarski, *Autoportret psychologiczny...* op. cit.

²¹ A. Göncz, L. Göncz, J. Pekić, *The influence of students'...* op. cit.

można było zobaczyć w poszczególnych wynikach nauczycieli z różnych poziomów edukacji²².

W badaniach nauczycieli bardzo ważne okazały się neurotyczność i ekstrawertyczność, które mają związek z ich wypalaniem się zawodowym. Można zauważyć na podstawie tych badań, że poczucie skuteczności zawodowej jest związane z niską neurotycznością i wysoką ekstrawertycznością oraz sumiennością. Motyw niezgody lub buntu jako wymiaru osobowości nauczycieli wydaje się być problematyczny w sytuacji, gdy w szkole dominuje kultura konformistyczna, ponieważ indywidualizm i niezależność nie mają, według badaczy, wiele wspólnego z działaniami sformalizowanymi, na których oparty jest system szkolny. W takim systemie nie jest łatwo realizować działania pedagogiczne, które wymagają od nauczyciela roli mistrza oddziałującego na uczniów swoją osobowością, dzięki czemu ma on wpływ na szeroko pojętą kreatywność uczniów²³.

Charakterystyka pracy nauczycieli nauczania przedszkolnego w kontekście wypalenia zawodowego

Na ryzyko wypalenia zawodowego narażone są szczególnie osoby wykonujące zawody, w których zasadniczą rolę odgrywa nawiązywanie bliskich kontaktów interpersonalnych oraz silne zaangażowanie emocjonalne. Do takich zawodów należy zaliczyć zawód nauczyciela edukacji przedszkolnej.

To, co charakteryzuje pracę nauczycieli nauczania przedszkolnego, to duże zaangażowanie emocjonalne, zarówno w kontaktach ze swoimi podopiecznymi, jak i z ich rodzicami. Nauczyciele pracujący w przedszkolach dbają o rozwój podopiecznych w zakresie emocjonalnym, poznawczym oraz motywacyjnym. Powinni rozumieć zachowania dzieci, modelować je, ale również powinni być otwarci na potrzeby podopiecznych i ich rodziców, a do tego systematycznie kształcić się, uzupełniać bieżącą wiedzę pedagogiczno-psychologiczną. To ogromne zaangażowanie potrafi wyczerpać zarówno emocjonalnie, jak i psychofizycznie. Często na wykonywanej pracy zawodowej nauczyciele budują swoje poczucie wartości²⁴.

Te tak różnorodne obowiązki nauczycieli przedszkola są dużym obciążeniem dla nich i mogą one prowadzić do wyczerpania psychofizycznego, przewlekłego zmęczenia, spadku motywacji do działania, zaniedbywanie podopiecznych, ich rodziców, ale również swoich osobistych, ważnych potrzeb. Właśnie takie symptomy mogą świadczyć o wypaleniu zawodowym²⁵.

²² G. Poraj, *Osobowość jako predyktor...* op. cit.

²³ J. Szempruch, *Pedagogiczne kształcenie nauczycieli wobec reformy edukacji w Polsce*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2000.

²⁴ K. Żuchelkowska, *Wypalenie zawodowe u nauczycieli przedszkoli*, „Roczniki Pedagogiczne” 2014; 6(42): 63-81.

²⁵ Ibidem.

Specyfika pracy nauczycieli pracujących w przedszkolach dedykowanych dla dzieci ze spektrum autyzmu, albo z innymi zaburzeniami sprzężonymi, jest pod pewnymi względami podobna do pracy nauczycieli w przedszkolu dla dzieci bez zaburzeń, ale pod wieloma względami zasadniczo różni się. Wynika to ze specyfiki funkcjonowania na co dzień dzieci ze spektrum autyzmu i wymagań, jakie to funkcjonowanie stawia przed opiekunami.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu według klasyfikacji ICD-10 należą do „całościowych zaburzeń rozwojowych (F84), czyli do grupy zaburzeń charakteryzujących się jakościowymi odchyleniami od normy w zakresie interakcji społecznych i wzorców komunikacji oraz ograniczonym i stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Te jakościowe nieprawidłowości stanowią podstawową cechę funkcjonowania jednostki we wszystkich sytuacjach (ICD-10, s. 248).

Według ICD-10 autyzm dziecięcy (F84.0) charakteryzuje się: (a) nieprawidłowym lub zaburzonym rozwojem przed trzecim rokiem życia oraz (b) charakterystycznym sposobem wadliwego funkcjonowania w trzech obszarach psychopatologii: interakcji społecznych, komunikacji oraz zachowania (ograniczone, stereotypowe, powtarzające się). Obok tych specyficznych cech diagnostycznych występuje często szereg innych objawów, takich jak: fobie, zaburzenia snu i odżywiania, napady złości i (auto)agresji” (ICD-10).

Zespół Aspergera (F84.5) według tej klasyfikacji jest zaliczany do zaburzeń ze spektrum, w którym mamy do czynienia z dobrze rozwiniętą mową i procesami poznawczymi oraz z zaburzonymi obszarami z zakresu motoryki i komunikacji społecznej²⁶.

Do grupy tego rodzaju zaburzeń należą, według ICD-10, również autyzm atypowy i Zespół Retta, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi.

W 2018 r. weszła w życie nowa, XI wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-11), w której zunifikowano podejście do „całościowych zaburzeń rozwoju” (F84 w ICD-10). W ICD-11 są one ujęte w jednolitą grupę „zaburzeń ze spektrum autyzmu”. Tym samym nie ma rozróżnienia rozpoznania pomiędzy zespołem Aspergera i zespołem Retta²⁷.

Część dzieci reprezentujących zaburzenie należące do spektrum autyzmu jest dotknięta również innymi chorobami lub formami niepełnosprawności – mówi się wtedy o autyzmie ze sprzężeniami lub o zaburzeniach mieszanych²⁸.

²⁶ A. Sotirovska, *Dziecko ze spektrum autyzmu w przedszkolu – strategie radzenia sobie z uczniem autystycznym i z Zespołem Aspergera*, „Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości w Wałbrzychu” 2019; 47(1): 135-157.

²⁷ P. Krawczyk, Ł. Święcicki, *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatria Polska” 2020; 54(1): 7–20.

²⁸ R. Stefańska-Klar, *Przedszkolak i uczeń ze spektrum autyzmu*, [w:] *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w przedszkolu i szkole*, J. Skibińska, M. Warchał (red.), Wydawnictwo LIBRON-Filip Lohner, Kraków 2013, s. 67-88.

Nauczyciele, którzy na co dzień pracują w przedszkolach dla dzieci ze spektrum autyzmu, spotykają się z zachowaniami, które w znacznej mierze różnią się od zachowań dzieci zdrowych. Dzieci ze spektrum autyzmu często charakteryzuje słabe naśladownictwo, zaburzony kontakt wzrokowy, brak zainteresowania zabawą z drugim rówieśnikiem lub z opiekunem, mierna ekspresja twarzy. Rozwój mowy jest u tych dzieci wyraźnie opóźniony, w związku z tym nauczyciele wprowadzają do komunikacji tzw. komunikacje alternatywne (ang. Augmentative and Alternative Communication, AAC), w tym elementy języka migowego. Bardzo często zauważany jest brak reakcji na głos, na własne imię. Charakterystyczne dla dzieci z autyzmem są stereotypie ruchowe, nietypowa zabawa przedmiotami, nietypowe reakcje na dźwięki lub brak takich reakcji, częstokroć brak wrażliwości na ból²⁹.

Badacze podkreślają, że nauczyciele pracujący na co dzień z dziećmi o specjalnych potrzebach wychowawczo-edukacyjnych, jakimi są pedagodzy specjaliści, podobnie jak inne grupy zawodowe, których stałą cechą jest wymagający kontakt z drugim człowiekiem, narażeni są na wypalenie zawodowe w związku z przewlekłym odczuwaniem napięcia i stresu emocjonalnego związanego z wykonywaną profesją³⁰.

Według Plichty *„Poza ogólnymi stresorami typowymi dla nauczycieli pedagogów specjaliści w większym stopniu doświadczają przeciążenia pracą, które wynika m.in. z oczekiwania od nich zróżnicowanych działań (indywidualizacji), radzenia sobie zarówno z wyzwaniami dydaktycznymi (związanymi np. z planowaniem zajęć, instruktażem w czasie lekcji), jak i wychowawczymi (np. trudnymi zachowaniami uczniów)”*. Ponadto *„u nauczycieli pracujących z niepełnosprawnymi intelektualnie poziom stresu zawodowego jest wyższy nie tylko w porównaniu z nauczycielami ze szkół ogólnodostępnych, ale również z pedagogami pracującymi w szkolnictwie specjalnym z innymi grupami osób niepełnosprawnych”*³¹.

Spektrum autyzmu nie wyklucza występowania niepełnosprawności intelektualnej. Nauczyciele, którzy posiadają kwalifikacje do pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu, a także z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną, to pedagodzy specjaliści, oligofrenopedagodzy oraz nauczyciele z uprawnieniami nabytymi podczas studiów podyplomowych z zakresu edukacji i rehabilitacji dzieci ze spektrum autyzmu.

Plichta zauważa, że w placówkach specjalnych nauczyciele mają do czynienia *„z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych, o różnym poziomie wymaganego wsparcia i specjalistycznej pomocy. W grupie tej szczególnie miejsce zajmują osoby niepełnosprawne intelektualnie – w dużym stopniu zależne od innych”*³².

Należy zauważyć, że osoby pracujące z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie, a takimi mogą być również dzieci ze spektrum autyzmu, dość często znajdują

²⁹ E. Pisula, *Autyzm u dzieci: Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa 2001.

³⁰ A. Jędrzysek-Geisler, P. Izdebski, *Osobowość nauczyciela a wypalenie zawodowe*, „Edukacja” 2018; 1(144): 106-117.

³¹ P. Plichta, *Obciążenia zawodowe pedagogów specjalnych pracujących z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie*, „Medycyna Pracy” 2014; 65(2): 239-250.

³² Ibidem.

się w sytuacjach, kiedy ich podopieczni są silnie pobudzeni emocjonalnie, wywołują „samouszkodzenia, agresję, niszczenie przedmiotów, krzyk, zabawy nieczystościami, (...). Te zachowania są wymieniane jako jedno z najpoważniejszych obciążeń w pracy pedagogów specjalnych”³³.

Cel pracy

Głównym celem badań było ukazanie różnic w stopniu nasilenia wybranych cech osobowości oraz różnic poziomu wypalenia zawodowego wśród nauczycielek pracujących w przedszkolach dla dzieci ze spektrum autyzmu w porównaniu do nauczycielek pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych, a także zbadanie, czy to miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym specyfikę związku wybranych cech osobowości a poziomem wypalenia zawodowego.

Dodatkowo zbadano, jak nauczycielki oceniają wybrane czynniki w miejscu pracy jako potencjalne stresogenne oraz jaka jest ich satysfakcja (zadowolenie) z różnych aspektów wykonywanej pracy.

Problemy i hipotezy badawcze

Dla tak przedstawionych celów badań (głównego i dodatkowych) sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje istotna różnica w stopniu nasilenia występowania wybranych cech osobowości nauczycielek pracujących w przedszkolach dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i nauczycielek pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych?
2. Czy miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym poziom wypalenia zawodowego nauczycielek przedszkoli dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i nauczycielek przedszkoli ogólnodostępnych?
3. Czy miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym specyfikę związku wybranych cech osobowości z poziomem wypalenia zawodowego nauczycielek przedszkoli dla dzieci ze spektrum i nauczycielek przedszkoli ogólnodostępnych?
4. Czy miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym w zakresie odbierania wybranych czynników występujących w miejscu pracy jako stresogennych wśród nauczycielek przedszkoli dla dzieci ze spektrum oraz nauczycielek przedszkoli ogólnodostępnych?
5. Czy miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym w zakresie opinii dotyczących zadowolenia (satysfakcji) z pracy wśród nauczycielek przedszkoli dla dzieci ze spektrum oraz nauczycielek z przedszkoli ogólnodostępnych?

³³ Ibidem.

W stosunku do wszystkich pytań badawczych postawiono hipotezy badawcze, zakładające, że miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym.

Materiał i metoda

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem zostały objęte nauczycielki pracujące z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z całej Polski. Łącznie przebadano 100 nauczycielek, w tym 50 pracujących w przedszkolach dla dzieci ze spektrum autyzmu oraz 50 pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych (tabela 1).

Tabela 1. Podział grupy badanej ze względu na miejsce pracy

Przedszkole	Liczebność	Procent
Specjalne	50	50
Ogólnodostępne	50	50
Ogółem	100	100

Źródło: badania własne

Specjalne – przedszkole dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

W tabeli 2 przedstawiono zakres wieku badanych nauczycielek. W badaniach uczestniczyły osoby w wieku od 23 do 57 lat. Wśród osób pracujących w przedszkolach dla dzieci ze spektrum autyzmu wiek wahał się w przedziale od 23 do 43 lat, a wśród osób pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych w przedziale od 24 do 57 lat. Grupy badane różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku ($p = 0,029$).

Tabela 2. Zakres wieku w badanych grupach

Przedszkole	N	Min	Max
Specjalne	50	23	43
Ogólnodostępne	50	24	57
Test U Manna-Whitneya =0,933; $p=0,029$			

Źródło: badania własne

p – prawdopodobieństwo; N – liczebność; Min – wartość najmniejsza; Max – wartość największa

Tabela 3 przedstawia zakres stażu pracy badanych. Zakres stażu pracy w grupie nauczycielek pracujących w przedszkolach dla dzieci z autyzmem wahał się od 1 do 13 lat, a w grupie nauczycielek pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych od 1 do ponad 27 lat. Grupy badane różniły się istotnie statystycznie pod względem stażu pracy ($p = 0,01$).

Tabela 3. Zakres stażu pracy w badanych grupach

Przedszkole	N	Min	Max
Specjalne	50	1	13
Ogólnodostępne	50	1	27,5
Test U Manna-Whitneya=880,0; $p=0,01$			

Źródło: badania własne

*p – prawdopodobieństwo; N – liczebność; Min – wartość najmniejsza; Max – wartość największa
Specjalne – przedszkole dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*

W tabeli 4 przedstawiono zakres średniej tygodniowej liczby godzin pracy w badanych grupach. Średnia tygodniowa liczba godzin pracy w grupie nauczycielek pracujących w przedszkolach dla dzieci z autyzmem wahała się od 18 do 40, a w grupie nauczycielek pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych od 15 do 40. Grupy badane nie różnią się istotnie statystycznie pod względem średniej tygodniowej liczby godzin pracy ($p = 0,052$).

Tabela 4. Przekrój średniej tygodniowej liczby godzin pracy w badanych grupach

Przedszkole	N	Min	Max
Specjalne	50	18	40
Ogólnodostępne	50	15	40
Test U Manna-Whitneya = 975,50; $p=0,052$			

Źródło: badania własne

*p – prawdopodobieństwo; N – liczebność; Min – wartość najmniejsza; Max – wartość największa
Specjalne – przedszkole dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*

W tabeli 5 przedstawiono charakterystykę badanych grup pod względem wykształcenia. W grupach badanych nauczycielek stwierdzone zależności pomiędzy rodzajem wykształcenia a miejscem pracy były statystycznie istotne ($p=0,012$).

Tabela 5. Struktura badanych grup pod względem rodzaju wykształcenia

Wykształcenie	Przedszkole			
	Specjalne		Ogólnodostępne	
	N	%	N	%
Wyższe licencjackie	4	8	10	20
Wyższe magisterskie	35	70	38	76
Podyplomowe	11	22	2	4
Chi ² -Pearsona=8.925; df=2; p=0,012				

Źródło: badania własne

p – prawdopodobieństwo; N – liczebność; df – liczba stopni swobody

Specjalne – przedszkole dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

W tabeli 6 przedstawiono charakterystykę badanych grup pod względem stanu cywilnego. Nie stwierdzono zależności pomiędzy stanem cywilnym a miejscem pracy ($p = 0,512$).

Tabela 6. Struktura badanych grup pod względem stanu cywilnego

Stan cywilny	Przedszkole			
	Specjalne		Ogólnodostępne	
	N	%	N	%
Stan wolny (panna lub rozwiedziona)	17	34	13	26
Zamężna	33	66	37	74
Chi ² -Pearsona=0,762; df=1; p=0,383; Chi ² -Yatesa=0,429; p=0,512				

Źródło: badania własne

p – prawdopodobieństwo; N – liczebność; df – liczba stopni swobody

Specjalne – przedszkole dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

W tabeli 7 przedstawiono charakterystykę badanych grup pod względem wielkości miejscowości zamieszkania. Grupy różnią się istotnie statystycznie pod względem wielkości miejscowości, w której mieszkają ($p = 0,0000$).

Tabela 7. Struktura badanych grup pod względem wielkości miejscowości zamieszkania

Wielkość miejscowości	Przedszkole			
	Specjalne		Ogólnodostępne	
	N	%	N	%
Wieś	7	14	21	42
Miasto do 50 tys. mieszk.	0	0	8	16
Miasto 50-150 tys. mieszk.	7	14	6	12
Miasto 150-500 tys. mieszk.	18	36	9	18
Miasto powyżej 500 tys. mieszk.	18	36	6	12
Chi ² Pearsona=24,077, df=4, p=0,0000				

Źródło: badania własne

p – prawdopodobieństwo; N – liczebność; df – liczba stopni swobody

Specjalne – przedszkole dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

W tabeli 8 przedstawiono średnią liczbę dzieci w grupie w przedszkolu dla dzieci ze spektrum autyzmu, która wynosi około 4 dzieci, a także średnią liczbę dzieci w grupie w przedszkolu ogólnodostępnym, która wynosi około 20 dzieci³⁴.

³⁴ Liczba dzieci w oddziale ogólnodostępnego publicznego przedszkola, w tym także w ogólnodostępnym oddziale przedszkolnym w szkole podstawowej, a także innej formie wychowania przedszkolnego, nie może przekraczać 25 (§ 5 ust. 1 i § 18 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 lutego 2019 r. w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli – Dz. U. z 2019 r., poz. 502 oraz § 4 ust. 2 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. w sprawie rodzajów innych form wychowania przedszkolnego, warunków tworzenia i organizowania tych form oraz sposobu ich działania – Dz. U. z 2020 r., poz. 1520.). Natomiast od 10 marca 2022 r. obowiązują nowe przepisy dotyczące limitu dzieci w oddziale przedszkolnym. Zgodnie z § 21a ust. 1 rozporządzenia MEN z 28 lutego 2019 r. w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli: w roku szkolnym 2021/2022 liczba dzieci w oddziale przedszkola może być zwiększona o nie więcej niż 3 dzieci, będących obywatelami Ukrainy, które wjechały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bezpośrednio z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa. Liczba dzieci w oddziale przedszkola specjalnego i oddziale specjalnym w publicznym przedszkolu ogólnodostępnym wynosi: w oddziale dla dzieci z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera – nie więcej niż 4 (§ 5 ust. 1 i § 18 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 lutego 2019 r. w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli – Dz. U. z 2019 r., poz. 502 oraz § 4 ust. 2 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. w sprawie rodzajów innych form wychowania przedszkolnego, warunków tworzenia i organizowania tych form oraz sposobu ich działania – Dz. U. z 2020 r., poz. 1520.).

Tabela 8. Średnia liczba dzieci w grupie w poszczególnych typach przedszkoli

Średnia liczba dzieci w grupie	Przedszkole	
	Specjalne	Ogólnodostępne
	4,08	19,94

Źródło: badania własne

Specjalne – przedszkole dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od lutego do maja 2021 r. z nauczycielkami pracującymi w przedszkolach dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz z nauczycielkami pracującymi w przedszkolach ogólnodostępnych. Ze względu na sytuację pandemii i obostrzenia dotyczące kontaktów osobistych badanie przeprowadzono drogą zdalną. Badanie odbyło się z zachowaniem zasady dobrowolności i anonimowości. Wszyscy zostali poinformowani o tym, że wyniki badań zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Wśród badanych znalazły się osoby pracujące w wyżej wymienionych placówkach z całej Polski, na zasadzie dostępności. Łącznie badaniem objęto 102 osoby, z czego do ostatecznej analizy wykorzystano dane od 100 badanych osób. Wyniki 2 osób zostały wykluczone ze względu na tendencyjność odpowiedzi.

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej przy użyciu pakietu SPSS 26. Zgodność rozkładu z rozkładem normalnym badano przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Aby sprawdzić różnice rozkładów między analizowanymi grupami, zastosowano test χ^2 Pearsona (z poprawką Yatesa dla tabel 2x2) oraz test U Manna-Whitneya, zależnie od charakteru zmiennych (odpowiednio nominalnych i porządkowych). Różnice średnich dla zmiennych o rozkładzie normalnym badano przy pomocy testu t-Studenta. Korelacje badano przy pomocy rho Spearmana.

W badaniach użyto następujących narzędzi badawczych:

- Skala Pomiaru Prężności (SPP-25);
- Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (LBQ – Link Burnout Questionnaire);
- Autorski kwestionariusz, którego pierwsza część zawiera pytania dotyczące cech socjodemograficznych, druga część zawiera pytania dotyczące satysfakcji z wykonywanej pracy, a trzecia część zastaw pytań dotyczących oceny czynników stresogennych w pracy.

Skala Pomiaru Prężności SPP – 25

Do pomiaru prężności traktowanej jako właściwość osobowości użyto Skali Pomiaru Prężności SPP-25 autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik i Zygryda Juczyńskiego. Narzędzie to służy do oceny prężności, która jest „istotna w procesie skutecznego

radzenia sobie, zarówno z wydarzeniami o charakterze traumatycznym, jak i stresem dnia codziennego”³⁵.

Skala narzędzia składa się z 25 pozycji odnoszących się do pięciu wybranych konstrukatów osobowości:

- wytrwałości i determinacji w działaniu,
- otwartości na nowe doświadczenia i poczucie humoru,
- kompetencji osobistych do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji,
- tolerancji na niepowodzenia i traktowania życia jako wyzwania,
- optymistycznego nastawienia do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach.

Badany ustosunkowuje się do stwierdzeń na skali 5-stopniowej (od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”). W przypadku tego narzędzia wyniki są obliczane zarówno dla poszczególnych czynników, jak i dla całej skali. Wynik na skali stenowej określa poziom nasilenia prężności. W zakresie od 1 do 4 oznaczają one niską prężność, od 5 do 6 – przeciętną, natomiast od 7 do 10 prężność wysoką.

Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (Link Burnout Questionnaire, LBQ)

Do oceny poziomu wypalenia zawodowego wykorzystano Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (Link Burnout Questionnaire, LBQ) autorstwa Massimo Santinello, w polskiej adaptacji A. Jaworowskiej. Kwestionariusz ten mierzy wypalenie zawodowe u osób, które wykonują zawód ściśle związany z pomaganiem innym osobom, m.in.: nauczycieli, terapeutów, pielęgniarek, lekarzy itp. Narzędzie to składa się z 24 pozycji, a poszczególne z nich odnoszą się do czterech symptomów wypalenia zawodowego, takich jak:

- wyczerpanie psychofizyczne,
- brak zaangażowania w relacje z klientami,
- poczucie braku skuteczności zawodowej,
- rozczarowanie.

Badany, odnosząc się do częstości doświadczanych odczuć, udziela odpowiedzi na skali 6-stopniowej (od „nigdy” do „codziennie”).

Pierwszy wymiar dotyczący wyczerpania psychofizycznego dotyczy oceny zasobów psychofizycznych przez badanego. Na jego jednym krańcu jest wyczerpanie, zmęczenie, poczucie napięcia i bycie pod presją, natomiast na drugim poczucie bycia aktywnym i pełnym energii.

Kolejny wymiar to brak zaangażowania w relacje z klientami – opisuje on jakość relacji badanego z klientami (pacjentami, podopiecznymi). Tu z jednej strony można określić je jako takie, gdzie przeważa podmiotowe traktowanie klienta, zaś z drugiej

³⁵ N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, *Skala pomiaru prężności – SPP-25*, „Nowiny Psychologiczne” 2008; 3: 39-55.

skrajnej strony traktowanie klienta z zaangażowaniem i indywidualnym do niego podejściem.

Trzeci z wymiarów to poczucie braku skuteczności zawodowej, w którym zawarta jest ocena własnych kompetencji zawodowych badanego. Z jednej strony można tutaj mówić o poczuciu skuteczności w pracy, efektywności w realizowaniu celów zawodowych, z drugiej natomiast o poczuciu braku skuteczności i poczuciu braku rezultatów w pracy.

Czwarty wymiar, jakim jest rozczarowanie, określa egzystencjalne oczekiwania związane z motywacją osób wybierających zawody związane z pomaganiem innym, które traktują swój zawód jako misję mającą na celu niesienie pomocy, a siebie – jako czyniących dobro. Z jednej strony tego wymiaru znajduje się pasja, entuzjazm i satysfakcja z pracy, natomiast z drugiej brak entuzjazmu i rozczarowanie.

Wyniki uzyskane w kwestionariuszu wyrażone są w skali stenowej i dla przedziału 1-3 – oznacza ono wyniki niskie, wskazujące na brak objawów wypalenia zawodowego, 4-7 – oznacza wyniki przeciętne, wskazujące na możliwość występowania pewnych problemów związanych z wypaleniem zawodowym, od 8-10 stena – wyniki wysokie, wskazujące na wysoki poziom wypalenia zawodowego.

Kwestionariusz autorski

Do oceny zadowolenia z wykonywanej pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Składa się ona z 31 pytań, podzielonych na trzy części. Pierwszą część stanowi 10 pytań dotyczących zmiennych socjodemograficznych i innych zmiennych niezależnych, w tym: miejsce pracy, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejscowość zamieszkania, staż pracy, średnia tygodniowa ilość godzin pracy i średnia liczba dzieci w grupie. Część druga obejmuje 10 pytań dotyczących zadowolenia (satysfakcji) z różnych aspektów wykonywanej pracy, które potraktowano jako zmienne jakościowe (nominalne). Część trzecia ankiety to 11 pytań dotyczących oceny potencjalnych czynników stresogennych w miejscu pracy. W części trzeciej kwestionariusza odpowiedzi kodowano na 6-stopniowej skali porządkowej o następujących wartościach: 1) „zdecydowanie nie”; 2) „nie”; 3) „raczej nie”; 4) „raczej tak”; 5) „tak”; 6) „zdecydowanie tak”.

Zmienne i wskaźniki

Badania z wykorzystaniem narzędzi standaryzowanych (SPP-25 i LBQ) przeprowadzono w modelu różnicowym i korelacyjnym.

W modelu różnicowym wyróżnione zmienne i wskaźniki zostały przedstawione w tabeli 9 (zmienne niezależne) oraz w tabeli 10 (zmienne zależne dotyczące wybranych cech osobowości) i w tabeli 11 (zmienne dotyczące poziomu wypalenia zawodowego). Natomiast w modelu korelacyjnym wyróżnione zmienne i wskaźniki zostały przedstawione w tabeli 12 i tabeli 13.

Tabela 9. Zmienna niezależna wraz z operacjonalizacją i wskaźnikami

Zmienna	Operacjonalizacja	Wskaźnik
Miejsce pracy	Deklaracja miejsca pracy	Praca z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym w przedszkolu dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu; Praca z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym w przedszkolu ogólnodostępnym

Źródło: badania własne

Tabela 10. Zmienne zależne współwystępujące wraz z operacjonalizacją i wskaźnikami w odniesieniu do wybranych cech osobowości

Zmienna	Operacjonalizacja	Wskaźnik
Wytrwałość i determinacja w działaniu	Ocena badanego swoich predyspozycji w zakresie wytrwałości i determinacji w działaniu	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 1, 6, 11, 16, 21.
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	Ocena badanego swojej otwartości na nowe doświadczenia i poczucia humoru	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 2, 7, 1, 17, 22.
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	Ocena badanego swoich kompetencji do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 3, 8, 13, 18, 23.
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	Ocena badanego poziomu swojej tolerancji na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 4, 9, 14, 19, 24..
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	Ocena badanego swojego optymistycznego nastawienia do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 5, 10, 15, 20, 25.

Źródło: badania własne

Tabela 11. Zmienne zależne współwystępujące wraz z operacjonalizacją i wskaźnikami w odniesieniu do poziomu wypalenia zawodowego

Zmienna	Operacjonalizacja	Wskaźnik
Wyczerpanie psychofizyczne	Ocena zasobów psychofizycznych badanych na kontinuum, na którego jednym krańcu znajduje się wyczerpanie, zmęczenie, poczucie napięcia i bycie pod presją, zaś na drugim – poczucie bycia aktywnym i pełnym energii	Suma punktów uzyskanych w Odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu LBQ: 1,7, 10, 16, 22, 24.
Brak zaangażowania w relacje z klientem	Ocena badanego swoich relacji z klientami (pacjentami, podopiecznymi), gdzie na jednym krańcu kontinuum znajduje się przedmiotowe traktowanie klientów, zaś na drugim indywidualne traktowanie każdego klienta	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu LBQ: 3, 5, 12, 14, 18, 23.
Poczucie braku skuteczności zawodowej	Ocena badanego własnych kompetencji zawodowych, gdzie na jednym krańcu kontinuum znajduje się efektywność w realizowaniu celów zawodowych, zaś na drugim poczucie braku skuteczności zawodowej	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu LBQ: 2, 8, 11, 13, 17, 20.
Rozczarowanie	Deklaracja oczekiwań egzystencjalnych związanych z wykonywaną pracą, gdzie na jednym krańcu kontinuum znajdują się pasja, entuzjazm i satysfakcja, zaś na drugim brak entuzjazmu i rozczarowanie	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu LBQ: 4, 6, 9, 15, 19, 21.

Źródło: badania własne

Tabela 12. Zmienne współwystępujące wraz z operacjonalizacją i wskaźnikami w odniesieniu do wybranych cech osobowości

Zmienna	Operacjonalizacja	Wskaźnik
Wytrwałość i determinacja w działaniu	Ocena badanego swoich predyspozycji w zakresie wytrwałości i determinacji w działaniu	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 1, 6, 11, 16, 21.
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	Ocena badanego swojej otwartości na nowe doświadczenia i poczucia humoru	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 2, 7, 1, 17, 22.
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	Ocena badanego swoich kompetencji do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 3, 8, 13, 18, 23.
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	Ocena badanego poziomu swojej tolerancji na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 4, 9, 14, 19, 24.
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	Ocena badanego swojego optymistycznego nastawienia do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SPP-25: 5, 10, 15, 20, 25.

Źródło: badania własne

Tabela 13. Zmienne współwystępujące wraz z operacjonalizacją i wskaźnikami w odniesieniu do poziomu wypalenia zawodowego

Zmienna	Operacjonalizacja	Wskaźnik
Wyczerpanie psychofizyczne	Ocena zasobów psychofizycznych badanych na kontinuum, na którego jednym krańcu znajduje się wyczerpanie, zmęczenie, poczucie napięcia i bycie pod presją, zaś na drugim – poczucie bycia aktywnym i pełnym energii	Suma punktów uzyskanych w Odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu LBQ: 1, 7, 10, 16, 22, 24.
Brak zaangażowania w relacje z klientem	Ocena badanego swoich relacji z klientami (pacjentami, podopiecznymi), gdzie na jednym krańcu kontinuum znajduje się przedmiotowe traktowanie klientów, zaś na drugim indywidualne traktowanie każdego klienta	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu LBQ: 3, 5, 12, 14, 18, 23.
Poczucie braku skuteczności zawodowej	Ocena badanego własnych kompetencji zawodowych, gdzie na jednym krańcu kontinuum znajduje się efektywność w realizowaniu celów zawodowych, zaś na drugim poczucie braku skuteczności zawodowej	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu LBQ: 2, 8, 11, 13, 17, 20.
Rozczarowanie	Deklaracja oczekiwań egzystencjalnych związanych z wykonywaną pracą, gdzie na jednym krańcu kontinuum znajdują się pasja, entuzjazm i satysfakcja, zaś na drugim brak entuzjazmu i rozczarowanie	Suma punktów uzyskanych w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu LBQ: 4, 6, 9, 15, 19, 21.

Źródło: badania własne

Pozostałymi zmiennymi niezależnymi są: wiek, stan cywilny, wielkość miejscowości zamieszkania oraz rodzaj wykształcenia.

Wyniki

Opis statystyczny mierzonych zmiennych

W tabelach 14 i 15 zamieszczono statystyki opisowe mierzonych zmiennych w obu badanych grupach.

Tabela 14. Opis statystyczny zmiennych dotyczących wybranych cech osobowości (SPP-25)

Zmienne	Przedszkole							
	Specjalne				Ogólnodostępne			
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD
WD	6	20	14,88	2,994	10	18	14,56	2,278
OD	6	20	16,12	3,166	10	20	15,90	1,961
KO	4	19	14,00	3,499	2	19	14,24	2,767
TN	5	20	14,56	3,150	8	19	14,12	2,677
ON	3	20	12,74	3,250	5	18	12,88	3,041
Prężność ogólna	1	10	5,98	2,281	1	10	5,70	1,982

Źródło: badania własne

WD – Wytrwałość i determinacja w działaniu; OD – Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; KO – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; TN – Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania; ON – Optymistyczne nastawienie do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach; Min – wartość minimalna; Max – wartość maksymalna; M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Tabela 15. Opis statystyczny zmiennych dotyczących wypalenia zawodowego (LBQ)

Zmienne	Przedszkole							
	Specjalne				Ogólnodostępne			
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD
WP	2	10	6,30	1,764	1	10	5,04	2,185
BZ	1	9	5,54	1,908	1	9	3,80	2,138
PB	1	9	5,76	1,349	1	10	4,62	2,165
RO	2	10	5,50	2,102	2	10	4,60	2,241

Źródło: badania własne

WP – Wyczerpanie psychofizyczne; BZ – Brak zaangażowania w relacje z klientami; PB – Poczucie braku skuteczności zawodowej; RO – Rozczarowanie; Min – wartość minimalna; Max – wartość maksymalna; M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Analiza statystyczna wykazała brak istnienia istotnych różnic w rozkładach (testy U Manna-Whitneya) lub wartości średnich (test t-Studenta) w zakresie wszystkich zmiennych dotyczących wybranych cech osobowości, co nie potwierdza hipotezy nr 1 zakładającej zróżnicowania w tym zakresie nauczycieli pracujących w przedszkolach dla dzieci ze spektrum autyzmu i nauczycieli pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych (tabela 16)

Tabela 16. Analiza porównawcza pomiędzy grupą nauczycieli z przedszkola specjalnego a grupą z przedszkola ogólnodostępnego w zakresie wybranych cech osobowości

SPP-25 - Skala pomiaru prężności	Wyniki testów	
Wytrwałość i determinacja w działaniu	U=1136,500	p=0,430
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	U=1035,500	p=0,135
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	U=1230,500	p=0,892
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	U=1105,000	p=0,313
Prężność ogólna	U=1169,500	p=0,579
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	t=0,222	p=0,824

Źródło: badania własne

U – test U Manna-Whitneya; t – test t-Studenta; p – istotność statystyczna

Analiza statystyczna wykazała istnienie istotnych różnic rozkładów (testy U Manna-Whitneya) w zakresie wszystkich zmiennych dotyczących poziomu wypalenia zawodowego, co potwierdza hipotezę nr 2, zakładającą zróżnicowanie w tym zakresie nauczycieli pracujących w przedszkolach dla dzieci ze spektrum autyzmu i nauczycieli pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych (tabela 17).

Tabela 17. Analiza porównawcza pomiędzy grupą nauczycieli z przedszkola specjalnego a grupą z przedszkola ogólnodostępnego w zakresie wypalenia zawodowego

LBQ – Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego	Test U Manna-Whitneya	
Wyczerpanie psychofizyczne	U=751,500	p=0,001
Brak zaangażowania w relacje z klientami	U=620,000	p=0,000
Poczucie braku skuteczności zawodowej	U=781,500	p=0,001
Rozczarowanie	U=900,000	p=0,015

Źródło: badania własne

U – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

W grupie nauczycielek pracujących w przedszkolach dla dzieci ze spektrum autyzmu występuje jedna istotna statystycznie ($p < 0,05$), słaba korelacja ujemna ($r = -0,279$) pomiędzy „Rozczarowaniem” a „Tolerancją na niepowodzenia i traktowaniem życia jako wyzwania”, co oznacza, że im większa tolerancja na niepowodzenia, tym mniejsze u badanych poczucie rozczarowania wykonywaną pracą (tabela 18).

Tabela 18. Analiza korelacji pomiędzy skalami LBQ a skalami SPP-25 w grupie nauczycielek przedszkoli dla dzieci ze spektrum autyzmu

Zmienna	Prężność ogólna	WD	OD	KO	TN	ON
WP	-.176	-.129	-.100	-.125	-.132	-.213
BZ	-.052	-.051	.050	.019	-.123	-.019
PB	-.185	-.084	-.144	-.224	-.216	-.161
RO	-.214	.026	-.109	-.151	-.279*	-.181

Źródło: badania własne

(*) Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie); WD – wytrwałość i determinacja w działaniu; OD – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; KO – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; TN – tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania; WP – wyczerpanie psychofizyczne; BZ – Brak zaangażowania w relacje z klientami; PB – Poczucie braku skuteczności zawodowej; RO – Rozczarowanie; ON – Optymistyczne nastawienie do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach

Natomiast w grupie nauczycielek z przedszkoli ogólnodostępnych wykazano trzy statystycznie istotne korelacje ($p < 0,05$). Pierwsza z nich to słaba ujemna korelacja ($r = -0,297$) wskazująca, że im wyższa „Prężność ogólna”, tym mniejsze jest „Poczucie braku skuteczności zawodowej”. Druga to także słaba ujemna korelacja ($r = -0,361$) wskazująca, że im wyższa jest „Wytrwałość w działaniu” tym mniejsze jest „Poczucie braku skuteczności zawodowej”. Trzecia, podobnie słaba korelacja ($r = -0,326$) wskazuje, że im większa jest „Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru”, tym mniejsze jest „Poczucie braku skuteczności zawodowej” (tabela 19).

Tabela 19. Wyniki korelacji pomiędzy skalami LBQ a skalami SPP-25 w grupie nauczycielek przedszkoli ogólnodostępnych

Zmienna	Prężność ogólna	WD	OD	KO	TN	ON
WP	.039	-.014	-.135	.043	.014	.123
BZ	.156	.081	.048	.215	.135	.135
PB	-.297*	-.361*	-.326*	-.225	-.234	-.177
RO	.106	-.046	.041	.138	.153	.133

Źródło: badania własne

(*) Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie); WD – wytrwałość i determinacja w działaniu; OD – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; KO – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; TN – tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania; WP – wyczerpanie psychofizyczne; BZ – Brak zaangażowania w relacje z klientami; PB – Poczucie braku skuteczności zawodowej; RO – Rozczarowanie; ON – Optymistyczne nastawienie do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach

Zaobserwowane korelacje dotyczą w porównywanych grupach różnych par zmiennych, co pozwala na przyjęcie hipotezy nr 3 zakładającej, że miejsce pracy nauczycielek przedszkoli dla dzieci ze spektrum autyzmu oraz nauczycielek przedszkoli ogólnodostępnych jest czynnikiem różnicującym specyfikę związku wybranych cech osobowości a poziomu wypalenia zawodowego.

Opinie badanych dotyczące poszczególnych czynników mogących być odbierane w pracy jako stresogenne potraktowano jako zmienne mierzone w 6-stopniowej skali porządkowej. Porównanie rozkładów pomiędzy porównywanymi grupami nauczycielek przedszkoli dla dzieci ze spektrum autyzmu oraz nauczycielek przedszkoli ogólnodostępnych przeprowadzono przy pomocy testu U Manna-Whitneya (tabela 20).

Tabela 20. Analiza porównawcza pomiędzy grupą nauczycielek z przedszkola specjalnego a grupą z przedszkola ogólnodostępnego w zakresie czynników w pracy, które mogą być odbierane jako stresogenne

L.p.	Czynnik, który może być odbierany w pracy jako stresogeny	Test U Manna-Whitneya	
1	Liczba dzieci w grupie	U=903,000	p=0,014
2	Współpraca z rodzicami	U=1107,500	p=0,316
3	Zachowanie dzieci	U=1246,000	p=0,977
4	Relacje ze współpracownikami	U=1219,000	p=0,826
5	Wysokość wynagrodzenia	U=1202,000	p=0,732
6	Liczba pomocy dydaktycznych	U=1155,000	p=0,496
7	Relacje z przełożonymi	U=1143,500	p=0,448
8	Liczba godzin w pracy	U=1203,500	p=0,744
9	Planowe codzienne zajęcia z dziećmi	U=1152,000	p=0,489
10	Czynności związane z dokumentacją	U=1027,000	p=0,116
11	Atmosfera wśród pracowników	U=1219,000	p=0,828

Źródło: badania własne

U – test U-Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

Uzyskane wyniki nie pozwalają w pełni na potwierdzenie hipotezy nr 4 zakładającej, że miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym w zakresie czynników występujących w miejscu pracy, które mogą być odbierane jako stresogenne. Tylko w jednym z 11 czynników (Liczba dzieci w grupie) stwierdzono statystycznie istotną różnicę rozkładów odpowiedzi pomiędzy porównywanymi grupami.

Opinie nauczycielek dotyczące ich satysfakcji (zadowolenia) z różnych aspektów wykonywanej pracy potraktowano jako zmienne jakościowe. Porównanie rozkładów odpowiedzi pomiędzy porównywanymi grupami nauczycielek przedszkoli dla dzieci ze spektrum autyzmu oraz nauczycielek przedszkoli ogólnodostępnych przeprowadzono przy pomocy testów niezależności χ^2 Pearsona (tabela 21).

Tabela 21. Analiza porównawcza pomiędzy grupą nauczycielek z przedszkola specjalnego a grupą z przedszkola ogólnodostępnego w zakresie opinii dotyczących satysfakcji (zadowolenia) z pracy

L.p.	Badana opinia	Test Chi ² Pearsona		
		Chi ²	df	p
1	Uważam, że praca, którą wykonuję, jest dla mnie satysfakcjonująca.	6,168	3	0,104
2	Gdybym miała ponownie dokonać wyboru zawodu, byłby to ten sam zawód.	7,943	3	0,047
3	Uważam, że spełniam się zawodowo.	3,596	3	0,309
4	Jestem zadowolona ze swojego życia osobistego.	1,715	3	0,664
5	Jestem zadowolona z wysokości wynagrodzenia, jakie otrzymuję.	0,282	3	0,963
6	Jestem zadowolona z ilości pomocy dydaktycznych, jakie mam do dyspozycji.	1,819	3	0,611
7	Jestem zadowolona z relacji z przełożonymi.	1,166	3	0,761
8	Jestem zadowolona z relacji ze współpracownikami.	2,708	3	0,439
9	Atmosfera w mojej pracy jest dla mnie satysfakcjonująca.	1,084	3	0,781
10	Jestem zadowolona z tego, jak potrafię oddzielić obowiązki zawodowe od obowiązków domowych.	8,645	3	0,034

Źródło: badania własne

Chi² – wynik testu Chi²; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Uzyskane wyniki nie pozwalają w pełni na potwierdzenie hipotezy nr 5 zakładającej, że miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym w zakresie opinii dotyczących satysfakcji (zadowolenia) z pracy. Tylko w przypadku dwóch z 10 opinii stwierdzono statystycznie istotną różnicę rozkładów odpowiedzi pomiędzy porównywanymi grupami. Dotyczyły one w szczególności ponownego wyboru tego samego zawodu (opinia nr 2) oraz umiejętności oddzielenia obowiązków zawodowych od obowiązków domowych (opinia nr 10) (tabela 21).

W przypadku opinii nr 2, czyli „Gdybym miała ponownie dokonać wyboru zawodu, byłby to ten sam zawód”, więcej opinii zdecydowanie pozytywnych zaobserwowano w grupie nauczycielek z przedszkola ogólnodostępnego (50%), podczas gdy odsetek takich opinii w grupie nauczycielek z przedszkola specjalnych wynosił tylko 28%.

Natomiast w przypadku opinii nr 10, czyli „*Jestem zadowolona z tego, jak potrafię oddzielić obowiązki zawodowe od obowiązków domowych*”, więcej odpowiedzi pozytywnych i zdecydowanie pozytywnych było w grupie nauczycielek pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych (60%), niż w przedszkolach specjalnych (36%). Natomiast odpowiedzi negatywne dominowały w grupie nauczycielek przedszkoli specjalnych (36%) w porównaniu do grupy z przedszkoli ogólnodostępnych (16%).

Dyskusja

Głównym celem przeprowadzonych badań było ustalenie nasilenia występowania wybranych cech osobowości, a także poziomu wypalenia zawodowego u nauczycieli edukacji przedszkolnej, pracujących w dwóch różnego rodzaju placówkach, w przedszkolach dla dzieci z autyzmem oraz w przedszkolach ogólnodostępnych³⁶.

Przeprowadzone badanie wykazało, że nauczycielki z obu grup nie różnią się istotnie statystycznie pod względem występowania u nich wybranych cech osobowości oraz ogólnej prężności osobowej. Należy zaznaczyć, że nauczycielki z obu grup charakteryzują się podobnym nasileniem ogólnego wyniku prężności osobowej i w obu grupach mieszczą się one w przedziale wyników przeciętnych. To samo dotyczy poszczególnych wybranych cech osobowości, czyli „Wytrwałości i determinacji w działaniu”, „Kompetencji osobistych do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji”, „Tolerancji na niepowodzenia i traktowania życia jako wyzwania”, a także „Optymistycznego nastawienia do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach”. Należy jednak zaznaczyć, że mimo braku istotnych statystycznie różnic w zakresie „Owartości na nowe doświadczenia i poczucia humoru” pomiędzy porównywanymi grupami, wyższy wynik odnotowano w grupie nauczycielek przedszkoli dla dzieci ze spektrum autyzmu³⁷.

Wyniki badania wskazują także, że wybór specyficznej ścieżki zawodowej, a jednocześnie miejsca pracy, czyli praca w przedszkolu dla dzieci z autyzmem i praca z dziećmi z zaburzeniami neurorozwojowymi albo praca w przedszkolu ogólnodostępnym, z dziećmi w normie rozwojowej, nie są związane z nasileniem u nauczycielek wybranych cech osobowości.

Analiza uzyskanych wyników wykazała, że w zakresie poszczególnych zmiennych wypalenia zawodowego nauczycielki w obu grupach uzyskały wyniki w domenach – „Wyczerpanie psychofizyczne”, „Poczucia braku skuteczności zawodowej” oraz „Rozczarowania” w granicach wyników przeciętnych, przy czym wyniki te różnią się

³⁶ B. Agyapong, G. Obuobi-Donkor, L. Burbach, Y. Wei, *Stress, Burnout, Anxiety and Depression among Teachers: A Scoping Review*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2022; 19(17): 10706.

³⁷ E. M. Skaalvik, S. Skaalvik, *Teacher burnout: relations between dimensions of burnout, perceived school context, job satisfaction and motivation for teaching. A longitudinal study*, „Teachers and Teaching” 2020; 26(7–8): 602–616.

istotnie statystycznie pomiędzy porównywanymi grupami. Wyższe wyniki uzyskały nauczycielki z przedszkoli dla dzieci ze spektrum autyzmu. W przypadku zmiennej „Braku zaangażowania w relacje z klientami” wynik w grupie nauczycielek z przedszkoli dla dzieci z autyzmem oscyluje w przedziale wyników przeciętnych, natomiast wynik nauczycielek przedszkoli ogólnodostępnych mieści się w granicach wyników niskich³⁸. Istotnie wyższe wyniki u nauczycielek pracujących w przedszkolach dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu mogą świadczyć o wyższym odczuwaniu przez nie zmęczenia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego, odnoszeniem się z większym dystansem zarówno do podopiecznych, jak i ich rodziców, niższą oceną swoich kompetencji zawodowych oraz wyższym rozczarowaniem wykonywaną pracą. Wyniki te potwierdzają wcześniejsze badania dotyczące stresu i wypalenia zawodowego wśród nauczycieli szkół specjalnych^{39,40}.

Dalszym celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie tego, czy miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym zależność pomiędzy wybranymi cechami osobowości a poziomem wypalenia zawodowego w obu porównywanych grupach. Analiza wyników wykazała w grupie nauczycielek przedszkoli dla dzieci z autyzmem, że zachodzi ujemna korelacja pomiędzy „Rozczarowaniem” a „Tolerancją na niepowodzenia i traktowaniem życia jako wyzwania”, czyli im wyższa „tolerancja na niepowodzenia” tym mniejsze „rozczarowanie” wykonywaną pracą. Z kolei wśród nauczycielek przedszkoli ogólnodostępnych korelacje pomiędzy dotyczą trzech par zmiennych: 1) im wyższa „Prężność ogólna”, tym niższe „Poczucie braku skuteczności zawodowej”; 2) im wyższa „Wytrwałość w działaniu”, tym mniejsze „Poczucie braku skuteczności”; 3) im bardziej badane nauczycielki są otwarte na nowe doświadczenia i prezentują na co dzień poczucie humoru, tym mniejszego doznają poczucia braku skuteczności zawodowej^{41,42}.

Dodatkowym celem badań było zbadanie, czy miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym w zakresie odbierania poszczególnych czynników występujących w miejscu pracy jako stresogennych. Analiza wyników wykazała istotne różnice w przypadku tylko jednego czynnika – liczby dzieci w grupie przedszkolnej⁴³.

³⁸ V. Benigno, F. Usai, E.D. Mutta et al., *Burnout among special education teachers: exploring the interplay between individual and contextual factors*, „European Journal of Special Needs Education” 2024; 40(2): 213–231.

³⁹ P. Plichta, *Wypalenie zawodowe i poczucie sensu życia pedagogów specjalnych*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2015.

⁴⁰ W. Świętochowski, *Wypalenie zawodowe a dolegliwości somatyczne u nauczycieli*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica” 2001; 5: 95–109.

⁴¹ E. Boujut, M. Popa-Roch, E.-A. Palomares, A. Dean, E. Cappe, *Self-efficacy and burnout in teachers of students with autism spectrum disorder*, „Research in Autism Spectrum Disorders” 2017; 36: 8–20.

⁴² N. C. Brunsting, E. Bettini, M. Rock et al., *Working Conditions and Burnout of Special Educators of Students With EBD: Longitudinal Outcomes*, „Teacher Education and Special Education” 2022; 46(1): 44–64.

⁴³ V. Benigno, F. Usai, E.D. Mutta et al., *Burnout among special education teachers: exploring the interplay between individual and contextual factors*, „European Journal of Special Needs Education” 2024; 40(2): 213–231.

Ostatnim z celów było zbadanie, czy miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym w zakresie opinii dotyczących zadowolenia (satysfakcji) z pracy wśród nauczycielek przedszkoli dla dzieci ze spektrum oraz nauczycielek z przedszkoli ogólnodostępnych? Uzyskane wyniki nie pozwalają w pełni na potwierdzenie hipotezy nr 5 zakładającej, że miejsce pracy jest czynnikiem różnicującym opinie nauczycielek dotyczące satysfakcji (zadowolenia) z pracy. Analiza wyników wykazała istotnie różnice w przypadku tylko dwóch z 10 opinii dotyczących zadowolenia (satysfakcji) z pracy, w szczególności dotyczących 1) ponownego wyboru tego samego zawodu oraz 2) umiejętności oddzielania obowiązków zawodowych od obowiązków domowych⁴⁴.

Wnioski

Wyniki badań własnych, w szczególności dotyczące zależności pomiędzy wykonywaną pracą a „wyczerpaniem zasobów” na wielu płaszczyznach, potwierdzają, że koncepcja wypalenia zawodowego Maslach jest trafna i pozwala zrozumieć mechanizmy tego zjawiska.

Należy zauważyć, że rezultaty przedstawionych badań posiadają pewne ograniczenia. Zasadniczym mankamentem jest to, że sam dobór grupy odbył się na zasadzie dostępności (próbka okazyjna), następnie, że zostało ono przeprowadzone na niezbyt licznej próbie badanej. Badania przeprowadzone na większych i bardziej reprezentowanych próbach mogłyby przynieść bardziej precyzyjne wyniki. Dodatkowo warto by uzupełnić dane o wielkość i charakter miejscowości, w której pracują badane osoby, nie poprzestając jedynie na wielkości miejscowości ich zamieszkania. Warto także byłoby porównać obie grupy pod względem długości stażu pracy w danej placówce.

Prężność osobowości w kontekście wybranych cech osobowości wśród nauczycieli jest bardzo ważnym zagadnieniem, gdyż pomaga ona chronić ich psychiczne i fizyczne zdrowie w kontekście narażania na stres w miejscu pracy.

Podsumowanie

Ważne jest zwiększanie świadomości, jak ważne są działania zmniejszające nałożenie wypalenia zawodowego wśród nauczycieli edukacji przedszkolnej, zarówno pracujących w przedszkolach dla dzieci z autyzmem, jak i tych pracujących w przedszkolach ogólnodostępnych.

Oprócz zwiększania świadomości, kolejnym ważnym działaniem jest profilaktyka i zapobieganie wypalaniu zawodowemu poprzez aktywność fizyczną, regularne korzystanie z urlopów wypoczynkowych, udział w „grupach Balinta”, a także

⁴⁴ A. Al-Qahtani, *The concept of self and psychological burnout and their relationship to the attitudes of teachers of behavioral training towards working in special education institutes and programs*, „Educational Psychology Studies” 2016; 93: 233–282.

zmniejszenie ilości godzin pracy, szczególnie w prywatnych przedszkolach dedykowanych dzieciom ze spektrum autyzmu.

Piśmiennictwo

Agyapong B., Obuobi-Donkor G., Burbach L., Wei Y., *Stress, Burnout, Anxiety and Depression among Teachers: A Scoping Review*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2022; 19(17): 10706.

Al-Qahtani A., *The concept of self and psychological burnout and their relationship to the attitudes of teachers of behavioral training towards working in special education institutes and programs*, „Educational Psychology Studies” 2016; 93: 233–282.

Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J., *Wypalenie zawodowe*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005; 14(2): 67-77.

Antas-Jaszczuk A., Nikitin S., *Osobowościowe, kulturowe i środowiskowe uwarunkowania zawodu nauczyciela: komunikat z badań*, „Rozprawy Społeczne” 2014; 8(4): 50–53.

Benigno V., Usai F., Mutta E. D. et al., *Burnout among special education teachers: exploring the interplay between individual and contextual factors*, „European Journal of Special Needs Education” 2024; 40(2): 213–231.

Bodarski R., *Autoportret psychologiczny w kontekście wybranych teorii osobowości i jego znaczenie dla zawodu nauczyciela*, [w:] *Kompetencje interpersonalne w pracy współczesnego nauczyciela*, S. Kwiatkowski, D. Walczak (red.), Wydawnictwo APS, Warszawa 2017, s. 202–216.

Boujut E., Popa-Roch M., Palomares E-A., Dean A., Cappe E., *Self-efficacy and burnout in teachers of students with autism spectrum disorder*, „Research in Autism Spectrum Disorders” 2017; 36: 8-20.

Brunsting N. C., Bettini E., Rock M. et al., *Working Conditions and Burnout of Special Educators of Students With EBD: Longitudinal Outcomes*, „Teacher Education and Special Education” 2022; 46(1): 44-64.

Erenc-Grygoruk G., *Sposoby pokonywania stresu i jego skutków stosowane przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej – wyniki badań*, „Edukacja Humanistyczna” 2016; 1(34): 119-130.

Gaś Z., *Doskonalący się nauczyciel*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2001.

Gaś Z., *Szkoła i nauczyciel w percepcji uczniów*, IBE, Warszawa 1999.

Göncz A., Göncz L., Pekić J., *The influence of students' personality traits on their perception of a good teacher within the five-factor model of personality*, „Acta Polytechnica Hungarica” 2014; 11(3).

- Gramlewicz M., *Zjawisko wypalenie zawodowe wśród pracowników zajmujących się pracą socjalną*, „Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne” 2012; 1: 449-465.
- Jarzynkowski P., Książek J., Piotrowska R., Dobosz M., *Zespół wypalenia zawodowego wśród pracowników zawodów medycznych*, „Medycyna Rodzinna” 2017; 20(2): 105-110.
- Jędrzysek-Geisler A., Izdebski P., *Osobowość nauczyciela a wypalenie zawodowe*, „Edukacja” 2018; 1(144): 106-117.
- Krawczyk P., Święcicki Ł., *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatria Polska” 2020; 54(1): 7-20.
- Maslach C., *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, H. Sęk (red.), PWN, Warszawa 2020, s. 13-31.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P., *Job burnout*, „Annual Review of Psychology” 2001; 52: 407-420.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Skala pomiaru prężności - SPP-25*, „Nowiny Psychologiczne” 2008; 3: 39-55.
- Okła W., Steuden S., *Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia*, „Roczniki Psychologiczne” 1998; 1: 119-130.
- Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004.
- Pisula E., *Autyzm u dzieci: Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa 2001.
- Plichta P., *Obciążenia zawodowe pedagogów specjalnych pracujących z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie*, „Medycyna Pracy” 2014; 65(2): 239-250.
- Plichta P., *Wypalenie zawodowe i poczucie sensu życia pedagogów specjalnych*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2015.
- Poraj G., *Osobowość jako predyktor zawodowego wypalania się nauczycieli*, „Medycyna Pracy” 2009; 60(4): 273-282.
- Schaufeli W., Enzmann D., *The burnout companion to study and practice: A Critical Analysis*, Taylor & Francis, London 1998.
- Sęk H., *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, PWN, Warszawa 2020.
- Skaalvik E. M., Skaalvik S., *Teacher burnout: relations between dimensions of burnout, perceived school context, job satisfaction and motivation for teaching. A longitudinal study*, „Teachers and Teaching” 2020; 26(7-8): 602-616.
- Sotirovska A., *Dziecko ze spektrum autyzmu w przedszkolu – strategie radzenia sobie z uczniem autystycznym i z Zespołem Aspergera*, „Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości w Wałbrzychu” 2019; 47(1): 135-157.

Stefańska-Klar R., *Przedszkolak i uczeń ze spektrum autyzmu*, [w:] *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w przedszkolu i szkole*, J. Skibińska, M. Warchał (red.), Wydawnictwo LIBRON-Filip Lohner, Kraków 2013, s. 67-88.

Szempruch J., *Pedagogiczne kształcenie nauczycieli wobec reformy edukacji w Polsce*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2000.

Świętochowski W., *Wypalenie zawodowe a dolegliwości somatyczne u nauczycieli*, Acta Universitatis Lodzensis. „Folia Psychologica” 2001; 5: 95-109.

Tucholska S., *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2003.

Walczak D., *Prestiż zawodu nauczyciela a klimat szkoły*, [w:] *Kompetencje interpersonalne w pracy współczesnego nauczyciela*, S. Kwiatkowski, D. Walczak (red.), APS, Warszawa 2017, s.74–102.

Wilski M., *Osobowość i specyficzne problemy psychologiczne nauczycieli*, [w:] *Psychologia ucznia i nauczyciela. Podręcznik akademicki*, S. Kowalik (red.), PWN, Warszawa 2011, s. 334–371.

Żuchelkowska K., *Wypalenie zawodowe u nauczycieli przedszkoli*, „Roczniki Pedagogiczne” 2014; 6(42): 63-81.

CZEŚĆ III
Rodzina i dziecko z autyzmem
– aspekty jakości życia

Paulina Ufniasz*
Zbigniew Orzeł**
Mariusz Sutryk***
Ewa Guz****
Barbara Siedlecka*****
Katarzyna Iskra*****

UWARUNKOWANIA JAKOŚCI ŻYCIA I ZADOWOLENIA Z ŻYCIA WŚRÓD RODZICÓW DZIECI W SPEKTRUM AUTYZMU

*Conditions of quality of life and life satisfaction among
parents of children on the autism spectrum*

*Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0001-2705-8945

**Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-6356-1695

***Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-8998-125X

****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-0507-2172

*****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0003-9956-2977

*****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0008-2252-3036

Streszczenie

Wprowadzenie. Autyzm jest coraz częściej diagnozowany zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, czemu towarzyszy rosnące zainteresowanie jakością życia rodziców, którzy sprawują pieczę nad osobami z ASD i mają zapewnić im warunki do rozwoju. Posiadanie dziecka autystycznego powoduje wiele sytuacji stresowych, może wywołać u rodziców niepewność, smutek, ale także przygnębienie, a nawet depresję.

Cel. Ocena uwarunkowań jakości życia i zadowolenia z życia wśród rodziców dzieci z autyzmem oraz zaburzeniami komunikowania się.

Materiał i metoda. W badaniu wzięło udział łącznie 101 rodziców dzieci autystycznych, w tym 58 kobiet oraz 43 mężczyzn. Dane zebrano przy pomocy kwestionariusza ankiety składającego się z trzech części: 1) zestawu danych socjodemograficznych, 2) zmodyfikowanego kwestionariusza jakości WHOQOL-BREF oraz 3) skali SWLS mierzącej „zadowolenie z życia”. Oceniano zróżnicowanie jakości życia

i zadowolenia z życia z uwzględnieniem płci, wykształcenia, pozostawania w związku, sytuacji ekonomicznej, udziału w terapii oraz natężenia (częstości) zachowań negatywnych. Istotność zróżnicowania jakości życia oceniano testami U Manna-Whitney'a i Kruskala-Walissa, a istotność różnic w zadowoleniu z życia przy pomocy testów t-Studenta i jednoczynnikowej analizy wariancji. Dla wszystkich testów przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki. Wynik badań ujawniają, że płeć rodzica warunkuje statystycznie istotnie większość sfer jego jakości życia z wyjątkiem ogólnej samooceny jakości życia i sfery psychicznej. Także „zadowolenie z życia” ojców ($M=19,93$) okazało się wyższe niż zadowolenie z życia matek ($M=17,97$), a różnica ta była istotna statystycznie ($p=0,045$). Stwierdzono także, że wykształcenie, sytuacja materialna i pozostawanie w związku nie różnicuje żadnej ze sfer jakości życia, natomiast udział w terapii różnicuje wszystkie sfery, a natężenie (częstość) zachowań negatywnych różnicuje jedynie w sferze somatycznej i społecznej. Równocześnie zauważono, że istotne statystycznie różnice w „zadowoleniu z życia” są obecne pomiędzy grupami rodziców o różnej sytuacji materialnej, a także grupami rodziców dzieci biorących albo niebiorących udziału w terapii oraz grupami rodziców dzieci o różnym natężeniu (częstości) zachowań negatywnych.

Wnioski. Wykazano, że udział dziecka autystycznego w terapii warunkuje jakość życia we wszystkich sferach, a także zadowolenie z życia. W dalszej kolejności jest płeć, która warunkuje jakość życia rodzica w czterech sferach oraz natężenie (częstość) zachowań negatywnych w dwóch sferach. Równocześnie udział dziecka w dedykowanej terapii dla autystów oraz natężenie negatywnych zachowań różnicuje „zadowolenie z życia” rodziców dzieci w spektrum autyzmu. Zwraca uwagę, że udział w terapii podnosi „zadowolenie z życia”, podobnie jak małe natężenie (częstość) zachowań negatywnych u dzieci, przy czym istotna jest różnica tylko pomiędzy grupami rodziców, których dzieci prezentują zachowania negatywne rzadko (raz miesiącu), a tymi, których dzieci prezentują takie zachowania często (kilka razy w tygodniu).

Słowa kluczowe: autyzm, spektrum autyzmu, jakość życia, rodzice

Abstract

Introduction. Autism is increasingly diagnosed in both children and adults, accompanied by a growing interest in the quality of life of parents who take care of individuals with ASD, ensuring the conditions for their development. Having a child with autism causes many stressful situations, can evoke uncertainty, sadness, but also depression or even despair in parents.

Objective. To assess the determinants of quality of life and life satisfaction among parents of children with autism and communication disorders.

Materials and Methods. A total of 101 parents of children with autism participated in the study, including 58 women and 43 men. The data was collected using a questionnaire consisting of three parts: 1) a set of socio-demographic data, 2) a modified

WHOQOL-BREF quality of life questionnaire, and 3) the SWLS scale measuring, life satisfaction'. The variability of quality of life and life satisfaction was assessed taking into account gender, education, relationship status, economic situation, participation in therapy, and the intensity (frequency) of negative behaviors. The significance of the variability in quality of life was evaluated using the U-Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests, while the significance of differences in life satisfaction was assessed using Student's t-tests and one-way ANOVA. A significance level of $\alpha=0.05$ was adopted for all tests.

Research results. The results reveal that the parent's gender significantly conditions most areas of their quality of life, except for the overall self-assessment of quality of life and the mental sphere. Additionally, the „life satisfaction” of fathers ($M=19.93$) was found to be higher than that of mothers ($M=17.97$), and this difference was statistically significant ($p=0.045$). It was also found that education, financial situation, and being in a relationship do not differentiate any of the spheres of quality of life, while participation in therapy differentiates all spheres, and the intensity (frequency) of negative behaviors differentiates only in the somatic and social spheres. At the same time, it was noted that statistically significant differences in „life satisfaction” are present between groups of parents with different financial situations, as well as between groups of parents of children participating or not participating in therapy and groups of parents of children with varying intensity (frequency) of negative behaviors.

Conclusions. It has been shown that the involvement of a child with autism in therapy determines the quality of life in all areas as well as life satisfaction. Following this, gender influences the quality of life of the parent in four areas and the intensity (frequency) of negative behaviors in two areas. At the same time, both the child's participation in dedicated autism therapy and the intensity of negative behaviors differentiate the „life satisfaction” of parents of children on the autism spectrum. It is noteworthy that participation in therapy increases „life satisfaction,” just as low intensity (frequency) of negative behaviors in children does, with a significant difference only between groups of parents whose children exhibit negative behaviors rarely (once a month) and those whose children exhibit such behaviors frequently (several times a week).

Key words: autism, autism spectrum, quality of life, parents

Wprowadzenie

Próby definicji jakości życia sięgają lat osiemdziesiątych XX wieku. Jednak ze względu na to, że jakość życia jest pojęciem wieloznacznym i zmiennym, nadal brak jest definicji, która mogłaby być bez przeszkód przyjmowana interdyscyplinarnie¹.

¹ J. Trzebiatowski, *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, „Hygeia Public Health” 2011; 46(1): 25-31.

Współcześnie istnieje wiele definicji jakości życia, które zostały sformułowane przez przedstawicieli nauk medycznych, pedagogów, socjologów, psychologów, co sprawia, że pojęciem tym można opisać prawie wszystkie zjawiska, które są związane z funkcjonowaniem człowieka².

Ani w naukach społecznych, ani w medycynie nie ma jednolitej definicji jakości życia. W naukach społecznych powstały cztery grupy definicji jakości życia w zależności od badanych aspektów. Pierwsza grupa odnosi się do aspektów egzystencjonalnych, druga do możliwości wykonywania zadań, trzecia do kategorii potrzeb, a czwarta do subiektywnego i obiektywnego nurtu jakości życia z uwzględnieniem dodatkowo koncepcji potrzeb³.

Prekursorem wprowadzenia pojęcia jakości życia w medycynie był Karnofsky. Jako pierwszy zwrócił uwagę na to, że pacjent poza problemami klinicznymi posiada swoją subiektywną sytuację jako człowiek chory⁴. Karnofsky stworzył skalę pomiaru jakości życia dla pacjentów pod kątem sprawności ruchowej. Według niego efektem końcowym leczenia powinny być zarówno wzrost aktywności i sprawności ruchowej pacjenta, ale i także subiektywna poprawa, którą pacjent odczuwa⁵.

Problematyka jakości życia w naukach medycznych jest rozpatrywana w związku z definicją zdrowia przyjętą przez ŚOZ, czyli Światową Organizację Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO). Definicja ta zakłada nie tylko brak choroby, lecz także uwzględnia dobrostan fizyczny, psychiczny oraz społeczny jednostki. Podkreśla, jak ważne są powyższe aspekty dla zachowania pełnego zdrowia człowieka. Taka definicja zdrowia pokazała, że trzeba całościowo ujmować zarówno kliniczne, jak i społeczne czy psychiczne aspekty zdrowia, ale też zewnętrzne środowisko w określonym czasie i miejscu. W związku z tym w medycynie „jakość życia” nie jest tożsama z takimi pojęciami, jak: „stan zdrowia”, „styl życia”, „satysfakcja życiowa” itp.⁶.

W kontekście definicji zdrowia przyjętej przez WHO badacze jakości życia skupiają się na takich kategoriach, jak: subiektywna samoocena stanu zdrowia oraz obiektywna ocena zdrowia oparta o 1) wykładniki zdrowia fizycznego, którymi są między innymi rodzaj i nasilenie objawów chorobowych, sprawność ruchowa, jakość snu, 2) wykładniki stanu psychicznego takie jak: odporność psychiczna, poczucie sprawstwa, lęk, depresja, optymizm, funkcje poznawcze, 3) wykładniki zdrowia społecznego, w tym praca, wypoczynek i codzienne zajęcia, kontakty społeczne, rodzina, przyjaciele, życie seksualne oraz warunki ekonomiczne⁷.

² Ibidem.

³ Ibidem.

⁴ WHOQOL Group, Development of the WHOQOL rationale and current status, „Internal Journal Mental Health” 2004; 23: 24–56.

⁵ Ibidem.

⁶ W. Leppert, M. Forycka, K. de Walden-Gałuszko, M. Majkowicz, T. Buss, *Jakości życia u chorych na nowotwory zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych*, „Psychoonkologia” 2014; 1: 17–29.

⁷ B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie*, „Sztuka Leczenia” 2017; 2: 33–40.

Należy jednak pamiętać, że jakość życia jest badana nie tylko pod kątem stanu zdrowia. Filozofów interesuje uniwersalne pojmowanie jakości życia, socjologowie skupiają się na warunkach życia w sensie obiektywnym, psychologowie sprawdzają wymiar przeżyciowy i poznawczy⁸.

Jednak propozycja zdefiniowania jakości życia w medycynie, która powstała w 1993 r., była uwarunkowana przede wszystkim stanem zdrowia. Definicja ta została stworzona przez WHO i zgodnie z nią jakość życia należy rozumieć jako „postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu, w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w którym żyje, oraz relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”. W kontekście tej definicji powstał standaryzowany kwestionariusz stworzony przez Schipperę, Patrickę i Guayaffę, Spillkera⁹.

Jakość życia jest bardzo ważnym zagadnieniem pielęgniarstwa, ponieważ nawet mimo pozytywnych efektów leczenia pacjent ocenia swoją jakość życia jako niską, gdyż inne sfery, w szczególności społeczne lub podmiotowe, są odczuwane jako negatywne¹⁰.

Autyzm jest zaburzeniem neurorozwojowym i należy do grupy klasyfikowanej jako całościowe zaburzenia rozwojowe. Znaczenie mają tu nie tylko zaburzenia w budowie i funkcjonowaniu mózgu, ale też czynniki środowiskowe oraz genetyczne¹¹. Przez wiele lat uważano, że główną przyczyną autyzmu są czynniki psychogenne, dlatego też w dużej mierze główną rolę w powstaniu tego zaburzenia przypisywano rodzicom¹².

Badając przyczyny spektrum autyzmu, nie można pominąć czynników środowiskowych zaburzających procesy neurochemiczne już w okresie prenatalnym i perinatalnym. Neurochemiczne przekąźniki odpowiadają za pobudzanie i hamowanie czynności układu nerwowego. Jeżeli zaistnieją zakłócenia w neuroprzewodzeniu, organizm człowieka może odczuwać zaburzenia neurologiczne i psychiczne oraz deficyty neuropsychiczne¹³.

U osób w spektrum autyzmu często obserwuje się zaburzenie metabolizmu puryn: guaniny i adeniny. W badaniach biochemicznych dzieci autystycznych zauważono zwiększone wydalanie puryn z moczem^{14,15}. Reichelt zauważył znacznie podwyższone poziomy peptydów u osób w spektrum autyzmu. Związki, które Reichelt wykrywał w próbkach moczu, jak się okazało, należą do tej samej grupy substancji, co heroína. Objawy, które wykazywały dzieci autystyczne, bardzo często przypominały te po

⁸ H. Sokolnicka, W. Mięka, *Medycyna a pojęcie jakości życia*, „Medycyna Rodzinna” 2003; 24:126–128.

⁹ Ibidem.

¹⁰ E. Papuć, *Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania*, „Current Problems of Psychiatry” 2014; 12(2): 141–145.

¹¹ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, HARMONIA, Gdańsk 2010, s. 25.

¹² E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Sopot 2010, s. 22.

¹³ B. Wujcik, A. Porzycka, A. Witusik, T. Pietras, *Neurorozwojowa hipoteza autyzmu*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Pietras T., Witusik A., Gałęcki P. (red.), Continuo, Wrocław 2010, s. 41.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ M. Młynarska, *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym: terapia dyskursywna a teoria umysłu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2008, s. 54.

zażyciu heroiny, dlatego też wysnuł on wniosek, że usuwając z diety pewne produkty, można złagodzić objawy autyzmu¹⁶.

Zaburzenia w interakcjach społecznych często są najwcześniejszym objawem autyzmu. Należy mieć na uwadze, że objawy te mogą być nieznaczne, przez co łatwo je przeoczyć. Dziecko autystyczne nie wykazuje zainteresowania osobami dorosłymi, nie wskazuje palcem w 8 miesiącu życia, nie utrzymuje kontaktu wzrokowego oraz nie podąża za wzrokiem drugiej osoby. Dziecko w spektrum autyzmu może nie reagować na swoje imię, ma bardzo ograniczony zasób gestów, nie uśmiecha się, a wyraz jego twarzy jest określany jako „bez wyrazu”¹⁷.

Rozpoznanie autyzmu zwykle rozpoczyna się od zaniepokojenia rodziców zaobserwowanymi objawami. Gdy dziecko nie utrzymuje kontaktu wzrokowego, nie mówi, bądź mówi bardzo mało, rodzice decydują się na wizytę u lekarza, najczęściej rodzinnego. Ten zwykle przeprowadza ogólną ocenę rozwoju wraz z badaniem neurologicznym. W razie zaistnienia niepokojących objawów dziecko kierowane jest do neurologa. Neurolog, poza badaniem neurologicznym, może zlecić badanie EEG. Bardzo często, zauważając brak rozwoju mowy, dziecko jest kierowane do laryngologa w celu wykluczenia wady słuchu. Jeżeli choroby somatyczne zostaną wykluczone i pojawi się podejrzenie autyzmu, należy wykonać diagnostykę interdyscyplinarną¹⁸.

W Polsce autyzm można rozpoznać w specjalnych placówkach, w których pracują pedagodzy specjaliści, psycholodzy, neurolodzy i psychiatry. Diagnozę autyzmu stawia psychiatra. Jednak nie jest to tak oczywiste, ponieważ przed postawieniem diagnozy dziecko musi odbyć 6 spotkań z psychologiem, psychiatrą, pedagogiem. Następnie podczas ostatniego spotkania obecnych jest dwóch pedagogów specjalnych i psychiatra. Po obserwacji mogą postawić diagnozę o spektrum autyzmu. Psychiatra wydaje zaświadczenie o niepełnosprawności i wtedy można rozpocząć terapię, która jest wielokierunkowa. Refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia terapia ma charakter wielodyscyplinarny, skupia się zarówno na podejściu behawioralnym, jak i edukacyjnym. Terapia behawioralna odbywa się pod opieką psychologa. Uczy on dziecko podejścia do życia poprzez ćwiczenia w formie zabawy. Bardzo często stosowany jest system kar i nagród, ponieważ jest bardzo prosty w zrozumieniu. Nagrodą może być cukierek, mała zabawka. Takie działania pozwalają na nauczenie dziecka zachowań akceptowanych w społeczeństwie, wymagające zbudowania nowych połączeń nerwowych w mózgu. Dodatkowo psycholog uczy dziecko nawiązywania kontaktu wzrokowego, który jest bardzo istotny w interakcjach społecznych w przyszłości¹⁹.

¹⁶ R. Kessick, *Autyzm i dieta. O czym warto wiedzieć*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010, s. 13.

¹⁷ G. Baird, E. Simonoff, A. Pickles, et al., *Prevalence of disorders of the autism spectrum in the population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP)*, „Lancet” 2006; 36: 210–215.

¹⁸ S.E. Bryson, S.J. Rogers, E. Fombonne, *Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management*, „Canadian Journal of Psychiatry” 2003; 48: 506–516.

¹⁹ B. Skawina, *Autyzm i zespół Aspergera. Objawy, przyczyny, diagnoza i współczesne metody terapeutyczne*, Nová sociálna edukácia človeka V, Medzinárodná interdisciplinárna vedecká konferencia, Prešov 2016.

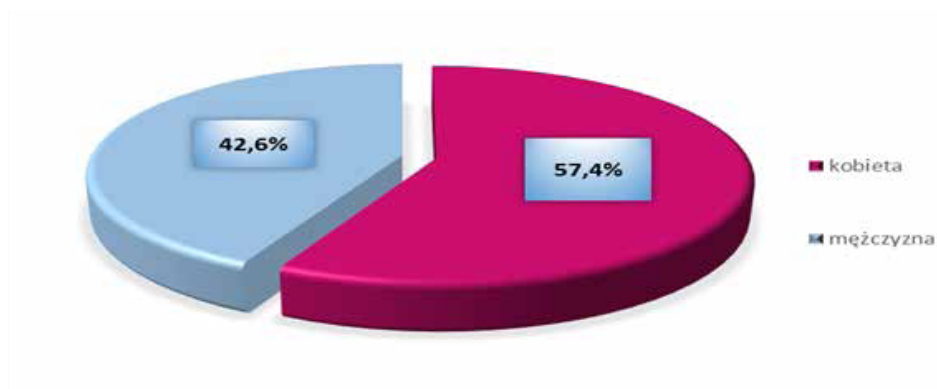
Terapia powinna być zaplanowana i obejmować różne sfery życia rodziców i dziecka. Ważne jest także, aby dziecko miało dobry kontakt z osobą prowadzącą zajęcia terapeutyczne. Terapia w przypadku autystów powinna być rozpoczęta jak najwcześniej i na wszystkich wspomnianych wyżej polach, ponieważ tylko jej interdyscyplinarny charakter może spowodować, że dziecko autystyczne będzie w przyszłości mogło samo funkcjonować jako dorosły. Pewne deficyty neurologiczne terapia może zlikwidować bądź znacznie zniwelować, co może się przyczynić do znacznej poprawy w zachowaniu i postrzegania świata przez dziecko autystyczne²⁰.

Cel pracy

Celem pracy była ocena uwarunkowań jakości życia i zadowolenia z życia wśród rodziców dzieci z autyzmem oraz zaburzeniami komunikowania się. W badaniach, których przedmiotem była jakość życia rodziców dzieci w spektrum autyzmu, starano się ustalić, czy wykształcenie, sytuacja ekonomiczna, natężenie negatywnych zachowań dzieci autystycznych są powiązane z jakością życia, a także czy płeć, status związku rodziców oraz profesjonalna terapia różnicują zadowolenie z życia rodziców dzieci autystycznych.

Materiał i metoda

W badaniu wzięło udział 101 respondentów, w tym 57,4% kobiet oraz 42,6% mężczyzn. Strukturę płci przedstawia wykres 1.

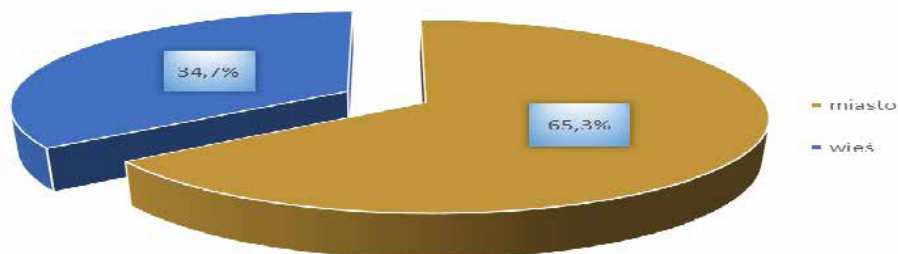


Wykres 1. Struktura socjodemograficzna płci

Źródło: badania własne

²⁰ Ibidem.

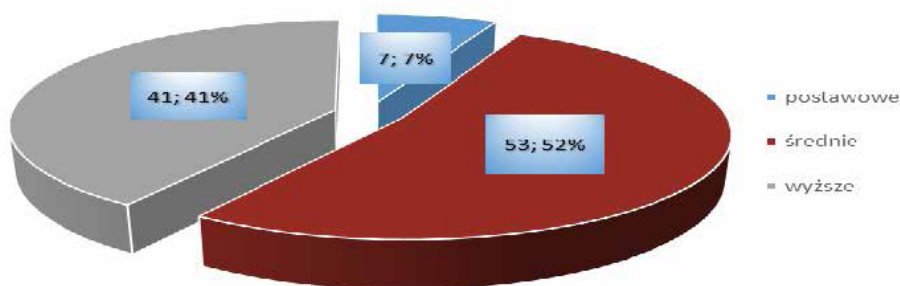
Kolejnym badanym czynnikiem demograficznym było miejsce zamieszkania. Stwierdzono, że 65,3% osób badanych mieszka w mieście, a dla 34,7% miejscem zamieszkania jest wieś (wykres 2).



Wykres 2. Struktura socjodemograficzna miejsca zamieszkania

Źródło: badania własne

Najwięcej osób deklarowało wykształcenie średnie (52%). A najmniej osób miało wykształcenie podstawowe (7%). Wykształcenie wyższe posiadało 41% osób (wykres 3).



Wykres 3. Struktura socjodemograficzna wykształcenia

Źródło: badania własne

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Dane zebrano przy pomocy kwestionariusza ankiety składającego z trzech części: 1) zestawu danych socjodemograficznych, 2) zmodyfikowanego kwestionariusza jakości WHOQOL-BREF oraz 3) skali zadowolenia z życia SWLS. Do zbadania normalności rozkładu zmiennych zastosowano wyłącznie Test Kołmogorowa-Smirnowa. Porównanie rozkładów zmiennych niespełniających warunku rozkładu normalnego przeprowadzono za pomocą testu U Manna-Whitney'a (dwie grupy) i Kruskala-Walissza (trzy i więcej grup).

W przypadku, gdy badane zmienne ilościowe miały rozkład normalny, różnice między dwoma grupami badano testem t-Studenta dla dwóch grup niezależnych, a różnice między trzema grupami badano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA oraz testem post hoc Turkey'a HSD. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Obliczenia statystyczne zostały wykonane przy pomocy programu SPSS wersja 9.0.

Wyniki

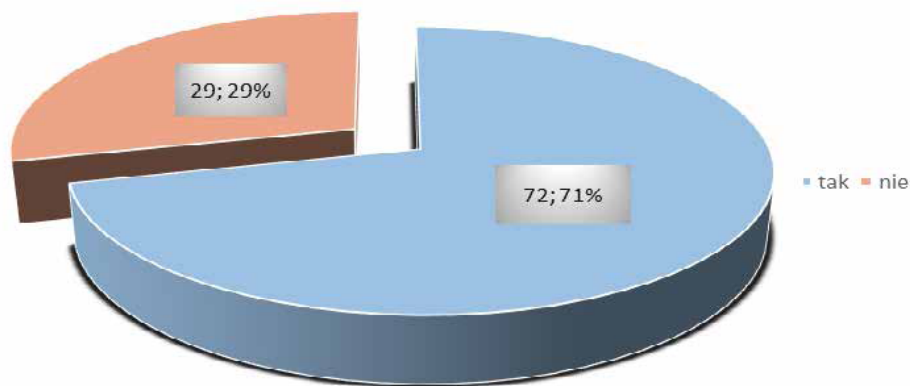
Ocena częstotliwości zachowań negatywnych dzieci autystycznych ujawniła, że najwięcej rodziców, bo aż 45,5%, wskazało, że ich dzieci wykazują negatywne zachowania kilka razy w tygodniu; 22,8% rodziców zadeklarowało, że takie zachowania pojawiają się kilka razy w miesiącu, a 20,8% respondentów wskazało ich występowanie raz w tygodniu. Tylko 10,9% badanych podało, że zachowania negatywne występują raz w miesiącu (tabela 1).

Tabela 1. Częstotliwość negatywnych zachowań dzieci autystycznych

Zmienna	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Raz w miesiącu	11	10,9	10,9	10,9
Kilka razy w miesiącu	23	22,8	22,8	33,7
Raz w tygodniu	21	20,8	20,8	54,5
Kilka razy w tygodniu	46	45,5	45,5	100
Ogółem	101	100,0	100,0	

Źródło: badania własne

Kolejnym ocenianym aspektem był udział dzieci autystycznych w profesjonalnej terapii dla dzieci w spektrum autyzmu. Większość rodziców, bo aż 71%, odpowiedziało, że ich dzieci uczęszczają na profesjonalną terapię dla autystów, a 29% podało, że ich dzieci nie chodzą na taką terapię (wykres 5).



Wykres 5. Udział w profesjonalnej terapii dla autystów

Źródło: badania własne

Na początek sprawdzono, czy rozkład badanych zmiennych jest normalny. Tabela 2 prezentuje wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa. Wynika z niej jednoznacznie, że badane zmienne nie mają rozkładu normalnego poza zmienną psychologiczną. W związku z tym używanymi testami były testy nieparametryczne.

Tabela 2. Badanie normalności rozkładu zmiennych

Zmienna	Statystyka (K-S)	df	p
Ogólna samoocena jakości życia	0,286	101	<0,001
Ogólna samoocena zdrowia	0,283	101	<0,001
Sfera somatyczna	0,097	101	0,007
Sfera psychiczna	0,081	101	0,116
Sfera społeczna	0,135	101	0,014
Sfera środowiskowa	0,113	101	0,065

Źródło: badania własne

df – liczba stopni swobody; p – istotność statystyczna

Tabela 3 przedstawia ocenę zróżnicowania sfer jakości życia ze względu na płeć rodziców dzieci autystycznych. Płeć nie różnicuje ogólnej jakości życia ($p=0,117$) oraz sfery psychicznej jakości życia ($p=0,08$). W pozostałych sferach jakości życia płeć jest czynnikiem statystycznie różnicującym.

Tabela 3. Zróżnicowanie jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od płci

Sfery jakości życia (WHO-QOL-Bref)	Test U Manna-Whitney'a
Ogólna samoocena jakości życia	U=-1,569 p=0,117
Ogólna samoocena zdrowia	U=-2,211 p=0,027
Sfera somatyczna	U=-4,529 p=0,001
Sfera psychiczna	U=-1,753 p=0,080
Sfera społeczna	U=-3,044 p=0,002
Sfera środowiskowa	U=-2,842 p=0,004

Źródło: badania własne

U – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

W tabeli 4 ukazano ocenę zróżnicowania sfer jakości życia ze względu na wykształcenie rodziców dzieci autystycznych. Wyniki testów Kruskala-Willisa wskazują, że wykształcenie nie różnicuje jakości życia rodziców dzieci autystycznych w żadnej z ocenianych sfer ($p \geq 0,05$).

Tabela 4. Zróżnicowanie jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od wykształcenia

Sfery jakości życia (WHO-QOL-Bref)	Test Kruskala-Walissa
Ogólna samoocena jakości życia	H=0,364 p=0,834
Ogólna samoocena zdrowia	H=3,672 p=0,159
Sfera somatyczna	H=1,328 p=0,515
Sfera psychiczna	H=0,785 p=0,685
Sfera społeczna	H=1,358 p=0,507
Sfera środowiskowa	H=2,816 p=0,245

Źródło: badania własne

H – test Kruskala-Walissa; p – istotność statystyczna

Tabela 5 ukazuje ocenę zróżnicowania jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od sytuacji materialnej. Wyniki testów Kruskala-Willisa wskazują, że sytuacja materialna nie różnicuje jakości życia rodziców dzieci autystycznych w żadnej z ocenianych sfer ($p \geq 0,05$).

Tabela 5. Zróżnicowanie jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od sytuacji materialnej

Sfery jakości życia (WHO-QOL-Bref)	Test Kruskala-Walissa
Ogólna samoocena jakości życia	H=0,364 p=0,834
Ogólna samoocena zdrowia	H=3,672 p=0,159
Sfera somatyczna	H=1,328 p=0,515
Sfera psychiczna	H=0,785 p=0,675
Sfera społeczna	H=1,358 p=0,507
Sfera środowiskowa	H=2,816 p=0,245

Źródło: badania własne

H – test Kruskala-Walissa; p – istotność statystyczna

Tabela 6 ukazuje ocenę zróżnicowania jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od pozostawania w związku. Wyniki testów Kruskala-Willisa wskazują, że pozostawanie w związku nie różnicuje jakości życia rodziców dzieci autystycznych w żadnej z ocenianych sfer ($p \geq 0,05$).

Tabela 6. Zróżnicowanie jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od pozostawania w związku

Sfery jakości życia (WHO-QOL-Bref)	Test U Manna-Whitneya
Ogólna samoocena jakości życia	U=-0,205 p=0,837
Ogólna samoocena zdrowia	U=-478 p=0,633
Sfera somatyczna	U=-785 p=0,432

Sfera psychiczna	U=-846, p=0,398
Sfera społeczna	U=-633 p=0,507
Sfera środowiskowa	U=-300, p=0,764

Źródło: badania własne

U – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

Tabela 7 ukazuje ocenę zróżnicowania jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od udziału w profesjonalnej terapii. Wyniki testów U Manna-Whitneya wskazują, że udział w profesjonalnej terapii różnicuje jakości życia rodziców dzieci autystycznych we wszystkich ocenianych sferach ($p < 0,05$)

Tabela 7. Zróżnicowanie jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od udziału w profesjonalnej terapii

Sfery jakości życia (WHO-QOL-Bref)	Test U Manna-Whitneya
Ogólna samoocena jakości życia	U=-2,658 p=0,008
Ogólna samoocena zdrowia	U=-3,3830 p<=0,001
Sfera somatyczna	U=-2,068 p=0,039
Sfera psychiczna	U-3,459 p<=0,001
Sfera społeczna	U-2,259 p=0,024
Sfera środowiskowa	U=-3,576 p<=0,001

Źródło: badania własne

U – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

Tabela 8 ukazuje ocenę zróżnicowania jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od natężenia negatywnych zachowań. Wyniki testów Kruskala-Willisa wskazują, że natężenie negatywnych zachowań różnicuje jakości życia rodziców dzieci autystycznych w jedynie w sferach somatycznej ($p < 0,001$) i społecznej ($p = 0,039$).

Tabela 8. Zróznicowanie jakości życia rodziców dzieci autystycznych w zależności od natężenia negatywnych zachowań

Sfery jakości życia (WHO-QOL-Bref))	Test Kruskala-Walissa
Ogólna samoocena jakości życia	H=3,799 p=0,284
Ogólna samoocena zdrowia	H=3,224 p=0,358
Sfera somatyczna	H=16,301 p<=0,001
Sfera psychiczna	H=4,884 p=0,180
Sfera społeczna	H=8,344 p=0,039
Sfera środowiskowa	H=7,691 p=0,053

Źródło: badania własne

H – test Kruskala-Walissa; p – istotność statystyczna

Ostatnią badaną sferą było „zadowolenie z życia” według skali SWLS, która zawiera 5 pytań, a odpowiedzi są stopniowane. Maksymalnie można w niej uzyskać 35 punktów. Tabela nr 9 zawiera statystyki opisowe oraz wynik normalności rozkładu wyników uzyskanych w skali SWLS.

Tabela 9. Statystyki opisowe „zadowolenie z życia” (skala SWLS) i wynik testu K-S normalności rozkładu

	N	Min	Max	M	SD	Test K-S
SWLS	101	6	33	18,80	5,77	K-S=0,127 df=101 p=0,001

Źródło: badania własne

N – liczebność; Min – minimum; Max – maksimum; M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

W tabeli 10 przedstawiono ocenę różnic „zadowolenia z życia” pomiędzy matkami a ojcami. Ocenę wykonano przy pomocy testu t-Studenta dla dwóch prób niezależnych. Zadowolenie z życia ojców (M=19,93) jest wyższe niż zadowolenie z życia matek (M=17,97), a różnica jest istotna statystycznie (p=0,045).

Tabela 10. Ocena różnic „zadowolenia z życia” pomiędzy grupą matek a grupą ojców

	Grupa	N	M	SD	Test t-Studenta
SWLS	Matki	58	17,97	0,77231	t=-1,707 p=0,045
	Ojcowie	43	19,93	0,83752	

Źródło: badania własne

N – liczebność; M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe; t – test t-Studenta; p – istotność statystyczna

W tabeli 11 przedstawiono ocenę różnic „zadowolenia z życia” pomiędzy grupami rodziców o różnym wykształceniu. Ocenę wykonano przy pomocy jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA), która nie ujawniła statystycznie istotnych różnic w „zadowoleniu z życia” pomiędzy grupami rodziców o różnym wykształceniu.

Tabela 11. Ocena różnic „zadowolenia z życia” (SWLS) pomiędzy grupami rodziców o różnym wykształceniu

	Wykształcenie rodziców	N	M	SD	Jednoczynnikowa analiza wariancji
SWLS	Podstawowe	7	20,00	5,86947	F=0,465 p=0,630
	Średnie	53	18,30	6,07829	
	Wyższe	41	19,24	5,42116	

Źródło: badania własne

N – liczebność; M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe; p – istotność statystyczna; F – wynik analizy wariancji

W tabeli 12 przedstawiono ocenę różnic „zadowolenia z życia” pomiędzy grupami rodziców o różnej sytuacji materialnej. Ocenę wykonano przy pomocy jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA), która ujawniła istnienie statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami rodziców o różnej sytuacji materialnej (p=000,1). W tabeli 13, za pomocą testów *post hoc* Turkey’a HSD przedstawiono, że istotne statystycznie różnice dotyczące „zadowolenia z życia” istnieją między grupami rodziców deklarujących sytuację materialną „dobrą” (M=21,33), „złą” (M=13,6) i „przeciętną” (M=17,3).

Tabela 12. Ocena różnic „zadowolenia z życia” (SWLS) pomiędzy grupami rodziców o różnej sytuacji materialnej

	Sytuacja materialna	N	M	SD	ANOVA
SWLS	Zła	5	13,60	4,09878	F=8,200 p=0,001
	Przeciętna	57	17,53	5,50358	
	Dobra	39	21,33	5,50359	

Źródło: badania własne

N – liczebność; M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe; p – istotność statystyczna; F – wynik analizy wariancji

Tabela 13. Testy post hoc Turkey’a HSD istotności różnic „zadowolenia z życia” pomiędzy grupami rodziców o różnej sytuacji materialnej

Sytuacja ekonomiczna	Sytuacja ekonomiczna	Istotność (p)
Zła	Przeciętna	0,268
	Dobra	0,009
Przeciętna	Zła	0,268
	Dobra	0,003
Dobra	Zła	0,009
	Przeciętna	0,003

Źródło: badania własne

W tabeli 14 przedstawiono ocenę różnicy „zadowolenia z życia” pomiędzy grupami rodziców samotnych oraz pozostających w związku. Zadowolenie z życia rodziców samotnych jest wyższe (M=19,41) niż zadowolenie z życia rodziców pozostających w związku (M=18,52), ale różnica ta nie jest istotna statystycznie (p=0,477).

Tabela 14. Ocena różnic „zadowolenia z życia” pomiędzy grupami rodziców samotnych i pozostających w związku

	Pozostawanie w związku	N	M	SD	Test t-Studenta
SWLS	Samotna/y	32	19,41	6,13745	t=0,714 p=0,477
	Związek	69	18,52	6,62193	

Źródło: badania własne

N – liczebność; M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe; p – istotność statystyczna; t – test t-Studenta

Kolejnym badanym aspektem był udział dziecka w profesjonalnej terapii. Wyniki oceny różnic zadowolenia z życia pomiędzy grupami rodziców dzieci biorących albo niebiorących udziału w terapii przedstawiono w tabeli 15. Zadowolenie z życia rodziców dzieci biorących udziału w terapii jest wyższe (M=19,71) niż zadowolenie z życia rodziców dzieci niebiorących udziału w terapii (M=16,55), a różnica ta jest istotna statystycznie (p=0,012).

Tabela 15. Ocena różnic zadowolenia z życia pomiędzy grupami rodziców dzieci biorących albo niebiorących udziału w terapii

	Udział w terapii	N	M	SD	Test t-Studenta
SWLS	Tak	72	19,71	5,39284	t=2,553 p=0,012
	Nie	29	16,55	6,16202	

Źródło: badania własne

N – liczebność; M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe; p – istotność statystyczna; t – test t-Studenta

Ostatnim aspektem badań była ocena różnic zadowolenia z życia pomiędzy grupami rodziców dzieci o różnym natężeniu (częstości) zachowań negatywnych. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) przedstawiono w tabeli 16. Wskazując one, że istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami rodziców, których dzieci wykazują różne natężenie (częstości) zachowań negatywnych. Za pomocą testów *post hoc* Turkey’a HSD ustalono, że istotne statystycznie różnice (p=0,019) dotyczące „zadowolenia z życia” istnieją między grupą rodziców, których dzieci wykazują negatywne zachowania „raz w miesiącu” (M=22,5), a grupą rodziców, których dzieci wykazują negatywne zachowania „kilka razy w tygodniu” (M=17,0) – ukazuje to tabela 17. Różnice pomiędzy innymi grupami nie były istotne statystycznie.

Tabela 16. Ocena różnic zadowolenia z życia pomiędzy grupami rodziców dzieci o różnym natężeniu (częstości) zachowań negatywnych

	Częstość natężenia zachowań negatywnych	N	M	SD	ANOVA
SWLS	Raz w miesiącu	11	22,55	5,85429	F=3,710 p=0,014
	Kilka razy w miesiącu	23	19,70	5,85767	
	Raz w tyg.	21	19,81	3,64169	
	Kilka razy w tyg.	46	17,00	6,01480	

Źródło: badania własne

N – liczebność; M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe; p – istotność statystyczna; F – wynik analizy wariancji

Tabela 17. Testy post hoc Turkey'a HSD istotności różnic zadowolenia z życia pomiędzy grupami rodziców dzieci o różnym natężeniu (częstości) zachowań negatywnych

Natężenie (częstość) zachowań negatywnych	Natężenie (częstość) zachowań negatywnych	Istotność (p)
Raz w miesiącu	Kilka razy w miesiącu	0,502
	Raz w tygodniu	0,550
	Kilka razy w tygodniu	0,019
Kilka razy w miesiącu	Raz w miesiącu	0,502
	Raz w tygodniu	1,000
	Kilka razy w tygodniu	0,243
Kilka razy w tygodniu	Raz w miesiącu	0,550
	Kilka razy w miesiącu	1,000
	Kilka razy w tygodniu	0,226
Kilka razy w tygodniu	Raz w miesiącu	0,019
	Kilka razy w miesiącu	0,234
	Raz w tygodniu	0,226

Źródło: badania własne

Dyskusja

W obecnych czasach autyzm jest coraz częściej diagnozowany zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. W związku z tym coraz więcej uwagi poświęca się jakości życia rodziców autystycznych, ponieważ spektrum to wpływa na jakość życia nie tylko dziecka, ale całej rodziny. Autyzm jest zaburzeniem neurologicznym, które jest nieuleczalne i przejawia się poprzez bardzo szeroki wachlarz objawów, który przede wszystkim ogranicza osobę dotkniętą spektrum w zakresie porozumiewania się, co przekłada się na relacje społeczne. Bardzo ważna jest jakość życia rodziców dzieci autystycznych, ponieważ to właśnie oni odpowiadają za swoje dziecko i dzięki lepszej jakości swojego życia mogą w sposób prawidłowy wychować potomka i pomóc mu zniwelować deficyty, jakie on posiada²¹.

Wyniki badań własnych wskazują, że spektrum autyzmu u dziecka obniża jakość życia jego rodziców. W przypadku częstych zachowań negatywnych dzieci autystycznych rodzice podawali, że jakość ich życia jest przeciętna bądź zła. Tak samo w przypadku terapii, która niweluje negatywne zachowania. Rodzice dzieci, które na terapię nie chodziły, wskazywali mniejszy poziom jakości życia. Podobne badania zostały wykonane przez pracowników Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego w 2012 r. W badaniach został użyty kwestionariusz SF-36 badający jakość życia. Grupą badawczą było 70 rodziców dzieci autystycznych, natomiast grupą kontrolną 70 rodziców, których dzieci rozwijały się prawidłowo. Badania potwierdziły obniżony poziom życia rodziców dzieci autystycznych w sferach: zdrowia ogólnego, zdrowia psychicznego i sfery społecznej. Rodzice podawali też, że ich witalność, energia i codzienne funkcjonowanie psychiczne oraz fizyczne jest mocno ograniczone. Wnioski, jakie wyciągnięto z badania, są takie, że należy udzielać rodzicom autystów wsparcia, zrozumienia i pomocy, ponieważ gdy oni będą w stanie ogólnym dobrym, będą w stanie zapewnić dzieciom odpowiednie warunki do rozwoju²².

Bardzo podobne badania do badań własnych wykonano w 2021 r. w Wydziale Żywności, Wydziale Nauk o Zdrowiu, Campus Darcy Ribeiro, Uniwersytetu w Brazylii. Naukowcy skonstruowali kwestionariusz, który również badał cztery sfery życia. Zawierał 28 pytań. W badaniu wzięło udział 881 brazylijskich opiekunów lub rodziców dzieci z autyzmem, w tym 857 kobiet. Badanie również wykazało, że jakość życia rodziców autystów jest obniżona. Respondenci wskazali, że pojawienie się autyzmu u dziecka powoduje powstanie dużej ilości sytuacji stresowych w rodzinie. Dodatkowo rodzice podawali, że występują problemy w relacjach społecznych, że dotychczasowe przyjaźnie bądź znajomości mogą ulec rozluźnieniu. A 40% respondentów podało, że stosuje leki przeciwdepresyjne w związku z posiadaniem dziecka autystycznego. 329 badanych podało, że musiało zrezygnować z życia zawodowego,

²¹ J. McCauley, R. Elias, C. Lord, *Trajectories of co-occurring psychopathology symptoms in autism from late childhood to adulthood*, „Development and Psychopathology” 2020; 1–16.

²² E. Czenczek, E. Szeliga, Ł. Przygoda, *Jakość życia rodziców dzieci autystycznych*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2012; 4: 446–454.

aby móc opiekować się dzieckiem autystycznym, co potwierdza obniżenie jakości życia rodziców w dziedzinie społecznej. W badaniach uzyskano też wyniki, które potwierdziły, że jakość życia rodziców dzieci z autyzmem jest zależna od płci, wykształcenia, sytuacji materialnej i posiadania partnera. A wszystkie te zmienne razem wpływają pozytywnie na sytuację społeczną²³.

Kolejnym badaniem nad jakością życia rodziców autystycznych było badanie z 2024 r. przeprowadzone na Węgrzech. W badaniu wzięły udział 842 osoby. Zostało ono przeprowadzone za pomocą ankiety stworzonej z kilku istniejących już kwestionariuszy standaryzowanych, m.in. WHOQOL-BREF, Quality of Life in Autism Questionnaire. Uzyskano wyniki, które wskazywały na obniżenie jakości życia rodziców dzieci z autyzmem. Uczestnicy wskazywali na obniżenie ogólnej jakości życia, obniżenie jakości w sferze społecznej, psychologicznej oraz środowiskowej. Nie zauważono istotnych różnic w jakości życia między kobietami a mężczyznami. Lepsza sytuacja materialna powodowała lepszą jakość życia we wszystkich badanych sferach²⁴.

Wnioski

Po przeprowadzeniu analizy badań własnych oraz badań innych naukowców można jednoznacznie stwierdzić, że jakość życia rodziców dzieci autystycznych jest obniżona i różnorodnie uwarunkowana. Może się różnić w różnych sferach, jednak zawsze jest obniżona w sferze społecznej. Można też zauważyć, że ojcowie odnajdują się trochę lepiej w sytuacji niż matki.

Podobnie, dobra sytuacja materialna rodziny z dzieckiem autystycznym podnosi rodzicom zadowolenie z życia. To co jednak najbardziej zwraca uwagę, to fakt, że udział dziecka autystycznego w terapii warunkuje jakość życia rodziców we wszystkich sferach, a także ich zadowolenie z życia. W dalszej kolejności jest płeć, która warunkuje jakość życia rodzica w czterech sferach, oraz natężenie (częstość) zachowań negatywnych, które warunkuje dwie sfery. Równocześnie zarówno udział dziecka w dedykowanej terapii, jak i natężenie negatywnych zachowań różnicują „zadowolenie z życia” rodziców. Zawraca uwagę, że udział w terapii podnosi „zadowolenie z życia”, podobnie jak małe natężenie (częstość) zachowań negatywnych u dzieci, przy czym istotna różnica występuje tylko pomiędzy grupami rodziców, których dzieci prezentują zachowania negatywne rzadko (raz miesiącu), a tymi, których dzieci prezentują takie zachowania często (kilka razy w tygodniu).

²³ B. Pratesi, A. Garcia, R. Pratesi et al., *Quality of Life in Caregivers of Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorder: Development and Validation of the Questionnaire*, Wydział Żywnienia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Campus Darcy Ribeiro, Uniwersytet w Brasili (UnB), Asa Norte, Brasilia 70910-900, DF, Brazylia, 2021.

²⁴ M. Volgyesi-Molnar, M. Gyori, V. Eapen et al., *Quality of life in Hungarian parents of autistic individuals*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2025; 55(3): 1122–1137.

Podsumowanie

Dziecko autystyczne wymaga bardzo dużo miłości, cierpliwości, ale też interdyscyplinarnej terapii, aby mogło nadrobić bądź zniwelować swoje deficyty neurologiczne i w przyszłości móc żyć w miarę normalnie. Aby to było możliwe, rodzice muszą być w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. W celu poprawy jakości życia rodziców należałoby zapewnić im odpowiednią pomoc. Należałoby pomyśleć o opiece wytchnieniowej, aby mogli odpocząć od rutyny dnia codziennego.

W badaniach uzyskano informację, iż rodzice dzieci, które chodziły na terapię, wykazywali wyższy poziom jakości życia niż rodzice dzieci, które na terapię nie uczęszczały. W związku z tym należałoby udostępnić miejsca na terapię dla dzieci z rozpoznanym autyzmem.

Wykazano również obniżoną jakość życia w sferze społecznej, co wiąże się z samą opieką nad dzieckiem, ale także z niezrozumieniem przez społeczeństwo. Rodzice unikają spotkań rodzinnych lub ze znajomymi w obawie, że zostaną ocenieni negatywnie ze względu na różne zachowania swoich autystycznych dzieci. W celu rozwiązania tego problemu powinno się społeczeństwo edukować na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu. Wiele osób, zwłaszcza starszych, nie rozumie istoty autyzmu i uważa, że złe zachowania wynikają z nieprawidłowego wychowania. Edukacja powinna być prowadzona w mediach, Internecie, ale także w szkołach dla samych dzieci i dla rodziców.

Dodatkowo sami rodzice powinni uczestniczyć w sesjach terapeutycznych lub pogadankach ze specjalistami, aby wiedzieli, jak zachować się, gdy dziecko dozna np. ataku szału, płaczu. Wiele rodziców nie wie, jak postąpić i po prostu rezygnuje z jakichkolwiek działań i aktywności, wolą przebywać z dzieckiem w domu niż narażać się na ostracyzm. Wiedza na temat tego, jak uspokoić dziecko, mogłaby pomóc poprawić jakość życia w sferze społecznej.

Ważnym aspektem jest także sfera psychiczna, bardzo często rodzice dzieci autystycznych mają depresję. A czasem wystarczy zwykła rozmowa wspierająca, aby podnieść takiego rodzica na duchu. Dla rodziców dzieci z autyzmem powinna być dostępna darmowa psychoterapia w dogodnych terminach. Rodzice ci mają bardzo wymagające obowiązki i wiele sytuacji stresowych, co może przełożyć się na zaburzenia psychiczne, np. nerwicę czy właśnie depresję. Aby tego uniknąć, rodzice powinni mieć możliwość skorzystać za darmo w dogodnym czasie z pomocy psychoterapeuty.

Terapia od najmłodszych lat i odpowiednie podejście do dziecka ze spektrum autyzmu procentują tym, że w przyszłości może ono być zupełnie samodzielne. Dlatego tak ważnym jest, aby podnosić jakość życia rodziców dzieci autystycznych.

Piśmiennictwo

- Baird G., Simonoff E., Pickles A., et al., *Prevalence of disorders of the autism spectrum in the population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP)*, „Lancet” 2006; 36: 210–215.
- Bryson S.E., Rogers S.J., Fombonne E., *Autism spectrum disorders: Early detection, inter vention, education, and psychopharmacological management*, „The Canadian Journal of Psychiatry” 2003; 48: 506–516.
- Czenczek E., Szeliga E., Przygoda Ł., *Jakość życia rodziców dzieci autystycznych*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2012; 4: 446–454.
- Kessick R., *Autyzm i dieta. O czym warto wiedzieć*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010, s. 13.
- Leppert W., Forycka M., de Walden-Gałaszko K., Majkowicz M., Buss T., *Jakości życia u chorych na nowotwory zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych*, „Psychoonkologia” 2014; 1: 17–29.
- McCauley J., Elias R., Lord C., *Trajectories of co-occurring psychopathology symptoms in autism from late childhood to adulthood*, „Development and Psychopathology” 2020; 1–16.
- Młynarska M., *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym: terapia dyskursywna a teoria umysłu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2008, s. 54.
- Papuć E., *Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania*, „Current Problems of Psychiatry” 2014; 12(2): 141–145.
- Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, HARMONIA, Gdańsk 2010, s. 25.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Sopot 2010, s. 22.
- Pratesi B., Garcia A., Pratesi R. et al., *Quality of Life in Caregivers of Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorder: Development and Validation of the Questionnaire*, Wydział Żywienia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Campus Darcy Ribeiro, Uniwersytet w Brasili (UnB), Asa Norte, Brasilia 70910-900, DF, Brazylia, 2021.
- Skawina B., *Autyzm i zespół Aspergera. Objawy, przyczyny, diagnoza i współczesne metody terapeutyczne*, Nová sociálna edukácia človeka V, Medzinárodná interdisciplinárna vedecká konferencia, Prešov 2016.
- Sokolnicka H., Miś W., *Medycyna a pojęcie jakości życia*, „Medycyna Rodzinna” 2003; 24:126–128.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie*, „Sztuka Leczenia” 2017; 2: 33–40.

Trzebiatowski J., *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, „Hygeia Public Health” 2011; 46(1): 25-31.

Volgyesi-Molnar M., Gyori M., Eapen V. et al., *Quality of life in Hungarian parents of autistic individuals*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2025; 55(3): 1122–1137.

WHOQOL Group, *Development of the WHOQOL rationale and current status*, „Internal Journal Mental Health” 2004; 23: 24–56.

Wujcik B., Porzycka A., Witusik A., Pietras T., *Neurorozwojowa hipoteza autyzmu*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Pietras T., Witusik A., Gałęcki P. (red.), Continuo, Wrocław 2010, s. 41.

Agnieszka Tokarska*
Mariusz Sutryk**
Zbigniew Orzeł***
Ewa Guz****
Barbara Siedlecka*****
Olga Dąbska-Nowik*****
Anna Włoszczak-Szubzda*****

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA OPIEKUNÓW DZIECI AUTYSTYCZNYCH Z ZABURZENIAMI KOMUNIKOWANIA SIĘ

*Assessment of the quality of life of caregivers
of children with autism spectrum disorders
and communication difficulties*

*Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0009-0004-4009-1071

**Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-8998-125X

***Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-6356-1695

****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORCID: 0000-0002-0507-2172

*****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORID: 0009-0003-9956-2977

*****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORID: 0000-0002-9475-0480

*****Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, ORID: 0000-0002-0080-2527

Streszczenie

Wprowadzenie. W ostatnich latach znacznie wzrosła częstość występowania zaburzeń rozwoju należących do tzw. autystycznego spektrum, a termin autyzm stał się powszechnie znany. Typowe dla autyzmu problemy dotyczą przede wszystkim trudności w budowaniu relacji z innymi ludźmi oraz w porozumiewaniu się z nimi. Problemy z komunikowaniem się u dzieci z autyzmem mają charakter bardzo rozległy i zróżnicowany, z powodu zaburzeń komunikacji sytuacja opiekunów staje się szczególnie trudna.

Cel. Ocenienie jakości życia opiekunów dzieci z autyzmem w aspekcie zaburzeń komunikacyjnych.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 103 opiekunów dzieci z autyzmem i zaburzeniami komunikowania się. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką ankietowanie. Jako narzędzie badawcze zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Narzędzie badawcze poddano ocenie sędziów kompetentnych oraz sprawdzono w badaniu pilotażowym. Badanie zostało przeprowadzone przy pomocy internetowego kwestionariusza ankiety udostępnionego na forach rodziców i opiekunów dzieci z autyzmem. W analizie statystycznej wykorzystano test niezależności χ^2 Pearsona dla tablic kontyngencji. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki. Blisko połowa badanych (48,5%) uznała, że ich jakość życia jest na poziomie „Niskim/Bardzo niskim”. Osoby, które miały wsparcie w opiece, najczęściej oceniały swoją jakość życia na „Średnim” poziomie (29,1%), a osoby bez wsparcia na poziomie „Niskim/Bardzo niskim” (21,4%), ale zależność ta nie była statystycznie istotna ($p=0,07$). Płeć i miejsce zamieszkania miały związek z ich jakością życia. Kobiety najczęściej oceniały swoją jakość życia na poziomie „Niskim/Bardzo niskim” (36,8%), mężczyźni wskazywali najczęściej na „Średni” poziom jakości życia (13,6%), a zależność ta była istotna statystycznie ($p=0,029$). Respondenci pochodzący ze wsi zdecydowanie częściej oceniali swoją jakość życia na poziomie „Niskim/Bardzo niskim” (40,8%), a mieszkający w mieście na poziomie średnim (22,3%), a zależność ta była istotna ($p=0,0000$). Nie stwierdzono natomiast statystycznie istotnej zależności pomiędzy wiekiem opiekunów a ich oceną jakości życia ($p=0,10$). Osoby badane oceniały swoją jakość życia na poziomie „Niskim/Bardzo niskim”, jeżeli opiekowały się dziećmi w wieku 11 lat i więcej (28,2%) oraz robiły to 12 lat i dłużej (26,2%), a zależność ta była statystycznie istotna ($p=0,000$).

Wnioski. Jakość życia opiekunów dzieci autystycznych z zaburzeniami komunikowania się jest niska. Wsparcie w opiece nad podopiecznymi podnosi jakość życia opiekunów. Płeć i miejsce zamieszkania mają związek z jakością życia badanych opiekunów, które jest niższe w przypadku kobiet i osób mieszkających na wsi. Wraz z wiekiem podopiecznego i okresem opieki nad nim jakość życia opiekunów obniża się. Poszukiwanie i realizowanie w praktyce najlepszych form wspierania tych rodzin to wciąż bardzo ważne zadanie dla badaczy, terapeutów, pracowników socjalnych, lekarzy, pielęgniarek i wielu innych specjalistów wspierających rodziny dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Słowa kluczowe: jakość życia, dzieci autystyczne, zaburzenia komunikowania się

Abstract

Introduction. In recent years, the prevalence of developmental disorders belonging to the so-called autism spectrum has significantly increased, and the term autism has become widely known. Typical problems associated with autism primarily involve difficulties in building relationships with others and communicating with them. Communication issues in children with autism are very extensive and varied; due to communication disorders, the situation for caregivers becomes particularly challenging.

Aim. To assess the quality of life of caregivers of children with autism in the context of communication disorders.

Materials and methods. The study included 103 caregivers of children with autism and communication disorders. The research method was a diagnostic survey, and the technique used was a questionnaire. An original survey questionnaire was employed as a research tool. The research tool was evaluated by competent judges and tested in a pilot study. The study was conducted using an online questionnaire shared on forums for parents and caregivers of children with autism. The statistical analysis utilized Pearson's Chi-squared test for contingency tables. A significance level of $\alpha=0.05$ was adopted.

Results of the research. Nearly half of the respondents (48.5%) stated that their quality of life is at a „Low/Very low” level. People who had support in care most often rated their quality of life as „Average” (29.1%), while those without support rated it as „Low/Very low” (21.4%), but this relationship was not statistically significant ($p=0.07$). Gender and place of residence were related to their quality of life. Women most often rated their quality of life as „Low/Very low” (36.8%), while men most frequently indicated an „Average” level of quality of life (13.6%), and this relationship was statistically significant ($p=0.029$). Respondents from rural areas more frequently rated their quality of life as „Low/Very low” (40.8%), while those living in cities rated it at an average level (22.3%), and this relationship was significant ($p=0.0000$). However, no statistically significant relationship was found between the age of caregivers and their quality of life assessment ($p=0.10$). The participants rated their quality of life as „Low/Very Low” if they cared for children aged 11 and older (28.2%) and had been doing so for 12 years or longer (26.2%), and this relationship was statistically significant ($p=0.000$).

Conclusions. The quality of life of caregivers of children with autism who have communication disorders is low. Support in caregiving increases the quality of life of caregivers. Gender and place of residence are related to the quality of life of the caregivers, which is lower in the case of women and those living in rural areas. With the age of the dependent and the duration of caregiving, the quality of life of caregivers declines. Searching for and implementing the best forms of support for these families remains a very important task for researchers, therapists, social workers, doctors, nurses, and many other specialists supporting families of children with autism spectrum disorders.

Key words: *quality of life, autistic children, communication disorders*

Wprowadzenie

Termin „autyzm” wywodzi się od greckiego słowa „autos”, co oznacza „sam”. Po raz pierwszy został on użyty przez szwajcarskiego lekarza psychiatrę Eugena Bleulera w 1911 r., który stosował go, opisując schizofrenię jako jednostkę chorobową i wymieniając wśród objawów osiowych zamknięcie się we własnym świecie i rozluźnienie dyscypliny logicznego myślenia. Kanner uznawany za twórcę psychiatrii dziecięcej

użył terminu „autyzm” w 1943 r. w odniesieniu do dzieci, by określić jednym słowem występujące u nich zaburzenia. Kanner w 1943 r. opisał 11 dzieci, u których po kilkuletniej obserwacji stwierdził spełnianie kryteriów diagnostycznych autyzmu wczesnodziecięcego, który miał stać się nową wyodrębnioną przez niego jednostką chorobową. Jako główne zaburzenia występujące w autyzmie wyróżnił:

- zaburzenia kontaktu uczuciowego,
- nasilenie dążenia do samotności,
- brak zaangażowania w interakcje społeczne,
- niezdolność używania mowy do komunikowania się,
- obsesyjna potrzeba stałości otoczenia¹.

Definicje autyzmu spotykane w literaturze przedmiotu mają zróżnicowany teoretyczno-praktyczny charakter, często uwzględniający problem diagnozy dziecka. Uogólniając, można stwierdzić, że najbardziej rozpowszechnione są definicje o charakterze symptomatologicznym, przedstawiające listę charakterystycznych dla zaburzenia objawów². Autorzy definicji tego typu w większym lub mniejszym stopniu odwołują się także do etiologii tego zaburzenia. W równie popularnym porównawczym modelu definiowania autyzmu zestawia się zaburzenia występujące w różnych chorobach i różnych stanach rozwojowych autyzmu³.

Zachowania związane z autyzmem stanowią wyzwanie dla rodziców, opiekunów, terapeutów oraz samych osób autystycznych, które czasami przekazują nam opisy swoich doświadczeń. Dzieci autystyczne przez wiele lat funkcjonowały poza dostępnymi dla innych osób formami pomocy psychologiczno-medycznej. W latach siedemdziesiątych, a w Polsce nawet pod koniec lat osiemdziesiątych, zaczęto tworzyć odpowiedni model pomocy, przystosowany do specyficznych potrzeb osób z autyzmem⁴. Autyzm jest skomplikowanym zaburzeniem rozwojowym, obejmującym opóźnienia i problemy w zakresie kontaktów społecznych, języka i wielu kompetencji emocjonalnych, poznawczych, motorycznych i sensorycznych. W jego przypadku można również zaobserwować pewne typowe zachowania, takie jak kręcenie się wokół własnej osi, ustawianie zabawek w jednej linii czy powtarzanie słów bez określonego celu i znaczenia, przy czym objawy te są raczej skutkiem podstawowych trudności z nawiązywaniem kontaktów, porozumiewaniem się i myśleniem⁵.

Autyzm można zdiagnozować już u bardzo małych dzieci, pierwsze symptomy pojawiają się bardzo wcześnie, często już nawet u kilkunastomiesięcznych niemowląt, ale zawsze są widoczne przed ukończeniem 3. roku życia. Zdarza się jednak, i to często, że diagnozuje się go również u nastolatków, a nawet u osób dorosłych. Nieleczony może

¹ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii*, Impuls, Kraków 2005, s. 10.

² E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012, s. 13.

³ A. Prokopiak, Z. Palak, *Autyzm i rodzina*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2017, s. 15-17.

⁴ Ibidem.

⁵ S.I. Greenspan, S. Wieder, *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 17.

prowadzić do bardzo głębokich zaburzeń. Dlatego obecnie w literaturze światowej używa się określenia „spektrum zaburzeń autystycznych”⁶. Zgodnie ze stosowaną w Polsce Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych autyzm zaliczany jest do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych. Warunkiem postawienia rozpoznania jest pojawienie się nieprawidłowości w relacjach społecznych, komunikowaniu się oraz w ograniczonych wzorcach zachowań, zainteresowań i aktywności. Jako całościowe zaburzenie rozwoju, autyzm ma wpływ na wszystkie obszary funkcjonowania. Powoduje zaburzenia relacji społecznych i kontaktu, trudności z podporządkowaniem się regułom społecznym, wynikające z braku ich zrozumienia⁷.

Większość dzieci autystycznych jest niemówiąca. Nie komunikuje się gestem, ma trudności ze wskazywaniem, naśladowaniem, spełnianiem poleceń. Jeśli dzieci mówią, to często w sposób specyficzny, z zaburzeniami prozodii, ekspresji mowy, występują liczne echolalia. Nie potrafią one tworzyć dłuższych, rozbudowanych wypowiedzi, mają trudności z inicjowaniem i podtrzymywaniem wymiany konwersacyjnej. Cechuje je brak lub ograniczenie rozumienia pojęć abstrakcyjnych. Nawet dobrze funkcjonujące osoby z autyzmem mają problemy z pragmatyką języka. Dodatkowo obserwuje się u nich zaburzenia zachowania: liczne stereotypy i rytuały, koncentrowanie się na нефunkcjonalnych właściwościach przedmiotów, skrajne formy zaburzeń koncentracji. U niektórych pojawiają się także zachowania agresywne i autoagresywne. Oczywiście podany powyżej opis funkcjonowania dziecka z autyzmem jest bardzo ogólny i niepełny. Każdy, kto zetknął się chociaż z kilkorgiem dzieci z autyzmem wie, jak bardzo różny obraz funkcjonowania mogą one prezentować. Nasilenie poszczególnych objawów może mieć skrajne nasilenie lub czasem bardzo dyskretne i ledwo zauważalne. Ponadto im starsze dziecko, tym więcej można zaobserwować w jego zachowaniu zaburzeń wtórnych, będących konsekwencją autyzmu. U niektórych dzieci z autyzmem pojawiają się także zaburzenia dodatkowe, takie jak niepełnosprawność intelektualna, mózgowie porażenie dziecięce, wady wzroku czy słuchu⁸.

Przyczyny autyzmu jak dotąd nie są poznane, na pewno są bardzo złożone i skomplikowane. Autyzmem nie można się zarazić i jak wiadomo, nie ma leku na to zaburzenie. Przypuszcza się, że istotną rolę w jego powstawaniu odgrywa podatność genetyczna oraz wiele czynników środowiskowych⁹.

Badacze uważają, że najczęściej występowanie spektrum autyzmu nie jest związane z jednym, ale z kilkoma czynnikami. Predyspozycje genetyczne łączą się z czynnikami środowiskowymi, np. niska waga urodzeniowa lub infekcje podczas ciąży. Wystąpienie dodatkowych czynników może zaostrzyć objawy autyzmu. Takie

⁶ L. Szmania, *Etiologia zaburzeń spektrum autyzmu – przegląd koncepcji*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015; 11: 93-123.

⁷ P. Gołaska, *Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przegląd wybranych koncepcji*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2013; 13(1): 8–14.

⁸ M. Tokaj, *Wiedza na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) i opinia rodziców neurotypowych rówieśników dzieci z ASD dotycząca kształcenia inkluzyjnego*, „Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej” 2024; 17: 280-296.

⁹ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2018, s. 22.

konfiguracje czynników ryzyka mogą być bardzo różne dla różnych osób. To znaczy, że prawdopodobnie wpływają na wczesny rozwój mózgu dziecka. Badania, które pomogą wyjaśnić przyczyny autyzmu, są nadal prowadzone. Badania dotyczą potwierdzenia wpływu czynników powiązanych wcześniej z autyzmem, ale też lepszego zrozumienia roli czynników podejrzewanych o wpływ na występowanie spektrum autyzmu, np. rola systemu odpornościowego, hormonów u matki lub przyjmowanie leków antydepresyjnych podczas ciąży¹⁰. Mimo wielu badań prowadzonych na całym świecie ciągle nie udaje się znaleźć konkretnej przyczyny występowania tego coraz częściej diagnozowanego zaburzenia. Można jednak stwierdzić, że ogromną rolę w wystąpieniu spektrum mają czynniki biologiczne. Coraz częściej zwraca się uwagę na występowanie u dzieci z tym zaburzeniem różnego typu problemów zdrowotnych. Dotyczą one między innymi metabolizmu, braku tolerancji na niektóre substancje, alergii, obniżonej odporności i częstego zapadania na infekcje wirusowe, grzybicze, bakteryjne, nieprawidłowości pracy nerek i wątroby. Większość zebranych informacji odnosi się jednak do małych grup dzieci i trudno określić ich znaczenie dla całej populacji lub jej wyodrębnionej części. Najwięcej danych dotyczy nadwrażliwości na gluten i kazeinę^{11, 12}.

Jednym z głównych objawów autyzmu są zaburzenia kształtowania się systemu językowego. Dziecko nie rozumie wypowiedzi innych osób; jeśli mówi, nie czyni tego, aby się komunikować. Mowę dzieci autystycznych określa się często jako dziwną czy pełną manieryzmów. Dziecko słyszy mowę, ale jest ona jak szum wiatru, szelest liści, plusk wody. Wypowiedzi językowe płynące z otoczenia dla niektórych osób z cechami autyzmu mają tylko mgliste, ogólne znaczenia, nie są naśladowane, nie służą komunikacji, nie ułatwiają rozumienia świata. Obserwacja zachowań dzieci z zaburzeniami autystycznymi pozwala poczynić uogólnienie, że podstawowym problemem w terapii autyzmu jest brak emocjonalnego rezonansu, który uniemożliwia uczenie się zarówno niewerbalnych zachowań komunikacyjnych, jak i języka. Innymi słowy, dziecko autystyczne pozbawione terapii nie jest zdolne, lub jest tylko w stopniu ograniczonym, do uczenia się przez naśladownictwo. Bez naprzemiennego przekazywania znaczeń nie urzeczywistnia się poznawanie i akceptowanie reguł społecznych, uczenie się społeczne i budowanie własnej tożsamości^{13, 14}.

¹⁰ E. Pisula, *Autyzm, przyczyny, symptomy...* op.cit.

¹¹ C. Bougeard, F. Picarel-Blanchot, R. Schmid, R. Campbel, J. Buitelaar, *Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-morbidities in Children and Adolescents: a Systematic Literature Review*, „Frontiers in Psychiatry” 2021; 12: 744709.

¹² C. Bougeard, F. Picarel-Blanchot et al., *Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-Morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review*, „American Psychiatric Publishing” 2024; 22(2): 212-228.

¹³ S.L. Birkeneder, N. Sparapani, *Measurements of Spontaneous Communication Initiations in Children with Autism in Preschool through Third Grade Classrooms*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2023; 53(3): 1243-1254.

¹⁴ M.D. Barokova, C. La Valle, S. Hassan et al., *Eliciting Language Samples for Analysis (ELSA): A New Protocol for Assessing Expressive Language and Communication in Autism*, „Autism Research” 2021; 14(1): 112-126.

Komunikacja jest podstawowym zagadnieniem dla każdego, kto pracuje z osobami z ASD. Kiedy dziecko już skupia uwagę na opiekunie, jest spokojne, panuje nad sobą i coraz lepiej nawiązuje kontakt ze światem zewnętrznym, najważniejszą rzeczą jest dla niego nauka komunikowania się w sposób znaczący. Chociaż komunikacja jest często rozumiana jako wymiana słów, w rzeczywistości rozpoczyna się ona na poziomie przedwerbalnym, na poziomie gestów, na przykład, kiedy dziecko pokazuje zabawkę, którą chce, lub gdy wydaje dźwięk w odpowiedzi na dźwięk wydany przez inną osobę. Zaczyna się ona na bardzo wczesnym etapie życia i obejmuje wszystkie drobne potakiwania głową, uśmiechy i gaworzenie, a następnie rozwija się w bogaty dialog, podczas którego są wymieniane dźwięki, gesty, uśmiechy i grymasy, zanim dziecko zacznie znacząco używać słów. Nawet kiedy w 2. roku życia dziecko wypowiada pierwsze słowa, język gestów lub wzajemna sygnalizacja zachodzą w znacznie szybszym tempie i w znacznie bardziej skomplikowany sposób niż wymiany werbalne^{15, 16}. U niektórych dzieci, u których autyzm został wcześniej zdiagnozowany, najbardziej charakterystyczne były problemy z porozumiewaniem się. Obserwując takie dziecko, łatwo daje się zauważyć brak reakcji na słowa, nawet na własne imię, dziecko sprawia wrażenie, jakby nie słyszało, co się do niego mówi. Osoby ze spektrum autyzmu rzadko używają swojego głosu, by zwrócić na siebie uwagę. Jednak nie należy uogólniać, bo zdarza się, że są osoby z autyzmem, które bardzo sprawnie posługują się mową¹⁷.

W Polsce od ponad dwudziestu lat stosuje się wspomagające i alternatywne metody komunikacji w pracy z osobami z poważnymi problemami w porozumiewaniu się. Pozwalają im one na osiągnięcie takiego poziomu jakości życia, który byłby dla nich dostępny, gdyby nie miały żadnych ograniczeń komunikacyjnych. Pierwszą grupą dzieci i dorosłych, u której wprowadzono w Polsce komunikację wspomagającą, były osoby z wieloraką niepełnosprawnością. W przeważającej większości były to osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym. Dość szybko okazało się jednak, że te same metody i strategie są skuteczne w przypadku osób dotkniętych innymi niepełnosprawnościami, w tym niepełnosprawnością intelektualną oraz autyzmem¹⁸. Komunikacja wspomagająca AAC to ogół metod, które stosuje się do wspierania komunikowania osób, które mają duże problemy z werbalnym porozumiewaniem się. Dzięki tym metodom osoby z zaburzeniami komunikacji mogą wyrażać swoje potrzeby, myśli czy też uczucia. Znacznie poprawia to ich jakość życia. Dla osób niemówiących zajęcia terapeutyczne z komunikacji zastępczej są bardzo ważne i często przynoszą wymierne efekty. Syntezator mowy czy też tablice PECS są dla tych osób

¹⁵ M. Cola, C.J. Zampella, L.D. Yankowitz et al., *Conversational adaptation in children and teens with autism: Differences in talkativeness across contexts*, „Autism Research” 2022; 15(6): 1090-1108.

¹⁶ G.R. Timler, *Let's Talk: Review of Conversation Intervention Approaches for School-Aged Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder*, „Seminars in Speech and Language” 2018; 39(2): 158-165.

¹⁷ G.L. Simmons, S. Ioannou, J.V. Smith et al., *Utility of an Observational Social Skill Assessment as a Measure of Social Cognition in Autism*, „Autism Research” 2021; 14(4): 709-719.

¹⁸ A. Wojciechowska, B. Kaczmarek, *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Impuls, Kraków 2015, s. 331.

jedyną formą komunikowania się z otoczeniem, często wprowadza się znaki i gesty, by móc porozmawiać z takim dzieckiem. Należy przy tym wyraźnie zaznaczyć, że znaki są używane równocześnie z mową, wzmacniając komunikaty słowne, ale nie zastępując ich^{19, 20}.

Cel pracy

Celem pracy było badanie jakości życia opiekunów dzieci z autyzmem w aspekcie zaburzeń komunikowania się.

Materiał i metoda

Badanie zostało przeprowadzone wśród opiekunów dzieci z autyzmem i zaburzeniami komunikowania się. Zostało przeprowadzone przy pomocy internetowego kwestionariusza ankiety, wysyłanego do grupy badanych osób za pomocą Facebooka, na fora rodziców/opiekunów dzieci z autyzmem. W badaniu wzięły udział 103 osoby. Kryteria włączenia respondentów do badania to:

- wyrażenie zgody na wzięcie udziału w prowadzonym badaniu poprzez wypełnienie ankiety,
- status osoby dorosłej – powyżej 18. roku życia.

Przebadano 103 osoby. Największą grupę wśród badanych stanowiły kobiety 74,8% (N=77), a mężczyźni to 25,2% (N=26). Prawie połowa badanych osób 45,6% (N=47) to osoby w wieku 41-55 lat, a osób w wieku 26-40 lat było 36,9% (N=38). Natomiast po 8,7% (N=9) respondentów było w wieku poniżej 25 lat oraz w wieku 56 i więcej. Większość badanych osób 79,6% (N=82) deklarowała, że posiada wykształcenie wyższe, 12,6% (N=13) miała wykształcenie średnie z maturą, a 3,8% (N=4) posiadała wykształcenie zawodowe. Tylko 1,9% (N=2) ankietowanych miało wykształcenie podstawowe lub średnie bez matury. Ponad połowa ankietowanych 63,1% (N=65) deklarowała, że pochodzi ze wsi, a 36,8% (N=38) to osoby pochodzące z miasta. Ponad połowę badanych osób 58,2% (N=60) stanowiły osoby w związku małżeńskim, natomiast 41,7% (N=43) ankietowanych to osoby deklarujące stan wolny.

¹⁹ R.T. Fjeldvang, M.G. Nordaas, S. von Tetzchner, K. Stadsleiv, *Measuring impact of augmentative and alternative communication interventions: adapting the family impact of assistive technology scale for augmentative and alternative communication (FIATS-AAC-No) for use in Norway*, „Augmentative and Alternative Communication” 2023; 39(3): 170-180.

²⁰ S. Joginder Singh, N. Mohd Ayob, F.H. Hassan, *Parents' perception on the use of augmentative and alternative communication by children with complex communication needs in Malaysia*, „Disability and Rehabilitation: Assistive Technology” 2023; 18(1): 118-126.

Osób pracujących fizycznie było 20,4% (N=21), a pracujących umysłowo 34,9% (N=36). Natomiast 1,9% (N=2) były osobami bezrobotnymi, a 10,7% (N=11) osobami uczącymi się. Spośród wszystkich badanych 30,1% (N=31) pobierało zasiłek opiekuńczy.

Obliczenia statystyczne wykonano z wykorzystaniem programu SPSS 20. Rozkład odpowiedzi został przedstawiony przy pomocy liczebności oraz odsetek. Z powodu małych liczebności w skrajnych kategoriach oceny jakości życia zostały one w tablicach kontyngencji połączone w kategorie „Bardzo wysoka/Wysoka” oraz „Bardzo niska/Niska). Podobnie połączono skrajne kategorie dotyczące wieku osób badanych, ich podopiecznych oraz czasu opieki. Dzięki temu do oceny wszystkich zależności między badanymi cechami można było zastosować jednolitą metodę – test niezależności χ^2 Pearsona dla tablic kontyngencji. Poziom istotności *alfa*, jaki przyjęto, to 0,05.

Wyniki

Większość podopiecznych 66% (N=68) komunikowało się z rodzicami/opiekunami za pomocą mowy. Za pomocą gestów komunikowało się 19% (N=20), a 11% (N=11) komunikowało się za pomocą syntezy mowy. Najmniej podopiecznych 4% (N=4) komunikowała się z rodzicem/opiekunem za pomocą PECS (tabela 1).

Tabela 1. Sposób komunikowania się z podopiecznym

Sposób komunikowania się podopiecznego	N	%
Mowa	68	66,0
PECS	4	3,9
Syntezy mowy	11	10,7
Gesty	20	19,4
Ogółem	103	100,0

Źródło: opracowanie własne

PECS – porozumiewanie się za pomocą symboli graficznych i obrazków; N – liczebność; % – procent

45% (N=46) badanych rodziców/opiekunów dzieci z autyzmem uznała, że jest zadowolona lub bardzo zadowolona ze swojego życia. Średnio zadowolonych i niezadowolonych było 55% (N=57) (tabela 2).

Tabela 2. Stopień zadowolenia ze swojego życia

Jakość życia	N	%
Bardzo zadowolony/Zadowolony	46	44,7
Średnio zadowolony	18	17,4
Niezadowolony/Bardzo niezadowolony	39	37,9
Ogółem	103	100,0

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent

Ponad połowa badanych osób 55% (N=57) była zadowolona ze swojego zdrowia. Średnie i niskie zadowolenie zgłaszało 45% (N=46) respondentów (tabela 3).

Tabela 3. Stopień zadowolenia ze swojego zdrowia

Jakość życia	N	%
Bardzo zadowolony/Zadowolony	57	55,3
Średnio zadowolony	27	26,2
Niezadowolony/Bardzo niezadowolony	19	18,5
Ogółem	103	100,0

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent

Najwięcej badanych osób 49% (N=50) było niezadowolonych/bardzo niezadowolonych ze swojego czasu wolnego, jednocześnie tylko 24% (N=25) było zadowolonych (tabela 4).

Tabela 4. Stopień zadowolenia ze swojego czasu wolnego

Jakość życia	N	%
Bardzo zadowolony/Zadowolony	25	24,3
Średnio zadowolony	28	27,2
Niezadowolony/Bardzo niezadowolony	50	48,5
Ogółem	103	100,0

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent

Dane przedstawione w tabeli 5 pokazują zależność pomiędzy wsparciem w opiece nad podopiecznym a jakością życia opiekunów. Osoby, które miały wsparcie w opiece, najczęściej oceniały swoją jakość życia na poziomie średnim (29%; N=30). Osoby bez wsparcia w opiece najczęściej oceniały swoją jakość życia na poziomie niskim/bardzo niskim (21%; N=22). Opisana zależności nie była istotna statystycznie ($p=0.07$).

Tabela 5 . Zależność pomiędzy wsparciem w opiece a jakością życia opiekunów

Jakość życia	Wsparcie w opiece				Suma	
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	N	%
Bardzo wysoka/Wysoka	7	6,8	7	6,8	14	13,6
Średnia	30	29,1	9	8,7	39	37,9
Niska/Bardzo niska	28	27,1	22	21,4	50	48,5
Ogółem	65	63,1	38	36,9	103	100,0
Test Chi ² Pearsona	Chi ² =5,32; df=2; p=0,07					

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; Chi² – wynik testu Chi²; df – stopnie swobody; p – poziom istotności

Kobiety najczęściej oceniały swoją jakość życia na poziomie niskim/bardzo niskim (36,8%; N=38). Jednocześnie mężczyźni najczęściej określali swoją jakość życia na poziomie średnim (13,6%; N=14). Stwierdzone zależności były istotne statystycznie ($p=0.029$) (tabela 6).

Tabela 6. Zależność pomiędzy płcią a jakością życia opiekunów

Jakość życia	Płeć				Suma	
	Kobieta		Mężczyzna			
	N	%	N	%	N	%
Bardzo wysoka/Wysoka	14	13,6	0	0,0	14	13,6
Średnia	25	24,2	14	13,6	39	37,8
Niska/Bardzo niska	38	36,8	12	11,6	50	48,5
Ogółem	77	74,8	26	25,2	103	100,0
Test Chi ² Pearsona	Chi ² =7,114; df=2; p=0,029					

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; Chi² – wynik testu Chi²; df – stopnie swobody; p – poziom istotności

Osoby w wieku do 40 lat oraz od 41 do 55 lat oceniały najczęściej swoją jakość życia na poziomie niskim/bardzo niskim, odpowiednio (21,4%; N=22) oraz (25,2; N=26). Nieliczni respondenci, z grup wiekowych 26-40 lat i 41-55 lat, oceniali swoją jakość życia bardzo wysoko/wysoko (6,8%; N=7), a w grupie 56 i więcej jako średnią (6,8%; N=7). Opisana zależność nie była istotna statystycznie ($p=0,10$) (tabela 7).

Tabela 7. Zależność pomiędzy wiekiem a jakością życia opiekunów

Jakość życia	Wiek							
	Do 40 lat		41-55 lat		56 i więcej		Suma	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bardzo wysoka/Wysoka	7	6,8	7	6,8	0	0,0	14	13,6
Średnia	18	17,4	14	13,6	7	6,7	39	37,9
Niska/Bardzo niska	22	21,4	26	25,2	2	1,9	50	48,5
Ogółem	47	45,6	47	45,6	9	8,7	103	100,0
Test Chi ² Pearsona	Chi ² =7,697; df=4; p=0,10							

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; Chi² – wynik testu Chi²; df – stopnie swobody; p – poziom istotności

Osoby pochodzące z miasta znacznie częściej oceniały swoją jakość życia na poziomie średnim (22,3%; N=23) niż osoby pochodzące ze wsi (15,5%; N=16). Natomiast osoby pochodzące ze wsi zdecydowanie częściej oceniały swoją jakość życia na poziomie niskim/bardzo niskim (40,8%; N=42). Stwierdzone zależności były istotne statystycznie ($p=0,0000$) (tabela 8).

Tabela 8. Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a jakością życia opiekunów

Jakość życia	Miejsce zamieszkania				Suma	
	Wieś		Miasto			
	N	%	N	%	N	%
Bardzo wysoka/Wysoka	7	6,8	7	6,8	14	13,6
Średnia	16	15,5	23	22,3	39	37,9
Niska/Bardzo Niska	42	40,8	8	7,8	50	48,5
Ogółem	65	61,32	38	36,9	103	100,0
Test Chi ² Pearsona	Chi ² =18,575; df=2; p=0,0000					

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; Chi² – wynik testu Chi²; df – stopnie swobody; p – poziom istotności

Tylko osoby, które opiekowały się swoim podopiecznym od 0-4 lat, oceniały swoją jakość życia jako bardzo wysoką (13,6%; N=14). Natomiast osoby opiekujące się podopiecznym 12 i więcej lat najczęściej oceniały swoją jakość życia na poziomie niskim/bardzo niskim (26,2%; N=27). Stwierdzona różnica była istotna statystycznie ($p=0,0000$) (tabela 9).

Tabela 9. Zależność pomiędzy czasem opieki nad podopiecznym a jakością życia opiekunów

Jakość życia	Czas opieki nad podopiecznym							
	0-4 lata		5-11 lat		12 lat i więcej		Suma	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bardzo wysoka/Wysoka	14	13,6	0	0,0	0	0,0	14	13,6
Średnia	14	13,6	16	15,5	9	8,7	39	37,9
Niska/Bardzo niska	17	16,5	6	5,8	27	26,2	50	48,5
Ogółem	45	43,6	22	21,4	36	34,9	103	100,0
Test Chi² Pearsona	Chi ² =35,538; df=4, p=0,00000							

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; Chi² – wynik testu Chi²; df – stopnie swobody; p – poziom istotności

Tylko nieliczne osoby opiekujące się podopiecznymi w wieku 1-4 lat (6,8%; N=7) oraz 11 lat i więcej (6,8%; N=7) oceniały wysoko swoją jakość życia. Najczęściej jako średnią oceniali jakość życia osoby opiekujące się dziećmi w wieku 5-10 lat (22,3%; N=23). Natomiast najniżej swoją jakość życia ocenili opiekunowie podopiecznych w przedziale wiekowym 11 lat i więcej (28,2%; N=29). Stwierdzona zależność była istotna statystycznie ($p=0,0000$) (tabela 10).

Tabela 10. Zależność pomiędzy wiekiem podopiecznego a jakością życia opiekunów

Jakość życia	Wiek podopiecznego							
	1-4 lata		5-10 lat		11 lat i więcej		Suma	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bardzo wysoka/ Wysoka	7	6,7	0	0,0	7	6,7	14	13,5
Średnia	0	0,0	23	22,3	16	15,5	39	37,9
Niska/Bardzo niska	10	9,7	11	10,7	29	28,2	50	48,5
Ogółem	21	20,0	34	33,0	52	50,0	103	100,0
Chi ² Pearsona	Chi ² =31,997, df=4, p=0,000							

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność; % – procent; Chi² – wynik testu Chi²; df – stopnie swobody; p – poziom istotności

Dyskusja

Badania własne wskazują, że ogólna jakość życia opiekunów dzieci z autyzmem oraz zaburzeniami komunikowania się jest niska i bardzo niska. Podobne wyniki można spotkać w badaniach innych naukowców. W przeważającej większości wskazują one na niski i bardzo niski poziom jakości życia rodziców/opiekunów dzieci autystycznych^{21, 22, 23, 24, 25}.

²¹ A. Papadopoulos, A. Tsapara, A. Gryparis et al., *Prospective Study of the Family Quality of Life, Illness Perceptions, and Coping in Mothers of Children Newly Diagnosed with Autism Spectrum Disorder and Communication Difficulties*, „European Journal of Investigation in Health Psychology and Education” 2024; 14(8): 2187-2204.

²² E. Czenczek, E. Szeliga, Ł. Przygoda, *Jakość życia rodziców dzieci autystycznych*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2012; 4: 446-454.

²³ V. Eapen, L. Karlov, J.R. John et al., *Quality of life in parents of autistic children: A transcultural perspective*, „Frontiers in Psychology” 2023; 14: 1022094.

²⁴ D. Turnage, N. Conner, *Quality of life of parents of children with Autism Spectrum Disorder: An integrative literature review*, „Journal for Specialists in Pediatric Nursing” 2022; 27(4): e12391.

²⁵ M. Volgyesi-Molnar, M. Gyori, V. Eapen et al., *Quality of Life in Hungarian Parents of Autistic Individuals*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2025; 55(3): 1122-1137.

Wyniki badań własnych, dotyczące wpływu wsparcia w opiece nad dzieckiem autystycznym na poziom jakości życia, znajdują potwierdzenie w wynikach badań innych naukowców. Większe poczucie wsparcia podnosi ocenę jakości życia^{26, 27, 28, 29}.

W badaniach własnych płęć była ważną zmienną różnicującą poziom jakości życia respondentów, kobiety oceniały ją zdecydowanie niżej niż mężczyźni. Różnice płciowe w predyktorach jakości życia rodziców dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu pojawiają się również w podobnych badaniach na świecie. Matki dzieci z ASD zgłaszały niższą jakość życia, postrzegane wsparcie społeczne i funkcjonowanie rodziny niż ojcowie. Polegały na strategiach radzenia sobie skoncentrowanych na emocjach, podczas gdy ojcowie stosowali strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemie^{30, 31, 32}.

Miejsce zamieszkania rodzin z dziećmi autystycznymi w badaniach własnych miało wpływ na jakość życia rodziców/opiekunów dzieci autystycznych. Wieś była wskazywana przez respondentów przy niskich i bardzo niskich ocenach jakości życia. Światowe badania rzadko skupiają się na bezpośrednim podziale miasto – wieś a jakość życia, za to w sposób pośredni wskazują, że przyczyną niskiej oceny jakości życia rodzin z autystycznymi dziećmi jest dostępność usług niezbędnych do funkcjonowania we wszystkich sferach życiowych^{33, 34}.

Najniższą ocenę jakości swojego życia wskazywali w badaniach własnych respondenci, którzy opiekowali się autystycznymi dziećmi od 11 do 16 lat. Literatura tematu podejmuje w tym kontekście wątek profilu utajonego wypalenia rodzicielskiego u rodziców dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Jednak wypalenie rodzicielskie wśród rodziców dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) pozostaje w dużej mierze niezbadane. Podkreśla się, że rodzice dzieci z ASD częściej doświadczają wyższego poziomu wypalenia rodzicielskiego. Co wskazuje na pilną potrzebę

²⁶ *Autism spectrum disorder in under 19s: support and management*, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), London 2021.

²⁷ L.L. McIntyre, M. Brown, *Examining the utilisation and usefulness of social support for mothers with young children with autism spectrum disorder*, „Journal of Intellectual Disabilities” 2018; 43(1): 93-101.

²⁸ S.J. Khusaifan, M.E.S. El Keshky, *Social Support as a Protective Factor for the Well-Being of Parents of Children with Autism in Saudi Arabia*, „Journal of Pediatric Nursing” 2021, 58: e1-e7.

²⁹ Q. Ran, L. Tu, Y. Wu et al., *Formal social support and quality of life of caregivers with autistic children: a large-scale nationwide survey in China*, „Frontiers in Public Health” 2023; 11: 1282778.

³⁰ S. Salami, E. Alhalal, *Gender differences in predictors of quality of life for parents of children with Autism Spectrum disorder in Saudi Arabia*, „Journal of Pediatric Nursing” 2024; 77: e117-e124.

³¹ S.C. Grebe, S.S. Mire, H. Kim, M.A. Keller-Margulis, *Comparing Fathers' and Mothers' Perspectives About Their Child's Autism Spectrum Disorder*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2022; 52(4): 1841-1854.

³² Y. Bee Wah, N.N. Mohd Nasir, M.F. Hadrawi et al., *Effects of stress and self-efficacy on quality of life of mothers with autistic children: Covariance-Based Structural Equation Modeling (CB-SEM) approach*, „Belitung Nursing Journal” 2024; 10(2): 201-208.

³³ H. Almasoud, S. Alqahtani, *Potential impact of autism services on the quality of life of individuals with autism spectrum disorder and their families*, „Research In Developmental Disabilities” 2023; 136: 104492.

³⁴ H. Almasoud, G. Ain, *Parental perspectives on autism services in Saudi Arabia: Decade comparison (2011-2021)*, „Research In Developmental Disabilities” 2023; 137: 104485.

ukierunkowanych interwencji w różnych podgrupach wypalenia rodziców mających dzieci z ASD^{35, 36, 37}.

Wiek podopiecznych to równie znacząca zmienna, co omawiane powyżej. W badaniach własnych wiek nastoletni podopiecznych miał największy wpływ na niską samoocenę opiekunów. Podobne wyniki pojawiają się w literaturze tematu^{38, 39}. Blisko połowa badanych nie była zadowolona ze swojego czasu wolnego. Światowe badania podejmują tę kwestię, podkreślając znaczenie regularnego uczestnictwa rodziców dzieci autystycznych w wartościowych zajęciach oraz potrzebę wsparcia, którego potrzebują oni, zwłaszcza rodzice samotnie wychowujący dzieci, aby osiągnąć równowagę między obowiązkami opiekuńczymi a własnymi potrzebami w zakresie czasu wolnego^{40, 41, 42, 43}.

Wnioski

Jakość życia opiekunów dzieci autystycznych z zaburzeniami komunikowania się jest niska. Wsparcie w opiece nad podopiecznymi podnosi jakość życia opiekunów. Płeć i miejsce zamieszkania mają związek z jakością życia badanych opiekunów, które jest niższe w przypadku kobiet i osób mieszkających na wsi. Wraz z wiekiem podopiecznego i okresem opieki nad nim jakość życia opiekunów obniża się.

³⁵ S. Liu, D. Wu, J. Li, H. Yin, *Latent profile analysis of parental burnout among parents of children with and without autism spectrum disorder*, „Frontiers in Psychology” 2025; 16: 1581321.

³⁶ S. Shnitzer-Meirovich, S. Aviad, I. Bechar-Katz et al., *The associations between child behavioral problems, parents' emotional regulation difficulties, and parental burnout among Israeli parents of children with autism during wartime*, „Frontiers in Psychology” 2024; 15: 1439384.

³⁷ E. Gülbetkin, F. Kardaş Özdemir, G. Aşut, *The mediator role of parenting stress in the effect of stigmatization on burnout in parents of children with autism: A structural equality model*, „Journal of Pediatric Nursing” 2024; 78: e323-e329.

³⁸ A. Baghdadli, R. Pry, C. Michelon, C. Rattaz, *Impact of autism in adolescents on parental quality of life*, „Quality of Life Research” 2014; 23(6): 1859-1868.

³⁹ A. Jain, N. Ahmed, P. Mahour et al., *Chandrakanta. Quality of Life of Caregivers of Autistic Children and Adolescents Visiting Health Facilities in Lucknow City, Uttar Pradesh, India: A Cross-sectional Study*, „Indian Journal of Community Medicine” 2019; 44(2): 157-161.

⁴⁰ G. Davy, J. Barbaro, K. Unwin, C. Dissanayake, *Leisure, Employment, Community Participation, and Quality of Life in Primary Caregivers of Autistic Children: A Qualitative Study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2024; 54(7): 2591-2603.

⁴¹ H.M. Bourke-Taylor, F. Jane, J. Peat, *Healthy Mothers Healthy Families Workshop Intervention: A Preliminary Investigation of Healthy Lifestyle Changes for Mothers of a Child with a Disability*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2019; 49(3): 935-949.

⁴² A. Bhohti, T. Brown, P. Lentin, *Opportunities for participation, inclusion and recreation in school-aged children with disability influences parent occupations and family quality of life: A mixed-methods study*, „British Journal of Occupational Therapy” 2020; 83(4): 204-214.

⁴³ L.M. Dieleman, T. Moyson, S.S.W. De Pauw et al., *Parents' Need-related Experiences and Behaviors When Raising a Child With Autism Spectrum Disorder*, „Journal of Pediatric Nursing” 2018; 42: e26-e37.

Autyzm u dziecka to dla rodzica wyzwanie, z którym może on sobie poradzić lepiej lub gorzej. Dla niektórych rodziców ogrom zadań związanych z opieką nad dzieckiem stanowi ciężar niemożliwy do udźwignięcia, innych mobilizuje do podejmowania różnorodnych wysiłków, a nawet staje się dla nich źródłem rozwoju. Poszukiwanie i realizowanie w praktyce najlepszych form wspierania tych rodzin to wciąż bardzo ważne zadanie dla badaczy, terapeutów, pracowników socjalnych, lekarzy, pielęgniarek i wielu innych specjalistów wspierających rodziny dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Piśmiennictwo

Almasoud H., Alqahtani S., *Potential impact of autism services on the quality of life of individuals with autism spectrum disorder and their families*, „Research In Developmental Disabilities” 2023; 136: 104492.

Almasoud H., Ain G., *Parental perspectives on autism services in Saudi Arabia: Decade comparison (2011-2021)*, „Research In Developmental Disabilities” 2023; 137: 104485.

Baghdadli A., Pry R., Michelon C., Rattaz C., *Impact of autism in adolescents on parental quality of life*, „Quality of Life Research” 2014; 23(6): 1859-1868.

Barokova M.D., La Valle C., Hassan S. et al., *Eliciting Language Samples for Analysis (ELSA): A New Protocol for Assessing Expressive Language and Communication in Autism*, „Autism Research” 2021; 14(1): 112-126.

Bee Wah Y., Mohd Nasir N.N., Hadrawi M.F. et al., *Effects of stress and self-efficacy on quality of life of mothers with autistic children: Covariance-Based Structural Equation Modeling (CB-SEM) approach*, „Belitung Nursing Journal” 2024; 10(2): 201-208.

Bhohti A., Brown T., Lentin P., *Opportunities for participation, inclusion and recreation in school-aged children with disability influences parent occupations and family quality of life: A mixed-methods study*, „British Journal of Occupational Therapy” 2020; 83(4): 204-214.

Birkeneder S.L., Sparapani N., *Measurements of Spontaneous Communication Initiations in Children with Autism in Preschool through Third Grade Classrooms*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2023; 53(3): 1243-1254.

Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii*, Impuls, Kraków 2005, s. 10.

Bougéard C., Picarel-Blanchot F., Schmid R., Campbel R., Buitelaar J., *Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-morbidities in Children and Adolescents: a Systematic Literature Review*, „Frontiers in Psychiatry” 2021; 12: 744709.

Bougeard C., Picarel-Blanchot F. et al., *Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-Morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review*, „American Psychiatric Publishing” 2024; 22(2): 212-228.

Bourke-Taylor H.M., Jane F., Peat J., *Healthy Mothers Healthy Families Workshop Intervention: A Preliminary Investigation of Healthy Lifestyle Changes for Mothers of a Child with a Disability*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2019; 49(3): 935-949.

Cola M., Zampella C.J., Yankowitz L.D. et al., *Conversational adaptation in children and teens with autism: Differences in talkativeness across contexts*, „Autism Research” 2022; 15(6): 1090-1108.

Czenczek E., Szeliga E., Przygoda Ł., *Jakość życia rodziców dzieci autystycznych*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2012; 4: 446-454.

Davy G., Barbaro J., Unwin K., Dissanayake C., *Leisure, Employment, Community Participation, and Quality of Life in Primary Caregivers of Autistic Children: A Qualitative Study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2024; 54(7): 2591-2603.

Dieleman L.M., Moyson T., De Pauw S.S.W. et al., *Parents' Need-related Experiences and Behaviors When Raising a Child With Autism Spectrum Disorder*, „Journal of Pediatric Nursing” 2018; 42: e26-e37.

Eapen V., Karlov L., John J.R. et al., *Quality of life in parents of autistic children: A trans-cultural perspective*, „Frontiers in Psychology” 2023; 14: 1022094.

Fjeldvang R.T., Nordaas M.G., von Tetzchner S., Stadskleiv K., *Measuring impact of augmentative and alternative communication interventions: adapting the family impact of assistive technology scale for augmentative and alternative communication (FIATS-AAC-No) for use in Norway*, „Augmentative and Alternative Communication” 2023; 39(3): 170-180.

Gołaska P. *Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przegląd wybranych koncepcji*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2013; 13(1): 8–14.

Grebe S.C., Mire S.S., Kim H., Keller-Margulis M.A., *Comparing Fathers' and Mothers' Perspectives About Their Child's Autism Spectrum Disorder*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2022; 52(4): 1841-1854.

Greenspan S. I., Wieder S., *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 17.

Gülbetekin E., Kardaş Özdemir F., Aşut G., *The mediator role of parenting stress in the effect of stigmatization on burnout in parents of children with autism: A structural equality model*, „Journal of Pediatric Nursing” 2024; 78: e323-e329.

- Jain A., Ahmed N., Mahour P. et al., Chandrakanta. *Quality of Life of Caregivers of Autistic Children and Adolescents Visiting Health Facilities in Lucknow City, Uttar Pradesh, India: A Cross-sectional Study*, „Indian Journal of Community Medicine” 2019; 44(2): 157-161.
- Joginder Singh S., Mohd Ayob N., Hassan F.H., *Parents’ perception on the use of augmentative and alternative communication by children with complex communication needs in Malaysia*, „Disability and Rehabilitation: Assistive Technology” 2023; 18(1): 118-126.
- Khusaifan S.J., El Keshky MES, *Social Support as a Protective Factor for the Well-Being of Parents of Children with Autism in Saudi Arabia*, „Journal of Pediatric Nursing” 2021, 58: e1-e7.
- Liu S., Wu D., Li J., Yin H., *Latent profile analysis of parental burnout among parents of children with and without autism spectrum disorder*, „Frontiers in Psychology” 2025; 16: 1581321.
- McIntyre L.L., Brown M., *Examining the utilisation and usefulness of social support for mothers with young children with autism spectrum disorder*, „Journal of Intellectual & Developmental Disability” 2018; 43(1): 93-101.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *Autism spectrum disorder in under 19s: support and management*, London 2021.
- Papadopoulos A., Tsapara A., Gryparis A. et al., *Prospective Study of the Family Quality of Life, Illness Perceptions, and Coping in Mothers of Children Newly Diagnosed with Autism Spectrum Disorder and Communication Difficulties*, „European Journal of Investigation in Health Psychology and Education” 2024;14(8): 2187-2204.
- Pisula E., *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012, s. 13.
- Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2018, s. 22.
- Pisula E., *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2021.
- Prokopiak A., Palak Z., *Autyzm i rodzina*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2017, s. 15-17.
- Ran Q., Tu L., Wu Y. et al., *Formal social support and quality of life of caregivers with autistic children: a large-scale nationwide survey in China*, „Frontiers in Public Health” 2023; 11: 1282778.
- Salami S., Alhalal E., *Gender differences in predictors of quality of life for parents of children with Autism Spectrum disorder in Saudi Arabia*, „Journal of Pediatric Nursing” 2024; 77: e117-e124.

Shnitzer-Meirovich S., Aviad S., Bechar-Katz I. et al., *The associations between child behavioral problems, parents' emotional regulation difficulties, and parental burnout among Israeli parents of children with autism during wartime*, „Frontiers in Psychology” 2024; 15: 1439384.

Simmons G.L., Ioannou S., Smith J.V. et al., *Utility of an Observational Social Skill Assessment as a Measure of Social Cognition in Autism*, „Autism Research” 2021; 14(4): 709-719.

Szmania L., *Etiologia zaburzeń spektrum autyzmu – przegląd koncepcji*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015; 11: 93-123.

Timler G.R., *Let's Talk: Review of Conversation Intervention Approaches for School-Aged Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder*, „Seminars in Speech and Language” 2018; 39(2): 158-165.

Tokaj M., *Wiedza na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) i opinia rodziców neurotypowych rówieśników dzieci z ASD dotycząca kształcenia inkluzyjnego*, „Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej” 2024; 17: 280-296.

Turnage D., Conner N., *Quality of life of parents of children with Autism Spectrum Disorder: An integrative literature review*, „Journal for Specialists in Pediatric Nursing” 2022; 27(4): e12391.

Volgyesi-Molnar M., Gyori M., Eapen V. et al., *Quality of Life in Hungarian Parents of Autistic Individuals*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2025; 55(3): 1122-1137.

Wojciechowska A., Kaczmarek B., *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*. Impuls, Kraków 2015, s. 331.

Z recenzji:

Recenzowana monografia prezentuje wysoki poziom merytoryczny i edytorski. Autorzy wykazali się znajomością aktualnego stanu badań, poprawną metodologią oraz dążeniem do praktycznych rekomendacji. Publikacja w pełni zasługuje na pozytywną ocenę i może służyć zarówno środowiskom akademickim, jak i praktykom zajmującym się zdrowiem psychicznym oraz edukacją dzieci i młodzieży z ASD. Monografia wnosi istotny wkład do literatury polskojęzycznej na temat autyzmu i zdrowia psychicznego. Może być cennym źródłem dla studentów, nauczycieli, terapeutów, lekarzy i pracowników socjalnych.

mgr pielęgniarstwa, dr n. med. Dorota Nalepa

Monografia dedykowana jest studentom, pracownikom medycznym, osobom z autyzmem, rodzicom, opiekunom i nauczycielom pracującym z chorymi na autyzm, gdyż szczegółowo omówiono w niej wiele zagadnień. Oddanie do rąk danego środowiska monografii, która oparta jest o aktualne rekomendacje, wytyczne opieki i liczne pozycje literatury, zmniejszy niepokój i dezorientację w opiece sprawowanej nad osobami z autyzmem, skutecznie zwiększy jakość świadczonej opieki, pobudzi entuzjazm do pracy, co wpłynie bezpośrednio na większe zadowolenie pacjentów i ich rodzin z opieki.

dr n. o zdr. Elżbieta Bartoń



LUBELSKA AKADEMIA WSEI
20-209 LUBLIN, UL. PROJEKTOWA 4
TEL.: +48 81 749 17 77
WWW.WSEI.PL

ISBN E-BOOK: 978-83-67550-31-4

AKADEMIA WSEI
WYDAWNICTWO NAUKOWE
INNOVATIO PRESS