

**UNIwersYTET KAZIMIERZA WIELKIEGO
W BYDGOSZCZY**

SZKOŁA DOKTORSKA

Wydział Pedagogiki



mgr Kinga Dziewiątkowska

Sala Doświadczenia Świata (*Snoezelen*) jako wspomagające
oddziaływanie terapeutyczne dla dzieci z wybranymi
trudnościami w funkcjonowaniu emocjonalno-poznawczym

Praca doktorska napisana pod kierunkiem

Prof. dr. hab. Romana Lepperta

BYDGOSZCZ 2026

Mojemu Promotorowi, **prof. dr. hab. Romanowi Leppertowi**, składam szczególne wyrazy wdzięczności za wieloletnie towarzyszenie mi na drodze prowadzącej do powstania tej rozprawy. Dziękuję za nieocenione wsparcie merytoryczne, cenne wskazówki, inspirujące rozmowy oraz uważność, z jaką czuwał Pan nad kolejnymi etapami mojej pracy. Jestem wdzięczna również za życzliwość, cierpliwość i wsparcie, które pozwalały mi z odwagą i spokojem mierzyć się z kolejnymi wyzwaniami tej drogi. Dziękuję za zaufanie i za sposób, w jaki przez wszystkie te lata łączył Pan naukowe wymagania z niezwykłą wrażliwością i zrozumieniem.

Serdeczne podziękowania składam również **dr Annie Szymanik-Kostrzewskiej** za ogromne zaangażowanie i nieocenioną pomoc w opracowaniu oraz interpretacji analiz statystycznych. Dziękuję za dzielenie się wiedzą, cierpliwość w wyjaśnianiu wątpliwości, cenne wskazówki i gotowość do pomocy na każdym etapie pracy nad wynikami badań. Szczególnie dziękuję za serce i życzliwość, które towarzyszyły tej współpracy i sprawiły, że nawet najbardziej wymagające momenty stawały się łatwiejsze.

***Z CAŁEGO SERCA DZIĘKUJĘ ZA OBECNOŚĆ, WIEDZĘ I WSPARCIE,
BEZ KTÓREGO TA DROGA NIE BYŁABY TAKA SAMA...***

STRESZCZENIE

Niniejsza rozprawa doktorska została poświęcona analizie możliwości zastosowania metody Snoezelen w oddziaływaniach wspierających funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej. Punktem wyjścia dla podjętych rozważań było założenie, że odpowiednio zaprojektowane środowisko polisensoryczne może stanowić czynnik wspierający rozwój zasobów psychologicznych dziecka, w szczególności w zakresie poczucia własnej skuteczności oraz strategii radzenia sobie ze stresem. Podjęcie problematyki badawczej wynikało zarówno z obserwowanego wzrostu zainteresowania metodą Snoezelen w praktyce terapeutycznej i edukacyjnej, jak i z ograniczonej liczby doniesień empirycznych dotyczących jej zastosowania w grupie dzieci i młodzieży rozwijających się w normie intelektualnej.

Część teoretyczna pracy obejmuje analizę podstaw teoretycznych metody Snoezelen, jej genezy, założeń oraz współczesnych kierunków rozwoju. Omówiono znaczenie środowiska terapeutycznego i doświadczeń polisensorycznych dla rozwoju dziecka, a także odniesiono metodę do wybranych koncepcji psychologicznych, pedagogicznych i psychomotorycznych. Szczególną uwagę poświęcono funkcjonowaniu emocjonalno-poznawczemu dzieci i młodzieży, poczuciu własnej skuteczności w ujęciu społeczno-poznawczej teorii Alberta Bandury oraz strategiom radzenia sobie ze stresem. Przeprowadzone analizy pozwoliły na opracowanie modelu badawczego zakładającego możliwość występowania zmian w zakresie wybranych zasobów emocjonalno-poznawczych po udziale w oddziaływaniach Snoezelen.

W części metodologicznej przedstawiono założenia badań własnych, problematykę badawczą, procedurę badawczą oraz charakterystykę zastosowanych narzędzi. Badania przeprowadzono w strategii ilościowej i obejmowały etap pilotażowy oraz badania właściwe. Zastosowano schemat pomiaru przed i po oddziaływaniu, uwzględniający zarówno samoopis dziecka, jak i ocenę funkcjonowania dziecka dokonywaną przez rodzica. W badaniach wykorzystano Test Matryc Ravena (służący określeniu normy intelektualnej), Skalę Kompetencji Osobistej KompOs (do oceny poczucia własnej skuteczności i jej wymiarów), Kwestionariusz Jak Sobie Radzisz (do oceny strategii radzenia sobie ze stresem) oraz ich zmodyfikowane wersje rozszerzające

miar o perspektywę rodzicielską. Dodatkowo uwzględniono analizę wybranych zmiennych socjodemograficznych i kontrolowanych.

Część empiryczna prezentuje wyniki badań przeprowadzonych w grupie dzieci w wieku 11–13 lat. Analizy objęły ocenę zmian w zakresie poczucia własnej skuteczności oraz stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem po zakończeniu oddziaływań Snoezelen. Przeprowadzono również ocenę znaczenia wybranych zmiennych kontrolowanych oraz analizę zgodności pomiędzy samooceną dziecka a oceną jego funkcjonowania dokonywaną przez rodzica. Uzyskane wyniki wskazały na występowanie zmian zgodnych z zakładanym kierunkiem oddziaływań – wzrost poziomu poczucia własnej skuteczności oraz częstsze stosowanie strategii adaptacyjnych, w szczególności aktywnego radzenia sobie i poszukiwania wsparcia, przy jednoczesnym ograniczeniu strategii opartych na koncentracji na emocjach. Zaobserwowano również tendencję do zmniejszania rozbieżności pomiędzy samooceną dzieci a oceną rodzicielską.

Interpretacja wyników została przeprowadzona z uwzględnieniem ograniczeń metodologicznych oraz ostrożności w zakresie możliwości ich uogólniania. Uzyskane rezultaty pozwalają jednak traktować metodę Snoezelen jako obiecujący kierunek wspierania funkcjonowania emocjonalno-poznawczego dzieci i młodzieży oraz wskazują na potrzebę prowadzenia dalszych badań nad mechanizmami i skutecznością tego rodzaju oddziaływań. Wnioski sformułowane na podstawie przeprowadzonych analiz mogą stanowić podstawę do rozwijania praktyki pedagogicznej, psychologicznej i terapeutycznej oraz dalszej eksploracji naukowej tego obszaru.

Słowa kluczowe: Snoezelen, Sala Doświadczenia Świata, środowisko polisensoryczne, poczucie własnej skuteczności, strategie radzenia sobie ze stresem, funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze, dzieci i młodzież

ABSTRACT

This doctoral dissertation was devoted to the analysis of the possibilities of applying the Snoezelen method in interventions supporting the emotional and cognitive functioning of children and adolescents developing within the intellectual norm. The starting point for the undertaken considerations was the assumption that an appropriately designed multisensory environment may constitute a factor supporting the development of a child's psychological resources, particularly in terms of self-efficacy and stress coping strategies. The decision to undertake this research topic resulted both from the observed increase in interest in the Snoezelen method in therapeutic and educational practice and from the limited number of empirical reports concerning its application among children and adolescents developing within the intellectual norm.

The theoretical part of the dissertation includes an analysis of the theoretical foundations of the Snoezelen method, its origins, assumptions, and contemporary directions of development. The importance of the therapeutic environment and multisensory experiences for child development was discussed, and the method was related to selected psychological, pedagogical, and psychomotor concepts. Particular attention was devoted to the emotional and cognitive functioning of children and adolescents, self-efficacy from the perspective of Albert Bandura's social cognitive theory, and stress coping strategies. The conducted analyses made it possible to develop a research model assuming the possibility of changes in selected emotional and cognitive resources following participation in Snoezelen interventions.

The methodological part presents the assumptions of the author's own research, the research problems, research procedure, and characteristics of the applied research instruments. The study was conducted within a quantitative research strategy and included both a pilot stage and the main study. A pre-post intervention measurement design was applied, taking into account both the child's self-report and the assessment of the child's functioning made by the parent. The study employed the Raven's Progressive Matrices Test (used to determine intellectual norm), the Personal Competence Scale KompOs (used to assess self-efficacy and its dimensions), the How Do You Cope Questionnaire (used to assess stress coping strategies), and their modified versions extending the measurement to include the parental perspective. Additionally, selected sociodemographic and control variables were analysed.

The empirical part presents the results of the research conducted in a group of children aged 11–13 years. The analyses included the assessment of changes in self-efficacy and applied stress coping strategies after completion of Snoezelen interventions. The significance of selected control variables was also evaluated, together with the analysis of consistency between children's self-assessment and parental assessment of their functioning. The obtained results indicated changes consistent with the assumed direction of intervention effects – an increase in the level of self-efficacy and more frequent use of adaptive strategies, particularly active coping and seeking support, accompanied by a reduction in strategies based on emotional focus. A tendency towards reducing discrepancies between children's self-assessment and parental assessment was also observed.

The interpretation of the results was conducted with consideration of methodological limitations and caution regarding the possibility of generalising the findings. However, the obtained results allow the Snoezelen method to be considered a promising direction for supporting the emotional and cognitive functioning of children and adolescents and indicate the need for further research on the mechanisms and effectiveness of this type of intervention. The conclusions formulated on the basis of the conducted analyses may provide a foundation for the development of pedagogical, psychological, and therapeutic practice, as well as for further scientific exploration in this field.

Keywords: Snoezelen, Multisensory Environment (MSE), self-efficacy, stress coping strategies, emotional and cognitive functioning, children and adolescents

SPIS TREŚCI

WSTĘP	14
I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA	18
1. Sala Doświadczania Świata (Snoezelen)	18
1.1. Sala Doświadczania Świata – historia nazewnictwa, definicje, podstawy teoretyczne	18
1.1.1. Rys historyczny, prekursorzy Snoezelen	18
1.1.2. Sala Doświadczania Świata – zarys ujęć definicyjnych	20
1.1.3. Założenia teoretyczne leżące u podstaw Snoezelen	23
1.1.3.1. Podstawowe założenia psychomotoryczne	23
1.1.3.2. Podstawowe założenia neurosensoryczne	27
1.2. Sala doświadczania świata w świetle założeń metodyczno-organizacyjnych	33
1.2.1. Zasady metodyczne Snoezelen	34
1.2.2. Stymulacja polisensoryczna w Sali Doświadczania Świata	38
1.2.2.1. Aktywizacja zmysłu wzroku	39
1.2.2.2. Aktywizacja zmysłu słuchu	46
1.2.2.3. Aktywizacja zmysłu dotyku	49
1.2.2.4. Aktywizacja zmysłu węchu	57
1.2.2.5. Aktywizacja zmysłu smaku	59
1.2.2.6. Dodatkowe systemy sensoryczne – układ przedsionkowy i proprioceptywny	61
1.2.3. Terapeuta w Sali Doświadczania Świata	64
1.2.3.1. Podstawowe determinanty regulujące rolę i postawę terapeuty	65
1.2.3.2. Cechy, którymi odznacza się terapeuta pracujący w Sali Doświadczania Świata	67

1.3. Rozwój Sal Doświadczania Świata	70
1.3.1 Rodzaje Sal Doświadczania Świata – funkcje, zastosowania	70
1.3.2. Stopień technologizacji Sal Doświadczania Świata – od środowisk niskotechnologicznych do zintegrowanych systemów interaktywnych	81
1.3.3 Wybrane doniesienia badawcze na temat skuteczności Snoezelen w różnych grupach odbiorców	83
1.3.3.1. Snoezelen u dzieci i młodzieży	84
1.3.3.2. Snoezelen u osób dorosłych	93
2. Stres i radzenie sobie (<i>coping</i>)	100
2.1. Stres – charakterystyka konstruktów	100
2.1.1. Definicje, modele, rys historyczny	100
2.1.2. Stres w wymiarze psychofizjologicznym	104
2.1.3. Stres konstruktywny (eustres) i stres destruktywny (dystres)	107
2.1.4. Stres u dzieci i młodzieży	109
2.2. Pojęcie <i>coping</i> , strategie radzenia sobie ze stresem – charakterystyka	113
2.2.1 Pojęcie radzenia sobie ze stresem (<i>coping</i>)	113
2.2.2. Strategie radzenia sobie ze stresem	115
3. Poczucie własnej skuteczności	124
3.1. Poczucie własnej skuteczności – charakterystyka konstruktów	124
3.1.1. Definicje, rys historyczny	124
3.1.2. Paradygmat społeczno-poznawczy a poczucie własnej skuteczności	127
3.1.3. Poczucie własnej skuteczności jako istotny konstrukt badań nad różnymi obszarami funkcjonowania człowieka	131

II. CZĘŚĆ METODOLOGICZNA	137
1. Model teoretyczny	137
2. Model badawczy	139
3. Problematyka badawcza	140
4. Metody pomiaru	143
4.1. Skala Kompetencji Osobistej (KompOs), autor: Z. Juczyński	144
4.1.1. Podstawowe założenia teoretyczne narzędzia	144
4.1.2. Właściwości psychometryczne skali	144
4.1.3. Opis skali	145
4.2. Kwestionariusz Jak Sobie Radzisz (JSR), autorzy: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik	145
4.2.1. Podstawowe założenia teoretyczne narzędzia	145
4.2.2. Właściwości psychometryczne kwestionariusza	146
4.2.3. Opis kwestionariusza	147
4.3. Modyfikacje Skali Kompetencji Osobistej oraz Kwestionariusza Jak Sobie Radzisz (KompOs-R, autorzy: Z. Juczyński, K. Dziewiątkowska; JSR-R, autorzy: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, K. Dziewiątkowska)	148
4.3.1. Podstawowe założenia teoretyczne narzędzi	148
4.3.2. Przebieg prac walidacyjnych	148
4.3.3. Właściwości psychometryczne skali KompOs-R oraz kwestionariusza JSR-R	150
4.3.4. Status i funkcja narzędzi JSR-R i KompOs-R w badaniach własnych	156
4.4. Test Matrycy Ravena w Wersji Standard - forma klasyczna (TMS-K), autorzy: A. Jaworowska, T. Szustrowa	157
4.4.1. Podstawowe założenia teoretyczne narzędzia	157
4.4.2. Opis testu – wersja standard (TMS-K)	158
4.4.3. Właściwości psychometryczne testu	158

5. Osoby badane – informacje wprowadzające	159
6. Procedura badań	159
6.1. Rekrutacja uczestników i uzyskanie zgód	160
6.2. Etap wstępny (kwalifikacyjny)	160
6.3. Kryteria kwalifikacji do etapu głównego	161
6.4. Etap główny – interwencja Snoezelen	161
6.5. Etap końcowy – pomiar postdiagnostyczny	162
6.6. Zasady etyczne prowadzenia badań	162
 III. CZĘŚĆ EMPIRYCZNA	165
1. Badania pilotażowe	166
1.1. Charakterystyka osób badanych w ujęciu socjodemograficznym	166
1.2. Rzetelność pomiaru narzędzi w badaniu pilotażowym	170
1.3. Analiza znaczenia sesji terapeutycznych Snoezelen	171
1.3.1. Poczucie własnej skuteczności (KompOs/KompOs-R)	174
1.3.2. Strategie radzenia sobie ze stresem – pomiar dyspozycyjny i sytuacyjny (JSR/JSR-R)	174
1.4. Analiza znaczenia zmiennych kontrolowanych	175
1.4.1. Wiek dziecka	178
1.4.2. Płeć dziecka	178
1.4.3. Poziom funkcjonowania intelektualnego	178
1.4.4. Struktura rodziny	178
1.5. Ocena treningu Snoezelen przez dzieci i rodziców	179
1.6. Konkluzja z badań pilotażowych	179

2. Badania właściwe	181
2.1. Zastosowane narzędzia statystyczne	181
2.2. Charakterystyka próby badanych	181
2.3. Właściwości psychometryczne narzędzi	184
2.4. Odpowiedzi na problemy badawcze	187
2.4.1. Różnice pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności u dzieci przed i po zastosowaniu metody Snoezelen	187
2.4.2. Różnice w zakresie stosowania strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci przed i po zastosowaniu metody Snoezelen	189
2.4.3. Związek płci i typu struktury rodziny dla oddziaływań Snoezelen w zakresie poczucia własnej skuteczności	192
2.4.4. Związek wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego dla oddziaływań Snoezelen w zakresie poczucia własnej skuteczności	194
2.4.5. Związek płci i typu struktury rodziny dla oddziaływań Snoezelen w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem	200
2.4.6. Związek wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego dla oddziaływań Snoezelen w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem	208
2.4.7. Relacja ocen dzieci i rodziców	208
2.4.7.1. Poczucie własnej skuteczności w ocenie dzieci i rodziców	212
2.4.7.2. Rodzaje stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem w ocenie dzieci i rodziców	213
2.4.7.3. Ocena końcowa oddziaływań Snoezelen przez dzieci i rodziców	214
2.5. Podsumowanie badań właściwych	216
3. Dyskusja wyników, ograniczenia badań oraz implikacje dla praktyki pedagogicznej i psychologicznej	219
3.1. Dyskusja wyników badań własnych	219
3.2. Znaczenie metody Snoezelen w kontekście współczesnych uwarunkowań rozwojowych dzieci i młodzieży	221

3.3. Charakter wnioskowania i ograniczenia badań	223
3.4. Implikacje dla praktyki pedagogicznej i psychologicznej	225
3.5. Wnioski końcowe	227
BIBLIOGRAFIA	230
SPIS TABEL	249
SPIS RYCIN	252
SPIS ZAŁĄCZNIKÓW	257
ZAŁĄCZNIKI	258

WSTĘP

Współczesne dzieci i młodzież funkcjonują w rzeczywistości charakteryzującej się wysokim poziomem zmienności, intensyfikacją bodźców oraz narastającymi wymaganiami poznawczymi, emocjonalnymi i społecznymi. Doświadczenia związane z edukacją, relacjami rówieśniczymi, presją osiągnięć, przemianami technologicznymi, a także szerszymi zjawiskami społecznymi wpływają na sposób przeżywania codziennych trudności oraz na rozwój zasobów psychologicznych niezbędnych do efektywnego funkcjonowania. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabierają takie konstrukty, jak poczucie własnej skuteczności oraz strategie radzenia sobie ze stresem, które warunkują sposób interpretowania sytuacji trudnych, poziom zaangażowania w działanie, gotowość do podejmowania wyzwań oraz zdolność do regulowania napięcia emocjonalnego.

Okres późnego dzieciństwa i wczesnej adolescencji stanowi szczególnie istotny etap rozwoju emocjonalno-poznawczego. Dziecko stopniowo nabywa większą świadomość własnych kompetencji, zaczyna porównywać swoje możliwości z wymaganiami otoczenia, rozwija bardziej złożone strategie radzenia sobie oraz buduje przekonania dotyczące własnej sprawczości. W tym czasie kształtują się również podstawy odporności psychicznej, samoregulacji i zdolności adaptacyjnych. Wsparcie rozwoju tych zasobów może mieć istotne znaczenie zarówno dla aktualnego funkcjonowania dziecka, jak i dla jego dalszej ścieżki rozwojowej.

Jednym z podejść, które w praktyce terapeutycznej i edukacyjnej znajduje zastosowanie w pracy z osobami o zróżnicowanych potrzebach rozwojowych, jest metoda Snoezelen, realizowana w specjalnie zaprojektowanym środowisku polisensorycznym, określanym w Polsce jako Sala Doświadczania Świata. Jej istotą jest tworzenie bezpiecznej, niedyrektywnej i kontrolowanej przestrzeni doświadczeń zmysłowych, w której osoba uczestnicząca może eksplorować bodźce wzrokowe, słuchowe, dotykowe, węchowe, smakowe, proprioceptywne i przedsionkowe zgodnie z własnymi możliwościami, potrzebami oraz tempem. Snoezelen, wywodząca się pierwotnie z pracy z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, z czasem znalazła zastosowanie w wielu obszarach wsparcia terapeutycznego, pedagogicznego i opiekuńczego.

Pomimo rosnącej popularności metody Snoezelen w praktyce, jej empiryczne podstawy wymagają dalszego pogłębiania, szczególnie w odniesieniu do dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej. Dotychczasowe doniesienia badawcze koncentrowały się przede wszystkim na osobach z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami neurorozwojowymi, demencją, zaburzeniami zachowania lub innymi trudnościami klinicznymi. Znacznie mniej uwagi poświęcono natomiast możliwościom wykorzystania środowiska Snoezelen jako formy wspierania zasobów emocjonalno-poznawczych dzieci, które nie prezentują obniżonego poziomu rozwoju intelektualnego, lecz doświadczają trudności w zakresie poczucia skuteczności, radzenia sobie ze stresem, regulacji emocjonalnej czy adaptacyjnego funkcjonowania w codziennych sytuacjach.

Niniejsza rozprawa doktorska została poświęcona analizie możliwości zastosowania metody Snoezelen w oddziaływaniach wspierających funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej. Szczególną uwagę skoncentrowano na dwóch obszarach: poczuciu własnej skuteczności oraz strategiach radzenia sobie ze stresem. Przyjęto założenie, że odpowiednio zaprojektowane środowisko polisensoryczne może stanowić przestrzeń sprzyjającą doświadczaniu bezpieczeństwa, sprawstwa, wyboru, aktywności własnej oraz regulacji napięcia, a tym samym może wspierać rozwój wybranych zasobów psychologicznych dziecka.

Podjęcie tej problematyki wynika zarówno z przesłanek teoretycznych, jak i praktycznych. Z perspektywy teoretycznej metoda Snoezelen koresponduje z koncepcjami podkreślającymi znaczenie środowiska, doświadczenia, aktywności własnej oraz relacji jednostka-otoczenie w procesie rozwoju. Środowisko polisensoryczne może być rozumiane jako szczególny kontekst doświadczenia, w którym dziecko nie tylko odbiera bodźce, ale również dokonuje wyborów, eksploruje, testuje własne możliwości i doświadcza konsekwencji własnego działania. Z perspektywy praktycznej natomiast istotne pozostaje poszukiwanie takich form wsparcia, które są atrakcyjne dla dzieci i młodzieży, niedyrektywne, bezpieczne, a jednocześnie możliwe do wykorzystania w działaniach psychologicznych, pedagogicznych i terapeutycznych.

Celem głównym rozprawy jest określenie możliwości zastosowania metody Snoezelen w oddziaływaniach wspierających funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej. Cel ten został rozwinięty poprzez analizę zmian w zakresie poczucia własnej skuteczności oraz strategii radzenia

sobie ze stresem po udziale w cyklu oddziaływań Snoezelen. Istotnym elementem badań było również uwzględnienie dwóch perspektyw pomiaru: samooceny dziecka oraz oceny funkcjonowania dziecka dokonywanej przez rodzica. Takie ujęcie pozwoliło nie tylko na ocenę zmian w obrębie analizowanych konstruktów, ale również na przyjrzenie się zgodności lub rozbieżności pomiędzy perspektywą dziecka i rodzica.

Rozprawa składa się z trzech zasadniczych części: teoretycznej, metodologicznej i empirycznej. W części teoretycznej przedstawiono genezę, definicje, założenia oraz współczesne kierunki rozwoju metody Snoezelen. Omówiono znaczenie środowiska terapeutycznego, stymulacji polisensorycznej oraz roli terapeuty w Sali Doświadczenia Świata. Następnie zaprezentowano podstawowe zagadnienia dotyczące stresu, strategii radzenia sobie oraz poczucia własnej skuteczności, ze szczególnym uwzględnieniem ich znaczenia dla funkcjonowania dzieci i młodzieży. Część ta stanowi podstawę teoretyczną dla opracowania modelu badań własnych.

W części metodologicznej przedstawiono model teoretyczny i badawczy, problematykę badawczą, charakterystykę zmiennych, zastosowane narzędzia pomiaru oraz procedurę badań. Szczegółowo omówiono wykorzystane narzędzia diagnostyczne, w tym Skalę Kompetencji Osobistej KompOs, Kwestionariusz „Jak Sobie Radzisz”, Test Matrycy Ravena oraz zmodyfikowane wersje narzędzi przeznaczone do oceny funkcjonowania dziecka z perspektywy rodzica. Opisano również przebieg prac walidacyjnych, zasady kwalifikacji uczestników oraz etapy realizacji oddziaływań Snoezelen.

Część empiryczna obejmuje prezentację wyników badań pilotażowych oraz badań właściwych. Analizy dotyczą zmian w zakresie poczucia własnej skuteczności i strategii radzenia sobie ze stresem przed i po oddziaływaniach Snoezelen, a także znaczenia wybranych zmiennych kontrolowanych. Uwzględniono również porównanie samooceny dzieci z oceną rodzicielską oraz ewaluację oddziaływań dokonaną przez uczestników i ich rodziców. Ostatnie fragmenty pracy zawierają omówienie wyników, wnioski oraz implikacje dla praktyki pedagogicznej, psychologicznej i terapeutycznej.

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny. Jej znaczenie naukowe wiąże się z próbą poszerzenia wiedzy dotyczącej zastosowania metody Snoezelen w grupie dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania emocjonalno-poznawczego. Znaczenie praktyczne rozprawy wynika natomiast z możliwości wykorzystania uzyskanych wniosków w projektowaniu

oddziaływań wspierających dzieci doświadczające trudności w obszarze radzenia sobie ze stresem, poczucia sprawczości oraz adaptacyjnego funkcjonowania w środowisku rodzinnym, szkolnym i terapeutycznym.

Podjęte badania nie wyczerpują omawianej problematyki, lecz stanowią próbę empirycznego uporządkowania wybranego obszaru zastosowań metody Snoezelen. Ich wyniki mogą być traktowane jako punkt wyjścia do dalszych analiz, obejmujących większe grupy badawcze, zróżnicowane populacje dzieci i młodzieży, dłuższy czas oddziaływań oraz bardziej rozbudowane modele badawcze. W tym sensie niniejsza rozprawa wpisuje się w szerszy nurt poszukiwania metod wspierających rozwój psychiczny dziecka poprzez tworzenie środowisk sprzyjających bezpieczeństwu, samoregulacji, aktywności własnej i doświadczaniu sprawstwa.

I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA

1. Sala Doświadczenia Świata (Snoezelen)

1.1. Sala Doświadczenia Świata – historia nazewnictwa, definicje, podstawy teoretyczne

Interesująca historia, w tym przypadkowość odkrycia terapeutycznego, które stoi za powstaniem Sal Doświadczenia Świata (hol. *Snoezelen*) jest niezbędna do prezentacji czy współtworzenia definicji oraz odniesienia do teorii wyjaśniających fenomen Snoezelen. Niemożliwym jest rozłącznie ich analizowanie. Pozwolę sobie zatem w pierwszej kolejności na zaprezentowania rysu historycznego Sal Doświadczenia Świata, dokonam również przeglądu podstaw teoretycznych Snoezelen, następnie przejdę do prób ujęcia definicyjnego omawianego konstrukt

1.1.1. Rys historyczny, prekursorzy Snoezelen

Snoezelen jest pojęciem określającym specjalistyczne oddziaływanie terapeutyczne, zapoczątkowane w latach 70. XX wieku w Holandii, zaliczane do działań bazujących na stymulacji polisensorycznej (Zawiślak, 2009). Niniejszy konstrukt bazowy jest jednym z najstarszych opisywanych przez teorię i metodykę pedagogiki specjalnej, a jego korzenie możemy odnaleźć już w założeniach Édouarda Séguina. Wspomniane holenderskie nazewnictwo Snoezelen jest neologizmem, powstałym z kombinacji słów „*snuffelen*” (tłum. holend. węszyć, poszukiwać) oraz „*doezelen*” (drzemać, odpoczywać) (Kupisiewicz, 2013). Oddaje ono jednocześnie zarys kluczowych funkcji pełnionych przez Snoezelen, tj. aktywizację oraz relaksację. Przyjęte nazewnictwo oraz pierwowzór metody zostały opracowane w 1974 r. przez pracowników ośrodka dla osób niepełnosprawnych Harrendael w Haaren. Wśród wspomnianych pracowników znaleźli się kolejno Klaas Schenk, Niels Snoek oraz Rein Staps. Znaczącej większości podopiecznych wspomnianego ośrodka towarzyszyła głęboka niepełnosprawność intelektualna, w związku z powyższym niezwykle trudnym zadaniem była odpowiednia aktywizacja tych osób, zaangażowanie w efektywne zajęcia terapeutyczne czy też samo nawiązywanie komunikacji. Snoezelen powstało poniekąd jako odpowiedź terapeutyczna na

potrzeby osób o specjalnych potrzebach rozwojowych czy edukacyjnych. Schenk, Snoek oraz Staps, na skutek dokonanej burzy mózgów, zaaranżowali w specjalistyczny sposób pomieszczenie, w którym zgromadzono liczne bodźce oddziałujące na określone zmysły (wzrokowe, słuchowe, dotykowe, węchowe, smakowe oraz kinestetyczne). Pomieszczenie miało na celu zapewnienie w głównej mierze atrakcyjnej formy spędzania czasu wolnego. Okazało się jednak, iż pracownicy ośrodka Haarendael stworzyli zupełnie przypadkowo podwaliny metody, którą znamy obecnie.

Ramy metodyczne oraz utworzenie pierwszej placówki Snoezelen zawdzięczamy niewątpliwie innym holenderskim specjalistom. W 1983 r., w ośrodku de Hartenberg w Holandii, Ad Verheul (psychoterapeuta, terapeuta zajęciowy) oraz Jan Hulsegge (muzykoterapeuta), na podstawie własnych doświadczeń oraz obserwacji uprzednich dokonań, inspirowani kolejno wspomnianymi doniesieniami z ośrodka Haarendael w Haaren, wynikami badań amerykańskich psychologów nad efektywnością oddziaływania sensorycznego w odniesieniu do ogólnego wspomagania rozwoju (Cleland, Clark, 1966), a także rewelacyjnymi efektami prowadzonego Namiotu Aktywności w ośrodku Haus Piusoord w Tillburgu, zdecydowali o utworzeniu pierwszej Sali Doświadczenia Świata na świecie. Zdarzenie to jest uznawane jako pionierskie w rozwoju Snoezelen. Verheul oraz Hulsegge uznawani są za zdecydowanych światowych prekursorów metody, to także twórcy pierwszej monografii dotyczącej Snoezelen oraz jej istotnych założeń metodycznych.

Do Polski metoda dotarła w latach 90. XX w. Wówczas to środowisko terapeutyczne związane z oficyną wydawniczą „Tematy” wprowadziło w polskie ramy funkcjonowania holenderską propozycję terapeutyczną Snoezelen. Zdecydowaną prekursorką metody w Polsce jest Agnieszka Smrokowska-Reichmann, która w 1993 r. dokonała tłumaczenia holenderskiej monografii autorstwa Ada Verheula oraz Jana Hulsegge na język polski („*Snoezelen*, nieco inny świat”). Jednocześnie stała się autorką polskiego nazewnictwa „Sala Doświadczenia Świata”, pozytywnie przyjętego przez środowiska terapeutyczne w kraju. Polska nazwa zaproponowana przez autorkę w istocie odzwierciedla założenie Snoezelen, dające przestrzeń do głębokiego doświadczenia świata poprzez specjalistyczną aranżację pomieszczenia. W warunkach polskich bardzo często używa się zamiennie nazw: Snoezelen, Sala Doświadczenia Świata, środowisko multisensoryczne/polisensoryczne (co również czynię w niniejszej rozprawie). Funkcjonują także pojęcia „pokój Snoezelen” czy „sala Snoezelen”. Rzadziej możemy

spotkać nazewnictwo „*multisensory enviroment*” czy „*sensory room*”, które są z kolei bardziej popularne w Stanach Zjednoczonych czy na Wyspach Brytyjskich.

1.1.2. Sala Doświadczenia Świata – zarys ujęć definicyjnych

Poszukując odpowiedzi na pytanie czym jest „Sala Doświadczenia Świata”, nie sposób znaleźć jedną właściwą i uniwersalną definicję, która w sposób kompletny zobrazuje nam istotę Snoezelen. Zaproponuję w niniejszej dysertacji propozycje, które pomimo, iż oscylują wokół zbliżonych filarów teoretycznych, to jednak w sposób zróżnicowany prezentują ujęcia definicyjne omawianego zagadnienia, podkreślając istotę odmiennych aspektów.

„Wyjaśnić osobie niewtajemniczonej czym jest ta terapia jest zadaniem karkołomnym.

To właściwie jest najtrudniejszy element tego zagadnienia”

Achterberg, 2004, s. 1

Rozważania na temat konstruowania definicji warto rozpocząć od prób ich poszukiwania przez samych pionierów Snoezelen. Ad Verheul oraz Jan Hulsegge (1993) zgodnie wskazują na niemożność uzyskania jednej kompleksowej definicji, proponują natomiast kilka rozwiązań teoretycznych przybliżających do utworzenia zbiorczego ujęcia. Według holenderskich twórców, Snoezelen to „doświadczenie świata za pomocą bodźców wzrokowych, dźwiękowych, zapachowych, dotykowych, smakowych, kinestetycznych”. Dodają także, iż kluczowa jest tu odpowiednio przemyślana oferta bodźców, osadzona w komfortowej atmosferze. Verheul oraz Hulsegge podkreślą także w swym ujęciu definicyjnym istotę adekwatnego zaaranżowania otoczenia, które stwarza możliwości jego autentycznego przeżywania (Hulsegge, Verheul, 1993, s. 8-9).

Agnieszka Smrokowska-Reichmann, prekursorka Snoezelen w Polsce definiuje Salę Doświadczenia Świata jako „fragment przestrzeni”, wypełniony odpowiednio różnorodną kafeterią bodźców wielozmysłowych. Prekursorka metody zwraca przy tym dodatkowo uwagę na dwie istotne funkcje przypisane Snoezelen, które dopełniają teorii metody (to jest aktywizacja oraz relaksacja). Jako istotna zostaje tu podkreślona nieinwazyjność dokonywanej stymulacji polisensorycznej (Smrokowska-Reichmann, 2013). Na harmonijność oraz odpowiednie natężenie bodźców zwraca również uwagę

Mathilda Neubeuer, definiując Salę Doświadczania Świata jako „przestrzeń urządzoną w sposób wyważony”. Autorka ujmuje adekwatną regulację bodźców jako podstawę dobrostanu i samoregulacji podopiecznego w Snoezelen (Neubeuer, 2000, s. 38).

Sala Doświadczania Świata znalazła także swoje miejsce w kategorii pojęć słownika pedagogiki specjalnej (Kupisiewicz, 2013). Zgodnie z niniejszym źródłem Sala Doświadczania Świata jest definiowana jako „pomieszczenie terapeutyczne wyposażone w urządzenia wytwarzające odpowiednio dobrane bodźce pobudzające zmysły (...) służące stymulowaniu poznawania świata na poziomie sensorycznym” (ibidem, s. 315). Małgorzata Kupisiewicz zwraca tu szczególną uwagę na łagodną aktywizację zmysłową, wskazuje także na istotę relacji z opiekunem, kładzie również nacisk na aspekt relaksacyjny oraz doświadczanie poczucia bezpieczeństwa (ibidem).

Ujęcie zbieżne z powyższymi prezentuje również Krista Mertens, definiując Snoezelen jako celowo zaprojektowaną salę, wyposażoną w liczne elementy sensoryczne (wizualne, dźwiękowe, zapachowe), dające z jednej strony możliwość uzyskania odprężenia i pogłębionej relaksacji, z drugiej natomiast pobudzające do aktywności (Mertens 2003). Tutaj także jako fundament podstawowy Sali Doświadczania Świata (podkreślany istotnie przez twórców metody) wyróżniono przyjemną, bezpieczną atmosferę. Mertens dodaje ponadto, iż Snoezelen może być stosowana na różnorodnych etapach rozwojowych – od wczesnego dzieciństwa do późnej dorosłości (Mertens, 2005).

Liczni autorzy odwołują się do podkreślenia istoty oddziaływania polisensorycznego, które stało się jednym z konstruktów podstawowych Sal Doświadczania Świata. Jenny Chung i Claudia Lai definiują w tym ujęciu *Snoezelen* jako „kafeterię zmysłową” bądź „środowisko wielozmysłowe” (Chung, Lai, 2002, s. 2). Lesley Pinkney natomiast używa nazewnictwa „medium stymulacyjnego” (Pinkney, 1997, s. 209-218). Roman Ossowski opisuje Salę Doświadczania Świata jako otoczenie silnie pobudzające kontaktoanalizatory oraz teleanalizatory (Ossowski, przedmowa w: Zawisłak, 2009).

Szczegółową definicję proponuje między innymi Katarzyna Gawron. Z uwagi na jej trafną i analityczną propozycję definicji kompleksowej, wpisującej się w podsumowanie niniejszych rozważań definicyjnych, pozwolę sobie na przytoczenie całości ujęcia w formie cytowanej.

Snoezelen, która w Polsce jest znana pod nazwą Sala Doświadczana Świata, zaliczana jest do działań opartych na stymulacji polisensorycznej. Snoezelen ma stwarzać

świat przyjazny, pozbawiony chaosu nakładających się na siebie bodźców, pozwalać na skupienie się na wybranych elementach środowiska, dawać możliwość reagowania w dowolnym tempie, z możliwością powtórzeń danej czynności bez ograniczeń. Istotą jest więc stworzenie dającego się kontrolować świata. Wynikiem przebywania w Sali Doświadczania Świata jest rozluźnienie, zainteresowanie otoczeniem, zmniejszenie pasywności, polepszenie kontaktu z terapeutą, poczucie bezpieczeństwa, doświadczenie samego siebie, radość i relaks. „Pobyt w Sali Doświadczania Świata zakłada osiągnięcie następujących celów: kompensacji, redukcji deficytów i zaburzeń. Prowadzi do wzbogacenia zakresu przeżyć uczestnika, poprawy koncentracji, zwiększenia możliwości działania. (Gawron, 2013, s. 86)

Próbując dokonać definicji regulującej niniejsze rozważania możemy uznać, iż Sala Doświadczania Świata jest odpowiednio zaaranżowanym pomieszczeniem polisensorycznym, wyposażonym w specjalistyczny sprzęt oraz prowadzonym przez wykwalifikowanego terapeutę. Istota Snoezelen opiera się na dostarczeniu zróżnicowanej, ale jednocześnie zrównoważonej oferty bodźców (wizualnych, dźwiękowych, kinestetycznych, zapachowych, smakowych) dopasowanej do podopiecznego w taki sposób, by zapewnić dwojakiego rodzaju efekt wyrażony w postaci subtelnej aktywizacji sensorycznej oraz pogłębionej relaksacji. Fundamentem skuteczności Sali Doświadczania Świata jest z pewnością atmosfera bezpieczeństwa, wyjątkowy poziom relacji z terapeutą oraz możliwość swobodnego, niedyrektywnego „doświadczania świata” przez podopiecznego, w całej jego głębości. Zanurzanie w Snoezelen i jego przeżywanie jest celem samym w sobie, natomiast efekty terapeutyczne (wyrażone w postaci m.in. redukcji deficytów, zmniejszenia nasilenia towarzyszących trudności czy kompensacji braków posiadanych umiejętności) są pozytywnym skutkiem ubocznym oddziaływania Snoezelen.

Złożoność oraz niestandardowość Sali Doświadczania Świata nie mieści się w ogólnych ramach teoretycznych, możliwych do jednolitego oraz zwięzłego ujęcia. By w pełni zrozumieć jej fenomen oraz zasady warunkujące jej efektywność, należałoby zapoznać się z nią w ujęciu praktycznym. Idąc za analizą Achtenberg (2004), Snoezelen jest odczuwaniem i doświadczaniem. Istotnie, dopiero bezpośrednio „doświadczanie” Snoezelen daje możliwość pełnego wyobrażenia sobie całości zachodzącego tam procesu i zintegrowania go w formie konceptualizacji.

1.1.3. Założenia teoretyczne leżące u podstaw Snoezelen

Dokonując przeglądu dotychczasowych doniesień zorientowanych wokół Sal Doświadczenia Świata, można zauważyć, iż autorzy oszczędnie odnoszą się do teorii wyjaśniających powstanie Snoezelen (m.in. Chan, Fung, Tong, 2005; Cuvo, May, Post, 2001; Marin, Graffan Williams, 1998 i inni). Dokonując pogłębionej analizy definicyjnej możemy jednak zauważyć, iż podwaliny teoretyczno-metodyczne stymulacji polisensorycznej, charakterystycznej dla Snoezelen, możemy odnaleźć w założeniach:

- psychomotoryki – począwszy od fundamentalnego eksperymentu J. Itarda, przez pedagogikę Marii Montessori, po rozwijające się liczne metody bazujące na aktywizacji ruchowej (m.in. C. Orff, R. Laban, W. Sherborne);
- podstaw neurosensorycznych – w tym niezwykle istotnego procesu przetwarzania percepcyjnego oraz systemu sensorycznego, którego założenia możemy także odnaleźć m.in. w metodzie integracji sensorycznej (A. Ayres).

Dla szczegółowego zarysu pozwolę sobie przybliżyć ich ogólną charakterystykę w nawiązaniu do ważności elementów niniejszych koncepcji dla powstania Sal Doświadczenia Świata.

1.1.3.1. Podstawowe założenia psychomotoryczne

Psychomotoryka, choć może sprawiać wrażenie konstruktu współczesnego, jest tak naprawdę dziedziną, której początki sięgają wczesnych początków XIXw. Wówczas to, w 1801r., francuski lekarz i pedagog, Jean Itard, opublikował pracę „De l’éducation d’un homme sauvage”, w której opisał eksperyment wychowania chłopca (odnalezionego w lesie) o deficytowym funkcjonowaniu intelektualnym. Niniejsza publikacja była kluczowa dla zrozumienia dokonującej się integracji procesów ruchowych, sensorycznych, emocjonalnych oraz intelektualnych przy prowadzonej w ramach procesu terapii stymulacji motoryczno-zmysłowej. Koncepcję tę rozwinął w późniejszym czasie Eduard Sequin, który zauważył, iż rozwój kompetencji intelektualnych pozostaje w ścisłym związku z rozwojem percepcji człowieka (Humphrey, 1962; Itard, 1962; Gaynor, 1973). Nie sposób nie wspomnieć również o Charlotte Pfeffer oraz artykule „Terapia psychomotoryczna z 1938r., który stał się niewątpliwą podstawą do dalszego rozkwitu omawianej dziedziny. Jako jednego z pionierów nurtu psychomotoryki należy

bezdyskusyjnie wskazać Ernsta Johna Kiphard'a, który w latach pięćdziesiątych XX w. posługiwał się psychomotoryczną metodą leczenia wśród dzieci i młodzieży z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania oraz trudnościami rozwojowymi (Kiphard, 1980, 1983). Jego praca „Ruch leczy” jest jedną z ważniejszych w dziedzinie historii psychomotoryki. Sięgając do korzeni tworzącego się konstrukt teoretycznego, należy odwołać się również zdecydowanie do publikacji H. Wallona „De l'acte a la pensee”. Jak wskazuje autor, istnieje nierozzerwalny związek pomiędzy umysłem, psychiką (psyche) oraz ruchem, motoryką (motor) (Wallon 1942). Ważność niniejszego związku przyczyniła się niewątpliwie do powstania pojęcia „psychomotrice”, czyli „psychomotoryka”, którym posługujemy się do dnia dzisiejszego (Smrokowska-Reichmann, 2013). Jurgen Ewald zaznacza rozszerzająco, że w nazwie niniejszego konstrukt łączą się dwie skrajnie kontrastujące sfery, które jednak wzajemnie na siebie oddziałują:

- sfera psychiczna (umysł, emocje) zawierająca w sobie to, co nieuchwytnie, niedostrzegalne w pierwszym wrażeniu;
- sfera fizyczna (ruch) namacalna, doświadczalna w sposób bezpośredni (Ewald, 1993).

Psychomotoryka jest obecnie uznawana za szeroką dziedzinę interdyscyplinarną, łączącą w sobie wiedzę psychologiczną, pedagogiczną jak również medyczną, która wyjaśnia podstawy teoretyczne oraz metodyczne związane z ogólnie rozumianą aktywnością ruchową człowieka. W myśl niniejszej definicji psychomotoryka obejmuje zarówno zjawiska jak i procesy psychiczne, które zachodzą w trakcie wykonywania przez człowieka określonych czynności ruchowych (Grzywniak, 2013; Kiphard, 1980; Lis i wsp., 2002, Mas, Jimenez, Riera, 2018). Punktem wyjścia założeń psychomotoryki jest zatem ruch, w którym łączą się różnorodne procesy: motoryczne, sensoryczne, neurofizjologiczne, poznawcze i emocjonalne.

Głównym założeniem psychomotoryki jest niewątpliwie poznanie przez działanie, rozszerzone o współtowarzyszącą percepcję sensoryczną (Lenik, 2020; Majewska, 2012; Smrokowska-Reichmann, 2013). Wspomniane poznanie dotyczy zarówno samej jednostki jak i jej otoczenia. Należy podkreślić, iż psychomotoryka w swoim założeniu opiera się także na istotnej roli zabawy, która staje się dzięki swojej swobodzie i możliwości naturalnej ekspresji nieocenionym środkiem terapeutycznym, pozwalającym na maksymalizację efektów terapeutycznych (Cieszyńska, Korendo, 2007; Gruszczyk-

Kolczyńska, 2008; Radziwińska, Strojek, Weber-Raje, Zukow, 2015). Dzięki tak prowadzonemu działaniu terapeutycznemu osoba ma możliwość zdobycia doświadczenia, warunkującego jej dalszy rozwój. Patrząc bardziej szczegółowo pod kątem aspektu rozwojowego dziecka w niniejszym założeniu, możemy dookreślić, iż dziecko poznając siebie, swoje możliwości, (które sprawdza i obserwuje w aktywności ruchowej czy sensorycznej), zaczyna je rozwijać i przekładać we własnym funkcjonowaniu emocjonalnym i poznawczym (Fronczak, 2017; Majewska, Majewski, 2012; Dziewiątkowska-Kozłowska, 2022). Zapoznaje się stopniowo z otaczającym go światem, otwiera się na jego możliwości, uczy się wielowymiarowej komunikacji, poznaje sposoby reagowania w określonych sytuacjach, stopniowo uzyskuje krytyczny wgląd w swoje zachowanie (Strealu, Doliński, 2008; Harwas-Napierała, Trempała, 2007; Trempała, 2012; Schaffer, Kipp, 2012). Dziecko coraz bardziej zaczyna rozumieć otaczające go procesy, wchodzi coraz głębiej w świat relacji interpersonalnych, doposażone o kompetencje, które osiąga każdego dnia. Doskonale wyodrębnił je Klaus Fisher, odwołując możliwość ich nabywania w toku prowadzonego terapeutycznego oddziaływania psychomotorycznego. Wśród nich znalazły się następująco:

- kompetencja dotycząca postrzegania własnego Ja;
- kompetencja dotycząca percepcji świata materialnego (w tym także rozumienia prawidłowości, znajomości właściwego użytkowania);
- kompetencja społeczna (zdolność rozpoznawania potrzeb własnych oraz innych, zdolność różnicowania (Fischer, 2001).

Na bazie fundamentalnej roli psychomotoryki z upływem lat wyodrębniły się różnorodne metody, bazujące na założeniach istoty aktywizacji ruchowej, jak również swobodnej aktywności zabawowej, służące zapewnieniu odpowiedniej stymulacji rozwojowej oraz kompensacji występujących deficytów. Zostały one również rozwinięte o dodatkowe elementy i obszary (np. rozwój aktywności muzycznej) (Danielewicz, 2021; Gruszczyk-Kolczyńska, 2000; Jędrzejczyk, 2013; Kęska, 2007; Matusiak 2011; Sobolewska, Gut, 2020). Wśród nich możemy wyróżnić m.in.:

- Metodę Gimnastyki Twórczej Rudolfa Labana, zwaną również metodą Improwizacji Ruchowej czy Gimnastyki Ekspresyjnej;
- metodę Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne;
- metodę Marii Montessori;
- metodę Knillów.

Metoda Gimnastyki Ekspresyjnej Rudolfa Labana (węgierskiego choreografa, tancerza, teoretyka tańca). Zorientowana jest wokół zajęć gimnastycznych. Zakłada swobodę oraz otwartość względem wykonywanych ćwiczeń ruchowych. Dziecko staje się „autorem” oraz „aktorem”, dokonuje swobodnych improwizacji, łącząc jednocześnie aktywność fizyczną z doskonałą zabawą. Każdy ćwiczący wykonuje zadania ruchowe na swój własny sposób, we własnym tempie bez instruktażu zewnętrznego (bazuje się na myśleniu twórczym oraz inicjatywie własnej). Elementem towarzyszącym zajęciom ruchowym (i często wykorzystywanym w Metodzie Gimnastyki Twórczej R. Labana) może być muzyka (Newlove, Dalby, 2011).

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne (angielskiej fizjoterapeutki). Zakłada połączenie delikatnego ruchu z elementami zabawy, celem stymulowania optymalnego rozwoju dziecka. W szczególności stosowana wspomagająco w zakresie kształtowania samoświadomości, świadomości przestrzeni, ćwiczenia relacji interpersonalnych, wzmocnienia umiejętności wyrażania naturalnej ekspresji (Piechocka, Nowacka-Dobosz, Gala-Kwiatkowska, 2020). Metoda zakłada ćwiczenia między innymi w oparciu o bliskość (masowanie, przytulanie). W tej metodzie nie wymaga się od podopiecznego ukierunkowanej aktywności własnej (Biernat, 2014).

Metoda Marii Montessori (włoskiej lekarki). Nazywana zamiennie nurtem nowoczesnej pedagogiki M. Montessori, odnosi się do znaczącej roli swobody w zakresie planowanych aktywności dziecka i dążenia do zdobywania przez nie wiedzy (między innymi swobodny wybór materiału, miejsca czy czasu pracy, możliwość własnego działania i powtarzania czy stopniowego nabywania samokontroli). Najistotniejszą rolę w niniejszym oddziaływaniu odgrywa dziecko, zabawa oraz indywidualne zdobywanie doświadczeń. Metoda opiera się na podążaniu za ciekawością poznawczą dziecka, tym samym tworząc i otwierając możliwości do naturalnego doświadczenia i samorozwoju, zgodnego z indywidualnymi potrzebami (Hammerer, 2021; Montessori, 2014).

Metoda Knillów (małżeństwa – Marianny i Christophera Knillów). Zakłada wykorzystanie tak zwanych programów aktywności, zorientowanych na różnorodne ćwiczenia ruchowe, skoncentrowane także na bodźcowaniu kinestetycznym. Według autorów metody istnieje zależność między wrażliwością dotykową a umiejętnością nawiązania kontaktu z otoczeniem. Dotyk jest definiowany w ramach niniejszej metody jako najistotniejszy kanał sensoryczny. Podczas realizacji programów aktywności tłem dla aktywności ruchowej dziecka staje się akompaniament muzyczny (Knill, Knill, 2009).

Kluczowe elementy i założenia bazowe dla psychomotoryki (jak również wyodrębnionych na jej podstawie poszczególnych metod aktywizacji ruchowej) odzwierciedlają się istotnie w założeniach oddziaływania Snoezelen. Swobodna aktywność, poznanie przez działanie i doświadczanie (również zmysłowe), spontaniczna aktywność zabawowa, muzyka, w końcu ruch, w którym integrują się wszelkie procesy psychiczne i umysłowe¹. Na osobne omówienie zasługują jednak zdecydowanie podstawy neurosensoryczne, w których w sposób szczególny uwytłumia się rola procesów sensorycznych, równie istotnych, jeśli nie kluczowych dla stymulacji polisensorycznej dokonującej się w oddziaływaniu terapeutycznym Snoezelen. Ich opis przedstawiono w kolejnym podrozdziale.

1.1.3.2. Podstawowe założenia neurosensoryczne

W poprzednim podrozdziale, poświęconym podstawom psychomotoryki, jako punkt wyjścia dla omawianych założeń przyjęto ruch, w którym łączą się wszelkie procesy: motoryczne, sensoryczne, neurofizjologiczne, poznawcze i emocjonalne. W myśl powyższych teorii odpowiedni, celowy ruch, ale również aktywizacja poszczególnych zmysłów przyczynia się do rozwoju określonych kompetencji, nie tylko fizycznych, ale umysłowych (Krause, 1998; Prendiville, 2021; Serzysko-Zdanowska, 2021). W bieżącym podrozdziale chciałabym skupić się na wyjaśnieniu podstaw neurologicznych, w którym odniosę się do wyjaśnienia procesu przetwarzania percepcyjnego, a także przybliżę metodykę integracji sensorycznej, jako elementów istotnych dla podstaw oddziaływania polisensorycznego. Połączenie założeń psychomotorycznych oraz neurosensorycznych pozwoli na uzyskanie względnie spójnego obrazu podstaw teoretycznych, niezwykle ważnych dla wyjaśnienia istoty i fenomenu Snoezelen.

Proces przetwarzania percepcyjnego

Funkcjonowanie mózgu oraz układu nerwowego jest jednym z najbardziej fascynujących obszarów zainteresowań badaczy wielu dziedzin – między innymi medycyny, neuropsychologii, neurodydaktyki czy fizjoterapii. Jako szczególnie istotny dla poszerzenia wiedzy na temat podstaw neurologicznych, regulujących nasze funkcjonowanie, już sam proces przetwarzania percepcyjnego (bodźców, elementarnych

danych, informacji) stał się przedmiotem wielu badań interdyscyplinarnych. Wspomniany proces jest bowiem tym, co zachodzi w wyniku interakcji wielu obszarów mózgu, wykraczającym wyłącznie poza aktywację pojedynczych komórek nerwowych (Gschwend, 2002). Mózg człowieka zbudowany jest z trzech głównych struktur, z których każda zawiera dodatkowo kolejne podstruktury:

- tyłomózgowie, obejmujące dolną część pnia mózgu i mózdzek;
- śródmózgowie, obejmujące znaczną część pnia mózgu;
- przodomózgowie, obejmujące międzymózgowie, półkule mózgowe, układ limbiczny i korę mózgową (Jiawei, 2019; Strealu, Doliński, 2008).

Istotny jest sposób, w dochodzi do procesu przetwarzania informacji, obejmujących każdy ze wspomnianych poziomów. Wszystko inicjują oczywiście poszczególne bodźce płynące z otoczenia. Bodźce wewnątrz struktur neuronalnych zostają zmienione w odpowiednie interpretacje, a następnie zostają finalnie zdefiniowane i przyjęte przez nasze ciało. Aktywowane są niemal wszystkie struktury, zaangażowanie w proces percepcyjnego przetwarzania. Ten niezwykle skomplikowany proces zaczyna się od elementarnej komórki nerwowej. Budowa pojedynczego neuronu składa się z ciała komórki (*soma*), oraz aksonu (włókna nerwowego). Poprzez synapsy (znajdujące się na zakończeniach ciała neuronu w tzw. dendrytach) każda komórka łączy się z setkami czy tysiącami sąsiednich komórek, tworząc niezwykle rozbudowaną sieć neuronalną, stając się ściśle zorganizowaną bazą danych (Kalat, 2008; Lindsay, Norman, 1991; Vachka, Middlebrooks, 2022). Proces regulacji tak zaawansowanej sieci połączeń nerwowych obejmuje także koordynację funkcjonowania lewej i prawej półkuli mózgu, mózdzku i pnia mózgu. Istnieje ciągła, wzajemna komunikacja pomiędzy korą czuciową a innymi obszarami korowymi, gdzie poprzez zmysły procesowane są percepcja, wyobrażenia czy motywacja. (Mertens, 2008). Nerwy aferentne i eferentne (doprowadzające i odprowadzające) odpowiadają za połączenia między rdzeniem kręgowym a mózgiem. W pniu mózgu kontrolowane są liczne funkcje życiowe, takie jak głód, pragnienie, funkcje autonomiczne, zachowania seksualne, rytm snu/czuwania. W tym miejscu łączą się także bodźce pochodzące z narządów zmysłów i autonomicznego układu nerwowego (Kolb, Wishaw, 1996, Brand, Breitenbach, Maisel, 1997, Vachka, Mildebrooks, 2022).

W trakcie procesu przetwarzania percepcyjnego aktywowane są trzy systemy: receptory, neurony aferentne oraz ośrodki kontrolujące (Gschwend, 2003). Receptory reagują na poszczególne sygnały bioelektryczne i łączą się poprzez synapsy z wieloma

neuronami doprowadzającymi w rdzeniu kręgowym oraz pniu mózgu. Nerw presynaptyczny uwalnia neuroprzekaźniki tzw. neurotransmitery), które przemieszczają się do błony postsynaptycznej następnego neuronu, przechodząc przez szczelinę synaptyczną i wytwarzają bądź hamują impuls elektryczny (Gerrig, Zimbardo, 2012). Działa to w sposób płynny jedynie wówczas, kiedy połączenie jest ciągle w stanie aktywacji. Im częściej synapsa pozostaje w użyciu, tym szybszy i sprawniejszy kontakt i przesył impulsów. Wspomniane uprzednio centra kontroli umiejscowione są w korze mózgowej. Warto nadmienić, iż niemal jedna czwarta wielkości kory mózgowej odpowiada za przetwarzanie informacji zmysłowych oraz ruchowych (Gschwend, 2002; Reci, 2020). Niezwykle cenna dla procesu przetwarzania percepcyjnego jest również istota funkcjonowania układu limbicznego (w tym pojawiające się uczucia, związane z funkcjonowaniem hipokampa oraz podwzgórza).

Ważną rolę dla ogólnego funkcjonowania człowieka odgrywają w tym ujęciu tzw. łańcuchy wspomnień, które zostają aktywowane przez poszczególne bodźce węchowe, dotykowe, słuchowe oraz wzrokowe, których doświadczamy na co dzień i których doświadczaliśmy w przeszłości. Przykładowo: zapach kojarzony z ulubioną zabawką z dzieciństwa, uczucie towarzyszące ostatnim podróżom (np. chodzenie po piasku nad morzem), znajomy śmiech członka rodziny, czy zdjęcie osoby, którą znamy. Liczne bodźce, przetworzone odpowiednio w skomplikowanym procesie percepcyjnym, mogą zostać uznane za przyjazne, pozytywne (wyzwalające emocje szczęścia, radości) bądź niepokojące czy zagrażające (wyzwalające emocje smutku, strachu) (Mertens, 2008). Co istotne, przykładowo przyjemne czy nieprzyjemne doświadczenia zmysłowe mogą nie tylko wywołać określone emocje, ale również wpływać na procesy pamięciowe czy funkcje kontroli (Lin, 2021; Schaffer, Kipp, 2012). Regulacja zachowań emocjonalnych, jak również „zabarwienie emocjonalne”, które nadawane jest wspomnieniom i doświadczeniom zachodzi właśnie dzięki funkcjonowaniu układu limbicznego. Odgrywa ono niezwykle ważną rolę w kontekście regulacji zachowania się człowieka w różnych okolicznościach, w procesie kontaktu z określonymi bodźcami wielozmysłowymi.

Liczne systemy neuronalne pozostają odpowiedzialne za ogólną, kompleksową interpretację otoczenia – rozpoznawanie, syntezywanie i rekonstrukcję informacji. W niektórych przypadkach może dojść jednak do sytuacji, w której nastąpi proces tzw. wybiórczej rekonstrukcji. Na jego ukształtowanie mają istotny wpływ towarzyszące trudności czy deficyty – np. obniżony poziom funkcjonowania intelektualnego, deficyt

koncentracji uwagi, zaburzenia pamięci itp. (Gschwend, 2002; Kumar, 2020). Tym samym, uzyskanie niepełnych bądź fałszywych informacji może prowadzić do błędnej interpretacji otaczającej nas rzeczywistości. Jedynie systematyczne ćwiczenia, powtarzanie, oraz zróżnicowanie uprzednich i nowych doświadczeń mogą doprowadzić do ustalenia określonych, trwałych wzorców percepcji, które sprawiają, że wydarzenia dziejące się wokół człowieka staną się dla niego zrozumiałe (Mertens, 2008). Poszczególne systemy percepcyjne muszą pozostawać ze sobą w ciągłej komunikacji, a odbierane bodźce muszą kolejno zintegrować się ze sobą w sposób harmonijny, by osoba mogła wytworzyć spójną orientację we własnym schemacie ciała, opartą o doświadczane wrażenia zmysłowe (Matyja i wsp., 1996).

Metodyka integracji sensorycznej

Koncepcja integracji sensorycznej została stworzona w latach sześćdziesiątych XX w. przez Jean Ayres, amerykańską psycholog i terapeutkę zajęciową. Odbiorcami metody integracji sensorycznej początkowo były dzieci z towarzyszącymi trudnościami edukacyjnymi (Ayres, 1979). Wraz z rozwojem koncepcji zakres wsparcia i grup odbiorców znacząco się rozszerzył, obejmując liczne deficyty wielokierunkowe. Obecnie, oprócz wspomnianych wyżej trudności edukacyjnych, metoda integracji sensorycznej jest prowadzona także dla dzieci ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zachowania, zaburzeniami rozwojowymi, m.in. dla dzieci ze spektrum autyzmu czy z towarzyszącą niepełnosprawnością intelektualną (Biel, 2015; Matyja i wsp., 1996; Sternak, 2019; Wasilewski, 2015). Ilość codziennych doświadczeń, licznych bodźców, docierających do nas w postaci zróżnicowanych kanałów dostępu, wymaga od każdego człowieka odpowiedniej ich interpretacji, ale także integracji, czyniąc z niezliczonej ilości impulsów sensowne doświadczenie zmysłowe. Pojęcie integracji sensorycznej obejmuje zatem swym zakresem uporządkowane segregowanie bodźców, odbieranych przez człowieka za pomocą poszczególnych narządów zmysłów (Ayres, 1979). Neurologiczny proces integracji sensorycznej dokonuje się w sposób zautomatyzowany. Jednakże wspomniane uprzednio w niniejszym rozdziale błędy czy zaburzenia, zachodzące na poziomie neuronalnym, prowadzące do zniekształconych czy fałszywych interpretacji, mogą w sposób istotny zmienić stosunek jednostki, zarówno do samej siebie, jak i do otaczającego ją świata. Tym samym proces integracji sensorycznej może dokonywać się w sposób nieprawidłowy, zaburzony.

Zaburzenia integracji sensorycznej mogą dotyczyć trzech poziomów:

- zaburzeń modulacji sensorycznej, związanych z regulacją bodźców sensorycznych;
- zaburzeń różnicowania sensorycznego, związanych z interpretacją bodźców sensorycznych;
- zaburzeń ruchowych o podłożu sensorycznym, związanych z reakcją na bodźce sensoryczne.

Osoby wykazujące trudności w zakresie prawidłowego przetwarzania sensorycznego, mogą prezentować je w dwóch głównych wymiarach:

- nadreaktywności (nadwrażliwości) – wyrażającej się w nadmiernej reakcji układu nerwowego na określone bodźce (niewielkie natężenie może wywołać nieadekwatny do siły bodźca poziom reagowania);
- podreaktywności (podwrażliwości) – wyrażającej się w niedostatecznej reakcji układu nerwowego na określone bodźce (wywołanie reakcji organizmu wymaga nadmiernej, silnej stymulacji) (Danielak, Choińska, Gieysztor, Sadowska, 2015; Smrokowska-Reichmann, 2013).

Według autorki metody integracji sensorycznej, jako podstawowe układy zmysłów należy przyjąć te, które biorą udział w odbiorze i analizie informacji związanych z ciałem. Wśród nich znajdują się następująco: układ przedsionkowy (nazywany również systemem zmysłu równowagi), układ dotykowy (skórny) oraz układ proprioceptywny (tzw. czucie głębokie) (Ayres, 1979). Efektem prawidłowego procesu integracji wyżej wymienionych układów są między innymi:

- właściwa koordynacja stron ciała oraz koordynacja poziomu oko-ręka;
- prawidłowo rozwinięte planowanie motoryczne oraz wzorce motoryczne;
- adekwatnie dostosowany poziom aktywności;
- właściwa percepcja wzrokowa/słuchowa;
- właściwy poziom koncentracji uwagi;
- prawidłowość rozwoju mowy;
- prawidłowy poziom stabilności emocjonalnej (Matyja i wsp., 1996).

J. Ayres zaznacza, że właściwe funkcjonowanie wymienionych wyżej układów podstawowych staje się bazą do prawidłowego funkcjonowania kolejnych układów zmysłowych (wzrokowego, słuchowego, smakowego, węchowego). Ayres, dla klarowniejszego uzasadnienia niniejszej teorii posługuje się także dodatkowym

kryterium podziału, wyróżniając zmysły bliskie oraz dalekie. Zmysły bliskie – czyli te, które są niezbędne dla codziennego funkcjonowania jednostki (propriocepcja, dotyk, czucie przedsionkowe). Zmysły dalekie – odbierające bodźce z odległości – wzrok, słuch, smak, węch). (Ayres, 1979, 1984). Celem terapii integracji sensorycznej jest praca pacjenta i terapeuty nad adekwatnym przepracowaniem bodźców, odbieranych przez podopiecznego w sposób nieprawidłowy (niedowrażliwy bądź nadwrażliwy), przez poszczególne narządy zmysłów. W terapii integracji sensorycznej niezwykle istotne stają się trzy elementy: właściwa strukturyzacja otoczenia, adekwatnie dobrane sprzęty czy materiały oraz odpowiednia postawa terapeuty (Mikler-Chwastek, 2017; Smrokowska-Reichmann, 2013). Te elementy są również doskonale widoczne w podstawowych założeniach metodycznych Snoezelen. Jednakże to, co zdecydowanie odróżnia od siebie oba oddziaływania to czynnik dyrektywności działania (obecny w metodzie integracji sensorycznej) oraz czynnik niedyrektywności działania (obecny w Snoezelen).

Poprzez uczenie się nowych rzeczy – ich poznanie, identyfikację, kojarzenie, łączenie, każda osoba tworzy swój własny, niepowtarzalny system sensoryczny. To oznacza, że każda jednostka jest swego rodzaju indywiduum zmysłowym, jedynym i wyjątkowym. Jednocześnie, w niniejszym ujęciu pozostaje niezwykle trudna do zdefiniowania w sposób jakościowy – nie ilościowy.

„Dorośli są zakochani w cyfrach. Jeżeli opowiadacie im o nowym przyjacielu, nigdy nie pytają o rzeczy najważniejsze. Nigdy nie usłyszycie: „Jaki jest dźwięk jego głosu? W co lubi się bawić? Czy zbiera motyle?” Oni pytają was: „Ile ma lat? Ile waży? Ile zarabia jego ojciec?” Wówczas dopiero sądzą, że coś wiedzą o waszym przyjacielu. Jeżeli mówicie dorosłym: „Widziałem piękny dom z czerwonej cegły, z pelargoniami w oknach i gołębiami na dachu” – nie potrafią sobie wyobrazić tego domu. Trzeba im powiedzieć: „Widziałem dom za sto tysięcy franków”. Wtedy krzykną: „Jaki to piękny dom!”

Antoine de Saint-Exupery (1994, s. 16-17)

Jak możemy zauważyć, pewne założenia teoretyczne stojące u podstaw Sal Doświadczenia Świata są nieodzownym elementem dla właściwego procesu prowadzonego oddziaływania Snoezelen. Jednakże, jak zaznacza Mertens, Snoezelen nie rozwinęło się właściwie z żadnej konkretnej koncepcji czy metody terapeutycznej (Mertens, 2003). Czerpało natomiast inspirację z wieloobszarowych danych

praktycznych oraz teoretycznych (medycznych, psychologicznych, pedagogicznych, jak również neurofizjologicznych), służących stworzeniu fundamentów wsparcia, dla optymalizacji wszechstronnego rozwoju człowieka. Można zatem stwierdzić, iż Snoezelen ukształtowało się jako nowatorska odpowiedź na zapewnienie określonych potrzeb kierunkowych.

„Od chwili powstania metoda Snoezelen zdobywa coraz liczniejsze grono zwolenników i propagatorów. I zdaje się, że w przypadku tej metody jest tak, jak ze znacznymi osiągnięciami czy odkryciami naukowymi. Są one zazwyczaj kwestią przypadku, zupełnie nieoczekiwanego zbiegu okoliczności, które przekładają się z praktyki, z której pochodzą, na język teorii”

dr hab. Marzena Zaorska (recenzja wydawnicza - okładka: Zawislak, 2009)

Z nieco przypadkowo odkrytej przez pracowników ośrodka Haarendael w Haaren formy atrakcyjnego spędzania czasu wolnego dla podopiecznych, ukształtowały się przez blisko czterdzieści lat ramy metody terapeutycznej o zaskakującej skuteczności. Początkowo Sale Doświadczenia Świata dedykowane były w głównej mierze osobom z towarzyszącą głęboką niepełnosprawnością intelektualną czy niepełnosprawnością sprzężoną. Geneza i rozwój metody posiadają we wspomnianej kategorii odbiorców niepodważalne źródło. Jednakże z uwagi na niebywałą skuteczność Snoezelen, obserwowaną na całym świecie, potwierdzoną licznymi badaniami, grupa odbiorców omawianego oddziaływania terapeutycznego znacząco się rozszerzyła. Choć istnieją przesłanki dotyczące korzystnego wpływu Snoezelen również na osoby pozostające w normie intelektualnej czy pełnosprawne, wciąż brakuje doniesień badawczych w powyższym zakresie. Niniejsza dysertacja wpisuje się zatem znacząco w potrzebę rozszerzonych badań kierunkowych dla omawianej grupy.

1.2. Sala Doświadczenia Świata w świetle założeń metodyczno-organizacyjnych

Głównym założeniem Snoezelen jest niedyrektywne, wielozmysłowe „doświadczenie świata” przez podopiecznego. Wspomniane „doświadczenie” dokonuje się w oparciu o subtelne bodźce polisensoryczne, dostosowywane odpowiednio przez terapeutę. Zgodnie ze stanowiskiem polskiej prekursorki metody bodźce te, pozostając w

odpowiednim natężeniu i rozproszeniu, z jednej strony wpływają na delikatną aktywację układu nerwowego i doznań sensorycznych, z drugiej natomiast gwarantują pogłębione odczuwanie relaksu, wyciszenia (Achterberg, Kok, Salentijn, 2021; Dziewiątkowska-Kozłowska, 2022; Smrokowska-Reichmann, 2013; Zawislak, 2009). Snoezelen pełni tym samym dwie funkcje – aktywizującą oraz wyciszającą. Można odnieść wrażenie, iż wspomniane funkcje wzajemnie się wykluczają. Jednakże ściśle podążanie za zasadami Snoezelen pozwala na osiągnięcie wyżej wspomnianej dwubiegunowej funkcjonalności metody. Dokonam w tym miejscu charakterystyki wspomnianych zasad, z uwagi na ich ważność metodyczną dla wsparcia terapeutycznego dokonującego się w Sali Doświadczenia Świata. Następnie przyjrę się bliżej istocie stymulacji polisensorycznej w odniesieniu do aktywizacji poszczególnych zmysłów w trakcie oddziaływania Snoezelen. W ostatniej części dokonam także opisu sylwetki terapeuty pracującego w Sali Doświadczenia Świata, który jest także niezwykle ważną częścią dla całego procesu zachodzącego w Snoezelen.

1.2.1. Zasady metodyczne Snoezelen

Bazą warunkującą wysoką skuteczność prowadzonego wsparcia terapeutycznego w Sali Doświadczenia Świata jest niewątpliwie działanie zgodne z wytycznymi określonymi przez holenderskich twórców metody - A. Verheul'a oraz J. Hulsegge. Wspomniane wytyczne, to znaczy zasady metodyczne zostały trafnie przetłumaczone i odniesione do warunków polskich przez doktor Agnieszkę Smrokowską-Reichmann (prekursorkę metody Snoezelen w Polsce, jednocześnie autorkę polskiej nazwy „Sala Doświadczenia Świata”).

Właściwa atmosfera. Pierwsza z ośmiu wyróżnionych zasad metodycznych Snoezelen. Niezwykle istotne w Sali Doświadczenia Świata jest pierwsze wrażenie odbiorcy. Tym samym kluczowe jest zachowanie unikalnej atmosfery – z jednej strony inspirującej, wzbudzającej ciekawość poznawczą, nieco magicznej, z drugiej gwarantującej poczucie bezpieczeństwa, sprawiającej wrażenie harmonijności (Bagińska, 2016; Smrokowska-Reichmann, 2013). Wejście do Snoezelen powinno być niczym wejście do „innego świata” - delikatnie stymulującego, ale też wyciszającego, różnorodnego, ale jednocześnie uporządkowanego. Tutaj każdy najmniejszy element sali

ma swoje znaczenie terapeutyczne, jednocześnie nie będąc dyrektywnym w swej istocie (Verheul, 1981). To zdecydowanie najtrudniejsze wyzwanie dla zapewnienia prawidłowości oddziaływania terapeutycznego w Sali Doświadczenia Świata.

Własna decyzja. Druga z zasad metodycznych realizowanych w Snoezelen. Sala Doświadczenia Świata w swoim założeniu ma być miejscem uzyskania i doświadczania pogłębionej autonomii (Meijer, 2017). Widzimy tu zatem zbieżność z założeniami pedagogiki emancypacyjnej, która podkreśla zdecydowanie prawo do samoregulacji, samostanowienia – bez dominacji i nacisku, definiując powyższe jako warunek prawidłowego rozwoju (Śliwerski, 2005). Snoezelen to otoczenie, w którym uczestnik ma możliwość podjęcia własnej decyzji, doświadczenia sprawstwa, przejęcia inicjatywy. Oczywiście wszystko w odniesieniu do możliwych zasad bezpieczeństwa oraz przy odpowiednim wsparciu terapeuty. Bardzo często dla wielu osób Sala Doświadczenia Świata okazuje się być jedynym miejscem, w którym mogą dokonać wyboru, wyrazić własną wolę, samodzielnie decydować (przykładowo czym się będą zajmować, z wykorzystaniem jakich sprzętów, w jaki sposób) (Janku, 2018). Warto przytoczyć w tym miejscu trafne zdefiniowanie Snoezelen jako „pomieszczenia możliwości”, zaproponowane przez Smrokowską-Reichmann. Rozwój wieloobszarowych kompetencji uczestnika staje się zatem nie celem terapeutycznym samym w sobie, ale efektem swobodnego, niedyrektywnego „zdarzenia Snoezelen” i stwarzania możliwości do jego osiągnięcia, między innymi przez doświadczanie autonomii (Smrokowska-Reichmann, 2013).

Własne tempo. Jako trzecia z zasad realizowanych w Sali Doświadczenia Świata. W Snoezelen podopieczny po pierwsze – ma możliwość podjęcia decyzji, ale po drugie – realizuje określone działania w swoim własnym tempie. Bez przymusu, presji, nacisku zewnętrznego. Jak wspominają A. Verheul i J. Hulsege, niektóre osoby potrzebują zdecydowanie więcej czasu na przyjęcie określonej oferty bodźców, przetworzenie ich, a następnie reagowanie na nie - podejmując określone działanie (Hulsege, Verheul, 1993; Viktorin, Pipekova, 2021). Nie dotyczy to wyłącznie osób z niepełnosprawnością czy towarzyszącymi deficytami, ale również osób pełnosprawnych – z odniesieniem do definiujących nas wszystkich różnic indywidualnych, w wymiarze wieloobszarowym.

Odpowiedni czas trwania. Kolejna zasada metody Snoezelen. Czwarte wytyczne opiera się w znaczącej mierze na ścisłym dostosowaniu indywidualnym. Wiodąca staje się zatem uważność terapeuty oraz doświadczenie. Inny czas trwania

będzie miała sesja dla osoby z nadpobudliwością psychoruchową, inny dla osoby z towarzyszącymi stanami lękowymi, jeszcze inny dla osoby o trudnościach w koncentracji uwagi, zupełnie odmienny dla osoby prawidłowo funkcjonującej (Mertens, 2008; Zedkova, 2021). Najważniejszą kwestią jest po raz kolejny odwołanie do podążania za podopiecznym. Z pewnością przedłużanie sesji wbrew woli uczestnika nie jest wskazane. Poza zniechęceniem i demotyacją, do której może doprowadzić nieadekwatna długość sesji, istotnymi czynnikami szkodliwymi mogą być również w tym zakresie:

- wystawienie na zbyt długą ekspozycję wybranej kafeterii bodźców – co w konsekwencji może przyczynić się do przestymulowania;
- nagłe przerwanie zainicjowanego przez uczestnika działania/aktywności – tym samym przyczyniając się do niedostatecznej stymulacji;
- pośpiech – zdecydowanie uniemożliwiający osiągnięcie wyciszenia, które jest jednym z dwóch bazowych założeń dotyczących funkcjonalności metody Snoezelen (Smrokowska-Reichmann, 2013).

Powtarzalność. Ujmowana jako piąta zasada metodyczna zwraca uwagę na ważność regularności i stałości uczestnictwa w Sali Doświadczenia Świata. Smrokowska-Reichmann zauważa, że przy znaczącej redukcji zajęć, ograniczającej się do wysoce sporadycznego uczestnictwa, rozłożonego w dużych odstępach czasowych, nie ma możliwości na doświadczenie pełnej skuteczności funkcjonalnej Snoezelen (Smrokowska-Reichmann, 2013). Założeniem Snoezelen jest zbieranie i pogłębianie doświadczeń, zanurzanie się w nich – przede wszystkim właśnie w ich głębokości. Systematyczność doświadczenia jest zatem niezbędna dla pogłębionego przeżywania (Mertens, 2008, Pagliano, 2012; Schwanecke, 2004;). Należy jednak nadmienić, że dotyczy to w szczególności osób o towarzyszących niepełnosprawnościach czy trudnościach w samodzielnej egzystencji. Niewątpliwym jest jednak założony przez twórców metody oraz praktyków związek częstości sesji w Sali Doświadczenia Świata z uzyskaniem zmaksymalizowanym efektów dla podopiecznego (Hulsegge, Verheul, 1993; Anezaki, 2003; Baker i wsp., 2003; Czapiga, 1999).

Wybrana propozycja bodźców. Reprezentująca szóstą zasadę metody Snoezelen, odnosi się do odpowiedniego przygotowania, eksponowania i dostosowania określonej oferty bodźcowej. Niezwykle ważne jest tutaj dokonanie przez terapeutę rozważnych decyzji w zakresie wyboru dostępnej kafeterii polisensorycznej, z

zachowaniem zasady indywidualnego dopasowania (Hutchinson, 1994; Hogg i wsp. 2001; Pagliano, 2001).

Znajomość potrzeb i możliwości podopiecznego jest zatem wiodąca. Prekursorka metody Snoezelen w Polsce wyróżnia cztery podstawowe cechy, którymi powinny odznaczać się bodźce doświadczane przez podopiecznego w Sali Doświadczania. Są nimi kolejno:

- Rozproszenie (przy jednoczesnym zachowaniu harmonijności);
- Natężenie (odpowiednio dostosowane do odbiorcy);
- Zaangażowanie (w odniesieniu do głębokości angażowania zmysłów);
- Selektywność (odpowiedni dobór, którego podstawą jest eliminacja chaosu sensorycznego spośród docierających wrażeń zmysłowych) (Smrokowska-Reichmann, 2013).

Właściwe nastawienie. To przedostatnia z zasad charakteryzujących proces dokonujący się Sali Doświadczania Świata (nazywany często przez prekursorkę metody „zdarzeniem Snoezelen”). Niezwykle istotny jest tu zarówno sam proces motywacji podopiecznego do swobodnego, pogłębionego doświadczania świata, ale również poziom otwartości i gotowości do przeżywania całości „zdarzenia Snoezelen”. Ten proces „zanurzania” w doświadczaniu dotyczy zarówno podopiecznego jak i samego terapeuty. Osoby pełnosprawne, w szczególności dorosłe, posiadają istotnie większą trudność w autentycznym, nieskrępowanym przeżywaniu Snoezelen (Smrokowska-Reichmann, 2013; Zawisławski, 2009). Tej grupie znacząco trudniej niż dzieciom czy osobom niepełnosprawnym intelektualnie odnaleźć się w magicznym świecie Sali Doświadczania Świata – miejscu powrotu do archetypicznego przeżywania różnorodnych bodźców (Krchova, 2019). W Snoezelen konieczne dla osiągnięcia właściwego nastawienia jest odpowiednie przestawienie na „snoezelowanie”, polegające na przełamaniu nawyku racjonalnego zainteresowania określonymi bodźcami, nastawienie na poszukiwanie i odkrywanie nowego znaczenia i doświadczanie go. Tym samym pozostawienie poza Salą Doświadczania Świata codziennego intensywnego życia, obfitującego w stres, presję czasu, ograniczonego określonymi ramami funkcjonowania, wypełnionego intensywnym bodźcowaniem, przepełnionego licznymi obowiązkami, koniecznością wykonywania określonych aktywności. Niejednokrotnie staje się to ogromnym wyzwaniem - zarówno dla terapeuty jak i uczestnika. Wyjątkowo ważna jest tu zatem świadomość własnych ograniczeń (w szczególności z perspektywy terapeuty).

Właściwa opieka. Ostatnia, ósma zasada metodyczna Snoezelen. Nie ulega wątpliwości, iż terapeuta-opiekun powinien posiadać wiedzę specjalistyczną na temat Snoezelen, w tym w szczególności jej założeń metodycznych oraz podstaw teoretycznych (Gunther, 2002). Znaczący jest również aspekt poziomu emocjonalności terapeuty (Hulsege, Verheul, 1993). Uważność, wrażliwość, empatia i dialog – to baza wyjściowa zasobów terapeuty, niezbędnych do nawiązania wyjątkowego poziomu relacji, sprzyjającego procesowi komunikacji z podopiecznym, zarówno w wymiarze werbalnym jak i niewerbalnym – tym samym umożliwiającym pełne, wielowymiarowe przeżywanie i doświadczanie Sali Doświadczania Świata (Smrokowska-Reichmann, 2013; Zawisłak, 2009).

W ostatnich latach znaczący nacisk kładzie się na odpowiedni poziom edukacji potencjalnych terapeutów, zwracając uwagę na konieczność posiadania solidnej bazy naukowej dla zmaksymalizowania efektów terapeutycznych dokonujących się w Snoezelen. W celu integracji środowisk Snoezelen organizowane są warsztatowe dyskusje terapeutów pracujących w Salach Doświadczania Świata, szkolenia certyfikujące, rozszerzonych także o ćwiczenia praktyczne czy też ewaluację dotychczasowych działań. Wymiar Snoezelen jako metody nabiera coraz większego ugruntowania w ramach specjalistycznego wsparcia terapeutycznego.

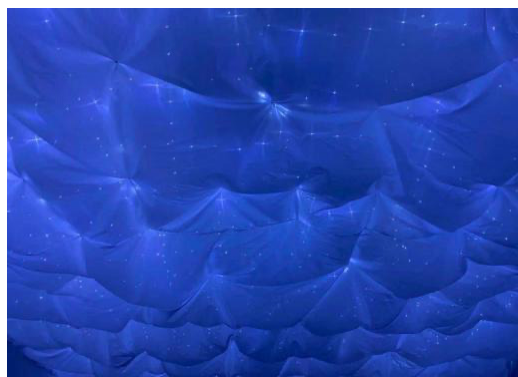
1.2.2. Stymulacja polisensoryczna w Sali Doświadczania Świata

Przetwarzanie bodźców sensorycznych jest zdolnością, która dotyczy umiejętności przyjmowania, przetwarzania oraz odpowiadania na informacje płynące zarówno z otoczenia zewnętrznego, jak i z naszego ciała. Niniejszy proces jest możliwy dzięki adekwatnemu funkcjonowaniu poszczególnych narządów zmysłów. Ich prawidłowa aktywność zależy w istotnym stopniu od poprawnej komunikacji poszczególnych systemów percepcyjnych, gwarantując optymalną integrację odbieranych bodźców sensorycznych (Matyja i wsp., 1996; Pufund, 2017). Integralny proces przetwarzania percepcyjnego dokonuje się w formie nieinwazyjnej i niedyrektywnej właśnie w środowisku Snoezelen. W kolejnych podrozdziałach omówię w jaki sposób Sala Doświadczania Świata aktywizuje podopiecznego, zapewniając harmonijną stymulację w zakresie pięciu podstawowych zmysłów (wzrok, słuch, dotyk, węch, smak), stanowiąc punkt wyjścia dla optymalnego funkcjonowania w różnych

obszarach funkcjonowania (emocjonalnego, społecznego poznawczego). Warto dodać, iż spośród licznych sprzętów używanych w Sali Doświadczania Świata jest wiele urządzeń, które aktywizują nie jeden, a więcej zmysłów (Zawiślak, 2009). Przykładem jest między innymi tor świetlno-dźwiękowy (wzrok-słuch-dotyk), drabina świetlno-dźwiękowa (wzrok-słuch-dotyk), światłowody (wzrok-dotyk) kolumna wodna (wzrok-dotyk), panel z aktywną cieczą (wzrok-dotyk). Przy opisie aktywizacji każdego poszczególnego zmysłu odniosę się zatem do wpływu danego sprzętu odrębnie na zmysł wzroku, słuchu, dotyku itd. Urządzenia będą zatem czasem powielać się w kolejnych podrozdziałach, odnosząc się opisowo do zakresu aktywizacji danego zmysłu (występując w wielu jednocześnie, jednak dostarczając odmiennych wrażeń zmysłowych).

1.2.2.1. Aktywizacja zmysłu wzroku

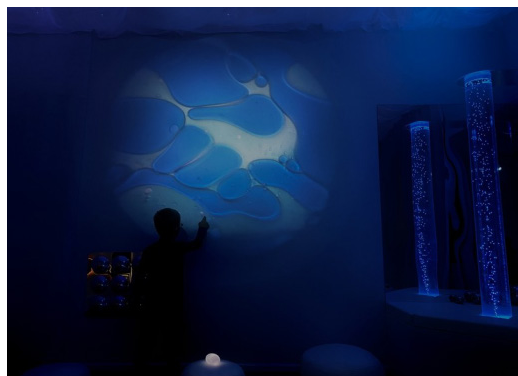
Punkt wyjścia dla aktywizacji zmysłu wzroku w Sali Doświadczania Świata stanowi zarówno wygląd całościowy pomieszczenia Snoezelen (ogólne wrażenie wizualne wnętrza), oświetlenia, jak i wszelkie dodatkowe urządzenia, dostarczające określonej kafeterii bodźców wzrokowych. Warto w tym miejscu nadmienić, iż pomieszczenie Snoezelen powinno sprawiać wrażenie harmonijnego, całościowego (Meijer, 2017; Smrokowska-Reichmann, 2013). Efekt ten można uzyskać przez zaaranżowanie przestrzeni w taki sposób, by możliwie zasłonić wszystkie „standardowe” elementy użytku codziennego, to znaczy zamaskować jednolicie drzwi, okna, kaloryfery (na przykład kotarami, zasłonami) czy wykonać podwieszany sufit materiałowy, otoczony setkami czy tysiącami ledów, imitujący niebo w nocy (przykład na poniższej rycinie 1).



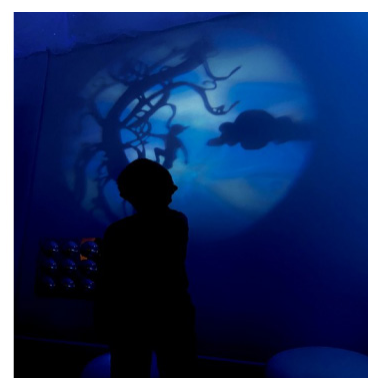
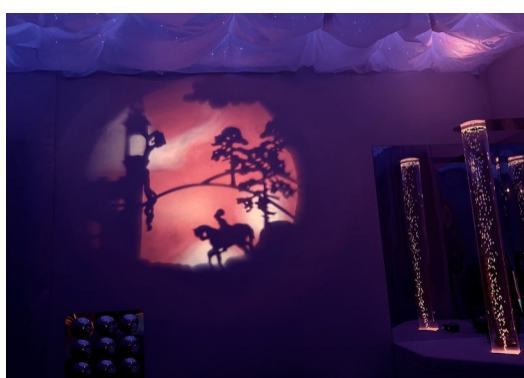
Rycina 1. Przykład podwieszanego sufitu materiałowego, imitującego niebo

Wchodząc do Sali Doświadczenia Świata osoba ma wrażenie, że wchodzi do „Nieco innego świata” – tak mówią o charakterze Snoezelen Ad Verheul i Jan Hulsegge. Według twórców metody, Sala Doświadczenia Świata jest w dużej mierze miejscem do „patrzenia”, a zmysł wzroku jest w niej szczególnie stymulowany (Hulsegge, Verheul, 1993; Verheul, 2010). Zgodnie z zasadami metodycznymi Snoezelen należy zadbać o to, aby podopieczny/pacjent czuł się w tym miejscu możliwie jak najbardziej komfortowo i bezpiecznie, a samo przebywanie w tym otoczeniu było kojarzone z niezwykłym, pozytywnym doświadczeniem. Pierwsze wrażenie, również to w wymiarze wizualnym, jest zatem w Sali Doświadczenia Świata niezwykle istotne. Niezwykle ważną rolę odgrywają także poszczególne sprzęty czy elementy jej wyposażenia. Wybrane z nich (kluczowe) uczynię przedmiotem poniższego opracowania.

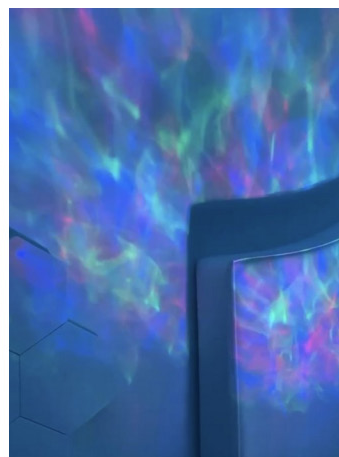
Projektory. Są jednym z głównych elementów oddziałujących wizualnie na podopiecznego w Sali Doświadczenia Świata. One właśnie tworzą w dużej mierze niezwykłość tego miejsca i wprowadzają nieco magiczną atmosferę. Możemy wyróżnić wśród nich na przykład projektory morza, gwiazd, oceanu, zorzy polarnej czy tęczy, jak również projektory bardziej specjalistyczne (typu Mathmos, czy Solar), wyposażone w tarcze graficzne czy żelowe (jedno, dwu i wielobarwne), tworzące na ścianach ruchome obrazy (ryc. 2-3). Tarcze żelowe są jednym z ciekawszych rozwiązań – podczas projekcji tarcza obraca się, powodując wzajemne (powolne) mieszanie różnokolorowych płynów (żele są określonej gęstości, by efekt mieszania był stopniowo dostrzegalny w miejscu ekspozycji). Niektóre projektory oferują także połączenie tarcz żelowych czy bezbarwnych ze slajdami tematycznymi (np. w przypadku odbiorców – dzieci są to slajdy baśniowe). Ważne jest, by praca projektora nie zakłócała przebiegu spotkań terapeutycznych, to znaczy projektor powinien pracować cicho, odpowiednio wolno obracać tarcze (maksymalnie dopuszcza się dwa obroty na minutę) (Mertens, 2005; Smrokowska-Reichmann, 2013). Najlepszy efekt uzyskuje się na wyświetlaniu obrazów na białych ścianach czy suficie. Poniżej zaprezentowano kilka efektów, uzyskanych za pomocą projektora z tarczami żelowymi, projektora tęczy i interaktywnego gwieździstego nieba.



Ryciny 2-3. Efekt wizualny uzyskany za pomocą projektora z tarczami żelowymi



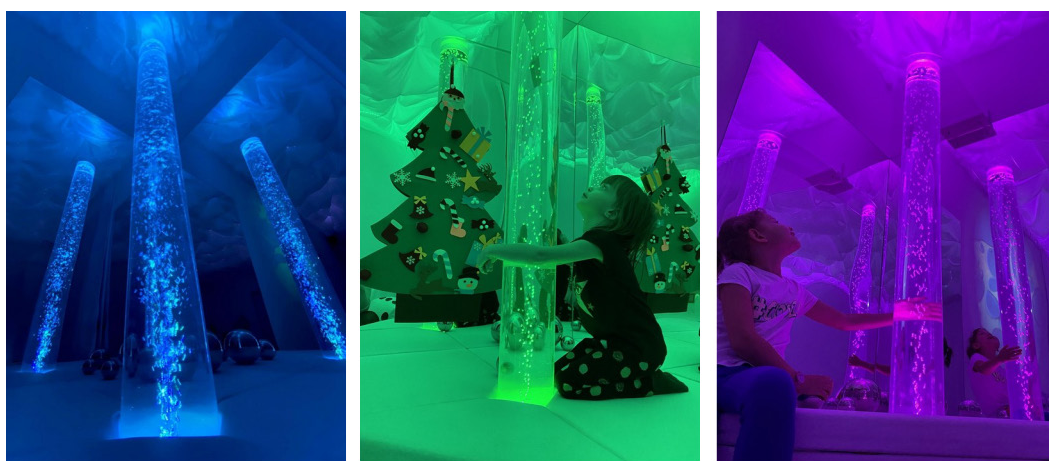
Ryciny 4-5. Efekt wizualny uzyskany za pomocą połączenia tarczy żelowej ze slajdem baśniowym



Ryciny 6-8. Efekty wizualne uzyskane za pomocą projektora nieba, tęczy i zorzy polarnej

Kolumny/ściany wodne. Zarówno kolumny jak i ściany wodne dają możliwość obserwacji poruszających się pęcherzyków powietrza, jak również elementów dodatkowych w postaci rybek, piłeczek, w otoczeniu gry świateł. Możliwa jest regulacja szybkości oraz wielkości bąbelków, jak również zmiana natężenia światła oraz

kolorystyki, a także efektu wizualnego (Verheul, 2010; Smrokowska-Reichmann, 2013). O ile kolumny wodne przyjmują kształt cylindryczny (jednocześnie są bardziej wąskie i wysokie), o tyle ściany wodne są bardziej w kształcie prostopadłościanu (zazwyczaj dość szerokie i płaskie). Kolumny wodne bywają umieszczone w większej ilości obok siebie, wówczas tworzą tak zwaną wyspę kolumn (kilka kolumn montowanych w drewnianym podeście, obitym twardą pianką oraz materiałem skórzanym bądź skóropodobnym). Im większa średnica kolumny, a także im szersza ściana wodna, tym lepszy efekt wizualny.



Ryciny 9-11. Kolumny wodne, prezentujące różnorodne wersje kolorystyczne

Kolumny i ściany wodne mają także istotne znaczenie dla zmysłu dotyku – patrz rozdział 1.2.2.3 Aktywizacja zmysłu dotyku

Lustra, domek lustrzany, tunel nieskończoności, kula lustrzana. Lustra są niezwykle istotnym komponentem wyposażenia Sal Doświadczenia Świata. Wcześniej ich rola była szczególnie wyróżniania, jeśli chodzi o osoby niepełnosprawne intelektualnie (Mertens, 2007, Viktorin, Pipekova, 2021). Często zdarza się, że takie osoby reagują awersyjnie, nieadekwatnie na swoje odbicie, nie zawsze akceptują to, co widzą. Nie do końca rozumieją to, co spostrzegają. W Snoezelen lustra dają zupełnie inne wrażenia. Liczne panele lustrzane w postaci wielkich bąbli czy spostrzeganie wielu wodnych kolumn w kącie luster staje się czymś nowym i atrakcyjnym. Domek lustrzany (cały wewnątrz usłany panelami lustrzanymi) dostarcza wrażeń wzrokowych, z którymi wcześniej się nie spotkaliśmy (obserwacja przedmiotu lub samego siebie w otoczeniu wielości luster). Lustrzany tunel nieskończoności daje niesamowite wrażenie obserwowania nieskończonej ilości światła, w licznych efektach wizualnych. Kula lustrzana natomiast (o czasie obrotu maksymalnie jeden na minutę), dzięki powolnym

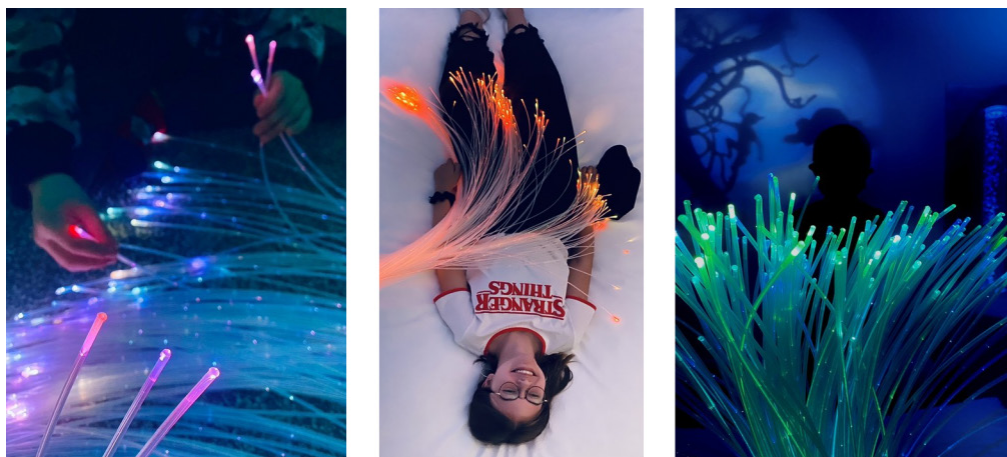
obrotom sprawia, że na ścianach, suficie czy podłodze przesuwają się liczne punkty świetlne, zmieniające kolor pod wpływem tarcz projektora. Tym samym, następuje swobodny i delikatny mechanizm desensytyzacji i zamiany lęku w ciekawość. W przypadku osób pełnosprawnych, konfrontacja z odbiciem lustrzanym staje się konfrontacją z samym sobą, możliwością spojrzenia na siebie, poznania swoich możliwości, identyfikowania swoich mocnych stron. Lustra pomagają, szczególnie dzieciom, w tworzeniu obrazu samego siebie (Smrokowska-Reichmann, 2013). Niezwykle ważne jest, aby lustra były bezpieczne, wykonane przykładowo z akrylu. Mogą odzwierciedlać obraz rzeczywisty, bądź też tworzyć celowe zniekształcenia, kreując ciekawe formy wizualne (w przypadku zniekształceń należy rozważyć właściwość ich zastosowania względem trudności pacjenta).



Ryciny 12-14. Przykłady lustrzanych elementów wyposażenia Sali Doświadczania Świata: bąbelkowy panel lustrzany, tunel nieskończoności oraz efekt luster przy podęście z kolumną wodną

Światłowody. Światłowody to kolejny ważny element wyposażenia Sali Doświadczania Świata. Zazwyczaj to zbiór od 100 do 300 wiązek światłowodów, zabezpieczonych miękkimi przewodami, połączonych w taki sposób, by tworzyły elastyczny sznur światłowodowy, dający niezwykle efekt wizualny, możliwy do szerokiego zastosowania. Światłowody mogą tworzyć kurtynę świetlną, rzekę światłowodową, mogą być powieszone, leżeć na ziemi, bądź znajdować się w dowolnym położeniu, zgodnie z życzeniem podopiecznego (również na nim samym) (Mertens, 2005, Verheul, 2010; Zawislak, 2009). Światłowody podłączone są do jednego głównego źródła światła, odpowiednio zabezpieczonego. Dostępne są światłowody jednokolorowe oraz wielokolorowe, z możliwą regulacją kolorystyki, natężenia oraz dodatkowych efektów

wizualnych. Światłowody dają możliwość schronienia, są idealne dla osób nieśmiałych, wycofanych, czujących się niepewnie. Przez światłowody można bezpiecznie obserwować Salę Doświadczenia Świata, terapeutę czy inne osoby uczestniczące w zajęciach. Posiadają one zatem dodatkową wartość wyciszającą emocjonalnie.



Ryciny 15-17. Przykłady różnych efektów wizualnych światłowodów

Światłowody mają także istotne znaczenie dla zmysłu dotyku – patrz rozdział 1.2.2.3 Aktywizacja zmysłu dotyku

Tor świetlno-dźwiękowy. Składa się z panelu ściennego oraz podłogowego. Na ścianie umieszczona jest część z okrągłymi przyciskami, których włączenie powoduje aktywację odpowiedniego koloru, wyświetlanego na określonym polu, ponad przyciskiem. Ekspozycja kolorów następuje także przy użyciu panelu podłogowego, który jest zestawem wielu kolorowych płytek, umieszczonych w drewnianej, plastikowej bądź gąbkowej ramie. Naciśnięcie danej płytki aktywuje jednocześnie wyświetlanie koloru na panelu ściennym (Mertens, 2005; Smrokowska-Reichmann, 2013; Zawislak, 2009). Tor daje możliwość obserwowania zmieniających się światła, wzmacniania umiejętności myślenia przyczynowo-skutkowego (szczególnie u młodszych dzieci, osób starszych czy niepełnosprawnych). Może być także wykorzystany jako doskonałe urządzenie dla swobodnych ćwiczeń analizy wzrokowej, percepcji wzrokowej, pamięci wzrokowej czy koordynacji wzrokowo-ruchowej.

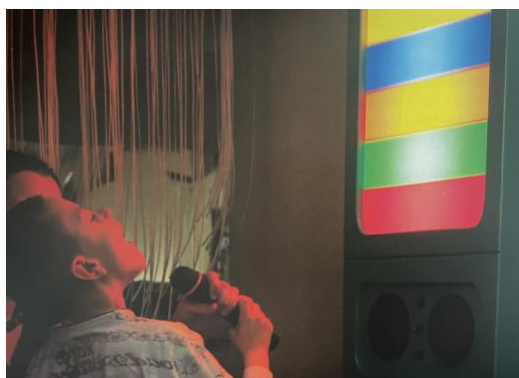


Ryciny 18-20. Tor świetlno-dźwiękowy – przykłady zastosowania

Tor świetlno dźwiękowy ma także istotne znaczenie dla zmysłu słuchu oraz dotyku – patrz rozdział 1.2.2.3

Aktywizacja zmysłu dotyku oraz 1.2.2.2. Aktywizacja zmysłu słuchu

Drabina świetlno-dźwiękowa. To jednopanelowe urządzenie, występujące zarówno w wersji wolnostojącej jak i ściennej. Elementem wyposażenia panelu jest mikrofon, który jest niezbędny dla prawidłowego funkcjonowania drabiny. Urządzenie składa się z dużego wyświetlacza, aktywującego się pod wpływem głosu, kierowanego do mikrofonu (Mertens, 2005; Smrokowska-Reichmann, 2013). Urządzenie, podobnie jak tor świetlno-dźwiękowy, pozwala na obserwację zmieniających się kolorów, wyświetlanych na sprzęcie, wzmacnia umiejętność myślenia przyczynowo-skutkowego, prowokuje do podejmowania złożonych aktywności.



Rycina 21. Drabina świetlno-dźwiękowa w zastosowaniu przez podopiecznego

Drabina świetlno-dźwiękowy ma także istotne znaczenie dla zmysłu słuchu – patrz rozdział 1.2.2.2.

Aktywizacja zmysłu słuchu

Omówione w niniejszym podrozdziale sprzęty są jedynie wybranymi przykładami urządzeń Sali Doświadczenia Świata, istotnymi dla aktywizacji zmysłu wzroku. Z racji ich wielości, ograniczyłam się jedynie do opisowego wyróżnienia najistotniejszych urządzeń dla wspomnianej stymulacji. Należy jednak dodać, że poza omówionymi pozycjami, dostępnych jest wiele dodatkowych elementów wyposażenia, kierujących stymulację sensoryczną w wyżej wymienionym zakresie. Wśród nich znajdują się między innymi: tuba huraganowa, podświetlany panel z aktywną cieczą, podłoga świetlna, lampy typu lawa, panele świetlne, świecący stolik, magiczne akwarium, tapety UV, ledowe elementy uzupełniające oraz wiele innych.

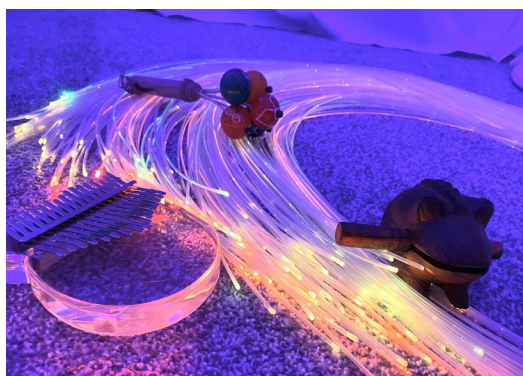
1.2.2.2. Aktywizacja zmysłu słuchu

Niezwykle ważnym elementem, odnoszącym się właściwie jeszcze do poziomu samych planów aranżacji i infrastruktury Sali Doświadczenia Świata, jest zapewnienie możliwie jak najlepszych warunków w zakresie akustycznym. Sale Doświadczenia Świata powinny być dobrze zabezpieczone przed przenikaniem dźwięków płynących z zewnątrz, warto zatem zadbać o odpowiednie wygłuszenie czy izolację pomieszczenia. Akustyka pomieszczenia również ma ogromne znaczenie. Dobra słyszalność, brak przytłoczenia dźwiękiem, brak wrażenia efektu typu „echo” są niezwykle ważne w kontekście zapewnienia warunków dla optymalnej aktywizacji słuchowej (Verheul, 2008; Mertens, 2008; Janku, 2018; Smrokowska-Reichmann, 2013). Równie istotnym elementem jest dbałość o adekwatny poziom natężenia dźwięków (czy to płynących z odtwarzaczy, drabiny świetlno-dźwiękowej czy też innych sprzętów, generujących dźwięk). Wszelka kafeeteria bodźców dźwiękowych (np. muzyka relaksacyjna) wymaga subtelności ich dozowania. Jeśli w Sali nie są ekspozowane żadne dodatkowe bodźce dźwiękowe, powinna panować tu zdecydowana cisza (Smrokowska-Reichmann, 2013). Do prezentacji różnorodnych bodźców sensorycznych, aktywizujących zmysł słuchu, wykorzystuje się przede wszystkim elektroniczne sprzęty odtwarzające. Często przyjmują one postać projektorów, aromatyzatorów czy innych atrakcyjnych elementów wyposażenia, posiadających funkcję audio. Ciekawym jest możliwość identyfikowania przez pacjenta źródła dźwięku, nie widząc fizycznie sprzętu elektronicznego, ale w zamian za to odnajdując na przykład grającą kolorową kostkę. W Sali Doświadczenia Świata ekspozowane są różnorodne utwory muzyczne, nagrania relaksacyjne, w tym

odgłosy natury/przyrody, wykorzystuje się również różnorodne wizualizacje. Peder Helland i Martin Buntrock komponują muzykę typowo dla potrzeb Snoezelen, uwzględniając zarówno koncepcję metodyczną jak i specyficzny proces oddziaływania na uczestnika w Sali Doświadczania Świata. Badania dowiodły, że specjalnie komponowana muzyka dla potrzeb Snoezelen (jak wyżej) przynosi znacząco lepsze efekty aniżeli przypadkowo dobierane utwory (Mertens, Tag, Buntrock, 2008).

W Sali Doświadczania Świata mogą być także wykorzystywane dźwięki, płynące z zastosowania różnorodnych ogólnodostępnych pomocy, instrumentów i mebli muzycznych (Mertens, 2008). Z uwagi na ich powszechność i oczywiste zastosowanie, pozwolę sobie jedynie na ich wyróżnienie oraz zaprezentowanie wybranych na poniższych grafikach. Wśród nich znajdują się między innymi fotel muzyczny, tuby deszczowe, gongi, bębny (w tym bęben imitujący szum morza), tank drum, hang pan czy inne instrumenty z grupy idiofonów, kalimba, drewniane żaby, marakasy, dzwonki, memo słuchowe i wiele innych.

Przykładowe instrumenty i sprzęty zaprezentowano na poniższych zdjęciach.



Ryciny 22-23. Kalimba, drewniana żaba, marakasy i deszczownica



Ryciny 24-25. Grzechotki, marakasy, kastaniet, drewniana żaba i bęben imitujący szum morza



Ryciny 26-27. Fotel muzyczny (zwany również kołyską muzyczną) oraz handpan

W przypadku niektórych sprzętów wykorzystywanych w Snoezelen, elementy dźwiękowe często współwystępują także z elementami wizualnymi. Przykładem jest między innymi tor świetlno-dźwiękowy czy drabina świetlno-dźwiękowa, których szczegółowy opis oraz oddziaływanie pod kątem wizualnym zostało omówione w poprzednim podrozdziale. Rozszerzając ich znaczenie w zakresie aktywizacji słuchowej, należy nadmienić, iż oba urządzenia doświadczają zróżnicowanych doświadczeń dźwiękowych:

- **Tor świetlno-dźwiękowy** umożliwia zastosowanie wgranych fabrycznie programów, które zawierają się między innymi w zestawach odgłosów zwierząt, dźwięków instrumentów, nut, dźwięków codziennych czynności czy odgłosów różnorodnych przedmiotów. Daje tym samym uczestnikowi możliwości różnorodnych doświadczeń słuchowych, które w powiązaniu z bodźcami wizualnymi oraz dotykowymi tworzą spójną kompozycję. Może być wykorzystywany dodatkowo dla niedyrektywnych ćwiczeń percepcji słuchowej czy pamięci słuchowej (pośredniej i bezpośredniej);
- **Drabina świetlno-dźwiękowa** daje podopiecznemu możliwość rozpoznania i kontrolowania głosu, prowokuje do jego wydobywania, poznania jego dźwięku w źródle zewnętrznym, z jednoczesną ekspozycją na bodźce wizualne. Drabina sprawdza się doskonale u osób nieśmiałych, wycofanych, jak również u osób lękowych (na przykład u osób z mutyzmem wybiórczym). Wrażliwość sprzętu wychwytyje nawet drobny szept. Urządzenie stwarza atmosferę zabawy, pobudza

ciekawość i kreatywność, gwarantuje także możliwość jej szerokiego zastosowania.

Dźwięk w sali bywa różnorodny – elementem kluczowym jest jego dopasowanie do podopiecznego, jak również przeznaczenie zastosowania (czy ma mieć on charakter wyciszający i relaksujący, czy też aktywizujący i pobudzający do aktywności). Dlatego też korzystanie z niniejszych zasobów jest powiązane z koniecznością odwołania się do indywidualnych potrzeb (w tym między innymi uwzględnienia wieku, towarzyszących deficytów czy dysfunkcji, jak również ewentualnych przeciwwskazań, chociażby w postaci nadwrażliwości kierunkowej). Muzyka oraz całe tło akustyczne powinno przede wszystkim dobrze komponować się z potrzebami pacjenta i gwarantować mu komfort przebywania w otoczeniu subtelnych i indywidualnie dopasowanych bodźców dźwiękowych.

1.2.2.3. Aktywizacja zmysłu dotyku

Dotyk pełni niezwykle istotną funkcję, już od momentu narodzin. Komunikacja przez wspomniany zmysł staje się jedną z pierwszych, które podejmuje człowiek w swoim życiu. Od niemowlęstwa poznajemy różnorodne struktury i faktury, dostosowujemy nacisk i uścisk, reagujemy na przytulenie, głaskanie, całowanie, poznajemy także próg bólu, odczuwamy zimno czy ciepło. Skóra u dorosłego człowieka zajmuje powierzchnię aż dwóch metrów kwadratowych, a receptory w niej umieszczone stają się istotnym nośnikiem informacyjnym oraz komunikacyjnym (Lorens, Karwowska, 2017). Doświadczenie świata następuje w istotnym zakresie właśnie przez dotyk. Potrzeba kontaktu cielesnego jest niezwykle istotna, niezależnie od tego, czy towarzyszą nam określone deficyty. Jest ona równie ważna dla osób pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych. Brak kontaktu fizycznego bądź jego radykalne ograniczenie może stać się przyczyną różnorodnych dysfunkcji w zakresie psychologicznym oraz psychiatrycznym (Arya, 2020; Bendas, Croy, 2021; Sobieralska-Michalak, 2013). Rozwój zmysłów człowieka następuje w sposób stopniowy i zorganizowany. Jako pierwszy rozwija się właśnie zmysł dotyku, następnie słuchu czy wzroku. Wraz z wzrostem i rozwojem następuje zmiana (wzrok, słuch, dotyk). Jednak pełna i prawidłowa interpretacja tego, co widzimy, możliwa jest wyłącznie dzięki temu, czego doświadczyliśmy kinestetycznie czy słuchowo.

Sala Doświadczania Świata jest doskonałym miejscem dla stymulacji zmysłu dotyku. Dzięki niedyrektywności oddziaływania pacjent w Snoezelen może swobodnie i nieinwazyjnie podejmować liczne próby kontaktu kinestetycznego w postaci dotknięcia, przytulenia, manipulowania, ściskania, dociskania, rozciągania, popychania itp. W Sali Doświadczania Świata podopieczny może doświadczyć rozmaitych form, struktur, faktur, wymiarów, wibracji czy ciepła – wszystko bez presji i przymusu, za to dzięki swobodnemu poznaniu, opartemu zgodnie z zasadami metodycznymi Snoezelen na poszanowaniu własnej decyzji i własnego tempa. Sala Doświadczania Świata to miejsce, które dostarcza całej gamy bodźców dotykowych, za pomocą licznych sprzętów czy dodatkowych elementów wyposażenia. Wśród nich możemy wyróżnić przykładowo: łóżko wodne, suchy basen z piłkami, wibropodest, tablice dotykowe (zawierające elementy różnych przedmiotów, zróżnicowanych fakturowo), panele manipulacyjne, panele aktywujące światło dotykiem, imitatory wiatru, klepsydry, panele z aktywną cieczą, woreczki z różnym wypełnieniem (ziołami, grochem, piaskiem), dyski sensoryczne, ścieżki dotykowe, światłowody, wibrujące kocyki jak również rozmaite podesty, siedziska i leżanki oraz wiele innych drobnych pomocy (Bagińska, 2016; Janku, 2018; Mertens, 2007; Smrokowska-Reichmann, 2013; Verheul, 2010). Pozwolę sobie na bardziej szczegółowy opis wybranych, kluczowych sprzętów, których przeznaczenie jest szczególnie dedykowane Salom Doświadczania Świata w zakresie aktywizacji zmysłu dotyku.

Suchy basen z piłkami. Basen z piłkami to jeden z najistotniejszych elementów wyposażenia Snoezelen. W Salach Doświadczania Świata możemy spotkać baseny wielobarwne, zawierające różne wersje kolorystyczne piłek (są one dedykowane Kolorowym Salom Doświadczania Świata), bądź baseny białe, realizowane na specjalne zamówienie, z piłkami przezroczystymi czy perłowymi (dedykowane Białym Salom Doświadczania Świata). Możliwość eksploracji basenu w postaci pływania, zagrzebywania, nurkowania, skakania czy po prostu swobodnego siedzenia bądź leżenia daje możliwość wielu doznań z poziomu zmysłu dotyku, w obrębie całego ciała. Możliwe jest także niestandardowe korzystanie z basenu, w postaci wykorzystania jego elementów (piłek, zjeżdżalni, schodów) do tworzenia budowli, czy tworzenia zabaw, również w innych miejscach sali. Z pewnością istotne jest, by basen w Snoezelen był miękki i bezpieczny, obudowany wytrzymałą, grubą pianką. Powinien zapewniać możliwość łatwego wejścia (schodki) oraz opcjonalnego łagodnego zjazdu (ślizg). W

Salach Doświadczania Świata możemy spotkać baseny o różnych kształtach i wymiarach. Głębszy basen sprawdzi się lepiej u osób pełnosprawnych (osoby niepełnosprawne, jak również młodsze dzieci, mogą czuć się większym poziomem głębokości nieco zdezorientowane – tutaj zalecane jest rozważenie płytszej wersji) (Smrokowska-Reichmann, 2013). Suchy basen z piłeczkami, który spotkamy w Sali Doświadczania Świata może mieć dodatkowo opcjonalną funkcję podświetlania, z pełną regulacją w zakresie kolorystyki czy natężenia światła. Wówczas będzie dodatkowo aktywizował intensywniej zmysł wzroku (jak na poniższych zdjęciach).



Ryciny 28-31. Wykorzystanie suchego basenu (wersja podświetlana) na różne sposoby

Ścianki manipulacyjne, tablice sensoryczne, panel z aktywną cieczą. Niezwykle ważnym elementem Sal Doświadczania Świata są ściany manipulacyjne czy tablice sensoryczne, dające możliwość swobodnego doświadczania przez uczestnika różnorodnych struktur i faktur (Verheul, 2010). Tablice bywają często umieszczane na ścianach, wykorzystuje się także panele przenośne, posiadające np. wyjmowane płytki,

dla możliwej szerszej eksploracji i wykorzystania w innych aktywnościach. Tablice oraz panele zawierają rozmaite elementy i materiały. Możemy wśród nich wyróżnić między innymi: sznury, kamyki, drewno, jedwab, plastik, guziki, elementy puchate czy futrzane, mech, szyszki, skrawki różnorodnych tkanin, pompony, cekiny i wiele innych. Możemy spotkać również panele wykonywane na specjalne zamówienie, z zatopionymi w żywicy naturalnej drobnymi elementami, takimi jak plaster pomarańczy, ziarna kawy, groch, drobne kamyczki gładkie, kamyki szorstkie, śrubki itp. Tablice manipulacyjne można z powodzeniem wykonać samodzielnie, korzystając z różnorodnych materiałów i elementów jak wyżej. Są one łatwo i szeroko dostępne. Można także oczywiście zakupić gotowe zestawy i panele. Często tablice manipulacyjne montowane są na drewnianych modułach, mogących przyjmować formy tematyczne (np. miasto).

Ciekawym przykładem panelu aktywizującego zmysł dotyku jest także panel z aktywną cieczą, posiadający dodatkowo opcjonalną możliwość oświetlenia. Panel to duży kwadrat wielkości 50x50cm, z zewnątrz zabezpieczony szkłem akrylowym, wewnątrz wypełniony kolorową cieczą, zamknięty w drewnianej lub metalowej obudowie. Pod wpływem dotyku/nacisku płyn umiejscowiony wewnątrz płytki zmienia swoje położenie, mieszając również kolory. Panel dostępny jest w wielu wersjach kolorystycznych, daje szerokie możliwości zastosowania, jest często używany przez dzieci jako miejsce zabaw, z użyciem również innych elementów sensorycznych (słuchowych, wzrokowych czy dotykowych). Przykłady paneli oraz tablic manipulacyjnych zawierają poniższe zdjęcia.



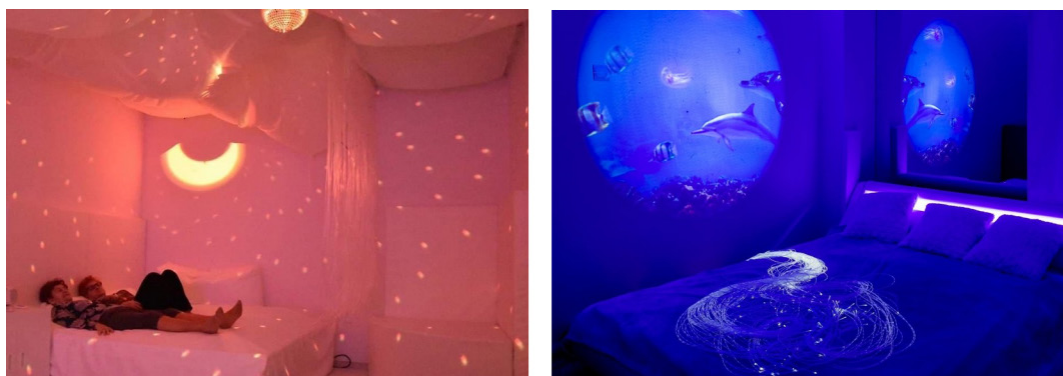
Ryciny 32-33. Tablica dotykowa typu handmade oraz panel manipulacyjny „Miasto”



Ryciny 34-35. Podświetlany panel z aktywną cieczą oraz panel z wyjmowanymi płytkami sensorycznymi, pełniący także funkcję memo

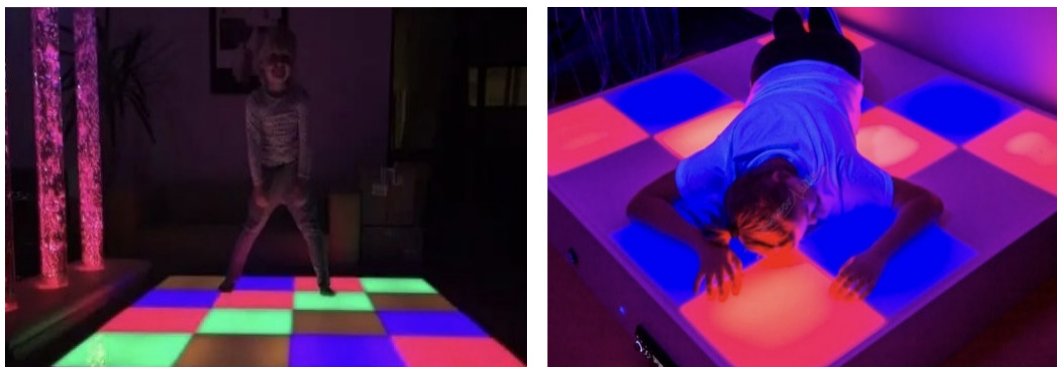
Łóżko wodne. Łóżko wodne jest jednym z podstawowych sprzętów, dedykowanych w szczególności osobom niepełnosprawnym intelektualnie, jednak znajduje również szerokie zastosowanie u osób pełnosprawnych (Hulsegge, Verheul, 1993; Rusin, 2017; Smrokowska-Reichman, 2013). Łóżko wodne dostarcza wielu różnorodnych bodźców – dzięki niemu czujemy nie tylko kontakt z jego powierzchnią, ale również doświadczamy przyjemnego ciepła (w przypadku opcji termicznej/podgrzewanej), a także uczucia falowania, w które dopasowuje się nasze ciało. Funkcja regulacji temperatury łóżka zapewnia możliwość swobodnego korzystania i utrzymania ciepłoty ciała podopiecznego, co ma szczególnie znaczenie u osób niepełnosprawnych ruchowo, spastycznych, jak również onkologicznych czy chorych terminalnie. Ważne jest, by podążać (jak w przypadku każdej stymulacji), za indywidualnymi potrzebami podopiecznego, niezwykle istotna jest tutaj również uważna obserwacja. Przyjęło się, iż temperatura 28 stopni Celsjusza jest optymalna i najbardziej uniwersalna (zazwyczaj dostępny poziom regulacji umożliwia wybór zakresu 26-34 stopni) (Smrokowska-Reichmann, 2013). Funkcję podgrzewania zaleca się stosować również w sezonie letnim (niepodgrzana woda może dawać nieprzyjemne, chłodne wrażenie). Zdecydowanie można natomiast robić przerwy w czasie emisji ciepła (woda w łóżku wodnym stygnie bardzo powoli). Niektóre łóżka wyposażone są dodatkowo w funkcję falowania wody, co zdecydowanie zwiększa atrakcyjność sprzętu. Przy dołączeniu wyciszających bodźców wizualnych lub/i słuchowych obserwuje się obniżenie poziomu napięcia, zmniejszenie zachowań agresywnych. Łóżko wodne przynosi też doskonały efekt w postaci łagodzenia bólu (podczas korzystania z urządzenia

czterokrotnie zmniejsza się nacisk ciała na podłoże, ciężar rozkłada się równomiernie, a krew przepływa swobodnie. Alternatywnym dodatkiem do łóżek wodnych jest tak zwana podstawa muzyczna, która posiada wbudowany system nagłośnienia wewnątrz materaca – możliwe jest zatem odczuwanie dźwięków/wibracji całym ciałem. Niektóre łóżka wodne posiadają także maty wibracyjne, możliwe do zastosowania dla całego ciała jak i wybranych fragmentów, wówczas wibracje przez wodę przenoszą się pośrednio i subtelnie na ciało podopiecznego. Łóżko wodne jest sprzętem dużym oraz wymagającym szczególnej dbałości o higienę i konserwację, dlatego decyzję o jego zakupie należy rozważyć pierwszoplanowo, biorąc także pod uwagę do dyspozycji ilość miejsca oraz możliwość zapewnienia prawidłowości jego użycia.



Ryciny 36-37. Przykłady łóżek wodnych w Sali Doświadczania Świata

Wibropodest. Wibropodest, czyli inaczej podłoga wibracyjna, to urządzenie przypominające swoim wyglądem panel podłogowy toru świetlno-dźwiękowego, jednak posiadający odmienne zastosowanie. Wibropodest jest zestawem dziewięciu bądź dwunastu kolorowych płytek, umieszczonych zazwyczaj w drewnianej obudowie, z wbudowanym systemem audio. Podczas odtwarzania muzyki kwadraty podświetlają się, drgając jednocześnie w rytm eksponowanych dźwięków. Urządzenie dostarcza zatem specyficznych bodźców pobudzających zmysł dotyku, ale także propriocepcji. Po wibropodeście można chodzić, można na nim leżeć, siedzieć czy dotykać go wybranym fragmentem ciała, zapewniając doznania sensoryczne w obrębie całego ciała. Przykładowe zastosowanie zaprezentowano na poniższych zdjęciach.



Ryciny 38-39. Wibropodest w różnych sposobach wykorzystania

Wibropodest ma szerokie pole zastosowania, w sposób szczególnie wyraża się jednak jego znaczenie u osób niepełnosprawnych intelektualnie. O znaczeniu wibracji, zarówno dla osób pełnosprawnych jak i niepełnosprawnych, piszą także Verheul i Hulsegge (twórcy Snoezelen), opierając się na latach obserwacji podopiecznych w Sali Doświadczenia Świata:

Są oni zauroczeni wszystkim, co wibruje. I tak, można zaobserwować, jak przykładają ucho do wielkiego bębna w zupełnie jednoznacznym celu przeżycia jego wibracji, a nie lepszego słyszenia. Kiedy indziej znowu całkowicie niesłyszcząca dziewczynka kładzie spokojnie koniuszki palców na misę, w którą wcześniej uderzono. Chce na swój specyficzny sposób tę misę „słyszeć”. (Hulsegge, Verheul, 1993, s. 86-87)

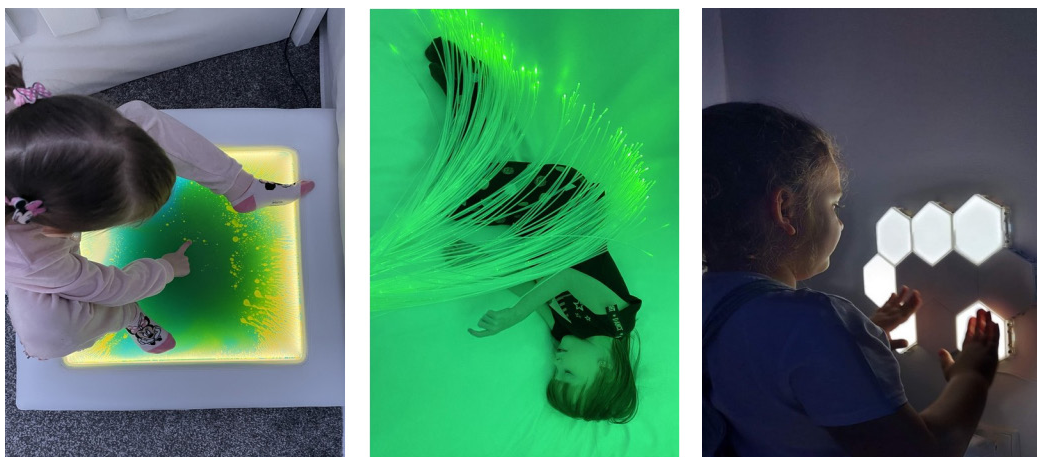
Istota znaczenia wibropodestu czy innych urządzeń wyzwalających drgania/wibracje, jest zatem również niezwykle ważna dla stymulacji zmysłu dotyku. W Sali Doświadczenia Świata bodźce dotykowe są podane w sposób atrakcyjny, często stymulujący jednocześnie inne zmysły. Przykładem takich sprzętów może być:

- podświetlany stolik, który staje się częstym miejscem manipulacji różnymi pomocami dotykowymi, tym samym zwiększając atrakcyjność i intensyfikując doświadczenia sensoryczne;
- kolumna wodna, która oprócz walorów wizualnych daje możliwość obejmowania, dotykania, przytulania czy też wyczuwania subtelnych wibracji (patrz rycina 9-11);

- światłowody, które dzięki swojej giętkości mogą być wykorzystywane różnorodnie - światłowodami można się przykryć, mogą posłużyć do stworzenia wodospadu, rzeki, kurtyny świetlnej czy świetlnego koca;
- panele świetlne czy elementy toru świetlno-dźwiękowego aktywowane dotykiem (nie tylko za pomocą rąk czy nóg, ale także z użyciem innych części ciała).



Ryciny 40-43. Różne pomoce sensoryczne do manipulowania na podświetlanym stoliku



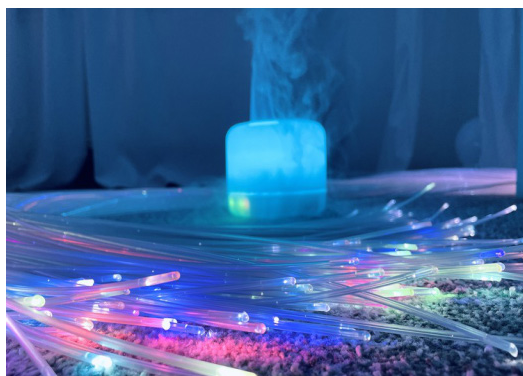
Ryciny 44-46. Panel z aktywną cieczą, światłowody, świetlny panel dotykowy

1.2.2.4. Aktywizacja zmysłu węchu

W Snoezelen stymulacja zmysłu węchu jest równie ważna co aktywizacja pozostałych zmysłów (Albertini-Meigne, Bey, 2009, Verheul, 2010). W zależności od indywidualnych potrzeb oraz celów terapeutycznych, bodźce węchowe mogą oddziaływać na pacjenta w różnorodny sposób. Możemy obserwować wpływ relaksacyjny, minimalizujący lęk, aktywizujący, wzmacniający koncentrację oraz stymulujący komunikacyjnie. Mózg człowieka jest w stanie rozpoznać tysiące zapachów, wiele z nich jest przechowywana w pamięci w sposób trwały (Rapiejko, Lipiec, 2021). Wspomnienie zapachu może jednocześnie przywołać związane z nim emocje. Zapach jest bodźcem silnie stymulującym, jak również mogącym silnie wpływać na zachowanie człowieka. Receptory węchowe odbierają cząsteczki naturalnych substancji zapachowych, które następnie zostają przesyłane neuronalnie do podwzgórza (odpowiedzialnego między innymi za emocje, sen, czuwanie, temperaturę ciała czy uczucie głodu lub sytości). Tym samym bodziec zapachowy może w sposób istotny wpływać na regulację wspomnianych procesów (Hamerlińska, 2019). Olejki używane w Sali Doświadczenia Świata powinny być naturalne (Mertens, 2005; Smrokowska-Reichmann, 2013; Zawisłak, 2009). Przed ich użyciem niezbędne jest sporządzenie szczegółowego wywiadu dotyczącego ewentualnych nadwrażliwości czy alergii. Warto nadmienić, że również chorzy na epilepsję powinni unikać ekspozycji na niektóre zapachy (unikamy olejku rozmarynowego czy koprowego). U dzieci niewskazane jest stosowanie na przykład olejku jaśminowego czy imbirowego.

Poziom reakcji na określone bodźce zapachowe jest wysoce indywidualny – a ich wybór powinien zostać dopasowany indywidualnie do pacjenta, choć oczywiście możemy posiłkować się zestawem uniwersalnych i dobrze tolerowanych zapachów. Ważne jest, by bodźce węchowe w Sali nie były dominujące czy przytłaczające, należy pamiętać o wyważonym subtelnym ich dozowaniu. Dystrybutorzy pomocy do Sal Doświadczenia Świata oferują gotowe zestawy do treningu węchowego, składające się około 15 różnorodnych zapachów, którym odpowiadają określone plansze z obrazkami. Proces ekspozycji zapachów zawsze rozpoczynamy regułą stopniowania (od niewielkiej ilości, delikatnie zwiększając zakres w toku obserwacji reakcji pacjenta). Do ekspozycji zapachów w Sali Doświadczenia Świata używa się dyfuzorów, aromatyzatorów (pełniących często funkcję lamp), stosowane są również kadzidła bambusowe. Zmysł

węchu może być także stymulowany w Snoezelen za pomocą różnorodnych elementów spożywczych czy wytworów natury (kwiaty, szyszki, liście, owoce, kora, ziarna kawy itp.). Przed użyciem jakichkolwiek produktów należy wykluczyć u pacjenta wszelkie możliwe nadwrażliwości, uczulenia czy alergie (kontaktowe oraz oddechowe).



Ryciny 47-48. Przykładowy aromatyzator pełniący funkcję lampy oraz zestaw olejków naturalnych do treningu węchowego

Przykładowe zastosowanie olejków eterycznych w Snoezelen, wraz ze zróżnicowaniem ich działania, prezentuje poniższa tabela 1.

Tabela 1. Zastosowanie olejków zapachowych w Snoezelen (opracowanie własne na podstawie Mertens, 2005; Smrokowska-Reichmann, 2013)

NAZWA OLEJKU	DZIAŁANIE				
	relaksacyjne	aktywizujące	minimalizujące lęk	wspomagające nastrój	Ułatwiające oddychanie
Anyżowy					√
Bazyliowy	√			√	
Bergamotowy			√		√
Cedrowy	√	√			√
Cynamonowy		√			√
Cyprynowy	√	√	√	√	
Cytrynowy		√		√	
Herbaciasty	√				
Eukaliptusowy				√	

Goździkowy				√	
Jaśminowy	√	√		√	
Jałowcowy	√				
Jodłowy	√				√
Lawendowy					√
Mandarynkowy	√			√	
Melisowy	√	√			
Miętowy		√			√
Paczulowy	√	√	√	√	
Pomarańczowy	√			√	
Rozmarynowy	√				√
Różany	√			√	
Rumiankowy	√				
Sandałowy	√		√	√	
Sosnowy		√			√
Szałwiowy	√			√	

1.2.2.5. Aktywizacja zmysłu smaku

Ad Verheul i Jan Hulsegge, twórcy metody Snoezelen, wskazują, iż stymulacja zmysłu smaku jest w Sali Doświadczenia Świata ważnym elementem poprawy spostrzegania zmysłowego. Dostosowanie odpowiedniej kafeterii bodźców wyłącznie dla zaangażowania zmysłu smaku nie jest jednak zadaniem łatwym, z uwagi na to, że zmysł węchu i smaku są ze sobą ściśle powiązane. Verhul i Hulsegge nadmieniają, iż niezwykle trudnym jest także sam proces weryfikacji tego, w jaki sposób określone różnice smakowe (słodki, kwaśny, gorzki i słony) są odbierane przez różne osoby (Hulsegge, Verheul 1993). O ile zadanie staje się prostsze w przypadku osób pełnosprawnych, o tyle zdecydowanie trudniejszym zadaniem jest jego realizacja w przypadku osób niepełnosprawnych. Należy pamiętać, że w dalszym ciągu mówimy o swobodnym, niedyrektywnym oddziaływaniu, również w zakresie niniejszej aktywizacji. Oznacza to w praktyce, iż terapeuta przygotowuje i proponuje określoną ofertę bodźców, daje ją do dyspozycji pacjentowi. Podopieczny może, lecz nie musi z niej skorzystać. Dostępna

oferta ma stanowić jedynie pewną możliwość i zachętę – decyzyjność należy jednak do pacjenta. Sala Doświadczania Świata może wplatać elementy degustacji w trakcie wizualizacji, opowieści i baśni. Przykładowo, podróżując po zaczarowanym ogrodzie, można posmakować truskawek, poziomek, jagód, wiśni i czereśni. Odwiedzając tropikalną wyspę możemy skosztować mango, ananasa, czy kokosa. Znajdując się z kolei na planecie piernikowej, możemy degustować pierniczki. Innym przykładem techniki zachęcającej do doświadczeń smakowych jest zgadywanka smakowa, która może przyjmować formę ściennych przegródek z klapkami, w różnych kolorach. W każdej z nich umieszczone są różnorodne pojemniki z artykułami spożywczymi (często są one pokrojone na mniejsze porcje). Kolor klapki odpowiada ściśle określone mu smakowi (przykładowo – zielony – słodki, żółty – słony, niebieski – kwaśny, czerwony – gorzki) (Smrokowska-Reichmann, 2013; Hulsege, Verheul, 1993). Zmieniona forma struktury (porcjowanie, blendowanie) intensyfikuje koncentrację na bodźcu smakowym i jego identyfikację. Wówczas także bardzo często dołącza się zmysł węchu, który pozwala na przypomnienie sobie znanego wzorca i skojarzenia go z określonym smakiem. Ciekawym doświadczeniem zmysłowym jest również powiązanie bodźca smakowego z bodźcem dotykowym, bodziec smakowy występuje tutaj zazwyczaj jako drugi bądź trzeci w kolejności. Często stosuje się ku temu metodę pośredniej ekspozycji, to znaczy ustawia się miseczki czy talerzyki przykładowo z owocami, w tajemniczej skrzynce, ze specjalnymi otworami, przez które wkłada się ręce. Wówczas za pomocą dotyku następuje wstępna ocena, następnie dany artykuł spożywczy ze skrzynki można wyciągnąć, dodatkowo – powąchać (zaangażowanie zmysłu węchu), a następnie posmakować lub zjeść. Niektóre „skrzynie-zgadule” dają możliwość zaangażowania również innych kanałów zmysłowych (wzroku, słuchu). Wówczas w pudłach montowane są specjalne elementy, przez które można:

- podejrzeć, co znajduje się wewnątrz – służą ku temu wbudowane soczewki, które posiadają celowe zniekształcenia (przykładowo rybie oko czy efekt kalejdoskopu), uniemożliwiające pełne dostrzeżenie tego, co znajduje się w środku;
- usłyszeć – przez specjalny tunel, do którego nadstawia się ucho, czy przykładowo przejechanie palcem po strukturze artykułu spożywczego czy uderzenie w niego wydaje jakiś dźwięk.

Przykładową skrzynię-zgadulę przedstawiono na poniższej rycinie 49.



Rycina 49. Przykładowa „skrzynia-zgadula” angażująca różne zmysły, w tym zmysł smaku

W Sali Doświadczania Świata nie są wykorzystywane żadne specjalistyczne sprzęty dla aktywizacji zmysłu smaku. W tej kwestii jest to bardziej inwencja twórcza terapeuty, jeśli chodzi o formę czy metodę oraz zabezpieczenie podstawowych artykułów w sposób zgodny ze standardami higienicznymi (jednorazowe kubki, talerzyki, pipety, osobne zestawy artykułów spożywczych dla każdego pacjenta, przenośna lodówka itp.). W czasie pandemii realizacja aktywności związanych z aktywizacją zmysłu smaku była z przyczyn oczywistych (epidemiologicznych) w pewnym stopniu ograniczona. Jednakże w momencie znoszenia obostrzeń, wówczas to rodzic/opiekun pacjenta przygotowywał, zgodnie z ustaleniem terapeuty, zestaw przygotowanych produktów spożywczych, we własnym pojemniku. Terapeuta natomiast, przy zachowaniu należytych standardów sanitarnych, stałej dezynfekcji, stosowaniu artykułów jednorazowych oraz rękawiczek ochronnych, mógł również zadbać o zapewnienie stymulacji w obrębie zmysłu smaku.

1.2.2.6. Dodatkowe systemy sensoryczne – układ przedsionkowy i proprioceptywny

Dotychczasowy opis aktywizacji zmysłów w Sali Doświadczania Świata odnosił się do pięciu klasycznie wyróżnianych modalności sensorycznych – wzroku, słuchu, dotyku, smaku i węchu. Współczesne ujęcia neurofizjologiczne oraz koncepcje przetwarzania sensorycznego wskazują jednak, iż funkcjonowanie człowieka opiera się również na innych systemach sensorycznych, spośród których szczególne znaczenie przypisuje się układowi przedsionkowemu oraz proprioceptywnemu (Angelaki, Cullen, 2008). Układy te nie są traktowane jako odrębne od klasycznych modalności, lecz pozostają z nimi w ścisłej relacji i współuczestniczą w tworzeniu spójnego doświadczenia percepcyjnego (zob. allpsych.uni-giessen.de).

Układ przedsionkowy (*vestibular system*). Odpowiada przede wszystkim za odbiór informacji dotyczących położenia ciała względem siły grawitacji, utrzymywania równowagi, orientacji przestrzennej oraz percepcji ruchu. Informacje płynące z układu przedsionkowego integrowane są z bodźcami wzrokowymi, proprioceptywnymi i dotykowymi, umożliwiając organizację reakcji posturalnych oraz regulację zachowania w przestrzeni (Angelaki, Cullen, 2008; Britton i in., 2019).

Układ proprioceptywny (*proprioception*). Określany również jako czucie głębokie, odpowiada za odbiór informacji płynących z mięśni, stawów i ścięgien, umożliwiając określenie położenia poszczególnych części ciała, poziomu napięcia mięśniowego oraz kontroli wykonywanego ruchu. System ten uznawany jest za jeden z podstawowych mechanizmów budowania schematu ciała oraz poczucia sprawstwa ruchowego (Angelaki, Cullen, 2008).

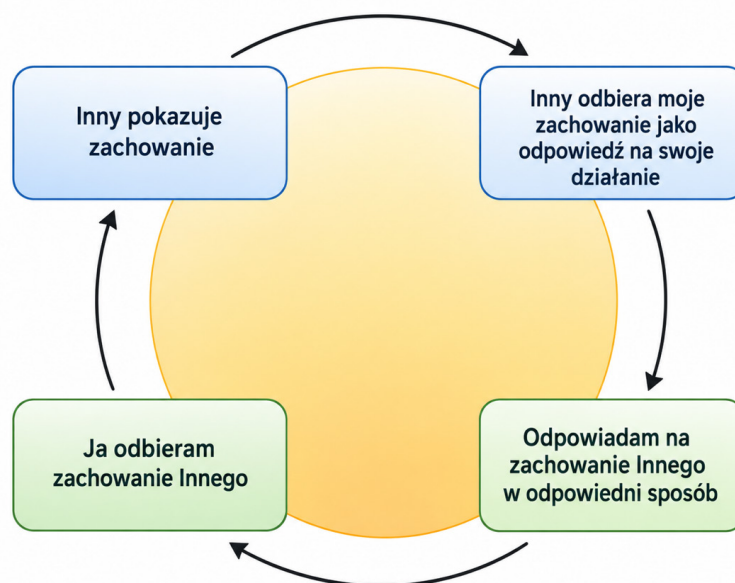
W literaturze dotyczącej środowisk wielozmysłowych podkreśla się, że oddziaływania Snoezelen nie ograniczają się wyłącznie do klasycznej stymulacji wzrokowej, słuchowej czy dotykowej. Środowisko multisensoryczne powinno uwzględniać również bodźce kinestetyczne, proprioceptywne oraz przedsionkowe, ponieważ dopiero ich integracja pozwala na tworzenie pełnego doświadczenia sensorycznego (Eijgendaal i in., 2010; ISNA-mse.org). Z tego względu wiele elementów wyposażenia opisanych wcześniej w kontekście aktywizacji innych modalności sensorycznych może jednocześnie oddziaływać na funkcjonowanie układu przedsionkowego i proprioceptywnego. Przykładowo, łóżka wodne, materace relaksacyjne, platformy wibracyjne czy pufy terapeutyczne mogą wspierać odbiór bodźców proprioceptywnych poprzez zmianę nacisku, napięcia mięśniowego oraz odczuwania ciężaru ciała. Z kolei hamaki, fotele podwieszane, huśtawki terapeutyczne czy wyposażenie umożliwiające kontrolowane zmiany pozycji ciała mogą dodatkowo angażować układ przedsionkowy poprzez doświadczanie ruchu, kołysania i zmian orientacji przestrzennej (Eijgendaal i in., 2010; ISNA-mse.org).

Należy podkreślić, że w podejściu Snoezelen nie zakłada się izolowanego pobudzania poszczególnych systemów sensorycznych. Kluczowym założeniem pozostaje tworzenie środowiska umożliwiającego ich wzajemną integrację i elastyczne dostosowanie intensywności bodźców do indywidualnych potrzeb uczestnika sesji (Janků i in., 2023).

Stymulacja polisensoryczna (wielozmysłowa), która dokonuje się w Sali Doświadczania Świata pełni niezwykle ważną funkcję – jest specyficznym rodzajem komunikacji. Zgodnie z typologią Frochlicha (1998), komunikacja pozawerbalna może przyjmować między innymi wymiar:

- wizualny (gesty, mimika, postawa ciała, sposób poruszania);
- akustyczny, zapachowy czy smakowy (reakcja na obecność poszczególnych bodźców słuchowych);
- dotykowy (bezpośredni kontakt fizyczny, standardowe elementy powitania czy pożegnania – np. podanie ręki);
- wibracyjny (wyczuwanie drgań niesłyszalnych).

Stymulacja polisensoryczna rozumiana jako rodzaj komunikacji jest procesem dwuwymiarowym. Dotyczy bowiem aspektu dopasowania otoczenia do siebie (asymilacji) oraz dopasowania własnej osoby do otoczenia (akomodacji). Niniejszy proces dobrze odzwierciedla koło komunikacji, zaprezentowane na poniższym schemacie.



Rycina 50. Koło komunikacji (opracowanie własne za: Mall 2003, Smrokowska-Reichmann, 2013)

W trakcie spotkań terapeutycznych, realizowanych w Sali Doświadczania Świata można odnieść wrażenie, że nie istnieją żadne bariery komunikacyjne. Poza atrakcyjnością wizualną miejsca, przestrzeni, którą pacjent/podopieczny może swobodnie eksplorować,

niezwykle istotny jest fakt możliwego korzystania z różnych kanałów komunikacji. W sytuacji, gdy osoba niechętnie korzysta z komunikacji werbalnej, może komunikować się na wiele innych sposobów, z wykorzystaniem komunikacji niewerbalnej, w tym z użyciem różnych kanałów sensorycznych. Jest to zdecydowana przewaga niniejszej formy terapeutycznej nad innymi, w których często dominuje werbalna forma porozumiewania się pacjenta z terapeutą. Niezwykła jest także sama rola terapeuty w Snoezelen, któremu poświęcony został kolejny podrozdział pracy.

1.2.3. Terapeuta w Sali Doświadczenia Świata

Dokonując przeglądu dotychczasowych doniesień badawczych, jak również zagłębiając się w istotę metodyki Sali Doświadczenia Świata, możemy zauważyć, iż rola terapeuty w Snoezelen jest nieoceniona. Z pozoru proste, mogłoby się wydawać, oddziaływanie terapeutyczne dokonujące się w Sali Doświadczenia Świata, wymaga jednak znaczącego zaangażowania, ciągłej koncentracji, wysokiego poziomu elastyczności i niestandardowej aktywności, a przede wszystkim – przyjęcia niedyrektywnej roli, co bywa szczególnie trudne dla początkującego terapeuty. Należy nadmienić, iż terapeuta w Sali Doświadczenia Świata to osoba, która posiada wykształcenie bazowe – najczęściej pedagogiczne, psychologiczne czy terapeutyczne, poszerzone dodatkowo o kwalifikacje z zakresu zastosowania metody Snoezelen (warsztaty i certyfikowane szkolenia kierunkowe), jak również kwalifikacje względem możliwości prowadzenia wsparcia terapeutycznego dla określonych grup pacjentów (Mertens, 2008; Verheul, 2010; Zawiślak, 2009). Terapeuta pracujący w Sali Doświadczenia Świata powinien systematycznie podążać za aktualnymi badaniami, w tym wskazaniami i zaleceniami dotyczącymi prowadzonego procesu wsparcia terapeutycznego w ramach metody Snoezelen, by zapewnić możliwie najbardziej optymalne oddziaływanie, w oparciu o najnowsze dane. Poza kwestią adekwatnego wykształcenia oraz wykwalifikowania, niezwykle ważna jest sama sylwetka terapeuty, w tym w szczególności w odniesieniu do cech osobowościowo-temperamentalnych. Nie dla każdego bowiem metoda Snoezelen będzie odpowiednia, nie każdy w tej metodzie czuje się swobodnie. W bieżącym podrozdziale, w pierwszej kolejności odwołam się do tego, co konkretnie determinuje postawę terapeuty oraz jaką rolę pełni on w całym procesie Snoezelen. Postaram się przybliżyć niniejsze kwestie w postaci czterech proponowanych

przeze mnie czynników podstawowych (determinant), regulujących rolę i postawę terapeuty. Uczynię je w dalszej części dysertacji punktem wyjścia dla poszukiwania odpowiedzi na pytanie: Jakimi cechami odznacza się terapeuta pracujący w Sali Doświadczenia Świata?

1.2.3.1. Podstawowe determinanty regulujące rolę i postawę terapeuty

Koncentracja na potrzebach. Smrokowska-Reichmann wskazuje, iż fundamentalną kwestią w odniesieniu do determinanty względem postawy terapeuty jest umiejętność koncentracji na potrzebach podopiecznego. Wskazuje tutaj na istotną zdolność przeformułowania myślenia o pacjencie – wiodąca staje się koncentracja na „potrzebach” aniżeli koncentracja na „deficytach” (Lukasek, 2020; Smrokowska-Reichmann, 2013). Ma to niezwykle istotne znaczenie – począwszy od samego procesu organizacji i aranżacji przestrzeni Snoezelen (m.in. dostosowanie miejsca i elementów przestrzeni do potrzeb podopiecznego), jak również, w późniejszym czasie – w zakresie prowadzenia procesu terapeutycznego w odniesieniu do indywidualnych możliwości pacjenta (respektowanie zasad metodycznych, m.in. własnej decyzji, indywidualnego tempa, odpowiedniego czasu trwania, adekwatnego doboru bodźców) (Lee i in., 2016; Mertens, 2008; Smrokowska-Reichmann, 2013). Warto w tym miejscu nadmienić, iż zgodnie ze stanowiskiem Frankla, właściwie każda metoda terapeutyczna powinna podlegać modyfikacji, zależnie od pacjenta, a także powinna być „dostrajana” do jego potrzeb (Frankl, 1998). W przypadku metody Snoezelen wspomniane „dostrajanie” wybrzmiewa znacząco.

Akceptacja. Naturalnie z orientacji na potrzebach podopiecznego wyłania się proces akceptacji – zarówno w wymiarze samych potrzeb jak i samego pacjenta. Terapeuta akceptuje pacjenta takim jaki jest, z towarzyszącą mu gamą różnorodnych zachowań, trudności, ograniczeń. Jednak w pierwszej kolejności koncentruje się na potrzebach i możliwościach (Lukasek, 2020; A. Smrokowska Reichmann, 2013). Terapeuta akceptuje wybory podopiecznego – to pacjent przejmuje rolę decyzyjną (co, kiedy i w jaki sposób). Rolą terapeuty jest towarzyszyć w tym procesie, w razie potrzeb – delikatnie ukierunkować (Mertens, 2008; Jim, i in. 2021; Hulsegge, Verheul, 1993). Jeśli podopieczny nie chce skorzystać z określonych działań proponowanych przez terapeutę – terapeuta szanuje i akceptuje ten wybór. Dobrowolność sposobu korzystania

przez pacjenta z dostępnej oferty bodźców w Sali Doświadczenia Świata ma kluczowe znaczenie dla prowadzonego oddziaływania. Zbytńia ingerencja czy przerwanie aktywności podopiecznego może bowiem przyczynić się do zaniechania wyłaniającej się istotnej aktywności uczestnika.

Niedyrektywność. Niezwykle ważny jest fakt, iż terapeuta w Snoezelen pełni rolę drugoplanową – wspierającą i wspomagającą – z pewnością nie narzucającą czy ukierunkowującą. Wyłania się zatem naturalnie wobec powyższego wspomniana uprzednio niedyrektywność oddziaływania, która staje się istotą prowadzonego oddziaływania w Sali Doświadczenia Świata, w tym działania samego terapeuty (Baum, 2000; A. Smrokowska-Reichmann, 2013). Niedyrektywność odnosi się w sposób bezpośredni do uwzględnienia potrzeb pacjenta. Zawiera się także w kwestii stymulacji – to nie terapeuta w głównej mierze aktywizuje uczestnika, to znaczy, nie jego werbalne polecenia, lecz postawa terapeuty – zachęcająca do swobodnej aktywności i eksploracji otoczenia, ale również samo pomieszczenie i odpowiednia kafeteria bodźców. Cieszyńska i Korendo wskazują, iż dziecko kształtuje i rozwija swoje umiejętności jedynie przez aktywność własną, a nie bierne przyswajanie, co zresztą ma swoje odzwierciedlenie w jednej z zasad wymiaru terapeutycznego określonej przez Piageta (Cieszyńska, Korendo, 2008). W Snoezelen terapeuta może pójść o krok dalej – pozwala także pacjentowi na pasywne doświadczenie, a nawet „nic nie robienie”, widząc również w tym oddziaływaniu sens terapeutyczny (Smrokowska-Reichmann, 2013; Verheul, 2010). Można zatem powiedzieć, że pozostaje on (terapeuta) w wieloobszarowym ujęciu otwarty na potrzeby podopiecznego, pozostając jednocześnie niedyrektywny.

Bezpieczeństwo. Nadrzędną rolą terapeuty w Sali Doświadczenia Świata jest zapewnienie podopiecznemu poczucia bezpieczeństwa, w ujęciu wielowymiarowym. Po pierwsze, bezpieczeństwa w wymiarze fizycznym, w kontekście zabezpieczenia w sposób należyty pomieszczenia i sprzętów znajdujących się w Sali Doświadczenia Świata (przykładowo: bezpieczne akrylowe lustra, ochronne materace, piankowe obudowy, zabezpieczenia przewodów światłowodowych itp.). Po drugie, bezpieczeństwa w wymiarze emocjonalnym, zawierającego się w umiejętności nawiązania kontaktu na linii terapeuta-pacjent (Lukasek, 2020; Mertens, 2008; Smrokowska-Reichmann, 2013; Zawisławski, 2009). Dodatkowo, jeśli znaczącym utrudnieniem dla podopiecznego jest samodzielne pozostanie w sali z terapeutą, dopuszczalne jest włączenie w ów proces opiekuna, przyczyniając się tym samym do efektywniejszej adaptacji. Działania terapeuty

podejmowane są zawsze z poszanowaniem dobra pacjenta i w odniesieniu do zapewnienia optymalnego bezpieczeństwa emocjonalnego.

1.2.3.2. Cechy, którymi odznacza się terapeuta pracujący w Sali Doświadczenia Świata

Spośród omówionych wyżej kluczowych determinant czy wymiarów, określających w sposób znaczący rolę i postawę terapeuty pracującego w Sali Doświadczenia Świata, wyłania się klarownie szczegółowa charakterystyka posiadanych przez niego kompetencji, ale także w szczególności posiadanych cech osobowościowo-temperamentalnych. Z dużą dozą pewności możemy określić, iż terapeuta pracujący w Sali Doświadczenia Świata to terapeuta kompetentny, doposażony odpowiednio w wiedzę oraz umiejętności umożliwiające płynne poruszanie się w metodzie. Ponadto, jak każdy specjalista pracujący w danym obszarze terapeutycznym, powinien odznaczać się dobrą znajomością podstaw z zakresu psychologii rozwoju, w tym określonych możliwości psychofizycznych pacjenta w danym wieku (Sękowska, 2001; K. Sikora, 2011). Ponadto powinien dysponować nie tylko szerokim zakresem wiedzy, ale również umiejętności praktycznych, które wykorzystuje w bezpośrednim kontakcie z podopiecznymi (I. Dąbrowska-Jabłońska, 2008).

Terapeuta pracujący w Sali Doświadczenia to terapeuta aktywny, reagujący na bieżąco na potrzeby pacjenta, odznaczający się wysokim poziomem uważności, pozostający w ciągłej gotowości do zmian, do transformacji dokonującego się procesu terapeutycznego, zgodnie z prowadzoną aktywnością podopiecznego (A. Smrokowska-Reichmann, 2013). Koncentracja na potrzebach daje nam dodatkowo informację o dużej wrażliwości terapeuty względem samego pacjenta, jak również otwartości na to, czego w danym momencie podopieczny potrzebuje, czego mu brakuje. To również poświadcza o wysokim poziomie elastyczności terapeuty i dostosowania do pacjenta, co zresztą odzwierciedla się znacząco w niedyrektywnym podejściu (skoncentrowanym na pacjencie) (Przybylski, Piotrowicz, 2000; Strabmeier, 2012; Verheul, Hulsege, 1993). Mertens wskazuje dodatkowo, iż terapeuta pracujący w Sali Doświadczenia świata to terapeuta wykazujący wysoki poziom empatii względem pacjenta, emanujący ciepłem i życzliwością, zrozumieniem i akceptacją (Mertens, 2008; Verheul, 2010).

Należy zaznaczyć, iż w sylwetce terapeuty Snoezelen możemy odnaleźć liczne uniwersalne cechy i składowe postaw, które możemy także odnaleźć w sylwetkach innych terapeutów i prowadzonych przez nich oddziaływaniach w odmiennych metodach terapeutycznych (terapeuta zajęciowy, terapeuta pedagogiczny, terapeuta wczesnego wspomagania rozwoju, psycholog, psychoterapeuta). Cechy osobowościowo-temperamentalne terapeuty stają się bazą do możliwości stworzenia optymalnego procesu wsparcia terapeutycznego pacjenta w metodzie Snoezelen. Niezwykle istotny dla oddziaływania terapeutycznego, dokonującego się w Sali Doświadczenia Świata, jest bowiem poziom relacji pacjenta z terapeutą. Często określany jako „wyjątkowy”, „głęboki”. Jedynie relacja, w wymiarze pełnym, prawdziwym i kompletnym, umożliwia prawidłowe prowadzenie metody Snoezelen przez terapeutę. Jej kompletność zawiera się w omówionych w niniejszym artykule wymiarach, to znaczy opiera się na:

- wrażliwości na potrzeby pacjenta, odzwierciedlającej się w niedyrektywnym działaniu, elastyczności, otwartości i akceptacji względem podejmowanych przez podopiecznego aktywności;
- empatycznym podejściu, odzwierciedlającym się w wysokim poziomie zrozumienia, emocjonalnego ciepła, życzliwości;
- uważności w zakresie prowadzonych działań oraz działań podopiecznego, dającej możliwość systematycznego wglądu w proces aktywności i adekwatnego reagowania na bieżąco, w celu optymalizacji prowadzonego wsparcia.

Jak możemy zauważyć, wszystkie wspomniane cechy i omówione determinanty wzajemnie się ze sobą przenikają, tworząc kompletną całość sylwetki terapeuty, która w swoim opisie kreuje jednocześnie zarys wyjątkowej relacji z pacjentem – możliwej do stworzenia między innymi w oparciu o powyższe wymiary funkcjonowania terapeuty. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż nie jest powiedziane, że osoba, która nie do końca wpisuje się w prezentowaną charakterystykę sylwetki terapeuty pracującego w Sali Doświadczenia Świata nie może podjąć się tej roli. Wszystko staje się możliwe, kiedy potrafimy spojrzeć na siebie krytycznym, na miarę możliwości obiektywnym okiem. Należy jednak zauważyć, iż w przypadku osoby skrajnie odmiennej od prezentowanego rysu, wymaga to istotnie dużego wysiłku, zaangażowania, w tym także przepracowania własnych obszarów funkcjonowania, by móc sprostać wyzwaniu bycia dobrym terapeutą pracującym metodą Snoezelen. Świadomość własnych ograniczeń, refleksyjny i krytyczny wgląd w siebie jest niezwykle ważny. Dzięki temu terapeuta może świadomie

modyfikować pewne elementy własnych postaw, którego mogłyby wpłynąć ograniczająco na funkcjonowanie pacjenta. Dotyczy to zresztą nie tylko terapeuty pracującego w Sali Doświadczenia Świata, ale także każdego innego terapeuty czy specjalisty pracującego w oparciu o określone oddziaływanie terapeutyczne (Czerepaniak-Walczak, 2006; Cieszyńska, Korendo, 2008; Janus, 2017; Sarapata, 2008; Shepherd, 2022; Kielar-Turska, 2012; Czerwińska, 2016).

Terapeuta wykwalifikowany do pracy metodą Snoezelen to terapeuta, dla którego potrzeby podopiecznego stają się priorytetem, terapeuta dający przestrzeń, podążający za pacjentem, jednocześnie dbający o bezpieczeństwo, akceptujący podopiecznego – jego wybory, możliwości i ograniczenia. To także terapeuta, który ściśle podąża za zasadami określonymi przez jej twórców, co też w znaczącej mierze znajduje swoje odzwierciedlenie w prezentowanej przez niego postawie. Aktywność i uważność, ciepło i wrażliwość, otwartość i elastyczność, zrozumienie i akceptacja – to esencja cech i wymiarów funkcjonowania terapeuty pracującego w Sali Doświadczenia Świata.

Rola i postawa terapeuty pracującego w Snoezelen w sposób istotny przekłada się na poziom i jakość relacji terapeutycznej z pacjentem (Baum, 2000; Hulsege, Verheul, 1993; Smrokowska-Reichmann 2013; Zawislak, 2009). Geller i Greenberg (2012) twierdzą, iż „obecność” terapeuty, definiowana jako koncentracja całego zaangażowania w kontakt z pacjentem i dla niego jest podstawą jakości terapeutycznej. Ta z kolei jest nierozzerwalnie związana ze skutecznością oddziaływania terapeutycznego (Janus, 2017; Sarapata, 2008). Jeśli skuteczność terapii zależy od jakości relacji, a ta z kolei istotnie wiąże się z postawą terapeuty, to dochodzimy do wniosku, w którym istotny staje się refleksyjny, krytyczny wgląd terapeuty w samego siebie. Wgląd w swoje możliwości i ograniczenia, w to, co może pomagać, a także przeszkadzać w prowadzonym procesie terapeutycznym w Sali Doświadczenia Świata. Szczególnie, jeśli przyjmiemy za prekursorką metody w Polsce, że każde działanie czy każda aktywność pacjenta/podopiecznego w Snoezelen ma swój sens terapeutyczny, pomimo że zachodzi w sposób niedyrektywny. Niniejszy artykuł ma między innymi na celu poddanie refleksji własnych możliwości i ograniczeń w kontekście myślenia o byciu jak najlepszym terapeutą w odniesieniu do niezwykle atrakcyjnej, ale też stosunkowo trudnej i wymagającej metody Snoezelen.

1.3. Rozwój Sal Doświadczania Świata

Koncepcja Sal Doświadczania Świata, jak zostało uprzednio wspomniane w niniejszym rozdziale, wywodzi się z lat 70. XX wieku, kiedy to w Holandii powstały pierwsze prototypy środowisk sensorycznych mających wspomagać osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz zaburzeniami percepcyjno-motorycznymi. Obecnie Snoezelen znajduje swoje szerokie zastosowanie zarówno w placówkach terapeutycznych, jak i w domach opieki, domach dziennego pobytu, przedszkolach, szkołach czy szpitalach psychiatrycznych, w przeznaczeniu dla zróżnicowanych grup odbiorców. W ramach koncepcji Snoezelen wyróżnia się kilka typów sal multisensorycznych, które różnią się nie tylko estetyką i aranżacją przestrzeni, ale również funkcją terapeutyczną i zakresem zastosowania.

Należy nadmienić, iż zastosowanie Sal Doświadczania Świata wykracza w ostatnim czasie znacząco poza standardowe ramy „pokoju Snoezelen”. Jak pokazują ostatnie lata rozwoju nad metodą Snoezelen, jej elementy wykorzystuje się również w ramach nowoczesnych zastosowań (łazienki Snoezelen, baseny czy ogrody polisensoryczne), wpisujące się w ideę multisensorycznego otoczenia na co dzień. Istotnym kierunkiem rozwoju Snoezelen są także Sale Mobilne, o których wspominam również w bieżącym podrozdziale.

1.3.1. Rodzaje Sal Doświadczania Świata – funkcje, zastosowania

Najczęściej spotykanym podziałem Sal Doświadczania Świata jest klasyfikacja uwzględniająca zakres ich przeznaczenia terapeutycznego. Wedle niniejszego kryterium wyróżnia się:

- Sale białe;
- Sale czarne;
- Sale kolorowe.

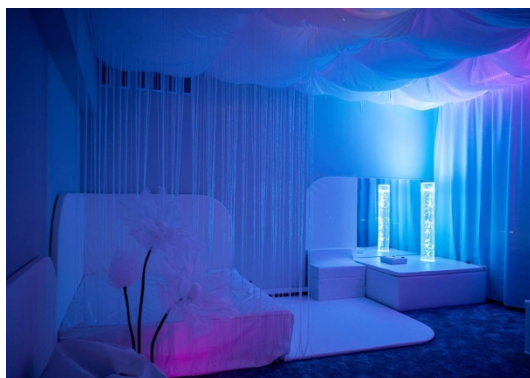
Sale mają możliwość różnorodnego wzbogacania o nowoczesne technologie, efekty audiowizualne, interaktywne panele dotykowe czy urządzenia biofeedback. W związku z powyższym zwraca się także uwagę na zróżnicowanie Sal pod względem zastosowanej technologii.

W niniejszym podrozdziale zaprezentuję omówienie Sal białych, czarnych oraz kolorowych. Dodatkowo uczynię także odniesienie do mobilnych Sal Doświadczania Świata, jak również wspomnę o nowo rozwijających się trendach zastosowań Snoezelen.

Biała sala. Biała sala Snoezelen to przestrzeń urządzona w minimalistycznym, niemal sterylnym stylu, z dominacją jasnych barw – głównie bieli – zarówno w zakresie ścian, podłóg, mebli, jak i tkanin. Elementy wyposażenia (np. materace, fotele relaksacyjne, pufy) są w jednolitej tonacji, co pozwala na uzyskanie efektu czystości percepcyjnej, zredukowania szumu sensorycznego oraz łatwego skupienia na wybranych bodźcach. Światło w białej sali może być zarówno statyczne, jak i zmienne – wykorzystuje się tu np. kolumny wodne, światłowody czy projektory LED RGB, które wprowadzają elementy kolorystyczne na tle białej scenerii. Biel działa istotnie jako regulator emocji – sprzyja wyciszeniu, relaksacji i obniżeniu napięcia. Charakterystyczną cechą białej sali jest możliwość kontrolowanego wprowadzania bodźców świetlnych, dźwiękowych i dotykowych przy jednoczesnym zachowaniu wysokiej przewidywalności otoczenia. W praktyce wykorzystuje się m.in. kolumny wodne, światłowody, projektory świetlne, panele interaktywne, materace relaksacyjne, pufy czy elementy umożliwiające modulowanie natężenia bodźców.

W literaturze dotyczącej środowisk wielozmysłowych podkreśla się, że ograniczenie nadmiaru stymulacji może sprzyjać regulacji pobudzenia, zwiększać poczucie bezpieczeństwa oraz wspierać proces koncentracji uwagi i relaksacji (Shapiro i Parush, 1997; Fava i Strauss, 2010; Lotan i Gold, 2009). Autorzy wskazują również, że możliwość indywidualnego dostosowania intensywności bodźców stanowi jedno z podstawowych założeń środowisk Snoezelen. Szczególne znaczenie przypisuje się temu rozwiązaniu w pracy z osobami wykazującymi zwiększoną wrażliwość sensoryczną lub trudności w regulacji pobudzenia. W badaniach prowadzonych wśród osób w spektrum autyzmu obserwowano korzystny wpływ środowisk wielozmysłowych na poziom relaksacji, redukcję napięcia oraz poprawę zaangażowania w aktywność terapeutyczną, choć autorzy podkreślają potrzebę ostrożnej interpretacji wyników oraz dalszych badań o wyższej jakości metodologicznej (Lotan i Gold, 2009; Novak i Honan, 2019). Podobne mechanizmy opisywano również w kontekście oddziaływań skierowanych do osób z zaburzeniami zachowania, trudnościami emocjonalnymi oraz w opiece psychiatrycznej i geriatrycznej, gdzie szczególne znaczenie przypisywano przewidywalności środowiska i

możliwości stopniowego regulowania intensywności doświadczeń sensorycznych (Fava i Strauss, 2010).



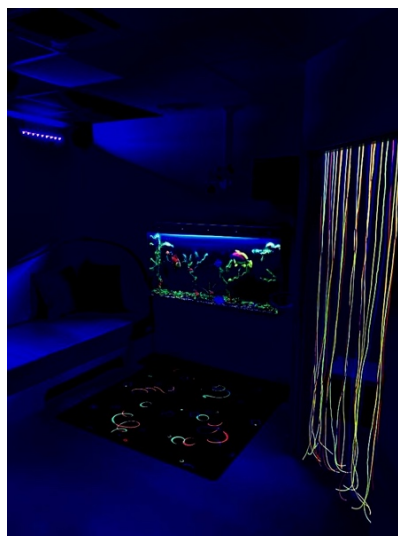
Ryciny 51-54. Przykłady białych Sal Doświadczania Świata

Czarna sala. Czarna sala Snoezelen to przestrzeń zdominowana przez ciemne kolory – głównie czerń – w celu maksymalnego uwypuklenia efektów świetlnych i wizualnych. Ściany, podłogi, zasłony i wyposażenie są ciemne, a jedynymi źródłami bodźców są starannie dobrane elementy emitujące światło: świetlówki UV, kolumny bąbelkowe, panele interaktywne, światłowody, świecące piłki czy fluorescencyjne kształty. Taka aranżacja pozwala na budowanie intensywnego kontrastu i kierowanie uwagi użytkownika na konkretny bodziec. Zastosowanie czarnych sal znajduje szczególne uznanie w pracy z osobami niewidomymi i słabowidzącymi – dzięki odpowiedniemu oświetleniu, światło w sali czarnej staje się dla nich bardziej dostępne i wyraźne. Również osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną i sprzężoną reagują pozytywnie na silne bodźce wizualne i dotykowe emitowane w takiej przestrzeni. Czarne Sale Doświadczania Świata rekomenduje się także w przypadku dzieci z opóźnionym rozwojem mowy i trudnościami neurorozwojowymi.

W literaturze dotyczącej środowisk wielozmysłowych podkreśla się, że organizacja przestrzeni oparta na wysokim kontraście wizualnym oraz ograniczeniu bodźców tła może wspierać selektywne kierowanie uwagi oraz zwiększać czytelność doświadczenia sensorycznego (Shapiro, Parush, 1997; Fava, Strauss, 2010). W przeciwieństwie do środowisk o dużej liczbie równocześnie prezentowanych bodźców, przestrzenie o kontrolowanej stymulacji umożliwiają bardziej świadome i stopniowe angażowanie uczestnika w aktywność percepcyjną.

Badania nad środowiskami wielozmysłowymi wskazują, że odpowiednio zaprojektowane warunki stymulacji mogą sprzyjać zwiększeniu poziomu zaangażowania, eksploracji otoczenia oraz wydłużeniu czasu utrzymywania uwagi na aktywności (Lotan, Gold, 2009). W odniesieniu do osób z zaburzeniami neurorozwojowymi podkreśla się również znaczenie możliwości indywidualnego regulowania intensywności bodźców. Przeglądy dotyczące interwencji sensorycznych wskazują, że środowiska umożliwiające kontrolę natężenia stymulacji mogą wspierać proces regulacji pobudzenia oraz zwiększać komfort uczestnictwa w oddziaływaniach terapeutycznych (Novak, Honan, 2019). W praktyce terapeutycznej zwraca się uwagę, że środowiska o ograniczonej liczbie konkurujących bodźców mogą okazać się pomocne także w pracy z osobami wykazującymi trudności w koncentracji uwagi lub nadmierną reaktywność sensoryczną. Jednocześnie autorzy podkreślają konieczność indywidualizacji oddziaływań oraz ostrożności w formułowaniu uogólnień dotyczących skuteczności konkretnego rodzaju aranżacji przestrzeni (Fava, Strauss, 2010).

Należy zaznaczyć, że dostępne badania stosunkowo rzadko analizują skuteczność tzw. czarnych sal jako odrębnej kategorii środowiska terapeutycznego. Znacznie częściej przedmiotem analiz pozostają środowiska Snoezelen jako całość, dlatego wnioski dotyczące wpływu samej kolorystyki lub aranżacji przestrzeni powinny być interpretowane ostrożnie i z uwzględnieniem szerszego kontekstu oddziaływań multisensorycznych.



Ryciny 55-58. Przykłady czarnych Sal Doświadczania Świata

Kolorowa sala. Kolorowe Sale Snoezelen to najbardziej zróżnicowane środowiska – wykorzystują różnorodne barwy ścian, elementów wyposażenia oraz zmienne oświetlenie RGB do kreowania przestrzeni dopasowanej do konkretnych potrzeb użytkowników. W salach kolorowych stosuje się często systemy sterowania oświetleniem za pomocą pilota lub interaktywnych urządzeń, co pozwala na indywidualną konfigurację barw, sekwencji i nasycenia światła. Kolorowa sala to przestrzeń bogata w zróżnicowane bodźce. Ściany mogą być ozdobione tkaninami, grafikami lub panelami dotykowymi, a wnętrza uzupełnione o kolorowe światła, miękkie maty, poduszki, wodne kolumny czy interaktywne elementy audiowizualne. Kolorowe sale są preferowane w terapii dzieci z opóźnieniami rozwoju emocjonalno-społecznego, ponieważ stymulują układ limbiczny i wzmacniają reakcje afektywne. W literaturze dotyczącej środowisk wielozmysłowych podkreśla się, że możliwość różnicowania intensywności oraz jakości bodźców stanowi jedno z podstawowych założeń

oddziaływań Snoezelen (Shapiro, Parush, 1997; Fava, Strauss, 2010). W przeciwieństwie do środowisk o ograniczonej stymulacji kolorowe sale umożliwiają bardziej elastyczne dostosowanie przestrzeni do aktualnych potrzeb uczestnika oraz planowanych celów terapeutycznych. Zwraca się uwagę, że odpowiednio projektowane środowiska polisensoryczne mogą wspierać aktywizację emocjonalną, eksplorację otoczenia oraz zwiększenie poziomu zaangażowania w aktywność terapeutyczną. Szczególne znaczenie przypisuje się możliwości kontrolowania natężenia światła, koloru oraz liczby równocześnie prezentowanych bodźców, co może sprzyjać utrzymywaniu uwagi i regulacji pobudzenia (Lotan, Gold, 2009).



Ryciny 59-62. Przykłady kolorowych Sal Doświadczenia Świata

Istotnym elementem współczesnych środowisk Snoezelen pozostaje możliwość indywidualnego sterowania światłem oraz dostosowywania parametrów otoczenia do preferencji uczestnika. W literaturze wskazuje się, że możliwość wpływu na przebieg sesji oraz wybór określonych elementów środowiska może sprzyjać budowaniu poczucia sprawstwa, zwiększeniu motywacji (Schunk, DiBenedetto, 2020; Panadero, 2017). Jednocześnie badania nad psychologią koloru wskazują, że odbiór barw ma charakter

złożony i zależy od wieku, doświadczeń, uwarunkowań kulturowych oraz aktualnego stanu emocjonalnego jednostki. W badaniach dotyczących środowisk multisensorycznych prowadzonych wśród dzieci obserwowano poprawę poziomu uczestnictwa, wydłużenie czasu koncentracji oraz zwiększenie gotowości do podejmowania aktywności eksploracyjnej i społecznej (Fava, Strauss, 2010). Autorzy podkreślają jednak, że obserwowane efekty należy interpretować przede wszystkim w kontekście całego środowiska terapeutycznego, a nie pojedynczych parametrów, takich jak kolorystyka pomieszczenia.

Choć część badań sugeruje, że światło o chłodniejszej temperaturze może sprzyjać wyciszeniu, a cieplejsze zwiększać aktywizację, nie istnieją obecnie wystarczające dane pozwalające przypisywać określonym kolorom uniwersalne działanie terapeutyczne (Elliot, Maier, 2014). Z tego względu Salę Doświadczenia Świata należy rozumieć przede wszystkim jako przestrzeń umożliwiającą elastyczne zarządzanie stymulacją sensoryczną i indywidualizację oddziaływań, a nie jako środowisko o odgórnie przypisanych efektach wynikających wyłącznie z zastosowanej kolorystyki. Współczesne ośrodki terapeutyczne coraz częściej projektują sale hybrydowe, które łączą elementy białej, czarnej i kolorowej przestrzeni. Elastyczne dostosowywanie przestrzeni sensorycznej do aktualnych potrzeb użytkowników (dzieci, osób dorosłych, seniorów) staje się standardem w nurcie terapeutycznym opartym na zindywidualizowanym podejściu.

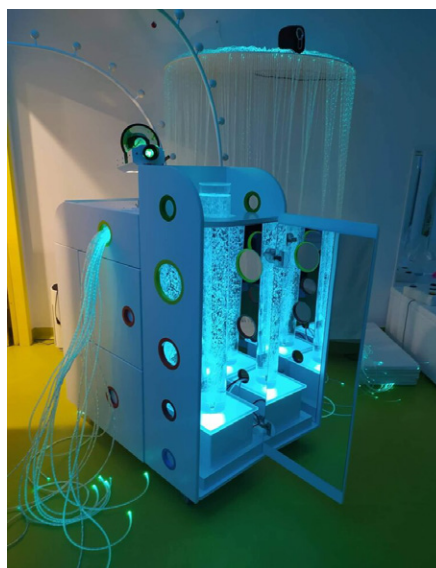
Mobilne Sale Doświadczenia Świata. Współczesna praktyka terapeutyczna coraz częściej kieruje się ku elastycznym i mobilnym rozwiązaniom multisensorycznym, które umożliwiają stosowanie elementów środowiska Snoezelen w warunkach ograniczonych przestrzennie, infrastrukturalnie lub ekonomicznie. Sale mobilne i adaptacyjne to forma odpowiedzi na potrzebę demokratyzacji dostępu do bodźców sensorycznych – nie wymagają one trwałej instalacji, a ich struktura może być dostosowana do warunków chwilowych (np. sala lekcyjna, świetlica, pokój interwencyjny, oddział szpitalny).

Sale adaptacyjne i mobilne zawierają zestawy elementów, które można łatwo zmontować, zdemontować i transportować, a jednocześnie zachowują kluczowe funkcje środowiska stymulującego:

- namioty lub tunele sensoryczne, często wykonane z ciemnych, dźwiękochłonnych tkanin, wyposażone w LED-owe oświetlenie RGB i zawieszane elementy taktylne (np. sznurki, frędzle, woreczki z ziarnem);
- walizki sensoryczne, zawierające zestawy materiałów stymulujących różne modalności zmysłowe (np. olejki zapachowe, ścieżki dotykowe, lusterka, dźwięki natury);
- poduszki wibracyjne, koce obciążeniowe, panele światłowodowe – zasilane bateryjnie lub na USB;
- mobilne projektory z wgranymi efektami świetlnymi i wizualnymi (np. wirujące światła, rozgwieżdżone niebo);
- maty edukacyjne łączące elementy poznawcze z sensorycznymi (np. rozpoznawanie emocji poprzez dotyk i dźwięk).

W przeciwieństwie do stacjonarnych sal multisensorycznych, rozwiązania mobilne są łatwe w przechowywaniu i transporcie, a ich instalacja nie wymaga specjalistycznych narzędzi ani warunków lokalowych. Mobilne i adaptacyjne środowiska Snoezelen wykorzystywane są w wielu typach placówek:

- szkoły i przedszkola integracyjne – gdzie brakuje przestrzeni do stałych sal, ale możliwe jest organizowanie cyklicznych sesji sensorycznych w salach lekcyjnych;
- domy dziecka i placówki opiekuńcze, w których stworzenie własnej sali Snoezelen byłoby kosztowne lub niemożliwe;
- oddziały pediatryczne, onkologiczne i psychiatryczne – gdzie zastosowanie mobilnych elementów Snoezelen ma na celu redukcję lęku, stresu i bólu u dzieci hospitalizowanych;
- praca środowiskowa z osobami z niepełnosprawnością – terapeuci mogą przynosić elementy sali bezpośrednio do domu lub ośrodka dziennego pobytu.



Ryciny 63-66. Przykłady mobilnych Sal Doświadczania Świata

Coraz większą popularność zdobywają również alternatywne formy „doświadczania świata”, które wykraczają poza tradycyjną „salę”. Wśród nich możemy wyróżnić między innymi:

- łazienki w stylu Snoezelen – wyposażone w projektory, kolumny bąbelkowe, światłowody, elementy nagłośnienia, olejki zapachowe i elementy dotykowe (ryciny 67-68);



Ryciny 67-68. Przykłady zastosowań łaźni w stylu Snoezelen

- baseny Snoezelen – ze zmiennym światłem, licznymi elementami wizualnymi, wibracyjnymi, podwodną muzyką i bąbelkami (Ryciny 69-70);



Ryciny 69-70. Przykłady basenów z zastosowaniem Snoezelen

- busy Snoezelen – dzięki którym można dotrzeć z elementami Sali Doświadczania Świata w różnorodne miejsca (ryciny 71-72);



Ryciny 71-72. Przykłady zastosowanie busa Snoezelen

- ogrody polisensoryczne – zaprojektowane w oparciu o różnorodność faktur, kolorów, dźwięków natury i zapachów (ryciny 73-74).



Ryciny 73-74. Przykłady aranżacji ogrodów polisensorycznych

Z dostępnych doniesień wynika, że środowiska polisensoryczne oraz ogrody terapeutyczne mogą korzystnie wpływać na funkcjonowanie osób starszych z otępieniem, szczególnie w zakresie ograniczania pobudzenia, redukcji zachowań agitacyjnych oraz

poprawy subiektywnie odczuwanego dobrostanu i jakości życia (Collins i in., 2020; Murroni i in., 2021). Jednocześnie dostępne wyniki nie pozwalają obecnie na formułowanie jednoznacznych wniosków dotyczących trwałej poprawy jakości snu, a skuteczność oddziaływań zależy m.in. od charakteru interwencji, stopnia indywidualizacji oraz częstotliwości kontaktu z przestrzenią sensoryczną.

1.3.2. Stopień technologizacji Sal Doświadczania Świata – od środowisk niskotechnologicznych do zintegrowanych systemów interaktywnych

Współczesne środowiska Snoezelen (MSE – *Multi-Sensory Environments*) wykazują znaczną różnorodność nie tylko pod względem kolorystyki i aranżacji, ale również w zakresie technologicznego zaawansowania. Stopień elektronizacji tych przestrzeni determinuje jakość i intensywność bodźców sensorycznych, możliwość ich indywidualnego dopasowania oraz zakres aktywnego uczestnictwa użytkownika w procesie doświadczenia.

Na bazie obserwacji własnych względem rozwijających się trendów w terapii i praktyce Snoezelen proponuję następujące rozróżnienie względem niniejszego kryterium:

- niskotechnologiczne Sale Snoezelen – oparte na prostocie i fizycznym kontakcie;
- średniotechnologiczne Sale Snoezelen – oparte na połączeniu prostych narzędzi z podstawową automatyzacją;
- zaawansowane technologicznie Sale Snoezelen – multisensoryczne systemy immersyjne.

Sale niskotechnologiczne. Stanowią najbardziej klasyczną formę środowiska Snoezelen i pozostają najbliższe pierwotnym założeniom metody opracowanej w latach 70. XX wieku. Ich wyposażenie opiera się głównie na fizycznych materiałach umożliwiających bezpośredni kontakt sensoryczny, prostych źródłach światła, elementach zapachowych oraz wyposażeniu wspierającym relaksację.

Niskotechnologiczne Sale Snoezelen stanowią najprostszą wersję przestrzeni wielozmysłowej. Ich wyposażenie opiera się głównie na manualnych, fizycznych i statycznych materiałach, takich jak:

- różnorodne faktury (tkaniny, powierzchnie chropowate, miękkie, zimne);
- piłki sensoryczne, żelowe maty, panele dotykowe;

- zapachy emitowane z naturalnych źródeł (olejki, zioła);
- kolumny bąbelkowe, światłowody lub kule świetlne bez sterowania cyfrowego.

Ich zaletą jest niska cena, dostępność i możliwość samodzielnego skonstruowania przestrzeni przez terapeutów lub opiekunów. W literaturze podkreśla się, że skuteczność środowiska Snoezelen nie wynika wyłącznie z poziomu zastosowanej technologii, lecz przede wszystkim z możliwości dostosowania intensywności stymulacji do potrzeb użytkownika (Shapiro, Parush, 1997; Fava, Strauss, 2010). Proste środowiska wielozmysłowe wykorzystywane są z powodzeniem zarówno w placówkach terapeutycznych, jak i edukacyjnych, szczególnie tam, gdzie istotne pozostaje ograniczenie nadmiaru bodźców.

Sale średniotechnologiczne. Środowiska średniotechnologiczne stanowią rozwiązanie pośrednie pomiędzy klasyczną organizacją przestrzeni a współczesnymi systemami sterowania. Obejmują najczęściej:

- podstawowe systemy oświetleniowe LED RGB z możliwością zdalnego sterowania;
- interaktywne tablice dotykowe lub maty dźwiękowe;
- urządzenia emitujące dźwięki lub obrazy reagujące na nacisk lub ruch;
- panele dźwiękowo-wibracyjne (np. Resonance Boards) oraz urządzenia audio z opcją personalizacji.

Rozwiązania tego typu wpisują się we współczesny kierunek rozwoju MSE oparty na personalizacji doświadczenia oraz zwiększaniu poczucia sprawstwa uczestnika (Pagliano, 2012; Janků i in., 2023). Autorzy podkreślają, że możliwość samodzielnego wpływu na środowisko może wspierać zaangażowanie, eksplorację oraz poczucie kontroli.

Sale zaawansowane technologicznie. Sale wysokotechnologiczne Snoezelen (tzw. high-tech) to nowoczesne środowiska zintegrowane, w których zastosowano cyfrowe systemy sterowania oraz zaawansowane urządzenia immersyjne, takie jak:

- projektory wideo 360°, tworzące pełne otoczenie wizualne (np. las, ocean, niebo);
- interaktywne podłogi sensoryczne, reagujące na ruch lub dźwięk (np. systemy *Magic Carpet*, *Sensory Room Floor*);
- urządzenia VR lub AR (w rozszerzonych wersjach Snoezelen VR);
- sterowanie głosowe i ruchowe za pomocą czujników Kinect lub *Leap Motion*;

- systemy *biofeedback*, które dostosowują intensywność bodźców (światło, dźwięk, temperatura) do parametrów fizjologicznych użytkownika (np. tętno, rytm oddechu).

Rozwój tego typu rozwiązań wpisuje się w szerszy trend tworzenia środowisk responsywnych (*responsive environments*), w których uczestnik nie pozostaje wyłącznie odbiorcą bodźców, lecz współtworzy przebieg doświadczenia (Pagliano, 2012; Janků i in., 2023).

Współczesne podejście do projektowania sal Snoezelen zakłada nie samego wzrostu technologicznego zaawansowania, ale w głównej mierze modułowość i indywidualizację. Dzięki temu możliwe jest projektowanie przestrzeni dla różnych grup użytkowników – dzieci, młodzieży, seniorów – z różnymi potrzebami rozwojowymi i neurologicznymi.

Stopień elektronizacji Sal Snoezelen może odgrywać ważną rolę w efektywności oddziaływań multisensorycznych w zróżnicowanych grupach odbiorców. Jednocześnie należy podkreślić, że obecny stan badań nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie wyższości środowisk wysokotechnologicznych nad prostszymi rozwiązaniami. Dostępne doniesienia wskazują raczej, że o skuteczności oddziaływań decyduje stopień dopasowania środowiska do potrzeb uczestnika, możliwość regulacji stymulacji oraz kompetencje osoby prowadzącej sesję niż sam poziom technologicznego zaawansowania (Lotan, Gold, 2009; Novak, Honan, 2019). W literaturze przedmiotu zauważa się rosnącą potrzebę projektowania sal hybrydowych, które łączą różne poziomy zaawansowania technologicznego z możliwością indywidualnego dopasowania, co odpowiada na zróżnicowane potrzeby rozwojowe i emocjonalne użytkowników.

1.3.3. Wybrane doniesienia badawcze na temat skuteczności Snoezelen w różnych grupach odbiorców

Sala doświadczenia świata (Multi-Sensory Environment – MSE) zyskała w ostatnich dekadach status jednej z najbardziej uniwersalnych i adaptowalnych form wspierania funkcjonowania psychicznego oraz rozwoju sensoryczno-poznawczego w zróżnicowanych grupach odbiorców — od dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi po osoby starsze z demencją. Wzrost zainteresowania tą metodą spowodował dynamiczny rozwój badań empirycznych, które dostarczają coraz bardziej precyzyjnych danych na

temat skuteczności metody Snoezelen. Chociaż niniejsza rozprawa koncentruje się na zastosowaniu metody Snoezelen w pracy z dziećmi i młodzieżą, pełne osadzenie badanego problemu wymaga krótkiego odniesienia do szerszego, historycznego i klinicznego kontekstu badań nad rozwojem tej metody. W związku z powyższym, w pierwszej kolejności zaprezentuję wprowadzająco syntetyczne, ogólne odniesienie do zastosowania Snoezelen u osób dorosłych. W kolejnym etapie przystąpię do bardziej szczegółowego omówienia dostępnych doniesień badawczych, w zakresie wykorzystania metody Snoezelen u dzieci i młodzieży.

1.3.3.1. Snoezelen u dzieci i młodzieży

W odniesieniu do populacji dzieci i młodzieży literatura dotycząca zastosowania Snoezelen oraz środowisk multisensorycznych jest znacznie mniej rozbudowana niż w przypadku osób dorosłych, zwłaszcza osób z niepełnosprawnością intelektualną, demencją czy głębokimi deficytami rozwojowymi.

Doniesienia badawcze wskazują, że środowiska multisensoryczne są wykorzystywane w pracy z dziećmi o zróżnicowanych potrzebach rozwojowych, terapeutycznych i edukacyjnych, w tym z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnościami sprzężonymi, trudnościami sensorycznymi, zaburzeniami regulacji pobudzenia, po ciężkich urazach mózgu oraz w kontekście oddziaływań wspierających funkcjonowanie szkolne i zachowanie. Najsilniej reprezentowanym w literaturze obszarem badań nad Snoezelen/MSE u dzieci są zaburzenia ze spektrum autyzmu. Wynika to między innymi z faktu, że dzieci z ASD często prezentują trudności w zakresie przetwarzania sensorycznego, samoregulacji, uwagi, zachowań powtarzalnych oraz reakcji na nadmiar bodźców. Środowisko multisensoryczne, dzięki możliwości kontrolowania rodzaju, intensywności i sekwencji bodźców, bywa traktowane jako przestrzeń potencjalnie wspierająca regulację pobudzenia, redukcję przeciążenia sensorycznego oraz wzrost zaangażowania dziecka w aktywność.

McKee, Harris, Rice i Silk (2007) analizowali wpływ pokoju Snoezelen na zachowanie trzech osób z autyzmem, koncentrując się na zachowaniach zakłócających oraz prospołecznych. Badanie miało charakter małej próby, jednak wskazało, że środowisko Snoezelen może wpływać na częstotliwość i charakter zachowań

uczestników. Ze względu na ograniczoną liczebność grupy wyniki te należy traktować jako wstępne, ale ważne dla rozwoju dalszych badań nad zastosowaniem MSE u osób z ASD.

Fava i Strauss (2010) porównywali oddziaływanie środowiska Snoezelen oraz środowiska opartego na preferencji bodźców u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem. Autorzy wykazali, że Snoezelen wiązało się z redukcją zachowań zakłócających przede wszystkim u osób z autyzmem, natomiast środowisko preferowanych bodźców sprzyjało wzrostowi zachowań prospołecznych u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną oraz ograniczeniami komunikacyjno-ruchowymi. Wyniki te są istotne, ponieważ pokazują, że skuteczność środowiska multisensorycznego może zależeć od profilu funkcjonowania odbiorcy, rodzaju trudności oraz sposobu organizacji bodźców.

Szczególnie ważne znaczenie dla współczesnego rozumienia pracy z dziećmi z autyzmem mają badania Unwin, Powella i Jonesa (2022). Autorzy analizowali, czy możliwość kontrolowania zmian sensorycznych w MSE wpływa na zachowanie dzieci z ASD. Wyniki wskazały, że w sytuacji, w której dzieci mogły samodzielnie sterować elementami środowiska, obserwowano większą uwagę zadaniową oraz mniej zachowań powtarzalnych i sensorycznie poszukujących. Badanie to wnosi istotny wkład w rozumienie mechanizmu działania Snoezelen, ponieważ sugeruje, że nie sama ekspozycja na bodźce polisensoryczne jest kluczowa, lecz również poczucie sprawczości, przewidywalności i kontroli nad środowiskiem.

W obszarze ASD należy uwzględnić również badania De Domenico i współpracowników (2024), którzy analizowali użyteczność środowiska multisensorycznego w odniesieniu do zachowań sensorycznych dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Autorzy traktowali MSE jako kontrolowaną przestrzeń umożliwiającą obserwację reakcji dziecka na bodźce oraz dostosowanie rodzaju stymulacji do jego potrzeb sensorycznych. Wyniki wskazywały na potencjalną użyteczność MSE w pracy z dziećmi prezentującymi trudności w zakresie przetwarzania sensorycznego. Jest to ważne, ponieważ pokazuje, że Snoezelen może być analizowane nie tylko w kontekście zachowań trudnych, ale również w perspektywie regulacji sensorycznej.

Najnowszy przegląd Leonardi i współpracowników (2025) wskazuje, że MSE jest coraz częściej analizowane jako możliwa forma wsparcia dzieci i dorosłych z ASD.

Autorzy zwracają uwagę na potencjalne znaczenie środowisk multisensorycznych w modulowaniu zachowań agresywnych, stereotypowych oraz trudności regulacyjnych, jednocześnie podkreślając, że jakość dostępnych dowodów pozostaje zróżnicowana. Przegląd ten jest szczególnie istotny, ponieważ potwierdza rosnące zainteresowanie MSE w autyzmie, ale jednocześnie wskazuje na potrzebę dalszych badań o większym rygorze metodologicznym.

Drugą ważną grupę stanowią dzieci z niepełnosprawnością intelektualną oraz zachowaniami nieadaptacyjnymi. Shapiro, Parush, Green i Roth (1997) przeprowadzili jedno z klasycznych badań dotyczących skuteczności Snoezelen u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, które przejawiały zachowania nieadaptacyjne. Autorzy wskazali na krótkoterminowe korzystne zmiany obserwowane podczas pobytu w środowisku Snoezelen, obejmujące redukcję zachowań nieadaptacyjnych oraz wzrost zachowań adaptacyjnych. Badanie to ma duże znaczenie historyczne, ponieważ należy do wcześniejszych empirycznych prób oceny zastosowania Snoezelen u dzieci, choć jego wyniki należy interpretować ostrożnie z uwagi na ograniczenia metodologiczne i specyfikę badanej grupy.

W przypadku dzieci i młodzieży z ciężką niepełnosprawnością szczególne znaczenie ma badanie Houghtona i współpracowników (1998). Autorzy przeprowadzili empiryczną ocenę interaktywnego środowiska multisensorycznego u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością w wieku od 5 do 18 lat. Badanie obejmowało zastosowanie środowiska umożliwiającego aktywną interakcję z bodźcami świetlnymi, dotykowymi i dźwiękowymi. Wyniki wskazywały na wzrost liczby umiejętności obserwowanych po ekspozycji na środowisko multisensoryczne. Doniesienie to jest ważne, ponieważ pokazuje, że MSE może być rozpatrywane nie tylko jako przestrzeń relaksacji, ale również jako środowisko aktywizujące i wspierające uczenie się u dzieci z poważnymi ograniczeniami rozwojowymi.

W literaturze obecne są także doniesienia dotyczące dzieci i młodzieży z bardzo złożonymi potrzebami medycznymi i rehabilitacyjnymi. Hotz i współpracownicy (2006) badali zastosowanie terapii Snoezelen u dzieci w procesie zdrowienia po ciężkim urazie mózgu. Autorzy analizowali zmiany fizjologiczne, poznawcze i behawioralne, wskazując na korzystne zastosowanie kontrolowanej stymulacji multisensorycznej w tej grupie. Badanie to jest istotne, ponieważ rozszerza zakres zastosowań Snoezelen poza klasyczne

populacje neurorozwojowe i pokazuje możliwość wykorzystania MSE w rehabilitacji neurologicznej dzieci.

Do podobnego obszaru odnosi się pilotażowe badanie Koller, McPherson, Lockwood, Blain-Moraes i Nolana (2018), dotyczące dzieci i młodzieży objętych pediatryczną opieką długoterminową. Autorzy porównywali reakcje dzieci i adolescentów na Snoezelen z reakcjami obserwowanymi podczas oglądania telewizji oraz w fazach bazowych. Analizowano zarówno wskaźniki autonomiczne, jak i dane obserwacyjne. Badanie miało charakter pilotażowy i obejmowało niewielką grupę, jednak wskazało na potencjalne znaczenie Snoezelen jako formy wspierającej regulację, relaksację i dobrostan dzieci z ograniczoną komunikacją oraz złożonymi potrzebami medycznymi.

Osobną kategorię stanowią dzieci i osoby z zespołem Downa. Lotan (2006) opisywał wykorzystanie Snoezelen jako środowiska dla interwencji fizjoterapeutycznej u osób z zespołem Downa, przedstawiając podstawy teoretyczne oraz studium przypadku. Publikacja ta nie stanowi silnego dowodu empirycznego w sensie badań eksperymentalnych, ale pokazuje potencjalną użyteczność Snoezelen jako środowiska dostosowanego do potrzeb osób z trudnościami motorycznymi, poznawczymi i sensorycznymi. W tym obszarze nadal brakuje licznych badań o wysokiej jakości metodologicznej, szczególnie dotyczących dzieci.

W odniesieniu do trudności sensorycznych oraz zaburzeń przetwarzania sensorycznego literatura wymaga szczególnej ostrożności. W praktyce terapeutycznej Snoezelen bywa wykorzystywane u dzieci z trudnościami integracji sensorycznej, nadwrażliwością, podwrażliwością, *sensory seeking* oraz problemami z regulacją poziomu pobudzenia. Jednocześnie mocniejsze badania empiryczne najczęściej dotyczą dzieci z ASD, u których trudności sensoryczne są jednym z istotnych elementów obrazu funkcjonowania. De Domenico i współpracownicy (2024) analizowali zachowania sensoryczne dzieci z ASD w środowisku MSE, co pozwala pośrednio odnosić wyniki do problematyki przetwarzania sensorycznego. Jednak w odniesieniu do dzieci z samodzielnie rozpoznanym SPD, bez współwystępowania ASD lub innych zaburzeń neurorozwojowych, dostępna baza badań nad Snoezelen pozostaje ograniczona.

Ważne, choć metodologicznie odmienne, są doniesienia z praktyki szkolnej i terapeutycznej. Solomon i Botha (2024) przeprowadziły badanie dotyczące wiedzy oraz percepcji nauczycieli i terapeutów na temat zmian w zachowaniu i funkcjonowaniu dzieci

po terapii zajęciowej w pokoju Snoezelen. Badanie miało charakter ilościowego sondażu przekrojowego i opierało się na ocenach praktyków pracujących z dziećmi korzystającymi z sali Snoezelen. Uczestnicy wskazywali na pozytywne zmiany w zakresie poziomu pobudzenia, zachowania oraz funkcjonowania szkolnego dzieci, a poprawę regulacji pobudzenia uznawano za jeden z najważniejszych obserwowanych efektów. Autorzy zwracali także uwagę na potencjalną użyteczność Snoezelen w pracy z dziećmi z ADHD, trudnościami emocjonalnymi oraz trudnościami integracji sensorycznej. Wyniki te nie mają charakteru eksperymentalnego, ale są cenne, ponieważ pokazują, jak Snoezelen funkcjonuje w realnej praktyce edukacyjnej i terapeutycznej.

W zakresie ADHD i trudności regulacyjnych należy zachować ostrożność. Istnieją przesłanki praktyczne i kliniczne, że środowisko Snoezelen może wspierać dzieci z trudnościami w zakresie pobudzenia, uwagi, impulsywności i organizacji zachowania, jednak bezpośrednich badań eksperymentalnych nad Snoezelen u dzieci z ADHD jest mniej niż w przypadku ASD. W tym obszarze najbardziej zasadne jest odwoływanie się do badań pośrednich, dotyczących poziomu pobudzenia, zachowania i funkcjonowania szkolnego, oraz do ocen nauczycieli i terapeutów. W pracy doktorskiej nie należy więc formułować tezy o potwierdzonej skuteczności Snoezelen w ADHD, lecz raczej wskazać, że jest to obiecujący kierunek wymagający dalszych badań. Podobnie ostrożnie należy formułować wnioski dotyczące relaksacji, redukcji stresu oraz dobrostanu dzieci. W praktyce Snoezelen jest często opisywane jako środowisko sprzyjające relaksacji, poczuciu bezpieczeństwa i wyciszeniu. W badaniach z udziałem dzieci i młodzieży elementy te pojawiają się przede wszystkim w kontekście regulacji pobudzenia, zachowań sensorycznych, zachowań trudnych, rehabilitacji neurologicznej oraz obserwacji praktyków. Koller i współpracownicy (2018) analizowali reakcje autonomiczne i obserwacyjne dzieci w pediatrycznej opiece długoterminowej, a Solomon i Botha (2024) wskazywały na poprawę poziomu pobudzenia obserwowaną przez nauczycieli i terapeutów po korzystaniu z pokoju Snoezelen. Nie odnaleziono jednak mocnych, bezpośrednich badań dotyczących wpływu Snoezelen na strategie radzenia sobie ze stresem u dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej.

Analiza dostępnych doniesień pozwala więc wskazać kilka głównych obszarów zastosowania Snoezelen/MSE u dzieci i młodzieży (zob. Tabela 2). Najwięcej badań dotyczy dzieci z ASD, zwłaszcza w kontekście zachowań sensorycznych, uwagi, zachowań powtarzalnych, zachowań trudnych i regulacji pobudzenia. Drugim ważnym

obszarem są dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną, ciężką lub sprzężoną niepełnosprawnością oraz złożonymi potrzebami rozwojowymi. Trzeci obszar obejmuje dzieci w rehabilitacji neurologicznej lub pediatrycznej opiece długoterminowej. Czwarty, słabiej udokumentowany, ale obecny w praktyce, dotyczy dzieci z trudnościami poznawczymi, emocjonalnymi, sensorycznymi i regulacyjnymi w środowisku szkolnym oraz terapeutycznym.

Tabela 2. Wybrane doniesienia badawcze dotyczące zastosowania Snoezelen/MSE u dzieci/młodzieży

Autorzy / rok	Grupa badana	Charakter badania	Zakres oddziaływania	Główne ustalenia	Znaczenie dla przeglądu
Shapiro i in. (1997)	dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i zachowaniami nieadaptacyjnymi	badanie empiryczne	Snoezelen, zachowania adaptacyjne i nieadaptacyjne	redukcja zachowań nieadaptacyjnych, wzrost zachowań adaptacyjnych, korzystne zmiany krótkoterminowe	klasyczne badanie dziecięce; pokazuje zastosowanie metody u dzieci z NI
Houghton i in. (1998)	dzieci i młodzież 5–18 lat z ciężką niepełnosprawnością	badanie empiryczne	interaktywne MSE, aktywizacja, uczenie się	wzrost liczby obserwowanych umiejętności po ekspozycji na środowisko multisensoryczne	pokazuje potencjał aktywizacyjny i edukacyjny MSE
Hotz i in. (2006)	dzieci po ciężkim urazie mózgu	badanie kliniczne	kontrolowana stymulacja multisensoryczna	korzystne zmiany fizjologiczne, poznawcze i behawioralne	rozszerza zastosowanie Snoezelen na rehabilitację neurologiczną dzieci
Lotan (2006)	osoby z zespołem Downa	podstawy teoretyczne i studium przypadku	Snoezelen jako środowisko fizjoterapii	wskazanie potencjalnej użyteczności MSE w interwencji fizjoterapeutycznej	ważne jako przykład zastosowania w zespole Downa, ale słabszy dowód empiryczny

Autorzy / rok	Grupa badana	Charakter badania	Zakres oddziaływania	Główne ustalenia	Znaczenie dla przeglądu
McKee i in. (2007)	osoby z autyzmem	mała próba / analiza zachowań	pokój Snoezelen, zachowania zakłócające i prospołeczne	możliwy wpływ na zachowanie uczestników	wczesne badanie ASD, ograniczone liczebnością próby
Fava i Strauss (2010)	osoby z autyzmem i głęboką NI	badanie porównawcze	Snoezelen vs środowisko preferowanych bodźców	redukcja zachowań zakłócających u osób z ASD; wzrost zachowań prospołecznych w środowisku preferowanych bodźców	pokazuje zależność efektów od profilu odbiorcy i typu środowiska
Koller i in. (2018)	dzieci i młodzież w pediatrycznej opiece długoterminowej	badanie pilotażowe	Snoezelen vs oglądanie telewizji i fazy bazowe	analizowano reakcje autonomiczne i obserwacyjne; wskazano potencjał relaksacyjny/regulacyjny	ważne dla dzieci ze złożonymi potrzebami medycznymi
Unwin i in. (2022)	dzieci z ASD	badanie eksperymentalne	kontrola dziecka nad bodźcami w MSE	większa uwaga zadaniowa i mniej zachowań powtarzalnych/sensorycznych, gdy dziecko	bardzo ważne dla mechanizmu sprawczości i regulacji

Autorzy / rok	Grupa badana	Charakter badania	Zakres oddziaływania	Główne ustalenia	Znaczenie dla przeglądu
De Domenico i in. (2024)	dzieci z ASD	badanie nad zachowaniami sensorycznymi	MSE jako kontrolowana przestrzeń sensoryczna	kontrolowało środowisko potencjalna użyteczność MSE w odniesieniu do zachowań sensorycznych	ważne dla obszaru przetwarzania sensorycznego
Solomon i Botha (2024)	dzieci korzystające z terapii zajęciowej w pokoju Snoczelen; perspektywa nauczycieli i terapeutów	badanie sondażowe	zachowanie, pobudzenie, funkcjonowanie szkolne	praktycy wskazywali poprawę poziomu pobudzenia, zachowania i funkcjonowania szkolnego	ważne dla praktyki edukacyjno-terapeutycznej, ADHD, trudności emocjonalnych i SI
Leonardi i in. (2025)	dzieci i dorośli z ASD	przegląd systematyczny	MSE, zachowania agresywne, stereotypowe, regulacyjne	wyniki obiecujące, ale brak jednoznacznych wytycznych i potrzeba dalszych badań	najnowszy przegląd ASD, wzmacnia ostrożną interpretację
Stephenson i Carter (2025)	osoby z niepełnosprawnościami rozwojowymi poza ASD	przegląd systematyczny	MSE w grupach rozwojowych	wyniki zróżnicowane; jakość badań ograniczona	ważne źródło krytyczne, zabezpiecza przed nadmierną generalizacją

Z punktu widzenia niniejszej rozprawy szczególnie istotny jest fakt, że dostępne badania koncentrują się przede wszystkim na dzieciach z zaburzeniami neurorozwojowymi, niepełnosprawnością intelektualną, sprzężonymi deficytami lub specyficznymi stanami klinicznymi. Znaczący brak doniesień dotyczy dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej, a szczególnie tych, u których przedmiotem analizy byłyby zasoby psychologiczne, takie jak poczucie własnej skuteczności oraz strategie radzenia sobie ze stresem. Nie odnaleziono mocnych, bezpośrednich badań empirycznych łączących zastosowanie Snoezelen z pomiarem poczucia własnej skuteczności i strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci i młodzieży funkcjonujących w normie intelektualnej. W tym sensie podjęcie badań własnych odpowiada na wyraźną lukę w dotychczasowej literaturze i poszerza zakres refleksji nad Snoezelen poza klasyczne populacje osób z głębokimi deficytami rozwojowymi.

1.3.3.2. Snoezelen u osób dorosłych

Warto nadmienić, że Snoezelen nie była projektowana jako metoda ściśle terapeutyczna w rozumieniu procedury klinicznej, lecz jako forma dostępnego, przyjaznego i niedyrektywnego środowiska, umożliwiającego relaksację, eksplorację, kontakt oraz uczestnictwo. Snoezelen wywodzi się pierwotnie z pracy z osobami pozostającymi w stanie głębokiej niepełnosprawności intelektualnej i przez wiele lat była rozwijana przede wszystkim w obszarze opieki instytucjonalnej, wsparcia osób dorosłych z niepełnosprawnością oraz demencją. Z czasem zaczęto wykorzystywać ją znacznie szerzej: w pracy z osobami ze spektrum autyzmu, złożonymi trudnościami rozwojowymi i psychicznymi, osobami doświadczającymi napięcia i lęku, zaburzeniami zachowania, trudnościami sensorycznymi oraz w kontekstach edukacyjnych i rehabilitacyjnych.

W literaturze podkreśla się, że rozwój zastosowań Snoezelen wyprzedził rozwój badań empirycznych nad jego skutecznością. Hogg, Cavet, Lambe i Smeddle (2001) wskazywali, że w ciągu kilkunastu lat poprzedzających ich przegląd nastąpił wyraźny wzrost zainteresowania stosowaniem Snoezelen u osób z niepełnosprawnością intelektualną, jednak dostępne wówczas badania były zróżnicowane metodologicznie, pozwoliły jednak na wnioskowanie o sugerowanej skuteczności omawianego podejścia (Testerink i in., 2023). Lotan i Gold (2009), analizując indywidualne interwencje Snoezelen u osób z niepełnosprawnością intelektualną, zwrócili uwagę na obiecujące

wyniki dotyczące redukcji zachowań nieadaptacyjnych oraz wzrostu zachowań adaptacyjnych, jednakże patrząc krytycznie, jakość dostępnych badań ogranicza możliwość formułowania silnych uogólnień. Nowsze przeglądy, choć wskazują na sugerowaną skuteczność, również zachowują ostrożność w zakresie wnioskowania. Stephenson i Carter (2025) podkreślają, że sale multisensoryczne były pierwotnie traktowane jako forma aktywności rekreacyjnej dla osób z ciężkimi niepełnosprawnościami, natomiast późniejsze twierdzenia o ich szerokiej skuteczności terapeutycznej, choć udowodnione, wymagają dalszej weryfikacji.

Analiza dostępnych doniesień (zob. Tabela 3) wskazuje, że u osób dorosłych Snoezelen najczęściej badano w kontekście niepełnosprawności intelektualnej, demencji, zachowań trudnych, pobudzenia, agresji, autoagresji, relaksacji, dobrostanu oraz funkcjonowania w środowisku opiekuńczym i psychiatrycznym. Wyniki wielu badań i przeglądów sugerują potencjalne korzyści, szczególnie w zakresie regulacji pobudzenia, poprawy nastroju, redukcji zachowań nieadaptacyjnych oraz zwiększenia komfortu uczestników. Jednocześnie autorzy niektórych przeglądów podkreślają, że poziom dowodów jest zróżnicowany, a część badań charakteryzuje się ograniczeniami metodologicznymi, takimi jak niewielkie próby, brak grup kontrolnych, różnorodność procedur oraz trudność w porównywaniu efektów. Z tego względu Snoezelen należy ujmować jako metodę szeroko obecną w praktyce terapeutycznej i opiekuńczej, ale wymagającą dalszego badania w dobrze kontrolowanych projektach empirycznych. W tabeli, umieszczonej na kolejnych stronach zaprezentowano zbiorcze ujęcie wybranych doniesień badawcze na temat zastosowania metody Snoezelen u osób dorosłych z różnymi dysfunkcjami.

Tabela 3. Wybrane doniesienia badawcze dotyczące zastosowania Snoezelen/MSE u osób dorosłych

Autorzy / rok	Grupa badana	Charakter badania	Zakres oddziaływania	Główne ustalenia	Znaczenie dla przeglądu
Hulsegge i Verheul (1987)	osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną	opis koncepcji / źródła metody	środowisko polisensoryczne, relaksacja, eksploracja	Snoezelen przedstawiono jako niedyrektywne środowisko doświadczeń zmysłowych, dostępne dla osób z głębokimi ograniczeniami rozwojowymi	geneza metody i jej pierwotne zakorzenienie w pracy z osobami z głęboką niepełnosprawnością
Hogg, Cavet, Lambe i Smeddle (2001)	osoby z niepełnosprawnością intelektualną	przegląd badań	stymulacja multisensoryczna	autorzy wskazali na wzrost popularności Snoezelen w oddziaływaniach terapeutycznych, ale także na ograniczenia metodologiczne dostępnych badań	ważny przegląd krytyczny; pokazuje, że praktyka wyprzedza dowody empiryczne
Lancioni, Cuvo i O'Reilly (2002)	osoby z niepełnosprawnością intelektualną i demencją	przegląd	zachowania trudne, relaksacja, aktywność	wskazano potencjalne korzyści Snoezelen	łączy dwa ważne obszary: niepełnosprawność intelektualną i demencję
Chung i Lai (2002)	osoby starsze z demencją	przegląd Cochrane	zachowanie, nastrój, funkcjonowanie	autorzy nie znaleźli wystarczających dowodów potwierdzających skuteczność Snoezelen w demencji	bardzo ważne źródło krytyczne; zabezpiecza przed zbyt kategorycznym językiem
van Weert i in. (2005)	mieszkańcy domów opieki z umiarkowaną i ciężką demencją	quasi- eksperyment, Snoezelen	zachowanie i nastrój	odnotowano korzystne efekty behawioralne i nastrojowe u osób z demencją	przykład zastosowania Snoezelen nie jako pojedynczej sesji, lecz elementu codziennej opieki

Autorzy / rok	Grupa badana	Charakter badania	Zakres oddziaływania	Główne ustalenia	Znaczenie dla przeglądu
		włączone w opiekę 24-godzinną			
Staal i in. (2007)	osoby hospitalizowane z umiarkowaną i ciężką demencją	randomizowane badanie kontrolowane	pobudzenie, apatia, czynności dnia codziennego	multisensoryczna terapia behawioralna w połączeniu z opieką psychiatryczną mogła zmniejszać apatię i pobudzenie oraz poprawiać ADL	jedno z mocniejszych badań klinicznych w populacji osób z demencją
Lotan i Gold (2009)	osoby z niepełnosprawnością intelektualną i rozwojową	metaanaliza	zachowania adaptacyjne i nieadaptacyjne	wykazano duże efekty w zakresie wzrostu zachowań adaptacyjnych, ale autorzy podkreślili ograniczoną jakość badań	kluczowe źródło dla ostrożnej oceny skuteczności Snoezelen u osób z NI
Fava i Strauss (2010)	dorośli z głęboką niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem	badanie porównawcze	Snoezelen vs środowisko preferowanych bodźców	Snoezelen zmniejszało zachowania zakłócające głównie u osób z autyzmem; środowisko preferowanych bodźców zwiększało zachowania prospołeczne u osób z głęboką NI	pokazuje, że efekty mogą zależeć od diagnozy i sposobu organizacji środowiska
Singh i in. (2004)	dorośli z niepełnosprawnością intelektualną i chorobą psychiczną	porównanie warunków terapeutycznych	agresja i autoagresja	poziom agresji i samouszkodzeń był najniższy w pokoju Snoezelen w porównaniu z treningiem ADL i treningiem zawodowym	ważne źródło dotyczące zachowań trudnych, agresji i autoagresji

Autorzy / rok	Grupa badana	Charakter badania	Zakres oddziaływania	Główne ustalenia	Znaczenie dla przeglądu
Leung i in. (2003)	dorośli z trudnościami w uczeniu się w warunkach psychiatrycznych	opis zastosowania / ewaluacja kliniczna	funkcjonowanie psychiatryczne, zachowanie, doświadczenie uczestników	opisano możliwość zastosowania pokoju Snoezelen w psychiatrycznej pracy z dorosłymi z trudnościami w uczeniu się	pokazuje rozszerzenie metody na obszar psychiatrii i opieki instytucjonalnej
Testerink i in. (2023)	osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub demencją	przegląd systematyczny	obszary zastosowań i efekty	autorzy wskazali, że Snoezelen jest stosowane w różnych celach, najczęściej związanych z dobrostanem, zachowaniem i relaksacją; podkreślili zróżnicowanie jakości dowodów	aktualne źródło syntetyzujące dwa główne obszary: NI i demencję
Testerink, ten Brug, Douma i van der Putten (2024)	osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną i sprzężoną	międzynarodowe badanie ankietowe	perspektywa profesjonalistów i bliskich	wskazano znaczenie indywidualizacji, niedyrektywności, relacji, bezpieczeństwa i dobrostanu	ważne dla pokazania współczesnej praktyki i doświadczeń osób pracujących metodą Snoezelen
Carvalho i in. (2024)	osoby starsze z zaburzeniami poznawczymi	przegląd systematyczny / metaanaliza	objawy behawioralne i psychologiczne	analizowano wpływ środowisk multisensorycznych na objawy behawioralne i psychologiczne u osób starszych z zaburzeniami poznawczymi	pokazuje aktualny rozwój badań nad MSE w geriatricii
Calderone i in. (2025)	osoby z demencją	przegląd	rehabilitacja, zachowanie, funkcjonowanie	multisensoryczna stymulacja opisywana jest jako potencjalna interwencja wspierająca w rehabilitacji demencji, ale wymagająca dalszej	aktualny przegląd z ostatnich lat

Autorzy / rok	Grupa badana	Charakter badania	Zakres oddziaływania	Główne ustalenia	Znaczenie dla przeglądu
				standaryzacji	
Żmudzińska i in. (2025)	osoby z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, 55–75 lat	badanie empiryczne	stabilność posturalna, ryzyko upadków	Snorzelen wiązano ze zmianami w kontroli posturalnej i zmniejszeniem ryzyka upadków	przykład zastosowania Snorzelen poza klasyczną NI/demencją, w psychiatrii dorosłych
Jitsuvara i in. (2023)	osoby zdrowe / uczestnicy bez głębokich deficytów klinicznych	badanie eksperymentalne	stres, lęk, zmęczenie, nastroj	środowisko Snorzelen wiązało się z redukcją lęku i zmęczenia oraz poprawą wybranych wskaźników nastroju	istotne jako przykład badań nad stresem i relaksacją u osób bez klasycznej niepełnosprawności
Collier i in. (2018)	pielęgniarki zdrowia psychicznego	randomizowane badanie pilotażowe	stres zawodowy	porównywano środowisko Snorzelen/MSET z warunkiem kontrolnym w kontekście redukcji stresu zawodowego	pokazuje możliwość zastosowania środowiska multisensorycznego w obszarze dobrostanu zawodowego
Khatib i in. (2025)	osoby starsze	pilotażowe RCT	multisensoryczna stymulacja w pokoju Snorzelen połączona z bodźcami zapachowymi/osobis- tymi	analizowano wpływ interwencji na dobrostan, lęk i wskaźniki fizjologiczne	przykład najnowszych badań łączących Snorzelen z personalizowaną stymulacją

Przedstawione doniesienia pokazują, że zastosowanie Snoezelen u osób dorosłych jest szerokie i obejmuje zarówno klasyczne grupy odbiorców, takie jak osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, jak i osoby z demencją, zaburzeniami psychicznymi, zachowaniami trudnymi czy podwyższonym poziomem stresu. Jednocześnie większość tych badań dotyczy populacji dorosłych lub osób z głębokimi i złożonymi deficytami rozwojowymi. W kontekście niniejszej rozprawy szczególnie istotne jest więc przejście do badań dotyczących dzieci i młodzieży, ponieważ to właśnie w tej grupie — zwłaszcza wśród dzieci pozostających w normie intelektualnej — liczba doniesień empirycznych jest zdecydowanie ograniczona.

2. Stres i radzenie sobie (*coping*)

Pojęcie stresu oraz radzenia sobie ze stresem stały się niezwykle popularne w ciągu ostatnich lat. Człowiek na co dzień doświadcza różnorodnych sytuacji, w których niejednokrotnie konieczna staje się konfrontacja ze zjawiskiem stresu. Jest on nieodzownym komponentem naszego życia, towarzyszącym w wielu różnorodnych obszarach funkcjonowania. Zdarza się, że stres przyjmuje funkcję aktywizującą, mobilizującą jednostkę do działania (eustres), bądź doprowadza do zachowań destruktywnych, hamując aktywność człowieka (dystres). W zależności od poziomu natężenia oraz wielości czynników stresogennych człowiek podejmuje różnorodne działania mające na celu minimalizację ich oddziaływania, celem utrzymania homeostazy oraz zapewnienia ogólnego dobrostanu organizmu. Cechą istotnie wyróżniającą gatunek ludzki jest zdolność do ciągłego uczenia się. Dzięki powyższemu doposażeniu możliwe jest zatem poszukiwanie i wytwarzanie nowych, efektywnych strategii radzenia sobie, dostosowanych do konkretnej sytuacji (Terelak, 1995). W celu prawidłowego zrozumienia mechanizmu radzenia sobie w sytuacjach trudnych niezwykle ważne jest analityczne spojrzenie na sam konstrukt stresu, zapoznanie się z próbami jego ujęcia definicyjnego, jak również zgłębienia jego istoty i funkcji regulacyjnej, szczególnie w aspekcie psychologicznym.

2.1. Stres – charakterystyka konstruktu

2.1.1. Definicje, modele, rys historyczny

Wśród autorów i badaczy zajmujących się problematyką stresu należy zdecydowanie wyróżnić następujące nazwiska: Selye, Cannon, Lazarus, Folkman, Hobfoll, Reykowski, Grienker, Spiegel, Tomaszewski, Moskowitz jak również wielu innych. Najliczniejszą grupę badaczy omawianego zjawiska stanowią kolejno fizjolodzy, psychologowie oraz psychiatrzy, w mniejszym stopniu socjolodzy czy reprezentanci innych dyscyplin naukowych. Postaram się w bieżącym podrozdziale omówić najistotniejsze ujęcia definicyjne stresu w aspekcie historycznym. Uczynię także próbę osadzenia niniejszego zjawiska w głównej mierze w koncepcjach stresu ujmowanego w

wymiarze psychologicznym, aprobowanego zarówno przez psychologów jak i pedagogów, a zatem kluczowego dla niniejszej dysertacji.

Pojęcie stresu po raz pierwszy zostało ujęte w terminologii nauk o zdrowiu w 1926 r. Prekursorską rolę w powyższym zakresie odegrał Hans Selye (student medycyny), który na bazie własnych obserwacji pacjentów chorych somatycznie zwrócił uwagę na zespół symptomów, pojawiających się niezależnie od rodzaju towarzyszącej choroby. Pierwotnie zdefiniował zauważone objawy jako syndrom chorobowy, jednakże na bazie dalszych obserwacji i doświadczeń ukształtował go finalnie pod pojęciem „stresu”. Jako uzasadnienie definicyjne Selye wskazał, iż stres jest sumą różnorodnych zmian, które zachodzą wewnątrz organizmu oraz dotyczą poziomu funkcjonalnego bądź organicznego (Selye, 1977). Selye wysunął wniosek, iż to, co w sposób najbardziej kompleksowy odda istotę omawianego zjawiska, to ujęcie go w kategorii reakcji organizmu na wszystkie bodźce uważane jako szkodliwe. Podobieństwo reakcji jednostki na każde zagrożenie (niezależnie od źródła czy rodzaju) zostało jednak podważone w dalszych oddziaływaniach badawczych, wyodrębniając tym samym w definicji obecność poststymulującego wzorca reakcji psychologicznej, zależnego od wielu zmiennych, różniącego się stopniem specyficzności (Humphrey i in., 1977).

W literaturze psychologicznej pojęcie stresu pojawiło się po raz pierwszy w 1945 r. Wówczas to Ron Grienker oraz John Spiegel podjęli próbę wyjaśnienia zjawiska stresu, obserwowanego w grupie amerykańskich lotników walczących na froncie II wojny światowej. Autorzy badań zdefiniowali stres psychologiczny jako szereg symptomów neurotycznych, dotyczących zarówno zachowania oraz reakcji z poziomu fizjologicznego (Grienker, Spiegel, 1945).

Jednym z pierwszych odniesień do stresu psychologicznego jest także charakterystyka dokonana przez Irvinga Janisa (1958). Janis opierając się na badaniach pacjentów chirurgicznych określił stres psychologiczny jako zaistnienie takiej zmiany w otoczeniu jednostki, która u przeciętnej osoby doprowadzi do występowania wysokiego poziomu napięcia emocjonalnego, silnych emocji, tym samym wprowadza dystrakcję dla prawidłowego reagowania. Janis ujmował zatem nie istotę reakcji a samo bodźcowanie jako kluczowe do powstania omawianego konstruktu (Janis, 1958). Wczesnym odniesieniem do próby konstruowania definicji omawianego zjawiska jest również koncepcja Davida Mechanica, który określa stres mianem reakcji dyskomfortu (Mechanic, 1962).

Za jednego z prekursorów ujęcia teoretycznego stresu psychologicznego (choć o podwalinach stricte fizjologicznych) możemy wskazać w sposób zdecydowany Waltera Cannona oraz zaproponowaną przez niego teorię homeostatyczną, w której podejmuje się zdefiniowania zjawiska stresu w kategorii reakcji walki lub ucieczki. Wspomniana reakcja zostaje aktywowana w odpowiedzi na obecność szkodliwych czy niesprzyjających bodźców, uważanych przez organizm jako zagrażające, a jej aktywacja gwarantuje możliwość przywrócenia homeostazy organizmu (Cannon, 1932; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b). Aspekt homeostatyczny był również podkreślany w ujęciu Adama Frączka i Mirosława Kofty, którzy definiują stres psychologiczny jako sytuację trudną, w której niemożliwym jest wzajemne dostosowanie triady funkcyjnej (potrzeby, warunki, czynności), niezbędnych do osiągnięcia poczucia skuteczności w odniesieniu do radzenia sobie w obliczu oddziałującego stresu (Frączek, Kofta, 1979).

Niezwykle istotne w próbie ujęcia definicyjnego stresu jest również podejście ujmujące poziom relacji między podmiotem oraz otoczeniem. Według Janusza Reykowskiego, stres psychologiczny jest stosunkiem dokonującym się między czynnikami zewnętrznymi a cechami człowieka. Autor definiuje jednocześnie wspomniane wyżej czynniki jako zagrażające czy zakłócające daną aktywność (Reykowski, 1966). Istotne są tutaj zatem: cecha bodźca oraz relacja. Reykowski zarysowuje w niniejszej teorii dążenie do konceptualizacji stresu w kategoriach obiektywnych, co podjął w swych badaniach także polski psycholog, Jan Strelau. Według Strelaua, stres jest określany jako przekraczający podstawowy poziom aktywacji stan, identyfikowany przez silne emocje oraz inne stany emocjonalne o wydźwięku negatywnym dla jednostki, prowadzące do zmian fizjologicznych oraz biochemicznych, Autor za przyczynę opisanego stanu określa brak równowagi między wymaganiami otoczenia a możliwościami własnymi jednostki (Strelau, 1996).

Kolejną interesującą koncepcją oraz modelem teoretycznym opisującym zjawisko stresu psychologicznego, zbieżne z ujęciem relacyjnym, jest podejście poznawczo-transakcyjne. W ujęciu Richarda Lazarusa i Susan Folkman stres jawi się jako specyficzna relacja (dokonująca się między jednostką a otoczeniem), identyfikowana przez organizm jako obciążenie bądź zagrożenie dla ogólnego dobrostanu (Lazarus, Folkman, 1984). Wspomniana relacja została nazwana przez autorów mianem „transakcji”, możliwej do występowania w następującym przebiegu: stresującym, sprzyjająco-pozytywnym bądź pozbawiony znaczenia. Folkman i Moskowitz dodają

rozszerzając do powstałej modelu i definicji stresu istotę ujmowania kluczowej roli pozytywnych emocji, towarzyszących pomyślniej ocenie rozwiązania wspomnianej „transakcji”. Jako fundamentalne podają rozszerzając radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu (znaczenie dotyczy zarówno własnej osoby jak i sytuacji) (Folkman, Moskowitz, 2000).

Nieco zbliżony do poznawczej części modelu Lazarusa i Folkman stanowi model zachowania zasobów Stevana Hobfolla. Stres psychologiczny w niniejszym ujęciu definiowany jest jako reakcja wobec otoczenia, której istota opiera się na tworzeniu, utrzymywaniu oraz ochronie zasobów, to jest specyficznych właściwości posiadanych przez jednostkę czy ogólnych czynników sprzyjających (Hobfoll, 2006). To, co staje się głównym czynnikiem stresogennym, to według autora spostrzeganie utraty bądź rzeczywista utrata zasobów oraz chroniczny brak ich tendencji wzrostowej (Heszen-Niejodek, Ratajczak, 2000).

Równie istotną koncepcją przybliżającą ramy teoretyczne stresu psychologicznego zawartą w niniejszej dysertacji jest propozycja ujęcia omawianego zjawiska w modelu salutogenetycznym, zaproponowanym przez Aarona Antonovsky’ego. Definicja zaproponowana przez autora w znaczącej mierze opiera się na koncepcjach Lazarusa i Folkman, Seyle’ego czy Hobfolla. Antonovsky definiuje stres jako swoistą interakcję jednostki z otoczeniem, z zaznaczeniem istoty poczucia koherencji jako czynnika wiodącego w zakresie możliwości radzenia sobie z sytuacją trudną. Ocena własnych zasobów oraz wytworzenie spójnego obrazu doświadczanej sytuacji staje się według autora miarą efektywnego oddziaływania na otoczenie i podstawą dalszych interakcji, sprzyjając tym samym podjęciu dalszych strategii radzenia sobie przez jednostkę (Antonovsky, 1987; Heszen-Niejodek, Ratajczak, 2000).

Podjmując próby poszukiwań analizy pojęciowej stresu psychologicznego należy wymienić zdecydowanie trzy nurty teoretyczne, które wyodrębniły się na bazie wieloletnich badań naukowych, w odniesieniu do definiowania omawianego konstruktu. Pierwszą z wyżej wspomnianych kategorii jest nurt ujmujący zjawisko stresu jako bodziec, odnosząc się w swym założeniu do zdolności wywoływania silnych emocji czy wzmożonego poziomu napięcia poprzez sytuacje obecne w otoczeniu jednostki. Reprezentantami niniejszego podejścia są między innymi Irving Janis, Thomas Holmes czy Richard Rahe. Należy jednak nadmienić, iż zdecydowanie częściej spotykamy się w doniesieniach naukowych z drugim ujęciem definicyjnym, które identyfikuje stres jako

reakcję. To zorientowane na reakcję podejście kładzie zdecydowany nacisk na aspekt fizjologiczny i psychologiczny, będący odpowiedzią na działanie czynników stresogennych. Wśród badaczy reprezentujących niniejsze podejście możemy z pewnością wyróżnić Hansa Seyle'ego, Davida Mechanica oraz Waltera Cannona. Ostatnią z kategorii definicyjnej omawianego zjawiska, która również posiada licznych zwolenników jest ujęcie stresu jako procesu czy transakcji, w której niezwykle istotnym fundamentem jest relacja zachodząca na poziomie jednostka – otoczenie. Pionierami niniejszego podejścia są przede wszystkim Richard Lazarus i Susan Folkman, Janusz Reykowski czy Aaron Antonovsky. Odniesienie do wskazanych powyżej kategorii nastąpiło naturalnie w trakcie omawiania poszczególnych ujęć definicyjnych stresu, z zachowaniem ciągłości historycznej, by uwydatnić nacisk poszczególnych autorów na odmienne podłoża omawianego konstruktu na przestrzeni czasu.

2.1.2. Stres w wymiarze psychofizjologicznym

Uzyskując szczegółowy wgląd w koncepcje i definicje pojęcia stresu, niezbędnym dla jego pełnego rozumienia zdaje się być także zrozumienie natury psychofizjologicznej omawianego zjawiska. Dla wyjaśnienia istoty wspomnianego wymiaru przyjmijmy, iż potencjalnie szkodliwy bodziec oddziałuje na nasze receptory sensoryczne. Te natomiast, w wyniku pobudzenia przekazują zakodowane impulsy drogami czuciowymi obwodowego układu nerwowego do pnia mózgu. Stamtąd wspomniane impulsy przechodzą głównymi drogami wstępującymi wprost do kory nowej, by tam mogły zostać poddane wnikliwej interpretacji poznawczej. Badacze twierdzą, iż za pośrednictwem kolaterali (nerwów ubocznych, odchodzących od wspomnianych głównych dróg wstępujących do tworów siatkowatych), możliwa jest integracja spostrzeganych wydarzeń ze stanami emocjonalnymi, które zakodowane zostają w podwzgórzu oraz układzie limbicznym. Kolaterale odgrywają także kluczową rolę w reakcji emocjonalnej organów wewnętrznych (Everly, Rosenfeld, 1992). Po uzyskaniu przez korę nową zadowalającej interpretacji poznawczej, kanały sprzężenia zwrotnego kierują ją ku układowi limbicznemu, by tam dokonał się proces integracji afektywnej. W wyniku tej złożonej interpretacji bodziec może zostać sklasyfikowany w dwojaki sposób:

- jako zagrażający (stresujący);

- jako niezagrażający (niestresujący) (Stanojlović, Sutulovic, Mladenović, Veskovic, 2022).

W pierwszym przypadku, z dużym prawdopodobieństwem odnotujemy pobudzenie emocjonalne, w drugim natomiast nie wystąpi reakcja stresowa. Aktywacja mechanizmów emocjonalnych, wynikająca z zaklasyfikowania bodźca do grupy potencjalnie zagrażającej, prowadzi do pobudzenia jednej (lub więcej) z trzech tak zwanych osi stresu:

1. Nerwowej (osi bezpośredniego unerwienia autonomicznego narząd w końcowych);
2. Neurohormonalnej (osi reakcji „walcz – uciekaj” W. Cannona);
3. Endokrynologicznej (osi ogólnego zespołu adaptacyjnego H. Seyle'ego) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Zasadnicze skutki, będące wynikiem oddziaływania nerwowego układu autonomicznego na narządy końcowe, w momencie wystąpienia reakcji stresowej pojawiają się w sposób natychmiastowy i nie mają one charakteru chronicznego. Efektem pobudzenia za pośrednictwem układu współczulnego będą między innymi: przyspieszenie akcji serca, rozszerzenie źrenic, hamowanie wydzielania śliny, spowolniony proces trawienny czy zwiększona czynność wątroby w zakresie wydzielania glukozy. Analogicznie, w przypadku układu przywspółczulnego, do skutków omawianej aktywacji możemy zaliczyć między innymi: rozszerzenie naczyń krwionośnych, zwężenie źrenic, wydzielanie łez, zwiększone wydzielanie śliny, wzmożony proces trawienny czy zwiększoną czynność wątroby w zakresie wydzielania żółci (Oggiano, 2022; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

By uzyskać i utrzymać wysoki poziom aktywacji i pobudzenia stresowego w dłuższym odcinku czasu, niezbędne jest działanie uzupełniające kolejnej osi, neurohormonalnej (Everly, Rosenfeld, 1992). Działanie rdzeniowych katecholamin (adrenaliny i noradrenaliny), w przypadku pobudzenia osi neurohormonalnej, niesie za sobą skutki praktycznie identyczne z obserwowanymi przy bezpośrednim unerwieniu sympatycznym, jednakże efekt ich trwania widoczny jest o wiele dłużej, aniżeli ma to miejsce w przypadku aktywacji osi nerwowej (Gołyszny, 2018). Do specyficznych zmian na poziomie somatycznym, obserwowalnych w wyniku aktywacji omawianej osi, możemy zaliczyć między innymi: wzrost ciśnienia tętniczego oraz pojemności minutowej serca, spadek przepływu krwi przez nerki oraz zmniejszenie światła tętnic, a także wzrost napięcia mięśniowego oraz poziomu wolnych kwasów tłuszczowych, trójglicerydów i

cholesterolu w osoczu krwi (Clemente-Saurez, Ruisoto, 2018; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008a).

Pomimo, iż efekty działania osi neurohormonalnej trwają znacznie dłużej aniżeli efekty działania osi autonomicznego układu nerwowego, to jednak istnieje jeszcze dłużej trwająca reakcja stresowa, wyrażona aktywacją osi endokrynologicznych (wewnątrzwydzielniczych) (Everly, Rosenfeld, 1992; Gołyszny, 2018). Osie hormonalne (endokrynologiczne) odpowiedzialne są za najbardziej długotrwałe reakcje somatyczne w sytuacji doświadczenia stresu. Związana jest z tym również silniejsza stymulacja, niezbędna dla uzyskania długotrwałych efektów. Struktura osi endokrynologicznych jest jednak nieco bardziej złożona, bowiem jej skład zawiera się w zespole trzech specyficznych podosi: adrenokortykoidalnej, somatotropowej oraz tarczycowej (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2008). Skutki wiążące się z aktywacją powyższych podosi wyrażają się wielopostaciowo. W przypadku osi adrenokortykoidalnej widoczna jest między innymi regulacja poziomu elektrolitów i ciśnienia krwi, jednakże chroniczność jej pobudzenia może z kolei przyczynić się do powstania nadczynności kory nadnerczy (Everly, Rosenfeld, 1992), wysokiego ciśnienia krwi, a nawet martwicy mięśnia sercowego (Seyle, 1972). W odniesieniu do osi somatotropowej możemy wyróżnić następujące skutki jej pobudzenia: wzmożone uwalnianie mineralokortykoidów, wzrost stężenia wolnych kwasów tłuszczowych oraz glukozy we krwi (w tym mobilizacja magazynowanych tłuszczów, a także wywoływanie cukrzycopodobnego efektu insulinoopornego) (Clemente-Saurez, Ruisoto, 2018). W ostatniej z wyróżnionych podosi wchodzącej w skład osi endokrynologicznej (osi tarczycowej), skutki wynikające z jej aktywacji prezentują się następująco: zwiększenie przemiany materii, przyspieszenie akcji serca, podwyższenie ciśnienia krwi czy zwiększona wrażliwość określonych tkanek na katecholaminy. Dowodzi to jednoznacznie o istocie roli omawianej osi tarczycowej w reakcji stresowej (Levi i wsp., 1972, za: Everly, Rosenfeld, 1992).

O istocie wpływu omówionych wyżej wewnątrzwydzielniczych osi stresu mówił również Hans Seyle w swojej koncepcji, znanej pod nazwą Ogólnego Zespołu Adaptacyjnego (General Adaptation Syndrome). W pierwszym wyróżnionym przez autora stadium (reakcji alarmowej) dokonuje się pełna mobilizacja mechanizmów obronnych organizmu, co w konsekwencji przyczynia się do aktywacji kolejnych osi hormonalnych. W kolejnej fazie (stadium odporności) obserwujemy wyraźną redukcję większości procesów z reakcji alarmowej, wzmożoną natomiast odporność na działający

bodziec stresowy. Jeżeli jednak energia spożytkowana na powyższy cel, a zatem próbę utrzymania przez organizm zadowalającego poziomu homeostazy zostanie wyczerpana, organizm wchodzi w ostatnie, trzecie stadium GAS, zwane stadium wyczerpania. Dochodzi wówczas do wtórnej aktywacji osi wewnątrzwydzielniczych (Selye, 1976). Autor starał się tym samym ukazać istotną rolę oraz nieodłączny związek reakcji stresowej z aktywizacją osi wewnątrzwydzielniczych.

W odniesieniu do założeń przybliżonych w niniejszym podrozdziale, zasadne jest stwierdzenie, iż dla pełnego rozumienia oraz posługiwania się pojęciem „stresu psychologicznego” należy odwołać się również do jego mechanizmu fizjologicznego.

2.1.3. Stres konstruktywny (eustres) i stres destruktywny (dystres)

Pomimo wyraźnej tendencji do ujmowania wyłącznie negatywnych skutków oddziaływania czynników stresogennych na organizm człowieka, szereg badań nad zjawiskiem stresu nie potwierdza do końca tej reguły, wskazując jednoznacznie na istnienie dwuwymiarowości omawianego konstruktów. Liczni autorzy odróżniają wyraźnie stres pozytywny (konstruktywny) od negatywnego (destruktywnego), dowodząc tym samym powszechności błędu przypisywania stresowi wyłącznej etykiety szkodliwości (Selye, 1972, Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Pluut, Curseu, Fodor, 2022; Terelak, 2019).

Aktywacja organizmu wynikająca z zaistniałej sytuacji stresowej może być siłą mobilizującą oraz motywującą, tym samym wpływającą pozytywnie na jakość zdrowia i życia człowieka. Wówczas mamy do czynienia z „eustresem” (*eu* – gr. dobry), a więc stresem pozytywnym (konstruktywnym). Na przeciwległym biegunie plasuje się natomiast stres osłabiający, nadmiernie obciążający – „dystres” (*dis* – gr. zły), a więc stres negatywny (destruktywny) (Kamaruddin, Wahab, Hunud, 2021; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Możemy obserwować istotną zależność – wraz ze wzrostem stresu poprawia się ogólne samopoczucie człowieka oraz stan jego zdrowia. Nadal rosnący stres osiąga w danym momencie punkt graniczny, zwany optymalnym poziomem stresu. Punkt ten wyznacza maksymalną tolerancję organizmu na stres w odniesieniu do osiągniętych korzyści. Zdaniem Selye'ego (1972) jest on wynikiem wrodzonych oraz nabytych funkcji określonych czynników – biologicznych, fizjologicznych oraz behawioralnych. Po przekroczeniu omawianego optimum, stres traktowany jest jako szkodliwy i zagrażający,

a tym samym obfitujący w niepożądane, negatywne dla organizmu skutki (Biernetova, Lenart, Scheringer, 2020).

Podobne stanowisko przyjmuje także J. Wróblewski (1997), wyróżniając dwa skrajne bieguny zjawiska stresu. W ujęciu Wróblewskiego eustres przyjmuje nazwę stresu krótkotrwałego. Autor definiuje go jako lekki przyjemny stres, niezbędny do właściwego pobudzenia organizmu celem uzyskania pożądanej aktywności. Wróblewski zaznacza, iż bez określonych bodźców pobudzających, organizm może zareagować psychofizycznym otępieniem. W tym kontekście autor podkreśla niezwykle istotny wpływ stresu krótkotrwałego na prawidłowe funkcjonowanie człowieka. Jeśli chodzi o dystres, a mianowicie stres negatywny, Wróblewski używa tu określenia stres przewlekły, zwracając szczególną uwagę na chroniczność jego działania. W ujęciu autora długotrwały, negatywny stres zakłóca równowagę psychofizyczną organizmu, obniża szybkość oraz jakość działania, a także prowadzi do wystąpienia chorób somatycznych (ibidem).

Analogicznie do wyżej zaprezentowanych ujęć odnosi się także A.D. Hart, wyróżniając w swym podziale stres pozytywny (mobilizujący) oraz negatywny (destrukcyjny). Hart podkreśla, iż stres pozytywny nie towarzyszy nam bezustannie, dlatego też dzięki temu zyskuje na sile mobilizacyjnej w wyzwaniach, czy sytuacjach trudnych. Według autora jest on tak zwaną siłą napędową, zwiększającą koncentrację, wzmacniającą refleks oraz zwiększającą ogólną wydajność mózgu. Hart wskazuje również, iż długotrwały stres mobilizujący nie jest pożądany. Długotrwały stan euforii może bowiem przekształcić się w stres negatywny, powodując liczne dolegliwości somatyczne (Hart, 2005).

Koncepcje dotyczące rozgraniczenia stresu konstruktywnego i destruktywnego, spotkały się z aprobatą wśród szerokiego grona badawczego, trwającą właściwie po dzień dzisiejszy. Wielu obecnych badaczy często nawiązuje do pojęcia eustresu, podkreślając wagę jego znaczenia stymulacyjno-rozwojowego. Co więcej, akcentuje się także wyraźnie rolę emocji pozytywnych, wyzwanych w wyniku pomyślnie rozwiązanej sytuacji stresowej jako czynnika sprzyjającego zdrowiu (Bernhard, 2022; Danker, 2019; Falewicz, 2017; Folkman i in., 2004; McCraty, 2006; Savina, Fulton, Beaton, 2021; Sullivan, 2019).

Analizując zjawisko stresu w ujęciu różnych perspektyw, należy docenić także istotną rolę procesów poznawczych w danej reakcji stresowej. To, co się z nami dzieje w

momencie doświadczania stresu, to jeden wymiar, drugi natomiast, to sposób, w jaki odbieramy daną sytuację stresogenną i za pomocą jakich strategii staramy się z nią uporać.

2.1.4. Stres u dzieci i młodzieży

Zjawisko stresu nie ogranicza się wyłącznie do osób dorosłych – dzieci i młodzież również doświadczają różnorodnych trudności o charakterze stresogennym, które wpływają na ich rozwój emocjonalny, poznawczy oraz społeczny. Należy jednak podkreślić, iż charakter przeżywanego stresu oraz dostępne strategie radzenia sobie z nim różnią się istotnie w zależności od etapu rozwojowego. Młodsze jednostki wykazują ograniczoną zdolność regulacji emocjonalnej oraz mniej rozwinięty repertuar strategii poznawczych, co czyni je szczególnie podatnymi na działanie czynników stresowych. W ujęciu rozwojowym radzenie sobie ze stresem kształtuje się stopniowo, w ścisłym związku z dojrzewaniem procesów poznawczych, emocjonalnych i społecznych, a także z jakością wsparcia udzielanego przez środowisko rodzinne i szkolne (Compas i in., 2001; Skinner, Zimmer-Gembeck, 2016).

Współczesne badania wskazują, iż zakres oraz intensywność stresu doświadczanego przez dzieci i młodzież znacząco wzrosły w ostatnich latach. Jak wynika z ogólnopolskiego badania „Młode Głowy” (2023), przeprowadzonego na próbie ponad 180 tysięcy uczniów w wieku 10–19 lat, aż 81,9% respondentów deklarowało, iż codzienny stres ich przerasta, a niemal połowa badanych cechowała się niskim poziomem samooceny. Z kolei dane UNICEF Polska wskazują, że 70% nastolatków uznaje stres szkolny za kluczowy problem, podczas gdy jedynie 9% nauczycieli postrzega go w ten sam sposób. Na poziomie globalnym, według danych WHO, jedna na siedem osób w wieku 10–19 lat doświadcza zaburzenia psychicznego, przy czym do najczęstszych trudności w tej grupie należą zaburzenia lękowe, depresyjne oraz zaburzenia zachowania.

Źródła stresu u dzieci i młodzieży mają zróżnicowany charakter i mogą być związane zarówno z sytuacją rodzinną (rozwód rodziców, konflikty domowe, przemoc, choroba lub śmierć bliskiego), jak i szkolną (presja wyników, relacje rówieśnicze, nękanie, zmiany edukacyjne). Coraz częściej pojawiają się również nowe czynniki stresogenne, takie jak niepokój klimatyczny, nadmiar bodźców informacyjnych, lęk przed przyszłością czy przeciążenie związane z intensywnym korzystaniem z urządzeń cyfrowych. W dużym międzynarodowym badaniu Hickman i współpracowników (2021),

obejmującym 10 tysięcy młodych osób z 10 krajów, większość respondentów deklarowała wysoki poziom zmartwienia zmianami klimatycznymi, a znaczna część badanych wskazywała, że obawy te wpływają na ich codzienne funkcjonowanie i wyobrażenia dotyczące przyszłości.

Niezwykle istotną rolę w intensyfikacji reakcji stresowych odegrała także pandemia COVID-19, której wpływ był szczególnie dotkliwy wśród dzieci i młodzieży. Badanie przeprowadzone w Szwajcarii wykazało, że postrzegany stres pandemiczny pozostawał istotnie związany ze strategiami radzenia sobie oraz stanem zdrowia psychicznego adolescentów, a dziewczęta częściej prezentowały wyższy poziom stresu i gorsze wskaźniki dobrostanu psychicznego (Foster i in., 2023). Dodatkowo wyniki badań neuroobrazowych przeprowadzonych przez Gotliba i współpracowników sugerują, że doświadczenia pandemiczne mogły wiązać się z przyspieszonym dojrzewaniem wybranych struktur mózgowych u nastolatków. Autorzy wskazali, że mózgi adolescentów badanych po pandemii wykazywały cechy typowe dla osób starszych rozwojowo, co interpretowano w kontekście izolacji społecznej, ograniczenia kontaktów rówieśniczych i przewlekłego stresu środowiskowego (Gotlib i in., 2023). Wyniki te wymagają jednak ostrożnej interpretacji i powinny być traktowane jako przesłanka do dalszych badań nad wpływem długotrwałego stresu na rozwój dzieci i młodzieży.

W zakresie przejawów stresu u dzieci i młodzieży można wyróżnić zarówno symptomy somatyczne (bóle głowy, brzucha, zaburzenia snu), jak i reakcje emocjonalne (drażliwość, płaczliwość, niepokój, wybuchy złości). W przypadku starszej młodzieży często pojawiają się także symptomy zinternalizowane (depresyjność, wycofanie, anhedonia) bądź eksternalizowane (agresja, zachowania opozycyjno-buntownicze, sięganie po substancje psychoaktywne). Zgodnie z modelem transakcyjnym Lazarusa i Folkman (1984), kluczowe znaczenie w powstawaniu i nasilaniu reakcji stresowej ma subiektywna ocena sytuacji oraz dostępność indywidualnych i środowiskowych zasobów zaradczych. W tym ujęciu stres nie wynika wyłącznie z obiektywnego charakteru zdarzenia, lecz z relacji pomiędzy wymaganiami sytuacji a oceną własnych możliwości poradzenia sobie z nimi. Znaczenie procesów samoregulacji, kontroli oraz przekonań dotyczących własnej sprawczości podkreślano również w późniejszych ujęciach odnoszących się do regulacji zachowania i funkcjonowania w sytuacjach trudnych (Carver, Scheier, 1998; Schwarzer, Knoll, 2007).

Dzieci o niższym poziomie poczucia własnej skuteczności i mniejszych kompetencjach emocjonalnych mogą wykazywać większą podatność na nadmierne reagowanie na sytuacje trudne. Zgodnie z założeniami Bandury (1997), przekonania dotyczące własnej skuteczności wpływają na sposób interpretowania wyzwań, poziom motywacji, wytrwałość oraz gotowość do podejmowania działań mimo przeszkód. Badania nad dziećmi i młodzieżą wskazują, że *self-efficacy* (własna skuteczność) pozostaje istotnie związane z funkcjonowaniem edukacyjnym, społecznym i emocjonalnym, a także z wyborem bardziej aktywnych strategii radzenia sobie (Bandura i in., 1996; Bandura i in., 2003; Pajares, 1996; Schunk, 1989). Osoby z wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności częściej interpretują sytuacje trudne jako wyzwania, a nie jako zagrożenia, co sprzyja podejmowaniu aktywnych form radzenia sobie zamiast unikania lub rezygnacji.

Współczesne badania podkreślają również rolę czynników środowiskowych w modulowaniu stresu. Szczególne znaczenie przypisuje się doświadczeniom przemocy rówieśniczej, wykluczenia, presji szkolnej oraz nadmiernego obciążenia bodźcami cyfrowymi. Badania i przeglądy dotyczące funkcjonowania dzieci i młodzieży wskazują, że doświadczenie *bullyingu* (z ang. nękanie, dręczenie) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem objawów lękowych, depresyjnych, obniżonego dobrostanu oraz trudności w relacjach społecznych. Również intensywne korzystanie z mediów społecznościowych może pozostawać w związku z pogorszeniem samopoczucia psychicznego młodzieży, choć kierunek tej zależności oraz mechanizmy pośredniczące pozostają przedmiotem dyskusji. Z tego względu zasadne jest ostrożne ujmowanie technologii cyfrowych nie jako jednoznacznej przyczyny trudności psychicznych, lecz jako jednego z czynników środowiskowych, który w określonych warunkach może wzmacniać przeciążenie emocjonalne, porównywanie społeczne i strategie unikowe (Twenge, 2017; Spitzer, 2013).

Nie bez znaczenia pozostaje także dostępność i jakość strategii radzenia sobie, jakie dzieci i młodzież rozwijają w odpowiedzi na sytuacje trudne. Badania Eschenbeck, Kohlmann i Lohausa (2007) wskazują, że sposób reagowania na stres u dzieci i młodzieży różnicuje się w zależności od wieku, płci oraz rodzaju sytuacji stresowej. Szersze ujęcia rozwojowe podkreślają natomiast, że adaptacyjne radzenie sobie kształtuje się w relacji z doświadczeniami dziecka, wsparciem społecznym, jakością środowiska rodzinnego i szkolnego oraz rozwijającą się zdolnością regulacji emocji (Compas i in.,

2001; Skinner, Zimmer-Gembeck, 2016). Dzieci, które posiadają umiejętność rozpoznawania i nazywania emocji, mają większe szanse na zastosowanie adaptacyjnych strategii – np. poszukiwania rozwiązania problemu, korzystania ze wsparcia społecznego czy regulacji emocjonalnej – zamiast ucieczki, agresji lub zachowań unikowych.

W ostatnich latach duże uznanie zyskały również programy interwencyjne i profilaktyczne, mające na celu wzmacnianie odporności psychicznej dzieci. Wśród nich wymieniana się program „FRIENDS”, oparty na założeniach poznawczo-behawioralnych i ukierunkowany na redukcję objawów lękowych oraz wzmacnianie umiejętności radzenia sobie u dzieci i młodzieży. Przegląd systematyczny i metaanaliza Filges i współpracowników (2024) wskazują, że interwencja ta może prowadzić do zmniejszenia objawów lękowych w samoopisie dzieci i młodzieży, choć autorzy podkreślają potrzebę dalszych badań o wysokiej jakości metodologicznej. Do dobrze znanych programów terapeutycznych należy również „*Coping Cat*” – poznawczo-behawioralny program adresowany do dzieci z objawami lękowymi, którego skuteczność była potwierdzana w badaniach nad terapią lęku dziecięcego (Lenz, 2015). Również interwencje oparte na uważności (ang. *mindfulness*) znalazły zastosowanie w środowisku szkolnym, przyczyniając się do poprawy samoregulacji, koncentracji uwagi i odporności na stres, choć wyniki badań należy interpretować z uwzględnieniem zróżnicowania programów oraz jakości metodologicznej analiz (Zenner i in., 2014; Phan i in., 2022).

W odpowiedzi na wyzwania współczesnego świata pojawiają się także rozwiązania technologiczne i cyfrowe wspierające samoświadomość emocjonalną, samoregulację oraz monitorowanie napięcia psychofizycznego u dzieci i młodzieży. Ich wykorzystanie może obejmować aplikacje psychoedukacyjne, narzędzia wspierające trening uważności, biofeedback czy interaktywne formy uczenia rozpoznawania reakcji stresowych. Rozwiązania te powinny być jednak traktowane jako uzupełnienie, a nie zastępstwo relacji terapeutycznej, wsparcia społecznego i oddziaływań psychopedagogicznych. W kontekście dzieci szczególnego znaczenia nabiera bowiem nie tylko dostęp do narzędzi regulacyjnych, lecz także obecność dorosłego, który pomaga dziecku rozumieć własne emocje, nadawać znaczenie doświadczeniom i rozwijać konstruktywne sposoby reagowania na napięcie.

Stres u dzieci i młodzieży jest zjawiskiem złożonym, dynamicznym i wyjątkowo istotnym w kontekście ich zdrowia psychicznego. Identyfikacja źródeł stresu, rozwijanie skutecznych strategii zaradczych, wzmacnianie relacji społecznych oraz wdrażanie

programów profilaktycznych powinny stanowić fundament współczesnej praktyki psychopedagogicznej. W dobie rosnącej liczby wyzwań – społecznych, technologicznych i ekologicznych – wspieranie odporności psychicznej młodych osób staje się nie tylko zadaniem środowisk wychowawczych, ale również priorytetem zdrowia publicznego.

2.2. Pojęcie *coping*, strategie radzenia sobie ze stresem – charakterystyka

2.2.1. Pojęcie radzenia sobie ze stresem (*coping*)

Radzenie sobie ze stresem jest określane jako fundament mechanizmu adaptacyjnego. Skuteczne radzenie sobie zdecydowanie sprzyja zdolności dostosowania do zmieniających się warunków otoczenia, nieumiejętne – znacząco utrudnia prawidłowy proces adaptacji (Bishop, 1996; Knapp, Sweeny, 2022). W dziedzinie nauk biomedycznych oraz społecznych dominuje koncepcja zakładająca posiadanie wrodzonych programów walki ze stresem, dzięki którym człowiek zostaje wyposażony w automatyczne, zaprogramowane sposoby unikania sytuacji trudnych, odbieranych jako zagrażające czy szkodliwe (Terelak, 2005, 2019). Co więcej, określona jednostka posiada także zdolność do tworzenia nowych, rozbudowanych programów, doskonalonych w ciągu życia, które opiera na dwóch podstawowych systemach uczenia się – prewencyjnym oraz patologicznym. Wspomniane systemy bazują w znaczącej mierze na zasobach intelektualnych człowieka w obliczu konfrontacji z nowymi, nieznanymi dotąd sytuacjami czy warunkami. Dzięki potencjałowi człowieka zawartemu w inteligencji analitycznej, praktycznej czy emocjonalnej możliwe jest odejście od biernego poziomu adaptacji w ukierunkowaną aktywność, regulującą różnorodne strategie radzenia sobie ze stresem (Bargiel-Matusiewicz, Omar, 2016; Bonino, 2020; Jacobs, 2016; Terelak, 2007).

Istotą omawianego procesu radzenia sobie jest ugruntowany w koncepcjach teoretycznych od wielu lat świadomy, ukierunkowany wysiłek, zorientowany na efektywność oddziaływania w obliczu sytuacji o charakterze stresogennym (Bonino, 2020; Stone, Neal, 1984). Nina Ogińska-Bulik (2006) podkreśla w tym ważność oraz wyższość celowego wysiłku człowieka nad zautomatyzowanym zachowaniem. George Bishop (1996) dodaje, iż w procesie radzenia sobie ze stresem istotne jest ujmowanie zmagania jednostki zarówno w wymiarze biernym, jak i czynnym, a także o nacechowaniu pozytywnym czy negatywnym. Jan Terelak (2007, 2019) zwraca natomiast uwagę na

konieczność różnicowania aktywności podmiotu oraz charakteru doświadczanej sytuacji stresogennej, które w istotny sposób przekładają się na rodzaj oraz intensyfikację organizowanych przez jednostkę wysiłków.

Richard Lazarus i Susan Folkman jako jedni z pierwszych użyli do zdefiniowania pojęcia radzenia sobie ze stresem nazewnictwa *coping*. W ujęciu autorów obejmuje ono zmieniające się wysiłki poznawcze oraz behawioralne, dotyczące opanowania zewnętrznych czy wewnętrznych wymagań, podlegających jednocześnie dokonywanej przez podmiot ocenie poznawczej (Lazarus, Folkman, 1984). Konstrukty radzenia sobie w ujęciu wspomnianych autorów posiada charakter dynamiczny, co wpływa także istotnie na zakres i wielość przyjmowanych strategii (Skalski, 2018). Rozszerzoną koncepcję przedstawia także Kenneth Matheny, określając pojęcie *coping stress* jako świadomy bądź nieświadomy wysiłek, który pozostaje w bezpośrednim związku z prewencją, eliminacją czy osłabieniem oddziaływania stresorów (Matheny i in., 1986).

Jednocześnie należy nadmienić, iż Richard Lazarus i Susan Folkman przypisują procesowi radzenia sobie dwie funkcje – zorientowaną na problem (instrumentalną) oraz zorientowaną na emocje (regulacyjną) (Lazarus, Folkman, 1984). O ich istocie pisze również między innymi Nina Ogińska-Bulik oraz Zygryd Juczyński, rozszerzając wyjaśnienie ich znaczenia dla procesu *coping*. Funkcja instrumentalna umożliwia koncentrację na utrzymaniu lub poprawie poziomu relacji z otoczeniem przez zmianę destruktywnego działania własnego czy otoczenia. Funkcja regulacyjna zakłada z kolei z jednej strony koncentrację na obniżeniu poziomu napięcia czy ogólnych stanów emocjonalnych uważanych za negatywne dla organizmu, z drugiej natomiast kładzie nacisk na odpowiednią stymulację emocjonalną czy mobilizowanie jednostkę do aktywności (Ogińska Bulik, Juczyński, 2008, 2010).

W nowszych koncepcjach pojęciowych radzenia sobie ze stresem jako fundamentalny wyłania się wymiar społeczny omawianego procesu, ujmowany zarówno w ujęciu zbiorowym, grupowym czy społecznościowym (Hobfoll, 2005; Knapp, Sweeny, 2022; Parkes, Hughes, Carducci, Riggio, 2020). O istocie znaczenia wsparcia społecznego dla omawianego konstruktu mówią także Susan Folkman i Judith Moskowitz, podkreślając jego kluczowe znaczenie dla efektywnego procesu radzenia sobie (Folkman, Moskowitz, 2004). Istotne znaczenie ma tu również odwołanie do koncepcji zachowania zasobów oraz traktowanie radzenia sobie stresem jako procesu dysponowania zasobami w zakresie ich utrzymania bądź utraty (kategoria zysków/strat) (Hobfoll, 1989).

Należy nadmienić, iż radzenie sobie ze stresem może przyjmować charakter dwuetapowy, o którym mówią Lazarus i Folkman. Początkowo następuje proces tzw. pierwotnej oceny poznawczej sytuacji, identyfikowanej jako zagrażająca (Lazarus, Folkman, 1984). Na skutek niniejszego etapu weryfikacyjnego jednostka podejmuje decyzję dotyczącą klasyfikacji zastanych warunków w wymiarze stresującym. W efekcie niniejszej oceny dochodzi do aktywacji mechanizmu adaptacyjnego wyrażonego w procesie radzenia sobie. Istotnie ważne jest zaznaczenie zależności przebiegu niniejszego procesu od wtórnej oceny szkodliwości czy zagrożenia. We wspomnianym drugim etapie oceny poznawczej dochodzi do oszacowania możliwości oraz strategii radzenia sobie w obliczu doświadczanej sytuacji (Lazarus, Folkman, 1984; Terelak, 2007, 2019).

Na bazie niniejszych rozważań w sposób klarowny wyłaniają się istotne cechy omawianego konstruktu: ocena, dynamika, zorientowanie na cel. Radzenie sobie jest w ujęciu transakcyjnej teorii stresu i radzenia sobie nierozdzielnie związane z procesem oceny. Możemy zatem uznać, iż sposób w jaki dana jednostka odbiera zastaną sytuację staje się determinantem jej dalszego postępowania, co w konsekwencji może przyczynić się do modyfikacji oceny początkowej. Nieodzowną cechą procesu radzenia sobie jest również jego dynamika. Omawiany konstrukt zawiera w sobie szeroki zakres działań i podejmowanych decyzji w reakcji na sytuację stresogenną. Należy pamiętać, iż zmianom podlega zarówno samo stresujące doświadczenie jak i jego percepcja. Dynamiczny proces zmian determinuje tym samym dynamikę w zakresie podejmowanych wysiłków i aktywności podmiotu koncentrowanych na radzeniu sobie. Bez wątpliwości istotną cechą jest także zorientowanie na cel, a mianowicie w tym kontekście na eliminację czy minimalizację doświadczanego zagrożenia. Wspomniana triada identyfikująca proces radzenia sobie odzwierciedla się znacząco w zaproponowanych koncepcjach ujętych w niniejszym opracowaniu.

2.2.2. Strategie radzenia sobie ze stresem

Człowiek na co dzień podejmuje różnorodne próby uporania się ze zjawiskiem stresu. Dotyczy to wielu obszarów naszego funkcjonowania, w tym także środowiska pracy. Niejednokrotnie obieramy działania, mające na celu zmniejszenie wpływu czynników stresogennych na nasze ogólne funkcjonowanie. Można zatem powiedzieć, iż każdy z nas stosuje określone strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Na strategię

radzenia sobie ze stresem składa się wiele rozmaitych komponentów, stanowiących kompilację różnorodnych czynników i ich wzajemnych powiązań, od których uzależnione jest powodzenie w walce z określonym zjawiskiem stresogennym (Parkes, Hughes, Carducci, Riggio, 2020). Warto zauważyć, iż cechą charakterystyczną, jednocześnie wyróżniającą człowieka jako gatunek, jest zdolność ciągłego uczenia się, dzięki której jesteśmy zdolni do wytwarzania coraz to nowych, bardziej efektywnych strategii radzenia sobie, w zależności od wymogów sytuacji – uniwersalnych, bądź o charakterze indywidualnym (Brzezińska, 2011; Falewicz, 2017; Terelak, 2019). Dlatego też, biorąc pod uwagę różnorodność czynników stresogennych, które mogą być charakterystyczne dla jednego obszaru, a nie występują w innych, jesteśmy w stanie zastosować określone strategie, które sprawdzą się dokładnie w tym obszarze, w którym odczuwamy znaczący dyskomfort, wynikający z oddziaływania charakterystycznych dla niego stresorów.

Lazarus i Folkman (1984) zaznaczają, iż radzenie sobie ze stresem związane jest z procesem pierwotnej oceny poznawczej sytuacji zagrażającej. Jeżeli jednostka w swej ocenie zaklasyfikuje dane warunki jako stresujące, następuje uruchomienie złożonego procesu adaptacyjnego, a mianowicie procesu radzenia sobie. Sam przebieg tego procesu jest zależny w głównej mierze od wtórnej oceny owego zagrożenia. Wówczas to oceniane są różnorodne możliwości i strategie radzenia sobie w zaistniałej sytuacji (Terelak, 2007; Tusak, Marinsek, Błatnik, 2019). Bazując na poznawczo-transakcyjnym ujęciu radzenia sobie ze stresem, wyróżniono cztery podstawowe strategie:

1. Poszukiwanie informacji;
2. Bezpośrednie działanie;
3. Powstrzymywanie się od działania;
4. Procesy intrapsychiczne (Lazarus, Folkman, 1984; Terelak, 2007).

Pierwsza z wyróżnionych strategii – poszukiwanie informacji – polega na dokonaniu przeglądu zastanej sytuacji stresogennej. Przegląd ten jest konieczny dla uzyskania wiedzy niezbędnej do podjęcia decyzji zaradczej bądź przewartościowania doświadczanego zagrożenia czy doznawanej szkody. Bezpośrednie działanie, jako druga z przedstawionych strategii, obejmuje wszelkie czynności jednostki z wyłączeniem operacji poznawczych. Podejmowanie wspomnianych działań ma na celu uporanie się z czynnikami stresogennymi, dotyczącymi zmian zarówno w odniesieniu do samej jednostki, jak i jej otoczenia. Powstrzymywanie się od działania, jako kolejna z

prezentowanych strategii, choć nasycona biernością, może okazać się w wielu sytuacjach stresowych korzystniejsza, aniżeli jakakolwiek podejmowana przez jednostkę aktywność (Parkes, Hughes, Carducci, Riggio, 2020). Procesy intrapsychiczne, jako ostatnia ze strategii wyróżnionych przez Lazarusa i Folkman, jest związana ze wszelkimi operacjami poznawczymi, związanymi w sposób bezpośredni bądź pośredni z regulacją emocji. Możemy tu zaliczyć między innymi liczne mechanizmy obronne, w tym zaprzeczanie, projekcję czy unikanie sytuacji zagrożenia (Terelak, 2007).

Każda z wyróżnionych przez autorów strategii pełni niejako podwójną funkcję, zgodnie z koncepcją dwufunkcjonalności omawianego procesu (zorientowanie na problem, zorientowanie na emocje). Co więcej, może być również zorientowana na „ja” lub na otoczenie. Może także nawiązywać do przeszłości, teraźniejszości lub przyszłości. Poza zaprezentowanymi czterema zasadniczymi strategiami radzenia sobie ze stresem wyróżniono także w toku badań wiele innych strategii, bazujących na wspomnianej dwufunkcjonalności, prezentowanych w szerszym ujęciu między innymi przez I. Heszen – Niejodek (2001). Szczegółowe zestawienie wyróżnionych funkcji zaprezentowano na poniższej rycinie 75.



Rycina 75. Funkcje radzenia sobie ze stresem (opracowanie własne za: Heszen-Niejodek, 2001; grafika wykonana z wykorzystaniem AI)

Jak można zauważyć, znacznie obszerniejszą grupę strategii radzenia sobie ze stresem stanowią strategie zorientowane emocjonalnie. Jednakże we wszystkich wymienionych przykładach nie został uwzględniony pewien komponent, uznawany w nowszych koncepcjach za kluczowy dla efektywności danej strategii. Mianowicie mowa tu o kontekście czasowym, a zatem uwzględnianiu czasowego czynnika występowania stresogennego wydarzenia (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2008). Za dobry punkt odniesienia można w tym miejscu uznać klasyfikację zaproponowaną przez R. Schwarzera i S. Tauberta (1999). Autorzy wyróżniają następujące strategie radzenia sobie ze stresem:

1. Reaktywność;
2. Antycypacja;
3. Prewencyjność;
4. Proaktywność (Schwarzer, Taubert, 1999).

Pierwsza z wyróżnionych strategii – reaktywność – ma na celu kompensowanie doznawanych krzywd czy poniesionych strat. Jest zorientowana na tu i teraz, odnosi się do aktualnych stanów i posiadanych obecnie zasobów, nawiązuje do teraźniejszości. Antycypacja natomiast, ukierunkowana jest w głównej mierze na wydarzenie bądź wydarzenia, mające wystąpić w nieodległej przyszłości, podobnie jak kolejna z prezentowanych przez autor w strategii. Prewencyjność koncentruje się bowiem wokół zasobów, pozwalających na zmniejszenie negatywnych skutków wydarzeń stresogennych, które mają nastąpić. Odnosi się zatem do nieokreślonych zagrożeń, które jednostka może napotkać w przyszłości, a także do gromadzenia zasobów, niezbędnych do poradzenia sobie w zastanej sytuacji. Patrząc z punktu widzenia efektywności podejmowanych prób radzenia sobie ze stresem, rola wspomnianych zasobów jest również znacząca w ostatniej z wyróżnionych przez Schwarzera i Tauberta strategii. Proaktywność wiąże się bowiem ze zdobywaniem i doskonaleniem zasobów, które w znaczącym stopniu pośredniczą w poszukiwaniu wyzwań przez jednostkę, stawianiu ambitnych celów oraz odgrywają kluczową rolę w dążeniu do ich efektywnej realizacji (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2008; Schwarzer, Taubert, 1999).

Ważne ujęcie strategii radzenia sobie z sytuacją stresową zawiera także integracyjny model radzenia sobie ze stresem, opracowany przez Matheny'ego i współpracowników (Matheny i in., 1986). Wyróżniono w nim dwie zasadnicze klasy

strategii: strategię prewencyjną oraz strategię zwalczania. Każda z prezentowanych strategii posiada także zestaw tak zwanych podstrategii, stanowiących ich uszczegółowienie. Obrazowe zestawienie zbiorcze omawianych strategii przedstawiono na poniższej rycinie 76.



Rycina 76. Strategie radzenia sobie ze stresem – model integracyjny według Matheny'ego (opracowanie własne za: Matheny i in. 1986; rozszerzająco za: Terelak, 2007); grafika wykonana z wykorzystaniem AI

Za podstawową strategię prewencyjną autorzy integracyjnego modelu stresu uznają sprostanie stresorom życia codziennego, a więc próbę uporania się z czynnikami stresogennymi, utrudniającymi ogólne funkcjonowanie człowieka. Kolejna wyróżniona strategia prewencyjna mówi o konieczności przystosowania się do poziomu wymagań wieloobszarowych. Niezbędna jest tu zatem adaptacja do warunków środowiska, życia rodzinnego czy zawodowego. Trzecia strategia szczegółowa pierwszej kategorii wiąże się zmianą wzorców zachowań generujących stres, w tym między innymi reaktywności

emocjonalnej czy wzoru zachowania A. Ostatnia strategia prewencyjna związana jest z rozwojem odporności na wydarzenia stresogenne, obejmująca między innymi swym zakresem aktywność psychologiczną, społeczną czy poznawczą. Strategia ta skupia się zatem na konkretnych obszarach radzenia sobie ze zjawiskiem stresu w sposób elementarny, dzięki czemu pozwala w rezultacie na sprawną syntezę i gwarantuje wysoką efektywność podejmowanych działań (Terelak, 2007).

Druga ze strategii nadrzędnych, wyróżniona w podziale Matheny'ego, a mianowicie strategia zwalczania, zawiera w sobie pięć podstrategii szczegółowych, analogicznie do strategii kategorii pierwszej. W tej grupie podstawową strategią jest systematyczna rejestracja stresorów oraz ich wszelkich symptomów. Daje ona szansę podjęcia walki z czynnikami stresogennymi, jak również możliwość zapobiegania czy unikania sytuacji pozostawania pod ich stałym oddziaływaniem. Kolejną szczegółową strategię zwalczania reprezentuje szacowanie własnych możliwości w sytuacji stresowej. Jest ono podstawą przygotowania jednostki do aktywnej walki ze stresem. Po względnym oszacowaniu swoich możliwości możemy włączyć do naszego działania kolejną z wyróżnionych podstrategii, a mianowicie eliminację stresorów. Polega ona na próbie zwalczania czynnik w stresogennych, rozwiązywaniu złożonych problemów, czy stopniowej desensytyzacji źródła stresorów (Matheny i in., 1986). Nie zawsze jednak jest możliwa całkowita eliminacja wszelkich oddziałujących czynników stresogennych, które zaburzają w danym stopniu nasze funkcjonowanie. Niekiedy także strategie okazują się być nieefektywne. Wówczas to zostaje uruchomiona kolejna ze szczegółowych strategii zwalczania – tolerancja stresorów. Wiąże się ona z trzema zasadniczymi elementami:

1. Restrukturyzacją poznawczą, a więc zmniejszaniem percepcji zagrożenia czy identyfikacją z pozytywnymi rezultatami;
2. Zaprzeczeniem rzeczywistości, a zatem stosowaniem przez jednostkę różnorodnych mechanizmów obronnych (wyparcia, ucieczki);
3. Koncentracją na czynniku stresogennym, a więc odwróceniem uwagi od reakcji emocjonalnej, pogłębianiem dystansu na poziomie stresor - osoba, sprzyjającemu większej obiektywizacji sytuacji zagrożenia i możliwości wykorzystania uprzednich doświadczeń.

Ostatni, piąty typ strategii zwalczania stresu polega na obniżeniu pobudzenia organizmu, bądź to za pomocą technik redukcji napięcia mięśniowego, takich jak

relaksacja czy medytacja, bądź też za pomocą leczenia, w tym psychoterapii czy farmakoterapii (Terelak, 2007, 2019).

Współcześnie wyróżnia się wiele różnorodnych strategii radzenia sobie, które wyodrębniły się w oparciu o bazowe założenia teoretyczne różnorodnych koncepcji i modeli. Bardzo często mówimy dziś przykładowo o radzeniu sobie skoncentrowanym na problemie (bezpośredniej konfrontacji z sytuacją trudną), emocjach (rozładowaniu napięcia emocjonalnego) czy unikaniu (angażowaniu się w czynności zastępcze) (Skulski 2018). Istotnie wyróżnianymi strategiami stają się także strategie poszukiwania wsparcia społecznego, instrumentalnego czy duchowego (Schwarzer, Knoll, 2007). Dużą rolę odgrywa również proaktywne radzenie sobie, bazujące w istotnym zakresie na teorii zachowania zasobów Hobfolla (gromadzenie i możliwość wykorzystania zasobów w przyszłości – tak zwanych „szans” (Falewicz, 2017; Sęk, Pasikowski, 2003). Wyróżniane jako ważne stają się także radzenie sobie oparte na znaczeniu, często nazywane strategią pozytywnego przewartościowania, które bazuje z kolei w istotnym zakresie na transakcyjnym ujęciu radzenia sobie (Folkman, Moskowitz, 2006; Skulski, 2018).

Jak można zauważyć, większość strategii radzenia sobie ze stresem posiada charakter uniwersalny. Oznacza to, iż możliwe jest ich wykorzystanie w odniesieniu do różnych sytuacji stresowych, obejmujących wiele różnorodnych obszarów. Pewne podstawowe czy stałe założenia konstruowanych przez jednostkę strategii nadają im bowiem zdolność ich wielofunkcyjnego wykorzystania. Nie oznacza to jednak, iż dane strategie radzenia sobie ze stresem stosowane w różnych sytuacjach są dokładnie takie same. Zdolność człowieka do wytwarzania różnorodnych strategii, wynikająca z jego potencjału intelektualnego, zapewnia mu bowiem możliwość ciągłego doskonalenia tworzonych programów, w zależności od charakteru danej sytuacji stresowej oraz typu i natężenia oddziałujących stresorów. Dzięki tej dyspozycji jesteśmy w stanie na bieżąco dostosowywać konstruowane przez nas programy radzenia sobie względem zmieniających się czy nowo powstałych czynników stresogennych, występujących w interesującym nas strategicznie obszarze.

Zważając na istotę funkcjonowania dzieci i młodzieży, patrząc z punktu widzenia analizy badawczej, uzasadnione jest zastosowanie w prowadzonych badaniach Kwestionariusza Jak Sobie Radzisz autorstwa Z. Juczyńskiego, do oceny strategii radzenia sobie w omawianej populacji. Narzędzie jest przeznaczone do badania dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat. Kwestionariusz bazuje na wspomnianym w niniejszej

dysertacji transakcyjnym ujęciu stresu, rozumianym jako wynik relacji między jednostką a otoczeniem, dokonujący się w oparciu o proces oceny poznawczej. Odnosi się on zarówno do funkcji instrumentalnej, jak i regulacyjnej. Narzędzie mierzy strategie aktywnego radzenia sobie, koncentracji na emocjach oraz poszukiwania wsparcia społecznego. Odwołuje się zarówno do wymiaru dyspozycyjnego, jak i sytuacyjnego stosowanych strategii. Szczegółowy opis kwestionariusza zawarto w części metodologicznej (patrz: część metodologiczna, rozdział 4.2).

3. Poczucie własnej skuteczności

Pojęcie własnej skuteczności stało się jednym z kluczowych terminów w dziedzinie nauk społecznych, stanowiąc jednocześnie istotny wyznacznik inicjowania oraz wprowadzania zmian i modyfikacji w kanonie zachowań własnych, o szczególnym znaczeniu dla aspektu radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Schwarzer, Fuchs, 1996). Poczucie własnej skuteczności niezwykle trudno zdefiniować bez ujęcia szerszego kontekstu relacyjnego. Niezbędnym staje się uczynienie odwołania prezentowanych ujęć definicyjnych niniejszego konstruktu do jego bazowej koncepcji teoretycznej czy zarysu najistotniejszych cech. Niezwykle ważne dla pełnego zrozumienia istoty poczucia własnej skuteczności jest także odniesienie go do innych istotnych konstruktywów czy czynników pozostających w ścisłym związku z pojęciem fundamentalnym niniejszego rozdziału.

3.1. Poczucie własnej skuteczności – charakterystyka pojęcia, doniesienia badawcze

3.1.1. Definicje, rys historyczny

Pojęcie poczucia własnej skuteczności (ang. *self-efficacy*) zostało wprowadzone do literatury psychologicznej przez Alberta Bandurę w latach 70. XX wieku jako kluczowy komponent teorii społecznego uczenia się, a następnie teorii społeczno-poznawczej (Bandura, 1977, 1986). Bandura używając terminologii „*self-efficacy*” zdefiniował poczucie własnej skuteczności jako wiarę we własne zdolności do organizacji i wdrożenia w zakres aktywności takich działań, które staną się niezbędne w procesie radzenia sobie z przyszłymi doświadczanymi sytuacjami na gruncie wieloobszarowym (Bandura, 1977). W języku naukowym możemy spotkać się także z pojęciami „samoskuteczność” czy „poczucie własnej kompetencji”. Są one używane zamiennie z omawianym konstruktem wiodącym (co też czynię w niniejszej dysertacji). Według Bandury, pojęcie samoskuteczności odnosi się do sądów, jakie ludzie formułują na temat swoich kompetencji, niezbędnych dla wykonania danego zadania w konkretnej sytuacji. Spostrzeganie własnej skuteczności zostało uznane przez autora jako specyficzny mechanizm psychologiczny, który reguluje modyfikację zachowania oraz wpływa na efektywność podejmowanych aktywności, stanowiąc jednocześnie konstrukt

pośredniczący między wiedzą a zachowaniem (Bandura, 1986, 2001; Zakrzewski, 1987). To subiektywne przekonanie warunkuje nie tylko wybory podejmowane przez jednostkę, ale również poziom motywacji, odporność na przeciwności, a także długość i wytrwałość podejmowanego wysiłku. Historycznie, koncepcja ta powstała w opozycji do teorii behawiorystycznych, w których człowiek był postrzegany jako bierny odbiorca bodźców i wzmocnień. Bandura zaproponował model, w którym jednostka aktywnie konstruuje swoje zachowanie w oparciu o poznawcze reprezentacje rzeczywistości i własne przekonania na temat skuteczności działania. Od tego czasu teoria *self-efficacy* była wielokrotnie rozwijana, a jej zastosowanie rozszerzyło się na wiele obszarów: edukację (Pajares, 2007), zdrowie (Schwarzer, Luszczynska, 2008), psychoterapię (Maddux, 2013), pracę zawodową (Lent, Brown, 2019), a także funkcjonowanie w sytuacjach kryzysowych i wojennych (Benight, Bandura, 2004; Ben-Ezra i in., 2021).

Ewa Łodygowska, Mimi Bong oraz Einar Skaalvik twierdzą – podobnie jak Bandura (1986, 2001) – iż pod pojęciem własnej skuteczności kryje się istotnie ocena posiadanych możliwości, a mianowicie własny osąd nad sobą i umiejętnością przezwyciężenia określonych wyzwań czy trudności (Łodygowska 2011; Bong, Skaalvik, 2003). Augustyn Bańka zauważa dodatkowo, iż poczucie własnej kompetencji jest także silnie związane z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli. Autor wyjaśnia, że sytuacja doświadczania niepowodzenia jest tłumaczona przez pryzmat niedostatecznych wysiłków, niewystarczającej wiedzy czy nieadekwatnego zaangażowania jednostki w określone działanie (Bańka, 2016).

Iwona Niewiadomska i Joanna Chwaszcz definiują poczucie własnej skuteczności jako poznawczy efekt bilansu pomiędzy doświadczanymi przez człowieka sukcesami a porażkami. Zaznaczają jednocześnie istotną dla niniejszego bilansu rolę oczekiwań czy przekonań jednostki w odniesieniu do możliwości realizacji zadań czy sprostaniu różnorodnym trudnościom życiowym (Niewiadomska, Chwaszcz, 2010).

Nina Ogińska-Bulik i Zygfryd Juczyński zwracają uwagę na istotną rolę własnej skuteczności dla odnoszenia sukcesów. Zakładają, że im silniejszy jest omawiany konstrukt tym istotnie lepiej człowiek radzi sobie z określonymi zadaniami, zagrożeniami, przeszkodami czy porażkami (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Edwin Locke i Gary Latham podkreślają z kolei związek poczucia własnej skuteczności z zakładanymi celami i zaangażowaniem w ich osiągnięcie. Im wyższe jest przekonanie o samoskuteczności tym według badaczy wyższe cele będą stawiane sobie

przez jednostkę. Obserwowane jest także towarzyszące silniejsze zaangażowanie towarzyszące wysokiej samoskuteczności, niezależnie od doświadczanych niepowodzeń (Locke, Latham, 1990). Również Ralf Schwarzer i Reinhard Fuchs zauważają, iż wysokie poczucie własnej skuteczności istotnie wpływa na procesy poznawcze, motywuje do większego zaangażowania czy mobilizacji wysiłków, sprzyja podejmowaniu ambitnych zadań czy aktywności (Schwarzer, Fuchs, 1996).

Dokonując zbiorczej analizy powyższych definicji możliwym jest skonstruowanie wniosku, iż poczucie własnej kompetencji istotnie różnicuje ludzi w wymiarze myśli, emocji czy zachowań. Wysoki poziom poczucia własnej skuteczności stanowi fundament dla ekspozycji posiadanych umiejętności (wartościowanych pozytywnie) czy efektywności w zakresie podejmowanych przez człowieka zadań czy aktywności. Jednostka posiadająca silne przekonanie co do własnych zdolności traktuje stawiane przed nią zadania w charakterze wyzwań, co istotnie wpływa na proces ich pozytywnej percepcji i zwiększa poziom motywacji do działania. Osoby o wysokiej samoskuteczności potrafią utrzymać czy nawet zwiększyć wysiłki własne w momencie konfrontacji z porażką czy niepowodzeniem. Analogicznie, osoby, posiadające niskie przekonanie co do własnych umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych mają istotną trudność angażowania się w osiągnięcie założonych sobie celów, ich pułap aspiracyjny również zostaje stanowczo zaniżony. Nieodpowiednia czy nieadekwatna ocena posiadanych kompetencji względem wymogów otoczenia w zastanej sytuacji doprowadza do ograniczenia czy zaniechania wysiłków. Jednostka przenosi wówczas uwagę w głównej mierze na komponent emocjonalny, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo porażki, która zostaje odbierana w sposób negatywny, skłaniający do przyjmowania postawy unikowej aniżeli konfrontującej się z sytuacją. Wpływa tym samym w sposób demotywacyjny na podejmowanie dalszych aktywności. Osoby o niższym poczuciu własnej skuteczności są zatem istotnie narażone na stres i jego negatywne konsekwencje.

Zarówno Albert Bandura, autor niniejszego konstruktu, jak również inni badacze zgodnie uznają, iż poczucie skuteczności to rezultat uczenia się, które kształtuje się w ciągu życia jednostki. Paradygmat społeczno-poznawczy, z którego wywodzi się pojęcie poczucia skuteczności, zakłada, że kształtowanie się przekonań dotyczących własnej kompetencji jest istotnie związane z dwoma mechanizmami – bezpośrednim doświadczaniem oraz obserwacją innych. Z uwagi na rozbudowaną formułę teorii,

stojącej za wyodrębnieniem pojęcia poczucia własnej skuteczności, pozwolę sobie na osobne jej omówienie w kolejnym podrozdziale.

3.1.2. Paradygmat społeczno-poznawczy a poczucie własnej skuteczności

Jak wskazano w poprzednim podrozdziale, poczucie własnej skuteczności stanowi jeden z centralnych konstruktów psychologii współczesnej. Jego pełne zrozumienie wymaga jednak odniesienia do szerszego kontekstu teoretycznego. Paradygmat społeczno-poznawczy, opracowany przez Alberta Bandurę, stanowi jedno z najważniejszych ujęć w psychologii, łączące w sobie elementy teorii uczenia się, procesów poznawczych oraz uwarunkowań społecznych. Centralnym założeniem tego podejścia jest tzw. „determinizm wzajemny” (*reciprocal determinism*), czyli wzajemne oddziaływanie trzech komponentów: środowiska zewnętrznego, zachowania jednostki oraz jej wewnętrznych cech osobowościowych i procesów poznawczych (Bandura, 1986, 1989, 2001). Oznacza to, że nie tylko otoczenie wpływa na człowieka, ale człowiek również aktywnie kształtuje swoje otoczenie poprzez wybory, działania i interpretacje doświadczeń. W odróżnieniu od klasycznych ujęć behawioralnych teoria społeczno-poznawcza zakłada aktywną rolę jednostki w organizowaniu własnego doświadczenia. Człowiek nie tylko reaguje na warunki zewnętrzne, ale również interpretuje je, przewiduje ich konsekwencje oraz podejmuje działania wpływające na własne otoczenie (Bandura, 2001). Szczególne znaczenie przypisuje się tu procesom samoregulacji oraz sprawstwa (*human agency*), rozumianym jako zdolność jednostki do świadomego wpływania na przebieg własnego funkcjonowania.

W niniejszym modelu poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy*) pełni rolę kluczowego mechanizmu autoregulacyjnego. Odnosi się do subiektywnego przekonania jednostki o własnej zdolności do wykonania określonych działań i osiągnięcia zamierzonych celów w danej sytuacji (Bandura, 1997). Poczucie to kształtuje nie tylko sposób, w jaki jednostka interpretuje sytuacje i wyzwania, ale również to, czy i w jaki sposób podejmuje działania, jak długo je kontynuuje mimo trudności oraz jakie emocje im towarzyszą. W tym ujęciu poczucie własnej skuteczności nie jest traktowane jako względnie stała cecha osobowości, lecz jako mechanizm poznawczy uczestniczący w procesie regulowania zachowania. Oznacza to, że przekonania dotyczące własnych

możliwości nie odzwierciedlają wyłącznie rzeczywiście posiadanych kompetencji, ale wpływają na sposób ich wykorzystywania w konkretnych sytuacjach (Bandura, 1997).

Według Bandury (1997), poczucie skuteczności rozwija się w oparciu o cztery główne źródła: doświadczenie mistrzostwa, uczenie się przez obserwację, perswazję werbalną, stany fizjologiczne i emocjonalne:

1. Doświadczenia mistrzostwa (*mastery experiences*) – czyli osobiste doświadczenia sukcesu lub porażki. Sukcesy wzmacniają poczucie sprawczości, natomiast porażki – zwłaszcza we wczesnym etapie uczenia – mogą je osłabiać;
2. Uczenie się przez obserwację (*vicarious experiences*) – obserwacja innych osób osiągających cele podobne do naszych (szczególnie modeli podobnych nam pod względem cech) może zwiększać naszą wiarę we własne możliwości;
3. Perswazja werbalna (*verbal persuasion*) – komunikaty wspierające, pochwały czy zachęty ze strony innych (np. nauczycieli, rodziców, liderów opinii) mogą wpływać na percepcję własnej skuteczności, choć efekt ten jest zwykle słabszy i mniej trwały niż wynikający z osobistych doświadczeń;
4. Stany fizjologiczne i emocjonalne (*physiological and affective states*) – interpretacja własnych reakcji somatycznych (np. napięcia mięśniowego, przyspieszonego pulsu) jako objawu stresu lub gotowości do działania również wpływa na ocenę własnych możliwości.

Opisane źródła odnoszą się do mechanizmu kształtowania przekonań o własnej skuteczności. W teorii społeczno-poznawczej równie istotne pozostaje jednak pytanie nie tylko o to, w jaki sposób poczucie skuteczności powstaje, lecz również poprzez jakie mechanizmy wpływa ono na dalsze funkcjonowanie jednostki. Bandura (1997) zakładał, że przekonania dotyczące skuteczności oddziałują na funkcjonowanie człowieka poprzez cztery główne grupy procesów:

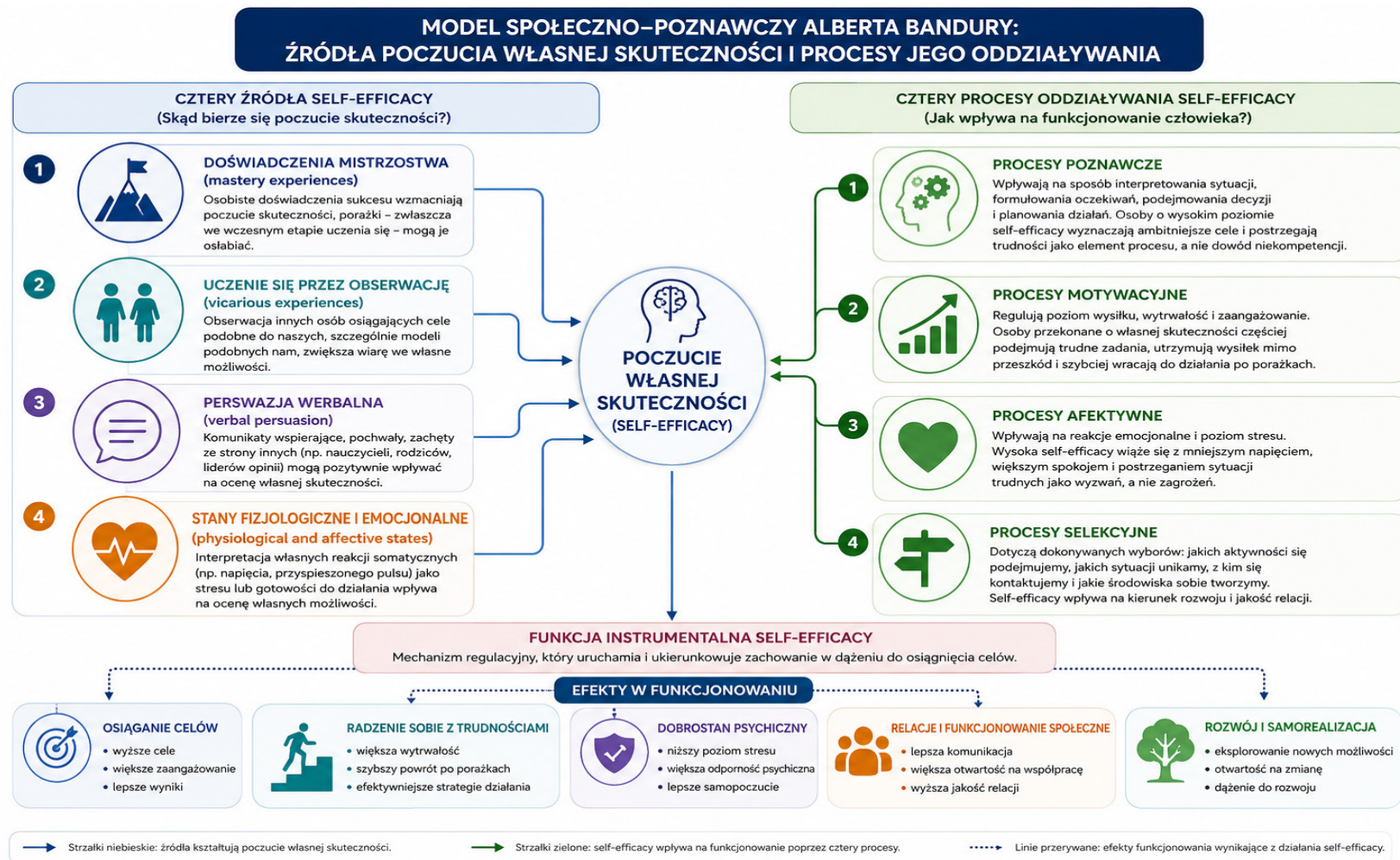
1. Procesy poznawcze – odnoszą się do sposobu interpretowania sytuacji, formułowania oczekiwań oraz planowania działań. Osoby o wyższym poziomie *self-efficacy* częściej konstruują cele o wyższym poziomie trudności, przewidują możliwość osiągnięcia rezultatów i interpretują pojawiające się trudności jako element procesu działania, a nie dowód własnej niekompetencji
2. Procesy motywacyjne – wiążą się z regulowaniem poziomu wysiłku oraz wytrwałości. Bandura wskazywał, że osoby przekonane o własnej skuteczności częściej utrzymują zaangażowanie mimo przeszkód oraz wykazują większą gotowość do podejmowania aktywności wymagających wysiłku (Bandura, 1997). W podobnym kierunku wskazują

Locke i Latham (1990), którzy podkreślają zależność pomiędzy przekonaniem o własnej skuteczności a poziomem wyznaczanych celów.

3. Procesy afektywne – odnoszą się do sposobu reagowania emocjonalnego na wymagające sytuacje. Według teorii społeczno-poznawczej przekonania dotyczące własnych możliwości wpływają na poziom napięcia, interpretację stresu oraz gotowość do podejmowania działania mimo niepewności (Bandura, 1997). Wysoki poziom poczucia skuteczności wiąże się z częstszym postrzeganiem sytuacji trudnych jako wyzwań, natomiast niski – z tendencją do koncentracji na potencjalnym niepowodzeniu.

4. Procesy selekcyjne – odnoszą się do dokonywanych przez jednostkę wyborów dotyczących aktywności, relacji oraz środowisk rozwoju. Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą człowiek nie wybiera przypadkowo sytuacji życiowych, lecz kieruje się między innymi oceną własnych możliwości porównania sobie z ich wymaganiami (Bandura, 1986).

Obrazowe przedstawienie źródeł własnej skuteczności, jak i procesów jej oddziaływania, zawiera poniższa rycina 77.



Rycina 77. Model społeczno-poznawczy Bandury – źródła i procesy własnej skuteczności (opracowanie własne); grafika wykonana z wykorzystaniem AI

Istotnym elementem teorii społeczno-poznawczej pozostaje założenie, że poczucie własnej skuteczności nie jest konstruktem statycznym, lecz podlega zmianom w toku doświadczeń życiowych. Kluczowe znaczenie mają tu doświadczenia sukcesu i porażki, obserwacja modeli społecznych, informacje zwrotne oraz interpretacja własnych stanów emocjonalnych (Bandura, 1997). Mechanizmy te mają szczególne znaczenie w okresie dzieciństwa i adolescencji, kiedy rozwijają się podstawowe schematy interpretowania własnych możliwości.

Współczesne rozwinięcia teorii społeczno-poznawczej wskazują, że poczucie własnej skuteczności pozostaje jednym z kluczowych mechanizmów związanych z samoregulacją, osiągnięciami edukacyjnymi oraz adaptacją do zmieniających się wymagań środowiska (Lent, Brown, 2019; Panadero, 2017; Schunk, DiBenedetto, 2020). Szczególnie podkreśla się jego znaczenie dla utrzymywania zaangażowania, elastycznego modyfikowania strategii działania oraz budowania odporności psychicznej. W świetle założeń paradygmatu społeczno-poznawczego poczucie własnej skuteczności można zatem rozumieć nie jako prosty rezultat posiadanych kompetencji, lecz jako mechanizm pośredniczący pomiędzy doświadczeniem jednostki, sposobem interpretowania rzeczywistości oraz podejmowanym działaniem.

Paradygmat społeczno-poznawczy, z poczuciem własnej skuteczności jako jego centralnym komponentem, nie traci na aktualności. Współczesna literatura wskazuje, że *self-efficacy* pozostaje jednym z najważniejszych psychologicznych predyktorów radzenia sobie z wyzwaniami współczesnego świata.

3.1.3. Poczucie własnej skuteczności jako istotny konstrukt badań nad różnymi obszarami funkcjonowania człowieka

W ostatnich latach obserwuje się wyraźne poszerzenie zakresu badań nad poczuciem własnej skuteczności, obejmujące coraz to nowe obszary funkcjonowania człowieka – od zdrowia psychicznego, przez aktywność społeczną, aż po adaptację do sytuacji granicznych. Nacisk kładzie się dziś nie tylko na funkcje adaptacyjne, ale również na jego rolę w zapobieganiu wykluczeniu, przemocy czy alienacji. W związku z licznymi kryzysami społecznymi i globalnymi, zainteresowanie badawcze poczuciem skuteczności istotnie wzrosło, w szczególności w odniesieniu do pojęcia *coping*. Poczucie własnej skuteczności, osadzone w paradygmacie społeczno-poznawczym, stało się

jednym z szeroko analizowanych konstruktów w badaniach nad edukacją, zdrowiem psychicznym, samoregulacją oraz radzeniem sobie ze stresem.

Poczucie skuteczności pełni rolę bufora chroniącego przed negatywnymi skutkami stresu – zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród dzieci, młodzieży, studentów czy osób pracujących w zawodach wysokiego ryzyka (np. medycy, nauczyciele, żołnierze). Warto zauważyć, iż związek między poczuciem własnej skuteczności a radzeniem sobie ze stresem jest przedmiotem intensywnych badań od lat 80. XX wieku.

Empiryczna weryfikacja założeń teorii społeczno-poznawczej przyczyniła się do uznania poczucia własnej skuteczności za jeden z najlepiej udokumentowanych konstruktów psychologii współczesnej. Przekonania dotyczące własnych możliwości pozostają istotnym predyktorem zachowania, wpływając na wybór celów, poziom zaangażowania, wytrwałość oraz sposób reagowania na przeszkody – co istotne – niezależnie od wieku, środowiska czy rodzaju podejmowanej aktywności.

Jednym z najwcześniejszych i najczęściej cytowanych obszarów badań były osiągnięcia edukacyjne. Schunk (1989) wykazał, że dzieci prezentujące wyższy poziom poczucia własnej skuteczności osiągały lepsze wyniki w zadaniach edukacyjnych oraz wykazywały większą wytrwałość w sytuacji trudności. Autor podkreślał, że przekonanie o własnych możliwościach wpływało nie tylko na sam efekt końcowy, ale również na wybór strategii działania i poziom zaangażowania.

W kolejnych latach Pajares (1996; 2007) wykazał, że *self-efficacy* pozostaje jednym z najsilniejszych predyktorów osiągnięć szkolnych, często silniejszym niż wcześniejsze wyniki edukacyjne czy obiektywnie oceniane zdolności. Badania prowadzone wśród dzieci i młodzieży wskazywały, że uczniowie o wyższym poziomie poczucia skuteczności częściej wybierali zadania trudniejsze, wykazywali większą wytrwałość oraz osiągalni wyższy poziom wykonania.

Znaczenie *self-efficacy* zostało potwierdzone również w badaniach nad samoregulacją uczenia się. Zimmerman (2000) wskazał, że przekonania dotyczące własnej skuteczności wpływają na planowanie działań, monitorowanie postępów oraz zdolność utrzymywania zaangażowania mimo pojawiających się przeszkód. Współczesne analizy podkreślają, że *self-efficacy* stanowi jeden z centralnych komponentów modeli samoregulowanego uczenia się (Panadero, 2017, Schunk, DiBenedetto, 2020).

Interesujące wyniki uzyskano również w obszarze zdrowia psychicznego i adaptacji. Schwarzer i Luszczynska (2008) wskazują, że wyższy poziom poczucia własnej skuteczności wiąże się z większą gotowością do podejmowania zachowań prozdrowotnych, większą wytrwałością w realizacji celów oraz skuteczniejszym radzeniem sobie z wymaganiami codzienności. W ujęciu społeczno-poznawczym przekonanie o własnej skuteczności wpływa na sposób interpretowania sytuacji trudnych, poziom zaangażowania w działanie oraz gotowość do podejmowania strategii ukierunkowanych na rozwiązanie problemu (Bandura, 1997).

Podobne zależności obserwowano w badaniach dotyczących odporności psychicznej i funkcjonowania w sytuacjach kryzysowych. Benight i Bandura (2004), analizując mechanizmy adaptacji po doświadczeniach traumatycznych, wskazali, że przekonanie o własnej skuteczności może pełnić funkcję czynnika wspierającego proces zdrowienia i odzyskiwania poczucia kontroli. Autorzy zwracali uwagę, że osoby o wyższym poziomie *self-efficacy* częściej podejmują działania ukierunkowane na rozwiązanie problemu oraz skuteczniej odbudowują poczucie wpływu na własne życie. Podobne wnioski płyną z badań nad *coping self-efficacy*, w których wyższe przekonanie o możliwości poradzenia sobie ze skutkami trudnych doświadczeń wiązało się z niższym nasileniem objawów potraumatycznych (Morison i in., 2022).

Związek poczucia własnej skuteczności z funkcjonowaniem w warunkach stresu był analizowany również w kontekście zdrowia psychicznego. Zhou (2021), badając studentów w okresie pandemii COVID-19, wykazał, że *self-efficacy* wiązało się z mniejszym nasileniem problemów psychicznych oraz lepszym funkcjonowaniem adaptacyjnym. W badaniach dotyczących nauki zdalnej w czasie pandemii wskazywano również, że poczucie skuteczności w uczeniu się online może pośredniczyć w relacji między wsparciem społecznym a dobrostanem studentów (Zhou, 2021).

Znaczenie poczucia własnej skuteczności dla funkcjonowania dzieci i młodzieży podkreślają również badania prowadzone w obszarze dobrostanu psychicznego. Valentine, DuBois i Cooper (2004) w metaanalizie dotyczącej przekonań o sobie i osiągnięć szkolnych wskazali, że pozytywne przekonania dotyczące własnych możliwości pozostają związane nie tylko z funkcjonowaniem edukacyjnym, ale również z dobrostanem emocjonalnym oraz większą odpornością na doświadczenie niepowodzeń.

Współczesne rozwinięcia teorii społeczno-poznawczej nadal potwierdzają znaczenie *self-efficacy* jako mechanizmu wspierającego adaptację i samoregulację.

Schunk i DiBenedetto (2020), podsumowując rozwój badań nad teorią społeczno-poznawczą, wskazują, że poczucie własnej skuteczności pozostaje jednym z najbardziej stabilnych i empirycznie potwierdzonych predyktorów motywacji, osiągnięć oraz aktywnego radzenia sobie z wymaganiami środowiska.

W odniesieniu do uchodźców i osób doświadczających przymusowej migracji literatura wskazuje, że poczucie skuteczności może stanowić ważny zasób adaptacyjny, choć zakres dostępnych badań jest zróżnicowany. ALharbi (2017) analizował poziom bezpieczeństwa psychologicznego oraz *self-efficacy* u syryjskich uczniów-uchodźców przebywających w obozach i poza nimi, wskazując na znaczenie tego konstrukt dla rozumienia funkcjonowania młodych osób w sytuacji przymusowej migracji. Badania dotyczące populacji ukraińskiej w czasie wojny potwierdzają wysokie nasilenie stresu, lęku i depresji u osób dotkniętych konfliktem, jednak nie wszystkie prace odnoszą się bezpośrednio do *self-efficacy* jako zmiennej wyjaśniającej (Kurapov i in., 2023). Z tego względu wnioski dotyczące roli poczucia własnej skuteczności w kontekście wojny i migracji należy formułować ostrożnie, odnosząc je raczej do szerszego obszaru zasobów psychologicznych niż do jednoznacznie potwierdzonego mechanizmu we wszystkich grupach badanych.

W badaniach nad dziećmi i młodzieżą podkreśla się, że poczucie własnej skuteczności wiąże się z samoregulacją, motywacją, wytrwałością oraz zdolnością do podejmowania działań mimo trudności. Konstrukty te mają szczególne znaczenie w sytuacjach przeciążenia, niepewności i zmiany, ponieważ wpływają na sposób oceny własnych możliwości oraz wybór strategii radzenia sobie. W świetle transakcyjnego ujęcia stresu Lazarusa i Folkman (1984) subiektywna ocena możliwości poradzenia sobie z wymaganiami sytuacji odgrywa kluczową rolę w przebiegu reakcji stresowej. Poczucie własnej skuteczności można zatem traktować jako zasób wpływający na ocenę wtórną stresora, a tym samym na wybór bardziej lub mniej adaptacyjnych strategii działania. Współczesne modele radzenia sobie i samoregulacji podkreślają, że dzieci i młodzież rozwijają kompetencje zaradcze w ścisłej relacji z doświadczeniami sukcesu, wsparciem społecznym, modelowaniem oraz możliwością doświadczania sprawstwa (Skinner, Zimmer-Gembeck, 2016). W tym kontekście *self-efficacy* może być ujmowane jako jeden z mechanizmów pośredniczących pomiędzy doświadczeniem dziecka a jego gotowością do aktywnego radzenia sobie ze stresem.

W świetle dostępnych badań zasadne jest traktowanie poczucia własnej skuteczności jako ważnego komponentu odporności psychicznej, adaptacji i funkcjonowania emocjonalnego. Liczne doniesienia wskazują na znaczenie *self-efficacy* jako zasobu wspierającego radzenie sobie ze stresem oraz podejmowanie konstruktywnych działań w sytuacjach trudnych. Jednocześnie jego rola powinna być analizowana z uwzględnieniem kontekstu rozwojowego, społecznego i sytuacyjnego, ponieważ poczucie skuteczności nie działa w izolacji, lecz w powiązaniu z doświadczeniami jednostki, wsparciem społecznym oraz możliwościami realnego działania.

Przeprowadzone rozważania teoretyczne pozwalają uznać metodę Snoezelen za wielowymiarową formę oddziaływania, której istota wykracza poza samą stymulację polisensoryczną. Sala Doświadczania Świata stanowi bowiem celowo zaprojektowane środowisko doświadczenia, w którym bodźce zmysłowe, atmosfera bezpieczeństwa, niedyrektywność oraz możliwość wyboru tworzą warunki sprzyjające aktywizacji, relaksacji, samoregulacji oraz budowaniu kontaktu z otoczeniem. W takim ujęciu Snoezelen można analizować nie tylko jako metodę terapeutyczną stosowaną wobec osób z różnorodnymi deficytami rozwojowymi czy niepełnosprawnościami, ale również jako potencjalną przestrzeń wspierania rozwoju emocjonalno-poznawczego dzieci i młodzieży.

Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że dotychczasowe zastosowania Snoezelen obejmowały bardzo zróżnicowane grupy odbiorców, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami neurorozwojowymi, demencją, zaburzeniami zachowania, trudnościami emocjonalnymi oraz sprzężonymi ograniczeniami funkcjonowania (zob. Część I rozdział 1.3.3.). Jednocześnie dostępne doniesienia badawcze pokazują, że mimo rosnącego zainteresowania metodą, jej empiryczne podstawy nadal wymagają pogłębiania, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej. Szczególnie widoczna pozostaje luka dotycząca badań nad możliwością wykorzystania Snoezelen w celu wspierania takich zasobów psychologicznych, jak poczucie własnej skuteczności oraz strategie radzenia sobie ze stresem.

Omówione w części teoretycznej koncepcje stresu, radzenia sobie oraz poczucia własnej skuteczności wskazują, że funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dziecka zależy zarówno od jego indywidualnych zasobów, jak i od jakości środowiska, w którym doświadcza ono wyzwań, wsparcia, bezpieczeństwa oraz możliwości sprawczego

działania. Poczucie własnej skuteczności, rozumiane w ujęciu społeczno-poznawczym jako przekonanie o możliwości skutecznego działania, pozostaje istotnym mechanizmem regulującym zachowanie, motywację, wytrwałość i sposób interpretowania sytuacji trudnych. Strategie radzenia sobie ze stresem stanowią natomiast ważny przejaw adaptacyjnego lub mniej adaptacyjnego funkcjonowania dziecka w obliczu wymagań rozwojowych, szkolnych, rodzinnych i społecznych.

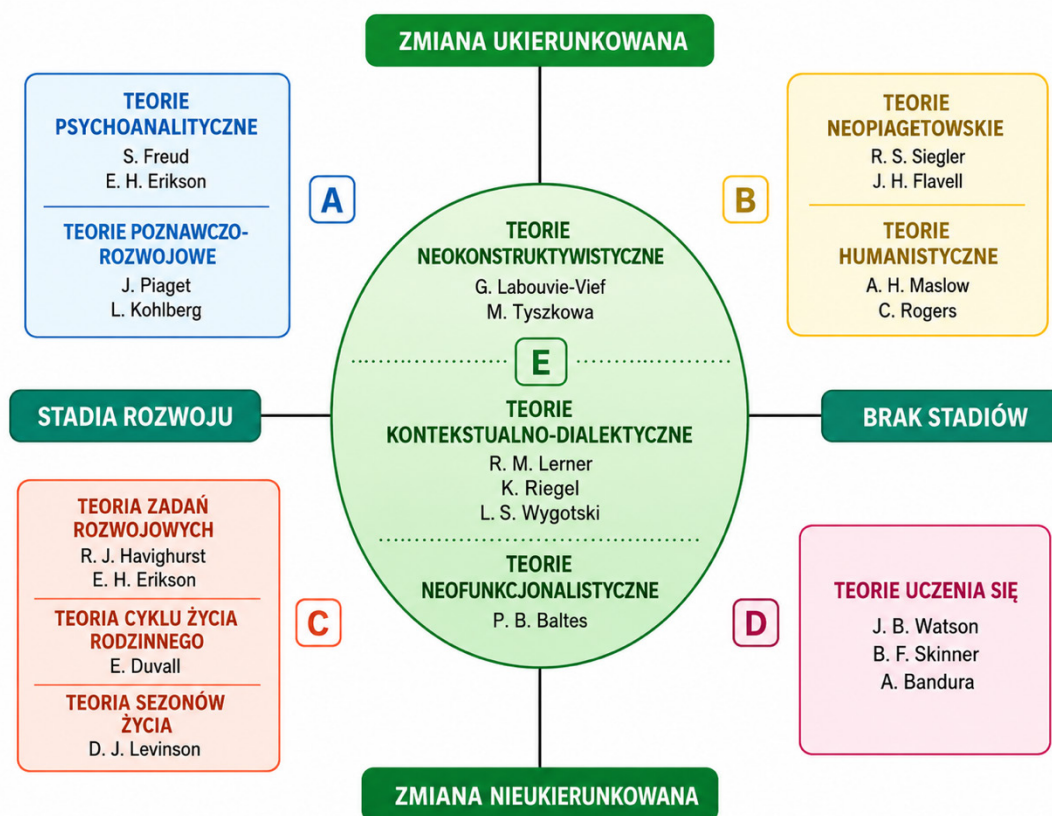
Zestawienie tych obszarów pozwala przyjąć, że odpowiednio zorganizowane środowisko Snoezelen może tworzyć warunki sprzyjające doświadczaniu sprawstwa, wyboru, samoregulacji, redukcji napięcia oraz bezpiecznego kontaktu z bodźcami. Tym samym zasadne staje się pytanie, czy udział w oddziaływaniach prowadzonych w Sali Doświadczania Świata może wiązać się ze zmianami w zakresie poczucia własnej skuteczności oraz stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej.

Przedstawione podstawy teoretyczne stanowią punkt wyjścia do zaprojektowania badań własnych. W kolejnej części pracy zostaną omówione założenia metodologiczne przyjętego modelu badawczego, cel i problemy badawcze, zmienne, zastosowane narzędzia pomiaru oraz procedura badania, które umożliwią empiryczną weryfikację możliwości zastosowania metody Snoezelen w oddziaływaniach wspierających funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dzieci i młodzieży.

II. CZĘŚĆ METODOLOGICZNA

1. Model teoretyczny

W teoretycznych założeniach proponowanych badań pracy doktorskiej opieram się na modelu mieszanym (teorie typu E, przedstawione na ryc.1), w którego ramy najbardziej wpisuje się neokonstruktywistyczna koncepcja rozwoju w ujęciu M. Tyszkowej (Strelau, 2007). Bazuję tym samym istotnie na ujęciu środowiska i człowieka w perspektywie interakcyjnej, jak również na elementach podejścia ekologicznego w kontekście teorii rozwoju człowieka zaproponowanego przez R. Barkera (1968) oraz U. Bronfenbrennera (1979).



Rycina 78. Klasyfikacja teorii rozwoju psychicznego ze względu na podstawowe wymiary opisujące naturę zjawiska rozwoju (opracowanie własne, za: Bee, 1994, s. 26 oraz Strelau, 2007, s. 258); grafika wykonana z wykorzystaniem AI

Podstawowe założenia neokonstruktywistycznej teorii rozwoju według M. Tyszkowej (1985) możemy zdefiniować wokół trzech kluczowych twierdzeń:

- zmiany rozwojowe powstają w doświadczanych przez jednostkę relacjach ze środowiskiem (kontekst: jednostka – środowisko);
- zmiany rozwojowe traktowane są jako pochodna aktywności jednostki w określonym środowisku;
- istotną zmienną pośredniczącą w kontekście dokonywania się zmiany rozwojowej (w odniesieniu do indywidualnego systemu psychicznego) jest własne doświadczenie, pochodzące z własnej aktywności jednostki w otoczeniu.

Z kolei kluczowe twierdzenia skupione wokół ekologicznej teorii rozwoju (Barker, 1968; Bronfenbrenner, 1979) możemy wyróżnić w ramach trzech następujących założeń:

- zachowanie się jednostki jest związane zarówno z czynnikami wewnętrznymi jednostki (na przykład na poziomie neuronalnym czy hormonalnym), ale również jest powiązane z zewnętrznym kontekstem (to znaczy klasa szkolna dla ucznia, ulica dla przechodnia, przestrzeń gry dla gracza itp.);
- rozwój jednostki dokonuje się w kontekście związku osoba-środowisko (tu zorientowane jest źródło zmian rozwojowych);
- związek jednostka-środowisko przyjmuje charakter aktywnej i wzajemnej interakcji – jest ona możliwa dzięki aktywności osoby oraz oddziaływania/wpływu środowisk.

W niniejszych koncepcjach doświadczenie jest traktowane jako „materiał rozwojowy”, a rozwój jest pojmowany jako ciąg zmian, podlegający procesowi strukturacji i restrukturacji poznawczej, dokonujący się w wyniku włączania doświadczeń i dostosowania aktywności do równoważenia relacji z otaczającym światem.

„Człowiek, przejawiając aktywność, nabywa nowe narzędzia zdobywania i organizowania doświadczeń, jest więc twórcą własnej biografii i w tym sensie twórcą samego siebie” (Strelau, 2007, s. 275)

W podejściu badawczym przyjętym w ramach niniejszej dysertacji zakłada się, iż:

- Rozwój człowieka jest wielozmiennowy i elastyczny (tym samym poddający się różnorodnym oddziaływaniom, które mogą doprowadzić do zmian rozwojowych i kompensacji deficytów);

- Doświadczenie, wynikające z własnej aktywności jednostki w środowisku, stanowi istotną zmienną w procesie powstawania zmiany rozwojowej;
- Środowisko, ujmowane w perspektywie interakcyjnej, stanowi istotny fundament poziomemu funkcjonowaniu jednostki w otoczeniu, dostarczając bodźców i zdarzeń wchodzących w zakres doświadczeń, a jednocześnie umożliwiając wspomaganie procesu radzenia sobie, uzyskiwanie wglądu we własne struktury poznawcze oraz ocenę kompetencji własnych; organizowanie treści doświadczenia pozostaje bowiem nierozdzielnie związane z opracowywaniem strategii radzenia sobie oraz z funkcjonowaniem w wymiarze emocjonalno-poznawczym;
- Przyjęta perspektywa teoretyczna uzasadnia traktowanie środowiska polisensorycznego jako potencjalnego czynnika modyfikującego funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dziecka.

Założenia neokonstruktywistycznej teorii rozwoju oraz podejścia ekologicznego istotnie korespondują z przyjętymi zmiennymi w proponowanych badaniach. Opis problematyki badawczej, zmiennych oraz narzędzi diagnostycznych służących ich pomiarowi przedstawiono szczegółowo w kolejnych podrozdziałach.

2. Model badawczy

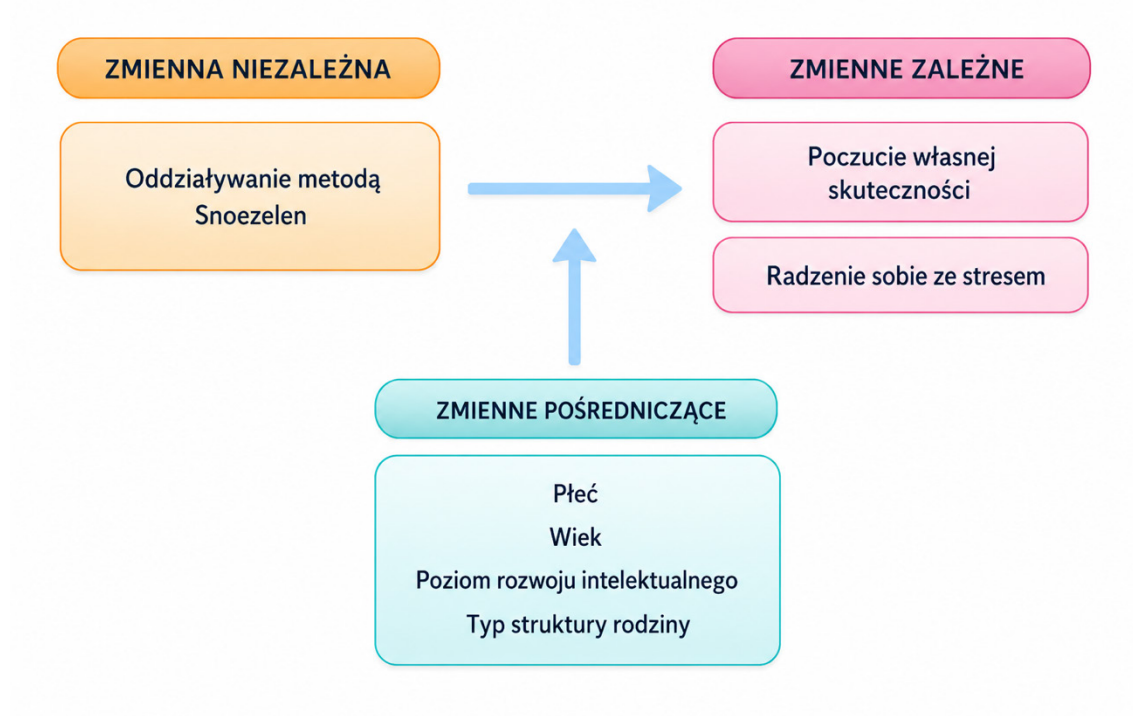
Zgodnie z przyjętymi w ramach niniejszej dysertacji założeniami metodologii badań pedagogicznych K. Rubachy, prezentowany model badań własnych jest modelem badań dedukcyjnych, osadzony w strategii badań ilościowych. Z uwagi na to, iż niniejsze badania bazują na aspekcie budowania teorii, wpisują się tym samym, zgodnie z wybranym podejściem metodologicznym, w zakres badań teoretycznych, eksploracyjnych – indywidualizujących.

Poniżej zaprezentowano model badań własnych, w którym wyodrębniono następujące zmienne:

1. Zmienną niezależną – metoda Snoezelen (zmienna wyjaśniająca, stanowiącą przedmiot badania oraz ustaleń jej związków z innymi zmiennymi);
2. Zmienne zależne – poczucie własnej skuteczności oraz strategię radzenia sobie ze stresem (zmienne wyjaśniane, mierzone przy pomocy Skali kompetencji osobistej KompOs oraz kwestionariusza Jak Sobie Radzisz JSR);

3. Zmienne niezależne pośredniczące, kształtujące poszczególne relacje między badanymi zmiennymi: płeć, wiek, poziom rozwoju intelektualnego (mierzony przy pomocy Testu Matrycy Ravena TMS-K) oraz typ struktury systemu rodzinnego (rodzina pełna, niepełna, zrekonstruowana).

Graficzne przedstawienie modelu badawczego zawiera poniższa rycina 79.



Rycina 79. Model badań własnych

3. Problematyka badawcza

W ramach badań, prowadzonych w zakresie niniejszej dysertacji, wyodrębniono jeden cel główny oraz dwa cele szczegółowe.

Celem głównym prezentowanych badań było określenie możliwości zastosowania metody Snoezelen w oddziaływaniach terapeutycznych dla dzieci z wybranymi trudnościami funkcjonowaniu emocjonalno-poznawczym, pozostających w normie intelektualnej (kategoria wiekowa 11-13 lat).

Cele szczegółowe dotyczyły kolejno:

1. Ustalenia związku pomiędzy zastosowaniem metody Snoezelen a poziomem poczucia własnej skuteczności u dzieci z wybranymi trudnościami emocjonalno-poznawczymi, pozostających w normie intelektualnej (11-13 lat);

2. Ustalenia związku pomiędzy zastosowaniem metody Snoezelen a wspomaganiem umiejętności radzenia sobie ze stresem przez dzieci z wybranymi trudnościami emocjonalno-poznawczymi, pozostające w normie intelektualnej (11-13 lat).

W kolejnym etapie postawiono do rozstrzygnięcia problemy badawcze, której strukturę zaprezentowano poniżej.

Problem badawczy główny: Czy Snoezelen jest metodą, którą można zastosować wspomagająco w oddziaływaniach terapeutycznych dla dzieci, z wybranymi trudnościami emocjonalno-poznawczymi, pozostających w normie intelektualnej (kategoria wiekowa 11-13 lat)?

Problemy badawcze szczegółowe:

1. Czy istnieją różnice pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności (i jej czynnikami) przed i po oddziaływaniu Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej?
2. Czy istnieją różnice w zakresie stosowania określonych strategii radzenia sobie ze stresem przed i po oddziaływaniu metodą Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej?
3. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności (i jej czynnikami) a zastosowaniem metody Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, w zależności od:
 - wieku
 - poziomu intelektualnego?
4. Czy istnieją różnice pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności i jej czynnikami, przed i po oddziaływaniu Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, w zależności od:
 - płci
 - typu struktury rodziny?
5. Czy istnieje związek pomiędzy stosowaniem określonych strategii radzenia sobie ze stresem a zastosowaniem metody Snoezelen u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, w zależności od:
 - wieku
 - poziomu intelektualnego?

6. Czy istnieją różnice w zakresie stosowania określonych strategii radzenia sobie ze stresem - przed i po oddziaływaniu metodą Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, w zależności od:

- płci
- typu struktury rodziny?

7. Czy istnieją różnice w zakresie oceny poczucia własnej skuteczności i jej czynników u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, przed i po oddziaływaniu metodą Snoezelen, z perspektywy rodzica i dziecka?

8. Czy istnieją różnice w zakresie oceny stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, przed i po oddziaływaniu metodą Snoezelen, z perspektywy rodzica i dziecka?

Metoda Snoezelen, choć została zainicjowana w Holandii już w latach 70. XX wieku, nie jest metodą powszechnie znaną i szeroko stosowaną na gruncie polskim. Z uwagi na dotychczasowe pozytywne doniesienia empiryczne w obszarze międzynarodowym, dotyczące skuteczności Sal Doświadczenia Świata w innych krajach, zorientowane wokół różnych grup wiekowych oraz różnorodnych dysfunkcji psychologiczno-pedagogicznych, zdecydowanie warto przyjrzeć się bliżej metodzie Snoezelen w warunkach polskich jako formie istotnego oddziaływania terapeutycznego względem założeń niniejszej propozycji badań. Istnieje stosunkowo niewiele doniesień zorientowanych wokół populacji dzieci i młodzieży w zakresie możliwości zastosowania metody dla tej grupy badawczej (w szczególności pozostających w normie intelektualnej). Obecne problemy i trudności, z jakimi spotykają się współczesne dzieci i młodzież na poziomie emocjonalno-poznawczym, motywują specjalistów do poszukiwania rozwiązań terapeutycznych, wybiegających poza standardowy zakres dostępnych form i metod pracy, służących optymalizacji rozwoju i efektywności prowadzonego procesu oddziaływania terapeutycznego.

Metodę Snoezelen można uznać za doskonałe uzupełnienie dostępnych w Polsce form terapii dla dzieci i młodzieży, wykazując obiecującą efektywność. W obliczu pogarszającej się kondycji psychicznej dzieci i młodzieży, jak również w obliczu znaczącego przebudźcowania na poziomie sensorycznym, w dobie istotnej presji i nacisku na dyrektywne oddziaływania terapeutyczne, metoda ta wydaje się nie tylko interesująca z punktu widzenia potencjalnych korzyści dla rozwoju emocjonalno-poznawczego, ale także z punktu widzenia atrakcyjności, w szczególności dla populacji

dzieci/adolescentów oraz możliwości jej dopasowania do aktualnych potrzeb wyżej wymienionej grupy.

4. Metody pomiaru

W badaniach prowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. KompOs – Skala Kompetencji Osobistej; aut. Z. Juczyński (mierzy uogólnione poczucie własnej skuteczności oraz czynniki dodatkowe: „inicjowanie działania” oraz „wytrwałość” - dla dzieci – wykonywana dwukrotnie: przed podjęciem oddziaływania terapeutycznego i po jego zakończeniu);
2. KompOs-R – Skala Kompetencji Osobistej – wersja dla rodzica; aut. Z. Juczyński, K. Dziewiątkowska (mierzy uogólnione poczucie skuteczności dziecka z perspektywy rodzica oraz czynniki dodatkowe: „inicjowanie działania” oraz „wytrwałość” – wykonywana dwukrotnie: przed podjęciem oddziaływania terapeutycznego i po jego zakończeniu);
3. JSR - Jak Sobie Radzisz; aut. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik; (kwestionariusz służy do badania sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych – dla dzieci– wykonywany dwukrotnie: przed podjęciem oddziaływania terapeutycznego i po jego zakończeniu);
4. JSR-R - Jak Sobie Radzisz; wersja dla rodzica, aut. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, K. Dziewiątkowska (kwestionariusz służy do badania sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez dziecko – z perspektywy rodzica – wykonywany dwukrotnie: przed podjęciem oddziaływania terapeutycznego i po jego zakończeniu);
5. TMS-K - Test Matrycy Ravena w Wersji Standard - forma klasyczna; aut. A. Jaworowska, T. Szustrowa; (służy do pomiaru poziomu inteligencji ogólnej) - dla dzieci;
6. Kwestionariusz wywiadu dla rodziców (narzędzie własne), dostarczający podstawowych danych metrykalnych oraz socjodemograficznych o osobach badanych;
7. Ankieta ewaluacyjna dla rodzica (narzędzie własne) - dostarczająca ilościowych oraz jakościowych danych na temat metody Snoezelen i jej działania terapeutycznego;
8. Ankieta ewaluacyjna dla dziecka (narzędzie własne) - dostarczająca ilościowych oraz jakościowych danych na temat metody Snoezelen i jej działania terapeutycznego.

W kolejnych podrozdziałach dokonano syntetycznego opisu narzędzi, dla których zostały opracowane właściwości psychometryczne (KompOs, KompOs-R, JSR, JSR-R,

TSM-K). Arkusze wszystkich narzędzi użytych w niniejszej dysertacji zawierają załączniki 1-9, umieszczone na końcu opracowania.

4.1. Skala Kompetencji Osobistej (KompOs), autor: Z. Juczyński

4.1.1. Podstawowe założenia teoretyczne narzędzia

Narzędzie zostało skonstruowane zgodnie z założeniami paradygmatu społeczno-poznawczego oraz teorii Alberta Bandury, z której wywodzi się pojęcie poczucia skuteczności. Zakłada ono, iż kształtowanie się przekonań dotyczących własnej kompetencji jest istotnie związane z dwoma mechanizmami – bezpośrednim doświadczaniem oraz obserwacją innych. Zarówno Albert Bandura, autor niniejszego konstruktów, jak również inni badacze zgodnie uznają, iż poczucie skuteczności kształtuje się w ciągu życia jednostki jako rezultat uczenia się. Przekonanie dotyczące własnej skuteczności istotnie wpływa na podejmowanie działań, jest także podstawą zmiany zachowania. Pomiar ogólnego poczucia własnej skuteczności u dzieci wymaga odwołania się do sytuacji zadaniowych, gdzie sposób ich rozwiązywania zależy w dużej mierze od stopnia posiadanych kompetencji.

4.1.2. Właściwości psychometryczne skali

Zgodność wewnętrzną skali KompOs oceniano za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, wynosi ona kolejno: 0,72 dla skali pełnej, 0,74 dla podskali A oraz 0,62 dla podskali B. Trafność teoretyczną oceniano za pomocą porównania jej wyników z innymi miarami kryterialnymi (odpowiedzi 227 respondentów). Pozytywne korelacje uzyskano dla skali KompOs z:

- poczuciem własnej skuteczności skali GSES - 0,43, w tym dla podskali A – 0,53, dla podskali B – 0,38;
- poczuciem własnej wartości CSEI – 0,30.

Dokonano także analizy czynnikowej z rotacją ortogonalną (varimax) oraz ukośną (oblimin) dla dwóch grup wiekowych (11-13 oraz 15-17), która wykazała zbieżny układ czynników, wyodrębniając finalnie dwuczynnikowy model skali (czynnik siły oraz wytrwałości). Autorzy dokonali również normalizacji narzędzia na próbie 758 dzieci i

młodzieży (dostępne są normy stenowe dla wyniku ogólnego, oraz średnie i odchylenia standardowe do każdej z podskal).

4.1.3. Opis skali

Skala KompOs jest narzędziem do pomiaru uogólnionego poczucia własnej skuteczności, możliwym do zastosowania i dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat. Skala składa się z dwóch podskal, po sześć twierdzeń każda. Wspomniane podskale mierzą czynniki szczegółowe: siłę (niezbędną do inicjowania działań) oraz wytrwałość (niezbędną do finalizacji działań) (nawiązanie do koncepcji woli Kuhla, 1985). Poczucie kompetencji, w ujęciu niniejszego narzędzia, nawiązuje do podmiotowej pewności co do pokonania trudności i przeciwności oraz osiągnięcia zamierzonego celu. Badany ocenia sześć twierdzeń dotyczących oczekiwań związanych z podjęciem działania przez dziecko (podskala A – poczucie siły – \ możliwy zakres odpowiedzi: tak, raczej tak, raczej nie, nie). Następnie sześć twierdzeń dotyczących częstotliwości określonych zachowań (podskala B – wytrwałość – możliwy zakres odpowiedzi: prawie zawsze, często, czasem, prawie nigdy). Suma przełożona na wyniki stenowe, daje uogólnioną ocenę poziomu poczucia skuteczności. Klucz punktacji kształtuje się następująco:

- dla odpowiedzi sformułowanych pozytywnie – liczba punktów kolejno 4, 3, 2, 1
- dla odpowiedzi sformułowanych negatywnie – liczba punktów kolejno 1, 2, 3, 4.

4.2. Kwestionariusz Jak Sobie Radzisz (JSR), autorzy: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik

4.2.1. Podstawowe założenia teoretyczne narzędzia

Teoretyczna podstawa niniejszego narzędzia nawiązuje znacząco do transakcyjnego ujęcia stresu (stres rozumiany jako proces/relacja między jednostką a otoczeniem). Richard Lazarus i Susan Folkman (jako przedstawiciele wspomnianego podejścia) przypisują procesowi radzenia sobie dwie funkcje:

- zorientowaną na problem (instrumentalną);
- zorientowaną na emocje (regulacyjną) (Lazarus, Folkman, 1984).

O ich istocie pisze również Nina Ogińska-Bulik oraz Zygryd Juczyński, rozszerzając wyjaśnienie ich znaczenia dla procesu coping. Funkcja instrumentalna umożliwia koncentrację na utrzymaniu lub poprawie poziomu relacji z otoczeniem przez zmianę destruktywnego działania własnego czy otoczenia. Funkcja regulacyjna zakłada z kolei z jednej strony koncentrację na obniżeniu poziomu napięcia czy ogólnych stanów emocjonalnych uważanych za negatywne dla organizmu, z drugiej natomiast kładzie nacisk na odpowiednią stymulację emocjonalną czy mobilizowanie jednostki do aktywności (Ogińska Bulik, Juczyński, 2008). Radzenie sobie ze stresem jest określane jako fundament mechanizmu adaptacyjnego, stanowiący także istotny czynnik ochronny dla okresu adolescencji. Proces radzenia sobie jest istotnym konstruktem dla samoregulacji emocji, poznania czy zachowania.

Kwestionariusz ujmuje sposoby radzenia sobie ze stresem u dziecka, w tym zarówno dyspozycyjne (ogólny zbiór posiadanych strategii) jak i sytuacyjne (strategie wykorzystywane w konkretnej sytuacji). W narzędziu uwzględniono także aspekt społeczny, istotny z punktu zachowania się dzieci w obliczu sytuacji stresujących.

4.2.2. Właściwości psychometryczne kwestionariusza

Zgodność wewnętrzną kwestionariusza JSR oceniano za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, dla czterech kategorii wiekowych (11,13,15 oraz 17 lat). Wynosi ona kolejno:

- 0,85-0,87 w skali dyspozycyjnej;
- 0,68-0,73 w skali sytuacyjnej.

Trafność teoretyczną oceniano za pomocą porównania wyników kwestionariusza z analogicznymi miarami kryterialnymi innych narzędzi. Korelacje prezentują się one następująco:

- strategia aktywnego radzenia sobie koreluje z analizą logiczną inwentarza Moosa na poziomie 0,47 (wersja dyspozycyjna) oraz 0,45 (wersja sytuacyjna); uzyskano także korelację dodatnią niniejszej strategii z poczuciem własnej wartości skali CSEI (0,39) oraz korelację ujemną z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia skali HLC;
- strategia koncentracji na emocjach koreluje z wyładowaniem emocjonalnym inwentarza Moosa na poziomie 0,42 (wersja dyspozycyjna) oraz 0,40 (wersja

sytuacyjna); uzyskano także ujemną korelację niniejszej strategii z poczuciem własnej wartości skali CSEI (-0,29);

- strategia poszukiwania wsparcia społecznego koreluje z analogicznie nazwanym sposobem zachowania w inwentarzu Moosa na poziomie 0,75 (wersja dyspozycyjna) oraz 0,68 (wersja sytuacyjna).

Dokonano także analizy czynnikowej z rotacją varimax, dla dwóch grup dzieci i młodzieży oraz środowiska wiejskiego oraz miejskiego. Nie wykazano znaczących różnic w zakresie struktury czynnikowej – wersja dyspozycyjna wykazała zbieżność strukturalną do wersji sytuacyjnej. Zidentyfikowane czynniki odpowiadają trzem strategiom radzenia sobie (aktywne radzenie sobie, koncentracja na emocjach, poszukiwanie wsparcia społecznego).

Autorzy dokonali również badania normalizacyjne narzędzia na próbie 919 dzieci i młodzieży dzieci i młodzieży (dostępne są średnie i odchylenia standardowe dla każdej strategii).

4.2.3. Opis kwestionariusza

Kwestionariusz JSR jest narzędziem do pomiaru strategii radzenia sobie w sytuacjach stresujących dla dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat. Wśród nich wyróżniono kolejno strategie: aktywnego radzenia sobie, koncentracji na emocjach oraz poszukiwania wsparcia społecznego. Narzędzie mierzy zarówno strategie dyspozycyjne (częstotliwość stosowania/korzystania z określonych strategii) jak również strategie sytuacyjne (określające stopień nasilenia danego zachowania w konkretnej sytuacji). Ocena zostaje dokonana na skali pięciostopniowej, od 0 do 4 punktów. Zakres możliwych odpowiedzi dla strategii dyspozycyjnych: prawie nigdy, rzadko, czasem, często, prawie zawsze. Zakres możliwych odpowiedzi dla strategii sytuacyjnych: zdecydowanie nie, nie, ani tak ani nie, tak, zdecydowanie tak.

Najkorzystniejszą wartość przypisuje się strategiom aktywnego radzenia sobie. Dominująco stosowane strategie koncentracji na emocjach czy poszukiwania wsparcia społecznego w założeniach niniejszego narzędzia są rozumiane jako mniej adaptacyjne/nieadaptacyjne. Jednocześnie, wskazuje się na postawie badań, iż osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności częściej preferują aktywne sposoby radzenia sobie, osoby o słabym poczuciu kompetencji – preferują strategie emocjonalne.

4.3. Modyfikacje Skali Kompetencji Osobistej oraz Kwestionariusza Jak Sobie Radzisz (KompOs-R, autorzy: Z. Juczyński, K. Dziewiątkowska; JSR-R, autorzy: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, K. Dziewiątkowska)

4.3.1. Podstawowe założenia teoretyczne narzędzi

Narzędzia KompOs-R (skala Kompetencji Osobistej wersja dla rodzica) oraz JSR-R (kwestionariusz Jak Sobie Radzisz wersja dla rodzica) powstały w oparciu o konstrukty pojęciowe poczucia własnej skuteczności oraz radzenia sobie ze stresem. Są one modyfikacją wersji oryginalnej KompOs oraz JSR. Wersje oryginalne odnoszą się do perspektywy dziecka, zaproponowane wersje zmodyfikowane – odwołują się do perspektywy rodzica. Założenia teoretyczne oraz opis skal są tożsame z wersją oryginalną. Zważając na specyfikę konstruktów, które zostały uwzględnione w badaniach planowanych na poziomie dysertacji doktorskiej, istotne jest zwrócenie uwagi zarówno na perspektywę dziecka, jak i rodzica. Należy bowiem pamiętać, że istota czynników rodzinnych w kształtowaniu postaw, umiejętności i kompetencji jest znacząca. Powyższe założenie, po pierwsze, rozszerza znacząco ogląd na proces spostrzegania pewnych deficytów czy trudności, po drugie daje możliwość na ocenę spójności bądź jej braku w spostrzeganiu radzenia sobie i poczucia własnej skuteczności przez obie strony. Wartościowym ujęciem jest dodatkowo zadbanie o spójność stosowanych narzędzi (dla dziecka i rodzica) służących ocenie wyżej wymienionych konstruktów, mierzących tożsame komponenty.

4.3.2. Przebieg prac walidacyjnych

W pierwszej kolejności wystąpiono o zgodę do autorów narzędzi oryginalnych na dokonanie modyfikacji w wyżej wymienionym zakresie. Propozycja uzyskała akceptację prof. Juczyńskiego oraz prof. Ogińskiej-Bulik (autorów pierwotnej wersji). W kolejnej części dokonano modyfikacji treściowej narzędzi, dostosowując je do nowej perspektywy – rodzica o dziecku. Modyfikacje skal, po konsultacjach z autorami wersji oryginalnej oraz niewielkich poprawkach, zostały zaakceptowane przez każdą ze stron. W następnej

kolejności zgłoszono się do Pracowni Testów Psychologicznych o formalną zgodę na możliwość wykorzystania narzędzi zmodyfikowanych w pracy doktorskiej, z użyciem wersji komputerowej dla celów walidacyjnych. Po podpisaniu umowy między Pracownią Testów Psychologicznych oraz Uniwersytetem Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, narzędzia JSR-R oraz KompOs-R otrzymały licencję na ich użytkowanie w wyżej wymienionym zakresie. W kolejnym etapie podjęto się prac walidacyjnych narzędzi, by ocenić, czy nowe wersje wykazują satysfakcjonujący poziom rzetelności oraz trafności. Do oceny właściwości psychometrycznych wyżej wymienionych narzędzi użyto porównawczo testów GSES oraz Mini-Cope w wersji polskiej (również objęte licencją na wykorzystanie w wersji komputerowej). Należy nadmienić, iż wspomniane narzędzia (GSES, Mini-Cope) wykorzystywane są do badań diagnostycznych osób dorosłych. Jednak z uwagi na to, iż brak jest dostępnych narzędzi alternatywnych odnoszących się do analizowanych konstruktów (poczucie własnej skuteczności, radzenie sobie ze stresem), w tym oceniających perspektywę rodzica o dziecku, niezbędne było również dokonanie modyfikacji treściowej obu porównywanych narzędzi, za zgodą autora polskiej wersji, Z. Juczyńskiego. Dokonano ich w taki sposób, by dopasować instrukcję oraz poszczególne itemy do perspektywy zbieżnej z proponowanymi modyfikacjami KompOs-R oraz JSR-R (to znaczy oceny dzieci przez rodziców). Zdecydowano się także na usunięcie skali „używanie środków psychoaktywnych” w narzędziu Mini-Cope. W kolejnym etapie wyłoniono pięciu sędziów kompetentnych (Prof. Z. Juczyński, Prof. N. Ogińska-Bulik, Prof. R. Leppert, Prof. B. Ciżkowicz, dr A. Szymanik-Kostrzevska) dla oceny trafności teoretycznej zmienionych wersji GSES oraz Mini-Cope. Bazując na teorii obu kwestionariuszy, wszyscy sędziowie kompetentni jednogłośnie ocenili zawarte w nich itemy jako w pełni zgodne z założeniami teoretycznymi, odniesionymi do oceny dzieci przez badanych rodziców.

Tak przygotowane wersje KompOs-R, JSR-R, oraz dostosowane wersje GSES oraz Mini-cope, zamieszczono za zgodą Pracowni Testów Psychologicznych na platformie docs.google.com, przygotowując je do rozpoczęcia badania w formie online. Po uzyskaniu ostatecznego wglądu przez Pracownię Testów Psychologicznych i finalną akceptację formularza, w dniu 12.08.2022r. rozpoczęto badanie walidacyjne. Umowa licencyjna ograniczyła badanie do 200 respondentów, wymaganą ilość uzyskano 18.08.2022r. Tego samego dnia zablokowano formularz przed możliwością przyjmowania kolejnych odpowiedzi.

4.3.3. Właściwości psychometryczne skali KompOs-R oraz kwestionariusza JSR-R

Do walidacji posłużyły dane zebrane od 220 rodziców dzieci w wieku od 11 do 17 lat ($M = 13,6$; $SD = 1,87$). Grupę dzieci, do których odnosiły się odpowiedzi, stanowiło 119 dziewcząt i 101 chłopców. Były to grupy nie różniące się istotnie licznosciami ($\chi^2 = 2,95$; $p = 0,086$), a płeć dzieci nie różnicowała istotnie ich wieku ($t = 0,62$; $p = 0,53$). Wyniki dla poszczególnych itemów, obu skal KompOs-R i średni wynik dla całego narzędzia umieszczono w tabeli 4. Rzetelność pomiaru, oszacowana wskaźnikiem alfa Cronbacha, dla skali A wynosiła $\alpha = 0,84$, dla skali B – $\alpha = 0,81$, a dla wyniku ogólnego – $\alpha = 0,85$.

Tabela 4. KompOs-R – wyniki badań walidacyjnych ($N = 220$)

KompOs-R	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SKE</i>	<i>KURT</i>
Komp_A1	3	0,81	1	4	-0,42	-0,38
Komp_A2	2,92	0,69	1	4	-0,56	0,72
Komp_A3	2,75	0,87	1	4	-0,19	-0,66
Komp_A4	2,69	0,85	1	4	-0,58	-0,2
Komp_A5	3,07	0,7	1	4	-0,41	0,1
Komp_A6	2,39	0,88	1	4	-0,31	-0,89
Komp_B1	2,78	0,93	1	4	-0,14	-0,98
Komp_B2	3,05	0,96	1	4	-0,72	-0,47
Komp_B3	2,53	0,95	1	4	0	-0,92
Komp_B4	2,95	0,88	1	4	-0,59	-0,29
Komp_B5	2,54	0,9	1	4	-0,03	-0,76
Komp_B6	2,98	0,92	1	4	-0,62	-0,43
Skala A	2,8	0,6	1,17	4	-0,51	-0,21
Skala B	2,8	0,66	1	4	-0,19	-0,47
Wynik ogólny	2,8	0,54	1,08	4	-0,43	0,03

Legenda:

Skala odpowiedzi 1-4

tak = 4

prawie zawsze = 4
 raczej tak = 3
 często = 3
 raczej nie = 2
 czasem = 2
 nie = 1
 prawie nigdy = 1

Do określenia trafności zewnętrznej KompOs-R dla rodziców posłużono się Skalą Uogólnionej Skuteczności Własnej (GSES). Rzetelność pomiaru wyniosła $\alpha = 0,93$. Wynik ogólny wyniósł $M = 2,88$ ($SD = 0,56$; wyniki w przedziale od 1 do 4; $SKE = -0,76$; $KURT = 1,05$).

Ponieważ badania przeprowadzono na danych uzyskanych od dużej grupy ($N > 100$), a skośność i kurtoza nie przekroczyły wartości bezwzględnej 2, powołując się na Centralne Twierdzenie Graniczne (Bedyńska, Książek, 2012) o rozkładach zbliżonych do normalnych przyjęto, że stosowane będą testy parametryczne. Analiza korelacyjna wykazała umiarkowane, dodatnie korelacje pomiędzy wynikiem GSES a wynikami dla skal KompOs-R oraz wynikiem ogólnym (zob. Tabela 5), co pozwala potwierdzić istotną trafność zewnętrzną (kryterialną) narzędzia.

Tabela 5. Korelacje pomiędzy wynikami KompOs-R i GSES ($N = 220$)

KompOs-R	<i>r</i>	<i>p</i>
Skala A	0,64	< 0,001
Skala B	0,39	< 0,001
Wynik ogólny	0,6	< 0,001

Wyniki dla poszczególnych itemów, czynników i części A oraz B JSR-R umieszczono w Tabeli 6. Rzetelność pomiaru, oszacowana wskaźnikiem alfa Cronbacha, wynosiła odpowiednio:

- Aktywne radzenie sobie A – $\alpha = 0,67$;
- Koncentracja na emocjach A – $\alpha = 0,81$;
- Poszukiwanie wsparcia społecznego A – $\alpha = 0,68$;
- Aktywne radzenie sobie B – $\alpha = 0,75$;
- Koncentracja na emocjach B – $\alpha = 0,54$;

- Poszukiwanie wsparcia społecznego B – $\alpha = 0,57$;
- Część A – $\alpha = 0,82$;
- Część B – $\alpha = 0,69$.

Oznacza to, że rzetelność pomiaru za pomocą poszczególnych czynników jest wystarczająca jedynie dla dyspozycyjnej koncentracji na emocjach (A) oraz sytuacyjnego radzenia sobie (B), ponadto rzetelność pomiaru sytuacyjnego radzenia sobie jest na granicy akceptacji.

Tabela 6. JSR-R – wyniki badań walidacyjnych ($N = 220$)

JSR-R	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SKE</i>	<i>KURT</i>
JSR_A1	1,99	1,35	0	4	-0,03	-1,19
JSR_A2	1,68	1,35	0	4	0,23	-1,15
JSR_A3	2,07	1,33	0	4	-0,16	-1,11
JSR_A4	1,95	1,11	0	4	-0,15	-0,67
JSR_A5	2,52	1,34	0	4	-0,45	-1
JSR_A6	1,51	1,27	0	4	0,29	-1,10
JSR_A7	1,76	1,29	0	4	0,12	-1,04
JSR_A8	1,53	1,42	0	4	0,47	-1,13
JSR_A9	1,63	1,33	0	4	0,27	-1,12
JSR_B1	2,85	1,15	0	4	-1,03	0,34
JSR_B2	2,30	1,36	0	4	-0,41	-1,16
JSR_B3	2,11	1,27	0	4	-0,07	-1,2
JSR_B4	2,63	1	0	4	-0,52	-0,06
JSR_B5	3,1	0,98	0	4	-1,31	1,59
JSR_B6	2,50	1,26	0	4	-0,50	-0,95
JSR_B7	2,45	1,15	0	4	-0,55	-0,51
JSR_B8	1,55	1,30	0	4	0,48	-0,89
JSR_B9	2,02	1,30	0	4	-0,04	-1,12
Aktywne radzenie sobie A	1,90	0,96	0	4	-0,12	-0,63
Koncentracja na emocjach A	1,91	1,17	0	4	0,07	-1,02

Poszukiwanie wsparcia społecznego A	1,73	1,03	0	4	0,01	-1
Aktywne radzenie sobie B	2,64	0,90	0	4	-0,8	0,4
Koncentracja na emocjach B	2,32	0,88	0	4	-0,34	0,01
Poszukiwanie wsparcia społecznego B	2,21	0,94	0	4	-0,3	-0,46
Część A	1,85	0,84	0	3,67	-0,26	-0,53
Część B	2,39	0,64	0,11	3,89	-0,64	0,65

Legenda:

Część A (skala 0-4):

prawie nigdy = 0

rzadko = 1

czasem = 2

często = 3

prawie zawsze = 4

Część B (skala 0-4):

zdecydowanie nie = 0

nie = 1

ani tak, ani nie = 2

tak = 3

zdecydowanie tak = 4

Do oszacowania trafności zewnętrznej zastosowano 13 z 14 strategii MINI-COPE (pominięto stosowanie substancji psychoaktywnych i używek). Rzetelność połówkowa narzędzia wyniosła $r_{tt} = 0,79$ dla pierwszej i drugiej połowy i $r_{tt} = 0,84$ dla nieparzystych i parzystych pozycji. Wyniki dla poszczególnych strategii umieszczono w tabeli 7.

Tabela 7. Wyniki dla poszczególnych strategii radzenia sobie MINI-COPE ($N = 220$)

MINI-COPE	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SKE</i>	<i>KURT</i>
Aktywne radzenie sobie*	1,82	0,68	0	3	-0,26	-0,33
Planowanie* x	1,73	0,78	0	3	-0,27	-0,35
Pozytywne przewartościowanie x	1,46	0,83	0	3	0,002	-0,8
Akceptacja x	1,81	0,66	0	3	-0,45	0,37
Poczucie humoru***	0,77	0,71	0	3	0,91	0,57
Zwrot ku religii**	0,51	0,76	0	3	1,52	1,57
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego**	2,41	0,63	0	3	-0,95	0,83

Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego* x	2,20	0,70	0	3	-0,57	-0,16
Zajmowanie się czymś innym***	1,58	0,80	0	3	-0,11	-0,87
Zaprzeczanie** x	0,91	0,72	0	3	0,48	-0,33
Wyładowanie***	1,45	0,65	0	3	0,18	0,19
Zaprzestanie działań***	0,96	0,7	0	3	0,47	0,02
Obwinianie siebie	1,25	0,86	0	3	0,32	-0,75

Legenda:

Skala odpowiedzi 0-3 (moje dziecko):

0 = prawie nigdy tak nie postępuje

1 = rzadko tak postępuje

2 = często tak postępuje

3 = prawie zawsze tak postępuje

*Strategie skoncentrowane na problemie

**Strategie skoncentrowane na emocjach

***Strategie unikowe

x Strategie ogólnoprzystosowawcze

Wyniki analizy korelacyjnej pomiędzy częścią i czynnikami JSR-R oraz strategiami MINI-COPE umieszczono w tabeli 8. Aktywne radzenie sobie dyspozycyjne i sytuacyjne korelowało istotnie w stopniu umiarkowanym z dwoma z trzech strategii skoncentrowanych na problemie i nisko z trzecią z MINI-COPE, co potwierdza trafność zewnętrzną w obu przypadkach. Koncentracja na emocjach zarówno dyspozycyjna, jak i sytuacyjna, nie korelowała istotnie z żadną ze strategii skoncentrowanych na emocjach z MINI-COPE z jednym wyjątkiem – zaobserwowano niską, ujemną korelację sytuacyjnego koncentrowania się na emocjach i zwrotu ku religii. W obu przypadkach odnotowano jednak niskie, ujemne korelacje z dwoma strategiami skoncentrowanymi na problemie – aktywnym radzeniem sobie i planowaniem, a także umiarkowane, pozytywne korelacje z obwinianiem siebie. Trafność zewnętrzna jest więc wystarczająca, jeśli za jej kryterium przyjąć niską koncentrację na problemie, a wysoką na emocjach, które przejawiają się w doświadczaniu poczucia winy. Z kolei poszukiwanie wsparcia społecznego dyspozycyjne i sytuacyjne korelowało dodatnio na poziomie niskim z poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i na poziomie średnim – z poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego. Można tym samym przyjąć trafność zewnętrzną za wystarczającą.

Tabela 8. Korelacje pomiędzy MINI-COPE a JSR-R ($N = 220$)

Strategie MINI-COPE	A1	A2	A3	B1	B2	B3	A	B
Aktywne radzenie sobie	0,38***	-0,17**	0,13*	0,48***	-0,20**	0,21**	0,12	0,23*
Planowanie	0,39***	-0,22**	0,14*	0,46***	-0,16*	0,29***	0,1	0,28***
Pozytywne przewartościowanie	0,33***	-0,22**	0,16*	0,33***	-0,19**	0,16*	0,09	0,14*
Akceptacja	0,24***	-0,16*	0,11	0,21*	-0,13	0,20*	0,06	0,14*
Poczucie humoru	-0,05	-0,33***	-0,09	0,01	-0,29***	0,03	-0,21**	-0,12
Zwrot ku religii	0,07	-0,13	-0,004	-0,03	-0,16*	-0,01	-0,04	-0,09
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,31***	0,05	0,24***	0,28***	0,01	0,27***	0,24***	0,27***
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,28***	0,07	0,33***	0,26***	0,05	0,37***	0,27***	0,32***
Zajmowanie się czymś innym	0,10	0,005	0,17*	0,05	0,02	0,09	0,11	0,07
Zaprzeczanie	0,01	0,11	0,10	-0,01	0,07	0,04	0,09	0,05
Wyładowanie	0,07	-0,10	0,09	0,06	-0,09	0,18**	0,02	0,07
Zaprzestanie działań	-0,16*	0,28***	0,05	-0,30***	0,2**	-0,12	0,09	-0,11
Obwinianie siebie	-0,03	0,47***	0,07	-0,19**	0,47***	-0,02	0,24***	0,12

Legenda:

JSR-R:

A1 – Aktywne radzenie sobie dyspozycyjne

A2 – Koncentracja na emocjach dyspozycyjne

A3 – Poszukiwanie wsparcia społecznego dyspozycyjne

B1 – Aktywne radzenie sobie sytuacyjne

B2 – Koncentracja na emocjach sytuacyjne

B3 – Poszukiwanie wsparcia społecznego sytuacyjne

Część A – radzenie sobie dyspozycyjne

Część B – radzenie sobie sytuacyjne

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

Jako podsumowanie przeprowadzono analizę czynnikową eksploracyjną z rotacją Varimax surową dla 2 czynników KompOs-R, jej wyniki należy jednak traktować z ostrożnością ze względu na stosunkowo niewielką ($N < 300$) liczbę badanych. Wykres

osypiska potwierdził istnienie 2 czynników, natomiast miejsce odcięcia na poziomie 1 wskazuje również na możliwą obecność trzeciego czynnika (drugi i trzeci czynnik są ładowane przez wyniki części B). Przy założeniu o istnieniu dwóch czynników uzyskano ładunki w przedziale od 0,62 do 0,82 dla Czynnika 1 (najwyższe dla itemów części A) oraz od 0,47 do 0,82 dla Czynnika 2 (najwyższe dla itemów części B) (zob. Tabela 9).

Tabela 9. Analiza czynnikowa eksploracyjna dla wyników KompOs-R

Pozycje KompOs-R	Czynnik 1	Czynnik 2
Komp_A1	0,76	0,2
Komp_A2	0,72	0,01
Komp_A3	0,68	0,34
Komp_A4	0,82	0,09
Komp_A5	0,62	0,21
Komp_A6	0,76	0,03
Komp_B1	0,06	0,77
Komp_B2	0,28	0,47
Komp_B3	0,11	0,82
Komp_B4	0,50	0,5
Komp_B5	0,05	0,78
Komp_B6	0,28	0,68
Wartość wyjaśniana	3,61	3,02
Udział	0,30	0,25

4.3.4. Status i funkcja narzędzi JSR-R i KompOs-R w badaniach własnych

Narzędzia JSR-R oraz KompOs-R użyte w badaniach własnych miały charakter uzupełniający wobec głównego modelu badawczego, który opierał się na samoopisie dziecka. Ich celem nie była diagnoza kliniczna ani ocena funkcjonowania dziecka w kategoriach normatywnych, lecz pozyskanie dodatkowej perspektywy kontekstowej, umożliwiającej porównanie samooceny dziecka z oceną dokonywaną przez rodzica. Uzyskane dane pełniły funkcję informacyjno-interpretacyjną, wspierając analizę rozbieżności percepcyjnych oraz formułowanie wniosków o charakterze jakościowym i

aplikacyjnym. W związku z tym wyniki uzyskane przy użyciu narzędzi JSR-R i KompOs-R nie stanowiły podstawy do weryfikacji głównych problemów badawczych, lecz zostały wykorzystane jako dane pomocnicze, służące pogłębionej interpretacji wyników oraz formułowaniu rekomendacji dla praktyki pedagogicznej i terapeutycznej.

4.4. Test Matryc Ravena w Wersji Standard - forma klasyczna (TMS-K), autorzy: A. Jaworowska, T. Szustrowa

4.4.1. Podstawowe założenia teoretyczne narzędzia

Narzędzie zostało skonstruowane w oparciu o teoretyczne założenia koncepcji inteligencji Spearmana (Spearman, 1923/27, za: Raven, Court 1998a). Zakłada ona, iż u podstaw zdolności umysłowych leży czynnik ogólny *g*, który przejawia się zarówno w postaci zdolności edukacyjnych jak i reprodukcyjnych. Zdolności edukacyjne, pozostają niezależne od doświadczenia. Dotyczą wychodzenia poza ramy informacyjne tego, co znane, umożliwiają nowy wgląd, konstruowanie nowych pojęć, w szczególności niewerbalnych. Zdolności reprodukcyjne dotyczą natomiast umiejętności przypominania oraz operowania precyzyjną, zwerbalizowaną wiedzą. Wyodrębnienie zdolności edukacyjnych oraz reprodukcyjnych pozostaje zbieżne z rozróżnieniem inteligencji w rozumieniu Cattella: inteligencji płynnej oraz skryształizowanej (Cattell 1971, za: Matczak: 1994). Inteligencja płynna, uwarunkowana biologicznie, odzwierciedla istotnie zdolności edukacyjne, wyróżnione przez Spearmana. Test Matryc Ravena jest narzędziem, który bazuje na materiale niezależnym doświadczeniowo, dostarczającym ogólnego wskaźnika. Jego wynik może być zatem interpretowany w ramach kategorii inteligencji płynnej (ogólnej).

Test Matryc Ravena jest dostępny w trzech wersjach: wersja standard (TMS), wersja kolorowa (TMK, dla dzieci młodszych, o obniżonej sprawności intelektualnej lub osób starszych) oraz wersja dla zaawansowanych.

Dla badań prowadzonych w niniejszej pracy doktorskiej zdecydowano się na wykorzystanie wersji standardowej.

4.4.2. Opis testu – wersja standard (TMS-K)

Test Matrycy Ravena w wersji klasycznej (standard) jest przeznaczony do badania dzieci (od 6 roku życia), młodzieży i osób dorosłych, pozostających na różnorodnym poziomie zdolności edukacyjnych. Narzędzie składa się z 60 zadań, pogrupowanych w pięciu seriach (A, B, C, D oraz E) – w każdej serii po 12 zadań. Zadania rozmieszczone są zgodnie z zasadą stopniowania trudności, przyjmują postać niekompletnych wzorów (od pojedynczych po wieloelementowe zestawy figur). Osoba badana wskazuje brakujący fragment dla prezentowanych niepełnych wzorów. Test nie posiada ograniczeń czasowych dla jego wykonania. Wynikiem końcowym jest liczba prawidłowo rozwiązanych zadań. Im większa ilość poprawnie wykonanych zadań, tym wyższy wskaźnik aktualnego funkcjonowania intelektualnego badanego (zdolności edukacyjnych). Od 1998r. Dostępna jest także wersja równoległa TMS-R oraz wersja plus - TMS plus. Każda z trzech form testu ma tożsamą budowę. Należy jednak nadmienić, że wyłącznie wersja standard posiada określone normy dla dzieci i młodzieży, dlatego też podjęto decyzję o wykorzystaniu niniejszej wersji w ramach prowadzonych badań.

4.4.3. Właściwości psychometryczne testu

Zgodność wewnętrzną testu TMS-K dla dzieci w wieku 5,11-15;11 oceniano za pomocą współczynnika alfa Cronbacha. Dla większości grup uzyskano wyniki wysokie, to znaczy powyżej 0,9. Najniższe współczynniki uzyskano dla grupy wiekowej 6-8 lat (0,7-0,8).

Trafność diagnostyczną oceniano za pomocą porównania wyników TMS-K z innymi narzędziami dokonującymi pomiaru funkcjonowania intelektualnego. Korelacje prezentują się one następująco:

- dla testu WISC-R (skali Wechslera) odpowiednio: 0,48-0,69 - skala pełna (w grupach dzieci młodszych korelacja poniżej 0,5, u najstarszych – powyżej 0,6); 0,41-0,67 - skala słowna i bezsłowna;
- dla testu językowego Leksykon A. Jurkowskiego odpowiednio: 0,42 – słownik czynny, 0,52 – słownik bierny; 0,51 – wynik ogólny;
- dla TCT-DP (rysunkowego testu twórczego myślenia) odpowiednio: 0,06 w wersji A oraz 0,01 w wersji B;

- dla testu płynności werbalnej, kolejno: 0,22 - I próba; 0,19 – II próba oraz 0,24 – obie próby.

Dokonano również badania normalizacyjne narzędzia na próbie 402 dzieci i młodzieży w wieku 5-15 lat. Normy zostały opracowane osobno dla każdej 20 kategorii wiekowych, natomiast łącznie dla obu płci (dostępne są normy centylowe oraz stenowe).

5. Osoby badane – informacje wprowadzające

Badania zostały przeprowadzone wśród dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, prezentujących wybrane trudności w zakresie funkcjonowania emocjonalno-poznawczego, w szczególności w obszarze radzenia sobie w sytuacjach stresujących oraz poczucia własnej skuteczności. Dobór próby miał charakter celowy (intencjonalny) i był bezpośrednio związany z celem badań oraz przyjętym modelem badawczym. Łącznie w badaniu pilotażowym uczestniczyło 51 dzieci, w badaniu głównym 71 dzieci (szczegółowa charakterystyka osób badanych została omówiona w części empirycznej dotyczącej kolejno: badań pilotażowych oraz badań właściwych). Kwalifikacja dzieci do udziału w badaniach opierała się na wielostopniowej procedurze rekrutacyjno-diagnostycznej, obejmującej zarówno ocenę funkcjonowania dziecka z perspektywy rodzica, jak i bezpośredni pomiar wybranych zmiennych u dziecka (szczegółowy opis zawiera kolejny rozdział: procedura badań).

Z całej populacji dzieci objętych oddziaływaniami wyłoniono osoby spełniające kryteria udziału w badaniach pilotażowych oraz – niezależnie – w badaniach właściwych. Grupy te nie były tożsame osobowo, co pozwoliło uniknąć efektu powtórnego pomiaru oraz zwiększyć rzetelność uzyskanych wyników.

6. Procedura badań

Procedura badań miała charakter jednolity i była identyczna zarówno w badaniach pilotażowych, jak i w badaniach właściwych. Badania realizowano w prowadzonym przeze mnie gabinecie psychologiczno-pedagogicznym oraz w Sali Doświadczenia Świata „Kraina Zmysłów” w Bydgoszczy. Wszystkie etapy procedury były prowadzone przeze mnie samodzielnie. Realizacja badań obejmowała etap wstępny (kwalifikacyjny), etap główny (interwencyjny) oraz etap końcowy (postdiagnostyczny).

6.1. Rekrutacja uczestników i uzyskanie zgód

Rekrutacja uczestników odbywała się w sposób celowy, spośród pacjentów gabinetu psychologiczno-pedagogicznego oraz dzieci korzystających z oddziaływań terapeutycznych w Sali Doświadczenia Świata „Kraina Zmysłów”. Rodzice lub opiekunowie prawni dzieci byli informowani o celu, przebiegu oraz zasadach badania.

Warunkiem udziału dziecka w badaniu było uzyskanie pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego oraz zgody dziecka, wyrażonej w sposób adekwatny do jego wieku i możliwości poznawczych. Udział w badaniu miał charakter dobrowolny, z możliwością rezygnacji na każdym etapie.

6.2. Etap wstępny (kwalifikacyjny)

Etap wstępny miał charakter diagnostyczno-kwalifikacyjny i obejmował dwa spotkania: z rodzicem/rodzicami oraz z dzieckiem. Celem etapu było wyłonienie dzieci spełniających kryteria włączenia do etapu głównego badań. Szczegółowy przebieg spotkań zaprezentowano poniżej.

Spotkanie z rodzicem/rodzicami odbywało się w gabinecie psychologiczno-pedagogicznym i trwało około 30–45 minut. W jego trakcie:

- przeprowadzono krótki wywiad dotyczący funkcjonowania dziecka oraz podstawowych informacji demograficznych i rodzinnych (m.in. typ struktury rodziny: pełna, niepełna, zrekonstruowana);
- rodzic lub rodzice wypełniali autorską ankietę prediagnostyczną;
- rodzice wypełniali autorskie modyfikacje narzędzi diagnostycznych:
 - Skala Kompetencji Osobistych KompOs-R – służąca do oceny poczucia własnej skuteczności dziecka z perspektywy rodzica;
 - Kwestionariusz „Jak sobie radzisz” JSR-R – służący do oceny strategii radzenia sobie dziecka w sytuacjach trudnych i stresujących z perspektywy rodzica.

Dane uzyskane na tym etapie pozwalały na uzyskanie subiektywnej oceny funkcjonowania dziecka przed rozpoczęciem oddziaływań terapeutycznych oraz stanowiły element kwalifikacyjny do dalszego etapu badań.

Drugim elementem etapu kwalifikacyjnego było indywidualne spotkanie diagnostyczne z dzieckiem, trwające około 60–90 minut. W jego trakcie dziecko wypełniało następujące narzędzia:

- Test Matrycy Ravena – wersja standardowa (TMS-K) – w celu oceny ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego (określenie normy intelektualnej);
- Skalę Kompetencji Osobistej (KompOs) – w celu oceny poczucia własnej skuteczności;
- Kwestionariusz „Jak sobie radzisz” (JSR) – w celu oceny strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych i stresujących.

6.3. Kryteria kwalifikacji do etapu głównego

Decyzja o zakwalifikowaniu dziecka do etapu głównego badań podejmowana odbyła się na podstawie analizy wyników uzyskanych w etapie wstępnym, z uwzględnieniem norm narzędzi standaryzowanych oraz wyników uzyskanych w narzędziach autorskich (KompOs-R i JSR-R). Do dalszego udziału kwalifikowano dzieci:

- pozostające w normie intelektualnej;
- prezentujące obniżony poziom adaptacyjnych strategii radzenia sobie w sytuacjach stresujących;
- charakteryzujące się obniżonym/niskim poziomem poczucia własnej skuteczności.

Rodzice otrzymywali informację o kwalifikacji lub jej braku w terminie do trzech dni od zakończenia etapu diagnostycznego. Dokumentacja dzieci niezakwalifikowanych do etapu głównego nie była przechowywana i podlegała zniszczeniu.

6.4. Etap główny – interwencja Snoezelen

Dzieci zakwalifikowane do etapu głównego uczestniczyły w cyklu dziesięciu indywidualnych sesji terapeutycznych, realizowanych metodą Snoezelen w Sali Doświadczania Świata „Kraina Zmysłów” w Bydgoszczy. Sesje miały charakter indywidualny, odbywały się raz w tygodniu, (45 minut każda sesja), prowadzone były przeze mnie w sposób bezpośredni.

6.5. Etap końcowy – pomiar postdiagnostyczny

Po zakończeniu cyklu oddziaływań terapeutycznych przeprowadzono etap końcowy, obejmujący ponowny pomiar badanych zmiennych.

Spotkanie końcowe z rodzicem/ rodzicami. Podczas spotkania rodzic lub rodzice wypełniali:

- KompOs-R – ponowną ocenę poczucia własnej skuteczności dziecka z perspektywy rodzica;
- JSR-R – ponowną ocenę strategii radzenia sobie dziecka w sytuacjach trudnych;
- ankietę ewaluacyjną dotyczącą oceny przebiegu oddziaływań terapeutycznych.

Spotkanie końcowe z dzieckiem. Podczas spotkania dziecko:

- ponownie wypełniało Skalę Kompetencji Osobistej KompOs;
- ponownie wypełniało kwestionariusz JSR;
- uzupełniało ankietę ewaluacyjną dotyczącą subiektywnego odbioru zajęć realizowanych metodą Snoezelen.

6.6. Zasady etyczne prowadzenia badań

Badania zostały przeprowadzone po uprzednim uzyskaniu zgody Komisji ds. Etyki Badań Naukowych (zob. załącznik 13) przynależącej do Wydziału Pedagogiki Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Badania prowadzono z zachowaniem zasad etyki badań naukowych, w szczególności poszanowania dobra dziecka, anonimowości i poufności danych. Dane osobowe uczestników nie były wykorzystywane w analizie wyników ani w ich upublicznianiu. Uczestnicy mogli zrezygnować z udziału w badaniu na każdym etapie bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji. Szczegółową charakterystykę kompetencji osoby prowadzącej badania, istotnych z punktu widzenia realizacji przyjętej procedury badawczej oraz oddziaływań metodą Snoezelen, zamieszczono w załączniku nr 14.

Przedstawione w niniejszej części założenia metodologiczne stanowią podstawę empirycznej weryfikacji problematyki badawczej dotyczącej możliwości zastosowania metody Snoezelen w oddziaływaniach wspierających funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dzieci i młodzieży pozostających w normie intelektualnej. Przyjęty model badawczy został osadzony w perspektywie ilościowej, z wykorzystaniem pomiaru przed

i po oddziaływaniu, co umożliwia analizę kierunku zmian w zakresie badanych zmiennych zależnych.

W centrum zainteresowania badawczego znalazły się dwa konstrukty: poczucie własnej skuteczności oraz strategie radzenia sobie ze stresem. Ich wybór wynikał bezpośrednio z rozważań teoretycznych zaprezentowanych w poprzedniej części pracy, w których wskazano, że oba obszary stanowią istotne komponenty funkcjonowania emocjonalno-poznawczego dziecka. Poczucie własnej skuteczności odnosi się do przekonań jednostki o możliwości skutecznego działania, natomiast strategie radzenia sobie ze stresem odzwierciedlają sposób reagowania na sytuacje trudne, napięcie i wymagania środowiskowe.

W badaniach zastosowano narzędzia umożliwiające ocenę analizowanych konstruktów zarówno z perspektywy dziecka, jak i rodzica. Wykorzystanie Skali Kompetencji Osobistej KompOs oraz kwestionariusza Jak Sobie Radzisz pozwoliło na zebranie danych dotyczących samooceny dzieci, natomiast zastosowanie zmodyfikowanych wersji KompOs-R oraz JSR-R umożliwiło rozszerzenie pomiaru o ocenę funkcjonowania dziecka dokonywaną przez rodzica. Takie rozwiązanie metodologiczne pozwala na uchwycenie nie tylko zmian w zakresie badanych zmiennych, lecz także ewentualnych rozbieżności lub zbieżności pomiędzy samoopisem dziecka a oceną rodzicielską.

Istotnym elementem procedury badawczej było również uwzględnienie wybranych zmiennych kontrolowanych, takich jak płeć, wiek, poziom funkcjonowania intelektualnego oraz struktura rodziny. Pozwala to na szerszą analizę możliwego znaczenia czynników socjodemograficznych i rozwojowych dla zmian obserwowanych po oddziaływaniach Snoezelen. Włączenie Testu Matryc Ravena umożliwiło natomiast potwierdzenie kryterium normy intelektualnej, które stanowiło jeden z kluczowych warunków doboru uczestników badań.

Przyjęta procedura badawcza obejmowała etap pilotażowy oraz badania właściwe. Badania pilotażowe pozwoliły na wstępną ocenę użyteczności przyjętych narzędzi, czytelności procedury oraz zasadności zastosowania dwuperspektywicznego pomiaru. Badania właściwe zostały natomiast ukierunkowane na pełniejszą analizę zmian w zakresie poczucia własnej skuteczności i strategii radzenia sobie ze stresem po zakończeniu cyklu oddziaływań Snoezelen. Opisane założenia metodologiczne wyznaczają ramy interpretacyjne dla wyników zaprezentowanych w kolejnej części pracy.

Część empiryczna stanowi bezpośrednią kontynuację przyjętej procedury badawczej i obejmuje prezentację rezultatów badań pilotażowych oraz właściwych, analizę różnic przed i po oddziaływaniu Snoezelen, ocenę znaczenia zmiennych kontrolowanych, porównanie perspektywy dziecka i rodzica oraz ewaluację przeprowadzonych oddziaływań.



Rycina 79. Syntetyczny model założeń metodologicznych badań własnych (opracowanie własne; grafika wykonana z wykorzystaniem AI)

III. CZĘŚĆ EMPIRYCZNA

Część empiryczna niniejszej rozprawy poświęcona jest prezentacji wyników badań własnych, których celem była ocena możliwości zastosowania metody Snoezelen w oddziaływaniach terapeutycznych wspierających funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dzieci i młodzieży. Przeprowadzone badania stanowią empiryczne dopełnienie rozważań teoretycznych oraz metodologicznych zaprezentowanych w poprzednich rozdziałach pracy i umożliwiają weryfikację przyjętych założeń badawczych w praktyce diagnostyczno-terapeutycznej. Ze względu na specyfikę badanej grupy oraz charakter mierzonych konstruktów, wyniki prezentowane są z zachowaniem ostrożności interpretacyjnej, z uwzględnieniem zarówno efektów głównych, jak i zmiennych moderujących.

Część empiryczna obejmuje trzy zasadnicze obszary. W pierwszym z nich zaprezentowano badania pilotażowe, które miały charakter wstępny i przygotowawczy. Ich celem była ocena adekwatności przyjętej procedury badawczej, użyteczności oraz czytelności zastosowanych narzędzi, a także wstępna analiza kierunku i charakteru zmian zachodzących po oddziaływaniach terapeutycznych metodą Snoezelen. Badania pilotażowe stanowiły podstawę do podjęcia decyzji o zasadności realizacji badań właściwych oraz do doprecyzowania zakresu planowanych analiz.

W drugim obszarze części empirycznej przedstawiono wyniki badań właściwych, w oparciu o przyjętą problematykę badawczą. Analizy te zostały przeprowadzone zgodnie z przyjętymi problemami badawczymi i hipotezami oraz obejmowały ocenę zmian w zakresie poczucia własnej skuteczności i strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych, z uwzględnieniem dwuperspektywistycznego pomiaru (dziecko–rodzic) oraz wybranych zmiennych kontrolowanych.

Ostatnia część empiryczna zawiera podsumowanie oraz wnioski, stanowiące syntetyczne ujęcie rezultatów badań własnych. Na ich podstawie sformułowano rekomendacje dla praktyki terapeutycznej, pedagogicznej i psychologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości zastosowania metody Snoezelen w pracy z dziećmi i młodzieżą doświadczającymi trudności w obszarze funkcjonowania emocjonalno-poznawczego. Wnioski te mają charakter aplikacyjny i mogą stanowić punkt odniesienia dla dalszych działań praktycznych oraz przyszłych badań naukowych w tym obszarze.

1. Badania pilotażowe

Przeprowadzone badania pilotażowe poprzedzały realizację badań właściwych i miały na celu wstępną weryfikację przyjętej procedury badawczej, zastosowanych narzędzi oraz kierunku planowanych analiz. Analiza danych pilotażowych miała charakter wstępny, eksploracyjny i testujący, a jej celem nie była pełna weryfikacja problemów badawczych sformułowanych w niniejszej rozprawie. W szczególności badania pilotażowe służyły ocenie wrażliwości zastosowanych narzędzi na zmiany zachodzące po oddziaływaniach terapeutycznych metodą Snoezelen, a także sprawdzeniu zasadności wykorzystania dwuperspektywicznego pomiaru obejmującego zarówno ocenę określonych dyspozycji z punktu widzenia dziecka, jak i ocenę funkcjonowania dziecka z perspektywy rodzica. Istotnym elementem pilotażu było również przetestowanie autorskich modyfikacji narzędzi badawczych (KompOs-R oraz JSR-R) pod kątem ich użyteczności, czytelności oraz adekwatności treści dla odbiorców.

Uzyskane wyniki pozwoliły na ocenę, czy zastosowane kwestionariusze i ankiety zawierają prawidłowo sformułowane, zrozumiałe i jednoznaczne treści, możliwe do rzetelnego wypełnienia przez dzieci oraz ich rodziców. Analizy pilotażowe wskazały, że zastosowane narzędzia były czytelne dla odbiorców i umożliwiały pozyskanie danych zgodnych z założeniami badawczymi, co stało się podstawą do podjęcia decyzji o ich wykorzystaniu w badaniach właściwych. Wyniki badań pilotażowych posłużyły zatem do oceny zasadności przyjętego kierunku dalszych badań, doprecyzowania zakresu analiz oraz zaplanowania badań właściwych, ukierunkowanych na pełną realizację problematyki badawczej niniejszej rozprawy.

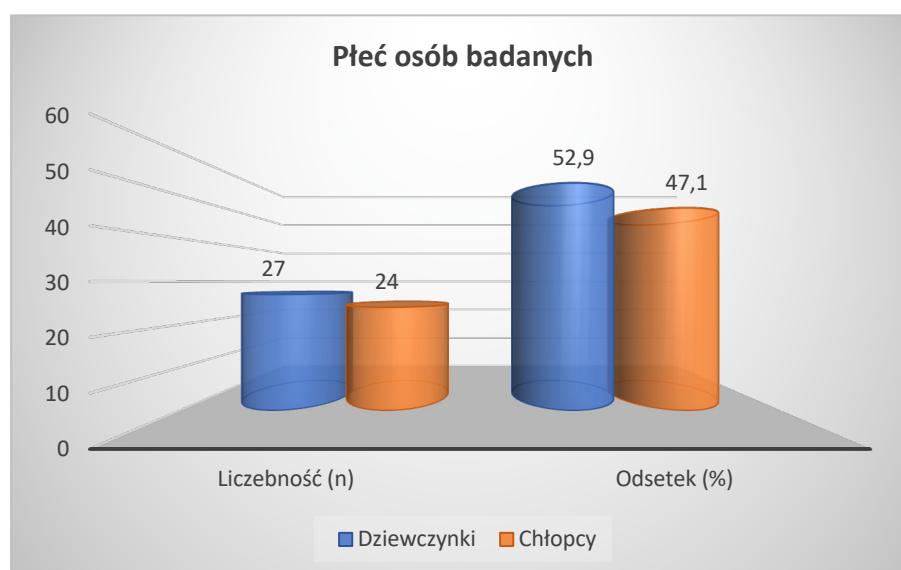
1.1. Charakterystyka osób badanych w ujęciu socjodemograficznym

Próba osób badanych w badaniu pilotażowym liczyła 51 dzieci, w tym 27 dziewczynek i 24 chłopców. Wiek dzieci a płeć. Badane dzieci znajdowały się w przedziale wiekowym od 11 do 13 lat ($M = 12$; $SD = 1$). 18-cioro dzieci było w wieku 11 lat, 13-cioro w wieku 12 lat i 20-cioro w wieku 13 lat. Podgrupy nie różniły się statystycznie liczebnościami pod względem płci ($\chi^2 = 0,35$; $p = 0,55$; $\phi^2 = 0,003$), średnia wieku w podgrupach płciowych była porównywalna ($t = 0,33$; $p = 0,74$ – test różnic t-Studenta, wartość $p > 0,05$ oznacza brak istotności statystycznej różnic). Oznacza to, że

w próbie badanych biorących udział w pilotażu była zbliżona liczba dziewczynek i chłopców, ponadto byli oni w podobnym wieku (zob. Tabele 10 i 11 oraz graficzne porównania – ryciny 80 i 81).

Tabela 10. Struktura próby ze względu na płeć ($N = 51$)

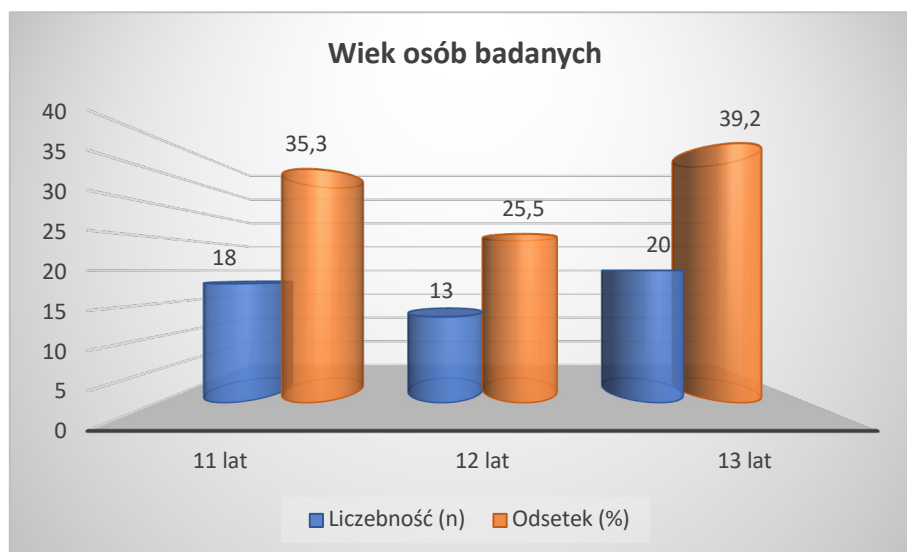
Płeć	Liczebność (n)	Odsetek (%)
Dziewczynki	27	52,9
Chłopcy	24	47,1
Razem	51	100,0



Rycina 80. Struktura próby ze względu na płeć ($N = 51$)

Tabela 11. Struktura próby ze względu na wiek ($N = 51$)

Wiek (lata)	Liczebność (n)	Odsetek (%)
11 lat	18	35,3
12 lat	13	25,5
13 lat	20	39,2
Razem	51	100,0

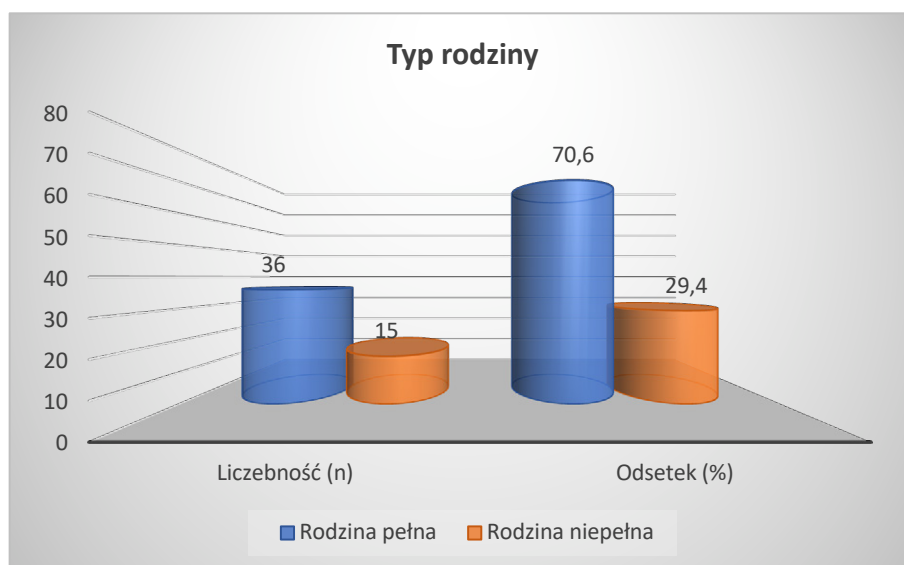


Rycina 81. Struktura próby ze względu na wiek ($N = 51$)

Struktura rodziny. 15-cioro dzieci pochodziło w rodzin niepełnych, 36-cioro – z pełnych (zob. Tabela 12 oraz graficzna prezentacja na rycinie 82). Różnica między liczebnościami podgrup była istotna statystycznie, ale niewielka ($\chi^2 = 17,29$; $p < 0,001$; $\phi^2 = 0,17$ – test różnic chi kwadrat o istotności $< 0,05$, test ϕ kwadrat poniżej 0,3).

Tabela 12. Struktura próby ze względu na typ rodziny ($N = 51$)

Typ rodziny	Liczebność (n)	Odsetek (%)
Rodzina pełna	36	70,6
Rodzina niepełna	15	29,4
Razem	51	100,0

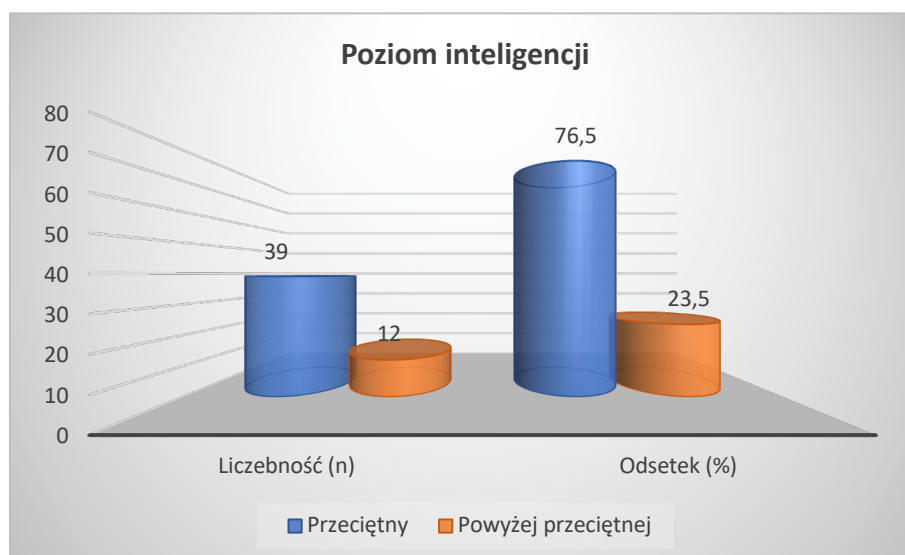


Rycina 82. Struktura próby ze względu na typ rodziny ($N = 51$)

Poziom funkcjonowania intelektualnego. 39-cioro osiągnęło przeciętne wyniki w zakresie testu inteligencji Ravena, 12-cioro – wyniki powyżej przeciętnych (zob. Tabela 13 oraz graficzna prezentacja na rycinie 83). Istotnie więcej dzieci miało wyniki przeciętne niż wysokie, różnica ta jednak była niewielka ($\chi^2 = 28,59$; $p < 0,001$; $\phi^2 = 0,28$ – test różnic chi kwadrat o istotności $< 0,05$, test ϕ kwadrat poniżej 0,3).

Tabela 13. Struktura próby ze względu na poziom inteligencji ($N = 51$)

Poziom inteligencji	Liczebność (n)	Odsetek (%)
Przeciętny	39	76,5
Powyżej przeciętnej	12	23,5
Razem	51	100,0



Rycina 83. Struktura próby ze względu na poziom inteligencji ($N = 51$)

1.2. Rzetelność pomiaru narzędzi w badaniu pilotażowym

Rzetelność pomiaru została badana współczynnikiem alfa Cronbacha dla narzędzi KompOs, KompOs-R, JSR oraz JSR-R (zob. załącznik 1). Należy nadmienić, że modyfikacje narzędzi – KompOs-R oraz JSR-R były wykorzystane eksperymentalnie – rozszerzająco, do oceny postrzegania poczucia własnej skuteczności oraz strategii radzenia sobie ze stresem przez dziecko z punktu widzenia rodzica. Nie były one jednak głównym, lecz dodatkowym, uzupełniającym przedmiotem analiz, w wymiarze jakościowym – rozszerzająco-porównawczym (ocena poszczególnych wymiarów określonych kompetencji i dyspozycji oczami dziecka vs. ocena dziecka oczami rodzica).

Rzetelność połówkowa całego narzędzia KompOs przed i po sesjach Snoezelen była zadowalająca. Uzyskane wyniki pozostałych pomiarów rzetelności – zróżnicowane (szczególnie narzędzi JSR oraz JSR-R) mogą być związane z liczebnością próby bądź niedopasowaniem narzędzia do specyfiki osób badanych, z uwagi na typ doboru próby (dzieci wyselekcjonowane pod kątem określonych trudności emocjonalno-poznawczych). Szczegółowe zestawienie wyników zaprezentowano w załączniku 1.

Ze względu na wskaźniki rzetelności pomiaru nie przekraczające 0,7, które wskazują na niejednorodność treści skal pomiarowych w odbiorze badanych, a także na niewystarczający wzrost rzetelności po usunięciu pozycji (itemów) najbardziej ją obniżających, wyniki pilotażu bazujące na skalach należy traktować z ostrożnością.

1.3. Analiza znaczenia sesji terapeutycznych Snoezelen

Znaczenie oddziaływania metody Snoezelen zweryfikowano za pomocą testu kolejności par Wilcoxon (wybór testu nastąpił z uwagi na brak rozkładów normalnych dla części zmiennych – szczegółowe informacje zawiera załącznik 2. Charakterystyka statystyczna - wyniki skal KompOs i JSR dla dzieci oraz KompOs-R i JSR-R dla rodziców przed i po oddziaływaniu Snoezelen).

Do oceny wielkości różnic użyto współczynnika d Cohena (interpretacja: do 0,3 – różnica mała; od 0,3 do 0,7 – średnia, powyżej 0,7 – różnica duża). Wszystkie obserwowane różnice były istotne statystycznie i mieściły się w przedziale różnic dużych. Zaobserwowano:

- wzrost w zakresie wyników skal do pomiaru poczucia własnej skuteczności dla dziecka oraz w ocenie rodzica;
- wzrost w zakresie dyspozycyjnych i sytuacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem poprzez aktywne radzenie sobie i poszukiwanie wsparcia przez dziecko oraz w ocenie rodzica;
- spadek w zakresie dyspozycyjnych i sytuacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem poprzez koncentrację na emocjach dziecka i w ocenie rodzica.

Wyniki zaprezentowano poniżej w tabeli 14.

Tabela 14. Ocena wyników dziecka i oceny rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen – obserwowane różnice

Skala	Przed oddziaływaniem Snoezelen		Po oddziaływaniu Snoezelen		Różnica (test kolejności par Wilcoxon)	Wielkość różnicy d
	M	SD	M	SD		
KompOs A dziecko	8,69	2,03	18,41	1,76	6,21***	5,12
KompOs B dziecko	8,59	1,90	18,39	1,72	6,21***	5,41
KompOs dziecko cała skala	17,27	3,52	36,80	2,91	6,21***	6,05
KompOs-R A rodzic	11,73	2,21	19,25	1,40	6,21***	4,07
KompOs-R B rodzic	11,33	1,91	18,76	1,56	6,21***	4,26
KompOs-R rodzic cała skala	23,06	3,43	38,02	2,01	6,21***	5,32

JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A dziecko	1,10	0,38	2,70	0,29	6,21***	4,73
JSR Koncentracja na emocjach A dziecko	3,44	0,35	1,92	0,34	6,21***	4,41
JSR Aktywne radzenie sobie A dziecko	0,71	0,33	2,78	0,30	6,21***	6,56
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego B dziecko	1,06	0,31	2,50	0,33	6,21***	4,5
JSR Koncentracja na emocjach B dziecko	3,18	0,38	1,74	0,40	6,21***	3,69
JSR Aktywne radzenie sobie B dziecko	0,61	0,36	2,60	0,32	6,21***	5,84
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A rodzic	1,39	0,36	2,73	0,22	6,21***	4,49
JSR-R Koncentracja na emocjach A rodzic	3,02	0,46	1,84	0,33	6,09***	2,95
JSR-R Aktywne radzenie sobie A rodzic	1,01	0,38	2,84	0,29	6,21***	5,41
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego B rodzic	1,10	0,31	2,61	0,29	6,21***	5,03
JSR-R Koncentracja na emocjach B rodzic	2,61	0,40	1,76	0,40	5,73***	2,13
JSR-R Aktywne radzenie sobie B rodzic	0,99	0,33	2,65	0,33	6,21***	5,03

Legenda:

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

M – średnia skali; SD – odchylenie standardowe od średniej

d – wielkość różnicy oceniana wskaźnikiem Cohena (interpretacja: $<0,3$ – różnica mała, $0,3-0,7$ – różnica średnia, $>0,7$ – różnica duża)

Wykonano dodatkową analizę porównującą wyniki dziecka oraz ocenę dziecka przez rodzica (zob. Tabela 15). Wyniki oceny dzieci oraz rodziców odniesiono odpowiednio do obu badanych dyspozycji/konstruktyw (część II podrozdziały 1.3.1 oraz 1.3.2).

Tabela 15. Różnice w zakresie wyników dziecka i ocen rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Skala (przed oddziaływaniem Snoezelen)	Dziecko		Rodzic		Różnica (test kolejności par Wilcoxon)	Wielkość różnicy
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
KompOs/KompOs-R A	8,69	2,03	11,73	2,21	5,81***	1,43
KompOs/KompOs-R B	8,59	1,90	11,33	1,91	5,74***	1,44
KompOs/KompOs-R cała skala	17,27	3,52	23,06	3,43	5,95***	1,67
JSR/JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A	1,10	0,38	1,39	0,36	4,7***	0,78
JSR/JSR-R Koncentracja na emocjach A	3,44	0,35	3,02	0,46	5,34***	1,03
JSR/JSR-R Aktywne radzenie sobie A	0,71	0,33	1,01	0,38	4,95***	0,84
JSR/JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego B	1,06	0,31	1,10	0,31	0,69	0,13
JSR/JSR-R Koncentracja na emocjach B dziecko	3,18	0,38	2,61	0,40	5,85***	1,46
JSR/JSR-R Aktywne radzenie sobie B	0,61	0,36	0,99	0,33	5,04***	1,1
Skala (po oddziaływaniu Snoezelen)						
KompOs/KompOs-R A	18,41	1,76	19,25	1,40	3,38***	0,53
KompOs/KompOs-R B	18,39	1,72	18,76	1,56	1,72	0,23
KompOs/KompOs-R cała skala	36,80	2,91	38,02	2,01	2,95**	0,49
JSR/JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A	2,70	0,29	2,73	0,22	1,04	0,12
JSR/JSR-R Koncentracja na	1,92	0,34	1,84	0,33	1,94	0,24

emocjach A						
JSR/JSR-R Aktywne radzenie sobie A	2,78	0,30	2,84	0,29	1,37	0,2
JSR/JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego B	2,50	0,33	2,61	0,29	2,34*	0,35
JSR/JSR-R Koncentracja na emocjach B	1,74	0,40	1,76	0,40	0,25	0,05
JSR/JSR-R Aktywne radzenie sobie B	2,60	0,32	2,65	0,33	1,3	0,15

Legenda:
 $*p < 0,05$; $**p < 0,01$; $***p < 0,001$
M – średnia skali; *SD* – odchylenie standardowe od średniej
d – wielkość różnicy oceniana wskaźnikiem Cohena (interpretacja: $<0,3$ – różnica mała, $0,3-0,7$ – różnica
średnia, $>0,7$ – różnica duża)

1.3.1. Poczucie własnej skuteczności (KompOs/ KompOs-R)

Przed oddziaływaniem Snoezelen rodzice istotnie wyżej oceniali ogólne poczucie własnej skuteczności swoich dzieci niż same dzieci (tj. rodzice oceniali poczucie własnej skuteczności u dzieci wyżej niż dzieci w samoopisie).

Po oddziaływaniu Snoezelen:

- odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy ocenami dzieci i rodziców w części A skali KompOs/KompOs-R (inicjowanie działania);
- nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy ocenami dzieci i rodziców w części B skali KompOs/KompOs-R (wytrwałość w działaniu).

1.3.2. Strategie radzenia sobie ze stresem – pomiar dyspozycyjny i sytuacyjny (JSR/ JSR-R)

Przed oddziaływaniem Snoezelen:

1. Aktywne radzenie sobie – w pomiarze sytuacyjnym i dyspozycyjnym wyniki rodziców były istotnie wyższe niż wyniki dzieci;
2. Koncentracja na emocjach – w pomiarze sytuacyjnym i dyspozycyjnym wyniki rodziców były istotnie niższe niż wyniki dzieci;

3. Poszukiwanie wsparcia:

- w pomiarze dyspozycyjnym wyniki rodziców były istotnie wyższe niż wyniki dzieci;
- w pomiarze sytuacyjnym nie odnotowano różnic istotnych statystycznie.

Po oddziaływaniu Snoezelen odnotowano brak istotnych statystycznie różnic

pomiędzy ocenami dzieci i rodziców w zakresie:

- aktywnego radzenia sobie (dyspozycyjnego i sytuacyjnego);
- koncentracji na emocjach (dyspozycyjnej i sytuacyjnej);
- dyspozycyjnego poszukiwania wsparcia.

Wyjątek stanowiła sytuacyjna strategia poszukiwania wsparcia, w której:

- oceny rodziców były istotnie wyższe niż samooceny dzieci;
- obserwowana różnica sytuowała się na poziomie średnim.

1.4. Analiza znaczenia zmiennych kontrolowanych

W celu przeprowadzenia dalszej analizy utworzono nowe zmienne, stanowiące różnicę w wynikach dziecka i ocenie rodzica po treningu Snoezelen i przed nim (wyniki dodatnie oznaczają wzrost, ujemne – spadek). Średnie różnice zaprezentowano w tabeli 16.

Tabela 16. Różnice w wynikach dzieci i ocenach rodzica w zakresie KompOs i JSR przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Skale	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SKE</i>	<i>Kurt</i>
KompOs A dziecko	9,73	2,02	5,00	13,00	-0,52	-0,58
KompOs B dziecko	9,80	1,88	5,00	14,00	-0,37	0,10
KompOs dziecko cała skala	19,53	3,02	12,00	26,00	-0,27	-0,04
KompOs-R A rodzic	7,53	2,53	2,00	13,00	0,04	-0,47
KompOs-R B rodzic	7,43	2,49	1,00	12,00	-0,24	-0,43
KompOs-R rodzic cała skala	14,96	3,97	5,00	23,00	-0,11	-0,44
JSR Aktywne radzenie sobie A dziecko	2,08	0,43	1,33	2,67	-0,22	-1,08

JSR Koncentracja na emocjach A dziecko	-1,52	0,40	-2,00	-0,67	0,80	0,02
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A dziecko	1,60	0,43	0,67	2,67	0,02	0,00
JSR Aktywne radzenie sobie B dziecko	1,98	0,40	1,00	2,67	-0,17	-0,68
JSR Koncentracja na emocjach B dziecko	-1,44	0,43	-2,34	-0,66	0,07	-0,88
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego B dziecko	1,44	0,39	0,66	2,34	0,02	-0,61
JSR-R Aktywne radzenie sobie A rodzic	1,77	0,46	0,66	2,67	-0,42	0,06
JSR-R Koncentracja na emocjach A rodzic	-1,10	0,50	-2,00	0,00	0,12	-0,30
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A rodzic	1,31	0,45	0,33	2,67	0,40	0,80
JSR-R Aktywne radzenie sobie B rodzic	1,60	0,41	0,66	2,34	-0,23	-0,39
JSR-R Koncentracja na emocjach B rodzic	-0,87	0,56	-2,00	0,67	0,10	0,34
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego B rodzic	1,40	0,44	0,33	2,00	-0,22	-0,61

Następnie przetestowano znaczenie wieku dziecka, jego płci, poziomu intelektualnego oraz struktury środowiska rodzinnego dla zmian w wynikach uzyskanych przed i po treningu Snoezelen (zob. Tabela 17).

Tabela 17. Znaczenie zmiennych kontrolowanych dla różnic w wynikach skal KompOs i JSR dla dzieci i rodziców

Skale	Wiek dziecka	Płeć dziecka	Poziom funkcjonowania intelektualnego	Struktura rodziny
KompOs A dziecko	0,11	0,30	-0,42**	-1,61
KompOs B dziecko	0,07	-0,93	-0,31*	-0,43
KompOs dziecko cała skala	0,14	-0,40	-0,46***	-1,14
KompOs A rodzic	-0,06	0,35	-0,19	-0,70
KompOs B rodzic	0,03	0,59	-0,18	0,89
KompOs rodzic cała skala	-0,01	0,75	-0,24	0,24
JSR Aktywne radzenie sobie A dziecko	0,40**	-1,12	0,10	0,25
JSR Koncentracja na emocjach A dziecko	0,07	-0,59	0,00	-1,21
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A dziecko	0,10	1,09	0,24	0,99
JSR Aktywne radzenie sobie B dziecko	-0,01	0,23	-0,02	-0,54
JSR Koncentracja na emocjach B dziecko	-0,04	-0,96	-0,02	-0,05
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego B dziecko	-0,01	-1,51	-0,07	-0,76
JSR Aktywne radzenie sobie A rodzic	0,25	-0,35	0,03	0,59
JSR Koncentracja na emocjach A rodzic	0,02	-0,23	-0,09	-0,49
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A rodzic	0,09	0,98	0,11	1,41
JSR Aktywne radzenie sobie B rodzic	-0,09	1,00	-0,02	-0,25
JSR Koncentracja na emocjach B rodzic	-0,03	-0,93	-0,13	-0,38
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego B rodzic	-0,02	-2,42*	-0,10	-1,67
		M > K ($d = 0,69$)		

Legenda:

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

Zastosowano korelacje nieparametryczne Spearmana, analizę różnic testem nieparametrycznym U Manna-Whitneya i współczynnik d Cohena dla obserwowanych, istotnych statystycznie różnic.

1.4.1. Wiek dziecka

W zakresie poczucia własnej skuteczności (KompOs – pomiar dzieci):

- odnotowano istotne znaczenie wieku dziecka dla wielkości różnicy w wynikach;
- im wyższy wiek dziecka, tym mniejsza była obserwowana różnica w zakresie poczucia własnej skuteczności.

W zakresie dyspozycyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR – pomiar dzieci):

- wiek dziecka korelował dodatnio z różnicą w częstości stosowania tej strategii;
- wraz ze wzrostem wieku obserwowano większy wzrost częstości stosowania dyspozycyjnej strategii aktywnego radzenia sobie.

1.4.2. Płeć dziecka

W zakresie sytuacyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R – ocena rodzica) odnotowano istotnie wyższe natężenie tej strategii w ocenie rodziców chłopców w porównaniu do oceny rodziców dziewcząt.

1.4.3. Poziom funkcjonowania intelektualnego

W zakresie poczucia własnej skuteczności (KompOs – pomiar dzieci):

- poziom funkcjonowania intelektualnego korelował ujemnie z wielkością różnic w wynikach;
- im wyższy poziom funkcjonowania intelektualnego dziecka, tym mniejsza była obserwowana różnica w zakresie:
 - części A skali KompOs (inicjowanie działania);
 - części B skali KompOs (wytrwałość w działaniu);
 - wyniku ogólnego skali KompOs.

1.4.4. Struktura rodziny

Struktura rodziny nie miała istotnego znaczenia dla uzyskanych różnic w wynikach ($p > 0,05$ we wszystkich przypadkach).

1.5. Ocena treningu Snoezelen przez dzieci i rodziców

Ostatnia z analiz dotyczyła subiektywnej oceny treningu Snoezelen dokonanej przez dzieci oraz ich rodziców (analiza dokonana na podstawie uzyskanych wyników ankiety ewaluacyjnej).

Zarówno dzieci, jak i rodzice jednoznacznie ocenili zmiany zaobserwowane po treningu jako pozytywne – nie odnotowano żadnych ocen wskazujących na wystąpienie zmian negatywnych.

W poniższym zestawieniu zaprezentowano syntetyczne ujęcie uzyskanych wyników (skala 1-5):

1. Poziom zadowolenia z zajęć – wszystkie dzieci oceniły go jako bardzo wysoki.
2. Atrakcyjność miejsca – oceniana była w przedziale od wysokiej do bardzo wysokiej ($M = 4,92$; $SD = 0,27$; min = 4; max = 5).
3. Poczucie bezpieczeństwa, relaksu oraz ogólne samopoczucie podczas zajęć – zostały przez dzieci jednogłośnie ocenione jako bardzo wysokie.
4. Aktywność w czasie zajęć – oceniana była w przedziale od wysokiej do bardzo wysokiej ($M = 4,84$; $SD = 0,37$; min = 4; max = 5).
5. Pewność siebie w czasie zajęć – oceniana była w przedziale od przeciętnej do bardzo wysokiej ($M = 4,59$; $SD = 0,54$; min = 3; max = 5).
6. Poziom umiejętności radzenia sobie ze stresem – oceniany był w przedziale od przeciętnego do bardzo wysokiego ($M = 4,53$; $SD = 0,58$; min = 3; max = 5).

1.6. Konkluzja z badań pilotażowych

Badania pilotażowe spełniły swoją funkcję przygotowawczą: umożliwiły weryfikację wykonalności procedury, ocenę czytelności narzędzi oraz wstępną ocenę kierunku zmian po zastosowaniu oddziaływania Snoezelen. Z perspektywy metodologicznej kluczowe jest, że zastosowany schemat pomiaru przed–po okazał się operacyjny w grupie dzieci w wieku 11–13 lat, a dwuperspektywistyczny układ (samoopis dziecka oraz ocena rodzica) dostarczył danych porównawczych, które w dalszym etapie mogą pełnić rolę istotnego „testu zgodności percepcji” funkcjonowania dziecka.

Jednocześnie pilotaż ujawnił ograniczenia, które należy uwzględnić w interpretacji i w planowaniu analiz badań właściwych. Zróżnicowana rzetelność części miar (szczególnie w obszarze JSR/JSR-R) wskazuje, że uzyskiwane wyniki mogą być wrażliwe na specyfikę próby oraz na niejednorodność treści skal w odbiorze badanych. W konsekwencji wnioski z pilotażu należy traktować jako przesłankę do weryfikacji w badaniu właściwym, a nie jako podstawę do silnych uogólnień, zwłaszcza że dobór próby był celowy (dzieci z trudnościami emocjonalno-poznawczymi), a analiza miała charakter wstępny. Mimo powyższych zastrzeżeń wyniki pilotażu konsekwentnie wskazują na korzystny kierunek zmian po oddziaływaniach Snoezelen: wzrost poczucia własnej skuteczności (dziecko i rodzic) oraz przesunięcie w stronę strategii adaptacyjnych w radzeniu sobie ze stresem (większe aktywne radzenie sobie i poszukiwanie wsparcia przy jednoczesnym spadku koncentracji na emocjach). Istotnym walorem jest też obserwowana tendencja do zmniejszania rozbieżności pomiędzy samooceną dziecka a oceną rodzica po zakończeniu treningu, co może sugerować wzrost spójności funkcjonowania oraz jego „widoczności” w zachowaniu.

Analizy zmiennych kontrolowanych wskazały ponadto, że wielkość zmian nie była całkowicie jednorodna: wiek oraz poziom funkcjonowania intelektualnego różnicowały natężenie efektów w obszarze poczucia własnej skuteczności, co uzasadnia uwzględnienie tych zmiennych w modelowaniu wyników badań właściwych. Brak istotnego znaczenia struktury rodziny w pilotażu można natomiast traktować ostrożnie — jako wynik wstępny, potencjalnie zależny od liczebności próby.

Podsumowując, pilotaż dostarczył argumentów za zasadnością realizacji badań właściwych: procedura jest możliwa do przeprowadzenia, narzędzia są generalnie użyteczne, a uzyskane wyniki wskazują na systematyczne zmiany zgodne z zakładanym kierunkiem oddziaływań Snoezelen. Równocześnie pilotaż pełni funkcję „filtra metodologicznego” — ujawniając obszary wymagające ostrożności interpretacyjnej (rzetelność części miar, specyfika próby, charakter pre–post), które powinny zostać uwzględnione w konstrukcji analiz i w dyskusji rezultatów badań właściwych.

2. Badania właściwe

2.1. Zastosowane narzędzia statystyczne

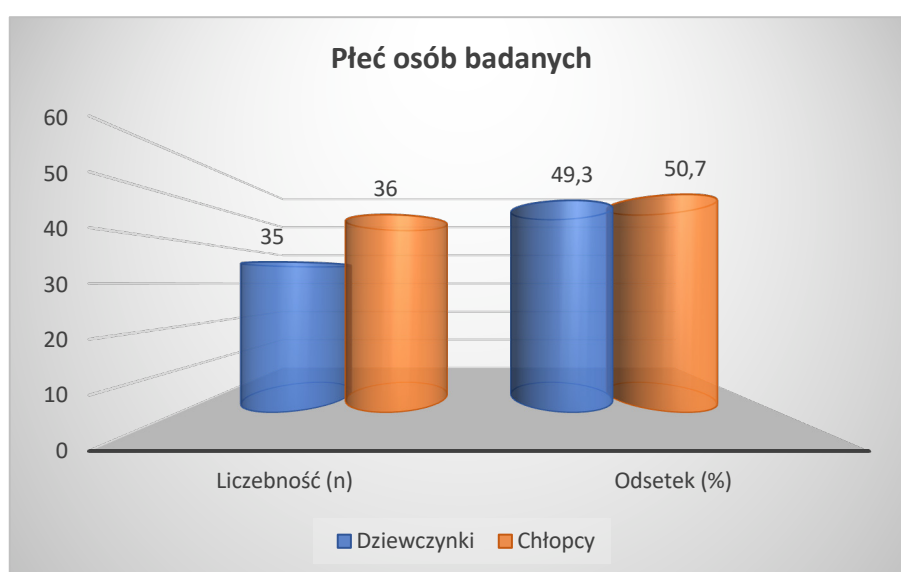
Do analizy zastosowano program Statistica ver 13.1 firmy StatSoft oraz *Effect Size Calculator for T-Test* (b.d.) do określania wielkości różnic (przyjęto następujące kryteria: $< 0,3$ – różnica mała; $0,3-0,7$ – różnica umiarkowana; $> 0,7$ – różnica duża).

2.2. Charakterystyka próby badanych

W badaniach wzięło udział 71 dzieci – 35 dziewcząt i 36 chłopców, w wieku od 11 do 13 lat (22 11-latków, 28 12-latków i 21 13-latków) ($M = 12$; $SD = 0,78$), a także po jednym rodzicu w przypadku każdego z dzieci. Podział ze względu na płeć zaprezentowano w tabeli 18 i na rycinie 84, ze względu na wiek – w tabeli 19 i na rycinie 85.

Tabela 18. Struktura próby ze względu na płeć ($N = 71$)

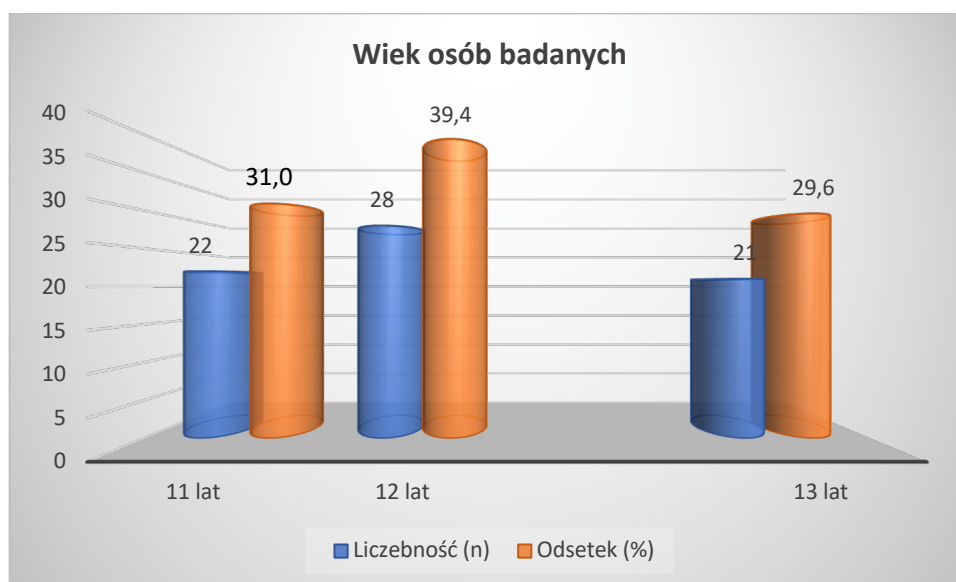
Płeć	Liczebność (n)	Odsetek (%)
Dziewczynki	35	49,3
Chłopcy	36	50,7
Razem	71	100,0



Rycina 84. Struktura próby ze względu na płeć ($N = 71$)

Tabela 19. Struktura próby ze względu na wiek ($N = 71$)

Wiek (lata)	Liczebność (n)	Odsetek (%)
11 lat	22	31,0
12 lat	28	39,4
13 lat	21	29,6
Razem	71	100,0



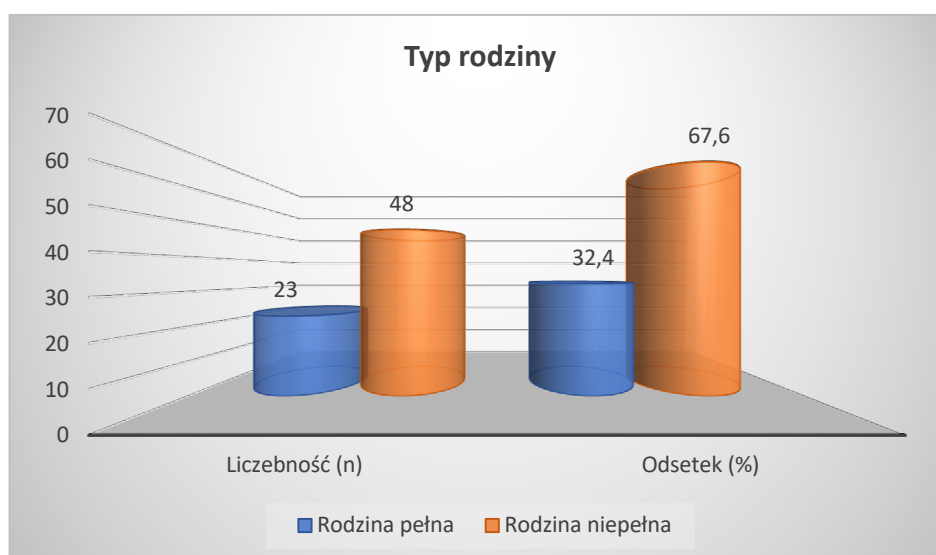
Rycina 85. Struktura próby ze względu na wiek ($N = 71$)

Wiek i płeć dzieci. Średni wiek dzieci nie różnił się statystycznie pomiędzy grupą dziewcząt i chłopców ($t = 1,06$; $p = 0,29$; zastosowano test różnic t-Studenta, $p > 0,05$ wskazuje na brak różnic), co oznacza, że wiek dziewcząt i chłopców był zbliżony.

Typ rodziny. 23 dzieci wychowywało się w rodzinach niepełnych, 48 – w pełnych (zob. Tabela 20 i rycina 86). Istotnie więcej dzieci wychowywało się w rodzinach pełnych ($\chi^2 = 17,61$; $p < 0,001$; test chi kwadrat do określania wielkości różnic na podstawie liczności grup), natomiast różnica ta była mała (wielkość różnic oszacowana wskaźnikiem fi kwadrat: $\phi^2 = 0,12$; ponieważ nie przekroczyła wartości 0,3, przyjęto, że jest mała). Wychowanie się w rodzinie pełnej bądź niepełnej nie różnicowało istotnie wieku dzieci ($Z = -0,09$; $p = 0,93$; nieparametryczny test U Manna-Whitneya, zastosowany ze względu na istotne różnice w liczności grup) ani ich płci ($Z = 0,28$; $p = 0,78$; test U Manna-Whitneya analogicznie). Oznacza to, że w rodzinach pełnych i niepełnych była zbliżona liczba dziewcząt i chłopców, dzieci były również w podobnym wieku.

Tabela 20. Struktura próby ze względu na typ rodziny ($N = 71$)

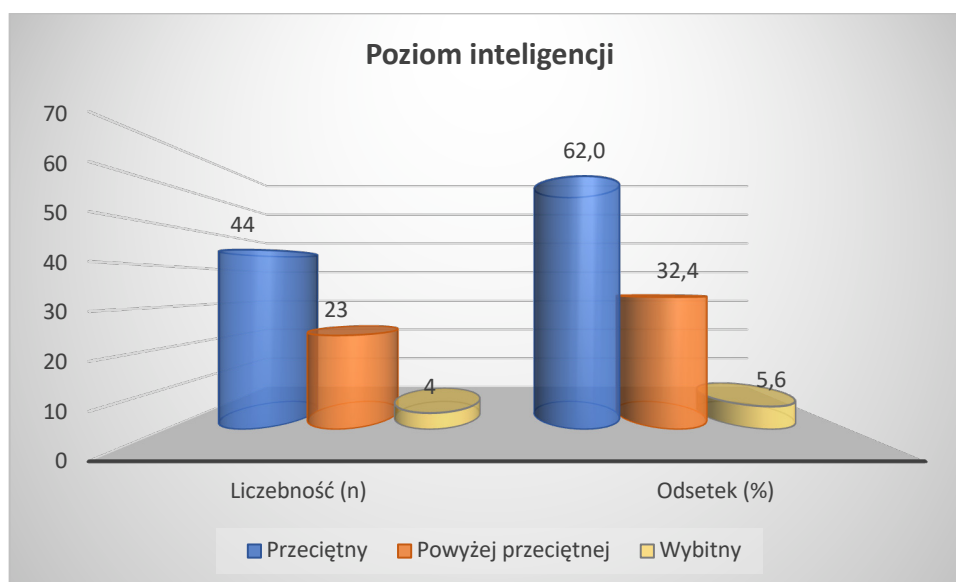
Typ rodziny	Liczebność (n)	Odsetek (%)
Rodzina pełna	23	32,4
Rodzina niepełna	48	67,6
Razem	71	100,0

Rycina 86. Struktura próby ze względu na typ rodziny ($N = 71$)

Inteligencja. 44 dzieci uzyskało przeciętne wyniki w teście Matryc Ravena, 23 – powyżej przeciętnej ($\chi^2 = 13,16$; $p < 0,001$; $\phi^2 = 0,1$ – ta grupa była istotnie mniej liczna, ale różnica była mała), a 4 – wyniki wybitne ($\chi^2 = 26,74$; $p < 0,001$; $\phi^2 = 0,5$ – ta grupa była najmniej liczna, a różnica w porównaniu do grupy dzieci o wynikach powyżej przeciętnej była umiarkowana). Płeć nie różnicowała wyników w zakresie testu Matryc Ravena ($Z = 0,96$; $p = 0,34$; test U Manna-Whitneya analogicznie). Nie odnotowano również korelacji z wiekiem dzieci ($r = 0,1$; $p = 0,42$; zastosowano korelację Spearmana ze względu na zmienną na skali porządkowej). Oznacza to, że ani wiek, ani płeć nie miały znaczenia dla wyników testu Matryc Ravena – w każdej grupie znalazła się zbliżona liczba chłopców i dziewczynek, w każdej grupie był również porównywalny średni wiek dzieci. Strukturę próby w podziale na płeć zaprezentowano w tabeli 21 i na rycinie 87.

Tabela 21. Struktura próby ze względu na poziom funkcjonowania intelektualnego ($N = 71$)

Poziom inteligencji	Liczebność (n)	Odsetek (%)
Przeciętny	44	62,0
Powyżej przeciętnej	23	32,4
Wybitny	4	5,6
Razem	71	100,0



Rycina 87. Struktura próby ze względu na poziom funkcjonowania intelektualnego ($N = 71$)

2.3. Właściwości psychometryczne narzędzi

Przed rozpoczęciem analizy statystycznej, która miałaby dać odpowiedzi na pytania badawcze, dokonano ewaluacji narzędzi pod kątem ich właściwości psychometrycznych w pomiarze na grupie badanych ($N = 71$) w badaniach właściwych. Rzetelność narzędzi, oznaczająca to, czy wystarczająco dobrze badają one określone konstrukty, stanowi warunek prawidłowej interpretacji uzyskanych wyników.

Wyniki analizy rzetelności pomiaru dla zastosowanych narzędzi umieszczono w Tabeli 14. Uzyskano dobrą rzetelność pomiaru w zakresie pierwszego Skalę A KompOs oraz zadowalającą dla całego narzędzia, w zakresie skali B KompOs w pierwszym pomiarze rzetelność pomiaru była niska, stąd wyniki analiz obejmujących tę zmienną należy traktować z ostrożnością. W drugim pomiarze rzetelność była niewystarczająca.

W zakresie JSR zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze nie uzyskano wystarczającej rzetelności pomiaru – niskie i ujemne wskaźniki oznaczają brak spójności

poszczególnych pozycji, co oznacza, że skala jest wewnątrznie niespójna i uśrednienie jej wyników jest nieuzasadnione. Analizę rzetelności narzędzi KompOs i JSR – wersja dla dzieci – zaprezentowano poniżej w tabeli 22.

Tabela 22. Analiza rzetelności narzędzi KompOs i JSR – wersja dla dzieci

Narzędzia	Wskaźnik α Cronbacha	Rzetelność połówkowa rtt (co drugi item)
KompOs Skala A	0,8	0,81
KompOs Skala B	0,57*	0,57
KompOs Wynik ogólny	0,79	0,83
JSR Aktywne radzenie sobie A	0,14**	–
JSR Koncentracja na emocjach A	0,01**	–
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A	0,14**	–
JSR Aktywne radzenie sobie B	0,44**	–
JSR Koncentracja na emocjach B	0,2**	–
Poszukiwanie wsparcia społecznego B	0,22**	–
Część A	-0,15	-0,58
Część B	0,3**	0,43
KompOs Skala A – pomiar 2	0,16**	0,25
KompOs Skala B – pomiar 2	0,23**	0,27
KompOs Wynik ogólny – pomiar 2	0,01**	0,02
JSR Aktywne radzenie sobie A – pomiar 2	0,36**	–
JSR Koncentracja na emocjach A – pomiar 2	0,23**	–
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A – pomiar 2	0,04**	–
JSR Aktywne radzenie sobie B – pomiar 2	-0,009**	–
JSR Koncentracja na emocjach B – pomiar 2	0,27**	–
Poszukiwanie wsparcia społecznego B – pomiar 2	-0,17	–
JSR Część A – pomiar 2	-0,32**	-0,09
JSR Część B – pomiar 2	0,12**	0,01

Legenda:

*Usunięcie żadnego z itemów nie podwyższało wyniku w zakresie rzetelności pomiaru.

**Usunięcie jednego z itemów podwyższało wynik w zakresie rzetelności pomiaru, natomiast nie do wymaganego 0,7.

Rzetelność połówkową obliczano dla większej liczby pozycji w skali niż 3.

Analiza rzetelności pomiaru wyników rodziców (zob. Tabela 23) wykazała niską, niezadowalającą rzetelność zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze, w zakresie obu zastosowanych narzędzi.

Tabela 23. Analiza rzetelności narzędzi KompOs-R i JSR-R – wersja dla rodziców

Narzędzia	Wskaźnik α Cronbacha	Rzetelność połówkowa r_{tt} (co drugi item)
KompOs-R Skala A	0,41**	0,45
KompOs-R Skala B	0,04**	0,35
KompOs-R Wynik ogólny	0,2**	0,19
JSR-R Aktywne radzenie sobie A	-0,61**	–
JSR-R Koncentracja na emocjach A	0,54**	–
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A	-0,3	–
JSR-R Aktywne radzenie sobie B	0,01**	–
JSR-R Koncentracja na emocjach B	0,34**	–
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego B	0,49**	–
JSR-R Część A	-0,05**	-0,17
JSR-R Część B	-0,36**	-0,11
KompOs-R Skala A – pomiar 2	0,41**	0,41
KompOs-R Skala B – pomiar 2	-0,25**	-0,31
KompOs-R Wynik ogólny – pomiar 2	0,14**	0,1
JSR-R Aktywne radzenie sobie A – pomiar 2	-0,37**	–
JSR-R Koncentracja na emocjach A – pomiar 2	-0,19**	–
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A – pomiar 2	0,03	–
JSR-R Aktywne radzenie sobie B – pomiar 2	-0,29**	–
JSR-R Koncentracja na emocjach B – pomiar 2	0,16**	–

Poszukiwanie wsparcia społecznego B – pomiar 2	-0,21**	–
JSR-R Część A – pomiar 2	-0,36**	-0,51
JSR-R Część B – pomiar 2	0,14**	0,07

Legenda:

*Usunięcie żadnego z itemów nie podwyższało wyniku w zakresie rzetelności pomiaru.

**Usunięcie jednego z itemów podwyższało wynik w zakresie rzetelności pomiaru, natomiast nie do wymaganego 0,7.

Rzetelność połówkową obliczano dla większej liczby pozycji w skali niż 3.

Zważywszy na niezadowalającą rzetelność pomiaru, która sugeruje niejednorodność obu badanych konstruktów w badanej próbie (zwłaszcza w przypadku pomiaru rodziców), nieuprawione byłoby bazowanie w analizie na średnich dla danych skal. Sytuacja taka nie oznacza niewystarczająco dobrego pomiaru danym narzędziem, a jedynie nie uprawnia do przełożenia poszczególnych wyników na skale. W związku z powyższym podjęto decyzję o przeprowadzeniu analizy na poszczególnych pozycjach zastosowanych narzędzi, a próbę wyjaśnienia przyczyn uzyskanych wyników podjęto w dalszej części pracy.

2.4. Odpowiedzi na problemy badawcze

2.4.1. Różnice pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności u dzieci przed i po zastosowaniu metody Snoezelen

W celu weryfikacji pierwszego z problemów badawczych, mianowicie znaczenia oddziaływania Snoezelen dla poczucia własnej skuteczności dzieci w samoocenie i w ocenie rodziców, mierzone narzędziami KompOs i KompOs-R, przeprowadzono analizę różnic w zakresie wyników uzyskanych od dzieci i rodziców. Wyniki zaprezentowano w tabeli 24. Różnice w zakresie wszystkich itemów były istotne statystycznie ($p > 0,05$, czyli dotyczyły ponad 95% badanych dzieci), a wskaźniki wielkości różnic – duże ($d > 0,7$), co oznacza, że przejawy poczucia własnej skuteczności dzieci były dużo wyższe po oddziaływaniu Snoezelen niż przed nim. W przypadku rodziców również zaobserwowano istotne statystycznie ($p < 0,05$), duże różnice ($d > 0,7$), co oznacza, że

przejawy poczucia własnej skuteczności dzieci dostrzegane przez rodziców były wyższe po oddziaływaniu Snoezelen niż przed nim.

Tabela 24. Analiza różnic KompOs/KompOs-R przed i po oddziaływaniu Snoezelen w grupie dzieci oraz ocen dokonywanych przez rodziców

Wyniki dzieci	Przed		Po		Różnica	Wielkość różnicy
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>d</i>
KompOs A1	1,27	0,45	3,21	0,44	7,92***	4,36
KompOs A2	1,35	0,56	3,11	0,46	7,21***	3,44
KompOs A3	1,38	0,54	3,13	0,38	7,22***	3,75
KompOs A4	1,30	0,46	3,11	0,46	7,22***	3,93
KompOs A5	1,23	0,45	3,15	0,55	7,11***	3,82
KompOs A6	1,45	0,60	3,15	0,47	7,06***	3,15
KompOs B1	1,37	0,57	2,99	0,55	7,01***	2,89
KompOs B2	1,20	0,40	3,03	0,63	7,06***	3,47
KompOs B3	1,24	0,46	3,08	0,44	7,22***	4,09
KompOs B4	1,14	0,35	3,06	0,53	7,32***	4,28
KompOs B5	1,38	0,54	3,01	0,52	7,04***	3,07
KompOs B6	1,21	0,41	3,01	0,64	6,96***	3,35
Oceny rodziców	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>d</i>
KompOs-R A1	2,52	0,56	3,45	0,50	6,33***	1,75
KompOs-R A2	2,11	0,67	3,13	0,44	6,15***	1,80
KompOs-R A3	1,90	0,54	3,14	0,42	6,96***	2,56
KompOs-R A4	2,41	0,60	3,11	0,55	5,12***	1,22
KompOs-R A5	1,99	0,60	3,01	0,32	6,68***	2,12
KompOs-R A6	1,94	0,67	3,06	0,37	6,45***	2,07
KompOs-R B1	1,96	0,64	2,86	0,64	5,74***	1,41
KompOs-R B2	1,82	0,62	2,76	0,55	5,97***	1,60
KompOs-R B3	2,08	0,55	2,96	0,46	5,96***	1,74
KompOs-R B4	1,75	0,65	3,14	0,49	6,79***	2,41

KompOs-R B5	1,65	0,54	2,97	0,45	6,9***	2,68
KompOs-R B6	1,89	0,49	2,97	0,45	6,74***	2,30

Legenda:

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

Zastosowano nieparametryczny test kolejności par Wilcoxona dla zmiennych zależnych (ze względu na brak rozkładów normalnych dla zmiennych oraz niewielką próbę badanych) oraz współczynnik wielkości efektu d Cohena (dla prób równolicznych)

Interpretacja wartości d : $< 0,3$ – różnica mała, $0,3-0,7$ – różnica średnia, $> 0,7$ – różnica duża.

A1-A6 – pozycje skali A narzędzia KompOs/KompOs-R (inicjowanie działania)

B1-B6 – pozycje skali B narzędzia KompOs/KompOs-R (wytrwałość działania)

Uzyskane wyniki pozwoliły na rozstrzygnięcie postawionego problemu badawczego:

Problem 1. Czy istnieją różnice pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności (i jej czynnikami) przed i po oddziaływaniu Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej: a. w samoocenie dzieci; b. w ocenie rodziców?

Odpowiedź: Tak, poziom poczucia własnej skuteczności po oddziaływaniu Snoezelen u dzieci w wieku 11-13 lat wzrósł istotnie w stopniu dużym, ocenie dzieci oraz w ocenie ich rodziców.

Pozwoliło to przyjąć dwa rozszerzone wnioski do postawionego problemu badawczego, mianowicie:

- Poziom poczucia własnej skuteczności u dzieci po oddziaływaniu Snoezelen wzrasta;
- Poziom poczucia własnej skuteczności u dzieci w ocenie rodziców po oddziaływaniu Snoezelen wzrasta.

2.4.2. Różnice w zakresie stosowania strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci przed i po zastosowaniem metody Snoezelen

W celu udzielenia odpowiedzi na drugie z pytań badawczych, mianowicie określenia znaczenia oddziaływań Snoezelen dla strategii radzenia sobie ze stresem, przeprowadzono analizę różnic w zakresie wyników dzieci oraz ocen dokonywanych przez rodziców (zob. Tabela 25). Odnotowano istotnie statystyczny wzrost stosowania

przejawów strategii aktywnego radzenia sobie i poszukiwania wsparcia, a spadek przejawów koncentracji na emocjach – zarówno w zakresie wyników dzieci, jak i ocen rodziców. Obserwowane różnice były duże. Oznacza to, że po oddziaływaniu Snoezelen dzieci w większym stopniu niż przed nim aktywnie radziły sobie ze stresem i poszukiwały wsparcia, a mniej koncentrowały się na emocjach, tę tendencję dostrzegli również ich rodzice.

Tabela 25. Analiza różnic JSR/JSR-R przed i po oddziaływaniu Snoezelen w grupie dzieci i w ocenach rodziców

Wyniki dzieci	Przed		Po		Różnica	Wielkość różnicy
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>d</i>
JSR D1ars	0,69	0,67	3,04	0,46	7,22***	4,09
JSR D2kne	3,35	0,48	1,10	0,61	7,32***	4,10
JSR D3pw	0,73	0,56	2,79	0,50	7,22***	3,88
JSR D4ars	0,63	0,51	2,82	0,59	7,32***	3,97
JSR D5kne	3,54	0,53	1,39	0,69	7,32***	3,49
JSR D6pw	0,48	0,53	2,52	0,53	7,32***	3,85
JSR D7ars	0,45	0,50	2,68	0,53	7,32***	4,35
JSR D8kne	3,45	0,50	1,27	0,63	7,27***	3,83
JSR D9pw	0,85	0,60	2,41	0,60	6,99***	2,60
JSR S1ars	0,39	0,49	2,82	0,52	7,32***	4,81
JSR S2kne	3,39	0,57	1,48	0,65	7,11***	3,12
JSR S3pw	0,68	0,63	2,63	0,68	7,01***	2,97
JSR S4ars	0,46	0,53	2,77	0,51	7,27***	4,44
JSR S5kne	3,49	0,50	1,31	0,55	7,22***	4,15
JSR S6pw	0,44	0,58	2,94	0,37	7,32***	5,14
JSR S7ars	0,35	0,51	2,96	0,43	7,32***	5,53
JSR S8kne	3,42	0,73	0,94	0,53	7,22***	3,89
JSR S9pw	0,70	0,90	2,73	0,61	6,97***	2,64
Oceny rodziców	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>d</i>

JSR-R D1ars	1,00	0,34	3,18	0,49	7,32***	5,17
JSR-R D2kne	3,24	0,46	1,10	0,48	7,27***	4,55
JSR-R D3pw	1,03	0,48	3,04	0,43	7,32***	4,41
JSR-R D4ars	0,87	0,51	3,15	0,53	7,32***	4,38
JSR-R D5kne	3,46	0,50	1,08	0,58	7,32***	4,40
JSR-R D6pw	0,90	0,59	2,86	0,57	7,11***	3,38
JSR-R D7ars	0,59	0,62	2,68	0,50	7,22***	3,71
JSR-R D8kne	3,30	0,60	0,92	0,55	7,32***	4,14
JSR-R D9pw	1,07	0,72	2,59	0,50	6,62***	2,54
JSR-R S1ars	0,62	0,66	2,93	0,35	7,32***	4,37
JSR-R S2kne	3,54	0,56	1,44	0,55	7,22***	3,78
JSR-R S3pw	1,01	0,62	2,83	0,45	7,22***	3,36
JSR-R S4ars	0,63	0,70	2,87	0,38	7,22***	4,14
JSR-R S5kne	3,39	0,57	1,48	0,53	7,22***	3,47
JSR-R S6pw	0,66	0,84	2,68	0,50	6,94***	2,92
JSR-R S7ars	0,32	0,47	2,89	0,55	7,32***	5,02
JSR-R S8kne	2,87	0,70	1,03	0,48	7,06***	1,73
JSR-R S9pw	0,85	0,75	2,87	0,56	7,01***	3,05

Legenda:

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

Zastosowano nieparametryczny test kolejności par Wilcoxona dla zmiennych zależnych (ze względu na brak rozkładów normalnych dla zmiennych oraz niewielką próbę badanych) oraz współczynnik wielkości efektu d Cohena (dla prób równolicznych)

Interpretacja wartości d : $< 0,3$ – różnica mała, $0,3-0,7$ – różnica średnia, $> 0,7$ – różnica duża.

Oznaczenia:

D – radzenie sobie dyspozycyjne;

S – radzenie sobie sytuacyjne;

ars – aktywne radzenie sobie;

kne – koncentracja na emocjach;

pw – poszukiwanie wsparcia

1-9 – numery poszczególnych pozycji kwestionariuszy

Uzyskane wyniki pozwoliły na udzielenie odpowiedzi na drugi z problemów badawczych, mianowicie:

Problem 2. Czy istnieją różnice w zakresie stosowania określonych strategii radzenia sobie ze stresem przed i po oddziaływaniu metodą Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej: a. w samoocenie dzieci; b. w ocenie rodziców?

Odpowiedź: Tak, częstotliwość stosowania strategii dyspozycyjnych i sytuacyjnych, polegających na aktywnym radzeniu sobie oraz na poszukiwaniu wsparcia wzrosła w stopniu dużym, zmalała w stopniu dużym częstotliwość stosowania strategii polegających na koncentracji na emocjach, zarówno w pomiarze bazującym na samoocenie dzieci, jak i na ocenie rodziców.

Wyniki badań pozwoliły ustalić, iż:

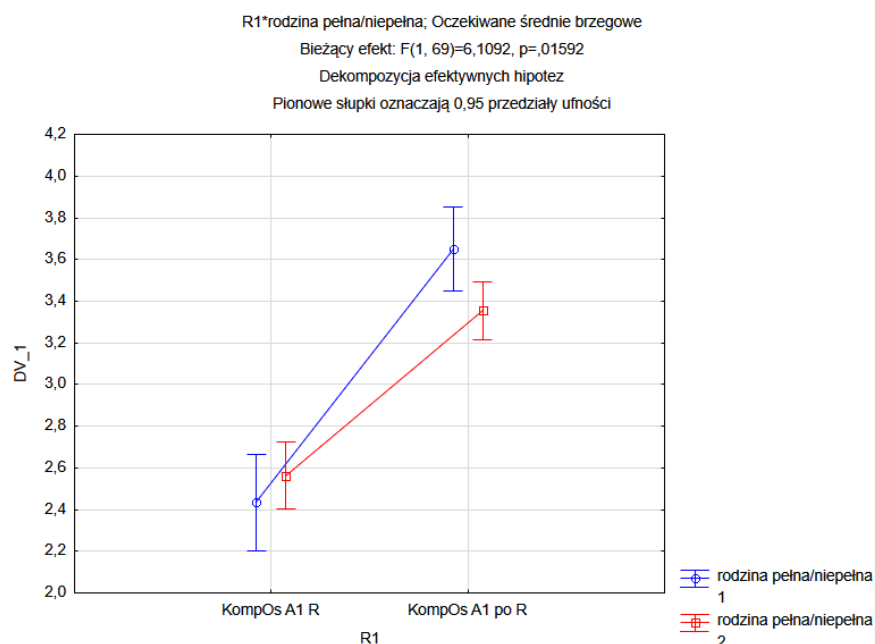
- Częstotliwość stosowania strategii adaptacyjnych (a. aktywnego radzenia sobie, b. poszukiwania wsparcia) przez dzieci po oddziaływaniu Snoezelen wzrasta.
- Częstotliwość stosowania strategii adaptacyjnych (a. aktywnego radzenia sobie, b. poszukiwania wsparcia) przez dzieci w ocenie rodziców po oddziaływaniu Snoezelen wzrasta.
- Częstotliwość stosowania strategii dezadaptacyjnych (c. koncentracja na emocjach) przez dzieci po oddziaływaniu Snoezelen maleje.
- Częstotliwość stosowania strategii dezadaptacyjnych (c. koncentracja na emocjach) przez dzieci w ocenie rodziców po oddziaływaniu Snoezelen maleje.

2.4.3. Związek płci i typu struktury rodziny dla oddziaływań Snoezelen w zakresie poczucia własnej skuteczności

Do analizy znaczenia zmiennych kontrolowanych w postaci płci dzieci i typu struktury rodziny zastosowano test ANOVA (układ z powtarzanymi pomiarami). Jej wyniki miały dać odpowiedź na kolejne pytanie badawcze, dotyczące znaczenia płci i typu struktury rodziny dla oddziaływań Snoezelen na poczucie własnej skuteczności.

Płeć. Płeć nie miała znaczenia dla różnic w zakresie KompOs/KompOs-R. Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w niniejszym zakresie. Ze względu na objętość, nie prezentowano analiz wyników nieistotnych statystycznie, zostały one umieszczone w załączniku 3, na końcu pracy.

Struktura rodziny. Struktura rodziny nie miała znaczenia dla zmian w zakresie własnej skuteczności w ocenie dzieci, natomiast odnotowano istotne statystycznie zmiany w zakresie jednego z przejawów poczucia skuteczności (KompOs-R item A1) dla dzieci z rodzin pełnych ($F = 6,11$; $p = 0,016$) w porównaniu z dziećmi z rodzin niepełnych w ocenie rodziców (zob. Rycina 88). Rodzice dzieci z rodzin niepełnych po oddziaływaniu Snoezelen zauważyli większą tendencję ich dzieci do „znajdowania jakiegoś rozwiązania” (A1) niż rodzice dzieci z rodzin pełnych.



Rycina 88. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu poczucia skuteczności (KompOs-R item A1) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

rodzina pełna/niepełna 1 = rodzina niepełna;

rodzina pełna/niepełna 2 = rodzina pełna,

KompOs A1 R – przed oddziaływaniem Snoezelen,

KompOs A1 R po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A9,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Powyższe wyniki pozwoliły udzielić odpowiedzi na trzeci z problemów badawczych, mianowicie:

Problem 3. Czy istnieją różnice pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności i jej czynnikami, przed i po oddziaływaniu Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, z perspektywy a. dziecka i b. rodzica w zależności od:

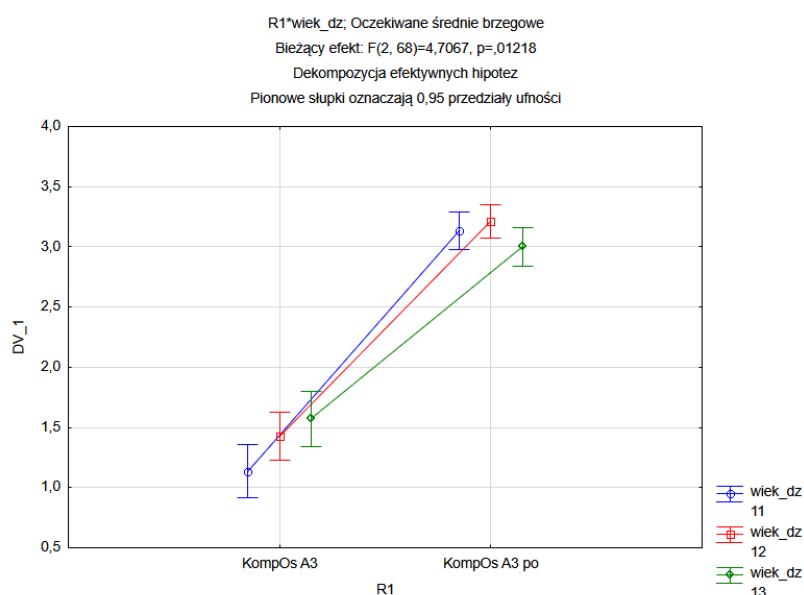
- płci;
- typu struktury rodziny?

Odpowiedź: Poza jednym przejawem poczucia własnej skuteczności zarówno płeć, jak i struktura rodziny nie miały znaczenia dla różnic w wynikach dzieci, a także w ocenach ich rodziców.

2.4.4. Związek wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego dzieci dla oddziaływań Snoezelen w zakresie poczucia własnej skuteczności

Do analizy znaczenia wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego dzieci dla ich wyników w zakresie poczucia własnej skuteczności, czyli w celu sformułowania odpowiedzi na czwarte pytanie badawcze, zastosowano analizę ANOVA z powtarzanymi pomiarami.

Wiek. Wiek dzieci miał znaczenie tylko dla wzrostu jednego przejawu poczucia własnej skuteczności: "maksymalnie się koncentruję" (item A3) (zob. Rycina 89). Po oddziaływaniu Snoezelen wyniki dzieci ze wszystkich grup wiekowych zrównały się (zob. analiza *post hoc* tabela 26).



Rycina 89. Znaczenie wieku dzieci dla zmian w zakresie przejawu poczucia kompetencji (A3) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

wiek_dz = wiek dziecka,

KompOs A3 – przed oddziaływaniem Snoezelen,

KompOs A3 po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A3,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

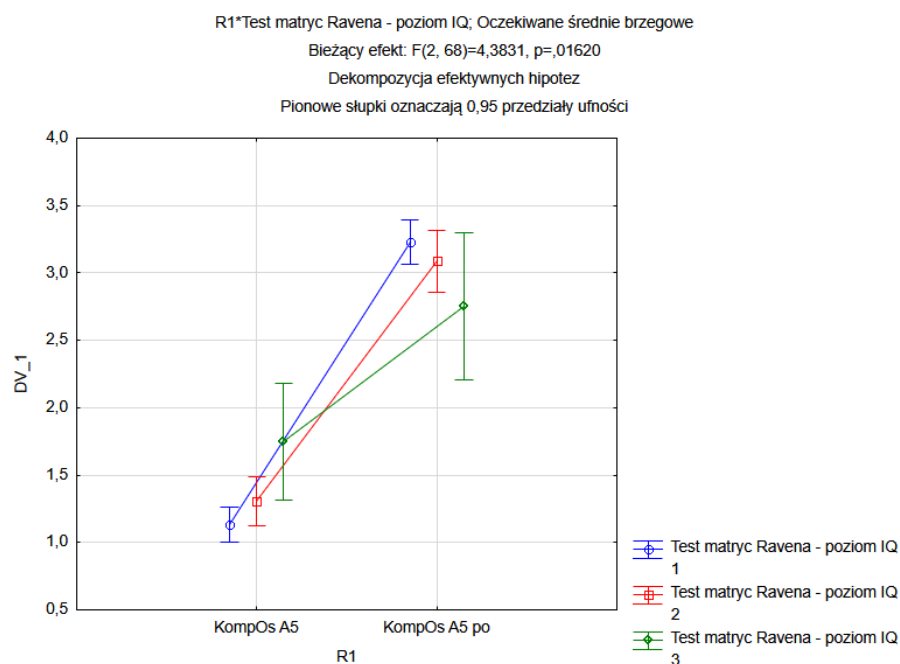
Tabela 26. Wyniki testu Tuckeya (wartości *p*) dla różnych licznosci podgrup wiekowych – porównania przejawu poczucia kompetencji (KompOs A3)

Grupa	Wiek	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	11	Przed		<0,001	0,267	<0,001	0,023	<0,001
2	11	Po	<0,001		<0,001	0,993	0,000	0,926
3	12	Przed	0,267	<0,001		<0,001	0,911	<0,001
4	12	Po	<0,001	0,993	<0,001		0,000	0,643
5	13	Przed	0,023	<0,001	0,911	<0,001		<0,001
6	13	Po	<0,001	0,926	<0,001	0,643	<0,001	

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.

Inteligencja. Poziom funkcjonowania intelektualnego miał znaczenie dla dwóch przejawów poczucia własnej skuteczności dzieci, mianowicie „mogę polegać na sobie” (A5) i „rezygnuję z tego, gdy nie widzę szans powodzenia” (B4) (zob. Ryciny 90 i 91). Zaobserwowano mniejszy wzrost w tym zakresie u dzieci wybitnych niż w przypadku dzieci przeciętnych i o inteligencji powyżej przeciętnej (zob. analizy *post hoc* tabele 27 i 28).



Rycina 90. Znaczenie poziomu intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie przejawu poczucia skuteczności (A5) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

Test matryc Ravena poziom:

1 = przeciętny,

2 = powyżej przeciętne,

3 = wybitny,

KompOs A5 – przed oddziaływaniem Snoezelen,

KompOs A5 po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A5,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

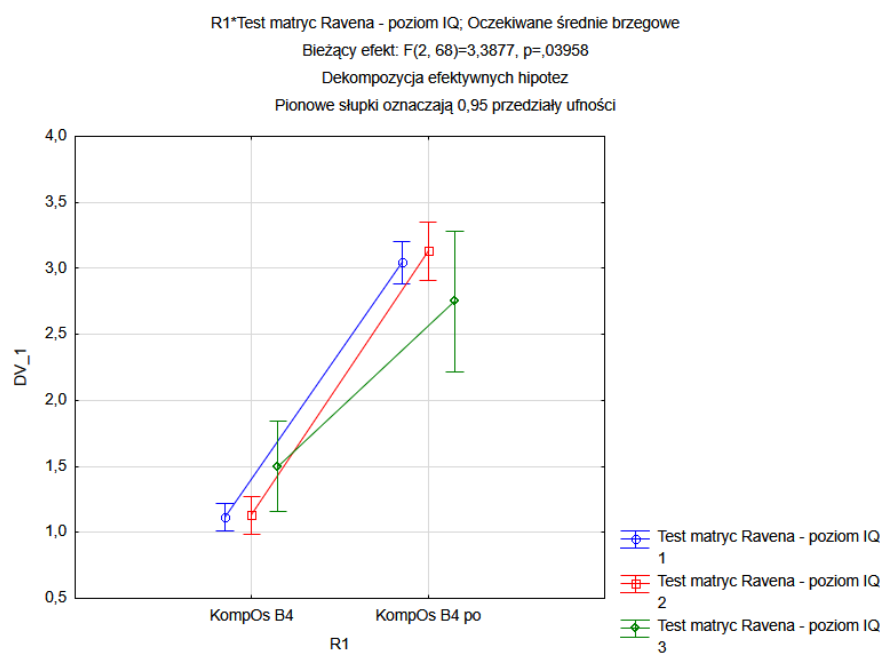
Tabela 27. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup funkcjonowania intelektualnego – porównania przejawu poczucia skuteczności (KompOs A5) dzieci przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wynik IQ	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	Przeciętny	Przed		<0,001	0,858	<0,001	0,493	<0,001
2	Przeciętny	Po	<0,001		<0,001	0,929	<0,001	0,746
3	Powyżej przeciętnej	Przed	0,858	<0,001		<0,001	0,798	0,001

4	Powyżej przeciętnej	Po	<0,001	0,929	<0,001	0,002	0,929
5	Wybitny	Przed	0,493	<0,001	0,798	0,002	0,106
6	Wybitny	Po	<0,001	0,746	0,001	0,929	0,106

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.



Rycina 91. Znaczenie poziomu intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie przejawu poczucia skuteczności (B4) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

Test matryc Ravena poziom:

1 = przeciętny,

2 = powyżej przeciętne,

3 = wybitny,

KompOs B4 – przed oddziaływaniem Snoezelen,

KompOs B4 po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A5,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

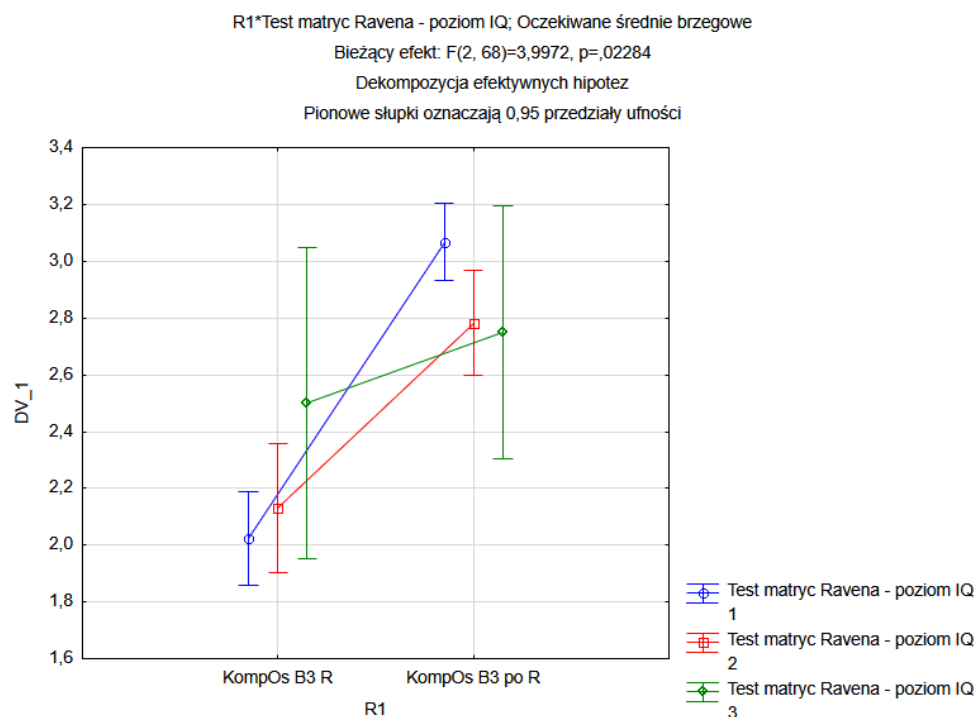
Tabela 28. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup funkcjonowania intelektualnego – porównania przejawu poczucia kompetencji dzieci (KompOs B4) przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wynik IQ	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	Przeciętny	Przed		<0,001	1,000	<0,001	0,828	<0,001
2	Przeciętny	Po	<0,001		<0,001	0,988	<0,001	0,938
3	Powyżej przeciętnej	Przed	1,000	<0,001		<0,001	0,853	<0,001
4	Powyżej przeciętnej	Po	<0,001	0,988	<0,001		<0,001	0,837
5	Wybitny	Przed	0,828	<0,001	0,853	<0,001		<0,001
6	Wybitny	Po	<0,001	0,938	<0,001	0,837	<0,001	

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.

Jeśli chodzi o rodzicielską ocenę zmian w zakresie poczucia skuteczności dzieci odnotowano różnice związane z poziomem funkcjonowania intelektualnego w zakresie jednego z przejawów poczucia skuteczności (KompOs-R „robi to nawet, dy jak się wydaje jest to ponad jego siły” – item B3) (zob. Ryscina 92). Oceny rodziców dzieci, które uzyskały wyniki wybitne w Teście Matryc Ravena ($N = 4$) nie różniły się istotnie po oddziaływaniu Snoezelen od ich ocen przed, istotne różnice z kolei dotyczyły ocen rodziców dzieci o przeciętnych i ponad przeciętnych wynikach (zob. Tabela 29). Analogicznej różnicy nie odnotowano w przypadku wyników dzieci.



Rycina 92. Znaczenie poziomu funkcjonowania intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie poczucia skuteczności własnej (KompOs-R B3) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

Test matryc Ravena poziom:

1 = przeciętny,

2 = powyżej przeciętnej,

3 = wybitny,

KompOs B3 R – ocena rodzica przed oddziaływaniem Snoezelen,

KompOs B3 R po – ocena rodzica po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu B3,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Tabela 29. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup poziomu funkcjonowania intelektualnego – porównania zmian w zakresie poczucia skuteczności własnej (KompOs-R B3) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wynik testu	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
Matryc Ravena								
1	Przeciętny	Przed		<0,001	0,98	<0,001	0,76	0,31
2	Przeciętny	Po	<0,001		<0,001	0,38	0,59	0,95
3	Powyżej przeciętnej	Przed	0,98	<0,001		<0,001	0,90	0,50

4	Powyżej przeciętnej	Po	<0,001	0,38	<0,001	0,97	1,00
5	Wybitny	Przed	0,76	0,59	0,90	0,97	0,98
6	Wybitny	Po	0,31	0,95	0,50	1,00	0,98

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.

Powyższe wyniki pozwoliły udzielić odpowiedzi na kolejny problem badawczy, mianowicie:

Problem 4. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności (i jej czynnikami) a zastosowaniem metody Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, z perspektywy a. dziecka i b. rodzica w zależności od:

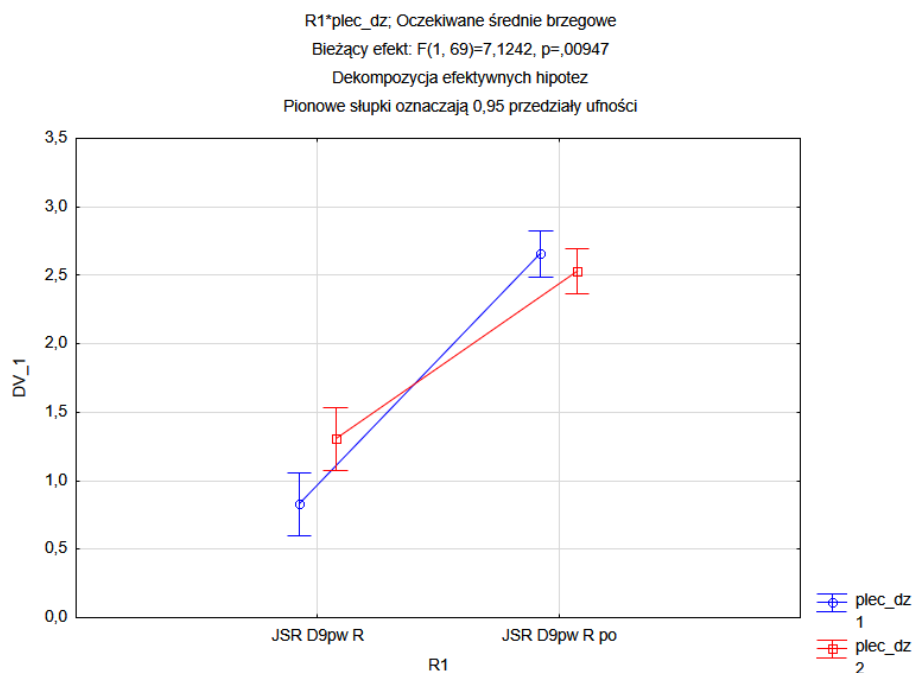
- wieku;
- poziomu intelektualnego?

Odpowiedź: Nie, wiek i poziom intelektualny dzieci miały znaczenie tylko dla nielicznych, pojedynczych przejawów poczucia własnej skuteczności.

2.4.5. Związek płci i typu struktury rodziny dla oddziaływań Snoezelen w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem

Do analizy znaczenia zmiennych kontrolowanych w postaci płci dzieci i typu struktury rodziny ponownie zastosowano test ANOVA (układ z powtarzanimi pomiarami). Wyniki miały dać odpowiedź na kolejne pytanie badawcze, dotyczące znaczenia płci i typu struktury rodziny dla oddziaływań Snoezelen na częstość stosowania strategii radzenia sobie ze stresem.

Płeć. Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w zakresie znaczenia płci w pomiarze JSR/JSR-R przed i po oddziaływaniu Snoezelen dla wyników dzieci oraz dla ocen rodziców – poza jednym wyjątkiem. Odnotowano efekt płci dla dyspozycyjnego przejawu strategii radzenia sobie ze stresem w postaci poszukiwania wsparcia (JSR-R A9 – „żali się innym oczekując zrozumienia) w ocenie rodziców ($F = 7,12$; $p = 0,009$ – różnica istotna statystycznie) (zob. Rycina 93). U chłopców wzrost tego przejawu był istotnie większy niż u dziewcząt w ocenie rodziców.



Rycina 93. Znaczenie płci dla zmian w zakresie przejawu strategii poszukiwania wsparcia (JSR-R item A9) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

plec_dz 1 = dziewczynki,

plec_dz 2 = chłopcy,

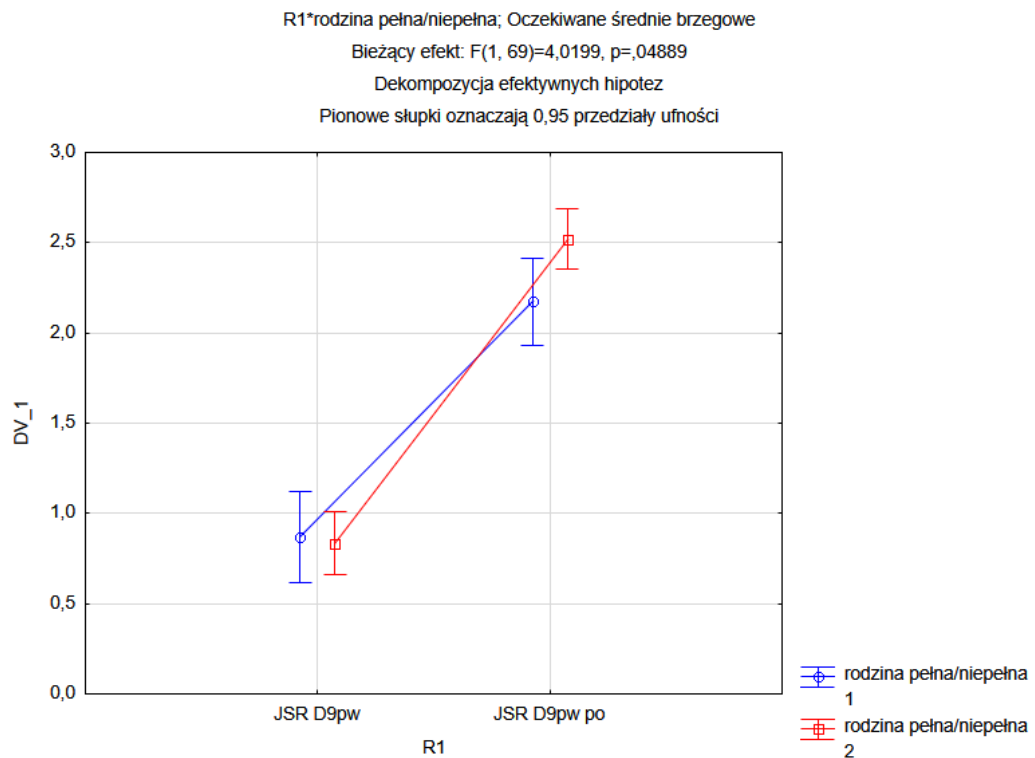
DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A9,

JSR-R D9pw R = przed oddziaływaniem Snoezelen;

JSR-R D9pw R po = po oddziaływaniu Snoezelen,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Struktura rodziny. Struktura rodziny różnicowała wyniki dzieci dla przejawu strategii poszukiwania wsparcia (item JSR A9 – „żali się innym oczekując zrozumienia”). Większy wzrost częstotliwości stosowania tego sposobu radzenia sobie ze stresem zaobserwowano u dzieci z rodzin pełnych ($F = 4,02$; $p = 0,049$) w porównaniu do dzieci z rodzin niepełnych, przy czym wynik był na granicy istotności statystycznej (zob. Rycina 94).



Rycina 94. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii poszukiwania wsparcia (JSR item A9) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

rodzina pełna/niepełna 1 = rodzina niepełna;

rodzina pełna/niepełna 2 = rodzina pełna,

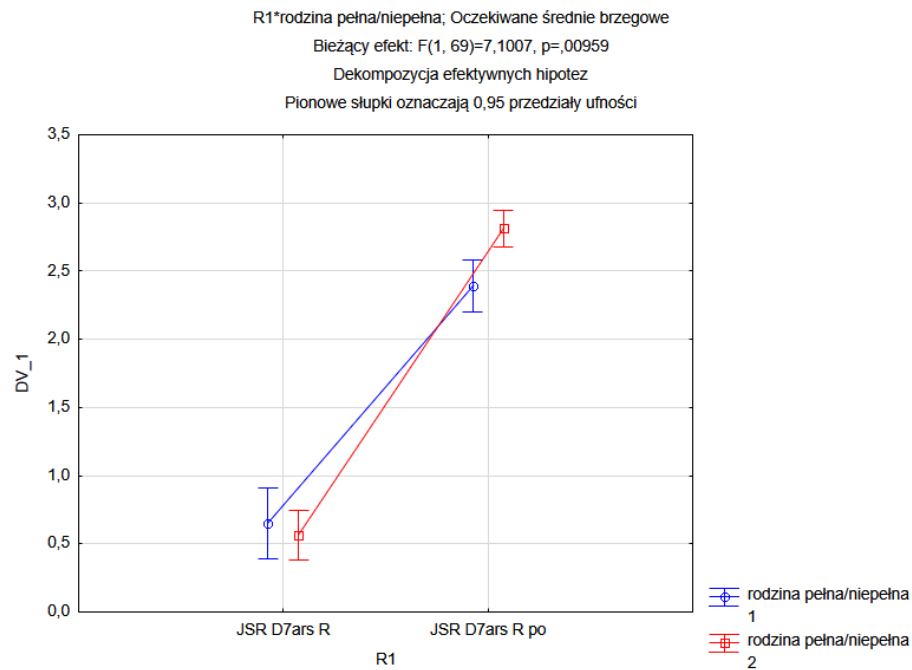
JSR D9pw – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR D9pw po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A9,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Jeśli chodzi o wyniki ocen rodziców, odnotowano większy wzrost przejawu strategii dyspozycyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR-R item 7A – „obmyśla plan postępowania”) oraz dyspozycyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R item 9A – „żali się innym oczekując zrozumienia”) dziecka w ocenie rodzica u dzieci z rodzin pełnych ($F = 7,1$; $p = 0,01$) niż niepełnych (zob. Ryciny 95 i 96).



Rycina 95. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii dyspozycyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR-R item 7A) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

rodzina pełna/niepełna 1 = rodzina niepełna;

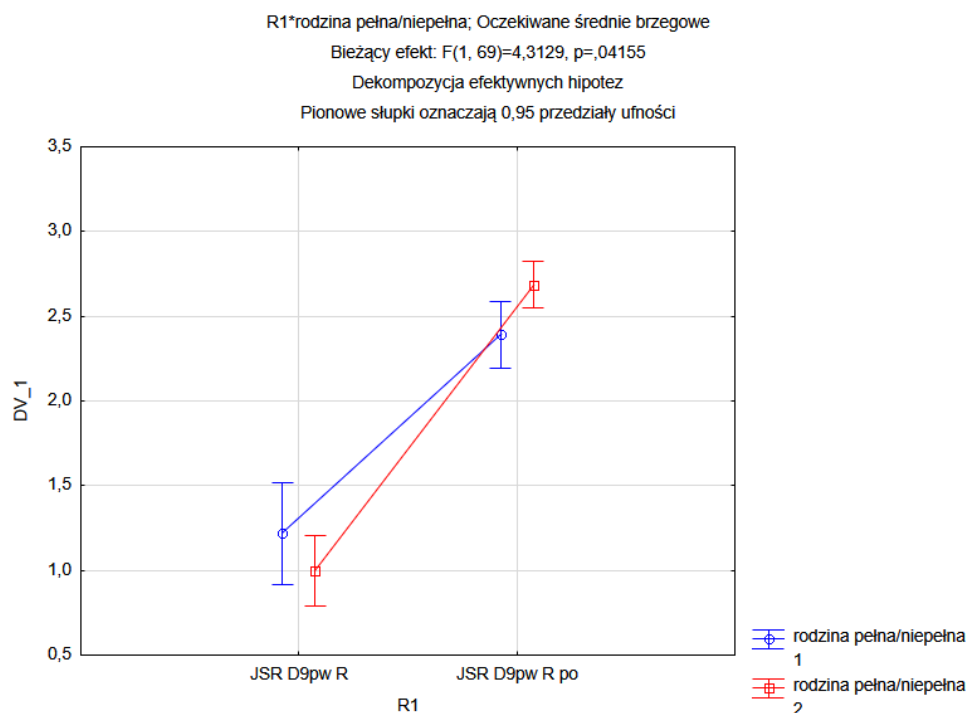
rodzina pełna/niepełna 2 = rodzina pełna,

JSR D7ars R – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR D7ars R po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A9,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen



Rycina 96. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii dyspozycyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R item 9A) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

rodzina pełna/niepełna 1 = rodzina niepełna;

rodzina pełna/niepełna 2 = rodzina pełna,

JSR D9pw R – przed oddziaływaniem Snoezelen,

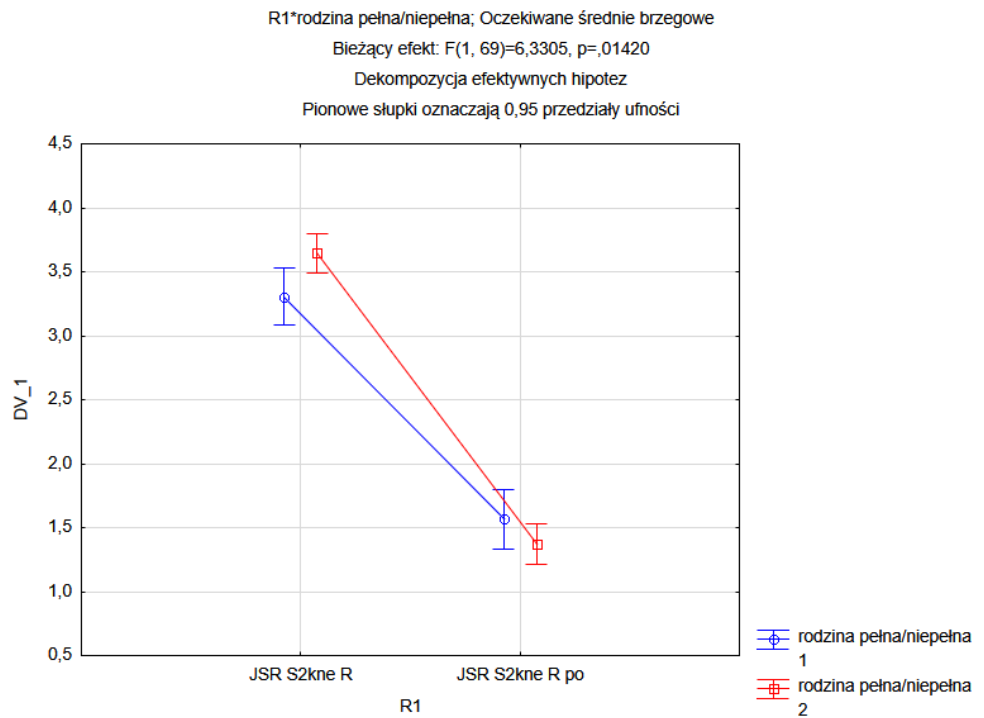
JSR D9pw R po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A9,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Odnotowano również:

- większy spadek w zakresie przejawu strategii sytuacyjnej koncentracji na emocjach (JSR-R item 2B – „płakał lub złościł się, aby sobie ulżyć”) u dzieci z rodzin pełnych niż u dzieci z rodzin niepełnych ($F = 6,33; p = 0,01$) w ocenie rodziców (zob. Rycina 97);
- większy wzrost przejawu strategii sytuacyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR-R item 4B – „wyciągnął z tego wnioski i nauczył się czegoś innego”) u dzieci z rodzin pełnych niż niepełnych ($F = 17,07; p < 0,001$) (zob. Rycina 98);
- większy wzrost sytuacyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R item 6B – „poprosił kogoś o pomoc”) u dzieci z rodzin niepełnych niż pełnych ($F = 7,94; p = 0,006$) (zob. Rycina 99).



Rycina 97. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii sytuacyjnej koncentracji na emocjach (JSR-R item 2B) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

rodzina pełna/niepełna 1 = rodzina niepełna,

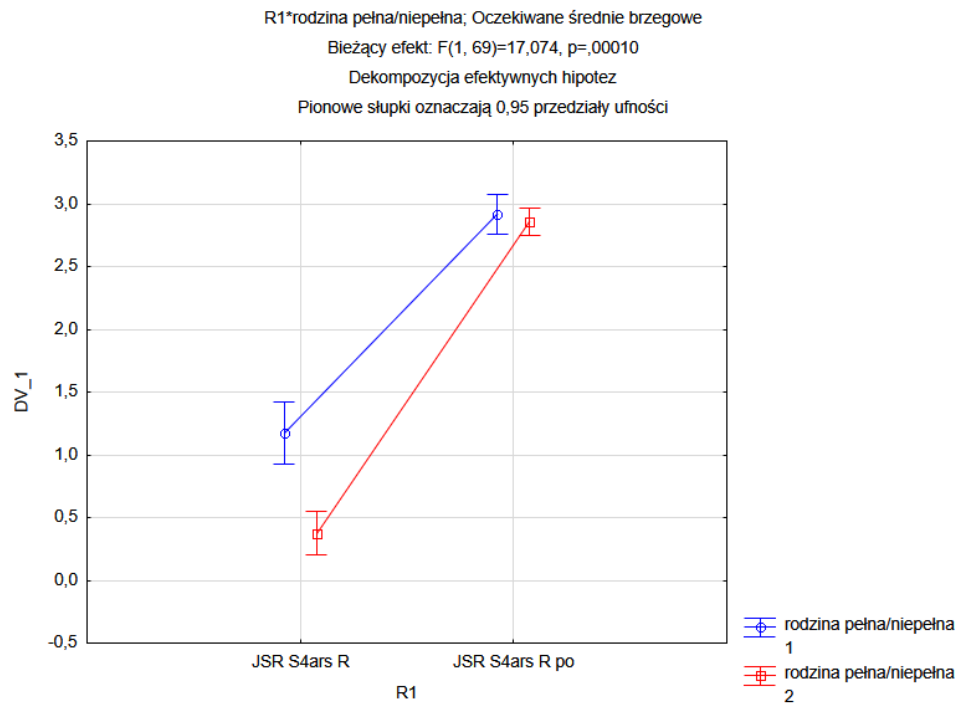
rodzina pełna/niepełna 2 = rodzina pełna,

JSR S2kne R – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR S2kne R po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A9,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen



Rycina 98. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii sytuacyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR-R item 4B) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

rodzina pełna/niepełna 1 = rodzina niepełna,

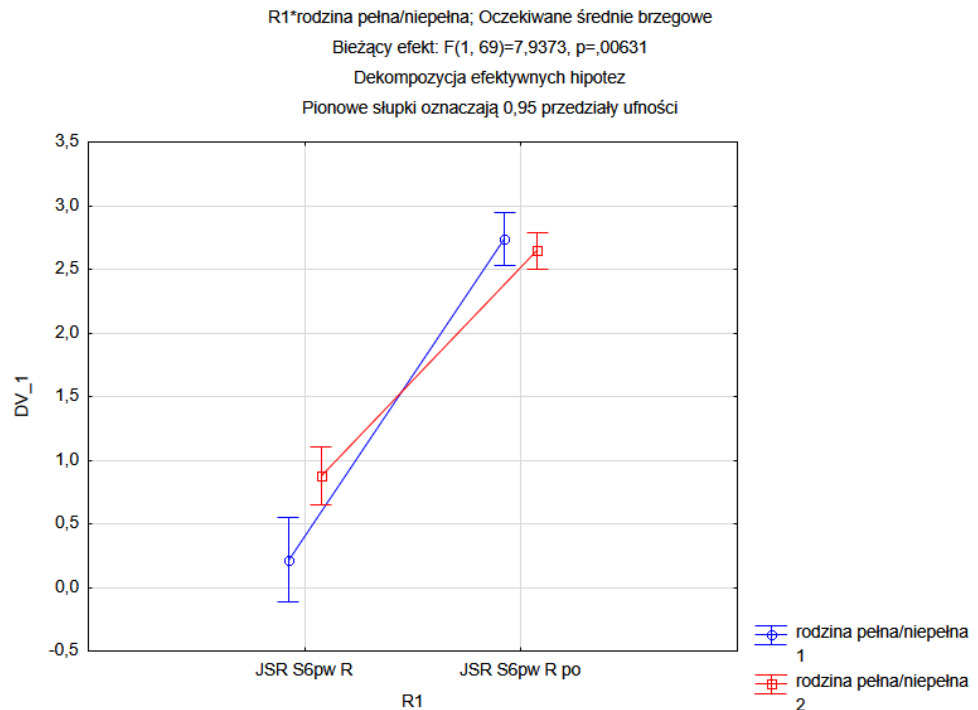
rodzina pełna/niepełna 2 = rodzina pełna,

JSR S4ars R – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR S4ars R po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A9,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen



Rycina 99. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii sytuacyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R item 6B) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

rodzina pełna/niepełna 1 = rodzina niepełna,

rodzina pełna/niepełna 2 = rodzina pełna,

JSR S6pw R – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR S6pw R po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A9,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Powyższe wyniki pozwoliły na rozstrzygnięcie następującego problemu badawczego:

Problem 5. Czy istnieje związek pomiędzy stosowaniem określonych strategii radzenia sobie ze stresem a zastosowaniem metody Snoezelen u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, z perspektywy a. dziecka i b. rodzica w zależności od:

- wieku;
- poziomu intelektualnego?

Odpowiedź: Poza pojedynczymi przejawami strategii radzenia sobie ze stresem zarówno płeć, jak i struktura rodziny nie miały znaczenia dla różnic w wynikach dzieci, a także w ocenach ich rodziców.

2.4.6. Związek wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego dzieci dla oddziaływań Snoezelen w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem

Do analizy znaczenia wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego dzieci dla ich wyników w zakresie przejawów strategii radzenia sobie ze stresem (JSR) zastosowano analizę ANOVA z powtarzanymi pomiarami.

Odnotowano pojedyncze przypadki znaczenia wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego, natomiast wyniki przed oddziaływaniem Snoezelen nie różniły się w podgrupach, podobnie jak wyniki po oddziaływaniu Snoezelen (zob. załącznik A)

W zakresie strategii dyspozycyjnych radzenia sobie ze stresem wiek dziecka różnicował zmianę tylko jednej z ocen rodziców (JSR-R B3 – „mówi najbliższemu koledze/koleżance, co się stało”) – poszukiwanie wsparcia, natomiast test Tuckeya nie wykazał różnic pomiędzy grupami wiekowymi przed i po oddziaływaniu Snoezelen (zob. załącznik B – Rysunek B1 i Tabela B1). W zakresie strategii sytuacyjnych odnotowano znaczenie wieku dla różnic w dwóch przejawach oraz poziomu intelektualnego dla różnicy w jednym przejawie, natomiast testy Tuckeya ponownie wykazały brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami wiekowymi przed i po oddziaływaniu Snoezelen (zob. załącznik B – Rysunki B2, B3 i B4 oraz Tabele B2, B3 i B4).

Uzyskane wyniki pozwoliły na rozstrzygnięcie kolejnego problemu badawczego:

Problem 6. Czy istnieją różnice w zakresie stosowania określonych strategii radzenia sobie ze stresem – przed i po oddziaływaniu metodą Snoezelen, u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, z perspektywy a. dziecka i b. rodzica w zależności od:

- płci;
- typu struktury rodziny?

Odpowiedź: Nie, wiek dzieci ani ich poziom intelektualny nie miały znaczenia dla różnic w zakresie częstości stosowania strategii radzenia sobie ze stresem przed i po zastosowaniu metody Snoezelen.

2.4.7. Relacja ocen dzieci i rodziców

Ostatnim krokiem analiz było zaprezentowanie relacji wyników dzieci i wyników ich rodziców. Rezultaty analizy różnic i współzmienności dla KomoOs/KompOs-R i

JSR/JSR-R dzieci i ocen rodziców przed oddziaływaniem Snoezelen zaprezentowano w tabeli 30.

Tabela 30. Relacje wyników dzieci do ocen rodziców przed oddziaływaniem Snoezelen

Narzędzie	Wyniki dzieci przed		Oceny rodziców przed		Różnica	Wielkość różnic	Korelacje
KompOs	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>d</i>	<i>r</i>
KompOs A1	1,27	0,45	2,52	0,56	6,63***	2,46	-0,16
KompOs A2	1,35	0,56	2,11	0,67	5,04***	1,23	0,01
KompOs A3	1,38	0,54	1,90	0,54	4,23***	0,96	-0,04
KompOs A4	1,30	0,46	2,41	0,60	6,68***	2,08	0,15
KompOs A5	1,23	0,45	1,99	0,60	5,40***	1,43	-0,06
KompOs A6	1,45	0,60	1,94	0,67	3,68***	0,77	-0,17
KompOs B1	1,37	0,57	1,96	0,64	4,22***	0,97	-0,27*
KompOs B2	1,20	0,40	1,82	0,62	4,96***	1,19	-0,02
KompOs B3	1,24	0,46	2,08	0,55	4,01***	1,66	0,10
KompOs B4	1,14	0,35	1,75	0,65	4,94***	1,17	-0,17
KompOs B5	1,38	0,54	1,65	0,54	2,53*	0,5	0,02
KompOs B6	1,21	0,41	1,89	0,49	5,66***	1,51	0,12
JSR	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>d</i>	<i>r</i>
JSR D1ars	0,69	0,67	1,00	0,34	2,90**	0,58	<0,001
JSR D2kne	3,35	0,48	3,24	0,46	1,06	0,23	-0,38**
JSR D3pw	0,73	0,56	1,03	0,48	2,98**	0,58	0,09
JSR D4ars	0,63	0,51	0,87	0,51	2,44*	0,47	-0,05
JSR D5kne	3,54	0,53	3,46	0,50	0,68	0,16	-0,11
JSR D6pw	0,48	0,53	0,90	0,59	3,85***	0,75	0,17
JSR D7ars	0,45	0,50	0,59	0,62	1,29	0,25	-0,06
JSR D8kne	3,45	0,50	3,30	0,60	1,32	0,27	-0,29*
JSR D9pw	0,85	0,60	1,07	0,72	1,85	0,33	-0,24*
JSR S1ars	0,39	0,49	0,62	0,66	1,98*	0,4	-0,10

JSR S2kne	3,39	0,57	3,54	0,56	1,43	0,27	0,17
JSR S3pw	0,68	0,63	1,01	0,62	2,72**	0,53	-0,02
JSR S4ars	0,46	0,53	0,63	0,70	1,42	0,27	-0,21
JSR S5kne	3,49	0,50	3,39	0,57	0,98	0,19	0,03
JSR S6pw	0,44	0,58	0,66	0,84	1,40	0,3	-0,19
JSR S7ars	0,35	0,51	0,32	0,47	0,30	0,06	-0,03
JSR S8kne	3,42	0,73	2,87	0,70	3,61***	0,77	-0,26*
JSR S9pw	0,70	0,90	0,85	0,75	1,15	0,18	-0,43***

Legenda:

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

Do określenia różnic zastosowano test kolejności par Wilcoxona dla zmiennych zależnych (ze względu na brak rozkładów normalnych dla zmiennych) oraz współczynnik wielkości efektu d Cohena (dla prób równolicznych) – interpretacja: $< 0,3$ – różnica mała, $0,3-0,7$ – różnica średnia, $> 0,7$ – różnica duża. Do określenia korelacji zastosowano korelacje nieparametryczne Spearmana (ze względu na brak rozkładów normalnych).

Oznaczenia:

KompOs A1-B6 – wyniki itemów narzędzia KompOs (dla dzieci) oraz KompOs-R (dla rodziców)

JSR D1-S9 – wyniki itemów narzędzia JSR (dla dzieci) oraz JSR-R (dla rodziców)

D – radzenie sobie dyspozycyjne;

S – radzenie sobie sytuacyjne;

ars – aktywne radzenie sobie;

kne – koncentracja na emocjach;

pw – poszukiwanie wsparcia

Wyniki analizy różnic i współzmienności dla KompOs/KompOs-R i JSR/JSR-R dzieci i ocen rodziców przed oddziaływaniem Snoezelen zaprezentowano w tabeli 31.

Tabela 31. Relacje wyników dzieci do ocen rodziców po oddziaływaniu Snoezelen

Narzędzie	Wyniki dzieci po		Oceny rodziców po		Różnica	Wielkość różnic	Korelacje
KompOs	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>d</i>	<i>r</i>
KompOs A1	3,21	0,44	3,45	0,50	2,47*	0,51	-0,04
KompOs A2	3,11	0,46	3,13	0,44	0,19	0,04	0,20
KompOs A3	3,13	0,38	3,14	0,42	0,23	0,02	0,32**
KompOs A4	3,11	0,46	3,11	0,55	0,03	0	-0,04

KompOs A5	3,15	0,55	3,01	0,32	1,59	0,31	-0,07
KompOs A6	3,15	0,47	3,06	0,37	1,2	0,21	-0,05
KompOs B1	2,99	0,55	2,86	0,64	1,00	0,22	-0,24*
KompOs B2	3,03	0,63	2,76	0,55	2,48*	0,46	0,01
KompOs B3	3,08	0,44	2,96	0,46	1,61	0,27	0,16
KompOs B4	3,06	0,53	3,14	0,49	1,01	0,16	0,25*
KompOs B5	3,01	0,52	2,97	0,45	0,44	0,08	-0,18
KompOs B6	3,01	0,64	2,97	0,45	0,42	0,07	0,05
JSR	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>d</i>	<i>r</i>
JSR D1ars	3,04	0,46	3,18	0,49	1,46	0,29	-0,17
JSR D2kne	1,10	0,61	1,10	0,48	0,03	0	-0,28*
JSR D3pw	2,79	0,50	3,04	0,43	2,89**	0,54	0,10
JSR D4ars	2,82	0,59	3,15	0,53	3,16**	0,59	0,09
JSR D5kne	1,39	0,69	1,08	0,58	2,56*	0,49	-0,02
JSR D6pw	2,52	0,53	2,86	0,57	3,19**	0,62	0,11
JSR D7ars	2,68	0,53	2,68	0,50	<0,001	0	0,19
JSR D8kne	1,27	0,63	0,92	0,55	2,64**	0,59	-0,38**
JSR D9pw	2,41	0,60	2,59	0,50	2,04*	0,33	0,30*
JSR S1ars	2,82	0,52	2,93	0,35	1,27	0,25	-0,15
JSR S2kne	1,48	0,65	1,44	0,55	0,33	0,07	-0,23
JSR S3pw	2,63	0,68	2,83	0,45	2,01*	0,35	0,23
JSR S4ars	2,77	0,51	2,87	0,38	1,13	0,22	-0,06
JSR S5kne	1,31	0,55	1,48	0,53	1,50	0,31	-0,19
JSR S6pw	2,94	0,37	2,68	0,50	3,03**	0,59	0,06
JSR S7ars	2,96	0,43	2,89	0,55	0,73	0,14	-0,07
JSR S8kne	0,94	0,53	1,03	0,48	0,84	0,18	-0,10
JSR S9pw	2,73	0,61	2,87	0,56	1,34	0,24	0,12

Legenda:

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

Do określenia różnic zastosowano test kolejności par Wilcoxona dla zmiennych zależnych (ze względu na brak

rozkładów normalnych dla zmiennych) oraz współczynnik wielkości efektu d Cohena (dla prób równolicznych) – interpretacja: $< 0,3$ – różnica mała, $0,3-0,7$ – różnica średnia, $> 0,7$ – różnica duża. Do określenia korelacji zastosowano korelacje nieparametryczne Spearmana (ze względu na brak rozkładów normalnych).

Oznaczenia:

KompOs A1-B6 – wyniki itemów narzędzia KompOs (dla dzieci) oraz KompOs-R (dla rodziców)

JSR D1-S9 – wyniki itemów narzędzia JSR (dla dzieci) oraz JSR-R (dla rodziców)

D – radzenie sobie dyspozycyjne;

S – radzenie sobie sytuacyjne;

ars – aktywne radzenie sobie;

kne – koncentracja na emocjach;

pw – poszukiwanie wsparcia

2.4.7.1. Poczucie własnej skuteczności w ocenie dzieci i rodziców

W zakresie KompOs/KompOs-R wyniki ocen rodziców przez oddziaływaniem Snoezelen były istotnie wyższe niż wyniki dzieci, a różnice były duże we wszystkich przypadkach poza itemem 5 skali B – w tym przypadku różnica była średnia. Odnotowano tylko jedną, istotną statystycznie korelację pomiędzy wynikiem dzieci i oceną rodziców – w zakresie itemu 1 skali B, przy czym była ona ujemna. Oznacza to, że im wyżej dziecko oceniło się w tym zakresie, tym niżej oceniał je rodzic, przy czym korelacja ta była niska.

Po treningu Snoezelen wyniki dzieci i rodziców w zakresie KompOs/KompOs-R były zbieżne ze sobą, a jedyna, istotna statystycznie różnica dotyczyła itemu 1 skali A – wynik w zakresie oceny rodziców był umiarkowanie wyższy niż wynik dzieci. Odnotowano niską, ujemną korelację wyniku dzieci i oceny rodziców – podobnie, jak w przypadku pomiaru przed oddziaływaniem Snoezelen, w zakresie itemu 1 skali B oraz dwie dodatnie – niską (item B4) i umiarkowaną (item A3), które w pierwszym pomiarze okazały się nieistotne (a nawet ujemne).

Uzyskane wyniki pozwoliły rozstrzygnąć następujący problem badawczy:

Problem 7. Czy istnieją różnice w zakresie oceny poczucia własnej skuteczności i jej czynników u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, przed i po oddziaływaniu metodą Snoezelen, z perspektywy rodzica i dziecka?

Odpowiedź: Istnieją różnice w zakresie oceny poczucia własnej skuteczności pomiędzy wynikami dzieci a oceną rodziców przed oraz po oddziaływaniem Snoezelen. Przed oddziaływaniem Snoezelen rodzice oceniali dzieci wyżej pod kątem posiadanych

kompetencji niż wskazały na to wyniki dzieci. Po oddziaływaniu Snoezelen oceny dzieci oraz oceny rodziców wyrównały się.

2.4.7.2. Rodzaje stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem w ocenie dzieci i rodziców

W zakresie JSR/JSR-R przez oddziaływaniem Snoezelen w skali dyspozycyjnych strategii odnotowano dużą różnicę pomiędzy wynikami dzieci a ocenami rodziców jedynie w zakresie itemu 6 (poszukiwanie wsparcia), średnie w zakresie itemu 3 (poszukiwanie wsparcia) oraz 1 i 4 (aktywne radzenie sobie). W wymienionych przypadkach oceny rodziców były wyższe niż wyniki dzieci. Odnotowano również trzy ujemne korelacje – jedną umiarkowaną (item 2 – koncentracja na emocjach) i dwie niskie (itemy 8 – koncentracja na emocjach i 9 – poszukiwanie wsparcia), przy czym we wszystkich trzech przypadkach wyniki dzieci i oceny rodziców nie różniły się statystycznie. W skali strategii sytuacyjnych odnotowano jedną dużą różnicę, w zakresie itemu 8 (koncentracja na emocjach) – w tym przypadku wynik dzieci był wyższy od oceny rodzica i dwie średnie różnice, dotyczące itemów 1 (aktywne radzenie sobie) i 3 (poszukiwanie wsparcia), w zakresie których ocena rodzica była wyższa od wyniku dziecka. Odnotowano dwie ujemne korelacje pomiędzy ocenami rodziców a wynikami dzieci – umiarkowaną (item 9 – poszukiwanie wsparcia) i niską (item 8 – koncentracja na emocjach). W pierwszym przypadku wynik dziecka był istotnie wyższy niż ocena rodzica, w drugim – nie różnił się statystycznie.

W zakresie dyspozycyjnych strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci po oddziaływaniu Snoezelen odnotowano dwa wyniki umiarkowanie wyższe od ocen rodziców, oba dotyczyły koncentracji na emocjach (itemy 5 i 8), oceny rodziców były z kolei umiarkowanie wyższe w zakresie itemów dotyczących poszukiwania wsparcia (3, 6 i 9). W zakresie sytuacyjnych strategii – dzieci uzyskały wyższy wynik niż rodzice w zakresie itemu 6 (poszukiwanie wsparcia), niższy – w zakresie itemu 3 (poszukiwanie wsparcia), różnice te były umiarkowane. W przypadku pozostałych wyników nie odnotowano istotnych statystycznie różnic. W przypadku wyników JSR/JSR-R pomiędzy wynikami dzieci a ocenami rodziców odnotowano tylko trzy korelacje, obie w skali strategii dyspozycyjnych – dodatnią, na granicy średniej, w zakresie poszukiwania wsparcia (item 9) oraz dwie ujemne – niską w zakresie koncentracji na emocjach (item 2

– w tym przypadku wyniki dzieci i rodziców nie różniły się istotnie) i umiarkowaną – także w zakresie koncentracji na emocjach (item 8).

Uzyskane wyniki pozwoliły udzielić odpowiedzi na ostatni problem badawczy:

Problem 8. Czy istnieją różnice w zakresie oceny stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci w wieku 11-13 lat, pozostających w normie intelektualnej, przed i po oddziaływaniu metodą Snoezelen, z perspektywy rodzica i dziecka?

Odpowiedź: Istnieją różnice w zakresie oceny stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem w wynikach dzieci o ocenie rodziców przed oddziaływaniem Snoezelen. Rodzice przeszacowali niektóre przejawy poszukiwania wsparcia i jeden przejaw dyspozycyjnego aktywnego radzenia sobie, nie doszacowywali natomiast jednego z przejawów sytuacyjnej koncentracji na emocjach. Po oddziaływaniu Snoezelen rodzice przeszacowali pięć z przejawów strategii (trzech – dyspozycyjnego poszukiwania wsparcia, jednego – sytuacyjnego poszukiwania wsparcia i jednego dyspozycyjnego aktywnego radzenia sobie), nie doszacowali trzech (przejawów dyspozycyjnej koncentracji na emocjach i jednego przejawu sytuacyjnego poszukiwania wsparcia). Liczba wyników niezgodnych ze sobą przed i po oddziaływaniu Snoezelen była porównywalna, różnice te częściowo się pokrywały.

W celu uzupełnienia analiz podjęto próbę przeanalizowania różnic w pomiarach przed i po oddziaływaniu Snoezelen. Wyniki dodatkowej analizy umieszczono w załączniku C. Najważniejsze wnioski to:

- Potwierdzenie znaczących zmian w zakresie zarówno wzrostu poczucia skuteczności, jak i częstszego stosowania adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, a rzadszego – nieadaptacyjnych;
- Odnotowano pojedyncze tendencje odwrotne do powyższych, jednak generalnie zmiany konstruktywne;
- Marginalne znaczenie zmiennych socjodemograficznych (wyjaśniały najwyżej 10% zmienności), co sugeruje, że oddziaływania Snoezelen są uniwersalne i relatywnie niezależne od wieku dzieci, płci, intelektu czy struktury rodziny.

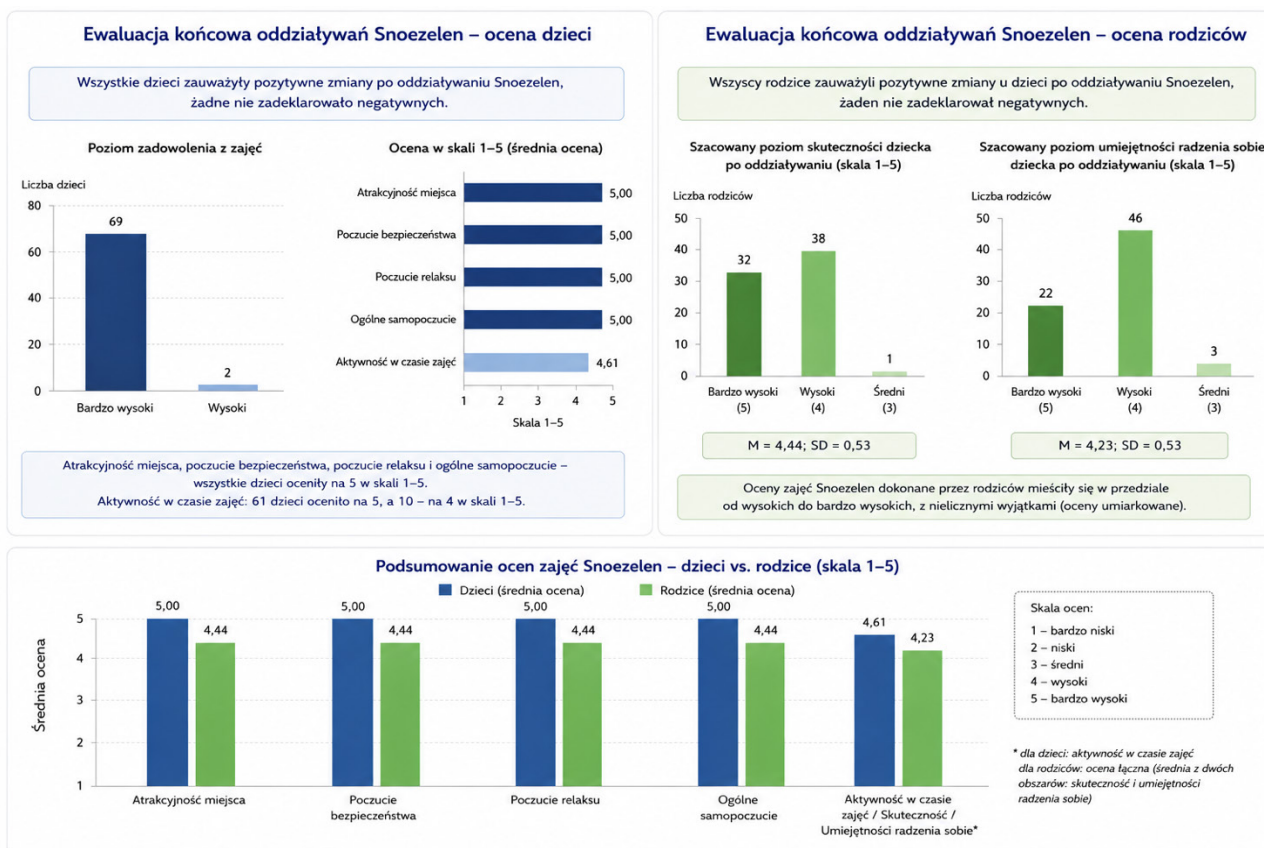
2.4.7.3 Ocena końcowa oddziaływań Snoezelen przez dzieci i rodziców

Ewaluacja końcowa oddziaływań Snoezelen – ocena dzieci. Spośród badanych dzieci wszystkie zauważyły pozytywne zmiany po oddziaływaniu Snoezelen, żadne nie

zadeklarowało negatywnych. 69 zadeklarowało bardzo wysoki poziom zadowolenia z zajęć, dwoje – wysoki. Atrakcyjność miejsca, poczucie bezpieczeństwa, poczucie relaksu i ogólne samopoczucie na zajęciach wszystkie dzieci oceniły na 5 w skali 1-5. Aktywność w czasie zajęć 61 dzieci oceniło na 5, a 10 – na 4 w skali 1-5. Oznacza to, że oceny zajęć Snoezelen dokonane przez dzieci mieściły się w przedziale od wysokich do bardzo wysokich.

Ewaluacja końcowa oddziaływań Snoezelen – ocena rodziców. Spośród rodziców wszyscy zauważyli pozytywne zmiany u dzieci po oddziaływaniu Snoezelen, żaden nie zadeklarował negatywnych. Szacowany poziom skuteczności dziecka po oddziaływaniu 32 rodziców oceniło jako bardzo wysoki, 38 – jako wysoki, 1 – jako średni ($M = 4,44$; $SD = 0,53$; w skali 1-5). Szacowany poziom umiejętności radzenia sobie przez dziecko 22 rodziców oceniło jako bardzo wysoki, 46 – jako wysoki, 3 – jako średni ($M = 4,23$; $SD = 0,53$; w skali 1-5). Oznacza to, że oceny zajęć Snoezelen dokonane przez rodziców również mieściły się w przedziale od wysokich do bardzo wysokich, z nielicznymi wyjątkami, wskazującymi na oceny umiarkowane.

Informacje zbiorcze dotyczące ewaluacji przedstawiono poniżej na rycinie 100.



Rycina 100. Ewaluacja końcowa oddziaływań Snoezelen w ocenie dzieci i rodziców

2.5. Podsumowanie badań właściwych

Badania właściwe przeprowadzono w grupie 71 dzieci w wieku 11-13 lat ($M = 12$; $SD = 0,78$; 35 dziewcząt i 36 chłopców) oraz po jednym rodzicu dla każdego dziecka. W próbie dominowały dzieci wychowujące się w rodzinach pełnych (48 vs 23), przy czym typ rodziny nie różnicował wieku ani płci dzieci, co ogranicza ryzyko systematycznego „obciążenia” wyników strukturą próby. W zakresie funkcjonowania intelektualnego większość dzieci uzyskała wyniki przeciętne w Teście Matryc Ravena ($N = 44$), mniejsza część powyżej przeciętnej ($N = 23$), a nieliczna – wybitne ($N = 4$); płeć i wiek nie były powiązane z wynikiem w Ravenie.

Z perspektywy oceny subiektywnej oddziaływań Snoezelen uzyskano wyjątkowo spójny obraz: wszystkie dzieci i wszyscy rodzice deklarowali wyłącznie zmiany pozytywne, a satysfakcja z zajęć (u dzieci) oraz ocena skuteczności i radzenia sobie (u rodziców) lokowały się w przedziale wysokim do bardzo wysokiego. Ten komponent ewaluacyjny pełni istotną rolę wspierającą w interpretacji wyników — wskazuje na wysoką akceptowalność procedury oraz jej bezpieczeństwo w odbiorze uczestników.

Kluczowym etapem przygotowania analiz była ocena właściwości psychometrycznych narzędzi w próbie badanej. W badaniach właściwych nie uzyskano wystarczającej rzetelności dla większości skal zarówno w wersji dziecięcej (szczególnie JSR), jak i rodzicielskiej (KompOs-R i JSR-R), a w wielu przypadkach wskaźniki α Cronbacha były niskie lub ujemne, co wskazuje na brak spójności wewnętrznej i nie uprawnia do interpretowania wyników w postaci uśrednionych skal. Z tego względu przyjęto metodologicznie uzasadnioną strategię analityczną: analizy oparto na poziomie pojedynczych pozycji (itemów), a próbę wyjaśnienia przyczyn niespójności pomiaru przeniesiono do dyskusji. Dodatkowo wykonano analizy uzupełniające w oparciu o bezwzględne różnice (delta), aby sprawdzić stabilność wnioskowania w alternatywnym ujęciu.

W zakresie odpowiedzi na problemy badawcze uzyskano wynik jednoznaczny kierunkowo. Po oddziaływaniach Snoezelen odnotowano istotny wzrost przejawów poczucia własnej skuteczności zarówno w samoocenie dzieci, jak i w ocenie rodziców - przy bardzo dużych efektach różnic dla itemów KompOs/KompOs-R. Analogicznie, w obszarze radzenia sobie ze stresem zaobserwowano wzrost przejawów strategii adaptacyjnych (aktywne radzenie sobie i poszukiwanie wsparcia) oraz spadek przejawów

koncentracji na emocjach - również w samoocenie dzieci oraz w ocenie rodziców, z dużymi wielkościami efektów. Oznacza to, że w badanej próbie oddziaływania Snoezelen wiązały się nie tylko ze wzrostem zasobów sprawczych, ale też z przesunięciem w stronę bardziej konstruktywnych sposobów reagowania na stres.

Analizy zmiennych kontrolowanych pokazały, że znaczenie cech socjodemograficznych było ograniczone i punktowy. Płeć i struktura rodziny w większości przypadków nie modyfikowały efektów oddziaływań, a istotne różnice dotyczyły pojedynczych przejawów (np. wybranych pozycji poszukiwania wsparcia lub wybranych itemów poczucia skuteczności w ocenie rodziców). Wiek oraz poziom funkcjonowania intelektualnego różnicowały zmiany również marginalnie – jedynie dla nielicznych pozycji, co potwierdza, że obserwowane efekty są zasadniczo względnie stabilne w podgrupach. W analizie regresji dla delty poczucia skuteczności istotnym (choć słabym) predyktorem okazał się jedynie poziom funkcjonowania intelektualnego (wyjaśnienie zmienności około 10%), natomiast dla zmian w radzeniu sobie ze stresem żaden predyktor nie był istotny.

Ostatnim elementem analiz było porównanie perspektywy dziecka i rodzica. Przed oddziaływaniem Snoezelen rodzice oceniali przejawy poczucia skuteczności dzieci wyżej niż same dzieci, co można interpretować jako przeszacowanie, różnice perspektyw lub odmienny punkt odniesienia. Po oddziaływaniu Snoezelen wyniki dzieci i rodziców w obszarze poczucia skuteczności w dużej mierze się wyrównały, co sugeruje większą zbieżność ocen po zakończeniu treningu. W obszarze strategii radzenia sobie ze stresem rozbieżności perspektyw utrzymały się częściowo zarówno przed, jak i po oddziaływaniu, lecz ich profil uległ przekształceniu (inne pozycje były przeszacowywane lub niedoszacowywane). Nieliczne i słabe korelacje między ocenami dzieci i rodziców wskazują, że pomiar rodzicielski nie jest nadmiarowy, lecz wnosi odmienny, komplementarny punkt widzenia.

Podsumowując, badania właściwe dostarczyły spójnego kierunkowo obrazu efektów oddziaływań Snoezelen: wzrostu poczucia własnej skuteczności i przesunięcia w stronę bardziej adaptacyjnego radzenia sobie ze stresem, przy jednocześnie ograniczonym, głównie punktowym znaczeniu zmiennych kontrolowanych. Jednocześnie krytycznym elementem jakości metodologicznej wyników jest fakt, że w badanej próbie większość skal nie osiągnęła satysfakcjonującej rzetelności, co wymusiło analizowanie efektów na poziomie pozycji oraz uzupełniając na poziomie delty - i to

ograniczenie uwzględniłam w interpretacji oraz w rekomendacjach dotyczących przyszłych badań.

3. Dyskusja wyników, ograniczenia badań oraz implikacje dla praktyki pedagogicznej i psychologicznej

3.1. Dyskusja wyników badań własnych

Celem przeprowadzonych badań była ocena możliwości zastosowania metody Snoezelen w oddziaływaniach ukierunkowanych na wspieranie funkcjonowania emocjonalno-poznawczego dzieci w wieku 11–13 lat, pozostających w normie intelektualnej, a jednocześnie przejawiających trudności w zakresie poczucia własnej skuteczności oraz stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Przyjęty model badawczy pozwolił na analizę zmian w funkcjonowaniu dzieci w wyniku zastosowanego oddziaływania oraz na ocenę tych zmian zarówno z perspektywy samoopisu dziecka, jak i z perspektywy rodzica.

Uzyskane wyniki wskazują, że po zakończeniu cyklu oddziaływań Snoezelen zaobserwowano wyraźne zmiany w zakresie poczucia własnej skuteczności dzieci. Zmiany te polegały na wzroście przekonania o własnej zdolności do radzenia sobie z trudnościami, podejmowania działań oraz wytrwałości w realizacji zamierzonych celów. Wyniki te pozostają spójne z podstawowymi założeniami teorii społeczno-poznawczej A. Bandury (1997), zgodnie z którą poczucie własnej skuteczności stanowi jeden z kluczowych mechanizmów regulujących funkcjonowanie jednostki. Bandura wskazuje, że przekonania dotyczące własnej skuteczności kształtują się przede wszystkim w wyniku doświadczeń własnych, określanych jako doświadczenia mistrzostwa (*mastery experiences*), a także w wyniku doświadczeń emocjonalnych związanych z podejmowanymi działaniami (Bandura, 2006). Środowisko Snoezelen, poprzez swoją strukturę oraz niedyrektywny charakter, stwarza warunki sprzyjające podejmowaniu przez dziecko aktywności w sposób autonomiczny, dostosowany do jego indywidualnych potrzeb i możliwości. Doświadczenie sprawstwa oraz możliwość samodzielnego regulowania własnej aktywności mogą stanowić istotny czynnik sprzyjający wzrostowi poczucia własnej skuteczności.

Uzyskane wyniki są również zgodne z wynikami badań wskazujących, że doświadczenia o charakterze regulacyjnym oraz środowiska sprzyjające redukcji napięcia emocjonalnego mogą przyczyniać się do wzrostu poczucia kompetencji jednostki (Pajares, 2002; Zimmerman, 2000). W kontekście niniejszych badań można przypuszczać,

że możliwość funkcjonowania w środowisku postrzeganym jako bezpieczne, przewidywalne i dostosowane do potrzeb dziecka sprzyjała budowaniu bardziej pozytywnego obrazu własnych możliwości.

Ważnym obszarem zmian zaobserwowanych w niniejszych badaniach były również strategie radzenia sobie ze stresem. Uzyskane wyniki wskazują, że po zakończeniu cyklu oddziaływań dzieci częściej deklarowały stosowanie strategii aktywnego radzenia sobie oraz poszukiwania wsparcia społecznego, natomiast rzadziej stosowały strategie polegające na koncentracji na emocjach. Zmiany te pozostają spójne z transakcyjną teorią stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman (1984), zgodnie z którą radzenie sobie stanowi dynamiczny proces regulacyjny, zależny od relacji pomiędzy jednostką a środowiskiem. W tym ujęciu strategie radzenia sobie nie są stałą cechą jednostki, lecz podlegają modyfikacjom w wyniku doświadczeń oraz zmian w sposobie interpretacji sytuacji trudnych.

Środowisko Snoezelen, poprzez swoje właściwości regulacyjne, może sprzyjać redukcji napięcia emocjonalnego oraz zwiększeniu poczucia kontroli nad własnym funkcjonowaniem. Zgodnie z koncepcjami regulacji emocjonalnej (Compas i in., 2001; Gross, 1998), zdolność do regulowania poziomu pobudzenia emocjonalnego stanowi jeden z kluczowych mechanizmów umożliwiających stosowanie bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie. Wyniki niniejszych badań mogą wskazywać, że doświadczenia zdobywane w środowisku Snoezelen sprzyjają kształtowaniu bardziej adaptacyjnych wzorców reagowania, co znajduje odzwierciedlenie w zwiększeniu częstości stosowania strategii aktywnych oraz strategii opartych na poszukiwaniu wsparcia.

Istotnym elementem przeprowadzonych badań było również uwzględnienie perspektywy rodzica. Analiza wyników wskazuje, że przed rozpoczęciem oddziaływań występowały rozbieżności pomiędzy samooceną dziecka a oceną dokonywaną przez rodzica. Rodzice mieli tendencję do wyższej oceny kompetencji dziecka w zakresie poczucia własnej skuteczności oraz stosowanych strategii radzenia sobie. Zjawisko to jest zgodne z wynikami badań wskazujących, że ocena funkcjonowania dziecka dokonywana przez rodzica może różnić się od samooceny dziecka (De Los Reyes, Kazdin, 2005). Rozbieżności te mogą wynikać z odmiennych perspektyw poznawczych, a także z ograniczonego dostępu rodzica do subiektywnych doświadczeń emocjonalnych dziecka. Po zakończeniu cyklu oddziaływań rozbieżności te uległy zmniejszeniu, co może wskazywać na większą spójność percepcji funkcjonowania dziecka. Może to wynikać

zarówno ze zmian w funkcjonowaniu dziecka, jak i ze zwiększenia adekwatności obserwacji dokonywanych przez rodziców.

Ważnym elementem analizy była również ocena znaczenia zmiennych takich jak płeć, wiek, poziom funkcjonowania intelektualnego oraz struktura rodziny. Uzyskane wyniki wskazują, że zmienne te nie różnicowały w sposób istotny obserwowanych zmian. Brak istotnych różnic w zależności od poziomu funkcjonowania intelektualnego może wskazywać, że skuteczność oddziaływania Snoezelen nie jest uzależniona od poziomu zdolności poznawczych dziecka w zakresie normy intelektualnej. Wynik ten ma istotne znaczenie praktyczne, ponieważ wskazuje na możliwość stosowania tej metody w szerokiej grupie dzieci. Podobnie brak istotnych różnic w zależności od struktury rodziny może wskazywać, że środowisko Snoezelen może pełnić funkcję regulacyjną niezależnie od uwarunkowań rodzinnych.

Na szczególną uwagę zasługuje również bardzo wysoka ocena oddziaływania Snoezelen dokonana przez dzieci oraz ich rodziców. Wszystkie dzieci oceniły zajęcia jako atrakcyjne, bezpieczne oraz sprzyjające relaksowi. Wysoki poziom akceptacji tej formy oddziaływania może mieć istotne znaczenie dla skuteczności interwencji psychologicznych, ponieważ motywacja do uczestnictwa oraz poczucie bezpieczeństwa stanowią ważne czynniki wspierające proces zmiany psychologicznej.

Podsumowując, uzyskane wyniki wskazują, że zastosowanie oddziaływania Snoezelen wiązało się ze zmianami w zakresie poziomu poczucia własnej skuteczności oraz stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem, a także z wysokim poziomem akceptacji tej formy oddziaływania przez dzieci i ich rodziców.

3.2. Znaczenie metody Snoezelen w kontekście współczesnych uwarunkowań rozwojowych dzieci

Interpretując uzyskane wyniki, zasadne jest odniesienie ich do szerszego kontekstu współczesnych uwarunkowań rozwojowych dzieci i młodzieży. W literaturze przedmiotu coraz częściej podkreśla się, że rozwój dzieci przebiega obecnie w warunkach znacząco odmiennych od tych, które charakteryzowały wcześniejsze pokolenia. Jedną z istotnych cech współczesnego środowiska rozwojowego jest wysoki poziom stymulacji sensorycznej, wynikający między innymi z powszechnej obecności technologii cyfrowych, urządzeń mobilnych, mediów elektronicznych oraz dynamicznego tempa

życia społecznego (Twenge, 2017; Spitzer, 2013). Środowisko to charakteryzuje się dużą intensywnością bodźców wzrokowych i słuchowych, ich zmiennością oraz częstą nieprzewidywalnością. Nadmiar tego rodzaju stymulacji może prowadzić do przeciążenia układu nerwowego, utrudniając procesy regulacji emocjonalnej oraz koncentracji uwagi.

Jak wskazują badania neuropsychologiczne, zdolność do regulowania poziomu pobudzenia stanowi jeden z kluczowych warunków prawidłowego funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego dziecka (Shanker, 2013). Jednocześnie współczesne dzieci mają coraz mniej możliwości uczestniczenia w aktywnościach o charakterze niedyrektywnym, opartych na spontanicznej eksploracji oraz swobodnym doświadczaniu środowiska. Znaczna część aktywności dzieci ma charakter zorganizowany, strukturalny oraz ukierunkowany na osiągnięcie określonych celów edukacyjnych. Choć tego rodzaju aktywności odgrywają istotną rolę w rozwoju dziecka, ich nadmiar może ograniczać możliwość kształtowania zdolności samoregulacji oraz doświadczania sprawstwa. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabierają formy oddziaływania, które umożliwiają dziecku funkcjonowanie w warunkach sprzyjających redukcji napięcia emocjonalnego, integracji doświadczeń sensorycznych oraz rozwijaniu zdolności regulacyjnych.

Środowisko Snoezelen stanowi przykład takiej przestrzeni. Jego istotną cechą jest polisensoryczny charakter oraz możliwość dostosowania poziomu stymulacji do indywidualnych potrzeb dziecka. W przeciwieństwie do wielu tradycyjnych form oddziaływań terapeutycznych, metoda Snoezelen nie opiera się na realizacji z góry określonych zadań, lecz na umożliwieniu dziecku swobodnej eksploracji środowiska oraz podejmowania aktywności zgodnie z własnymi potrzebami. Z perspektywy teorii integracji sensorycznej (Ayres, 2005) możliwość doświadczenia uporządkowanej, przewidywalnej stymulacji sensorycznej odgrywa istotną rolę w procesie regulacji funkcjonowania układu nerwowego. Środowisko Snoezelen, poprzez swoją strukturę, umożliwia dziecku doświadczenie bodźców w sposób kontrolowany, co może sprzyjać stabilizacji poziomu pobudzenia oraz poprawie funkcjonowania emocjonalnego. Istotne znaczenie ma również niedyrektywny charakter tej metody. Możliwość podejmowania aktywności w sposób autonomiczny sprzyja rozwijaniu poczucia sprawstwa, które stanowi jeden z podstawowych czynników kształtujących poczucie własnej skuteczności (Bandura, 1997). Doświadczenie kontroli nad własnym działaniem oraz możliwość podejmowania decyzji w bezpiecznym środowisku może sprzyjać kształtowaniu bardziej pozytywnego obrazu własnych kompetencji.

Uzyskane w niniejszych badaniach wyniki, wskazujące na wzrost poczucia własnej skuteczności oraz zmiany w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie, pozostają spójne z tym ujęciem. Można przypuszczać, że doświadczenia zdobywane przez dzieci w trakcie sesji Snoezelen sprzyjały rozwijaniu zdolności regulacyjnych oraz bardziej adaptacyjnych wzorców reagowania. Na szczególną uwagę zasługuje również wysoki poziom akceptacji tej formy oddziaływania przez dzieci. Wszystkie badane dzieci oceniły zajęcia jako atrakcyjne oraz sprzyjające relaksowi. Może to wskazywać, że środowisko Snoezelen odpowiada na istotne potrzeby emocjonalne dzieci funkcjonujących w warunkach współczesnego środowiska społecznego. W literaturze podkreśla się, że poczucie bezpieczeństwa stanowi jeden z podstawowych warunków efektywnego funkcjonowania emocjonalnego (Siegel, 2012). Środowisko Snoezelen, poprzez swoją strukturę oraz sposób prowadzenia zajęć, może sprzyjać kształtowaniu poczucia bezpieczeństwa, co z kolei może wspierać procesy regulacyjne. Uzyskane wyniki wskazują zatem, że metoda Snoezelen może stanowić formę oddziaływania szczególnie adekwatną do potrzeb współczesnych dzieci. Jej znaczenie może wynikać nie tylko z właściwości terapeutycznych, lecz również z faktu, że stwarza ona warunki odmienne od codziennych doświadczeń dziecka, umożliwiając mu funkcjonowanie w środowisku sprzyjającym wyciszeniu, integracji doświadczeń oraz rozwijaniu zdolności samoregulacji. Jednocześnie należy podkreślić, że uzyskane wyniki wskazują na potencjał tej metody w pracy z dziećmi pozostającymi w normie intelektualnej, a nie wyłącznie z dziećmi z niepełnosprawnościami rozwojowymi, co stanowi istotne rozszerzenie dotychczasowego zakresu jej zastosowań.

3.3. Charakter wnioskowania i ograniczenia badań

Interpretując uzyskane wyniki, należy uwzględnić charakter zastosowanego modelu badawczego oraz wynikające z niego ograniczenia w zakresie możliwości formułowania wniosków.

Przeprowadzone badania miały charakter ilościowy, dedukcyjny, eksploracyjny oraz indywidualizujący. Zostały one zrealizowane w schemacie pomiaru pre-post, to znaczy obejmującego pomiar funkcjonowania dzieci przed i po zastosowaniu oddziaływania Snoezelen. Przyjęty model badawczy umożliwił ocenę kierunku oraz wielkości zmian w zakresie analizowanych zmiennych psychologicznych, w

szczegółności poczucia własnej skuteczności oraz strategii radzenia sobie ze stresem. Jednocześnie, ze względu na nieeksperymentalny charakter badań, w tym brak randomizacji uczestników oraz brak grupy kontrolnej, uzyskane wyniki nie stanowią podstawy do formułowania jednoznacznych wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym. Uzyskane rezultaty pozwalają natomiast na identyfikację istotnych zmian towarzyszących zastosowanemu oddziaływaniu oraz stanowią podstawę do dalszych analiz teoretycznych i eksploracyjnych. Jednocześnie należy podkreślić, że zastosowanie schematu pomiaru przed i po oddziaływaniu stanowi jedno z podstawowych podejść wykorzystywanych w badaniach nad skutecznością oddziaływań pedagogicznych i psychologicznych, szczególnie w sytuacjach, w których zastosowanie klasycznego modelu eksperymentalnego jest ograniczone ze względów etycznych lub organizacyjnych.

Kolejnym istotnym ograniczeniem badań była specyfika badanej grupy. Badaniami objęto dzieci przejawiające trudności emocjonalno-poznawcze, co mogło wpływać na poziom stabilności oraz spójności wewnętrznej analizowanych konstruktów psychologicznych, w szczególności w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem. Jak wskazują badania Lazarusa i Folkman (1984) oraz Compasa i współpracowników (2001), strategie radzenia sobie mają charakter procesualny i dynamiczny, a ich stosowanie może ulegać znacznym zmianom w zależności od kontekstu sytuacyjnego oraz aktualnego stanu emocjonalnego jednostki. W związku z tym niższy poziom rzetelności niektórych analizowanych skal, szczególnie w grupie dzieci przejawiających trudności regulacyjne, nie musi świadczyć o niewłaściwościach zastosowanych narzędzi, lecz może odzwierciedlać rzeczywistą zmienność analizowanych procesów psychologicznych.

Istotnym ograniczeniem była również niemożność pełnej kontroli wszystkich czynników środowiskowych mogących wpływać na funkcjonowanie dzieci w trakcie trwania badania. Funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze dzieci pozostaje bowiem pod wpływem wielu zmiennych, takich jak sytuacja rodzinna, doświadczenia szkolne czy relacje rówieśnicze.

Jednocześnie należy podkreślić, że przedstawione wyniki stanowią efekt wieloetapowego projektu badawczego obejmującego proces adaptacji i walidacji narzędzi badawczych, badania pilotażowe oraz badania właściwe. Proces adaptacji narzędzi obejmował analizę trafności oraz rzetelności zmodyfikowanych wersji kwestionariuszy, co pozwoliło na ich dostosowanie do specyfiki badanej populacji.

Zastosowanie procedury pilotażowej umożliwiło wstępną weryfikację przyjętych założeń badawczych oraz ocenę kierunku obserwowanych zmian, co zwiększa wiarygodność wyników uzyskanych w badaniach właściwych. Ważnym elementem wzmacniającym wartość uzyskanych wyników było również uwzględnienie dwóch perspektyw oceny funkcjonowania dziecka – samoopisu dziecka oraz oceny dokonywanej przez rodzica. Takie podejście pozwoliło na uzyskanie bardziej złożonego obrazu funkcjonowania dziecka oraz analizę zgodności tych ocen.

Pomimo wskazanych ograniczeń uzyskane wyniki stanowią wartościowy wkład w rozwój wiedzy dotyczącej możliwości zastosowania metody Snoezelen w pracy z dziećmi przejawiającymi trudności emocjonalno-poznawcze. Jednocześnie uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do dalszych badań, w szczególności badań realizowanych z wykorzystaniem modeli eksperymentalnych oraz badań podłużnych, pozwalających na ocenę trwałości obserwowanych zmian.

3.4. Implikacje dla praktyki pedagogicznej i psychologicznej

Uzyskane wyniki badań mają istotne znaczenie dla praktyki pedagogicznej, psychologicznej oraz terapeutycznej, wskazując na możliwość wykorzystania metody Snoezelen jako formy wspierania funkcjonowania emocjonalno-poznawczego dzieci pozostających w normie intelektualnej, a jednocześnie przejawiających trudności w zakresie regulacji emocjonalnej, radzenia sobie ze stresem oraz poczucia własnej skuteczności.

Dotychczas metoda Snoezelen była stosowana przede wszystkim w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami rozwojowymi oraz głębokimi deficytami funkcjonowania. Uzyskane wyniki wskazują jednak, że jej zastosowanie może mieć istotne znaczenie również w pracy z dziećmi rozwijającymi się w normie intelektualnej, które doświadczają trudności o charakterze emocjonalno-adaptacyjnym. Wskazuje to na możliwość rozszerzenia zakresu zastosowania tej metody oraz uwzględnienia jej jako elementu wspierającego rozwój psychiczny dzieci w szerszym kontekście pedagogicznym i profilaktycznym.

Jednym z istotnych obszarów zastosowania metody Snoezelen może być środowisko szkolne. Współczesna szkoła, oprócz realizacji funkcji dydaktycznej, pełni również istotną funkcję wspierającą rozwój emocjonalny uczniów. Wprowadzenie

elementów środowiska polisensorycznego do przestrzeni szkolnej mogłoby stanowić formę wsparcia dla dzieci doświadczających trudności adaptacyjnych, napięcia emocjonalnego oraz obniżonego poczucia własnej skuteczności. Możliwość czasowego wycofania się dziecka z sytuacji nadmiernego obciążenia emocjonalnego i skorzystania z przestrzeni sprzyjającej wyciszeniu mogłaby wspierać proces regulacji emocjonalnej oraz poprawiać ogólne funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym.

Istotnym obszarem zastosowania metody Snoezelen mogą być również poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz gabinety terapeutyczne. Uzyskane wyniki wskazują, że metoda ta może stanowić wartościowe uzupełnienie tradycyjnych form oddziaływań terapeutycznych. W przeciwieństwie do wielu metod opartych na realizacji określonych zadań oraz pracy ukierunkowanej na osiągnięcie konkretnych celów, metoda Snoezelen umożliwia dziecku funkcjonowanie w warunkach niedyrektywnych, sprzyjających redukcji napięcia emocjonalnego oraz budowaniu poczucia bezpieczeństwa. Tego rodzaju doświadczenia mogą stanowić istotny element wspierający proces terapeutyczny.

Uzyskane wyniki wskazują również na możliwość wykorzystania metody Snoezelen w działaniach o charakterze profilaktycznym. Współczesne dzieci funkcjonują w warunkach zwiększonego obciążenia psychicznego, wynikającego między innymi z wymagań edukacyjnych, presji osiągnięć oraz intensywnej stymulacji środowiskowej. Tworzenie przestrzeni umożliwiających dziecku doświadczenie wyciszenia, relaksu oraz swobodnej aktywności może sprzyjać kształtowaniu zdolności regulacyjnych oraz zwiększać odporność psychiczną. Istotne znaczenie ma również wysoki poziom akceptacji tej metody przez dzieci. Uzyskane wyniki wskazują, że dzieci postrzegały środowisko Snoezelen jako atrakcyjne, bezpieczne oraz sprzyjające relaksowi. Może to mieć istotne znaczenie dla skuteczności oddziaływań terapeutycznych, ponieważ pozytywne nastawienie dziecka do formy oddziaływania zwiększa jego zaangażowanie oraz gotowość do uczestnictwa w procesie terapeutycznym.

Wyniki niniejszych badań wskazują również na znaczenie uwzględniania niedyrektywnych form oddziaływań w pracy z dziećmi. Współczesne oddziaływania pedagogiczne i terapeutyczne często koncentrują się na realizacji określonych celów oraz rozwijaniu konkretnych kompetencji, natomiast możliwość doświadczenia środowiska, w którym dziecko nie podlega ocenie oraz nie jest zobowiązane do realizacji określonych zadań, może stanowić istotny element wspierający jego rozwój emocjonalny.

Zastosowanie metody Snoezelen może mieć również znaczenie dla pracy z dziećmi przejawiającymi obniżone poczucie własnej skuteczności. Jak wskazuje Bandura (1997), poczucie własnej skuteczności stanowi jeden z kluczowych czynników wpływających na funkcjonowanie jednostki. Możliwość doświadczenia sukcesu oraz poczucia kontroli nad własnym działaniem może sprzyjać wzrostowi tego poczucia. Istotne znaczenie może mieć również wykorzystanie tej metody w pracy z dziećmi przejawiającymi trudności w zakresie regulacji emocjonalnej. Możliwość funkcjonowania w środowisku sprzyjającym redukcji napięcia emocjonalnego może wspierać rozwój zdolności regulacyjnych. Uzyskane wyniki wskazują również na możliwość wykorzystania metody Snoezelen jako elementu wspierającego relację pomiędzy dzieckiem a dorosłym. Wspólne doświadczenie środowiska Snoezelen może sprzyjać budowaniu relacji opartej na poczuciu bezpieczeństwa oraz zaufaniu.

Podsumowując, uzyskane wyniki wskazują, że metoda Snoezelen może stanowić wartościowe narzędzie wspierające funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dzieci oraz może znajdować zastosowanie w różnych obszarach praktyki pedagogicznej i psychologicznej, zarówno w działaniach terapeutycznych, jak i profilaktycznych.

3.5. Wnioski końcowe

Przeprowadzone badania stanowiły próbę określenia znaczenia metody Snoezelen w kontekście funkcjonowania emocjonalno-poznawczego dzieci pozostających w normie intelektualnej, a jednocześnie przejawiających wybrane trudności w tym obszarze. Punktem wyjścia dla podjętych analiz było założenie, iż środowisko polisensoryczne, poprzez oddziaływanie na poziomie regulacji emocjonalnej, może stanowić istotny czynnik wspierający rozwój poczucia własnej skuteczności oraz strategie radzenia sobie ze stresem.

Uzyskane wyniki wskazują, iż zastosowanie metody Snoezelen wiązało się ze zmianami obserwowanymi w zakresie wybranych aspektów funkcjonowania dzieci, w szczególności dotyczących poczucia własnej skuteczności oraz sposobów radzenia sobie ze stresem. Obserwowane zmiany dotyczyły zarówno perspektywy samooceny dzieci, jak i oceny dokonywanej przez rodziców, co wskazuje na wielowymiarowy charakter oddziaływania tej metody. Szczególnie istotnym rezultatem było odnotowanie zmian w obszarze poczucia własnej skuteczności dzieci. Jak wskazują koncepcje teoretyczne

Bandury (1997), poczucie własnej skuteczności stanowi jeden z kluczowych mechanizmów regulujących funkcjonowanie jednostki, wpływając zarówno na podejmowanie działań, jak i sposób radzenia sobie z trudnościami. Możliwość doświadczenia środowiska sprzyjającego poczuciu bezpieczeństwa oraz autonomii może sprzyjać wzmacnianiu tego aspektu funkcjonowania. Uzyskane wyniki wskazują również na zmiany w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Obserwowane tendencje mogą wskazywać, iż doświadczenie środowiska polisensorycznego może wspierać proces regulacji emocjonalnej, umożliwiając dziecku redukcję napięcia oraz zwiększając jego gotowość do podejmowania działań o charakterze aktywnym.

Istotnym elementem uzyskanych wyników jest również wysoki poziom zgodności pomiędzy subiektywną oceną dzieci dotyczącą doświadczenia treningu Snoezelen a oceną dokonywaną przez rodziców. Zarówno dzieci, jak i ich rodzice ocenili wpływ treningu jako pozytywny, co wskazuje na wysoką akceptację tej formy oddziaływania. Uzyskane wyniki wskazują ponadto na występowanie różnic pomiędzy oceną funkcjonowania dziecka dokonywaną przez dziecko a oceną dokonywaną przez rodzica. Może to wskazywać na złożony charakter procesu percepcji własnych kompetencji oraz znaczenie kontekstu społecznego w ich kształtowaniu.

Wyniki analiz wskazują również na znaczenie wybranych zmiennych indywidualnych, takich jak wiek dziecka oraz poziom jego funkcjonowania intelektualnego, dla obserwowanych różnic w wynikach. Może to wskazywać na rozwojowy charakter analizowanych procesów oraz konieczność uwzględniania tych czynników w planowaniu oddziaływań wspierających. Jednocześnie należy podkreślić, iż przeprowadzone badania miały charakter ilościowy, wyjaśniający oraz korelacyjny i nie stanowiły modelu eksperymentalnego. W związku z tym uzyskane wyniki nie uprawniają do formułowania wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym, lecz wskazują na współwystępowanie określonych zmian w analizowanych obszarach.

Istotnym elementem niniejszego projektu badawczego było również przeprowadzenie procesu adaptacji i walidacji zmodyfikowanych wersji narzędzi badawczych, co umożliwiło uzyskanie danych zarówno z perspektywy dziecka, jak i rodzica. Uwzględnienie obu tych perspektyw pozwoliło na uzyskanie bardziej złożonego obrazu funkcjonowania dziecka oraz wskazało na znaczenie kontekstu rodzinnego w interpretacji wyników. Jednocześnie, ze względu na zróżnicowany poziom rzetelności uzyskany w przypadku części narzędzi stosowanych w perspektywie rodzica, uzyskane

wyniki w tym zakresie należy interpretować z zachowaniem ostrożności, traktując je jako dane o charakterze uzupełniającym.

Przeprowadzony projekt badawczy miał charakter wieloetapowy i obejmował proces adaptacji narzędzi, badania pilotażowe oraz badania właściwe. Takie podejście umożliwiło weryfikację przyjętych założeń badawczych oraz zwiększyło wiarygodność uzyskanych wyników. Uzyskane wyniki wskazują, iż metoda Snoezelen może stanowić wartościowe narzędzie wspierające funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dzieci oraz może znajdować zastosowanie zarówno w działaniach terapeutycznych, jak i profilaktycznych. Znaczenie uzyskanych wyników wykracza poza wąski kontekst oddziaływań terapeutycznych, wpisując się w szerszy obszar poszukiwania skutecznych metod wspierania rozwoju dzieci funkcjonujących w warunkach współczesnego, wysoko stymulującego środowiska. W kontekście współczesnych wyzwań rozwojowych dzieci, związanych między innymi z intensywną stymulacją środowiskową, wzrostem poziomu wskazywanego stresu oraz rosnącymi trudnościami w zakresie regulacji emocjonalnej, poszukiwanie skutecznych form wsparcia stanowi istotny kierunek badań oraz działań praktycznych.

Podsumowując, przeprowadzone badania wskazują, iż metoda Snoezelen może stanowić wartościowy element wspierający funkcjonowanie emocjonalno-poznawcze dzieci, jednak dalsze badania w tym obszarze są konieczne w celu pełniejszego określenia mechanizmów leżących u podstaw obserwowanych zmian oraz możliwości zastosowania tej metody w różnych kontekstach praktycznych.

BIBLIOGRAFIA

- Achterberg, I. (2004). *Snoezelen is voelen en beleven*.
- Achterberg, I., Kok, W., Salentijn, C. (1997). Snoezelen. A new way of communicating with the severely demented elderly. W: B.M.L. Miesen, G.M.M. Jones (red.), *Caregiving in Dementia. Research and Applications* (s. 119–129). T. 2. London, New York: Brunner, Routledge.
- ALharbi, B. H. (2017). Psychological security and self-efficacy among Syrian refugee students inside and outside the camps. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 7(2), 59–68.
- Anezaki H. (2003). The effectiveness of Snoezelen in the education of infants with severe motor and intellectual disabilities: Applications for teaching of „jiritsukatsudo” in special schools for students with physical disabilities. *Journal of Severe Motor and Intellectual Disabilities* 28(1), s.93-98.
- Angelaki, D. E., & Cullen, K. E. (2008). Vestibular system: The many facets of a multimodal sense. *Annual Review of Neuroscience*, 31, 125–150.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Ayres, A. J. (1979). *Sensory integration and the child*. Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (1984). *Sensory integration and learning disorders*. Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (2005). *Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges (25th Anniversary ed.)*. Western Psychological Services.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychology Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1991a). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. (w:) J. Madden, IV (red.), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (s. 229- 270). New York: Raven.

- Bandura A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Freeman, New York.
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. (w:) F. Pajares, T. C. Urdan (red.), *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Information Age Publishing Inc.
- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bandura, A., Barbanelli, C., Caprara, G. V., Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67, 1206–1222.
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., Pastorelli, C. (2003). Role of affective selfregulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74, 769–784.
- Bańka, A. (2016). *Poczucie samoskuteczności. Konstrukcja i struktura czynnikowa Skali Poczucia Samoskuteczności w Karierze Międzynarodowej*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Barker, R. G. (1968). *Ecological Psychology: Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior*. Stanford University Press.
- Baum, NT. (2000). The psychoterapeutic magic of snoezelen. *Journal of intellectual disability research*, 44(201-202).
- Bedyńska, S., Książek, M. (red.). (2012). *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Wydawnictwo Akademickie Sedno.
- Bee, H. (1994). *Lifespan development*. HarperCollins College Publishers.
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129–1148.
- Biel, L. (2015). *Integracja sensoryczna. Skuteczne strategie w terapii dzieci i nastolatków*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Biernat, R. (2014). Metody i techniki terapeutycznego oddziaływania i wspomagania dzieci z zaburzeniami i deficytami rozwojowymi w wieku przedszkolnym i

wczesnoszkolnym,, *Społeczeństwo. Edukacja. Język* 2, 7-28, Płock: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa.

- Block, J. H., Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. W: W. A. Collings (red.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology* (s. 39-101). NJ: Hillsdale, Erlbaum.
- Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational Psychology Review*, 15(1), 1–40.
- Bosch van den, K.A., Andringa, T.C., Peterson, W., Ruijsenaars, W.A.J.J.M., Vlaskamp, C. (2016). A Comparison of Natural and Non-natural Soundscapes on People with Severe or Profound Intellectual and Multiple Disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. Pobrane z: <http://dx.doi.org/10.3109/13668250.2016.1250251>
- Britton, Z., Arshad, Q., & Bronstein, A. M. (2019). Vestibular and multisensory influences upon self-motion perception. *Frontiers in Neurology*, 10, 63.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge University Press.
- Cattell, R. B. (1971). *Abilities: Their structure, growth, and action*. Houghton Mifflin.
- Chitsey A, Haight B, Jones M. (2002). Snoezelen: a multisensory environmental intervention. *J Gerontol Nurs*;28(3):41-9.
- Chung, J. C. C., & Lai, C. K. Y. (2002). Snoezelen for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Cleland, C. C., & Clark, C. M. (1966). Sensory deprivation and aberrant behavior among idiots. *American Journal of Mental Deficiency*, 71(2), 213-215.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.

- Collins, H., Van Puymbroeck, M., Hawkins, B. L., & Vidotto, J. (2020). The impact of a sensory garden for people with dementia. *Therapeutic Recreation Journal*, 54(1).
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman.
- Cuvo J., May M.E., Post T.M. (2001). Effects of living room, Snoezelen room, and outdoor activities on stereotypic behavior and engagement by adults with profound mental retardation, *Research in Developmental Disabilities*, USA, 183–204.
- Czerepaniak-Walczak M. (2006). *Pedagogika emancypacyjna: rozwój świadomości krytycznej człowieka*. Gdańsk; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Davidson, R. J. (2000a). Affective style, mood, and anxiety disorders: An affective neuroscience approach. (w:) R. J. Davidson (red.), *Anxiety, depression, and emotion* (s. 88-108). New York: Oxford University Press.
- Davidson, R. J. (2000b). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214.
- De Domenico, C., Di Cara, M., Piccolo, A., Settimo, C., Leonardi, S., Giuffrè, G., De Cola, M. C., Cucinotta, F., Tripodi, E., & Impallomeni, C. (2024). Exploring the usefulness of a multi-sensory environment on sensory behaviors in children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 13(14), 4162. <https://doi.org/10.3390/jcm13144162>
- De Los Reyes, A., Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483–509.
- Dębski, M., Flis, J. (2023). *Młode Głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym. Raport z badania*. Fundacja UNAWEZA.
- Eijgendaal, M., Mertens, K., Schermer, T., & Van der Putten, A. A. J. (2010). *Multi Sensory Environment (MSE/Snoezelen): A definition and conceptual framework*. ISNA-MSE.

- Elliot, A. J., & Maier, M. A. (2014). Color psychology: Effects of perceiving color on psychological functioning in humans. *Annual Review of Psychology*, 65, 95–120.
- Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of Individual Differences*, 28(1), 18–26.
- Everly, G. S., Rosenfeld, R. (1992). *Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fava, L., & Strauss, K. (2010). Multi-sensory rooms: Comparing effects of the Snoezelen approach and developmental training on stereotypic behaviours and engagement. *Research in Developmental Disabilities*, 31(1), 160–171.
- Filges, T., Smedslund, G., Eriksen, T., Birkefoss, K., Kildemoes, M. W. (2024). The FRIENDS preventive programme for reducing anxiety symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 20(4), e1443.
- Fischer, K. (2001). *Einführung in die Psychomotorik*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774.
- Foster, S., Estévez-Lamorte, N., Walitza, S., Dzemaili, S., Mohler-Kuo, M. (2023). Perceived stress, coping strategies, and mental health status among adolescents during the COVID-19 pandemic in Switzerland: A longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 937–949.
- Fronczak, A. (2017). *Psychomotoryka w terapii dzieci*. Difin.
- Gawron, K. (2013). Sala Doświadczenia Świata jako metoda wspierania rozwoju dziecka. W: G. Walczak (red.), *Metody, formy i programy w edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami słuchową* (s. 165–178). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2012). *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*, World Health Organization, Geneva 2018.
- Gotlib, I. H., Miller, J. G., Borchers, L. R., Coury, S. M., Costello, L. A., Garcia, J. M., Ho, T. C. (2023). Effects of the COVID-19 pandemic on mental health and brain maturation in adolescents: Implications for analyzing longitudinal data. *Biological Psychiatry: Global Open Science*, 3(2), 196–207.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Gruszczyńska B., Jarosz E., Kolankiewicz M., Lasocik Z., Pyżalski J., Sikorska M., Warzywoda-Kruszyńska W. (2017). Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce, *Kwartalnik Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 16, 2017.
- Grzywniak, C. (2013). *Psychomotoryka w pracy z dziećmi*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Günther S. (2002). *Snoezelen. Traumstunden für Kinder. Praxishandbuch zur Entspannung und Entfaltung der Sinne mit Anregungen zur Raumgestaltung, Phantasie Reisen, Spielen und Materialhinweisen*, Okotopia Verlag, Munster.
- Harwas-Napierała, B., & Trempała, J. (2007). *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heitzman J. (2016). Zdrowie psychiczne i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa – cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Prezentacja z III Kongresu Zdrowia Publicznego, Wrocław
- Herrmann N. (2005), Some psychosocial therapies may reduce depression, aggression, or apathy in people with dementia, *Evidence-based Mental Health*, 8(4), 104.
- Heszen-Niejodek, I, Ratajczak, Z. (2000). *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Niejodek, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Hickman, C., Marks, E., Pihkala, P., Clayton, S., Lewandowski, R. E., Mayall, E. E., Wray, B., Mellor, C., van Susteren, L. (2021). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: A global survey. *The Lancet Planetary Health*, 5(12), e863–e873.
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność: psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hogg, J., Cavet, J., Lambe, L., & Smeddle, M. (2001). The use of Snoezelen as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities: A review of the research. *Research in Developmental Disabilities*, 22(5), 353–372.
- Hotz, G. A., Castelblanco, A., Lara, I. M., Weiss, A. D., Duncan, R., & Kuluz, J. W. (2006). Snoezelen: A controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. *Brain Injury*, 20(8), 879–888. <https://doi.org/10.1080/02699050600832635>
- Houghton, S., Douglas, G., Brigg, J., Langsford, S., Powell, L., West, J., Chapman, A., & Kellner, R. (1998). An empirical evaluation of an interactive multi-sensory environment for children with disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23(4), 267–278. <https://doi.org/10.1080/13668259800033761>
- Hutchinson, R. (1994). *Sensations and disability: Sensory environments for leisure, Snoezelen, education and therapy*. Rompa.
- Janas-Kozik M. (2017). Sytuacja Psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 r. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego, *Psychiatr.* 14(3), 2017, s. 61–63
- Jang C, Song MO, Bae JS, et al. (2008). The effects of snoezelen on the stress and attention for college students. *Journal of Korean Society of Health Science*, 5(1):57-74.
- Janků, K. (2018). *Snoezelen v teorii, v praxi a ve výzkumu* [Snoezelen w teorii, w praktyce i w badaniach]. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě.
- Janků, K., Smrokowska-Reichmann, A., Ribes Castells, R., & Cid Rodríguez, M. J. (2023). *Implementation of Snoezelen–MSE*. Erasmus+.

- Jaworowska, A., Szustrowa, T. (2000). *Test Matryc Ravena w Wersji Standard – Forma Klasyczna. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Jaworowska, A., Szustrowa, T. (2007). *Test Matryc Ravena w wersji Standard TMS: formy: Klasyczna, Równoległa, Plus. Polskie standaryzacje*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Jim, JY., Kim, JH., Lee, SM., Jang, WH. (2021). Effects of snoezelen therapy on stress, anxiety, depression and quality of life of college stuents with game addiction. *J Kor Phys Ther* 33(3):123-130.
- Juczyński Z. (2000), Poczucie własnej skuteczności - teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodziensis, Folia Psychologica* 4, s. 11-24.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Juczyński, Z., Ogińska – Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kalat, J. W. (2008). *Biologiczne podstawy psychologii*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kewin, J. (1992). Snoezelen: the reason and the method. In: Hutchinson, Kewin J, eds, *Sensations and disability: Sensory environments for leisure, snoezelen, education and therapy*, Chesterfield, ROMPA, 6-17.
- Kielar-Turska, M. (2012). O różnych sposobach wspomagania rozwoju, *Sztuka Leczenia*, 3-4, Kraków 2012, s. 11-22.
- Kim J. A., Lorschbach A.W. (2005). Writing self-efficacy in young children: issues for the early grades environment. *Learning Environments Research*, 8, 157–175.
- Kiphard, E. J. (1980). *Motopädagogik*. Modernes Lernen.
- Kiphard, E. J. (1983). Veränderungen der Psychomotorik im Alter. *Motorik*, 6(3), 95–103.
- Klages, K., Zecevic, A., Orange, K.B., Hobson, S. (2011). Potential of Snoezelen Room Multisensory Stimulation to Improve Balance in Individuals with Dementia: A Feasibility Randomized Controlled Trial. *Clinical Rehabilitation*, 25 (7), 607–616.

- Knill, M., & Knill, Ch. (2009). *Programy aktywności. Świadomość ciała, kontakt i komunikacja*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (1996). *Fundamentals of human neuropsychology*. W. H. Freeman.
- Koller, D., McPherson, A. C., Lockwood, I., Blain-Moraes, S., & Nolan, J. (2018). The impact of Snoezelen in pediatric complex continuing care: A pilot study. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 11(1), 31–41. <https://doi.org/10.3233/PRM-150373>
- Krause A. (2013). Teoretyczne inspiracje pedagogiki specjalnej – pedagogika emancypacyjna, *Studia Edukacyjne*, nr 28.
- Kuhl, J. (1985). Volitional mediators of cognition-behavior consistency: Self-regulatory processes and action versus state orientation. W: J. Kuhl, J. Beckmann (red.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (s. 101–128). Springer.
- Kupisiewicz, M. (2013). *Sala Doświadczania Świata*. W: M. Kupisiewicz (red.), *Słownik pedagogiki specjalnej*, s. 315. Warszawa: PWN
- Kurapov, A., Pavlenko, V., Drozdov, A., Bezliudna, V., Reznik, A., & Isralowitz, R. (2023). Toward an understanding of the Russian-Ukrainian war impact on university students and personnel. *Journal of Loss and Trauma*, 28(2), 167–174.
- Kwok H.W.M., To Y.F., Sung H.F (2003). The application of a multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities - Hong Kong experience, *Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi / Hong Kong Academy of Medicine* 9(2), 122-126.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863.
- Lavie E, Shapiro M, Julius M. (2005). Hydrotherapy combined with Snoezelen multisensory therapy, *Int J Adolesc Med Health* 17(1), Israel, 83-87.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, L., Yuan Li, T. (2016). The Impact of Music Activities in a Multi-Sensory Room for Children with Multiple Disabilities on Developing Positive Emotions: A Case Study.

Journal of the European Teacher Education Network, 11, 1–12. Pobrane z:
<http://jeten-online.org/index.php/jetenarticle/view/97/71>

- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2019). Social cognitive career theory at 25: Empirical status of the interest, choice, and performance models. *Journal of Vocational Behavior*, 115, 103316.
- Lent, R. W., Hackett, G. (1987). Career self-efficacy: Empirical status and future directions. *Journal of Vocational Behavior*, 30, s. 347-382.
- Lenz, A. S. (2015). Meta-analysis of the Coping Cat program for decreasing severity of anxiety symptoms among children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 1(2), 51–65.
- Leonardi, S., Di Cara, M., Giliberto, S., Piccolo, A., De Domenico, C., Leonardi, G., Alito, A., Siracusano, R., Calabrò, R. S., Quartarone, A., & Cucinotta, F. (2025). The use of multisensory environments in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism*, 29(8), 1921–1938.
<https://doi.org/10.1177/13623613251320424>
- Lindsay, P. H., & Norman, D. A. (1991). *Procesy przetwarzania informacji u człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Prentice Hall.
- Lotan, M. (2006). Management of Rett Syndrome in the Controlled Multisensory (Snoezelen) Environment. A Review with Three Case Stories. *Scientific World Journal*, 6, 791–807.
- Lotan M., Burshtein S., Cahane C., Shapiro M. (2004), The multisensory environment (Snoezelen) as a mean for reducing severe challenging behaviors in cognitively impaired individuals – Two case studies, *The Israeli J of Occupational Therapy* 13(1), Israel, 33-34.
- Lotan, M., & Gold, C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen). *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1539–1548.

- Maddux, J. E. (2013). Self-efficacy: The power of believing you can. W: S. J. Lopez, C. R. Snyder (red.), *The Oxford handbook of positive psychology*. Oxford University Press.
- Maddux, J. E., Stanley, M. A. (red.) (1986). Special issue on self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4 (Nr.3)
- Mahboubinia, M., Dalvandi, A., Nourozi Tabrizi, K., Mahmoudi, N., Sadat Safavi, S., Hosseinzadeh, S. (2012). The Effect of Multi Sensory Stimulation (MSS) on Cognitive Disturbances and Quality of Life of Male Patients with Alzheimer's Disease. *Iranian Rehabilitation Journal*, 10 (15), 50–55.
- Matczak, A. (1994). *Diagnoza intelektu*. Instytut Psychologii PAN.
- Matson, J.L., Neal, D., Kozlowski, A.M (2012). Treatments for the Challenging Behaviours of of Adults with Intellectual Disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57 (10), 587–592.
- Matyja, M., Domagalska, M., Szopa, A. (1996). Percepcja proprioceptywna a defekty motoryczne w mózgowym porażeniu dziecięcym. *Fizjoterapia*, 4(1-2), 6–9.
- McKee, S. A., Harris, G. T., Rice, M. E., & Silk, L. (2007). Effects of a Snoezelen room on the behavior of three autistic clients. *Research in Developmental Disabilities*, 28(3), 304–316. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.04.001>
- Mertens, K. (2003). *Snoezelen: Eine Einführung in die Praxis*. Verlag Modernes Lernen.
- Mertens, K. (2005). *Snoezelen: Grundlagen und Praxis*. Verlag Modernes Lernen.
- Mertens, K. (2007). *Snoezelen: Handbuch zur praktischen Anwendung*. Verlag Modernes Lernen.
- Mertens, K. (2008). *Snoezelen: Eine andere Welt*. Verlag Modernes Lernen.
- Mikler-Chwastek, A. (2017). Integracja sensoryczna w terapii dzieci. W: A. Mikler-Chwastek (red.), *Trudności w uczeniu się i zaburzenia zachowania występujące u małych dzieci* (s. 83–103). Wydawnictwo Difin.
- Minner D., Hoffstetter P., Jones D., Casey L (2004). Snoezelen activity: The Good Shepherd Nursing Home experience, *Journal of nursing care quality* 19(4), 343-348.
- Montessori, M. (2014). *Odkrycie dziecka*. Wydawnictwo Palatum.

- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: Adult Form manual*. Psychological Assessment Resources.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., (red.) (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców w Polsce, raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Murroni, V., Cavalli, R., Basso, A., Borella, E., Meneghetti, C., Melendugno, A., & Pazzaglia, F. (2021). Effectiveness of therapeutic gardens for people with dementia: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9595.
- Nasser, K., Cahana, C., Kandel, I., Kessel, S., Merrick, J. (2004). Snoezelen: Children with Intellectual Disability and Working with the Whole Family, *Scientific World Journal*, 4, 2004, 500–506
- Neubauer, M. (2000). *Snoezelen in der Praxis*. Dortmund: Verlag Dortmund.
- Newlove, J., & Dalby, J. (2011). *Laban for all*. Nick Hern Books.
- Niewiadomska, I., Chwaszcz, J. (2010). *Jak skutecznie zapobiegać karierze przestępczej*. Wydawnictwo KUL.
- Novak, I., Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(3), 258–273.
- Łodygowska, E. (2017). Rozwój poczucia skuteczności u dzieci i młodzieży: czynniki ryzyka i zasoby. W: Łodygowska E., Pieńkowska E. (red.) *Psychologia wieku rozwojowego. Norma- nietypowość- patologia*. Szczecin: Volumina, Szczecin, s. 31-53
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Ossowski, R. (2009). Przedmowa. W: A. Zawislak, Snoezelen (Sala Doświadczenia Świata). *Geneza i rozwój* (s. 6–8). Bydgoszcz: Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Pagliano, P. (2001). *Using a multisensory environment: A practical guide for teachers*. David Fulton Publishers.

- Pagliano, P. (2012). *The multisensory handbook: A guide for children and adults with sensory learning disabilities*. Routledge.
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66(4), 543–578.
- Pajares, F. (2007). Current directions in self-efficacy research. W: M. Maehr, P. R. Pintrich (red.), *Advances in motivation and achievement* (Vol. 10, s. 1–49). JAI Press.
- Panadero, E. (2017). A review of self-regulated learning: Six models and four directions for research. *Frontiers in Psychology*, 8, 422.
- Perren, S., Herrmann, S., Iljuschin, I., Frei, D., Kerner, C., Sticca, F. (2017). Childcentred educational practice in different early education settings: Associations with professionals' attitudes, self-efficacy, and professional background. *Early Childhood Research Quarterly*, 38, 137–148.
- Phan, M. L., Renshaw, T. L., Caramanico, J., Greeson, J. M., MacKenzie, E., Atkinson-Diaz, Z., Doppelt, N., Tai, H., Mandell, D. S. (2022). *Mindfulness-based school interventions: A systematic review of outcome evidence quality by study design*. *Mindfulness*, 13, 1591–1613.
- Pilecka W. (Red.) (2001). *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży, perspektywa kliniczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krak w 2001.
- Pilecki, J., Olszewski, S., Żurek, T. (2002). Zasady i metody pracy z osobami głębiej upośledzonymi umysłowo. W: J. Pilecki (red.), *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym* (s. 11–32). Kraków: Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie.
- Pinkney, L. (1997). A comparison of the Snoezelen environment and a music relaxation group on the mood and behaviour of patients with senile dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 209–212.
- Przybylski, S., Piotrowicz, R.J. (2000). Sala Doświadczenia Świata jako forma i metoda stymulacji wielozmysłowej dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością. W: G. Walczak (red.), *Metody formy wczesnej rehabilitacji dzieci z uszkodzonym wzrokiem (wybrane zagadnienia)* (s. 77–82) Warszawa: PINOPOL-ZPCH.

- Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (1998a). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Section 1: General Overview*. Oxford Psychologists Press.
- Reykowski, J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rubacha, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Rubacha K. (2013), Uogólnione poczucie własnej skuteczności a poczucie skuteczności wychowawczej rodziców i nauczycieli. Hipoteza sytuacyjnej zmienności, *Studia Edukacyjne*, 25/2013, s. 75-83
- Sachs, D., Nasser, K. (2009). Facilitating Family Occupations: Family Member Perceptions of a Specialized Environment for Children with Mental Retardation. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 453–462.
- Schaffer, H. R., Kipp, K. (2012). *Psychologia rozwoju. Od dziecka do dorosłości*. Harmonia Universalis.
- Schofield P., Payne S., A pilot study into the use of a multisensory environment (Snoezelen) within a palliative day-care setting, *International journal of palliative nursing* 9 (3), UK, 124-130.
- Schunk, D. H. (1989). Self-efficacy and achievement behaviors. *Educational Psychology Review*, 1(3), 173–208.
- Schunk, D. H., DiBenedetto, M. K. (2020). Motivation and social cognitive theory. *Contemporary Educational Psychology*, 60, 101832.
- Schunk, D. H., Usher, E. L. (2012). Social cognitive theory and motivation. (w:) R. M. Ryan (red.), *The Oxford handbook of human motivation* (s. 13-27). New York, NY: Oxford University Press.
- Schwarzer R., Fuchs R. (1996), Self-efficacy and Health Behaviours, (w:) Conner M., Norman P. (red.), *Predicting Health Behaviour*, Open University Press, Buckingham – Philadelphia, s. 163–196
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. W: J. Weinman, S. Wright, M. Johnston (red.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs* (s. 35–37). NFER-NELSON.

- Schwarzer, R., Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243–252.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13(2), 141–151.
- Sęk H., Cieślak R., Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Selye, H. (1978). *Stres okiełznany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Semmer, N. (2006). Personality, stress and coping. W: M. Vollrath (red.), *Handbook of Personality and Health* (s. 73-113). Chichester: Wiley.
- Seo, HJ, Won, JK, Jung, YJ (2012). The influence of snoezelen program on depression of college students: a prior study. *Journal of Korean Society of Health Science*. 2(1):17-26.
- Shanker, S. (2013). *Calm, alert, and learning: Classroom strategies for self-regulation*. Pearson Canada.
- Shapiro M, Melmed R.N, Sgan-Cohen H.D., Eli I., Parush S. (2007), Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on childrens dental anxiety, *Eur J Oral Sci* 115, Singapore 2007, 479–483.
- Shapiro, M., Parush, S., Green, M., Roth, D. (1997). The efficacy of the Snoezelen in the management of children with mental retardation who exhibit maladaptive behaviours. *British Journal of Developmental Disabilities*, 43(85), 140–155.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). Guilford Press.
- Skinner, E. A., Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The development of coping: Stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence*. Springer.

- Slevin, E, McClelland, A. (1999). Multisensory environments: are they therapeutic? a single subject evaluation of the clinical effectiveness of a multisensory environment. *J Clin Nurs*. 8(1):48-56.
- Śliwerski B. (2005). *Współczesne teorie i nurty wychowania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Smrokowska-Reichmann A. (2013). *Snorzelen – Sala Doświadczania Świata: kompendium opiekuna i terapeuty*. Wrocław: Fundacja Rosa,
- Social Science Statistics. (b.d.). *Effect size calculator for t-test*. <https://www.socscistatistics.com/tests/effectsize/calculator/>
- Solomon, M., Botha, M. (2024). Occupational therapy in the Snorzelen® Room: Teachers' and therapists' knowledge and perceptions of the changes in children's behaviour and performance. *South African Journal of Occupational Therapy*, 54(3). <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2024/vol54no3a6>
- Spearman, C. (1927). *The abilities of man: Their nature and measurement*. Macmillan.
- Spitzer, M. (2013). *Cyfrowa demencja. W jaki sposób pozbawiamy rozumu siebie i swoje dzieci*. Dobra Literatura.
- StatSoft, Inc. (2013). *STATISTICA data analysis software system (Version 13.1)*. StatSoft.
- Stephenson, J., Carter, M. (2025). The use of multisensory environments with individuals with developmental disabilities: A systematic review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 37, 731–757. <https://doi.org/10.1007/s10882-024-09982-4>
- Strelau, J. (1996). *Temperament a stres: temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Strelau, J., Doliński, D. (red.). (2008). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J. (red.). (2007). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 1: Podstawy psychologii*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szczukiewicz, P. (2003). Pomoc psychologiczna czy psychoterapia? *Remedium* 15 (1), Warszawa, s. 14-15.

- Szymańska, J. (2014). *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju i Edukacji.
- Taitelbaum A. (2007). Multisensory environmental intervention (snoezelen) as a preventive alternative to seclusion and restraint in closed psychiatric wards. *Harefuah* 146(1), 11-4, 79-80.
- Terelak, J.F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Terelak, J.F. (1997). *Studia z zakresu psychologii*. Warszawa: Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej.
- Terelak, J. F. (1999). *Źródła stresu, teoria i badania*. Warszawa: Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej
- Testerink, G., ten Brug, A., Douma, G., van der Putten, A. (2023). Snoezelen in people with intellectual disability or dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100152>
- Thompson, SBN, Martin, S. (1994). Making sense of multisensory rooms for people with learning disabilities. *Br J Occup Ther.* 57(9):341-4.
- Toro, B. (2019). Memory and standing balance after multisensory stimulation in a Snoezelen room in people with moderate learning disabilities, *British Journal of Learning Disabilities*, Vol. 47, Issue 4, 270-278.
- Trempała, J. (2012). *Psychologia rozwoju człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Twenge, J. M. (2017). *iGen: Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy—and completely unprepared for adulthood*. Atria Books.
- Tyszkowa, M. (1988). *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- UNICEF Polska. (2024). *Prawa dziecka w Polsce 2024. Raport z badań*. UNICEF Polska.
- Unwin, K. L., Powell, G., & Jones, C. R. G. (2022). The use of multi-sensory environments with autistic children: Exploring the effect of having control of sensory changes. *Autism*, 26(6), 1379–1394. <https://doi.org/10.1177/13623613211050176>

- Vasta R., Haith M. M., Miller S. A. (1995). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Verheul A., Hulsege J. (1993), *Snøezelen, Nieco Inny Świat*, tłum. Smrokowska A., Kraków: Gielas Rehabilitation-Technik GmbH.
- Viktorin, J., & Pipeková, J. (2021). Positive impact of the Snøezelen concept on children and pupils with health disabilities. *Social Pathology and Prevention*, 9(1), 19–27.
- Vlaskamp C., Nakken, H. (2008), Therapeutic interventions in the Netherlands and Belgium in support of people with profound intellectual and multiple disabilities, *Education and Training in Developmental Disabilities*, 43(3), s. 334-341.
- Walczak, G. (2005). Przegląd wybranych programów przydatnych w procesie wczesnej interwencji dzieci z uszkodzonym wzrokiem i dodatkowymi niesprawnościami. W: G. Walczak (red.), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem i dodatkowymi niepełnosprawnościami. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych* (s. 453–462). Warszawa: MENiS.
- Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Flammarion.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160–170.
- Wechsler, D. (1974). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children – Revised*. Psychological Corporation.
- Wolańczyk T. (2002). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne w populacji młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwa Akademii Medycznej w Warszawie.
- Wood, R. E., Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*, 14, s. 361-384.
- World Health Organization. (2025). *Mental health of adolescents*. World Health Organization.
- Yong, JH, Lee, JY. (2006). The effects of multisensory environments (snøezelen) on the autonomic nervous system. *Korean J of Occup Ther.* (3):17-25.
- Zawiślak, A. (2008). Snøezelen – geneza i pionierskie działania na świecie. W: J.J. Bleszyński, D. Baczała, J. Binnebesel (red.), *Historyczne dyskursy nad pedagogiką*

specjalną – w ujęciu pedagogicznym (s. 327–340), Łódź: Wyd. Naukowe Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej w Łodzi

Zawiślak A. (2009). *Snoezelen (Sala Doświadczenia Świata): Geneza i rozwój*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, 603.

Zhou, J., & Yu, H. (2021). Contribution of social support to home-quarantined Chinese college students' well-being during the COVID-19 pandemic: The mediating role of online learning self-efficacy and moderating role of anxiety. *Social Psychology of Education*, 24, 1643–1662. <https://doi.org/10.1007/s11218-021-09665-4>

Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82–91.

SPIS TABEL

I. Część teoretyczna

Tabela 1. Zastosowanie olejków zapachowych w Snoezelen	58
Tabela 2. Wybrane doniesienia badawcze dotyczące zastosowania Snoezelen/ MSE u dzieci/młodzieży	90
Tabela 3. Wybrane doniesienia badawcze dotyczące zastosowania Snoezelen/ MSE u osób dorosłych	95

II. Część metodologiczna

Tabela 4. KompOs-R – wyniki badań walidacyjnych ($N = 220$)	150
Tabela 5. Korelacje pomiędzy wynikami KompOs-R i GSES ($N = 220$)	151
Tabela 6. JSR-R – wyniki badań walidacyjnych ($N = 220$)	152
Tabela 7. Wyniki dla poszczególnych strategii radzenia sobie MINI-COPE ($N = 220$)	153
Tabela 8. Korelacje pomiędzy MINI-COPE a JSR-R ($N = 220$)	155
Tabela 9. Analiza czynnikowa eksploracyjna dla wyników KompOs-R	156

III. Część empiryczna

Tabela 10. Struktura próby ze względu na płeć ($N = 51$)	167
--	-----

Tabela 11. Struktura próby ze względu na wiek ($N = 51$)	167
Tabela 12. Struktura próby ze względu na typ rodziny ($N = 51$)	168
Tabela 13. Struktura próby ze względu na poziom inteligencji ($N = 51$)	169
Tabela 14. Ocena wyników dziecka i oceny rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen – obserwowane różnice	171
Tabela 15. Różnice w zakresie wyników dziecka i ocen rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	173
Tabela 16. Różnice w wynikach dzieci i ocenach rodzica w zakresie KompOs i JSR przed i po oddziaływaniu Snoezelen	175
Tabela 17. Znaczenie zmiennych kontrolowanych dla różnic w wynikach skal KompOs i JSR dla dzieci i rodziców	177
Tabela 18. Struktura próby ze względu na płeć ($N = 71$)	181
Tabela 19. Struktura próby ze względu na wiek ($N = 71$)	182
Tabela 20. Struktura próby ze względu na typ rodziny ($N = 71$)	183
Tabela 21. Struktura próby ze względu na poziom funkcjonowania intelektualnego ($N = 71$)	184
Tabela 22. Analiza rzetelności narzędzi KompOs i JSR – wersja dla dzieci	185
Tabela 23. Analiza rzetelności narzędzi KompOs-R i JSR-R – wersja dla rodziców	186

Tabela 24. Analiza różnic KompOs/KompOs-R przed i po oddziaływaniu Snoezelen w grupie dzieci oraz ocen dokonywanych przez rodziców	188
Tabela 25. Analiza różnic JSR/JSR-R przed i po oddziaływaniu Snoezelen w grupie dzieci i w ocenach rodziców	190
Tabela 26. Wyniki testu Tuckeya (wartości <i>p</i>) dla różnych licznosci podgrup wiekowych – porównania przejawu poczucia kompetencji (KompOs A3)	195
Tabela 27. Wyniki testu Tuckeya (wartości <i>p</i>) dla różnych licznosci podgrup funkcjonowania intelektualnego – porównania przejawu poczucia skuteczności (KompOs A5) dzieci przed i po oddziaływaniu Snoezelen	196
Tabela 28. Wyniki testu Tuckeya (wartości <i>p</i>) dla różnych licznosci podgrup funkcjonowania intelektualnego – porównania przejawu poczucia kompetencji dzieci (KompOs B4) przed i po oddziaływaniu Snoezelen	198
Tabela 29. Wyniki testu Tuckeya (wartości <i>p</i>) dla różnych licznosci podgrup poziomu funkcjonowania intelektualnego – porównania zmian w zakresie poczucia skuteczności własnej (KompOs-R B3) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	199
Tabela 30. Relacje wyników dzieci do ocen rodziców przed oddziaływaniem Snoezelen	209
Tabela 31. Relacje wyników dzieci do ocen rodziców po oddziaływaniu Snoezelen	210

SPIS RYCIN

I. Część teoretyczna

Rycina 1. Przykład podwieszanego sufitu materiałowego, imitującego niebo	39
Ryciny 2-3. Efekt wizualny uzyskany za pomocą projektora z tarczami żelowymi	41
Ryciny 4-5. Efekt wizualny uzyskany za pomocą połączenia tarczy żelowej ze slajdem bańniowym	41
Ryciny 6-8. Efekty wizualne uzyskane za pomocą projektora nieba, tęczy i zorzy polarnej	41
Ryciny 9-11. Kolumny wodne, prezentujące różnorodne wersje kolorystyczne	42
Ryciny 12-14. Przykłady lustrzanych elementów wyposażenia Sali Doświadczenia Świata: bąbelkowy panel lustrzany, tunel nieskończoności oraz efekt luster przy podeście z kolumną wodną	43
Ryciny 15-17. Przykłady różnych efektów wizualnych światłowodów	44
Ryciny 18-20. Tor świetlno-dźwiękowy – przykłady zastosowania	45
Rycina 21. Drabina świetlno-dźwiękowa w zastosowaniu przez podopiecznego	45
Ryciny 22-23. Kalimba, drewniana żaba, marakasy i deszczownica	47
Ryciny 24-25. Grzechotki, marakasy, kastaniet, drewniana żaba i bęben imitujący szum morza	47
Ryciny 26-27. Fotel muzyczny (zwany również kołyską muzyczną) oraz hangpan	48

Ryciny 28-31. Wykorzystanie suchego basenu (wersja podświetlana) na różne sposoby	51
Ryciny 32-33. Tablica dotykowa typu handmade oraz panel manipulacyjny „Miasto”	52
Ryciny 34-35. Podświetlany panel z aktywną cieczą oraz panel z wyjmowanymi płytkami sensorycznymi, pełniący także funkcję memo	53
Ryciny 36-37. Przykłady łóżek wodnych w Sali Doświadczania Świata	54
Ryciny 38-39. Wibropodest w różnych sposobach wykorzystania	55
Ryciny 40-43. Różne pomoce sensoryczne do manipulowania na podświetlanym stoliku	56
Ryciny 44-46. Panel z aktywną cieczą, światłowody, świetlny panel dotykowy	56
Ryciny 47-48. Przykładowy aromatyzator pełniący funkcję lampy oraz zestaw olejków naturalnych do treningu węchowego	58
Rycina 49. Przykładowa „skrzynia-zgadula” angażująca różne zmysły, w tym zmysł smaku	61
Rycina 50. Koło komunikacji	63
Ryciny 51-54. Przykłady białych Sal Doświadczania Świata	72
Ryciny 55-58. Przykłady czarnych Sal Doświadczania Świata	74
Ryciny 59-62. Przykłady kolorowych Sal Doświadczania Świata	75
Ryciny 63-66. Przykłady mobilnych Sal Doświadczania Świata	78

Ryciny 67-68. Przykłady zastosowań łazienek w stylu Snoezelen	79
Ryciny 69-70. Przykłady basenów z zastosowaniem Snoezelen	79
Ryciny 71-72. Przykłady zastosowanie busa Snoezelen	80
Ryciny 73-74. Przykłady aranżacji ogrodów polisensorycznych	80
Rycina 75. Funkcje radzenia sobie ze stresem	118
Rycina 76. Strategie radzenia sobie ze stresem – model integracyjny według Matheny'ego	120
Rycina 77. Model społeczno-poznawczy Bandury – źródła i procesy własnej skuteczności	130
II. Część metodologiczna	
Rycina 78. Klasyfikacja teorii rozwoju psychicznego ze względu na podstawowe wymiary opisujące naturę zjawiska rozwoju	137
Rycina 79. Syntetyczny model założeń metodologicznych badań własnych	164
III. Część empiryczna	
Rycina 80. Struktura próby ze względu na płeć ($N = 51$)	167
Rycina 81. Struktura próby ze względu na wiek ($N = 51$)	168
Rycina 82. Struktura próby ze względu na typ rodziny ($N = 51$)	169
Rycina 83. Struktura próby ze względu na poziom inteligencji ($N = 51$)	170

Rycina 84. Struktura próby ze względu na płeć ($N = 71$)	181
Rycina 85. Struktura próby ze względu na wiek ($N = 71$)	182
Rycina 86. Struktura próby ze względu na typ rodziny ($N = 71$)	183
Rycina 87. Struktura próby ze względu na poziom funkcjonowania intelektualnego ($N = 71$)	184
Rycina 88. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu poczucia skuteczności (KompOs-R item A1) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	193
Rycina 89. Znaczenie wieku dzieci dla zmian w zakresie przejawu poczucia kompetencji (A3) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen	194
Rycina 90. Znaczenie poziomu intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie przejawu poczucia skuteczności (A5) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen	196
Rycina 91. Znaczenie poziomu intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie przejawu poczucia skuteczności (B4) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen	197
Rycina 92. Znaczenie poziomu funkcjonowania intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie poczucia skuteczności własnej (KompOs-R B3) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	199
Rycina 93. Znaczenie płci dla zmian w zakresie przejawu strategii poszukiwania wsparcia (JSR-R item A9) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	201
Rycina 94. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii poszukiwania wsparcia (JSR item A9) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen	202

Rycina 95. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii dyspozycyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR-R item 7A) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	203
Rycina 96. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii dyspozycyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R item 9A) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	204
Rycina 97. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii sytuacyjnej koncentracji na emocjach (JSR-R item 2B) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	205
Rycina 98. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii sytuacyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR-R item 4B) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	206
Rycina 99. Znaczenie struktury rodziny dla zmian w zakresie przejawu strategii sytuacyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R item 6B) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen	207
Rycina 100. Ewaluacja końcowa oddziaływań Snoezelen w ocenie dzieci i rodziców	215

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik 1. Rzetelność pomiaru narzędziami KompOs i JSR dla dzieci oraz KompOs-R i JSR-R dla rodziców

Załącznik 2. Charakterystyka statystyczna – wyniki skal KompOs i JSR dla dzieci oraz KompOs-R i JSR-R dla rodziców przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Załącznik 3. Analiza znaczenia zmiennych socjodemograficznych dla zmian w zakresie poczucia skuteczności własnej oraz strategii radzenia sobie ze stresem w samoocenie dzieci i ocenie rodziców

Załącznik 4. Kwestionariusz KompOs

Załącznik 5. Kwestionariusz KompOs-R

Załącznik 6. Kwestionariusz JSR

Załącznik 7. Kwestionariusz JSR-R

Załącznik 8. Informacja o badaniu dla rodzica

Załącznik 9. Kwestionariusz wywiadu dla rodzica

Załącznik 10. Ankieta ewaluacyjna dla dziecka

Załącznik 11. Ankieta ewaluacyjna dla rodzica

Załącznik 12. Umowa z Pracownią Testów Psychologicznych

Załącznik 13. Decyzja Komisji ds. Bioetyki Badań

Załącznik 14. Charakterystyka kompetencji osoby prowadzącej badania

Załącznik 15. Oświadczenie o stosowaniu AI

ZAŁĄCZNIK A. Analiza znaczenia wieku i poziomu intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie wyników itemów JSR przed i po oddziaływaniu Snoezelen

ZAŁĄCZNIK B. Analiza znaczenia wieku i poziomu intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie wyników rodziców dla itemów JSR przed i po oddziaływaniu Snoezelen

ZAŁĄCZNIK C. Analiza różnic w pomiarach przed i po oddziaływaniu *Snoezelen*

ZAŁĄCZNIK 1. Rzetelność pomiaru narzędziami KompOs i JSR dla dzieci oraz KompOs-R i JSR-R dla rodziców

Skale (przed Snoezelen)	Alfa Cronbacha	Pozycje obniżające rzetelność	Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji	Rzetelność połówkowa (<i>rtt</i>) (co druga pozycja)
KompOs A	0,44	A4	0,48	0,18
KompOs B	0,35	B3	0,36	0,25
KompOs cała skala	0,64			0,56 0,75 (dla A i B)
KompOs-R A	0,39			0,25
KompOs-R B	0,09	B3; B5; B6	0,2; 0,15; 0,2	-0,21
KompOs-R cała skala	0,5			0,37 0,55 (dla A i B)
JSR Aktywne radzenie sobie A	0,47	A1	0,55	
JSR Koncentracja na emocjach A	0,23	A2	0,27	
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A	0,49	A9	0,7	
JSR Aktywne radzenie sobie B	0,56	B1	0,57	
JSR Koncentracja na emocjach B	0,1	Brak		
Poszukiwanie wsparcia społecznego B	0,3	B6; B9	0,32; 0,4	
Część A	0,39			0,53
Część B	0,06			0,03
JSR Aktywne radzenie sobie (średnia A i B)	0,69	Brak		0,72
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego (średnia A i B)	0,39	Brak		0,4
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego (średnia A i B)	0,53	Brak		0,58
JSR-R Aktywne radzenie sobie A	0,22	A1	0,25	
JSR-R Koncentracja na emocjach A	0,17	A2	0,38	

JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A	0,11	A9	0,22	
JSR-R Aktywne radzenie sobie B	0,16	B1	0,21	
JSR-R Koncentracja na emocjach B	-0,03	B2	0,23	
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego B rodzic	-0,06	B3; B6	0,07; 0,13	
Część A	0,14			0,1
Część B	-0,02			-0,28
JSR-R Aktywne radzenie sobie (średnia A i B)	0,28	Brak		0,41
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego (średnia A i B)	-0,17	A2; A7	0,04; 0,03	-0,05
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego (średnia A i B)	0,28	A9; B3	0,29; 0,35	0,3
Skale (po Snoezelen)				
KompOs A	0,52	A4	0,54	0,53
KompOs B	0,45	B3; B4	0,46; 0,46	0,6
KompOs cała skala	0,63			0,75
				0,57 (A i B)
KompOs-R A	0,16	A5; A6	0,26; 0,22	0,27
KompOs-R B	0,31	B2; B6	0,39; 0,35	0,36
KompOs-R cała skala	0,16			0,35
				-0,16 (A i B)
JSR Aktywne radzenie sobie A	0,09	A1	0,45	
JSR Koncentracja na emocjach A	0,02	A2	0,39	
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A	0,1	A6	0,18	
JSR Aktywne radzenie sobie B	-0,02	B7	0,42	
JSR Koncentracja na emocjach B	0,5	B8	0,53	
Poszukiwanie wsparcia społecznego B	0,24	B3; B6	0,25; 0,36	

JSR Część A	0,16			0,31
JSR Część B	-0,14			-0,16
JSR Aktywne radzenie sobie (średnia A i B)	-0,04	A4; B7	0,03; 0,12	0,24
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego (średnia A i B)	0,4	A2	0,45	0,5
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego (średnia A i B)	-0,16	A6	0,04	0,09
JSR-R Aktywne radzenie sobie A	0,31	A1	0,52	
JSR-R Koncentracja na emocjach A	0,08	A2	0,25	
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A	-0,39	A3	0,01	
JSR-R Aktywne radzenie sobie B	0,34	B7	0,55	
JSR-R Koncentracja na emocjach B	0,29	B8	0,38	
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego B	0,11	B6	0,17	
JSR-R Część A	-0,47			-0,19
JSR-R Część B	0,06			0,18
JSR-R Aktywne radzenie sobie (średnia A i B)	0,5	Brak		0,58
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego (średnia A i B)	0,37	A5; B8	0,4; 0,41	0,42
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego rodzic (średnia A i B)	-0,07	A6; A9	0,02; 0,02	-0,02

ZAŁĄCZNIK 2. Charakterystyka statystyczna – wyniki skal KompOs i JSR dla dzieci oraz KompOs-R i JSR-R dla rodziców przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Skale (wyniki przed oddziaływaniem Snoezelen)	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SKE</i>	<i>Kurt</i>
KompOs A dziecko	8,69	2,03	6,00	13,00	0,13	-1,13
KompOs B dziecko	8,59	1,90	6,00	14,00	0,55	0,33
KompOs cała skala dziecko	17,27	3,52	12,00	26,00	0,21	-0,35
KompOs-R A rodzic	11,73	2,21	6,00	18,00	0,07	0,78
KompOs-R B rodzic	11,33	1,91	6,00	16,00	0,02	0,43
KompOs-R cała skala rodzic	23,06	3,43	12,00	29,00	-0,51	0,78
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A dziecko	1,10	0,38	<0,001	2,00	-0,44	1,39
JSR Koncentracja na emocjach A dziecko	3,44	0,35	2,67	4,00	-0,17	-0,55
JSR Aktywne radzenie sobie A dziecko	0,71	0,33	0,00	1,33	-0,64	-0,42
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego B	1,06	0,31	0,33	1,67	0,11	-0,32
JSR Koncentracja na emocjach B dziecko	3,18	0,38	2,33	4,00	0,06	-0,42
JSR Aktywne radzenie sobie B dziecko	0,61	0,36	<0,001	1,00	-0,40	-1,12
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A rodzic	1,39	0,36	0,33	2,33	-0,36	0,89
JSR-R Koncentracja na emocjach A rodzic	3,02	0,46	2,00	4,00	-0,44	0,44
JSR-R Aktywne radzenie sobie A rodzic	1,01	0,38	<0,001	1,67	-0,16	-0,10
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego B rodzic	1,10	0,31	0,33	1,67	-0,04	-0,19
JSR-R Koncentracja na emocjach B rodzic	2,61	0,40	2,00	3,33	0,13	-0,85
JSR-R Aktywne radzenie sobie B rodzic	0,99	0,33	0,33	1,67	-0,09	-0,02
Skale (wyniki po oddziaływaniu Snoezelen)						
KompOs A dziecko	18,41	1,76	13,00	23,00	1,76	-0,25
KompOs B dziecko	18,39	1,72	15,00	21,00	1,72	-0,57
KompOs dziecko cała skala	36,80	2,91	29,00	43,00	2,91	-0,52
KompOs A rodzic	19,25	1,40	17,00	22,00	1,40	0,30
KompOs B rodzic	18,76	1,56	15,00	22,00	1,56	-0,39

KompOs rodzic cała skala	38,02	2,01	33,00	41,00	2,01	-0,46
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego A dziecko	2,70	0,29	2,00	3,33	0,29	-0,41
JSR Koncentracja na emocjach A dziecko	1,92	0,34	1,00	2,33	0,34	-0,55
JSR Aktywne radzenie sobie A dziecko	2,78	0,30	2,33	3,33	0,30	-0,09
JSR Poszukiwanie wsparcia społecznego B dziecko	2,50	0,33	1,67	3,33	0,33	-0,03
JSR Koncentracja na emocjach B dziecko	1,74	0,40	0,67	2,67	0,40	-0,59
JSR Aktywne radzenie sobie B dziecko	2,60	0,32	2,00	3,33	0,32	-0,15
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego A rodzic	2,73	0,22	2,33	3,00	0,22	-0,27
JSR-R Koncentracja na emocjach A rodzic	1,84	0,33	1,00	2,33	0,33	-0,63
JSR-R Aktywne radzenie sobie A rodzic	2,84	0,29	2,33	3,33	0,29	-0,39
JSR-R Poszukiwanie wsparcia społecznego B rodzic	2,61	0,29	2,00	3,00	0,29	-0,23
JSR-R Koncentracja na emocjach B rodzic	1,76	0,40	1,00	2,67	0,40	-0,02
JSR-R Aktywne radzenie sobie B rodzic	2,65	0,33	2,00	3,33	0,33	-0,43
<i>Legenda:</i>						
<i>M</i> – średnia skali; <i>SD</i> – odchylenie standardowe od średniej						
<i>SKE</i> – skośność; <i>KURT</i> – kurtoza						

ZAŁĄCZNIK 3. Analiza znaczenia zmiennych socjodemograficznych dla zmian w zakresie poczucia skuteczności własnej oraz strategii radzenia sobie ze stresem w samoocenie dzieci i ocenie rodziców

KompOs oceny dzieci	Płeć (<i>F</i>)	Wiek (<i>F</i>)	Poziom funkcjonowania intelektualnego (<i>F</i>)	Struktura rodziny (<i>F</i>)
KompOs A1	1,17	0,38	0,03	0,07
KompOs A2	0,04	0,42	1,36	2,68
KompOs A3	0,60	4,71*	1,29	0,004
KompOs A4	0,02	1,35	1,38	3,75
KompOs A5	0,56	0,46	4,38*	3,29
KompOs A6	0,25	1,02	0,89	0,07
KompOs B1	1,65	0,11	2,98	2,85
KompOs B2	0,07	0,40	1,37	0,99
KompOs B3	0,02	0,56	0,83	0,94
KompOs B4	0,76	1,00	3,39*	0,23
KompOs B5	1,50	1,58	0,64	2,06
KompOs B6	1,73	0,02	0,16	0,19
KompOs oceny rodziców				
KompOs A1	0,27	0,45	0,86	6,11*
KompOs A2	0,17	1,30	0,70	0,04
KompOs A3	0,72	1,43	1,60	1,80
KompOs A4	1,08	0,89	1,10	0,13
KompOs A5	0,15	0,28	0,98	0,02
KompOs A6	0,08	0,38	0,61	0,26
KompOs B1	0,02	0,54	0,81	2,44
KompOs B2	0,70	0,46	0,03	1,95
KompOs B3	0,21	0,52	4,00*	1,13

KompOs B4	0,003	1,81	1,87	0,09
KompOs B5	0,19	0,69	0,41	2,42
KompOs B6	0,12	0,16	0,26	3,88

JSR oceny dzieci

JSR D1ars	2,10	0,84	0,35	0,07
JSR D2kne	0,63	1,57	0,21	0,41
JSR D3pw	2,38	2,00	0,93	0,31
JSR D4ars	0,22	0,06	1,62	0,32
JSR D5kne	0,16	0,0007	0,06	0,24
JSR D6pw	0,58	1,47	1,35	0,92
JSR D7ars	4,52*	1,27	1,72	2,29
JSR D8kne	0,18	0,53	5,35**	1,81
JSR D9pw	0,49	2,38	1,78	4,02*
JSR S1ars	0,06	4,85*	0,71	1,30
JSR S2kne	0,06	3,84*	0,93	0,76
JSR S3pw	0,40	0,27	0,50	0,29
JSR S4ars	0,10	1,69	3,19*	0,58
JSR S5kne	3,30	1,17	0,14	0,07
JSR S6pw	0,32	0,27	0,31	0,01
JSR S7ars	0,36	0,11	1,04	0,0006
JSR S8kne	0,29	0,71	0,05	1,73
JSR S9pw	0,04	0,15	0,64	0,90

JSR oceny rodziców

JSR D1ars	0,02	1,80	1,20	1,91
JSR D2kne	0,15	0,79	0,66	1,56
JSR D3pw	0,29	3,14*	0,009	0,40
JSR D4ars	1,84	2,36	0,68	0,88

JSR D5kne	0,009	1,45	2,02	0,06
JSR D6pw	0,96	1,64	1,96	2,26
JSR D7ars	0,84	1,89	1,20	7,10**
JSR D8kne	2,28	0,94	0,07	0,35
JSR D9pw	7,12**	0,41	1,70	4,31*
JSR S1ars	0,07	1,26	0,13	0,95
JSR S2kne	0,02	3,06	2,74	6,33*
JSR S3pw	1,57	0,06	1,64	0,08
JSR S4ars	0,24	1,43	0,30	17,07***
JSR S5kne	0,0002	1,32	5,10**	22,08***
JSR S6pw	1,41	3,34*	0,62	1,86
JSR S7ars	0,17	0,70	0,41	6,42*
JSR S8kne	0,42	0,68	2,27	2,47
JSR S9pw	0,000001	3,20*	2,28	0,08

Legenda:

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

Zastosowano analizę ANOVA z powtarzanym pomiarem dla zmian w zakresie poszczególnych przejawów poczucia skuteczności oraz strategii radzenia sobie ze stresem dla $N = 71$ w samoocenie dzieci oraz rodziców, jako czynniki jakościowe przyjmując: płeć dzieci (dziewczęta, chłopcy), grupę wiekową (11, 12 i 13 lat), poziom funkcjonowania intelektualnego (przeciętny, powyżej przeciętnego, wybitny) i strukturę rodziny (pełna, niepełna). W przypadku różnic istotnych statystycznie (próg istotności $p = 0,05$) wykonano analizy post-hoc, których wyniki zamieszczono w treści pracy doktorskiej.

Załącznik 4. Kwestionariusz KompOs

Narzędzie objęte licencją, dostępne na stronie Pracowni Testów Psychologicznych www.practest.com (data dostępu: 20.08.2026r.)

Załącznik 5. Kwestionariusz KompOs-R

Skala KompOs-R

Z. Juczyński, K. Dziewiątkowska wersja dla rodzica*

..... płęć M K wiek data badania

Dla kaędej z dwóch opisanych ponięej sytuacji podano kilka możliwych zachowań. Zastanów się i odpowiedz: **Jak zazwyczaj zachowuje się Twoje dziecko?**

W kaędym z 6 zdań wybierz jedną, najbardziej właściwą dla siebie odpowiedź i zaznacz ją znakiem X.

A. Zazwyczaj, gdy moje dziecko znajduje się w bardzo kłopotliwej dla niego sytuacji(np. jest nieprzygotowane do lekcji i zostało wezwane do odpowiedzi albo musi przyznać się do kłamstwa), **to:**

- | | | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|------------|-----|
| 1. znajduje jakieś rozwiązanie | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 2. traci głowę | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 3. maksymalnie się koncentruje | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 4. nie wie, co ma robić | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 5. może polegać na sobie | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 6. spodziewa się niepowodzenia | tak | raczej tak | raczej nie | nie |

B. Zazwyczaj, gdy moje dziecko zamierza zrobić coś dla niego ważnego

(np. przygotować się na jutro do klasówki albo też wykonać jaką inną ważną czynność), **to:**

- | | | | | |
|---|---------------|--------|--------|--------------|
| 1. robi to, nawet gdy jest bardzo zmęczone | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 2. rezygnuje z zamiaru, gdy w telewizji leci jego ulubiony program..... | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 3. robi to, nawet gdy, jak się wydaje, jest to ponad jego siły..... | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 4. rezygnuje z tego, gdy nie widzi szans powodzenia | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 5. robi to, nawet gdy ktoś lub coś bardzo mu przeszkadza | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 6. spodziewa się niepowodzenia | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |

PWS	sten	S	W

*Copyright © 2022 zmiany wprowadzone za zgodą Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.
ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa

Załącznik 6. Kwestionariusz JSR

Narzędzie objęte licencją, dostępne na stronie Pracowni Testów Psychologicznych
www.practest.com (data dostępu 20.08.2026r.)

Załącznik 7. Kwestionariusz JSR-R

Skala JSR-R

Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, K. Dziewiątkowska wersja dla rodzica*

..... płeć M K wiek data badania

W sytuacjach trudnych czy kłopotliwych można sobie różnie radzić. Jedną z takich sytuacji, która mogła przytrafić się Twojemu dziecku, opisano poniżej wraz z różnymi sposobami postępowania.

Zastanów się i odpowiedz szczerze na pytanie.

Kolega (koleżanka) Twojej córki/Twojego syna urządza przyjęcie urodzinowe. Zaprosił(a) całą klasę oprócz Twojego dziecka i jest to dla niego poważny problem. **Co Twoja córka/Twój syn robi w takiej sytuacji?** Otocz kółkiem właściwą odpowiedź w każdym wierszu.

1. Zastanawia się, jak sobie poradzić z tym problemem	prawie nigdy	rzadko	czasem	często	prawie zawsze
2. Płacze lub złości się	prawie nigdy	rzadko	czasem	często	prawie zawsze
3. Mówi najbliższemu koledze/koleżance, co się stało	prawie nigdy	rzadko	czasem	często	prawie zawsze
4. Wyciąga z tego wnioski i uczy się czegoś nowego	prawie nigdy	rzadko	czasem	często	prawie zawsze
5. Bardzo się tym przejmuje	prawie nigdy	rzadko	czasem	często	prawie zawsze
6. Prosi kogoś o pomoc	prawie nigdy	rzadko	czasem	często	prawie zawsze
7. Obmyśla plan postępowania w tej sytuacji	prawie nigdy	rzadko	czasem	często	prawie zawsze
8. Przypisuje sobie winę za to, co się stało	prawie nigdy	rzadko	czasem	często	prawie zawsze
9. Żali się innym, oczekując zrozumienia	prawie nigdy	rzadko	czasem	często	prawie zawsze

Teraz przypomnij sobie poważny problem, czy też bardzo trudną sytuację, z którą Twoje dziecko miało do czynienia w minionym roku (może dotyczyło to kłopotów w szkole czy w domu, wiązało się z nieszczęściem czy chorobą).

Jeżeli Twoje dziecko nie miało poważnych problemów w ciągu ubiegłego roku – to wybierz ten Twoim zdaniem najważniejszy i napisz krótko, czego dotyczył.

Problem mojego dziecka dotyczył
.....
.....

Skala JSR-R

Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, K. Dziwiątkowska wersja dla rodzica

Jak Twoje dziecko postępowało w opisanej wyżej sytuacji? Otocz kółkiem właściwą odpowiedź w każdym wierszu.

1. Zastanawiało się, jak sobie poradzić z tym problemem	zdecydowanie nie	nie	ani tak, ani nie	tak	zdecydowanie tak
2. Plakało lub złościło się, by sobie ulżyć	zdecydowanie nie	nie	ani tak, ani nie	tak	zdecydowanie tak
3. Mówiło najbliższemu koledze/koleżance, co się stało	zdecydowanie nie	nie	ani tak, ani nie	tak	zdecydowanie tak
4. Wyciągnęło z tego wnioski i nauczyło się czegoś nowego	zdecydowanie nie	nie	ani tak, ani nie	tak	zdecydowanie tak
5. Bardzo się tym przejmowało	zdecydowanie nie	nie	ani tak, ani nie	tak	zdecydowanie tak
6. Poprosiło kogoś o pomoc	zdecydowanie nie	nie	ani tak, ani nie	tak	zdecydowanie tak
7. Obmyśliło plan postępowania w tej sytuacji	zdecydowanie nie	nie	ani tak, ani nie	tak	zdecydowanie tak
8. Przypisało sobie winę za to, co się stało	zdecydowanie nie	nie	ani tak, ani nie	tak	zdecydowanie tak
9. Żaliło się innym, oczekując zrozumienia	zdecydowanie nie	nie	ani tak, ani nie	tak	zdecydowanie tak

Załącznik 8. Informacja o badaniu dla rodzica

Szanowni Państwo,

Nazywam się Kinga Dziewiątkowska-Kozłowska, jestem doktorantką Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy w dyscyplinie Pedagogika. W ramach tworzonej pracy doktorskiej prowadzę badania mające na celu ocenę możliwości zastosowania metody *Snoezelen* w oddziaływaniach terapeutycznych dla dzieci z wybranymi trudnościami funkcjonowaniu emocjonalno-poznawczym, pozostających w normie intelektualnej (11-13 lat). Uzyskane wyniki będą wykorzystane wyłącznie dla celów naukowych, służących także aspektowi praktycznemu - możliwemu rozszerzeniu oddziaływań pedagogiczno-terapeutycznych, wspierających dzieci i młodzież.

Poniżej zamieszczam informacje związane z planowanym przebiegiem/procedurą badania.

ETAP WSTĘPNY (kwalifikacyjny)

1) Spotkanie z rodzicem/rodzicami (ok. 30-45 min), w trakcie którego :

- zostanie przeprowadzony krótki wywiad, w celu zebrania podstawowych informacji dotyczących funkcjonowania dziecka;
- zostanie Pani/Pan poproszona/y o wypełnienie dwóch kwestionariuszy (dotyczących subiektywnej oceny radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez dziecko oraz subiektywnej oceny poczucia własnej skuteczności dziecka – z perspektywy rodzica);

2) Spotkanie z dzieckiem (ok. 60-90 min), w trakcie którego

- dziecko zostanie poproszone o wypełnienie czterech kwestionariuszy (dotyczących oceny radzenia sobie w sytuacjach trudnych, oceny poczucia własnej skuteczności, krótkiego testu oceniającego ogólny poziom intelektualny oraz kwestionariusza określającego poziom więzi rodzinnych).

Na tej podstawie (norm poszczególnych narzędzi względem określonego poziomu danych zmiennych) zostanie podjęta decyzja o kwalifikacji do drugiego etapu. Informację o kwalifikacji lub jej braku otrzymają Państwo maksymalnie do trzech dni od daty spotkania z dzieckiem. Kwestionariusze osób niezakwalifikowanych nie będą przechowywane i przetwarzane (zostaną zniszczone). Dla dzieci, które nie zostaną zakwalifikowane, w ramach podziękowania za chęć udziału przewidziany jest voucher podarunkowy na odbycie jednej sesji swobodnej w Sali Doświadczenia Świata „Kraina Zmysłów”, w uzgodnionym terminie.

ETAP GŁÓWNY (po pozytywnej kwalifikacji)

1) Dziecko, po pozytywnej kwalifikacji odbędzie 10 spotkań terapeutycznych w prowadzonej i kierowanej przeze mnie Sali Doświadczenia Świata „Kraina Zmysłów” w Bydgoszczy. Będą to sesje indywidualne, odbywane raz w tygodniu, o czasie trwania 45 min. Szczegółowe informacje dotyczące zajęć w Sali Doświadczenia Świata można przeczytać na mojej stronie internetowej: www.polisensoryka.bydgoszcz.pl

ETAP KOŃCOWY

Po przeprowadzeniu całości założonych spotkań terapeutycznych nastąpi kolejno:

1) spotkanie końcowe z rodzicem/rodzicami, podczas którego:

- zostanie Pani/Pan poproszona/y o wypełnienie dwóch kwestionariuszy (dotyczących subiektywnej oceny radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez dziecko oraz subiektywnej oceny poczucia własnej skuteczności dziecka – z perspektywy rodzica), a także ankiety ewaluacyjnej;

2) spotkanie końcowe dzieckiem, podczas którego:

- dziecko zostanie poproszone o wypełnienie dwóch kwestionariuszy (dotyczących oceny radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz oceny poczucia własnej skuteczności) oraz ankiety ewaluacyjnej.

Kwestionariusze i zebrane w nich informacje będą przechowywane z najwyższą dbałością o poufność informacji. Będę osobą odpowiedzialną za przechowywanie i odpowiednie zabezpieczenie Państwa danych. Pani/Pana, jak również dziecka imię i nazwisko niebędzie używane do analizy czy upubliczniania wyników w związku z tym badaniem. Udział w badaniu jest dobrowolny, możliwa jest rezygnacja z udziału na każdym etapie jego trwania, następująca na prośbę ustną bądź pisemną. Badanie jest anonimowe, uniemożliwiające identyfikację uczestników. W każdej chwili Pani/Pan, jak również dziecko, może przerwać badanie. Poszanowanie zdania dziecka do nieuczestniczenia w którymkolwiek z etapów badania będzie respektowane i traktowane jako brak zgody formalnej na jego kontynuację. Wartością nadrzędną prowadzonych badań jest dbałość o dobro dziecka.

Ja, (imię i nazwisko)
wyrażam pełną i świadomą zgodę na wzięcie udziału w niniejszym badaniu przeze mnie oraz moje
dziecko(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data, czytelny podpis)

Załącznik 9. Kwestionariusz wywiadu dla rodzica

KWESTIONARIUSZ WYWIADU DLA RODZICÓW

1. Płeć dziecka
.....
2. Wiek dziecka
.....
3. Wiek rodzica/ów
.....
4. Wykształcenie rodzica/ów
.....
5. Obecna sytuacja rodzinna (rodzina pełna, niepełna, rekonstruowana)
.....
6. Zdiagnozowane, orzeczone przez określone instytucje zaburzenia, deficyty, choroby przewlekłe
.....
.....
7. Opieka specjalistów (alergolog, neurolog, psychiatra, okulista, neurologopeda, psycholog itp.)
.....
.....
8. Obecność epizodu epileptycznego w przeszłości (obecność, częstotliwość, bodźce wyzwalające)
.....
9. Wykaz przyjmowanych leków na stałe (nazwa leku, dawkowanie, okres przyjmowania, skutki uboczne – jeśli występują)
.....
.....
10. Obecność nadwrażliwości/podwrażliwości sensorycznych, bodźce trudne dla dziecka
.....
.....
11. Obserwowane inne trudności, deficyty, zachowania trudne
.....
.....
12. Krótki opis historii pacjenta:
- podstawowe informacje dotyczące rozwoju ciąży/okresu okołoporodowego
(przebieg ciąży: prawidłowy, nieprawidłowy – jakie nieprawidłowości jeśli obecne; rodzaj porodu;
ilość punktów uzyskanych w skali Apgar; zakłócenia; powikłania; trudności)
.....
.....
.....

- prawidłowości/nieprawidłowości rozwoju ruchowego (rozwój zgodnie/niezgodnie z normami rozwojowymi; opóźnienia, deficyty, stwierdzone wady rozwojowe)

.....
.....
.....

- prawidłowości/nieprawidłowości rozwoju mowy (zgodnie/niezgodnie z normami rozwojowymi; opóźnienia, deficyty, stwierdzone wady wymowy)

.....
.....
.....

- prawidłowości/nieprawidłowości rozwoju emocjonalno-społecznego (zgodnie/niezgodnie z normami rozwojowymi; opóźnienia, deficyty)

.....
.....
.....

- prowadzone terapie dziecka (rodzaj terapii, czas trwania, efekty pozytywne/negatywne)

.....
.....
.....

- urazy, wypadki, hospitalizacje ogólne (ilość, czas trwania, przyczyna hospitalizacji)

- hospitalizacje psychiatryczne (ilość, czas trwania, przyczyna hospitalizacji)

.....

13. Zasoby osobiste:

- ocena poczucia własnej skuteczności dziecka (skala Likerta 1-5)

.....

- ocena umiejętności radzenia sobie ze stresem przez dziecko (skala Likerta 1-5)

.....

- zainteresowania, predyspozycje, mocne strony dziecka

.....

.....

.....

Załącznik 10. Ankieta ewaluacyjna dla dziecka

ANKIETA EWALUACYJNA DLA DZIECKA

Poniższa ankieta ma na celu uzyskanie ogólnej informacji zwrotnej na temat zajęć, które odbywałaś/eś w Sali Doświadczenia Świata. Proszę, ustosunkuj się szczerze do wszystkich poniższych pytań/twierdzeń. Ankieta jest anonimowa.

PŁEĆ WIEK

1. Czy zauważyłaś/eś u siebie pozytywne zmiany po zajęciach w Sali Doświadczenia Świata?

A. Tak

B. Nie

jeśli zaznaczyłaś/eś odpowiedź Tak, wymień jakie:

.....

2. Czy zauważyłaś/eś u siebie negatywne zmiany po zajęciach w Sali Doświadczenia Świata?

A. Tak

B. Nie

jeśli zaznaczyłaś/eś odpowiedź Tak, wymień jakie:

.....

3. Oceń na poniższej skali Twój ogólny poziom zadowolenia z zajęć realizowanych w Sali Doświadczenia Świata, zakreślając wybraną cyfrę kółkiem, zgodnie z poniższą legendą:

(1 – ZDECYDOWANIE NISKI, 2 – RACZEJ NISKI, 3 – PRZECIĘTNY, 4 – WYSOKI, 5 – ZDECYDOWANIE WYSOKI)

1 2 3 4 5

4. Oceń poszczególne elementy, które dotyczą Twojego samopoczucia, wrażeń i doświadczeń dotyczących Sali Doświadczenia Świata, przypisując każdej z kategorii jedną cyfrę (od 1 do 5), zgodnie z poniższą legendą:

Atrakcyjność miejsca zajęć	TWOJA OCENA
Oceń czy Sala Doświadczenia Świata jest dla Ciebie miejscem atrakcyjnym 1 – zdecydowanie nie; 2 – raczej nie; 3 – trudno powiedzieć; 4 – raczej tak; 5 – zdecydowanie tak	

Poczucie bezpieczeństwa w czasie zajęć	TWOJA OCENA
Oceń czy czułeś się bezpiecznie w Sali Doświadczania Świata: 1 – zdecydowanie nie; 2 – raczej nie; 3 – trudno powiedzieć; 4 – raczej tak; 5 – zdecydowanie tak	
Twój relaks w czasie zajęć	TWOJA OCENA
Oceń czy czułeś się zrelaksowany w Sali Doświadczania Świata: 1 – zdecydowanie nie; 2 – raczej nie; 3 – trudno powiedzieć; 4 – raczej tak; 5 – zdecydowanie tak	
Tvoja aktywność w czasie zajęć	TWOJA OCENA
Oceń czy Sala Doświadczania Świata zachęcała Cię do podejmowania różnych aktywności 1 – zdecydowanie nie; 2 – raczej nie; 3 – trudno powiedzieć; 4 – raczej tak; 5 – zdecydowanie tak	
Twoje samopoczucie w czasie zajęć	TWOJA OCENA
Oceń czy czułeś się dobrze i komfortowo w Sali Doświadczania Świata: 1 – zdecydowanie nie; 2 – raczej nie; 3 – trudno powiedzieć; 4 – raczej tak; 5 – zdecydowanie tak	

DZIĘKUJĘ ZA UDZIAŁ W ANKIECIE!

Załącznik 11. Ankieta ewaluacyjna dla rodzica

ANKIETA EWALUACYJNA DLA RODZICA

Szanowna Pani/Szanowny Panie

Poniższa ankieta ma na celu uzyskanie ogólnej informacji zwrotnej na temat prowadzonego dla Pani/Pana dziecka oddziaływania terapeutycznego w Sali Doświadczania Świata. Uprzejmie proszę o szczerze ustosunkowanie się do wszystkich poniższych pytań/twierdzeń.

PŁEĆ DZIECKA WIEK DZIECKA

1. Czy zauważyłaś/eś pozytywne zmiany dla Twojego dziecka po zajęciach terapeutycznych w Sali Doświadczania Świata?

A. Tak

B. Nie

jeśli zaznaczyłaś/eś odpowiedź Tak, wymień jakie:
.....

2. Czy zauważyłaś/eś negatywne zmiany dla Twojego dziecka po zajęciach terapeutycznych w Sali Doświadczania Świata?

A. Tak

B. Nie

jeśli zaznaczyłaś/eś odpowiedź Tak, wymień jakie:
.....

3. Oceń na poniższej skali ogólny poziom poczucia własnej skuteczności* Twojego dziecka, zakreślając wybraną cyfrę kółkiem, zgodnie z poniższą legendą:

(1 – ZDECYDOWANIE NISKI, 2 – RACZEJ NISKI, 3 – PRZECIĘTNY, 4 – WYSOKI, 5 – ZDECYDOWANIE WYSOKI)

1 2 3 4 5

4. Oceń na poniższej skali ogólny poziom umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresujących przez Twoje dziecko, zakreślając wybraną cyfrę kółkiem, zgodnie z poniższą legendą:

(1 – ZDECYDOWANIE NISKI, 2 – RACZEJ NISKI, 3 – PRZECIĘTNY, 4 – WYSOKI, 5 – ZDECYDOWANIE WYSOKI)

1 2 3 4 5

DZIĘKUJĘ ZA UDZIAŁ W ANKIECIE!

*Poczucie własnej skuteczności - przekonanie, wiara we własne zdolności do organizacji i wdrożenia w zakres aktywności takich działań, które staną się niezbędne w procesie radzenia sobie z przyszłymi doświadczanymi sytuacjami

Załącznik 12. Umowa z Pracownią Testów Psychologicznych

UMOWA

zawarta w Warszawie, w dniu 7 kwietnia 2022, pomiędzy:

1. **Pracownią Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie 00-762, ul. Belwederska 6A, zwaną dalej Licencjodawcą, reprezentowaną przez Aleksandrę Jaworowską – prezesa Zarządu i Joannę Stańczak – członka Zarządu
a
2. **Uniwersytetem Kazimierza Wielkiego** z siedzibą w Bydgoszczy 85-064, ul. Chodkiewicza 30, NIP: 5542647568, zwanym dalej Licencjobiorcą reprezentowanym przez:
prof. dra hab. Jarosława Burczyka – Prorektora ds. Nauki
przy kontrasygnacie mgr Renaty Stefaniak – Kwestora

§ 1.

Przedmiotem niniejszej umowy jest określenie zasad i warunków udzielenia Licencjobiorcy przez Licencjodawcę licencji na korzystanie ze zmodyfikowanej *Skali Kompetencji Osobistej*, autorstwa Zygryda Juczyńskiego („KompOs”) i zmodyfikowanego kwestionariusza *Jak Sobie Radzisz?* („JSR”), autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik i Zygryda Juczyńskiego oraz ze *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności* autorstwa R. Schwarzera, M. Jerusalema i Z. Juczyńskiego („GSES”).

§ 2.

1. Licencjodawca oświadcza i zapewnia Licencjobiorcę, iż posiada prawa pozwalające jej na dysponowanie KompOs, JSR i GSES w zakresie wynikającym z niniejszej Umowy.
2. Licencjobiorca zobowiązuje się do korzystania z KompOs, JSR i GSES w zakresie objętym niniejszą Umową oraz z uwzględnieniem charakteru i przeznaczenia KompOs, JSR i GSES. W szczególności Licencjobiorca zobowiązuje się do ochrony KompOs, JSR i GSES, zgodnie ze *Standardami dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice* (GWP, 2005) oraz *Wytycznymi Międzynarodowej Komisji ds. Testów* (<http://www.practest.com.pl/wytyczne-miedzynarodowej-komisji-ds-testow-itc>), w tym do właściwego zabezpieczenia dostępu do KompOs, JSR i GSES osobom niepowołanym.

§ 3.

1. Na podstawie niniejszej Umowy Licencjodawca udziela Licencjobiorcy licencji na przygotowanie komputerowej wersji KompOs, JSR i GSES z wykorzystaniem platformy docs.google.com oraz wykonanie, przy pomocy tej komputerowej wersji, badań w ramach pracy doktorskiej Kingi Dziewiątkowskiej-Kozłowskiej pt. *„Sala Doświadczenia Świata (Snoezelen) jako wspomagające oddziaływanie terapeutyczne dla dzieci z wybranymi trudnościami w funkcjonowaniu emocjonalno-poznawczym”*, realizowanej na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy pod kierunkiem prof. dr hab. Romana Lepperta. Licencja ta ogranicza liczbę przeprowadzonych badań w ramach wymienionego wyżej projektu do **200 osób badanych**. Uzyskanie licencji na podstawie niniejszej Umowy w żadnym wypadku nie upoważnia Licencjobiorcy do sprzedaży, najmu, użyczenia lub udostępniania KompOs, JSR i GSES w jakikolwiek inny sposób, odpłatnie lub nieodpłatnie, osobom trzecim.

2. Przed rozpoczęciem badań Licencjobiorca zobowiązuje się do udostępnienia Pracowni stworzonej wersji komputerowej KompOs, JSR i GSES w celu sprawdzenia zastosowanych zabezpieczeń oraz poprawności zaimplementowanych treści oraz do wprowadzenia sugerowanych przez Pracownię zmian.
3. Licencja wynikająca z niniejszej Umowy wygasa po zakończeniu badań przy wykorzystaniu komputerowej wersji KompOs, JSR i GSES, o których mowa w ust. 1 powyżej, jednak nie później niż **30.12.2022 roku**. Po wygaśnięciu umowy Licencjobiorca zobowiązuje się do trwałego usunięcia stworzonej komputerowej wersji KompOs, JSR i GSES ze wszystkich aplikacji.

§ 4.

1. Za udzielenie licencji, o której mowa w niniejszej Umowie, Licencjobiorca uiszcza na rzecz Licencjodawcy wynagrodzenie w wysokości ustalonej w załączniku do niniejszej Umowy.
2. Wynagrodzenie będzie płatne w terminie 14 dni od dnia wystawienia faktury VAT przez Pracownię, przelewem, na rachunek bankowy Licencjodawcy wskazany na fakturze VAT.
3. Za dzień dokonania płatności Strony zgodnie przyjmują dzień uznania rachunku bankowego Licencjodawcy.

§ 5.

Każda ze Stron może rozwiązać niniejszą Umowę ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku naruszenia przez drugą ze Stron obowiązków, o których mowa w niniejszej Umowie i nie zaprzestania naruszeń lub nieusunięcia skutków naruszeń w terminie 10 dni od dnia otrzymania wezwania.

§ 6.

Wszelkie postanowienia niniejszej Umowy objęte są ścisłą tajemnicą przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Treść niniejszej Umowy nie może zostać ujawniona jakimkolwiek osobom trzecim bez zgody zainteresowanych Stron.

§ 7.

1. Gdyby którekolwiek postanowienie niniejszej Umowy stało się nieważne, fakt ten nie wpłynie na moc wiążącą pozostałej części niniejszej Umowy. W takim wypadku Strony dojdą do porozumienia w sprawie zapisu, który stracił swą moc, z zachowaniem kontekstu i funkcji, jaki pełnił on pierwotnie.
2. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Integralną część niniejszej Umowy stanowią wymienione w niej załączniki.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Licencjodawca

Licencjobiorca

SPRAWDZONO POD WZGLĘDEM
FORMALNO-PRAWNYM
mgr Renata Stefaniak

PROREKTOR
ds. Nauki
Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
prof. dr hab. Jarosław Burczyk
Kontasygnata finansowa
KWASZTOR
mgr Renata Stefaniak

ZAŁĄCZNIK A

Wysokość honorarium do uiszczenia przez Licencjobiorcę na rzecz Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego sp. z o.o. zgodnie z § 4 niniejszej Umowy ustala się na:

1. 162,36 zł (słownie: sto sześćdziesiąt dwa zł 36/100) brutto za KompOs,
2. 162,36 zł (słownie: sto sześćdziesiąt dwa zł 36/100) brutto za JSR,
3. 118,08 zł (słownie: sto osiemnaście zł 08/100) brutto za GSES.

Pracownia

Licencjobiorca

PROREKTOR
ds. Nauki
Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
prof. dr hab. Jarosław Burczyk

Kontrasygna finansowa
KWIECIEŃ
mgr Renata Sufianiak

SPRAWDZONO POD WZGLĘDEM
FORMALNO PRAWNYM
radca prawny Paweł Januszewski

Załącznik 13. Decyzja Komisji Etyki ds. Badań Naukowych

Bydgoszcz 13. lipca 2022 r.

Komisja Etyki ds. Badań Naukowych
Wydział Pedagogiki
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Nr sprawy: 9 / 2022

Mgr Kinga Dziewiątkowska-Kozłowska
(*imię i nazwisko*)
Doktorantka Szkoły Doktorskiej UKW
(promotor prof. dr hab. Roman Leppert)
(*numer albumu, kierunek studiów*)

Decyzja

Komisja ds. Etyki Badań Naukowych Wydziału Pedagogiki UKW, po rozpatrzeniu w trybie stacjonarnym wniosku mgr Kingi Dziewiątkowskiej-Kozłowskiej o wydanie opinii w związku z prowadzonymi badaniami z udziałem ludzi na temat „Sala Doświadczenia Świata (*Snoezelen*) jako wspomagające oddziaływanie terapeutyczne dla dzieci z wybranymi trudnościami w funkcjonowaniu emocjonalno-poznawczym”.

postanawia

wydać opinię pozytywną

Uzasadnienie

Mgr Kinga Dziewiątkowska-Kozłowska skierowała prośbę do Komisji ds. Etyki Badań Naukowych na Wydziale Pedagogiki UKW o wydanie opinii w sprawie realizowanego przez siebie projektu badawczego z udziałem ludzi. Opis przedmiotu badań oraz wskazanie narzędzi przewidzianych do ich przeprowadzenia uzyskało aprobatę ze strony Komisji. W związku z tym Komisja wydała decyzję jak powyżej.

Komisja zdecydowała się dołączyć do niniejszej decyzji jedną uwagę, którą Autorka powinna uwzględnić przystępując do realizacji badań.

Komisja zdecydowała się dołączyć do niniejszej decyzji jedną uwagę, którą Autorka powinna uwzględnić przystępując do realizacji badań.

Uwaga:

W załączniku zatytułowanym „Szczegółowe informacje o badaniach” Autorka pisze:

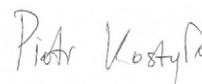
„W pierwszej kolejności rodzice małoletnich pacjentów zostaną poproszeni o zgodę na udział w badaniu, po uprzednim zapoznaniu ze szczegółowymi informacjami dotyczącymi ich przebiegu” (s. 12).

A następnie dodaje (mając na myśli przebadane wstępnie dzieci): .

„Na tej podstawie (norm poszczególnych narzędzi względem określonego poziomu danych zmiennych) zostanie podjęta decyzja o kwalifikacji do badań” (s. 12).

Komisja zwraca uwagę, że zarówno w przypadku rodziców, jak i dzieci obowiązuje zasada dobrowolności uczestniczenia w badaniach, a także zasada możliwości wycofania się z badań w trakcie ich trwania. Autorka musi poinformować o tych zasadach i rodziców, i dzieci. Jest to szczególnie ważne, gdyż Autorka jest właścicielką pomieszczenia o nazwie Sala Doświadczenia Świata, w którym badania będą prowadzone. Autorka musi pamiętać, że nie może uzależniać prowadzenia terapii w Sali Doświadczenia Świata od wyrażenia zgody przez rodziców i dzieci na udział w badaniach.

Przewodniczący Komisji ds. Etyki Badań Naukowych



Prof. dr hab. Piotr Kostyło

Załącznik 14. Charakterystyka kompetencji osoby prowadzącej badania

Kinga Dziewiątkowska – psycholog dzieci i młodzieży, psychotraumatolog, pedagog przedszkolny i wczesnoszkolny. Certyfikowany Międzynarodowy Specjalista Snoezelen oraz Snoezelen Teacher ISNA-MSE (certyfikacje uzyskane z ramienia twórcy metody Snoezelen – Ada Verheula). Socjoterapeuta, profilaktyk społeczny, specjalista wczesnego wspomagania rozwoju, terapeuta pracujący w nurcie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, trener umiejętności psychospołecznych oraz terapeuta pedagogiczny.

Posiada 15-letnie doświadczenie zawodowe obejmujące pracę indywidualną (poradnictwo, profilaktykę, diagnozę i terapię) oraz grupową (prowadzenie grup wsparcia, szkoleń i warsztatów). Współpracowała z licznymi instytucjami, m.in. centrami medycznymi, ośrodkami terapeutycznymi, placówkami edukacyjnymi oraz stowarzyszeniami. Autorka artykułów naukowych i popularnonaukowych oraz książki terapeutycznej dla dzieci *„Jesteś wyjątkowy i kropka”*, łączącej perspektywę sensorycznego, wielozmysłowego doświadczania świata z problematyką poczucia własnej wartości i dostrzegania własnych zasobów. Od ponad 10 lat prowadzi Gabinet Psychologiczno-Pedagogiczny zorientowany na kompleksową pomoc terapeutyczną dzieciom i młodzieży.

Założycielka pierwszej w województwie kujawsko-pomorskim terapeutycznej Sali Doświadczania Świata „Kraina Zmysłów”, certyfikowanej przez międzynarodowych specjalistów Snoezelen. Członek Polskiego Towarzystwa Terapeutycznego oraz ISNA-MSE. Współpracuje ze specjalistami Snoezelen z Włoch i Stanów Zjednoczonych.

Uzupełniające informacje dotyczące ścieżki kształcenia oraz uzyskanych kwalifikacji i certyfikacji osoby prowadzącej badania dostępne są na stronach internetowych:

www.psycholog-pedagog.pl

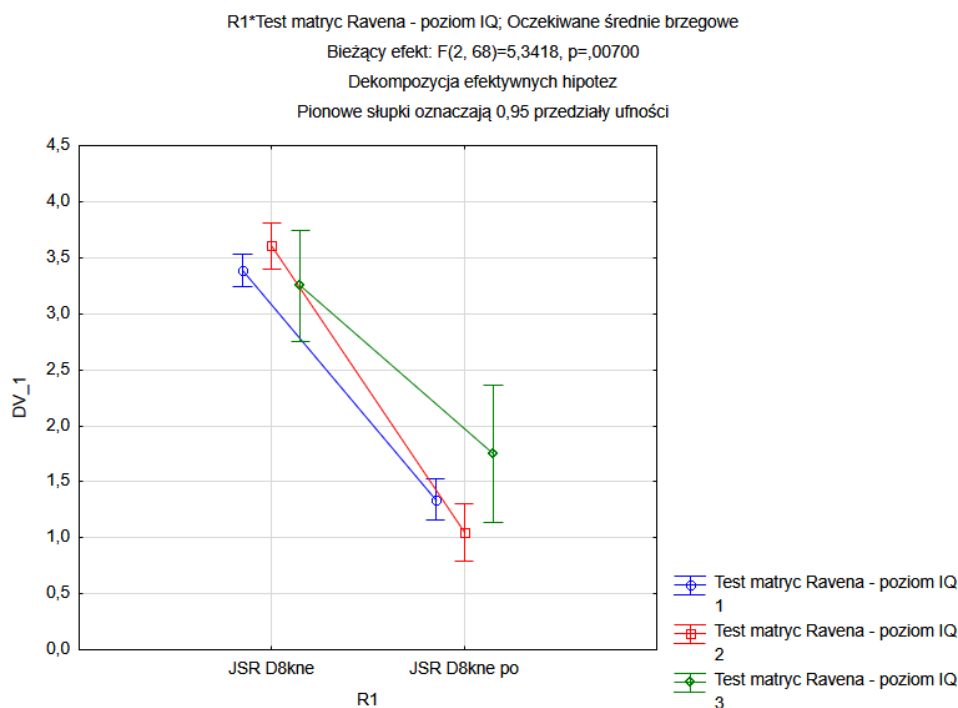
www.polisensoryka.bydgoszcz.pl

Załącznik 15. Oświadczenie o stosowaniu AI

W prezentowanej pracy korzystano z AI (niski stopień ingerencji) w zakresie:

1. Opracowania graficznego rycin 75-79 oraz 100;
 2. Porządkowania i syntetyzacji na podstawie treści rozprawy (przygotowanej samodzielnie), bez generowania nowych treści merytorycznych, wyników czy wniosków.
- W niniejszym zakresie wykorzystano ChatGPT.

ZAŁĄCZNIK A. Analiza znaczenia wieku i poziomu intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie wyników itemów JSR przed i po oddziaływaniu Snoezelen



Rycina A1. Znaczenie poziomu intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie przejawu dyspozycyjnej koncentracji na emocjach (JSR A8) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

Test matryc Ravena poziom:

1 = przeciętny,

2 = powyżej przeciętnej,

3 = wybitny,

JSR D8kne – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR D8kne po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A5,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

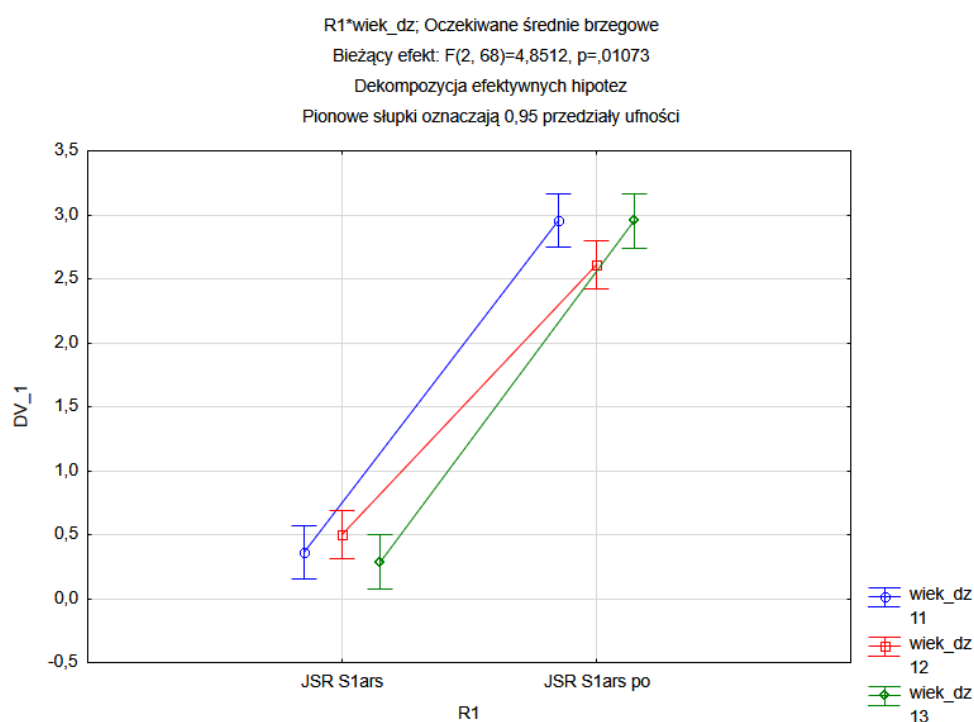
Tabela A1. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup funkcjonowania intelektualnego – porównania przejawu dyspozycyjnej koncentracji na emocjach (JSR A8) dzieci przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wynik IQ	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	Przeciętny	Przed		<0,001	0,755	<0,001	0,999	<0,001
2	Przeciętny	Po	<0,001		<0,001	0,459	<0,001	0,905
3	Powyżej przeciętnej	Przed	0,755	<0,001		<0,001	0,944	<0,001

4	Powyżej przeciętnej	Po	<0,001	0,459	<0,001	<0,001	0,471
5	Wybitny	Przed	0,999	<0,001	0,944	<0,001	0,002
6	Wybitny	Po	<0,001	0,905	<0,001	0,471	0,002

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.



Rycina A2. Znaczenie wieku dzieci dla zmian w zakresie przejawu sytuacyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR B1) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

wiek_dz = wiek dziecka,

JSR S1ars – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR S1ars po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A3,

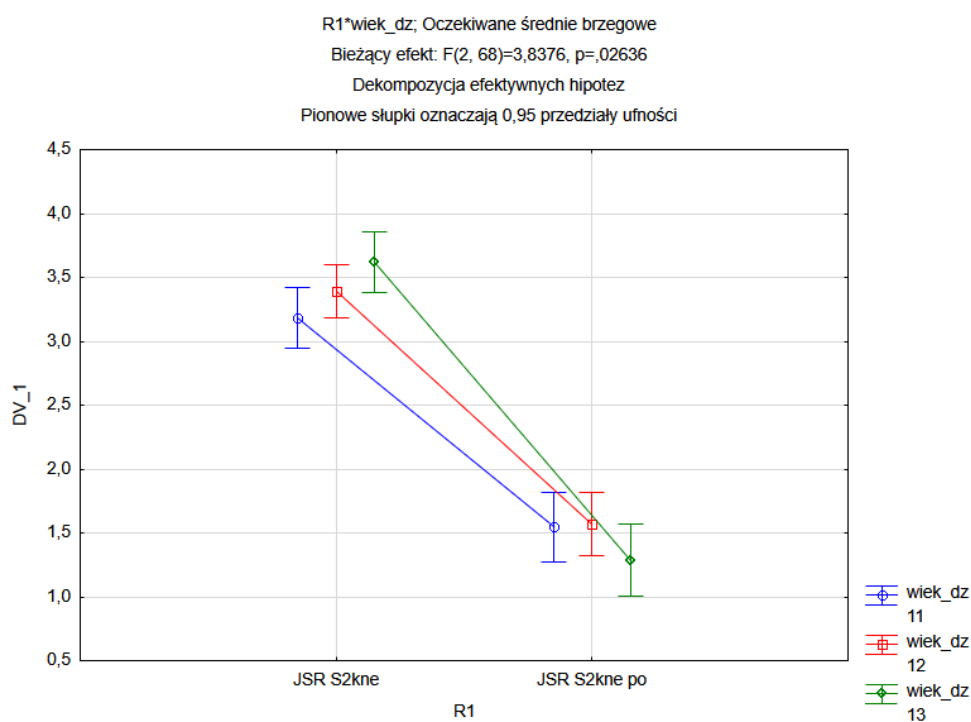
R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Tabela A2. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup wiekowych – porównania przejawu sytuacyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR B1) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wiek	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	11	Przed		<0,001	0,942	<0,001	0,996	<0,001
2	11	Po	<0,001		<0,001	0,178	<0,001	1,000
3	12	Przed	0,942	<0,001		<0,001	0,721	<0,001
4	12	Po	<0,001	0,178	<0,001		<0,001	0,205
5	13	Przed	0,996	<0,001	0,721	<0,001		<0,001
6	13	Po	<0,001	1,000	<0,001	0,205	<0,001	

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.



Rycina A3. Znaczenie wieku dzieci dla zmian w zakresie przejawu sytuacyjnej koncentracji na emocjach (JSR B2) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

wiek_dz = wiek dziecka,

JSR S2kne – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR S2kne po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A3,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Tabela A3. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup wiekowych – porównania przejawu sytuacyjnej koncentracji na emocjach (JSR B2) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

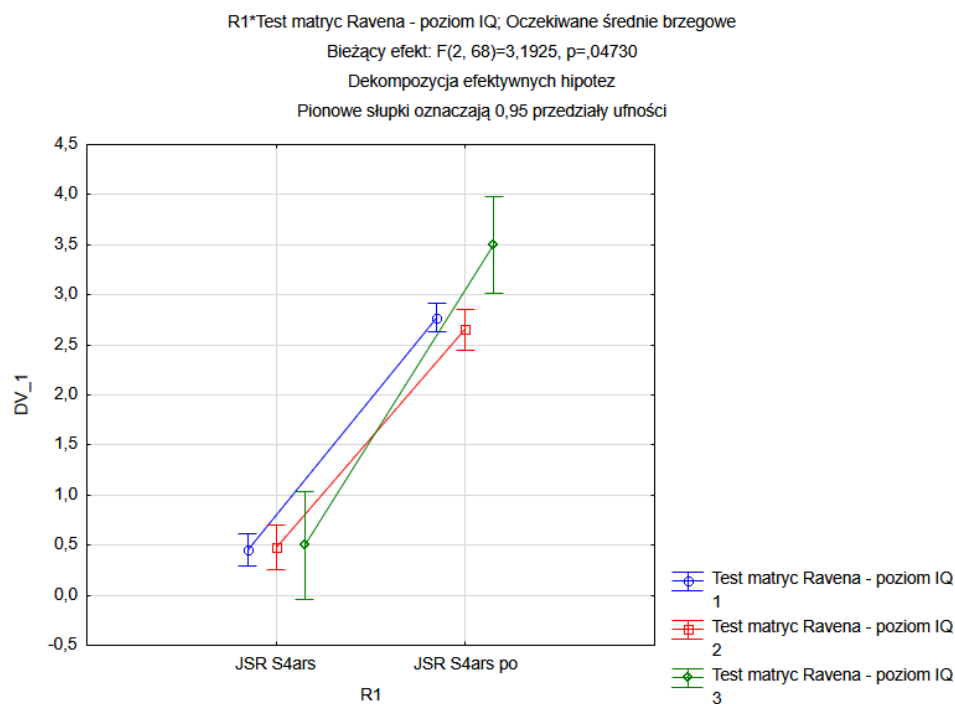
Grupa	Wiek	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	11	Przed		<0,001	0,856	<0,001	0,175	<0,001
2	11	Po	<0,001		<0,001	1,000	<0,001	0,730
3	12	Przed	0,856	<0,001		<0,001	0,830	<0,001
4	12	Po	<0,001	1,000	<0,001		<0,001	0,642
5	13	Przed	0,175	<0,001	0,830	<0,001		<0,001
6	13	Po	<0,001	0,730	<0,001	0,642	<0,001	

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.

Rycina A4. Znaczenie poziomu funkcjonowania intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie przejawu sytuacyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR B4) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda: Test matryc Ravena poziom:



1 = przeciętny,

2 = powyżej przeciętnej,

3 = wybitny,

JSR S4ars – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR S4ars po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A3,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

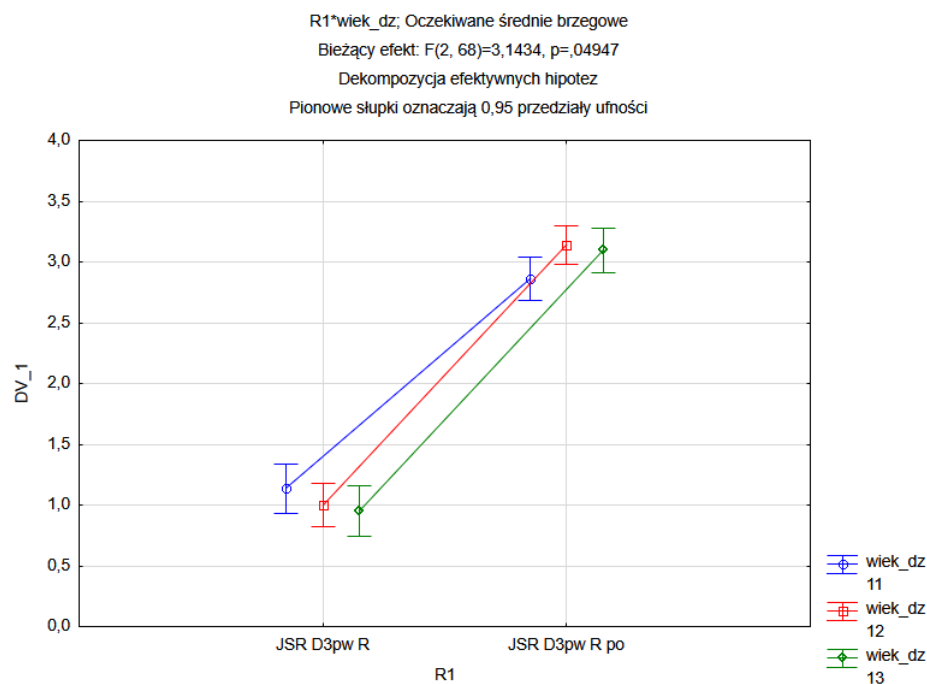
Tabela A4. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup poziomu funkcjonowania intelektualnego – porównania przejawu sytuacyjnego aktywnego radzenia sobie (JSR B4) dziecka przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wiek	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	Przeciętny	Przed		<0,001	1,000	<0,001	1,000	<0,001
2	Przeciętny	Po	<0,001		<0,001	0,968	<0,001	0,336
3	Powyżej przeciętnej	Przed	1,000	<0,001		<0,001	1,000	<0,001
4	Powyżej przeciętnej	Po	<0,001	0,968	<0,001		<0,001	0,177
5	Wybitny	Przed	1,000	<0,001	1,000	<0,001		<0,001
6	Wybitny	Po	<0,001	0,336	<0,001	0,177	<0,001	

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.

ZAŁĄCZNIK B. Analiza znaczenia wieku i poziomu intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie wyników rodziców dla itemów JSR przed i po oddziaływaniu Snoezelen



Rycina B1. Znaczenie wieku dzieci dla zmian w zakresie przejawu dyspozycyjnego poszukiwania wsparcia (JSR A3) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

wiek_dz = wiek dziecka,

JSR D3pw R – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR D3pw R po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu JSR A3,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

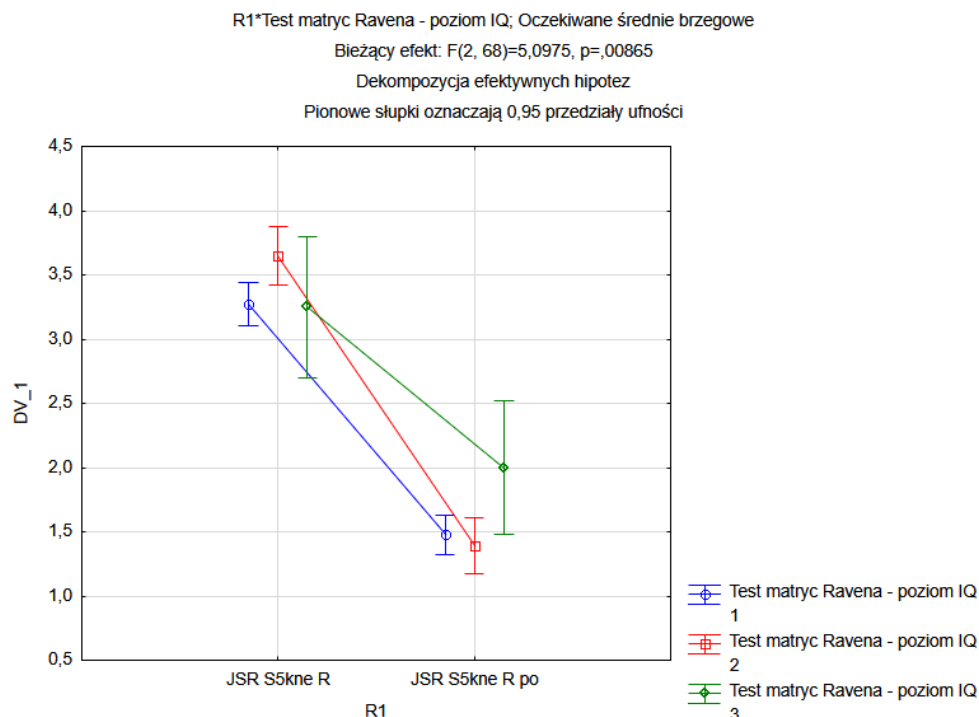
Tabela B1. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup wiekowych – porównania przejawu dyspozycyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R A3) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wiek	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	11	Przed		<0,001	0,92	<0,001	0,77	<0,001
2	11	Po	<0,001		<0,001	0,31	<0,001	0,55
3	12	Przed	0,92	<0,001		<0,001	1,00	<0,001
4	12	Po	<0,001	0,31	<0,001		<0,001	1,00
5	13	Przed	0,77	<0,001	1,00	<0,001		<0,001

6	13	Po	<0,001	0,55	<0,001	1,00	<0,001
---	----	----	--------	------	--------	------	--------

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.



Rycina B2. Znaczenie poziomu funkcjonowania intelektualnego dzieci dla zmian w zakresie przejawu stosowania strategii sytuacyjnej koncentracji na emocjach (JSR-R 5B) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

Test matryc Ravena poziom:

1 = przeciętny,

2 = powyżej przeciętnej,

3 = wybitny,

KompOs B3 R – ocena rodzica przed oddziaływaniem Snoezelen,

KompOs B3 R po – ocena rodzica po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu B5,

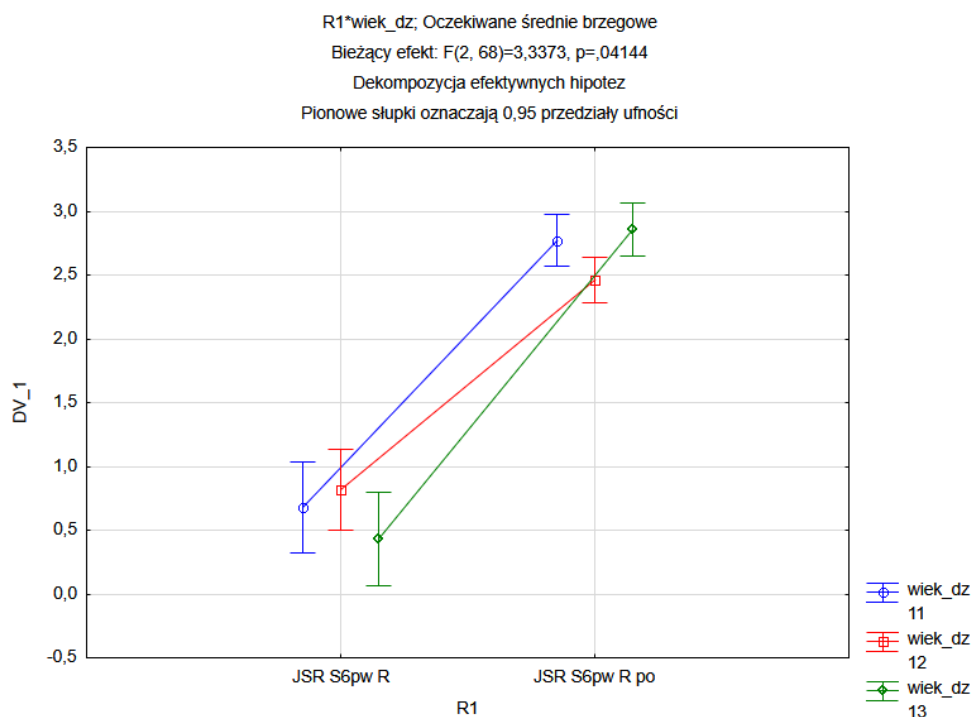
R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Tabela B2. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup wiekowych – porównania przejawu stosowania strategii sytuacyjnej koncentracji na emocjach (JSR-R 5B) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wynik testu	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
	Matryc							
	Ravena							
1	Przeciętny	Przed		<0,001	0,16	<0,001	1,00	<0,001
2	Przeciętny	Po	<0,001		<0,001	0,31	<0,001	0,74
3	Powyżej przeciętnej	Przed	0,16	<0,001		<0,001	0,90	<0,001
4	Powyżej przeciętnej	Po	<0,001	0,99	<0,001		<0,001	0,60
5	Wybitny	Przed	1,00	<0,001	0,90	<0,001		<0,001
6	Wybitny	Po	<0,001	0,74	<0,001	1,00	<0,001	

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.



Rycina B3. Znaczenie wieku dzieci dla zmian w zakresie przejawu sytuacyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R B6) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

wiek_dz = wiek dziecka,

JSR S6pw – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR S6pw po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A3,

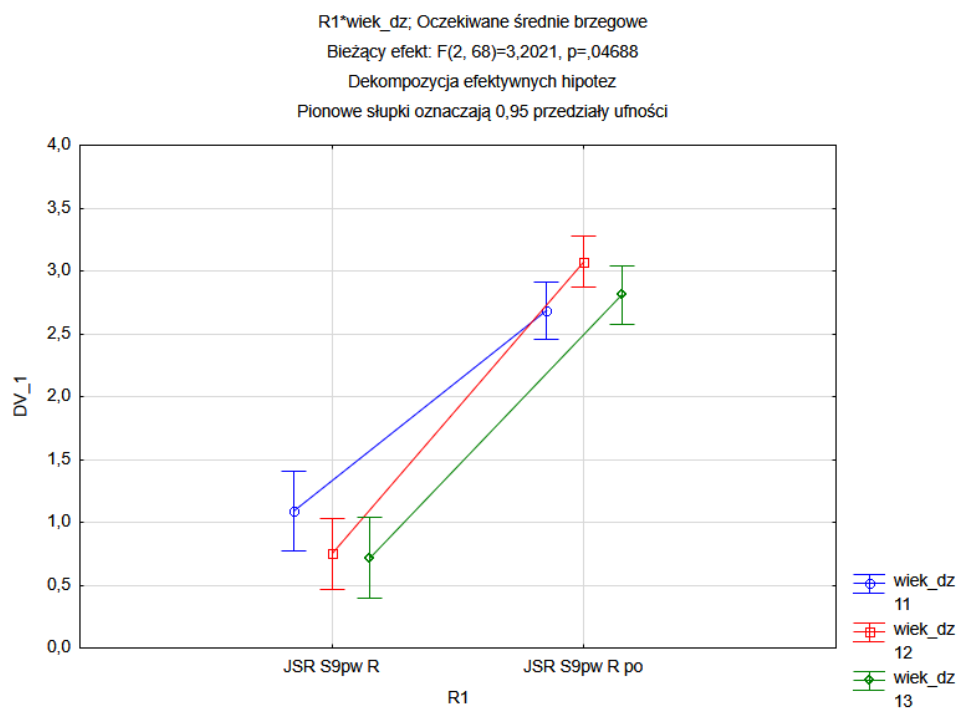
R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Tabela B3. Wyniki testu Tuckeya (wartości *p*) dla różnych licznosci podgrup wiekowych – porównania przejawu sytuacyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R B6) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wiek	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	11	Przed		<0,001	0,98	<0,001	0,84	<0,001
2	11	Po	<0,001		<0,001	0,67	<0,001	1,00
3	12	Przed	0,98	<0,001		<0,001	0,42	<0,001
4	12	Po	<0,001	0,67	<0,001		<0,001	0,42
5	13	Przed	0,83	<0,001	0,42	<0,001		<0,001
6	13	Po	<0,001	1,00	<0,001	0,42	<0,001	

Legenda:

Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.



Rycina B4. Znaczenie wieku dzieci dla zmian w zakresie przejawu sytuacyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R B9) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Legenda:

wiek_dz = wiek dziecka,

JSR S9pw – przed oddziaływaniem Snoezelen,

JSR S9pw po – po oddziaływaniu Snoezelen,

DV_1 = średni wynik ogólny dla itemu A3,

R1 = efekt oddziaływania Snoezelen

Tabela B4. Wyniki testu Tuckeya (wartości p) dla różnych licznosci podgrup wiekowych – porównania przejawu sytuacyjnego poszukiwania wsparcia (JSR-R B9) dziecka w ocenie rodzica przed i po oddziaływaniu Snoezelen

Grupa	Wiek	Snoezelen	1	2	3	4	5	6
1	11	Przed		<0,001	0,98	<0,001	0,41	<0,001
2	11	Po	<0,001		<0,001	0,50	<0,001	0,99
3	12	Przed	0,50	<0,001		<0,001	1,00	<0,001
4	12	Po	<0,001	0,35	<0,001		<0,001	0,78
5	13	Przed	0,41	<0,001	0,42	<0,001		<0,001
6	13	Po	<0,001	0,99	<0,001	1,00	<0,001	

Legenda: Wynik poniżej 0,05 oznacza istotną różnicę pomiędzy podgrupami wieku.

ZAŁĄCZNIK C. Analiza różnic w pomiarach przed i po oddziaływaniu *Snoezelen*

W celu weryfikacji modelu badawczego, uwzględniając niewystarczającą rzetelność pomiaru większości skal zastosowanych narzędzi, stworzono zestaw nowych zmiennych, stanowiących bezwzględne różnice w pojedynczych pomiarach zmiennych przed i po oddziaływaniu *Snoezelen* (tzw. delta). Wyniki pomiaru rzetelności zaprezentowano w tabeli C1.

Na ich podstawie przyjęto, że:

1. Do analizy włączony zostanie wynik średni delta narzędzia KompOs po usunięciu dwóch pozycji (B2 i B5), co pozwala na uzyskanie wartości alfa Cronbacha 0,73 – wskazującej na wystarczającą rzetelność różnic w pomiarze narzędziem.
2. Do analizy zostanie włączony wynik średni delta narzędzia JSR po usunięciu siedmiu pozycji (A9, B9, A6, B6, A4, B5 i A5), przy świadomości ograniczeń związanych z tym, że uzyskana wartość alfa Cronbacha 0,64 wskazuje na obniżoną rzetelność różnic pomiarów narzędziem. Tym samym dalsze wyniki należy traktować z ostrożnością.

Tabela C1. Rzetelność pomiaru przy wykorzystaniu bezwzględnych różnic w wartościach zmiennych przed i po oddziaływaniu *Snoezelen*

Skala	α Cronbacha dla Δ	Pozycje obniżające rzetelność pomiaru	Po usunięciu pozycji obniżających rzetelność pomiaru
KompOs A	0,72	A1	0,72
KompOs B	0,46	B3	0,5
KompOs wynik ogólny	0,67	B5	0,69
KompOs po usunięciu B5	0,69	B2	0,7
KompOs po usunięciu B5 i B2	0,7	B6	0,73
JSR Dyspozycyjne aktywne radzenie sobie	0,31	brak	
JSR Dyspozycyjna koncentracja na emocjach	0,008	A2; A5	0,28; 0,24 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR Dyspozycyjne poszukiwanie wsparcia	-0,16	A9	0,28 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie

			pozycji nie pozwala na pomiar
JSR Sytuacyjne aktywne radzenie sobie	0,31	B4; B7	0,36; 0,43 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR Sytuacyjna koncentracja na emocjach	0,25	B2	0,36 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR Sytuacyjne poszukiwanie wsparcia	0,15	B3	0,27 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR Dyspozycyjne + Sytuacyjne aktywne radzenie sobie	0,59	Brak	
JSR Dyspozycyjna + Sytuacyjna koncentracja na emocjach	0,52	A2	0,59
JSR Dyspozycyjna + Sytuacyjna koncentracja na emocjach po usunięciu A2	0,59	B2	0,64
JSR Dyspozycyjna + Sytuacyjna koncentracja na emocjach po usunięciu A2 i B2	0,64	Brak	
JSR Dyspozycyjne + Sytuacyjne poszukiwanie wsparcia	0,34	A3	0,39
JSR Dyspozycyjne + Sytuacyjne poszukiwanie wsparcia po usunięciu A3	0,4	B3	0,49
JSR Dyspozycyjne + Sytuacyjne poszukiwanie wsparcia po usunięciu A3 i B3	0,49	Brak	
JSR Wszystkie strategie Dyspozycyjne i Sytuacyjne	0,46	A9; B9	0,49; 0,49
JSR Wszystkie strategie Dyspozycyjne i Sytuacyjne po usunięciu A9 i B9	0,55	A6; B6	0,58; 0,57
JSR Wszystkie strategie Dyspozycyjne i Sytuacyjne po usunięciu A9, B9, A6 i B6	0,6	A4; B5	0,61; 0,61
JSR Wszystkie strategie Dyspozycyjne i	0,62	A5	0,64

Sytuacyjne po usunięciu A9, B9, A6, B6, A4 i B5

JSR Wszystkie strategie Dyspozycyjne i 0,64 Brak
Sytuacyjne po usunięciu A9, B9, A6, B6, A4, B5 i A5

W celu określenia znaczenia zmiennych kontrolowanych dla różnic obserwowanych w zakresie poczucia własnej skuteczności oraz stosowania strategii radzenia sobie ze stresem skonstruowano dwa równania regresji dla obu tych zmiennych, jako predyktory przyjmując: wiek dzieci, ich płeć, system rodzinny oraz wynik w teście Matrycy Ravena. Wyniki analiz zaprezentowano odpowiednio w Tabelach C2 i C3.

Dla zmian w poczuciu własnej skuteczności istotny okazał się tylko poziom funkcjonowania intelektualnego dzieci – im wyższy, tym niższe zmiany obserwowano. Predyktory ujęte w modelu wyjaśniały zaledwie 10% zmienności w zakresie poczucia skuteczności własnej. Należy również odnotować, że średni wynik w zakresie poczucia skuteczności własnej korelował w stopniu niskim z poziomem funkcjonowania dzieci ($r = 0,25$; $p = 0,04$; korelacje nieparametryczne Spearmana). Oznacza to, że dzieci z wyższym wynikiem w zakresie testu Matrycy Ravena miały wyższy „wyjściowy” poziom poczucia własnej skuteczności niż dzieci o wynikach przeciętnych. Z kolei dla zmian w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem żadna ze zmiennych kontrolowanych nie miała znaczenia.

Tabela C2. Wyniki analizy regresji dla zmian w zakresie poczucia skuteczności własnej dzieci po oddziaływaniu *Snoezelen*

Predyktory	β^*	Błąd standardowy β^*	β	Błąd standardowy β	$t(66)$	p
Wyraz wolny			2,80	0,72	3,87	<0,001
Płeć dziecka (1 = dziewczynki, 2 = chłopcy)	-0,07	0,12	-0,05	0,09	-0,56	0,58
Wiek dziecka (11, 12 i 13 lat)	-0,11	0,12	-0,05	0,06	-0,93	0,35
Rodzina pełna (2)/niepełna (1)	-0,02	0,12	-0,02	0,09	-0,20	0,85
Wynik testu Matrycy Ravena (przeciętny, powyżej przeciętnej, wybitny)	-0,28	0,12	-0,18	0,07	-2,40	0,02

Legenda:

*standaryzowane

Dla całego modelu: $R^2 = 0,0986$; R^2 (skorygowane) = 0,0439

Tabela C3. Wyniki analizy regresji dla zmian w zakresie stosowania strategii radzenia sobie ze stresem dzieci po oddziaływaniu *Snoezelen*

Predyktory	β^*	Błąd standardowy β^*	β	Błąd standardowy β	$t(66)$	p
Wyraz wolny			2,19	0,74	2,97	<0,001
Płeć dziecka (1 = dziewczynki, 2 = chłopcy)	0,11	0,12	0,08	0,09	0,91	0,37
Wiek dziecka (11, 12 i 13 lat)	0,00	0,12	0,00	0,06	0,02	0,99
Rodzina pełna (2)/niepełna (1)	0,00	0,12	0,00	0,09	-0,03	0,97
Wynik testu Matrycy Ravena (przeciętny, powyżej przeciętnej, wybitny)	-0,06	0,12	-0,04	0,07	-0,49	0,63

Legenda:

*standaryzowane

Dla całego modelu: $R^2 = 0,0171$; R^2 (skorygowane) = brak

Analogiczny zabieg obliczania delty wykonano na danych z opinii rodziców. Nie udało się uzyskać zadowalającej rzetelności pomiaru dla ocenianych przez rodziców zmian w zakresie poczucia skuteczności dzieci, mierzonych narzędziem KompOs (zob. Tabela 22). Warto odnotować, że 12-krotnie (1%) pojedyncze przejawy poczucia skuteczności dziecka w ocenie rodzica zmniejszyły się, a 192-krotnie (22,5%) – pozostały bez zmian (na 12x72, czyli 852 pomiary). U dzieci odnotowano zmniejszenie przejawu dwukrotnie (0,2%), a brak różnic – 38 razy (4,5%).

Nie udało się uzyskać zadowalającej rzetelności pomiaru także dla ocenianych przez rodziców zmian w zakresie przejawów stosowania strategii radzenia sobie ze stresem, mierzonych narzędziem JSR (zob. Tabela C4). W tym przypadku również należy odnotować, że zmiany w zakresie pojedynczych przejawów strategii radzenia sobie ze stresem w ocenie 3 rodziców (0,2%) stanowiły spadek (w przypadku koncentracji na emocjach – wzrost), a 44 (3,4%) – brak różnic (na 18x71, czyli 1278). U dzieci odnotowano 7 spadków (0,5%) i 25 braków różnic (2%).

Tabela C4. Rzetelność pomiaru przy wykorzystaniu bezwzględnych różnic w wartościach zmiennych przed i po oddziaływaniu *Snoezelen* w ocenie rodziców

Skala	α Cronbacha dla Δ	Pozycje obniżające rzetelność pomiaru	Po usunięciu pozycji obniżających rzetelność pomiaru
KompOs-R A	0,5	A1; A2	0,56; 0,51
KompOs-R B	0,06	B3; B5	0,18; 0,24
KompOs-R wynik ogólny	0,24	A4; B2; B3; B5	0,26; 0,26; 0,38; 0,3
KompOs-R po usunięciu A4, B2, B3 i B5	0,35	A3	0,36
KompOs-R po usunięciu A3	0,36	Brak	
JSR-R Dyspozycyjne aktywne radzenie sobie	-0,22	Wszystkie	skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR-R Dyspozycyjna koncentracja na emocjach	0,15	A5; A8	0,17; 0,29 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR-R Dyspozycyjne poszukiwanie wsparcia	-0,37	A9	0,26 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR-R Sytuacyjne aktywne radzenie sobie	-0,06	B7	0,38 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR-R Sytuacyjna koncentracja na emocjach	0,18	B2	0,36 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR-R Sytuacyjne poszukiwanie wsparcia	0,33	B6; B9	0,46; 0,38 – skala zawiera trzy itemy, usunięcie pozycji nie pozwala na pomiar
JSR-R Dyspozycyjne + Sytuacyjne aktywne radzenie sobie	0,11	A4; B7	0,25; 0,25
JSR-R Dyspozycyjna + Sytuacyjna koncentracja na emocjach	0,33	B5	0,38

JSR-R	Dyspozycyjne + Sytuacyjne	0,04	A3; A9: B6	0,05; 0,36; 0,16
	poszukiwanie wsparcia			
JSR-R	Wszystkie strategie	-0,06	B6; A7; B7; B9	0,20; 0,01; 0,01; 0,03
	Dyspozycyjne i Sytuacyjne			
JSR-R	Wszystkie strategie	0,4	A9; B3	0,43; 0,48
	Dyspozycyjne i Sytuacyjne po usunięciu A9 i B3			
JSR-R	Wszystkie strategie	0,51	A4; B2	0,52; 0,52
	Dyspozycyjne i Sytuacyjne po usunięciu A9, B9, A6 i B6			
JSR-R	Wszystkie strategie	0,55	Brak	
	Dyspozycyjne i Sytuacyjne po usunięciu A4 i B2			