

Modelowanie celów postępowania terapeutycznego jako podstawa wsparcia rozwoju kompetencji komunikacyjnej

Michał Mazur

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Student na kierunku: logopedia z audiologią

STRESZCZENIE

Motywacja staje się istotnym elementem wspierającym zarówno odbudowę, budowę, jak i utrzymanie poziomu funkcjonowania kompetencji komunikacyjnej. Staje się czynnikiem bezpośrednio wpływającym na powodzenie programowanego i prowadzonego postępowania rehabilitacyjnego w zakresie czynności mownych. Istnieje bowiem ścisła zależność między kompetencją komunikacyjną a motywami kształtującymi motywację. Podstawą okazuje się zatem zasadne i trafne modelowanie celów terapii logopedycznej, ponieważ cele stają się stymulantami regulującymi zaangażowanie pacjenta. Powinny być więc tworzone w procesie współpracy dwóch równoważnych sobie na tym etapie jednostek – terapeuty i pacjenta. Przystosowanie teorii oczekiwań Vrooma oraz koncepcji S.M.A.R.T., kojarzonych z naukami o zarządzaniu, do logopedii okazuje się zasadne w kontekście formułowania celów terapeutycznych. Natomiast potrzeba ponownego przystosowania, łączenia i nowej interpretacji uznanych prawd społeczno-psychologicznych przedstawia logopedię jako naukę specyficzną i autonomiczną metodologicznie.

SŁOWA KLUCZOWE

motywacja, kompetencja komunikacyjna, cele terapeutyczne, metodologia badań logopedycznych

SUMMARY

Motivation becomes an important element supporting both the reconstruction, construction and maintenance of the communication competence level. It becomes a factor directly affecting the success of the programmed and conducted rehabilitation proceedings in the field of verbal activities. There is a close relationship between communicative competence and the motives shaping motivation. The basis, therefore, is the valid and accurate modelling of the goals of speech therapy, because the goals become stimulants that regulate the patient's involvement. Therefore, they should be created in the process of cooperation of two equivalent units – therapist and patient – at this stage. Adapting Vroom's expectancy theory of motivation and mnemonic acronym SMART to speech therapy, turns out to be justified in the context of formulating therapeutic goals. However, the need to re-adapt, combine and reinterpret accepted socio-psychological truths presents speech therapy as a specific and methodologically autonomous science.

KEY WORDS

Motivation, communication competence, therapeutic goals, methodology of speech therapy

WPROWADZENIE

Nastawienie pacjenta do słuszności prowadzonych oddziaływań w zakresie terapii funkcji językowych staje się podstawą prowadzenia postępowania terapeutycznego. Ustosunkowanie się do podjęcia określonych działań zależy głównie od wiary w odniesienie sukcesu, która wprost wpływa na motywację ku realizacji konkretnych czynności. Logopedia, traktowana jako nauka o charakterze interdyscyplinarnym, czerpie między innymi z osiągnięć dotyczących poszerzania wiedzy i umiejętności psychologicznych (Grabias, 2014). Obligatoryjne dla terapeuty stają się zatem biegła znajomość technik wsparcia psychicznego na różnych etapach pracy z pacjentem oraz umiejętne zastosowanie wdrażanych czynności rehabilitacyjnych. Wiąże się to bezpośrednio z tak zwanymi umiejętno-

ściami miękkimi, regulującymi rekonstrukcję kompetencji komunikacyjnej, zaburzonej lub niewykształconej z przyczyn rozmaitych zaburzeń funkcjonowania językowego.

MOTYWACJA JAKO CZYNNIK WSPIERAJĄCY POWODZENIE TERAPEUTYCZNE

Postępowanie terapeutyczne każdorazowo staje się ukierunkowanym procesem, zorientowanym na realizację konkretnych planów. Niezbędne okazuje się zastosowanie pewnego kompleksu bodźców, wyznaczających kierunek pracy danej jednostki. Zinternalizowane i zindywidualizowane standardy, charakteryzujące się pewną hierarchią norm i idei, które wchodzą w skład struktury zachowań człowieka, istotnie wpływają na przebieg pracy rehabilitacyjnej. Powyższe określenia zawierają się w propozycjach pojęciowo-teoretycznych definiowania motywacji (Szewczuk, 1985; Dębski, 1994). Jako zespół motywów, aby była skuteczna, wymaga ich łączenia i współdziałania. Tylko wówczas kiedy pacjent pozna motywy działań, staje się gotowy do ich podjęcia.

Obserwacje badań i pracy terapeutów prowadzą do wniosku, iż dodatkowe wsparcie pacjent uzyskuje, mając realny wpływ na budowanie swojej drogi rehabilitacyjnej oraz na kreowanie celów tego oddziaływania. Motywacja stanowi pewien zestaw motywów, który powinien być wynikiem reakcji na bodźce zarówno endo-, jak i egzogenne. Staje się układem działania, ukierunkowanego na zaspokajanie potrzeb jednostki i otoczenia (Pierścieniak, Krent i Jakiela, 2003). Wskazania na istotę wewnątrzpochodnych stymulantów prowadzą do wniosku, iż terapeuta winien poznać w procesie komunikacji oczekiwania pacjenta, jakie kierują nim podczas decyzji o podjęciu pracy nad sobą oraz zrozumieć ogólne potrzeby towarzyszące.

Organizacja sytuacji pobudzających do realizacji założonego planu, będąca jednocześnie stwarzaniem motywów (Okoń, 1996), optymalizuje i stabilizuje wprowadzone techniki terapeutyczne, co jednocześnie wpływa na ich efektywność. Progностyczne cele, regulujące cały proces rehabilitacyjny, mają prowadzić do osiągnięcia pewnych zamiarów, opanowania nakreślonych uprzednio umiejętności (Grucza, 1983). Postępowanie, prowadzące do osiągnięcia tych celów, staje się niejako „dążeniem do sukcesu”. Aby było skuteczne, zaleca się równoważne sobie korzystanie z technik i osobowości, będące kolejno odpowiednikami umiejętności twardych i miękkich, jakimi wykazać powinien się terapeuta. W logopedii za kompetencje twarde przyjmować można zestaw wiedzy specjalistycznej, umożliwiający skuteczne i trafne diagnozowanie, programowanie i prowadzenie terapii zachowań językowych. Techniki te powinny charakteryzo-

wać się dwiema podstawowymi cechami – powtarzalnością (wdrażanie techniki każdorazowo powinno przynosić określony efekt) i duplikowalnością (zastosowanie techniki powinno być równie skuteczne podczas wykorzystywania jej przez różnych terapeutów). Nie mniej istotny w pracy logopedycznej okazuje się być czynnik osobowościowy, czyli miękki. Ów element stanowić ma umiejętne przyjęcie techniki i poradzenie sobie z nią (Grzesiak, 2015). W zakresie kompetencji miękkich wyróżnia się umiejętność skutecznego motywowania, co w pracy logopedycznej staje się szczególnie istotne. Przyjęcie modelu, uzasadniającego potrzebę równoważenia miękkich i twardych kompetencji w pracy z drugim człowiekiem, tłumaczy format, zasięg i zasadność motywacji we wdrażanym procesie terapeutycznym. Okazuje się, iż umiejętne bodźcowanie pacjenta różnymi stymulantami jest nie mniej ważne niż wiedza, umiejętności czy narzędzia diagnostyczno-terapeutyczne.

ZALEŻNOŚĆ MIĘDZY KOMPETENCJĄ KOMUNIKACYJNĄ A MOTYWACJĄ

Motywacja wpływa zatem bezpośrednio na funkcjonowanie językowe człowieka z zaburzeniami mowy, a co za tym idzie – na kompetencję komunikacyjną, w skład której wlicza się społeczną, sytuacyjną, pragmatyczną i stylistyczną (Grabias, 1997). Jej zaburzenia często negatywnie rzutują na procesy komunikacyjne i/lub poznawcze. Ścisły związek między zaburzeniami motywacji do mówienia (realizacji monologów lub polilogów) a zniekształceniami kompetencyjnymi odnajduje się głównie w zaburzeniach mowy z towarzyszącą logofobią, rozumianą jako uświadomiony strach przed mówieniem (odróżnianą od nieświadomego lęku) (Jastrzębowska, 1998). Zaburzenia odwagi do komunikowania potrzeb, realizowania ról społecznych, unikanie sytuacji komunikacyjnych lub nieodpowiednie reagowanie językowe w kontekście przyjętych konwencji często stają się wynikiem lub przyczyną ogólnych zaburzeń motywacyjnych (do mówienia i do pracy nad mówieniem), a każdorazowo efektem zaburzonej kompetencji komunikacyjnej. Zaburzenia motywacji do mówienia mogą wynikać właśnie ze strachu przed mówieniem. Najczęstszymi zaburzeniami mowy, w których opisyje się strach i niechęć przed mówieniem, są: jąkanie, zaburzenia mowy o etiologii neurogennej i oknologicznej, mutyzm, dyslalia u osób dorosłych. Często wypowiedania się unikają osoby, których zrozumiałość wypowiedzi w odbiorze audytywnym staje się ograniczona lub znacznie utrudniona (na przykład w wypowiedziach dyzartrycznych). Owa zrozumiałość przez R.D. Kenta zaliczana jest również jako jeden z głównych aspektów składających się na kompetencję komunikacyjną (Mirecka, 2013).

Podstawą procesów postępowania logopedycznego, zorientowanego na wsparcie funkcjonowania kompetencji komunikacyjnej (w przypadku jej budowy, odbudowy i utrzymania na określonym poziomie) staje się wsparcie motywacyjne pacjenta do pracy nad zachowaniami językowymi. Formułowanie diagnoz w logopedii i planowanie terapii zawsze opiera się na przyczynie występującego zaburzenia. Logopeda, jeśli to możliwe, samodzielnie lub przy wsparciu innych specjalistów, stara się wyeliminować przyczynę. W przebiegu zniekształceń mowy z udziałem zaburzeń motywacyjnych istotną będzie zatem eliminacja demotywacji, rezygnacji (jako przyczyny pogłębiających się zaburzeń kompetencji komunikacyjnej) z jednoczesnym stymulowaniem bodźcami ukierunkowanymi na odbudowę i nabudowę zachęt do czynnego udziału w terapii i w mówieniu.

We wspieraniu funkcjonowania kompetencji komunikacyjnej zasadne wydaje się motywowanie nastawione na rozwój. Różnicuje się je z motywacją będącą efektem pewnego niedoboru (Maslow, 1954). Mimo iż rzeczywiście zaburzenia kompetencyjne można określić mianem ubytków, terapia nadal pozostaje procesem nabudowującym kolejne umiejętności na jakiejś podstawie.

FORMUŁOWANIE CELÓW JAKO PODSTAWA BUDOWANIA MOTYWACJI PACJENTA

Świadomość prawdopodobnego wyniku prowadzonych działań i dążeń z jednoczesnym jego oczekiwaniem zwyczajowo nazywa się celem (Krzemiński, 2008; Tatariewicz, 1971). Wyznaczenie odpowiednio postawionych celów dookreśla pacjentowi efekt działań, a to wskazuje mu na zasadność stosowania proponowanych przez terapeutę technik pracy. Ujmowanie celów w opinii behawiorystów skupia się na mnożeniu ilości zachowań, które są uznawane za pozytywne i pożądane, a które jednocześnie znajdują się w możliwościach wykonawczych jednostki (Hall, 2000). Tą jednostką w terapii logopedycznej jest pacjent. Takie podejście istotnie wspiera procesy motywacyjne pacjenta, ponieważ wykorzystuje jego atuty i możliwości, korzysta z tzw. mocnych stron. Buduje to pewność siebie i pewnego rodzaju zaparcie w wykonywaniu kolejnych działań. Przewiduje się też budowanie celów w oparciu o kształtowanie nowych zachowań, co może okazywać się przydatne szczególnie w przypadku pracy z zaburzeniami językowymi ujmowanymi w ramach zaburzeń mowy wynikających z braku wykształcenia kompetencji językowej (Kozłowski, 2003).

ISTOTA WSPÓLNEGO FORMUŁOWANIA CELÓW REHABILITACJI JĘZYKOWEJ NA PODSTAWIE TEORII OCZEKIWAŃ VROOMA

Motywy, jako uświadomione przyczyny działań jednostki, według opisów psychologicznych mogą być dwojakiego pochodzenia: wewnętrznego i zewnętrznego. (Szewczuk, 1985; Okoń, 1996). Podczas wyznaczania celów terapeutycznych zasadne więc okazuje się uzyskanie wglądu w potrzeby i oczekiwania pacjenta, przekonania, z jakimi zgłasza się na terapię. Programowanie procesu rehabilitacyjnego nie może być orientowane jedynie na intencje terapeuty. Jego wiedza i doświadczenie winny być natomiast uzupełnieniem w kontekście potrzeb osoby poddanej terapii i odpowiedzią w zakresie możliwości ich zaspokojenia.

Potrzebę udziału pacjenta w modelowaniu celów terapeutycznych tłumaczy teoria oczekiwań Vrooma. Jest ona uniwersalną prawdą, tłumaczącą procesy motywacyjne człowieka, zaangażowanie w proponowane działania, kierowane na osiągnięcie celów – atrakcyjne dla niego samego. Jednostka – w tym przypadku pacjent – może realizować ustalony program na podstawie przypuszczeń, iż włożony wysiłek będzie wieńczy sukces w jego odczuciu, tym samym stanie się atrakcyjnym skutkiem (Vroom, 1963). Teoria Vrooma uwzględnia kolejno wskazane zmienne: *valence*, *instrumentality*, *expectancy*, które tłumaczyć można kolejno jako: wartościowość, instrumentalność i oczekiwania (Griffin, 1996). Wartościowość reguluje zależności między wysiłkiem a efektywnością. W pracy logopedycznej określać tym można odczuwane przez pacjenta prawdopodobieństwo, iż proponowany mu program pracy rehabilitacyjnej przyniesie efekt. Poddający się terapii musi poznać podstawy proponowanego mu programu: uwarunkowania biologiczne narządów mowy (realizacyjnych i programistyczno-poznawczych funkcji językowych), o których wiedza wykorzystywana w sposób standaryzowany pozytywnie wpływa i normalizuje zaburzone podsystemy językowe. Instrumentalność wyznacza związki między efektywnością a nagrodą. O ile efektywność prowadzonej terapii logopedycznej jest istotna dla terapeuty (określenie progresu w zakresie funkcjonowania danych podsystemów języka lub w zakresie sprawności językowych), o tyle dla pacjenta ważna będzie funkcjonalność tej efektywności. Stawiane cele muszą zatem uwzględniać potrzeby pacjenta w życiu codziennym, zawodowym, społecznym i indywidualnym. Sama terapia winna być natomiast procesem stale ujawniającym zasadność prowadzonych oddziaływań i ich funkcjonalność, czyli zauważalną możliwość rozwoju pacjenta w sytuacji głównie laboratoryjnej. Wówczas poprowadzi to do odczucia, iż wysiłek włożony w efektywność istotnie wpływa na pożądany, konkretny cel. Atrakcyjnością zatem nazwiemy przeświadczenie pacjenta o możliwości zaspokojenia

potrzeb w samodzielnym funkcjonowaniu codziennym. Jest ona zmienną określającą zależność między efektywnością pracy obserwowanej w sytuacji gabinetowej a możliwościami realizowania się poza nią – na przykład w pracy, na spacerze, w rodzinie (Wright i Cropanzano, 1997).

Stawiane cele terapeutyczne powinny uwzględniać wyżej wskazane zmienne, które określone winny zostać podczas wspólnej pracy pacjenta i terapeuty. Pacjent, jako osoba poddająca się rehabilitacji, ma swoje oczekiwania, których nie można lekceważyć. Prawidłowo zinterpretowane i wykorzystane na dalszych etapach pracy mogą stać się czynnikiem wspierającym element miękki prowadzonego postępowania. Nie bez znaczenia pozostają natomiast specjalistyczna wiedza i umiejętności terapeuty, które umożliwiają racjonalne regulowanie procesu stawiania oczekiwań dotyczących terapii.

ISTOTA KONCEPCJI S.M.A.R.T. I ZASADNOŚĆ KIEROWANIA SIĘ NIĄ PODCZAS MODELOWANIA CELÓW TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

W czasie programowania prowadzonej rehabilitacji językowej istotne staje się definiowanie elementu miękkiego, którego pełne wdrożenie niewątpliwie uwzględniać powinno trafne i świadome modelowanie celów. Aby były stawiane dobrze, muszą w swojej budowie zawierać określone cechy. Zasadna, podczas językowego tworzenia przewidywanych i oczekiwanych skutków terapii, wydaje się być stosowana w naukach o zarządzaniu przedsiębiorstwami i projektami koncepcja S.M.A.R.T. Jej ogólny i wielofunkcyjny charakter pozwala na zinterpretowanie modelu pierwotnie ekonomicznego na różnych polach i zastosowanie go do innych aktywności – w tym aktywności terapeutycznej. Cele określone przy zastosowaniu koncepcji korzystnie wpływają na podejście do realizacji zadań terapeutycznych przez pacjenta i trafne dobranie programu terapeutycznego przez logopedę. Ich ujętykowanie dodatkowo wskazuje na zobrazowanie potrzeby terapii, jej przebiegu i ewentualnych skutków. Wszak język staje się narzędziem kształtującym postrzeganie rzeczywistości i realnie wpływa na jej budowanie (Humboldt, 2001).

Koncepcja S.M.A.R.T. jest zakorzenionym w kulturze ekonomiczno-społecznej sposobem językowego przedstawienia celów i intencji, prowadzącego do zintensyfikowania poziomu prawdopodobieństwa ich skutecznej realizacji. Model staje się akronimem, wskazującym na pięć cech poprawnie sformułowanego celu. Litery wskazują kolejno na wskazane wyróżniki: sprecyzowany, mierzalny, atrakcyjny, realistyczny, terminowy (Randall i Thornton, 2001; Walczak, 2014).

Trafnie postawiony cel powinien być jednoznaczny i rzeczowy, dlatego pierwszy przymiot odnosi się do cechy określanej jako ang. *specific* i tłumaczonej jako potrzeba skonkretyzowania, czy sprecyzowania. Taki wymóg wyklucza prezentację celów uogólnionych i niejasnych w swoim charakterze. W przypadku celu dookreślonego mózg interpretuje go w różnych konfiguracjach, by kolejno wskazać najbardziej optymalne ramy działań, umożliwiających realizację celu. W czasie wspólnego przygotowywania procesu rehabilitacyjnego cele określone przez logopedę i pacjenta także powinny być przede wszystkim konkretne. Zapisanie ich w formie jasnych i zwięzłych zdań potwierdzi realizowanie się cechy w intencjach. Precyzyjność w formułowaniu celów postępowania terapeutycznego staje się ważna, ponieważ ilustruje pacjentowi czytelne efekty realizowanych działań, konkretne prognozy ukazujące punkt docelowy, co staje się bodźcem motywującym zewnętrznym, a mogącym przeistoczyć się w wewnętrzny.

Słusznie ukazany cel powinien być także po ang. *measurable*, czyli mierzalny. Już na poziomie planowania, fundamentalna okazuje się perspektywa kontrolowania progresji. Określane zamiary powinny być możliwe do ciągłego poddawania kontroli i mierzenia postępu rozwojowego (na przykład postępu rozwoju funkcji językowych). Logopedia, na obecnym poziomie zaawansowania, jest nauką proponującą korzystanie z możliwości prowadzenia rozmaitych badań kontrolnych. Kreowane cele mogłyby zatem na przykład określać w swojej formule stopień poprawności wyników określonych badań. Przykładem może być możliwość wielokrotnego badania Kartą Oceny Zachowań Komunikacyjnych dziecka z uszkodzonym słuchem (KOZK) (K. Krakowiak, M. Panasiuk) celem określenia zmian u osób z uszkodzonym narządem słuchu.

Oczekiwanie względem prowadzonej terapii nie mogą stawać się wygórowane, ponieważ może to prowadzić do porażki, dlatego koncepcja wskazuje na ang. *achievable*. Osiągalność staje się cechą regulującą poczucie sukcesu, prowadzące do napędzającej się motywacji. Pacjent musi znać wartość prowadzonych działań i mieć możliwość odznaczania kolejno osiągniętych (nawet niedużych) sukcesów. Buduje to w nim poczucie sprawstwa.

Istotność celu (ang. *relevant*) wpływa na zaangażowanie pacjenta w proponowaną mu pracę rehabilitacyjną. Cele powinny stale pozostawać znaczące i ważne dla osoby poddającej się terapii. Wskazana cecha dobrze wyznaczonego celu staje się w pełni uprawomocniona w kontekście wyżej opisanej teorii oczekiwań. Cel musi być istotny dla pacjenta, to znaczy, że musi stawać się realną odpowiedzią na jego potrzeby i oczekiwania, stając się zapowiedzią funkcjonalności efektów, do których prowadzi postępowanie.

Nie mniej ważny okazuje się ang. *time-bound*, czyli określoność i doprecyzowanie czasowe celów. Jasno wskazane ograniczenia czasowe, dookreślenie okresu, w jakim cel powinien być osiągnięty, motywują do pracy, ponieważ

ambicja niejako obliguje nas do zmieszczenia się w tych ramach. Określenie czasu trwania całego postępowania terapeutycznego i wskazania na częstotliwość prowadzonych sesji terapeutycznych nakreślił zarys intensywności prowadzonych zajęć. Wyznaczone ramy czasowe budują u pacjentów poczucie realnej możliwości osiągnięcia sukcesu terapeutycznego. Określenie czasowe wymaga jednak dużej wiedzy i zaufania łożonego w doświadczeniu logopedy (Blanchard, 2018).

WNIOSKI

Nacechowanie tworzonych celów postępowania powyżej wskazanymi wykładnikami pozwala na zasadne ich kreowanie. Dzięki temu możliwe jest motywowanie pacjenta do realizacji wskazanych działań i jego większe zaangażowanie w proces terapeutyczny. Wspólne modelowanie celów staje się obligatoryjne, ponieważ terapia powinna być nastawiona na potrzeby pacjenta i jego oczekiwania. Jednocześnie winna uwzględniać wiedzę na temat możliwości progresji, którą dysponuje terapeuta. Dobrze postawiony cel wpływa na motywację pacjenta, a to bezpośrednio i pośrednio przekłada się na rozwój wszystkich składowych komponentów kompetencji komunikacyjnej.

Wskazane zalecenia formułowania celów, które zwracają uwagę na dwie jednostki je kształtujące, o różnym nastawieniu i innej intencji prowadzonego postępowania, różnią się od zaleceń innych nauk. Potrzeba łączenia koncepcji i teorii oraz nowa ich interpretacja i przystosowanie do działań logopedycznych tłumaczą logopedię jako naukę kierującą się specyficzną i autonomiczną metodologią, realizującą jednocześnie najbardziej podstawowe prawdy społeczno-psychologiczne.

BIBLIOGRAFIA

- Blanchard K., 2018, *Przywództwo wyższego stopnia*, tłum. Sałbut B., Warszawa.
- Grabias S., 1997, (red.), *Język w zachowaniach społecznych*, (wydanie drugie), Lublin, s. 245–313.
- Grabias S., 2014, (red.), *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 32.
- Grucza F., 1983, *Zagadnienia metalingwistyki. Lingwistyka – jej przedmiot, lingwistyka stosowana*, Warszawa.
- Grzesiak M., 2015, *Success and Change*, Gliwice, s. 20.
- Hall R.V., Hall R.L., 2000, *Jak stosować systematyczną uwagę i aprobatę*, Gdańsk.
- Humboldt von W., 2001, *Rozmaitość języków, a rozwój umysłowy ludzkości*, tłum. E.M. Kowalska, Lublin.
- Jastrzębowska G., 1998, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole, s. 179.
- Krakowiak K., Panasiuk M., 1992, *Umiejętności komunikacyjne dziecka z uszkodzonym słuchem. Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, t. 3, Lublin.

- Kozłowski J., 2003, *Zastosowanie teorii uczenia się w terapii małych dzieci z autyzmem na przykładzie projektu wczesnej interwencji O. I. Lovaasa*, [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, red. D. Danielewicz, E. Pisula, Warszawa, s. 49–74.
- Łaziński M., (red.), Krzemiński A., 2008, *Słownik zapożyczeń niemieckich w polszczyźnie*, Warszawa, s. 44.
- Maslow A.H., 1954, *Motivation and personality*, Nowy Jork.
- Mirecka U., 2013, *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalna specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadkach dyzartrii w mpd*, Lublin.
- Okoń W., 2004, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa, s. 177–178.
- Pierścieniak A., Krenn D., Jakiela K., 2013, *Motywacja wewnętrzna jako kluczowy czynnik zaangażowania pracownika*, [w:] *Przedsiębiorstwo i region*, Rzeszów, s. 39.
- Randall M., Thornton B., 2001, *Advising and Supporting Teachers*, Cambridge.
- Ricky W., 1996, *Griffin: Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa, s. 80–81.
- Szewczuk W., 1985, *Słownik psychologiczny*, Warszawa.
- Tatarkiewicz W., 1971, *Droga do filozofii i inne rozprawy filozoficzne*, Warszawa, s. 211–321.
- Vroom V.H., 1964, *Work and Motivation*, Nowy Jork.
- Walczak R., 2014, *Podstawy zarządzania projektami. Metody i przykłady*, Warszawa.
- Wright T.A., Cropanzano R., Well-Being, 1997, *Satisfaction and Job Performance: Another Look at Happy/Productive Worker Thesis*, [w:] *Academy of Management Best Paper Proceedings*.