

PRZEGLĄD LOGOPEDYCZNO PEDAGOGICZNO PSYCHOLOGICZNY

ISSN 2658-2953

NR 1/2019

W numerze:

Elżbieta Bogacz
*Diagnoza funkcjonalna rozwoju
psychoruchowego dziecka
z zaburzeniami mowy*

Joanna Gruba
Karty Oceny Logopedycznej Dziecka - KOLD

Bożena Gubała
Karty Oceny Gotowości Szkolnej - KOGS

Anna Paluch, Elżbieta Wołosz
*KOJD-AFA, czyli karty oceny języka
dziecka afatycznego*

Redaktor naczelna – dr Joanna Gruba
Rada redakcyjna
dr Daria Jodzis
dr Magdalena Knappek
dr Monika Mularska-Kucharek

Korekta językowa - Patrycja Keller
Projekt okładki - Krzysztof Stawiarski
Recenzent - dr Violetta Przybyła
Skład: Anna Wiśniewska

Copyright © 2019 by Komlogo

Czasopismo wydawane jest w wersji elektronicznej.
Publikację można pobrać wyłącznie ze strony www.komlogo.pl po zalogowaniu się.
Wszelkie prawa zastrzeżone.

Wydawnictwo KOMLOGO
Dział sprzedaży, magazyn
44-109 Gliwice, ul. Pszenna 2
tel./fax 32 233-54-71, tel. kom. 504-245-737
www.komlogo.pl, info@komlogo.pl



Gliwice 2019

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	5
1. ZAGADNIENIA TEORETYCZNE	
Ewa Kaptur Strategie wczesnego postępowania logopedycznego u dzieci z zespołem Downa	7
Daria Jodzis Od wady wymowy do karmienia sondą – pytania o kompetencje logopedy	16
Magdalena Knappek Opieka logopedyczna dziecka przedwcześnie urodzonego	20
Joanna Gruba Kwestionariusz czy test? Wykorzystanie narzędzi diagnostycznych przez Logopedów – analiza badań własnych	25
Aleksandra Stojak Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego (C)APD jako nowe wyzwanie diagnostyczno-terapeutyczne	36
Anna Maria Pękacka-Egli Kaniule (rurki tracheostomijne) u osób dorosłych – perspektywa szwajcarska	41
Katarzyna Nowak Podstawy terapii NeuroTaktylnej w oparciu o neurofizjologiczne aspekty czucia głębokiego i odruchowości w Neurosensomotorycznej Integracji Odruchów według dr Masgutovej (MNRI)	46
Joanna Guzik-Iwińska Dlaczego głoskowanie utrudnia proces nabywania umiejętności czytania, a metody oparte na czytaniu sylabami uważane są za najskuteczniejsze?	54
Elżbieta Bogacz Diagnoza funkcjonalna rozwoju psychoruchowego dziecka z zaburzeniami mowy z wykorzystaniem kart oceny rozwoju psychoruchowego – KORP	60
Joanna Gruba Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD – test do diagnozy dzieci w wieku od 1. miesiąca do ukończenia 9. r.ż.	65
Bożena Gubała Karty Oceny Gotowości Szkolnej – KOGS standaryzowane narzędzie do oceny umiejętności dzieci 6-letnich	70

Anna Bogacz-Rybczak

Ocena rozwoju emocjonalno-społecznego dziecka w diagnozie logopedycznej
z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia
– Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE

75

Anna Paluch, Elżbieta Wołosz

KOJD-AFA, czyli karty oceny języka dziecka afatycznego

79

Piotr Jaworski

Dlaczego terapia pozycji oralnej?

85

2. ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE

Karolina Spalek

Diagnoza i terapia percepcji słuchowej u dzieci

88

Małgorzata Martyniak

„Każdy ma coś, czego nie ma inny ktoś” – zaproszenie uczniów pełnosprawnych
do świata ludzi niepełnosprawnych

91

Dominika Szewieczek-Smreczak, Michalina Martyniak

„Nasze rodzeństwo gra w jednym zespole”, czyli jak pracować z rodzeństwem dzieci
z niepełnosprawnością na podstawie autorskiego programu wsparcia
rodzeństwa dzieci z trisomią 21

95

Słowo wstępne

Szanowni Państwo, oddaję do Waszych rąk pierwszy numer nowego interdyscyplinarnego czasopisma „Przegląd Logopedyczno-Pedagogiczno-Psychologiczny”. Z założenia czasopismo „Przegląd LPP” będzie ukazywało się w internecie, a jego celem będzie upowszechnianie aktualnych doniesień i nowatorskich rozwiązań z zakresu logopedii, pedagogiki i psychologii. Z wielką przyjemnością będziemy również gościć na łamach czasopisma specjalistów z innych dziedzin.

W pierwszym numerze znalazły się artykuły prezentujące różnorodne zagadnienia, związane z diagnozą oraz terapią dzieci i osób dorosłych. Artykuły zostały podzielone na teoretyczne i praktyczne.

Zapraszam serdecznie do nadsyłania artykułów do kolejnych wydań czasopisma. Równocześnie dziękuję za współpracę Zespołowi Redakcyjnemu, wszystkim osobom, które przysłużyły się do opracowania pierwszego numeru czasopisma „Przegląd LPP” oraz Autorom, których teksty zostały opublikowane w bieżącym numerze.

Redaktor Naczelna
Joanna Gruba



LOGOPEDIA PRO

Seria multimedialnych programów do kompleksowej diagnozy i terapii logopedycznej.



Największa liczba ćwiczeń multimedialnych



Najlepszy merytorycznie*



Udowodniona skuteczność

Ceniony przez logopedów i terapeutów:

- Ponad 4000 multimedialnych ćwiczeń logopedycznych i 2000 kart pracy do wydruku!
- Program do diagnozy i kompleksowej terapii logopedycznej
- Badanie i analiza słuchu fonemowego
- Aplikacja logopedy wraz z możliwością archiwizowania nagrań pacjenta
- Atrakcyjna dla małych pacjentów grafika redukująca stres podczas terapii
- System motywacyjny zachęcający pacjenta do pracy

Skontaktuj się z nami, aby dobrać pakiet Logopedii PRO najlepszy dla Twojej instytucji:



Joanna Baranowska-Smolińska
Kierownik ds. Kluczowych Klientów
j.smolinska@nowaera.pl
+48 608 298 686

Anna Widerska
Kierownik ds. Kluczowych Klientów
a.widerska@nowaera.pl
+48 600 382 423

Strategie wczesnego postępowania logopedycznego u dzieci z zespołem Downa

STRESZCZENIE

Założeniem wczesnej interwencji realizowanej przez wielospecjalistyczny zespół terapeutów, w tym logopedę, jest całościowe podejście do rozwoju dziecka. Dzieci z zespołem Downa wymagają pomocy logopedy od pierwszego dnia życia. W artykule przedstawiono strategie wczesnego postępowania logopedycznego, skupiające się zarówno na funkcjach primary (odruchowe reakcje oralne, oddychanie, polykanie, jedzenie), jak i sekundarnych (wspieranie rozwoju funkcji komunikacyjnych).

WSTĘP

Występowanie trisomii 21 nie jest uzależnione od płci, rasy, koloru skóry, klimatu, kultury czy warunków społecznych¹. Średnia populacyjna częstość występowania zespołu zależy od wieku matki – w grupie kobiet powyżej 40. r.ż. rodzi się około 10 razy więcej noworodków z trisomią 21 niż u matek młodszych. Tak więc ryzyko urodzenia dziecka z ZD wzrasta z wiekiem matki, ale uznaje się, że 80% dzieci ma matki poniżej 35. r.ż. Fakt ten należy wiązać z najwyższą płodnością w tej grupie wiekowej. Przypuszcza się, że również wiek ojca odgrywa rolę w zwiększeniu ryzyka wystąpienia ZD u potomka².

Częstość występowania zespołu Downa średnio wynosi 1 : 600 żywych noworodków. Około 20% dzieci z ZD rodzi się martwych, a 60% ulega poronieniu samoistnemu we wczesnym okresie ciąży³. Z danych tych wynika, że co siódme dziecko z trisomią 21 przeżywa do terminu porodu⁴. Ogółem na świecie co dwie minuty rodzi się dziecko z dodatkowym materiałem genetycznym w 21 parze chromosomów⁵.

1. WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECKA Z ZESPOŁEM DOWNA

Podstawą wczesnej terapii dzieci, zwłaszcza ze zdiagnozowanymi nieprawidłowościami w rozwoju psychoruchowym, który jest nierównomierny i nieharmonijny, będzie ich wspomaganie na każdym etapie⁶. Wczesne wspomaganie rozumiem jako oddziaływanie rewalidacyjno-wychowawcze, stymulujące rozwój od momentu rozpoznania zagrożenia do chwili osiągnięcia dojrzałości szkolnej przez dziecko. To działania skoordynowane i kompleksowe, oparte na diagnozie lekarskiej, pedagogicznej, psychologicznej, rehabilitacyjnej i logopedycznej⁷. Wspomaganie rozwoju dziecka powinno być:

- a) dostosowane do jego wieku i symptomów,
- b) wielopłaszczyznowe (tzn. powinno uwzględniać potrzeby w obszarach tego wymagających, czyli np. w sferze motorycznej, intelektualnej, społecznej, emocjonalnej, somatycznej),
- c) dostosowane do życia codziennego dziecka i jego rodziny⁸.

Celem wczesnego wspomagania będzie więc m.in. wszechstronne stymulowanie rozwoju dziecka, opracowanie i realizowanie programów terapeutyczno-edukacyjno-profilaktycznych dla dziecka i jego rodziny, ścisła współpraca z rodzicami polegająca na dostarczaniu im wiedzy na temat potrzeb rozwojowych dziecka i sposobów ich zaspokajania, a także wspieranie

1 L. Sadowska, M. Mysiek-Prucnal, A. Gruna-Ożarowska, *Medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji u dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 37.

2 M. Bogdanowicz, *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa 1991, s. 46; L. Sadowska, M. Mysiek-Prucnal, A. Gruna-Ożarowska, *Medyczne podstawy zaburzeń struktury...*, dz. cyt., s. 39.

3 L. Sadowska, M. Mysiek-Prucnal, A. Gruna-Ożarowska, *Medyczne podstawy zaburzeń...*, dz. cyt., s. 37.

4 <https://www.bardziejkochani.pl/zespole-downa/co-to-jest-zespole-downa/> [dostęp: 8.08.2019].

5 <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1342,titel,Takie-dziecko-rodzi-sie-raz-na-dwie-minuty-i-tez-zasluguje-na-milosc,wid,12087539,wiadomosc.html?tid=117232> [dostęp: 5.06.2019].

6 E. Kaptur, *Zabawa we wczesnej terapii logopedycznej u dzieci z zespołem Downa*, „Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza” 2019, vol. 26(46), nr 2, w druku.

7 B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków 2008, s. 17.

8 M. Wiśniewska, *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Poradnik dla rodziców i terapeutów*, Kraków 2010, s. 10.

ich w trudnych sytuacjach czy udzielanie pomocy w planowaniu edukacji dziecka¹. Tak pomyślane wsparcie pozwoli dziecku na zdobycie wielu doświadczeń potrzebnych do osiągnięcia samodzielności, odporności emocjonalnej, uzyskania w życiu dorosłym pewnej niezależności².

2. WCZESNA INTERWENCJA LOGOPEDYCZNA U DZIECKA Z ZESPOŁEM DOWNA

Wczesną interwencję logopedyczną autorka pojmuje w dwojaki sposób: jako działania zmierzające do zmiany istniejących nieprawidłowości anatomicznych i/lub funkcjonalnych w obrębie aparatu oralnego oraz działania i starania zmierzające do wywołania prawidłowego odruchu lub jego wygaszenia³, a także jako udzielaną w pierwszych latach życia pomoc w nabywaniu kompetencji językowych, komunikacyjnych, kulturowych oraz rozwoju sprawności systemowych, komunikacyjnych, biologicznych dzieci, u których rozwój mowy może być zagrożony lub u których nieprawidłowości już zdiagnozowano⁴. Warto zauważyć, że w ostatnim czasie znaczenie tego terminu znacznie się poszerzyło i obecnie wczesna interwencja logopedyczna postrzegana jest również jako działania podejmowane wobec osób dorosłych⁵.

Wczesna interwencja logopedyczna zaczyna się już na oddziale neonatologicznym⁶. To podejście uprzedzające, a nie prewencyjne, pozwalające na przewidywanie występowania określonych zespołów zaburzeń, które mogą być – przy odpowiednio prowadzonej terapii – zminimalizowane lub wyeliminowane⁷. Może mieć ona charakter stymulacji rozwoju oraz ingerencji logopedycznej⁸. W przypadku dzieci z ZD w grę wchodzi oba rodzaje oddziaływania logopedycznego⁹.

Badanie logopedyczne małego dziecka z trisomią 21 (do 1. r. ż.) będzie obejmowało m.in. ocenę:

- a) warunków anatomicznych w obrębie twarzy i jamy ustnej,
- b) funkcji aparatu artykulacyjnego,
- c) sposobu oddychania,
- d) odruchów orofacjalnych,
- e) reakcji słuchowych,
- f) sposobu karmienia (piersi i/lub butelką),
- g) koordynacji triady: ssanie – połykanie – oddychanie,
- h) pozycji, które dziecko przyjmuje w czasie spożywania posiłków,
- i) rozwoju funkcji przedjęzykowych (głuzenia i gaworzenia)¹⁰.

U starszego dziecka, w okresie poniemowlęcym, dodatkowo logopeda będzie oceniał:

- a) w zakresie funkcji prymarnych:
 - reakcje ustno-twarzowe,
 - sposób oddychania,
 - sposób przyjmowania pokarmu o zróżnicowanej konsystencji;
- b) w zakresie funkcji sekundarnych:
 - rozumienie i aktywizowanie mowy werbalnej,
 - koordynację wzrokowo-ruchową,

1 B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji...*, dz. cyt., s. 20; G. Kowalczyk, *Kompetencje osób prowadzących wczesne wspomaganie rozwoju dziecka* [w:] *Wczesne wspomaganie dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny*, red. E. Kraszewska, Gorzów Wielkopolski 2009, s. 31; R. Piotrowicz, *Małe dziecko, dużo pomysłów. Wczesna interwencja* [w:] *Zespół Downa w XXI wieku*, red. A. Suchcicki, Warszawa 2013, s. 39-40.

2 B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji...*, dz. cyt., s. 17; M. Kielar-Turska, *Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganiem problemów* [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorekcja*, red. B. Kaja, Bydgoszcz 2003, s. 20; R. Piotrowicz, *Małe dziecko, dużo pomysłów...*, dz. cyt., s. 30.

3 B. Wiśniewska, *Wczesna interwencja logopedyczna u noworodków i niemowląt. Wybrane zagadnienia* [w:] *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko, Warszawa 2012, s. 161.

4 E. Gacka, *Wczesna interwencja logopedyczna* [w:] *W świecie logopedii*, t. 1. *Materiały dydaktyczne*, red. A. Podstolec, K. Węsierska, Katowice 2012, s. 31.

5 E. Gacka, *Diagnoza logopedyczna noworodka i niemowlęcia*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 14, 2016, s. 14.

6 J.J. Błeszyński, *Wczesna interwencja – różne podejścia, ujęcia, definicje. Różne nie znaczy sprzeczne* [w:] *Wczesna interwencja w logopedii*, red. J.J. Błeszyński, D. Baczała, Gdańsk 2015, s. 35.

7 Tamże, s. 39; K. Kaczorowska-Bray, *Diagnoza we wczesnej interwencji logopedycznej* [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańsk 2012, s. 225.

8 J.J. Błeszyński, *Wczesna interwencja – różne podejścia, ujęcia, definicje. Różne nie znaczy sprzeczne* [w:] *Wczesna interwencja w logopedii*, red. J.J. Błeszyński, D. Baczała, Gdańsk 2015, s. 35.

9 E. Kaptur, *Wczesna interwencja logopedyczna u dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wokół rozwoju dziecka*, red. J. Buława-Halas, Szczecin 2017, s. 100.

10 B. Wiśniewska, *Wczesna interwencja logopedyczna u noworodków i niemowląt...*, dz. cyt., s. 163; M. Rządka, *Obszary i formy wspomagania rozwoju mowy dziecka* [w:] *Wczesne wspomaganie dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny*, red. E. Kraszewska, Gorzów Wielkopolski 2009, s. 65.

- funkcje i czynności poznawcze prowokujące do zdobywania doświadczeń,
- dokonywanie wyborów,
- umiejętność naśladownictwa,
- motorykę dużą i małą¹¹.

3. STRATEGIE WCZESNEGO POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

Strategie wczesnego postępowania logopedycznego będą obejmowały wszystkie wcześniej wymienione aspekty, dostosowane do wieku, warunków i możliwości dziecka z trisomią 21.

3.1. STYMULACJA ODRUCHOWYCH REAKCJI ORALNYCH

Dzieci z zespołem Downa, bez względu na rodzaj rozpoznania cytogenetycznego (prostą trisomię, translokację, mozaikę), wykazują znaczne zmiany dysmorficzne twarzoczaszki¹². Wpływają one także na odruchy oralne. Mira Rządźka zauważa, że: „W ocenie odruchowych reakcji oralnych niewiele jest doniesień badawczych. Przyjmuje się generalnie, że noworodki z zespołem Downa przejawiają całe spektrum zaburzeń funkcji oralnych – od niewielkich zaburzeń (głównie przejawiających się obniżonym odruchem ssania – z powodu hipotonii mięśni oralnych o różnym stopniu nasilenia) do silnego obniżenia czy nawet ich braku”¹³. Z badań przeprowadzonych przez tę autorkę wynika, że dzieci z trisomią 21 wykazują bardzo zróżnicowane warunki oralne. Z patologicznych odruchów oralnych należy wymienić przede wszystkim: a) wygórowany odruch kłusania, b) wygórowany odruch ssania, c) obniżony odruch żuchwowy, d) obniżony odruch wymiotny¹⁴. Rolą logopedy jest właściwa ocena odruchów oralnych¹⁵ oraz uzyskanie prawidłowych ruchów i spoczynkowych pozycji fizjologicznych potrzebnych do karmienia jak najbardziej zbliżonego do właściwego, a także w dalszej kolejności, precyzji ruchów artykulacyjnych, wykorzystywanych w komunikacji werbalnej.

3.2. NAUKA PRAWIDŁOWEGO KARMIENTA NA KAŻDYM ETAPIE ROZWOJU

W ostatnim czasie zwiększyła się wiedza na temat roli odruchowych reakcji oralnych w procesie karmienia¹⁶. Problemy w karmieniu mogą być powodowane różnymi czynnikami: nieprawidłowościami w budowie jamy ustnej dziecka (ankyloglosja, cofniętą żuchwą, asymetryczną żuchwą lub językiem), niewłaściwymi odruchami oralnymi, chorobami i niedojrzałością dziecka¹⁷. Bez względu na stopień dysfunkcji aparatu artykulacyjnego, najlepszym czasem na rozpoznanie tych zaburzeń jest okres noworodkowy (lub wczesny okres niemowlęcy). Wczesna diagnostyka pozwala na właściwą pielęgnację dziecka oraz rozpoczęcie leczenia i rehabilitacji w okresie intensywnego rozwoju organizmu i największej podatności na stosowane działania. Logopeda, który w tym czasie rozpocznie usprawnianie funkcji oralnych u noworodka bądź niemowlęcia, znacznie poprawi jakość przyjmowania pokarmu¹⁸. Nauczy rodziców m.in.: a) prawidłowego karmienia piersią lub butelką, b) prawidłowego karmienia łyżeczką (powyżej 5.-6. m.ż.), c) podawania dziecku płynu z otwartego kubka i przez słomkę (powyżej 10. m.ż.), d) kontroli jakości połykania i oddychania (także z wykorzystaniem technik manualnych)¹⁹. Ponadto logopeda: a) pomoże wybrać pozycje do karmienia, b) pomoże wybrać akcesoria stosowane do karmienia i określić ich cechy, c) zaproponuje sposób trzymania akcesoriów przez dorosłego/dziecko, d) określi cechy pokarmu, tzn. dobierze konsystencję, fakturę pokarmu do rodzaju dysfunkcji dziecka, e) określi wielkość porcji, sposób przygotowania gałki pokarmowej, tempo podawania pokarmu²⁰.

11 Por. np. J. Cieszyńska-Rożek, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna w ujęciu metody krakowskiej* [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, s. 380; E. Gacka, *Diagnoza logopedyczna noworodka i niemowlęcia*, dz. cyt., s. 19-22; E. Kaptur, *Zabawa we wczesnej terapii logopedycznej...*, dz. cyt., w druku; R. Piotrowicz, *Małe dziecko, dużo pomysłów...*, dz. cyt., s. 39-40.

12 Por. np. M. Rządźka, *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt. Diagnoza i stymulacja*, Kraków 2019, s. 27; E. Kaptur, *Wczesna interwencja logopedyczna...*, dz. cyt., s. 97.

13 M. Rządźka, *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt...*, dz. cyt., s. 28.

14 Tamże, s. 53.

15 Pomocne mogą być karty diagnostyczne. Por. M. Machoś, *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 1 do 12 miesiąca. Ocena odruchów ze sfery orofacialnej oraz umiejętności istotnych dla rozwoju mowy*, Bytom 2011.

16 M. Rządźka, *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt...*, dz. cyt., s. 69.

17 Tamże, s. 71. Por. także: M. Nehring-Gugulska, M. Żukowska-Rubik, P. Stobnicka-Stolarska, B. Paradowska, *Protokół umiejętności ssania piersi. Nieodstateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji*, „Postępy w Neonatologii” 2014, nr 1/2, http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/reprint_pn_II%20okladka%20medela_III%20okladka%20holbex5.pdf (przedruk).

18 Obecnie na rynku dostępne są karty diagnostyczne, sprawdzające gotowość dziecka do jedzenia. Por. M. Machoś, M. Czajkowska, *Sprawdź, czy jest gotowe do jedzenia. Karty obserwacji*, Zabrze 2018.

19 A. Regner, *Wczesne usprawnianie rozwoju mowy dzieci z zespołem Downa z zastosowaniem ustno-twarzowej terapii regulacyjnej (uttr)* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 83.

20 E. Kaptur, J. Sławek, *Od karmienia do mówienia. Wpływ funkcji prymarnych na rozwój mowy*, „Forum Logopedy” 2017, nr 11/12, s. 40-41.

W terapii karmienia na tym etapie (od urodzenia) wykorzystuje się m.in. ćwiczenia mięśni obszaru ustno-twarzowego, czyli masaże logopedyczne. Najbardziej popularną formą oddziaływania jest metoda zwana ustno-twarzową terapią regulacyjną (uttr) opracowaną przez Castillo Moralesa²¹. Anna Regner za Castillo Moralesem podkreśla, iż dzieci z ZD należą do tej grupy pacjentów, „[...] którą powinno się jak najszybciej usprawniać poprzez gimnastykę leczniczą całej męskulatury, gdyż postawa i motoryka ciała wpływają na pracę części ustno-twarzowej. Lecznicza interwencja przeciwstawia się czynnikom patogennym, zaburzającym motorykę narządu mowy”²². Uttr jest równolegle prowadzona z terapią Vojty lub NDT-Bobath²³. Inną, często wykorzystywaną w terapii formą masażu jest masaż aparatu artykulacyjnego proponowany przez Elżbietę Stecko. Masaż, będący etapem ćwiczeń biernych, ma na celu usprawnienie mięśni przez uaktywnienie nerwów przekazujących informację do kory czuciowej. Wykonywany przed posiłkiem poprawia sprawność aparatu pokarmowego²⁴. Stymulację wewnątrzustną poprawiającą jakość karmienia proponuje także Beatriz Alves de Ednair Padovan. Podczas terapii (znanej jako metoda neurofunkcjonalnej reorganizacji Padovan – NFR) zostają powielone procesy ruchu (motoryka duża i mała), mowy i myślenia w celu jak najlepszej stymulacji układu nerwowego²⁵.

Do terapii wspierających karmienie na każdym etapie należy także:

- a) mioterapia, w której terapeuta wykorzystuje znajomość anatomii i fizjologii, w celu usprawnienia mięśni mimicznych²⁶,
- b) opracowana przez R. Horst i R. Nussera-Müllera-Buscha Manualna Terapia Dysfagii N.A.P. „[...] opierająca się na stopniowym uzyskiwaniu habituacji przez odpowiednią mobilizację terapeutyczną, wykorzystującą plastyczność nerwową, mięśniową i stawowo-kostną”²⁷,
- c) zdobywający coraz większą popularność taping kinezyologiczny.

3.3. WSPIERANIE ROZWOJU MOWY CZYNNEJ

Rozwój mowy jest skorelowany z rozwojem grup mięśni używanych w trakcie poboru pokarmu. Dlatego tak istotna jest wczesna rehabilitacja w celu lepszej koordynacji wzrokowo-ruchowo-czuciowej²⁸. Wczesna interwencja logopedyczna, przygotowująca niemowlęcy aparat artykulacyjny do mówienia, rozpoczyna się po urodzeniu. Polega na stymulowaniu funkcji prawidłowego oddychania, ssania, karmienia, połykania. Przygotowuje artykulatory do mówienia.

3.3.1. UCZENIE PRZEZ NAŚLADOWANIE

Uczenie przez naśladowanie pozwala na szybsze rozwijanie nabytych umiejętności. W rozwoju dziecka naśladownictwo pojawia się bardzo wcześnie, bo już w 3. m.ż. (u dziecka prawidłowo rozwijającego się, bez obciążeń genetycznych)²⁹. Umiejętność naśladowania, a następnie powtarzania sekwencji najpierw ruchów całego ciała, potem dłoni, a na końcu dźwięków jest największym osiągnięciem dziecka w wieku niemowlęcym³⁰. Później dziecko rozumie słowa, naśladuje wypowiedzi dorosłych, aby w efekcie budować słowa złożone z sylab otwartych. Naśladowanie jest szczególnie ważne przy rozwijaniu umiejętności językowych i współpracy przy umiejętnościach percepcyjnych czy ruchowych.

Dzieci z zespołem Downa zazwyczaj bardzo dobrze radzą sobie z umiejętnością naśladowania, bez względu na to, czy dotyczy ona powtarzania za terapeutą ćwiczeń ruchowych, słuchowych czy wzrokowych. Rolą logopedy jest uczenie naśladownictwa w sposób zamierzony, planowany i celowy.

21 L. Sadowska, *Wrocławski Model Usprawniania (WMU) we wczesnej diagnostyce i terapii dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków, s. 214; T. Kaczan, A. Regner, *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa* [w:] *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*, red. L. Sadowska, Wrocław 2004.

22 A. Regner, *Wczesne usprawnianie rozwoju mowy...*, dz. cyt., s. 79.

23 A. Regner, *Wczesna interwencja logopedyczna wobec dziecka zagrożonego niepełnosprawnością* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków 2008, s. 246.

24 E. Stecko, *Masaż logopedyczny*, wyd. 2, Warszawa 2013, s. 9-11.

25 J.J. Bleszyński, *Wczesna interwencja – różne podejścia, ujęcia, definicje. Różne nie znaczy sprzeczne*, dz. cyt., s. 37; U. Bernatowicz-Łojko, T. Brzozowska-Misiewicz, M. Twardo, *Wczesna interwencja – opieka logopedyczna od pierwszych dni życia dziecka* [w:] *Medycyna w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie. Trzy drogi, jeden cel*, red. J.J. Bleszyński, Gdańsk 2013, s. 54-55.

26 M. Rządka, *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt...*, dz. cyt., s. 40.

27 Tamże, s. 40.

28 S. Masgutowa, A. Regner, *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*, Wrocław 2009, s. 17.

29 J. Cieszyńska-Rózek, *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków 2013, s. 285.

30 J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Kraków 2007, s. 204.

3.3.2. ZABAWA JAKO STAŁY ELEMENT TERAPII

Zabawa jako element terapii szczególnie dobrze sprawdzi się na zajęciach logopedycznych u dzieci z ZD. W trakcie zabawy dziecko z trisomią 21 wykorzystuje swe dobrze rozwinięte umiejętności niewerbalne, takie jak kontakt wzrokowy czy śmiech i gaworzenie, które sprawiają mu bardzo dużą przyjemność³¹.

Jagoda Cieszyńska i Marta Korendo w swych licznych publikacjach wskazują zależność między zabawą, pojmowaną jako podstawowa aktywność dziecka, a mową³². Według badaczek naśladowanie w zabawie prostych ruchów aż do bardziej złożonych sekwencji z regułami powoduje formowanie się w umyśle dziecka schematów działania, które potem przekładają się na budowanie języka. Zabawa stanowi nieodzowny element wielu terapii, w tym m.in. prowadzonej Metodą Krakowską³³, i pełni tak samo istotną rolę, jak np. budowanie kompetencji komunikacyjnej i językowej. Szczególnie ważna powinna być w programach terapeutycznych przeznaczonych dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. U dzieci z trisomią 21 każdy wymieniony przez Jagodę Cieszyńską i Martę Korendo etap zabawy (zabawa palcami, zabawa grzechotką, zabawa nowymi przedmiotami, zabawa przez naśladowanie, świadome korzystanie z zabawki, zabawa konstrukcyjna, zabawa tematyczna) będzie opóźniony lub wydłużony w czasie o kilka miesięcy, a nawet lat. Rozwój mowy w związku z tym także będzie przebiegał z opóźnieniem³⁴. Ważne jest, aby dostosować jakość stymulacji do aktualnego poziomu kompetencji dziecka w różnych obszarach.

3.3.3. ĆWICZENIA KINESTEZJI ARTYKULACYJNEJ I PRAKSJI ORALNEJ

Na problemy z zaburzeniem czucia ułożenia narządów mowy przy poszczególnych głoskach (kinestezja artykulacyjna) w przypadku dzieci z trisomią 21 wpływ mają nieprawidłowości w obszarze ustno-twarzowym, takie jak: otwarte usta, hipotoniczny i wysunięty ku przodowi język, hipotonia mięśnia okrężnego warg, policzków oraz pozostałych mięśni twarzy, wysunięta w dół i ku przodowi żuchwa, wady zgryzu (otwarty zgryz, rzekomy przodozgryz), nieprawidłowe połykanie, ustny tor oddechowy³⁴. Rolą logopedy jest takie zaplanowanie czynności oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, które pomogą dzieciom uzyskać jak najlepszą jakość mowy.

Dzieci z zespołem Downa mogą mieć także apraksję lub dyspraksję oralną, czyli brak umiejętności wykonywania celowych ruchów w obrębie jamy ustnej, lub umiejętność tę znacznie ograniczoną. Praksja wymaga dokładnego zaplanowania, a następnie odtworzenia sekwencji ruchowych w odpowiedniej kolejności.

3.3.4. ĆWICZENIA USPRAWNIAJĄCE MOTORYKĘ MAŁĄ

Działania logopedyczne u dzieci z zespołem Downa obejmują również rehabilitację ruchową w zakresie motoryki dużej i małej, potrzebnej m.in. do opanowania wzorców i schematów ruchowych, właściwego pozycjonowania, np.: w czasie poboru pokarmu, pracy przy stoliku, precyzji kontroli rąk i palców podczas chwytania, manipulacji, reakcji obronnych czy samoobsługi. Sprawność motoryczna w tej grupie dzieci przebiega według własnego cyklu. „W pierwszych trzech latach życia obserwuje się zaburzenia anatomiczne i funkcjonalne budowy ciała, nieprawidłowe wzorce postawy i lokomocji oraz późniejsze pojawienie się prawidłowych wzorców w motoryce spontanicznej”³⁵.

Szczególną uwagę terapeuta powinien przywiązywać do rozwijania sprawności rąk. Zabawy paluszkowe³⁶, nauka samodzielnego jedzenia (z wykorzystaniem BLW i metod tradycyjnych, z użyciem sztućców), manipulowanie przedmiotami codziennego użytku, zabawy sensomotoryczne z wykorzystaniem produktów o różnej konsystencji, fakturze i teksturze będą pomocne w późniejszej nauce posługiwania się narzędziami pisarskimi i nauce pisania. Tak zaprojektowane przez logopedę ćwiczenia manipulacyjne pozwolą przygotować się dziecku do bycia samodzielnym na miarę jego możliwości.

31 E. Kaptur, *Zabawa we wczesnej terapii logopedycznej...*, dz. cyt., w druku.

32 J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, dz. cyt., s. 195-221; J. Cieszyńska-Rożek, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, dz. cyt., s. 386-393. Por. także M. Machoś, *Od zabawy do mówienia. Poradnik dla rodziców i logopedów*, Kraków 2012.

33 T. Kaczan, R. Śmigiel, *Wspomaganie rozwoju dzieci...*, dz. cyt., s. 53; B.B. Kaczmarek, *Mowa i język dzieci z zespołem Downa – czynniki zakłócające* [w:] *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia*, red. B. Winczura, Kraków 2014, s. 78; E.M. Minczakiewicz, *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków 2001, s. 41-50.

34 Zob. np. T. Kaczan, R. Śmigiel, *Wspomaganie rozwoju dzieci...*, dz. cyt., s. 42; M. Rządka, *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt...*, dz. cyt., s. 27.

35 D. Wójtowicz, L. Sadowska i inni, *Ocena rozwoju psychomotorycznego dzieci z zespołem Downa oraz dzieci z zespołem Downa i wrodzoną wadą serca w pierwszym i trzecim roku życia*, „Fizjoterapia” 2008, nr 16, s. 26.

36 Por. np. K. Sądadek, *Moje rączki i nóżki chcą się bawić – wykorzystanie zabaw paluszkowych w pracy z małym dzieckiem* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 307-320.

3.3.5. BUDOWANIE SYSTEMU JĘZYKOWEGO

Równolegle do terapii logopedycznej należy włączyć naukę komunikacji. U dzieci z trisomią 21 proces nabywania umiejętności poznawczych, w tym komunikacyjnych, jest zazwyczaj zaburzony. Wpływ na taki stan rzeczy mają m.in. wrodzone wolniejsze tempo myślenia, trudności w różnicowaniu i uogólnianiu, w myśleniu konkretnym i obrazowym, w koncentrowaniu się, mniejsza trwałość uwagi³⁷. Dlatego też logopedzi podkreślają, że rozpowszechnianie profilaktyki zaburzeń rozwoju mowy należy zacząć jak najwcześniej, czyli już od chwili narodzenia dziecka. Uważają, iż stymulowanie funkcji odpowiedzialnych za rozwój mowy przynosi efekty jedynie do 3. r.ż., gdyż po 4. r.ż. partie mózgu odpowiadające za rozwój mowy osiągają swoją dojrzałość³⁸. Metodą chętnie wykorzystywaną przez logopedów w programowaniu języka u dzieci z zespołem Downa jest Metoda Krakowska⁹, przynosząca zazwyczaj dość szybkie efekty.

4. KOMUNIKACJA ALTERNATYWNA – CZY, JAKA, KIEDY?

Rozwój mowy i języka dzieci z ZD przebiega według takich samych etapów, jak rozwój mowy i języka dzieci bez obciążeń genetycznych. Zawsze wymaga systematycznej, długotrwałej, intensywnej, celowo zorganizowanej i zindywidualizowanej terapii logopedycznej prowadzonej w porozumieniu z opiekunami dziecka. Oprócz typowych ćwiczeń logopedycznych konieczne jest opracowanie m.in. zasad kształtowania wspólnego pola uwagi, ćwiczeń stymulujących funkcje słuchowe i wzrokowe³⁹.

Dla części dzieci z ZD konieczne będzie wprowadzenie komunikacji alternatywnej (ACC), która odnosi się do wszystkich działań, a „[...] celem jest pomoc w porozumiewaniu się osób nieposługujących się mową lub posługujących się nią w ograniczonym stopniu”⁴⁰. Komunikacja alternatywna bądź wspomagająca może mieć charakter naturalny (wtedy, gdy informacje są przekazywane za pomocą ciała dziecka – gestów, mimiki), ale można korzystać z dodatkowych narzędzi, np.: tablice, plansze, książki komunikacyjne, znaki graficzne, obrazki czy pomoce komputerowe⁴¹. To od możliwości percepcyjnych dziecka (oraz wiedzy i umiejętności terapeuty) zależy, który system komunikacyjny zostanie włączony do terapii.

Rodzice dzieci z zespołem Downa nadal mają obawy związane z AAC. Obawiają się, że ten rodzaj komunikacji zahamuje rozwój mowy werbalnej dziecka. Traktują ją jako ostateczność. Obecnie uważa się, że wprowadzenie AAC powinno nastąpić możliwie szybko, gdyż odgrywa ona ogromną rolę we wczesnym rozwoju komunikacji i „[...] powinno się zacząć ją wprowadzać, zanim pojawią się pierwsze problemy w porozumiewaniu się z otoczeniem, aby zapobiec nieprawidłowościom w języku”⁴².

Dla większości dzieci z zespołem Downa komunikowanie się za pomocą gestów czy symboli będzie etapem przejściowym, wspomagającym proces porozumiewania się za pomocą mowy. Dla części osób, które nigdy nie opanują mowy w stopniu zrozumiałym dla otoczenia, gesty i symbole pozostaną skuteczną formą komunikowania się⁴³.

PODSUMOWANIE

Dziecko z trisomią 21 powinno być objęte regularną terapią logopedyczną (razem z rehabilitacją ruchową) od okresu noworodkowego. Przemyślane, oparte na rzetelnej wiedzy działania stymulujące poszczególne sfery rozwoju bardzo pozytywnie wpływają na ogólne funkcjonowanie każdego dziecka potrzebującego takiej aktywności. W pierwszych etapach rozwoju dzieci szczególne znaczenie mają sprawności motoryczne, ponieważ opóźnienia bądź też braki w rozwoju motorycznym bardzo często sygnalizują ewentualne późniejsze problemy ujawniające się na każdym poziomie rozwoju: poznawczym, emocjonalnym i społecznym. Zaproponowane przez logopedę ćwiczenia realizowane w gabinecie, a następnie powtarzane przez rodziców w naturalnych warunkach domowych, dadzą szansę na wyrównanie i skorygowanie zaburzeń w rozwoju, na jak największą sprawność ruchową, szczególnie w zakresie motoryki małej, lepszą dojrzałość poznawczą i emocjonalną oraz sprawniejsze komunikowanie się. Obrane przez terapeutę strategie postępowania logopedycznego powinny być przemyślane, zaplanowane oraz dobrane do możliwości dziecka z zespołem Downa. ■

37 T. Kaczan, R. Śmigiel, *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa*, dz. cyt., s. 46; B. Pietrzak-Szymańska, *Zaburzenia rozwoju a wczesna interwencja logopedyczna* [w:] *Wspieranie rozwoju mowy dzieci urodzonych przedwcześnie i niepełnosprawnych*, red. B. Pietrzak-Szymańska, Warszawa 2013, s. 91.

38 T. Hellbrügge, *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa. Drugi i trzeci rok życia*, Kraków 1995, s. 42; T. Kaczan, R. Śmigiel, *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa*, dz. cyt., s. 56.

39 M. Piszczyk, *Rozwój języka i mowy u dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 97.

40 B. Cytowska, A. Drzazga, *Znaczenie i wykorzystanie komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC) w porozumiewaniu się z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia*, red. B. Winczura, Kraków 2014, s. 337.

41 Tamże, s. 337. Por. także: M. Grycman, A. Smyczek (red.), *Wiem, czego chcę! Doświadczenia polskich terapeutów i użytkowników wspomagających sposobów porozumiewania się*, Kraków 2004.

42 B. Cytowska, A. Drzazga, *Znaczenie i wykorzystanie komunikacji...*, dz. cyt., s. 338.

43 B.B. Kaczmarek, *Wykorzystywanie gestów w procesie porozumiewania się* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 112.

BIBLIOGRAFIA

- Bernatowicz-Łojko U., Brzozowska-Misiewicz T., Twardo M., *Wczesna interwencja – opieka logopedyczna od pierwszych dni życia dziecka* [w:] *Medycyna w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie. Trzy drogi, jeden cel*, red. J.J. Bleszyński, Gdańsk 2013, s. 40-56.
- Bleszyński J.J., *Wczesna interwencja – różne podejścia, ujęcia, definicje. Różne nie znaczy sprzeczne* [w:] *Wczesna interwencja w logopedii*, red. J.J. Bleszyński, D. Baczała, Gdańsk 2015, s. 31-56.
- Bogdanowicz M., *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa 1991.
- Cieszyńska-Rożek J., *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków 2013.
- Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Kraków 2007.
- Cieszyńska-Rożek J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna w ujęciu metody krakowskiej* [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk 2016, s. 380-412.
- Cytowska B., *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków 2008, s. 15-26.
- Cytowska B., Drzazga A., *Znaczenie i wykorzystanie komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC) w porozumiewaniu się z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia*, red. B. Winczura, Kraków 2014, s. 337-353.
- Gacka E., *Diagnoza logopedyczna noworodka i niemowlęcia*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 14, 2016, s. 13-28.
- Gacka E., *Wczesna interwencja logopedyczna*, [w:] *W świecie logopedii*, t. 1. Materiały dydaktyczne, red. A. Podstolec, K. Węsierska, Katowice 2012, s. 31-49.
- Grycman M., Smyczek A. (red.), *Wiem, czego chcę! Doświadczenia polskich terapeutów i użytkowników wspomagających sposobów porozumiewania się*, Kraków 2004.
- Hellbrügge T., *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa. Drugi i trzeci rok życia*, Kraków 1995.
- Kaczan T., Regner A., *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa* [w:] *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*, red. L. Sadowska, Wrocław 2004, s. 163-200.
- Kaczan T., Śmigiel R., *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*, red. T. Kaczan, R. Śmigiel, wyd. II, Kraków 2012, s. 35-62.
- Kaczmarek B.B., *Mowa i język dzieci z zespołem Downa – czynniki zakłócające* [w:] *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia*, red. B. Winczura, Kraków 2014, s. 65-91.
- Kaczorowska-Bray K., *Diagnoza we wczesnej interwencji logopedycznej* [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańsk 2012, s. 223-261.
- Kaptur E., *Wczesna interwencja logopedyczna u dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wokół rozwoju dziecka*, red. J. Buława-Hałas, Szczecin 2017, s. 95-109.
- Kaptur E., *Zabawa we wczesnej terapii logopedycznej u dzieci z zespołem Downa*, „Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza” 2019, vol. 26(46), nr 2, w druku.
- Kaptur E., Sławek J., *Od karmienia do mówienia. Wpływ funkcji prymarnych na rozwój mowy*, „Forum Logopedy” 2017, nr 11/12, s. 36-41.
- Kielar-Turska M., *Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganie problemów* [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorekcja*, red. B. Kaja, Bydgoszcz 2003, s. 11-24.
- Kowalczyk G., *Kompetencje osób prowadzących wczesne wspomaganie rozwoju dziecka* [w:] *Wczesne wspomaganie dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny*, red. E. Kraszewska, Gorzów Wielkopolski 2009, s. 29-34.
- Machoś M., *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 1 do 12 miesięcy. Ocena odruchów ze sfery orofacjalnej oraz umiejętności istotnych dla rozwoju mowy*, Bytom 2011.
- Machoś M., *Od zabawy do mówienia. Poradnik dla rodziców i logopedów*, Kraków 2012.
- Machoś M., Czajkowska M., *Sprawdź, czy jest gotowe do jedzenia. Karty obserwacji*, Zabrze 2018.
- Masgutowa S., Regner A., *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*, Wrocław 2009.
- Minczakiewicz E.M., *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków 2001.
- Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Stobnicka-Stolarska P., Paradowska B., *Protokół umiejętności ssania piersi. Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji*, „Postępy w Neonatologii” 2014, nr 1/2, http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/reprint_pn_II%20okladka%20medela_III%20okladka%20holbex5.pdf (przedruk).

Pietrzak-Szymańska B., *Zaburzenia rozwoju a wczesna interwencja logopedyczna* [w:] *Wspieranie rozwoju mowy dzieci urodzonych przedwcześnie i niepełnosprawnych*, red. B. Pietrzak-Szymańska, Warszawa 2013, s. 80-99.

Piotrowicz R., *Małe dziecko, dużo pomysłów. Wczesna interwencja* [w:] *Zespół Downa w XXI wieku*, red. A. Suchcicki, Warszawa 2013, s. 23-55.

Piszczyk M., *Rozwój języka i mowy i dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 89-102.

Regner A., *Wczesna interwencja logopedyczna wobec dziecka zagrożonego niepełnosprawnością* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków 2008, s. 239-251.

Regner A., *Wczesne usprawnianie rozwoju mowy dzieci z zespołem Downa z zastosowaniem ustno-twarzowej terapii regulacyjnej (uttr)* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 79-88.

Rządka M., *Obszary i formy wspomagania rozwoju mowy dziecka* [w:] *Wczesne wspomaganie dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny*, red. E. Kraszewska, Gorzów Wielkopolski 2009, s. 65-71.

Rządka M., *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt. Diagnostyka i stymulacja*, Kraków 2019.

Sadowska L., *Wrocławski Model Usprawniania (WMU) we wczesnej diagnostyce i terapii dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 195-223.

Sadowska L., Mysiek-Prucnal M., Gruna-Ożarowska A., *Medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji u dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 37-62.

Sąsiadek K., *Moje rączki i nóżki chcą się bawić – wykorzystanie zabaw paluszkowych w pracy z małym dzieckiem* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków 2014, s. 307-320.

Stecko E., *Masaż logopedyczny*, wyd. 2, Warszawa 2013.

Wiśniewska B., *Wczesna interwencja logopedyczna u noworodków i niemowląt. Wybrane zagadnienia* [w:] *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko, Warszawa 2012, s. 161-169.

Wiśniewska M., *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Poradnik dla rodziców i terapeutów*, Kraków 2010.

Wójtowicz D., Sadowska L. i inni, *Ocena rozwoju psychomotorycznego dzieci z zespołem Downa oraz dzieci z zespołem Downa i wrodzoną wadą serca w pierwszym i trzecim roku życia*, „Fizjoterapia” 2008, nr 16, s. 25-30.

<http://wiadomosci.wp.pl/kat,1342,title,Takie-dziecko-rodzi-sie-raz-na-dwie-minuty-i-tez-zasluguje-na-milosc,wid,12087539,wiadomosc.html?ticaid=117232> [dostęp: 5.06.2019].

<https://www.bardziejkochani.pl/zespole-downa/co-to-jest-zespole-downa/> [dostęp: 8.08.2019].

Notka o autorce

dr hab. Ewa Kaptur – adiunkt na Wydziale Filologii Polskiej i Klasycznej na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, językoznawca, dyplomowany nauczyciel emisji głosu, logopeda, specjalista wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Zajmuje się przede wszystkim wczesną interwencją logopedyczną (dzieci przedwcześnie urodzonych, z zespołami genetycznymi, z mpd, z niefizjologicznych porodów), a także diagnozą i terapią logopedyczną dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Współtwórczyni specjalności logopedycznej w Instytucie Filologii Polskiej UAM.

RehaIngest®

Mobilny i nieinwazyjny system do diagnostyki i terapii **dysfagii**

Nieinwazyjna i mobilna diagnostyka

Technologia EMG + BI

Pomiar w czasie rzeczywistym

Pomiar długoterminowy

Trening przełykania

Trening oddechowy

Zróżnicowane poziomy trudności

Modyfikacje materiału treningowego



RehaIngest® umożliwia analizę stanu pacjenta nawet do 8 godzin. System dostarcza szczegółową analizę częstotliwości i poprawności procesu przełykania pacjenta.

Baza pacjentów

Raporty + Feedback pacjenta

Normalizacje

Szczegółowe analizy postępów

Animacje 3D

Chcesz dowiedzieć się więcej? Skontaktuj się z nami!

tel. kom.: +48 505 193 500 tel.: +48 32 249 50 40 (wew.35)

e-mail: order@rehaingest.pl

www.rehaingest.pl



Od wady wymowy do karmienia sondą – pytania o kompetencje logopedy

STRESZCZENIE

Artykuł dotyczy kompetencji zawodowych logopedy i jego uprawnień. Rozważania skupiają się także wokół systemu kształcenia i konieczności poszerzania warsztatu zawodowego. Dodatkowo ujęte zostały pewne uwagi i wnioski z zakresu doświadczeń praktycznych.

WSTĘP

Jaką wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne powinien posiadać logopeda? Czy może on wkraczać w zakres uprawnień innych specjalistów? Czy jest równocześnie psychologiem, pedagogiem, nauczycielem, wychowawcą, fizjoterapeutą, lekarzem? Jak krętymi ścieżkami przebiega proces kształcenia logopedy? Pytania o kompetencje logopedy pojawiają się coraz częściej¹. Rozważania na temat obecnego stanu i przyszłości zawodu logopedy wydają się być coraz bardziej słyszalne, szczególnie w kontekście rozwoju nauki i techniki, a także zmian w oczekiwaniach pacjentów, pracowników i pracodawców.

1. KOMPETENCJE ZAWODOWE

1.1. KOMPETENCJE LOGOPEDYCZNE

W zawodzie logopedy bazę stanowi wiedza lingwistyczna, dotycząca języka i komunikacji: znajomość fonetyki, gramatyki, językoznawstwa. Logopeda doskonale powinien znać normy sprawności językowych na poszczególnych etapach rozwoju, a także posiadać umiejętność oceny odchyleń od tychże norm, stosując aktualne, standaryzowane narzędzia. Specjalista zajmujący się zaburzeniami mowy i komunikacji powinien swobodnie poruszać się na polu terapii, począwszy od wad wymowy, poprzez afazję, dysartrię, jąkanie, niedosłuch, emisję głosu i inne.

Z postępowaniem badań i rozwojem wiedzy logopedzi mają dostęp do coraz bogatszej oferty metod wywoływania dźwięków mowy oraz usprawniania narządów mowy przy pomocy specjalistycznych zestawów narzędzi. Błyskawiczny postęp techniczny umożliwia korzystanie z szerokiego wachlarza pomocy do komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Różnorodność systemów piktogramów, symboli, gestów, programów, dodatkowych wysoko wyspecjalizowanych urządzeń z dnia na dzień zmienia rzeczywistość zarówno pacjentów, jak i logopedów.

1.2. KOMPETENCJE MEDYCZNE

Praca z osobami z niepełnosprawnością skłania logopedę do poszerzania wiedzy z zakresu medycyny. Terapia osób z mózgowym porażeniem dziecięcym, zespołami genetycznymi, zespołami wad wrodzonych, wylewami czy udarami, porażeniami nerwów i niedowładami wymaga pewnej wiedzy neurologicznej. Powyższe zaburzenia charakteryzują się bowiem nie tylko zaburzeniami mowy i komunikacji, ale przede wszystkim dysfunkcjami narządu ruchu, związanymi z nieprawidłowym napięciem mięśniowym, przetrwałymi odruchami, zaburzeniami oddychania, odżywiania, nieprawidłowościami w odbiorze i przetwarzaniu wrażeń zmysłowych, epilepsją i in. Terapia logopedyczna nie koncentruje się w tych przypadkach wyłącznie na komunikacji, ale także na stworzeniu optymalnych warunków do jej wdrażania.

1 K. Bulewicz, *Miejsce logopedy w systemie oświaty w Polsce – ujęcie liczbowe*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 54-63; A. Domagała, U. Mirecka, E. Muzyka-Furtak, *Edukacja logopedyczna – potrzeby i preferencje zawodowe słuchaczy studiów podyplomowych*, „Annales N – Educatio Nova” 2016, nr 1, s. 141-160; B. Deredas, K. Dobosiewicz-Olechowska, A. Żebryk-Stopa, *Sytuacja logopedy w resorcie służby zdrowia w Polsce*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 45-49; D. Jodzis, *Logopeda w szkole rodzenia*, „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 10, s. 49-52; U. Kuleta, *Logopedzi w kulturze*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 50-53; Z.M. Kurkowski, *Specjalizacje logopedyczne*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 75-78; S. Milewski, K. Bray-Kaczorowska, *Czy jest potrzebna gerontologopedia? Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej*, „Nowa Logopedia” 2014, t. 5, s. 13-26; D. Pluta-Wojciechowska, *Gerontologopedia – oryginalna perspektywa refleksji naukowej i kształcenia logopedycznego*, „Nowa Logopedia” 2014, t. 5, s. 27-40; M. Przybysz-Piwko, K. Szamburski, *Standardy godzinowe kształcenia logopedów po zmianach związanych z przyjęciem bolońskiego systemu oświaty*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 15-24; Z. Tarkowski, *Nowe specjalizacje w logopedii*, „Forum Logopedy” 2016, nr 14, <https://forumlogopedy.pl/artikel/nowe-specjalizacje-w-logopedii> [dostęp: 18.07.2019]; T. Woźniak, *Analiza standardów kształcenia zawodowego logopedów w Polsce*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 25-30.

Logopeda powinien także wykazywać się odpowiednią wiedzą z zakresu laryngologii. W terapii uczestniczą osoby nie tylko z przerostem migdałów czy skrzywieniem przegrody nosowej, ale także pacjenci z wadami twarzoczaszki, rozszczepami, zaburzeniami połykania, karmione sondą. W takiej sytuacji logopeda, podejmując się terapii związanej z oddychaniem i odżywianiem, bierze na siebie część odpowiedzialności za zdrowie, a nawet życie pacjenta.

Równie szerokiej wiedzy wymaga od logopedów praca na polu dziedzin pokrewnych laryngologii, poczynając od audiologii (cały potężny, obszerny dział surdologopedii), poprzez foniatrię (m.in. emisja głosu), kończąc na związanej z powyższym onkologopedią (m.in. nowotwory krtani).

Pozostając w obszarze medycznym należy wspomnieć o ortodoncji. Logopeda podczas terapii zajmuje się wstępną oceną zgryzu, dobiera ćwiczenia, kieruje na konsultację do ortodonta. Obecnie także często zajmuje się doбором coraz bardziej popularnych wkładek korygujących zgryz oraz doradztwem w kwestii podcinania wędzidełek jamy ustnej.

Logopedzi coraz częściej wkraczają także w obszar neonatologii, uczestnicząc w prelekcjach w szkole rodzenia, przejmując częściowo kompetencje położnej laktacyjnej. Tym samym udzielają się w terapii zaburzeń odruchów noworodkowych, dysfunkcji przyjmowania pokarmów, pracy nad relacjami młodej matki z nowo narodzonym dzieckiem.

Logopedzi także dość swobodnie poruszają się w świecie dietetyków, zajmując się terapią wybiórczości pokarmowej czy doradztwem dietetycznym w przypadku głębszych zaburzeń, m.in. spektrum autyzmu.

1.3. KOMPETENCJE FIZJOTERAPEUTYCZNE

Kolejnym obszarem chętnie „anektowanym” przez logopedów jest fizjoterapia. W przypadku pracy z osobami z niepełnosprawnością przydaje się umiejętność oceny napięcia mięśniowego pacjenta, wpływu napięcia na stan narządów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych, ocena ryzyka utrzymywania nieprawidłowej pozycji pacjenta (m.in. zwłknięcie stawów, pogłębianie krzywizn kręgosłupa).

Duże zainteresowanie logopedów budzi także terapia stawu żuchwowo-skroniowego, terapia ręki czy terapia oddechowa.

Obecnie coraz więcej metod terapii jest kierowanych zarówno dla fizjoterapeutów, jak i logopedów, m.in. Koncepcja NDT-Bobath, kinesioping, PNF, osteopatia, terapia powięziowa, Koncepcja C. Moralesa, Metoda Padovan, Masaż Shantala. Logopedzi stają się aktywni także na polu fizykoterapii, podejmując się prowadzenia zabiegów elektrostymulacji narządów artykulacyjnych.

1.4. KOMPETENCJE PSYCHOLOGICZNE

Logopeda nie zawsze ma możliwość współpracowania z psychologiem, dlatego sam powinien posiadać pewien zakres wiedzy psychologicznej, pozwalający na wstępną ocenę poziomu intelektualnego dziecka i dostosowanie formy terapii do tego poziomu. Ponadto osoby poddawane terapii prezentują odmienne typy osobowości, różny poziom dojrzałości emocjonalnej i równie zróżnicowany poziom aktywności oraz specyficzne wzorce zachowań. Często zdarza się, że punktem wyjścia dla logopedy jest przemyślane dostosowanie się do zachowań podopiecznego lub ich modyfikacja, a dopiero w drugiej kolejności praca nad rozwijaniem jego kompetencji językowych i komunikacyjnych.

Niektóre zaburzenia mowy są szczególnie powiązane ze stanem psychicznym pacjenta, jego emocjami, przeżyciami wewnętrznymi, np. jękanie i mutyzm. Terapia w tej sytuacji wymaga od logopedy umiejętności analizy zachowań, oceny relacji pacjenta z otoczeniem, niezwyklej wrażliwości oraz wiedzy m.in. z zakresu technik relaksacyjnych czy wizualizacji.

Niezwykle trudne wymagania stawia przed logopedą terapia autyzmu. Specjalista podejmujący się pracy w tym zakresie powinien posiadać szeroką, dynamicznie zmieniającą się wiedzę na temat przyczyn, objawów i różnorodności metod terapii autyzmu. Powinien wykazywać się umiejętnością wnikliwej obserwacji i interpretacji zachowań, szczególnie ogromną cierpliwością i pokorą, a także pewną odpornością na nieprzewidziane, zmieniające się warunki emocjonalne pacjenta podczas terapii.

Szerokich kompetencji z zakresu psychologii wymaga od logopedy praca z osobami z afazją. Tu zaburzenia mowy i komunikacji przeplatają się z rozpadem zdolności do dokonywania operacji myślowych, zaburzeniami pamięci, praktyki i gnozy. Konieczna jest także znajomość elementów gerontologii, wiedzy na temat naturalnych procesów starzenia się i ich skutków dla mowy i myślenia.

1.5. KOMPETENCJE PEDAGOGICZNE

Logopeda, pracując zarówno z dzieckiem, jak i z dorosłym, powinien mieć predyspozycje i wiedzę pedagogiczną. Dzięki temu sprawniej zorganizuje stanowisko pracy, dostosuje treści i kreatywnie przygotowuje pomoce dydaktyczne.

Istotne jest zachowanie logopedy, osobowość, umiejętność dostosowania stylu pracy do odbiorcy, budowanie relacji oraz motywacji do pracy. Dzięki cechom pedagoga logopeda aktywnie uczestniczy w procesie wychowania i służy radą w tymże zakresie.

Wiedza pedagogiczna to także ogromny dział metodyki nauczania. W przypadku logopedy szczególnie istotna jest znajomość podstaw metodyki nauczania czytania i pisania, ponieważ język mówiony i pisany znacznie się od siebie różnią, a terapia logopedyczna często splata się z terapią dysleksji.

Pedagogiczne umiejętności logopedy są niezbędne także przy wykorzystaniu metod związanych z ruchem, takich jak psychomotoryka, integracja sensoryczna czy muzykoterapia. Tu ogromne znaczenie mają takie cechy jak kreatywność, spontaniczność, pewne zdolności artystyczne, umiejętność wykorzystania zabawy do celów dydaktycznych.

Zainteresowania zarówno logopedów, jak i pedagogów oscylują też wokół tematyki treningów słuchowych z zastosowaniem odpowiedniego sprzętu. W natłoku powyższej wiedzy i możliwości prowadzenia terapii logopedzi zapominają czasem, że nadrzędnym celem ich pracy powinna być mowa i komunikacja.

2. KSZTAŁCENIE LOGOPEDÓW A ICH KOMPETENCJE

Jak powinno wyglądać kształcenie logopedów? Już wiadomo, że program dwuletnich podyplomowych studiów logopedycznych nie daje odpowiednio szerokich kwalifikacji, dodatkowo biorąc pod uwagę fakt, że tego rodzaju studia mogą ukończyć osoby niekoniecznie dotychczas zawodowo związane z terapią. Pięcioletnie studia logopedyczne są lepszym rozwiązaniem, dają szerszy pogląd, większe możliwości praktyczne, lepszy start w zawodzie. Nadal jednak poszerzanie kwalifikacji musi jeszcze mieć miejsce później, na dalszym etapie studiów podyplomowych lub specjalizacji przy ośrodkach akademickich.

W zależności od zainteresowań czy perspektywy miejsca pracy logopedzi mogą wybrać różne kierunki specjalizacji. Przykładem może być wczesna interwencja logopedyczna, dedykowana logopedom pracującym w ośrodkach rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych, w żłobkach i przedszkolach, szczególnie o profilu specjalnym czy integracyjnym. Podobnie trafnymi rozwiązaniami są specjalizacje, a tym samym osiąganie wysokich kompetencji w zawężonych dziedzinach, np. z surdologopedii (praca w ośrodkach dla osób niesłyszących i z niedosłuchem), balbutologopedii (praca w stowarzyszeniach osób z niepełnością mowy, udział w turnusach terapeutycznych), afazjologii (praca na oddziałach szpitalnych). Tu rodzi się pytanie, czy dana specjalizacja powinna odnosić się do wieku pacjenta, np. gerontologopedia, czy do rodzaju zaburzenia, np. onkologopedia dziecięca lub dorosłych?

W świetle powyższych rozważań pojawia się pytanie o sens prowadzenia specjalizacji z neurologopedii. Obejmuje ona zbyt szerokie spektrum zarówno w zakresie dysfunkcji, jak i wieku, i zawiera część tematyki opisanej powyżej, jak też rozległy obszar m.in. oligofrenologopedii.

3. WIEDZA A PRAKTYKA

Rozwój specjalizacji w logopedii jest nieunikniony ze względu na dynamiczny postęp naukowy i określony profil pacjenta. W praktyce jednak warunki rynku pracy skłaniają logopedów do prowadzenia różnorodnej terapii. Fakt ten powoduje odczuwanie pewnego dysonansu. Powstaje pytanie – czy logopeda ma wiedzieć „wszystko”, czy posiadać ściśle określone, wysoko wyspecjalizowane umiejętności. Przy analizie kompetencji wymaganych od logopedy rodzi się kolejne pytanie, jaki właściwie ma być ich zakres?

Specjalizując się w zawodzie należy zdobywać najistotniejszy element, jakim jest praktyka. To liczba pacjentów z konkretnym zaburzeniem decyduje o naszym doświadczeniu, a tym samym podejmowaniu odpowiednich decyzji. Na przykład – sam fakt dostrzeżenia wędzidełka podjęzykowego u niemowlęcia nie jest wskazaniem do jego podcięcia, jak się wielu logopedom wydaje. To liczba wypracowanych godzin i setek zbadanych wędzidełek oraz wiedza o ich wpływie na ruchomość języka czyni nas specjalistami, którzy podejmą właściwą decyzję. Podobnie – to duża liczba przepracowanych godzin diagnozy i terapii dzieci z niedosłuchem czyni nas surdologopedami czy duża liczba przepracowanych godzin z pacjentami po usunięciu krtani czyni nas onkologopedami itd.

Sama świadomość istnienia poszczególnych zaburzeń w połączeniu z okazjonalną konfrontacją z rzeczywistością „specjalistów z nas nie czyni”. Nie można być specjalistą we wszystkich dziedzinach, a szeroka wiedza z pogranicza wielu specjalizacji nie jest równa umiejętnościom.

4. JAKA JEST RZECZYWISTOŚĆ Z PUNKTU WIDZENIA LOGOPEDY-PRAKTYKA?

Rodzaj zatrudnienia dzieli logopedów na różne grupy, np. pracujących w oświacie (objętych kartą nauczyciela), w służbie zdrowia (objętych kodeksem pracy) oraz logopedów zatrudnionych przez prywatne placówki (tu rodzaj umowy bywa niejednoznaczny) bądź posiadających własną działalność gospodarczą.

Miejsce pracy logopedy zazwyczaj definiuje jego specjalizację, co stawia go w dość komfortowej sytuacji (przedszkola, szkoły, szkolnictwo specjalne, Polski Związek Głuchych, oddziały szpitalne o konkretnej specjalizacji, stowarzyszenia itp.). Wówczas logopeda praktykuje w wąskiej dziedzinie, a jego kompetencje w niej wzrastają.

Niekiedy jednak jest inaczej. Na przykład w poradni logopedycznej, posiadającej kontrakt w ramach NFZ, logopeda ma obowiązek przyjąć każdego pacjenta, bez względu na wiek oraz zaburzenie. W tej sytuacji zobligowany jest do terapii zarówno wad wymowy, jąkania, zaburzeń ssania u niemowląt, mutyzmu, afazji, niedosłuchu, dysartrii i in. Zazwyczaj są to podopieczni szkół, przedszkoli, stowarzyszeń i placówek specjalistycznych, którzy są już pod opieką logopedów w tychże placówkach, a dodatkowo chcą korzystać z terapii poradni logopedycznej NFZ. Nasuwa się myśl o sensie istnienia tych

poradni w ogólnym, wielospecjalistycznym kształcie. Logopeda w takiej placówce jest zobowiązany „wiedzieć i potrafić wszystko”, ponieważ tak zróżnicowane są oczekiwania pacjentów.

Dodatkowo liczba osób, którym przysługuje terapia jest tak duża, że ich wizyty odbywają się zazwyczaj co dwa, trzy tygodnie, a to budzi pytanie o skuteczność terapii. Trudno jest odnaleźć się logopedzie w takiej rzeczywistości. Być może z czasem postęp wiedzy i zmiany oczekiwań pacjentów przyczynią się do stworzenia oferty specjalistycznych poradni logopedycznych w ramach NFZ, tak aby wzrósł komfort pracy logopedy oraz jego skuteczność.

PODSUMOWANIE

Obecnie można odnieść wrażenie, że zawód logopedy w niezwykle szybkim tempie nabiera nowych kształtów i jednocześnie dryfuje. Z jednej strony widoczna jest wśród logopedów pozytywna, ogromna chęć zdobywania, poszerzania wiedzy oraz dążenie do zawodowej samodzielności. Logopedzi, w przeciwieństwie do niektórych pokrewnych grup zawodowych, chętnie inwestują czas i finanse we własne wykształcenie, są niezwykle ambitną grupą zawodową. Z drugiej jednak strony połowiczne wchodzenie w kompetencje innych specjalistów niesie z sobą ryzyko nieporozumień między pacjentami a specjalistami (np. pacjenci przychodząc do neurologopedy często są przekonani, że przychodzą do lekarza), a także szereg nieporozumień czy rozbieżności odnośnie do zakresu diagnozy i terapii. Niektórzy logopedzi świadomie przekraczają zakres kompetencji, a inni są do tego zmuszani formą zatrudnienia. System kształcenia i osiągania specjalizacji jest niejednolity, co budzi także zastrzeżenia pracodawców. Oczywiście istotne jest prawne uregulowanie powyższych wątpliwości, ale konieczna jest również inicjatywa samych zainteresowanych. Czas, a także przedsiębiorczość logopedów, pokażą dalszy kierunek tej niewątpliwie prężnej grupy zawodowej. ■

BIBLIOGRAFIA

- Bulewicz K., *Miejsce logopedy w systemie oświaty w Polsce – ujęcie liczbowe*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 54-63.
- Domagała A., Mirecka U., Muzyka-Furtak E., *Edukacja logopedyczna – potrzeby i preferencje zawodowe słuchaczy studiów podyplomowych*, „Annales N – Educatio Nova” 2016, nr 1, s. 141-160.
- Deredas B., Dobosiewicz-Olechowska K., Żebryk-Stopa A., *Sytuacja logopedy w resorcie służby zdrowia w Polsce*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 45-49.
- Jodzis D., *Logopeda w szkole rodzenia*, „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 10, s. 49-52.
- Kuleta U., *Logopedzi w kulturze*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 50-53.
- Kurkowski Z.M., *Specjalizacje logopedyczne*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 75-78.
- Milewski S., Bray-Kaczorowska K., *Czy jest potrzebna gerontologopedia? Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej*, „Nowa Logopedia” 2014, t. 5, s. 13-26.
- Pluta-Wojciechowska D., *Gerontologopedia – oryginalna perspektywa refleksji naukowej i kształcenia logopedycznego*, „Nowa Logopedia” 2014, t. 5, s. 27-40.
- Przybysz-Piwko M., Szamburski K., *Standardy godzinowe kształcenia logopedów po zmianach związanych z przyjęciem bolońskiego systemu oświaty*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 15-24.
- Tarkowski Z., *Nowe specjalizacje w logopedii*, „Forum Logopedy” 2016, nr 14, <https://forumlogopedy.pl/artukul/nowe-specjalizacje-w-logopedii> [dostęp 18.07.2019].
- Woźniak T., *Analiza standardów kształcenia zawodowego logopedów w Polsce*, „Biuletyn Logopedyczny” 2010, nr 1, s. 25-30.

Notka o autorce

dr Daria Jodzis – neurologopeda, dyplomowany specjalista wczesnej interwencji logopedycznej, certyfikowany międzynarodowy terapeuta Koncepcji C.R. Moralesa oraz certyfikowany terapeuta SI, autorka technik wspomagania rozwoju mowy: Proste Gesty – PROGESTY. Przede wszystkim praktyk. Od 1999 r. prowadzi terapię w ośrodkach rehabilitacji, w ramach placówek służby zdrowia. Obecnie współpracuje z najlepszymi specjalistami z zakresu terapii i rehabilitacji w Zielonej Górze. Wykładowca akademicki. Zainteresowania zawodowe: wczesna interwencja, terapia neurologopedyczna i stymulacja sensoryczna niemowląt z tzw. grupy ryzyka oraz dzieci w wieku poniemowlęcym, przedszkolnym i wczesnoszkolnym z obciążeniami rozwojowymi.

Opieka logopedyczna dziecka przedwcześnie urodzonego

STRESZCZENIE

Zaprezentowany tekst porusza tematykę opieki logopedycznej wcześniaków w Polsce. W części pierwszej przedstawione są czynniki ryzyka porodu przedwczesnego oraz konsekwencje (choroby i zaburzenia) w życiu wcześniaka. W kolejnej części artykułu prezentowany jest model opieki terapeutycznej/neonatologicznej stosowany przez autorkę.

1. CZYNNIKI RYZYKA PORODU PRZEDWCZESNEGO

Z każdym rokiem rośnie liczba dzieci urodzonych przedwcześnie, czyli między 23. a 37. tygodniem ciąży. Powodów takiego stanu rzeczy jest wiele. Upatruje się ich przede wszystkim w kondycji zdrowotnej matki, zależnej od przeżywanego stresu, trybu życia, wymagającej pracy, nadmiernej aktywności fizycznej, stosowanych używek, zażywanych leków, przebytych chorób oraz infekcji dróg rodnych. Choroby matki, które są podawane jako ryzykowne dla płodu to: choroby układu krążenia oraz serca, cukrzyca, zaburzenia hormonalne, choroby tarczycy, choroby weneryczne, choroby zakaźne, np. różyczka, oспа, gruźlica, ciężko przebyte przeziębienia z wysoką gorączką, zapalenie nerek. Do tego rodzaju problemów zdrowotnych matki wchodzi również mięśniaki macicy, wady rozwojowe narządów rodnych, wielowodzie.

Do czynników ryzyka przedwczesnego porodu zalicza się również wiek matki – poniżej 17 r.ż. lub powyżej 35 r.ż. oraz ewentualne przebyte przez nią urazy. Nie bez znaczenia są również kwestie genetyczne oraz środowiskowe, np. zanieczyszczenie powietrza i gleby. Ryzykiem obciążone są również ciążę mnogie oraz ciążę z wadami genetycznymi/rozwojowymi płodu.

2. KONSEKWENCJE PRZEDWCZESNEGO PORODU W ŻYCIU WCZEŚNIAKA

Zgodnie z różnymi statystykami, podawanymi przez portale medyczne, w Polsce co roku rodzi się od 20-24 tysięcy wcześniaków¹. Tendencja ta przybiera charakter wzrostowy, głównie dlatego, że ratuje się dzieci z coraz mniejszą masą urodzeniową, nawet poniżej 500 g. W światowych standardach przyjmuje się rozróżnienie wcześniaków na takie z: małą masą urodzeniową ciała LBW < 2500 gramów, bardzo małą masą urodzeniową ciała VLBW < 1500 gramów, ekstremalnie niską masą urodzeniową ELBW < 1000 gramów oraz niewiarygodnie niską masą ciała ILBW < 750 gramów². Najmniejszy wcześniak uratowany i wypisany przez lekarzy do domu to dziecko z San Diego – miało ono po urodzeniu 243,8 gramów.

Noworodek, który jest uznawany za wcześniaka, rodzi się przed 37. tygodniem ciąży. Do skrajnych wcześniaków zalicza się dzieci urodzone przed 32. tygodniem ciąży, przy czym specjaliści rozróżniają tam dwie grupy: wcześniaki urodzone między 23. a 27. tygodniem ciąży oraz pomiędzy 28. a 32. tygodniem ciąży. W przypadku tych dwóch grup specjaliści muszą zastosować zupełnie różne standardy postępowania, które zależne są od następujących czynników³:

1 <https://www.mp.pl/pacjent/pediatric/aktualnosci/badania/199138,rodzi-sie-coraz-wiecej-wczesniakow> [dostęp: 16.08.2019].

2 Materiały z kursu „Opieka, stymulacja i terapia rozwojowa w oddziałach neonatologicznych”, organizator: P. Zawitkowski.

3 Tamże.

Tabela 1. Różnice między wcześniakami

Wyszczególnienie	Wcześnieaki urodzone między 23. a 27. t. c.	Wcześnieaki urodzone między 28. a 32. t. c.
Waga	ok. 500-800 g	ok. 1,4-1,6 kg
Skóra	bardzo cienka, galaretowata, koloru ciemnoczerwonego	grubsza, bledsza, koloru ciemnoróżowego/różowego
Uszy	małżowina uszna miękka, po dotyku ulega odkształceniom	małżowina uszna jest bardziej uformowana i mniej się odkształca przy dotykaniu
Narządy płciowe	u dziewczynek lechtaczka i wargi sromowe widoczne i większe; u chłopców jądra nie zstąpiły do kanału pachwinowego	u dziewczynek wargi sromowe mniejsze mniej widoczne; u chłopców jądra zstąpiły do kanału pachwinowego
Postawa ciała	wyprostowana, ruchy nieskoordynowane,	zgięciowa, ruchy bardziej skoordynowane
Oczy	powieki zrośnięte całkowicie lub częściowo, prawie nie ma ruchów gałek ocznych	powieki częściowo otwarte, zaczynają się ruchy gałek ocznych
Reakcje	na dźwięki i głosy	na głosy, dźwięki, światło
Oddech	bezdechy, konieczność wsparcia oddechowego	rzadkie bezdechy, mniejsza konieczność wsparcia oddechowego
Sen	częsty, trzeba wybudzać do karmienia	karmienie odbywa się na żądanie, podział na fazę snu i czuwania

Wcześnieaki z różnego okresu urodzeniowego, a także z inną masą urodzeniową, będą przejawiały odmienne zaburzenia, problemy rozwojowe i choroby. Wśród nich najczęściej występujące to:

1. Zespół zaburzeń oddychania – charakteryzuje się przede wszystkim przyspieszonym oddechem, stękaniami wydechowym, poruszaniem skrzydełkami nosa, bezdechami, sinieniem. Obserwuje się wtedy zbyt małą ilość tlenu, w który zaopatrywany jest wcześniak, a także za dużą ilość dwutlenku węgla. Dziecko w takiej sytuacji musi być monitorowane, wspomagane wentylacyjnie (CPAP lub mechaniczna wentylacja) oraz leczone surfaktantem do płuc. Konieczna jest kontrola ciepła, jedzenia i ogólnego funkcjonowania organizmu.

2. Retinopatia wcześniacza – choroba niedojrzałej siatkówki, spowodowana niewykształceniem się w pełni naczyń siatkówki. W konsekwencji może dojść do odwarstwienia siatkówki i ślepoty.

3. Sepsa, czyli posocznica – dysfunkcja wielonarządowa, której przyczyną jest niewłaściwa reakcja wielu narządów na zakażenie organizmu.

4. Drożny przewód Botalla – niezamknięcie w pierwszej dobie po urodzeniu jest spowodowane małą wrażliwością na tlen ściany przewodu tętniczego. Powoduje szmery, niewydolność krążeniową, bezdechy, zaburzenia oddychania, tachykardię. Dziecko w takiej sytuacji musi być monitorowane, mieć opiekę chirurgiczną i farmakologiczną.

5. Hipotermia – wychłodzenie organizmu z powodu zbyt małej ilości tkanki tłuszczowej oraz cienkiej skóry, a także niemożności wytworzenia odpowiedniego ciepła. Zaburzona termoregulacja może wpłynąć niekorzystnie na procesy oddechowe oraz zużycie energii.

6. Martwicze zapalenie jelit – inaczej zmiany niedokrwienno-martwicze zlokalizowane w jelicie cienkim. Są one spowodowane niską masą urodzeniową, która to z kolei wpływa na nietolerancje pokarmowe, brak perystaltyki jelit, zaleganie treści pokarmowej oraz kału. Obserwuje się wzdęcia, tkliwość w obszarze brzuszny. Może to doprowadzić do zespołu jelita krótkiego.

7. Zaburzenia metabolizmu węglowodanów – hipoglikemia i hiperglikemia.

8. Problemy z ssaniem odżywczym i nieodżywczym, polykaniem (dysfagia) – zaburzenia sfery orofacialnej oraz koordynacji ssania, oddychania i polykania (dławienie się). Ich następstwem jest wprowadzenia trzech rodzajów karmienia:

- a) troficznego – małe ilości pokarmu, w celu przyzwyczajania jelit do prawidłowego funkcjonowania,
- b) sondą – w sytuacji wcześniaków urodzonych do 34. tygodnia ciąży lub poważnie chorych, mających problem z koordynacją konieczną do przełykania pokarmu,
- c) dojelitowego – linia centralna, cewnik (PEG) w sytuacji niemożliwości karmienia sondą oraz po przedłużonym karmieniu sondą.

9. Nadwrażliwość dotykowa, wzrokowa, słuchowa – są spowodowane przebywaniem na oddziale noworodkowym w stanie nieodpowiedniego rozwoju układu nerwowego, m.in. regulującego odczuwanie/obieranie różnych bodźców zewnętrznych i wewnętrznych.

10. Wylewy dokomorowe I, II, III i IV stopnia – wylewy I i II stopnia są bezobjawowe, a krwawienia cofają się same, co nie powoduje praktycznie żadnych konsekwencji. Szczególnie niebezpieczne dla rozwoju dziecka są wylewy III i IV stopnia, powodujące niedotlenia różnych obszarów, wodogłowię lub zamartwicę, która wiąże się z ciężkimi powikłaniami rozwojowymi dziecka.

3. INTERDYSCYPLINARNA OPIEKA NAD NOWORODKIEM

Opieka nad dziećmi przedwcześnie urodzonymi wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Wieloaspektowość jest konieczna w podejściu medycznym, jak i terapeutycznym. Ogromną rolę pełni tutaj wykwalifikowany personel medyczny: lekarze położne i pielęgniarki, ale również specjaliści z innych dziedzin, zajmujących się terapią: neurologopedzi, fizjoterapeuci, psychologowie. Tych ostatnich na oddziałach neonatologicznych jest jednak najmniej.

Coraz więcej uwagi zaczyna przywiązywać się do pracy terapeutów, których umiejętności wydają się być kluczowe i nie zastąpione w opiece neonatologicznej. Proces ten trwa i jest powolny, przygotowywane są programy do kształcenia w zakresie terapii neonatologicznej, ale codzienna rzeczywistość wykazuje braki w tej dziedzinie. Nie jest bowiem standardem posiadanie na oddziałach neonatologicznych kilku specjalistów, takich jak psycholog, logopeda i fizjoterapeuta. Pokutuje nadal przeświadczenie, że pomoc tego rodzaju nie jest ważna w porównaniu do zadań nadrzędnych, jakimi są ratowanie życia i zdrowia dzieci przedwcześnie urodzonych.

Specyfika pracy na oddziale neonatologicznym często uniemożliwia efektywne współdziałanie personelu medycznego i terapeutycznego. Atmosfera OION-u mocno wpływa na życie dziecka, odbieranie przez nie bodźców, nabywanie nowych doświadczeń, uczestniczenie w procesie terapeutycznym. Kiedy rozpoczynałam i obserwowałam pracę w tym miejscu, pełnym ludzi, rozmów, sprzętu, miałam na uwadze tylko jedno – skuteczność wszystkich działań jest zależna od spokoju. I spokój jest tym, czego tak naprawdę potrzebują wcześniaki, a także ich rodzice i terapeuci.

Marta Karwot-Pięta⁴, neurologopeda z wieloletnim doświadczeniem na oddziale neonatologicznym, zaznacza, że istnieje swoisty kwadrat, w którym znajduje się wcześniak oraz asystujący mu terapeuta. Należą do niego: rodzice, lekarze, pielęgniarki i położne, codzienne warunki oddziału.

Rodzice na OION-nie żyją w ciągłym stresie i lęku o dziecko. Monitorują jego parametry, czekają na informacje o stanie zdrowia, przyzwyczajają się do trudnej sytuacji, która ich spotkała. Mierzą się z warunkami szpitalnymi i podejściem personelu do dziecka-pacjenta oraz nich samych.

Lekarze w zdecydowanej większości są skupieni na ratowaniu życia i zdrowia dziecka, najważniejsze dla nich jest określenie zakresu leczenia, natomiast decyzje terapeutów traktują jako coś na przyszłość, nie do końca potrzebnego w obecnej chwili. Takie podejście bywa niezwykle zgubne dla wcześniaka, którego doświadczenia szpitalne wpływają na strukturę mózgu oraz kształtują późniejsze umiejętności, np.: jedzenia, poruszania się, radzenia sobie ze stresem.

Pielęgniarki i położne mają pod opieką kilkoro dzieci w zależności od oddziału. Ich zadania koncentrują się na opiece pielęgnacyjnej, zabiegach medycznych oraz karmieniu. W każdym znanym mi ośrodku działania pielęgniarek i położnych podlegają innej standaryzacji, co też sprawia, że prezentowane podejścia bywają diametralnie różne. Dotyczy to np.: ułożenia dziecka, podnoszenia i przekładania go przy zabiegach pielęgnacyjnych, karmienia, dobierania smoczka do ssania odżywczego i nieodżywczego.

Warunki życia oddziału również stanowią ważny czynnik wpływający na rozwój dziecka. OION to miejsce hałasu, skupisko ludzi, którzy przychodzą i badają, ale również działają w nagłych sytuacjach, także w sytuacjach alarmowych, ogłaszanych przez różnego rodzaju urządzenia, dzwonki i czujniki. Na OION-nie ciągle coś się dzieje i nie pachnie tu przyjemnie, lecz drażniaco sterylnie.

⁴ M. Karwot-Pięta, *Terapia zaburzeń procesu karmienia u dzieci urodzonych przedwcześnie* [w:] *Karmienie małego dziecka – wieloaspektowość w terapii. Podejście interdyscyplinarne*, red. A. Piechnik, Warszawa 2019.

Pamiętać należy, że wcześniaki, obciążone różnymi chorobami i zaburzeniami, doświadczają wielu nieprzyjemnych odczuć z powodu stosowania wobec nich np.: rurek intubacyjnych, zgłębników nosowo-żołądkowych, kabli od różnego rodzaju aparatury, przyrządów medycznych, koniecznych do wykonania zabiegów. Do tego wcześniaki prawie zawsze cierpią na zaburzenia o charakterze laryngologicznym w obrębie jamy ustnej, nosowej, gardłowej. Ich tkanki nie są odpowiednio wykształcone, zdarzają się różnego rodzaju obrzęki, zwiotczenia, zaniki mięśni, porażenia mięśni krtaniowych, wiotkość krtani, rozszczepy wargi, podniebienia i wyrostka zębodołowego.

4. MODEL OPIEKI TERAPEUTYCZNEJ NEONATOLOGICZNEJ

Sposób uczenia się odbierania bodźców i poczucie komfortu dziecka w szczególnych warunkach OION-u stanowią priorytet w podejściu terapeutycznym. Paweł Zawitkowski i Marta Karwot-Pięta zalecają model asystujący w opiece terapeutycznej dziecka, czyli „hands off + obserwacja + czas”. Po okresie obserwacji, czyli pozwolenia dziecku na szeroko rozumianą autoregulację i autostymulację w dostarczaniu sobie różnych bodźców, przychodzi moment asystowania, czyli wspierania własnej aktywności dziecka w poczuciu jego komfortu. Zatem tradycyjnie ujęta terapia i stymulacja zwalniają miejsca szeroko rozumianej pielęgnacji dziecka. Pielęgnacji terapeutycznej o charakterze neonatologicznym.

Czym zatem może zająć się logopeda? Jego czynności będą skoncentrowane na trzech aspektach:

- działaniach pielęgnacyjnych,
- obserwowaniu i wspieraniu oddychania,
- ocenie i optymalizacji procesu karmienia.

Działania pielęgnacyjne/terapeutyczne to wszystkie czynności wykonywane z dzieckiem. Można do nich zaliczyć zapewnienie komfortowej pozycji w czasie snu, przewijania, obracania i karmienia. Ważne jest dostarczanie nieprzerwanego dotyku, aby dziecko nie czuło ciągle nowych ruchów. Wśród działań terapeutycznych znajduje się umożliwienie dziecku osiągnięcia pozycji ciała, która będzie pozwalała na obserwowanie zachowań oralnych, w tym eksplorowanie ustami rąk. Konieczne będzie ocenianie, jak dziecko wysuwa język, otwiera oczy, obraca głowę, układa się. Ruchowo należy podążać za ruchami dziecka, które ma potrzebę pocucia siebie i przestrzeni. Pielęgnacja ma służyć przygotowaniu dziecka do karmienia, które powinno to odbywać po wybudzeniu, a nie przez sen. To pozwala dziecku na wykształcenie umiejętności odpowiedzialnej za późniejszą regulację potrzeb. Szczególnie ważne jest również ułożenie dziecka w pozycji spoczynkowej/do snu, przy zabezpieczeniu karku, obręczy barkowej, bioder oraz innych części ciała, które muszą znajdować punkt stabilizacji, nie mogą wisieć w powietrzu ze względu na problemy z odczuwaniem siły grawitacji przez wcześniaki, ale również bolesne obciążenie poszczególnych części ciała.

Obserwowanie oddechu dziecka jest szczególnie ważne ze względów zdrowotnych i życiowych. Trudności oddechowe dyskwalifikują dziecko z możliwości karmienia doustnego, z powodu braku koordynacji oddychania i połykania, co mogłoby doprowadzić do zakrztuszenia, a w konsekwencji również zachyłkowego zapalenia płuc. W takiej sytuacji należy wspierać funkcje oddechowe. Prowadzenie terapii oddechowej wymaga jednak odbycia kursu z zakresu strategii terapii oddechowej AFE (zwiększanie przepływu wydechowego i wdechowego). Ma ona na celu wspieranie dojrzewania kompetencji oddechowych w różnych stanach chorobowych oraz ćwiczenie oddechu. Umiejętności te są niezbędne do rozpoczęcia przyjmowania pokarmu drogą doustną.

Ocena dojrzałości dziecka do przyjmowania pokarmów doustnych uwzględnia:

- sposób wyrażania odruchowych reakcji oralnych,
- jakość realizowanej funkcji ssania,
- uzależnienie decyzji o karmieniu od statusu oddechowego,
- stany chorobowe,
- parametry dziecka,
- możliwości adaptacyjne dziecka.

W czasie podejmowania próby karmienia należy uwzględnić, czy dziecko pobiera intuicyjnie pokarm, opuszcza żuchwę, wysuwa wargi i język. Procesu karmienia nie należy ułatwiać, np. wycinając większą dziurkę w smoczku butelki lub utrudniać, np. dając mniej wygodną pozycję, proponując mniejszy smoczek. Należy stworzyć dziecku optymalne warunki do podjęcia próby jedzenia. Dopiero potem można stabilizować żuchwę, policzki, język i wypracować koordynację jedzenia i oddychania. Z punktu fizjologicznego nie będzie to możliwe wcześniej. Brak gotowości dziecka do ssania, połykania będzie wyrażany przez zaciskanie ust, uciekanie w sen, płacz, krztuszenie się, nadreaktywność odruchu wymiotnego, kłapanie, zaburzenia oddychania lub połykanie wysiłkowe. Karmienie doustne ma być rozpoczęte nie według założeń, tzn. po osiągnięciu przez dziecko 33. tygodnia, lecz po zaprezentowaniu przez dziecko gotowości do tego rodzaju aktywności. Dlatego też logopeda oprócz dobierania smoczków czy prowadzenia stymulacji logopedycznej, musi przede wszystkim uważnie obserwować dziecko, oceniać jego możliwości i we właściwym czasie wprowadzać nowe umiejętności.

Logopeda neonatologiczny/neurologopeda/terapeuta neonatologiczny/fizjoterapeuta powinien w opiece nad wcześniakami uwzględnić wytyczne terapii neurorozwojowej. Chodzi głównie o prowadzenie opieki, asystowanie i wczesną stymulację dzieci w różnych aspektach podstawowych funkcji – oddychania, jedzenia, aktywności ruchowej, uczenia się odbierania nowych bodźców z otoczenia, samoregulacji. Konieczne będzie w tej sytuacji zabezpieczenie emocji dziecka i jego rodziców, zapewnienie im możliwego największego komfortu, dbanie o relacje rodziców z dzieckiem oraz personelem medycznym. ■

BIBLIOGRAFIA

Karwot-Pięta M., *Terapia zaburzeń procesu karmienia u dzieci urodzonych przedwcześnie*, [w:] *Karmienie małego dziecka – wieloaspektowość w terapii. Podejście interdyscyplinarne*, red. A. Piechnik, Warszawa 2019.

Materiały z kursu „Opieka, stymulacja i terapia rozwojowa w oddziałach neonatologicznych”, organizator: P. Zawitkowski.

<https://www.mp.pl/pacjent/pediatric/aktualnosci/badania/199138,rodzi-sie-coraz-wiecej-wczesniakow> [dostęp: 16.08.2019].

Notka o autorce

dr Magdalena Knapik – asystent na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego na kierunku Logopedia. Absolwentka Filologii Polskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego (2010), uzyskała tytuł doktora nauk humanistycznych w dyscyplinie językoznawstwa. Ukończyła studia podyplomowe z Terapii zaburzeń w mówieniu, czytaniu i pisaniu (UJ, 2010), Logopedii (Akademia „Ignatianum”, 2011), Organizacji i zarządzania oświatą (UP, 2017). Od 2011 r. pracuje jako logopeda – obecnie w Centrum Logopedycznym, współpracuje również z Kliniką Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oraz Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym w Krakowie. Specjalizuje się w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju mowy dzieci wieku niemowlęcym i przedszkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem budowania kompetencji językowej i komunikacyjnej dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, autyzmem, zespołem Aspergera, afazją oraz niedosłuchem. Zajmuje się rozwojem języka w życiu prenatalnym, zaburzeniami mowy u dzieci z poważnymi deficytami rozwojowymi, badaniami zależności między opóźnieniem w rozwoju mowy a problemami laryngologicznymi.

Kwestionariusz czy test? Wykorzystanie narzędzi diagnostycznych przez logopedów – analiza badań własnych

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono analizę badań dotyczącą najczęściej wykorzystywanych przez logopedów narzędzi diagnostycznych. Metodą, którą posłużono się w badaniach, był sondaż diagnostyczny, a narzędziem służącym do zebrania niezbędnych informacji – kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz uzupełniło 426. logopedów.

WSTĘP

Jednym z głównych zadań pracy logopedycznej jest wnikliwa i szczegółowa diagnoza dzieci lub osób dorosłych, wymagających pomocy logopedycznej. Podczas diagnozy logopedzi mogą wykorzystać szeroką gamę dostępnych narzędzi: kwestionariusze oceniające poszczególne aspekty komunikowania się (np. rozumienie mowy, nadawanie mowy, artykulację) oraz testy logopedyczne. Ponadto liczne grono logopedów tworzy swoje własne narzędzia, diagnozujące nieprawidłowości mowy, np. kwestionariusze do diagnozy afazji czy alalii.

Dostępne narzędzia logopedyczne przeznaczone są do diagnozy dzieci w różnym wieku oraz osób dorosłych. W artykule przedstawiono częstość wykorzystania poszczególnych narzędzi w diagnozie logopedycznej z podziałem na wiek dzieci (dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym oraz dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym) i rodzaj ocenianych funkcji oraz formę narzędzia, do której zaliczono narzędzia typu kwestionariusze i testy.

1. KWESTIONARIUSZE DO OCENY ROZWOJU DZIECI

Kwestionariusz „to druk z pytaniami, dotyczącymi określonej dziedziny, kwestii zagadnienia; przeznaczony do wypełniania; ankieta”¹. W logopedii większość narzędzi służących do diagnoz to właśnie kwestionariusze. Są to narzędzia niewystandaryzowane, nieposiadające norm rozwojowych. Służą jedynie do orientacyjnej oceny badanych funkcji u dzieci. Większość z nich zawiera materiał obrazkowy przeznaczony do badań dzieci oraz kartę zapisu odpowiedzi, przeznaczoną dla logopedów.

W opisywanych badaniach przedstawiono 31 kwestionariuszy, służących logopedom do oceny rozwoju dzieci.

2. TESTY DO DIAGNOZ ROZWOJU DZIECI

Test jest narzędziem pomiaru interesujących badacza cech. Testy w Polsce stosowane są głównie przez psychologów. Istnieje niewielka grupa narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych przez logopedów czy pedagogów, które posiadają cechy charakteryzujące narzędzie typu test (standaryzację, obiektywność, normalizację, rzetelność i trafność). Test musi zatem spełniać określone kryteria i precyzować zasady zastosowania i zachowania osoby badającej. Test jest narzędziem przebadanym na reprezentatywnej próbie, pochodzącej z populacji, dla której ma być stosowany².

Na podstawie diagnoz prowadzonych testem można zorientować się, czy otrzymane zachowania i wyniki prób wykonywanych przez dzieci odzwierciedlają przeciętne wyniki uzyskane w badaniach standaryzacyjnych narzędzia. W diagnostyce logopedycznej istnieje niewiele narzędzi, które są testami. Niektóre narzędzia logopedyczne noszą nazwę testu, mimo że testami w rozumieniu powyższych informacji nie są.

W opisywanych badaniach przedstawiono 11 testów, służących logopedom do diagnozy dzieci.

3. CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

Badania ankietowe dotyczące wykorzystania przez logopedów narzędzi diagnostycznych, prowadzono od września 2017 r. do grudnia 2017 r. Kwestionariusz ankiety rozprowadzono na szkoleniu z narzędzia Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD. Rozdano 866 ankiet, z czego uzupełnionych kwestionariuszy wróciło 426 (49,19%).

1 B. Dunaj, *Język polski. Współczesny słownik języka polskiego*, Warszawa 2007, s. 734.

2 E. Hornowska, *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2016, s. 21-22.

W badaniach udział wzięło 364 kobiety (85,45%) i 1 mężczyzna (0,23%). Aż 61 (14,32%) ankietowanych logopedów nie podało płci. Liczbę ankietowanych logopedów w zależności od płci i wieku przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Liczba ankietowanych logopedów ze względu na wiek i płeć

Płeć/wiek	Do 30 lat		30-35 lat		35-40 lat		45-50 lat		Pow. 50 lat		Brak danych		Razem	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
Kobiety	50	11,74	96	22,54	92	21,60	72	16,90	42	9,86	12	2,82	364	85,45
Mężczyźni	0	0,00	1	0,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,23
Brak danych	5	1,17	12	2,82	10	2,35	12	2,82	5	1,17	17	3,99	61	14,32
Razem	55	12,91	109	25,59	102	23,94	84	19,72	47	11,03	29	6,81	426	100,00

Jak wynika z analizy danych zawartych w tabeli 1, największą grupę w badaniach stanowiły kobiety w wieku 30-35 lat (22,54%) oraz 35-40 lat (21,60%).

Bardzo trudno określić jednoznacznie miejsce pracy ankietowanych logopedów, ponieważ większość badanych osób podawała kilka miejsc pracy. Najwięcej, bo aż 185 osób (43,43%), jako miejsce pracy zaznaczyło przedszkole. Wśród ankietowanych 118 osób (27,70%) podało jako miejsce pracy szkołę podstawową, natomiast 34 osoby (7,98%) jako miejsce pracy wpisało: fundacje i stowarzyszenia, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ośrodki wczesnego wspomagania rozwoju, ośrodki szkolno-wychowawcze, prywatne gabinety czy placówki NFZ. Trzy badane osoby (0,70%) to studentki logopedii. Zatem można stwierdzić, że w badaniach występuje bardzo różnorodna grupa ankietowanych logopedów. Natomiast 86 badanych osób (20,19%) nie zaznaczyło miejsca pracy.

W badaniach największą grupę stanowili logopedzi, którzy w zawodzie pracują do 5 lat. Takich osób było aż 132 (30,99%). Lata pracy ankietowanych logopedów przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Liczba ankietowanych logopedów z uwzględnieniem lat pracy

Lata pracy	Liczba logopedów	%
do 5 lat	132	30,99
od 5 do 10 lat	120	28,17
od 10 do 15 lat	56	13,15
powyżej 15	94	22,07
brak danych	21	4,93
studentka logopedii	3	0,70
Razem	426	100,00

Logopedzi stanowią bardzo różnorodną grupę zawodową. Biorąc pod uwagę podstawowe wykształcenie, najwięcej logopedów, bo aż 258 ankietowanych (60,56%) legitymuje się wykształceniem pedagogicznym (pedagogika ogólna, pedagogika wczesnoszkolna, pedagogika przedszkolna, pedagogika opiekuńczo-wychowawcza, pedagogika resocjalizacyjna, surdopedagogika, oligofrenopedagogika i inne). Wśród logopedów można znaleźć również osoby, które ukończyły studia niezwiązane z pedagogiką, np.: biologia, historia, doradztwo zawodowe, socjologia, teologia czy kognitywistyka. Wprawdzie pojedyncze osoby nie wskazały jako podstawowego wykształcenia pedagogiczno-psychologicznego czy polonistycznego, jednak osób takich jest wśród ankietowanych logopedów aż 20 (4,69%). Podstawowe wykształcenie ankietowanych logopedów przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Podstawowe wykształcenie ankietowanych logopedów

Podstawowe wykształcenie logopedów	Liczba logopedów	%
pedagogika	258	60,56
polonistyka	78	18,31
logopedia	15	3,52
psychologia	12	2,82
edukacja muzyczna, muzyka	2	0,47
historia	2	0,47
biologia	1	0,23
doradztwo zawodowe	1	0,23
filologia słowiańska	1	0,23
fizjoterapeutyka	1	0,23
kognitywistyka	1	0,23
pielęgniarstwo	1	0,23
teologia	1	0,23
zdrowie publiczne	1	0,23
socjologia	1	0,23
inne	7	1,64
brak danych	43	10,09
Razem	426	100,00

W badaniach najwięcej, bo aż 162 osoby (38,03%), mają stopień awansu nauczyciela dyplomowanego. Najmniej, tylko 27 logopedów (5,84%) wśród badanych to nauczyciele stażyści. Stopień awansu zawodowego respondentów przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Stopień awansu zawodowego badanych logopedów

Stopień awansu	Liczba logopedów	%
dyplomowany	162	38,03
kontraktowy	90	21,13
mianowany	76	17,84
stażysta	27	6,34
brak danych	71	16,67
Razem	426	100,00

Powyższa analiza badanej grupy wykazuje dużą jednorodność badanych logopedów pod względem płci i wykształcenia. Większość logopedów ukończyła studia pedagogiczne, polonistyczne, logopedyczne lub psychologiczne. Duża różnorodność występuje wśród badanych pod względem awansu zawodowego, choć zdecydowaną większość stanowią nauczyciele dyplomowani.

4. CEL BADAŃ I PYTANIA BADAWCZE

Głównym celem badań było określenie preferencji wykorzystania narzędzi diagnostycznych w grupie zawodowej logopedów. Ponadto podczas badań chciano uzyskać odpowiedzi na pytania:

1. Jakie kwestionariusze wykorzystują logopedzi do oceny rozwoju i komunikowania się dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym?
2. Jakie kwestionariusze wykorzystują logopedzi do oceny rozwoju i komunikowania się dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym?
3. Jakie kwestionariusze wykorzystują logopedzi do oceny artykulacji dzieci?
4. Jakie kwestionariusze wykorzystują logopedzi do oceny słuchu fonemowego?
5. Jakie testy wykorzystują logopedzi do diagnozy rozwoju i komunikowania się dzieci?
6. Ile czasu przeznaczają logopedzi na diagnozę logopedyczną?

Analiza kwestionariusza ankiety skierowanego do logopedów pozwoliła na znalezienie odpowiedzi na wymienione pytania badawcze.

5. METODY I NARZĘDZIA BADAWCZE

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego³, a narzędziem badawczym był przygotowany specjalnie w tym celu kwestionariusz ankiety, który został podzielony (zgodnie z opracowanymi pytaniami badawczymi) na 6 części. W każdej części znalazły się tytuły narzędzi badawczych:

- kwestionariusze wykorzystywane przez logopedów do oceny rozwoju dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym (0-3 lata) – w tej części znalazło się 8 tytułów narzędzi diagnostycznych,
- kwestionariusze wykorzystywane przez logopedów do oceny rozwoju dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (3-9 lat) – w tej części znalazło się 10 tytułów narzędzi diagnostycznych,
- kwestionariusze do oceny artykulacji dzieci – w tej części znalazło się 6 tytułów narzędzi diagnostycznych,
- kwestionariusze do oceny słuchu fonemowego – w tej części znalazło się 7 tytułów narzędzi diagnostycznych,
- testy do diagnozy różnych aspektów – w tej części znalazło się 11 tytułów narzędzi diagnostycznych.

Jedno pytanie miało charakter otwarty i dotyczyło czasu przeznaczanego na diagnozę logopedyczną. Równocześnie, uwzględniając możliwość wykorzystania przez badanych logopedów innych narzędzi niż tylko tych wymienionych w kwestionariuszu ankiety, dodano możliwość wpisania narzędzi w polu „inne”. Równocześnie pozostawiono miejsce na wpisanie, czy logopedzi w danym obszarze badania logopedycznego stosują opracowane przez siebie kwestionariusze tzw. własne opracowania.

Ogółem w ankiecie znalazły się 44 narzędzia diagnostyczne (kwestionariusze i testy), wykorzystywane przez logopedów do diagnozy rozwoju i komunikowania się dzieci w różnych grupach wiekowych.

Wszystkie narzędzia zamieszczone w kwestionariuszu ankiety zostały wcześniej przeanalizowane pod względem wartości merytorycznej i możliwości oceny logopedycznej dzieci. Wśród podanych narzędzi diagnostycznych znalazły się opracowania starsze, znane już w latach 80. ubiegłego stulecia oraz narzędzia wydane w ostatnich latach.

Osoby ankietowane zostały poproszone o wybranie jednej z trzech odpowiedzi zamieszczonych przy każdym narzędziu diagnostycznym, zgodnie ze stanem faktycznym:

- mam i wykorzystuję (narzędzie),
- mam, ale nie wykorzystuję,
- nie znam.

Wypełnienie kwestionariusza ankiety zajęło badanym ok. 10-15 minut.

3 M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2007, s. 251.

6. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ DOTYCZĄCYCH KWESTIONARIUSZY WYKORZYSTYWANYCH PRZEZ LOGOPEDÓW DO OCENY ROZWOJU DZIECI W WIEKU NIEMOWLĘCYM I PONIEMOWLĘCYM

Wśród kwestionariuszy przeznaczonych do badań dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym znalazło się 8 tytułów narzędzi badawczych. W tabeli 5 przedstawiono kwestionariusze od najczęściej do najrzadziej wykorzystywanych.

Tabela 5. Kwestionariusze wykorzystywane przez logopedów do oceny dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym

Lp.	Nazwa kwestionariusza	Mam i wykorzystuję		Mam, ale nie wykorzystuję		Nie znam		Razem
		liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	
1	<i>Karty Diagnozy. 10 etapów rozwoju dziecka od 4 do 36 miesiąca życia</i> , J. Cieszyńska, M. Korendo	188	44,13	147	34,51	91	21,36	426
2	<i>Sprawdź jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi</i> , E. Stecko	132	30,99	207	48,59	87	20,42	426
3	<i>Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 0-12 miesiąca</i> , M. Machoś	96	22,54	107	25,12	223	52,35	426
4	<i>Rozwój daje radość</i> , red. J. Kielin – Karty obserwacyjne	94	22,07	111	26,06	221	51,88	426
5	<i>Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa</i> , T. Hellbrugge (i in.)	64	15,02	203	47,65	159	37,32	426
6	<i>Diagnoza psychoruchowego rozwoju dziecka w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym jako podstawa programu wsparcia i pomocy rodzinie</i> , E. Minczakiewicz	48	11,27	163	38,26	215	50,47	426
7	<i>W krainie „Lolandii” – kwestionariusz do badania wymowy dla dzieci młodszych – od 2 lat</i> , G. Billewicz i B. Ziolo	42	9,86	123	28,87	261	61,27	426
8	<i>VB-MAPP. Ocena osiągania kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju – KWESTIONARIUSZ</i> , M. Sundberg	29	6,81	102	23,94	295	69,25	426
9	własne opracowania	44	10,33	3	0,70	379	88,97	426
10	inne	13	3,05	3	0,70	410	96,24	426

Analiza odpowiedzi zawartych w ankietach wskazuje, że do diagnozy małych dzieci logopedzi najczęściej wykorzystują *Karty Diagnozy. 10 etapów rozwoju dziecka od 4 do 36 miesiąca życia* autorstwa J. Cieszyńskiej, M. Korendo. Aż 188 osób (44,13%) wykorzystuje ten kwestionariusz do oceny dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym. Jest to narzędzie zawierające karty obserwacji, które mogą być stosowane przez terapeutów, logopedów, lekarzy pediatrów, psychiatrów, neurologów oraz rodziców. *Karty...* zawierają opis umiejętności w 10. przedziałach wiekowych. Według autorek, obserwacja opisanych umiejętności pozwala monitorować postępy dziecka, a nieosiągnięcie oczekiwanych zachowań może być sygnałem wystąpienia zaburzeń, w tym także autyzmu.

Karty... są kwestionariuszem umożliwiającym jakościową i orientacyjną ocenę ogólnego rozwoju psychoruchowego dziecka bez konkretnego wskazania, który z obszarów w rozwoju dziecka jest zaburzony lub opóźniony.

Kwestionariusz ten nie zawiera pomocy diagnostycznych (np. obrazków). Ponadto niektóre polecenia (np. spółgłoski prymarne, odruch chwytny) mogą być niezrozumiałe dla osób, które nie są logopedami czy psychologami (np. rodziców czy lekarzy).

Drugim bardzo popularnym kwestionariuszem wykorzystywanym przez logopedów do oceny dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym jest *Sprawdź jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi* autorstwa E. Stecko. Kwestionariusz przeznaczony jest dla logopedów i umożliwia diagnozę dzieci w wieku od urodzenia do powyżej 7. lat. W wieku niemowlęcym umożliwia rejestrowanie odruchów w obszarze twarzy, a także funkcji wokalizacyjnych i niejęzykowych w poszczególnych miesiącach życia dziecka.

Ponieważ kwestionariusz można wykorzystać również do oceny umiejętności językowych dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, został również uwzględniony w kolejnej grupie wiekowej.

Aż 13 logopedów (3,05%) wymieniło kwestionariusze, które nie zostały ujęte w ankiecie, a którymi posługują się w ocenie rozwoju mowy małych dzieci. Wśród nich znalazły się takie kwestionariusze, jak:

- *Profil Psychoedukacyjny PEP-R* autorstwa E. Schoplera – 4 osoby (0,93%),
- *Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji: SŁOWA I GESTY* autorstwa M. Smoczyńskiej – 3 osoby (0,70%),
- *Interwencja wczesnodziecięca. 260 praktycznych ćwiczeń dla małych dzieci z trudnościami w rozwoju* autorstwa W. Strassmeiera – 1 osoba (0,23%),
- *Kwestionariusz obrazkowy* autorstwa A. Balejka – 1 osoba (0,23%),
- *Przesiewowy test do badania artykulacji* autorstwa A. Kabały – 1 osoba (0,23%),
- *CHAT – The Checklist for Autism in Toddlers* autorstwa Allisoni i in. – 1 osoba (0,23%).

7. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ DOTYCZĄCYCH KWESTIONARIUSZY WYKORZYSTYWANYCH PRZEZ LOGOPEDÓW DO OCENY ROZWOJU DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM

Wśród kwestionariuszy przeznaczonych do badań dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym znalazło się 10 tytułów narzędzi badawczych. W tabeli 6 przedstawiono kwestionariusze od najczęściej do najrzadziej wykorzystywanych.

Tabela 6. Kwestionariusze wykorzystywane przez logopedów do oceny dzieci w wieku niemowlęcym

Lp.	Nazwa kwestionariusza	Mam i wykorzystuję		Mam, ale nie wykorzystuję		Nie znam		Razem
		liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	
1	<i>AFA-SKALA. Jak badać mowę dziecka afatycznego?</i> A. Paluch (i in.)	316	74,18	73	17,14	37	8,69	426
2	<i>Sprawdź jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi</i> , E. Stecko	140	32,86	191	44,84	95	22,30	426
3	<i>Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym</i> , D. Emiluta-Roza	131	30,75	160	37,56	135	31,69	426
4	<i>Profil Psychoedukacyjny PEP-R</i> , E. Schopler	108	25,35	130	30,52	188	44,13	426
5	<i>Profil dyzartrii</i> , Z. Tarkowski	65	15,26	200	46,95	161	37,79	426
6	<i>Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa</i> , T. Hellbrugge (i in.)	65	15,26	196	46,01	165	38,73	426
7	<i>VB-MAPP. Ocena osiągania kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju</i> – KWESTIONARIUSZ, M. Sundberg	30	7,04	104	24,41	292	68,54	426
8	<i>Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6-8 letnich z uszkodzeniami słuchu</i> , M. Krawiec	30	7,04	65	15,26	331	77,70	426
9	<i>Skala Calier-Azusa. Skala do oceny umiejętności komunikowania się osób głuchoniewidomych oraz osób z głęboką, złożoną niepełnosprawnością</i> , R. Stillman, Ch. Battle	13	3,05	56	13,15	357	83,80	426
10	<i>Zestaw diagnostyczno-terapeutyczny</i> , A. Balejko	10	2,35	102	23,94	314	73,71	426
11	własne opracowania	39	9,15	0	0,00	387	90,85	426
12	inne	6	1,41	3	0,70	417	97,89	426

Analiza odpowiedzi zawartych w ankietach wskazuje, że do diagnozy dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym logopedzi najczęściej wykorzystują kwestionariusz *AFA-SKALA. Jak badać mowę dziecka afatycznego?* autorstwa A. Paluch, E. Wołosz i L. Mikosza. Kwestionariusz umożliwia ocenę jakościową sprawności językowej i komunikacyjnej dziecka z zaburzonym rozwojem mowy. Zawiera zestaw grafik do badania dziecka w 9. obszarach: zabawa pluszakami (reakcje werbalne i niewerbalne dziecka), rozumienie (rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki, przysłówki, liczebniki, zaimki), nazywanie (rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki, przysłówki, liczebniki, zaimki), kolory (nazywanie, rozumienie), powtarzanie (głoski, sylaby, wyrazów), rozumienie poleceń, rozumienie zdań, rozumienie zdań, mowa czynna.

Warto wspomnieć, że autorki *AFA-SKALI*, A. Paluch oraz E. Wołosz, opracowały w 2017 r. nową wersję narzędzia pod nazwą *Karty Oceny Języka Dziecka Afatycznego – KOJD-Afa*.

UWAGA: narzędzie *KOJD-Afa* nie zostało uwzględnione w ankiecie, ponieważ w momencie badań ankietowych nie było jeszcze dostępne.

Drugim bardzo popularnym narzędziem, wykorzystywanym podczas diagnoz dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, jest (podobnie jak w grupie dzieci młodszych) *Sprawdź jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi* E. Stecko.

Oprócz kwestionariuszy zawartych w ankiecie, jeden respondent używa narzędzia *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych* M. Grycman.

8. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ DOTYCZĄCYCH KWESTIONARIUSZY WYKORZYSTYWANYCH PRZEZ LOGOPEDÓW DO OCENY ARTYKULACJI DZIECI

Wśród kwestionariuszy przeznaczonych do badań artykulacji dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym znalazło się 6 tytułów narzędzi badawczych. W tabeli 7 przedstawiono kwestionariusze od najczęściej do najrzadziej wykorzystywanych.

Tabela 7. Kwestionariusze wykorzystywane przez logopedów do oceny artykulacji dzieci

Lp.	Nazwa kwestionariusza	Mam i wykorzystuję		Mam, ale nie wykorzystuję		Nie znam		Razem
		liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	
1	<i>Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola</i> , G. Demel	279	65,49	117	27,46	30	7,04	426
2	<i>Kwestionariusz obrazkowy do badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym / Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży</i> , I. Michalak-Widera	266	62,44	98	23,00	62	14,55	426
3	<i>Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy</i> , D. Antos, G. Demel, I. Styczek (Kwestionariusz obrazkowy)	171	40,14	180	42,25	75	17,61	426
4	<i>Kwestionariusz badania mowy</i> , G. Billewicz, B. Ziolo	145	34,04	136	31,92	145	34,04	426
5	<i>Sprawdź jak mówię i wymawiam</i> , A. Balejko	101	23,71	217	50,94	108	25,35	426
6	<i>Kwestionariusz obrazkowy + karty</i> , A. Balejko	78	18,31	200	46,95	148	34,74	426
7	własne opracowania	40	9,39	0	0,00	386	90,61	426
8	inne	17	3,99	0	0,00	409	96,01	426

Ponad połowa ankietowanych logopedów – 279 osób (65,49) – wykorzystuje do badania artykulacji pozycję *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* autorstwa G. Demel. Pierwsze wydanie tej książki ukazało się w 1978 r. Obecnie książka ma już ponad 40 lat. Jednak jak wskazują respondenci, jest to w dalszym ciągu najpopularniejszy kwestionariusz do badania artykulacji. Pomimo dezaktualizacji wielu obrazków zawartych w kwestionariuszu i dostępie do wielu nowszych opracowań, logopedzi nadal bardzo chętnie sięgają po to narzędzie. *Minimum logopedyczne...* składa się z książki i dołączonych do niej kart do diagnozy, zawierających obrazki, w nazwach których znajdują się badane głoski. Ponadto na rewersie kart

diagnostycznych znajdują się uzupełnianki słowno-obrazkowe, dzięki którym logopeda może sprawdzić u dziecka używanie form gramatycznych. Na jednej z kart znajdują się obrazki przedstawiające czynności, przy pomocy których można ocenić umiejętność tworzenia zdań. W zestawie jest również karta sprawdzająca orientacyjnie słuch fonemowy.

Drugim bardzo popularnym kwestionariuszem do oceny artykulacji, który wykorzystuje 266 logopedów (62,44%) okazał się *Kwestionariusz obrazkowy do badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym* (wersja starsza kwestionariusza) i *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży* (wersja nowsza kwestionariusza) autorstwa I. Michalak-Widery. *Kwestionariusz...* zawiera 228 ilustracji, umożliwiających ocenę wymowy 38 głosek języka polskiego w nagłosie, śródgłosie i wygłosie. W przypadku braku pozycji wygłosowej zestaw uzupełniono o obrazki zawierające w nazwie zbitki spółgłoskowe. W *Kwestionariuszu* znajduje się *Karta badania mowy* umożliwiająca zapis wyników oraz zapis dodatkowych informacji, związanych z oceną sprawności mowy dziecka oraz szczegółowy przewodnik, w jaki sposób logopeda powinien prowadzić badanie logopedyczne.

Pozostałe narzędzia niewymienione w ankiecie, które wykorzystują logopedzi to:

- *Przesiewowy test do badania artykulacji* autorstwa A. Kabały – 7 osób (1,64%),
- *Kwestionariusz do badania artykulacji* autorstwa M. Walkowiak – 2 osoby (0,47%),
- *Sprawdź jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi* autorstwa E. Stecko – 2 osoby (0,47%),
- *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym* autorstwa D. Emiluty-Rozy – 1 osoba (0,23%),
- *Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6-8 letnich z uszkodzeniami słuchu* autorstwa M. Krawiec – 1 osoba (0,23%),
- *Kwestionariusz nie płynności mówienia i logofobii* autorstwa Z. Tarkowskiego – 1 osoba (0,23%),
- *Kwestionariusz Cooperów do oceny jękania* autorstwa M. Chęćka – 1 osoba (0,23%),
- *Próba Sylabowa do Oceny Niepłynności Mówienia* autorstwa Z.M. Kurkowskiego – 1 osoba (0,23%),
- *Fotokwestionariusz* (brak autora) – 1 osoba (0,23%),
- *Kwestionariusz obrazkowy* (brak autora) – 1 osoba (0,23%).

9. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ DOTYCZĄCYCH KWESTIONARIUSZY DO OCENY SŁUCHU FONEMOWEGO

Osobna grupa kwestionariuszy diagnostycznych to narzędzia do oceny słuchu fonemowego. W grupie tej znalazło się 6 tytułów narzędzi badawczych. W tabeli 8 przedstawiono kwestionariusze od najczęściej do najrzadziej wykorzystywanych.

Tabela 8. Kwestionariusze wykorzystywane przez logopedów do oceny słuchu fonemowego u dzieci

Lp.	Nazwa kwestionariusza	Mam i wykorzystuję		Mam, ale nie wykorzystuję		Nie znam		Razem
		liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	
1	<i>Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego</i> , I. Styczek	245	57,51	131	30,75	50	11,74	426
2	<i>Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka</i> , B. Ročławski	180	42,25	169	39,67	77	18,08	426
3	<i>Test do badania słuchu fonematycznego dzieci i dorosłych</i> , E. Szelać, A. Szymaszek	68	15,96	112	26,29	246	57,75	426
4	<i>Nieznany język</i> , M. Bogdanowicz	61	14,32	129	30,28	236	55,40	426
5	<i>Zetotest</i> , G. Krasowicz-Kupis	58	13,62	81	19,01	287	67,37	426
6	<i>Zestaw prób do badania słuchu fonematycznego i poziomu analizy i syntezy głoskowej</i> , J. Nowak	28	6,57	111	26,06	287	67,37	426
7	<i>Próby percepcji słuchowej</i> , B. Zakrzewskiej	26	6,10	96	22,54	304	71,36	426
8	własne opracowania	28	6,57	0	0,00	398	93,43	426
9	inne	11	2,58	0	0,00	415	97,42	426

Jak wskazuje analiza wyników, ponad połowa logopedów do badania słuchu fonemowego najczęściej wykorzystuje zestaw obrazków zawartych w książce *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego* autorstwa I. Styczek (1982). Tę pozycję wskazało aż 245 logopedów (57,51%). W książce przedstawiono pięć etapów, które zdaniem autorki służą ocenie słuchu fonemowego. Są to: badanie ostrości słuchowej, badanie słuchu fonemowego (próba literowa, próba sylabowa i wyrazowa, która zawiera 66 paronimów badających 50 opozycji głoskowych), badanie analizy i syntezy słuchowej wyrazów, badanie autokontroli słuchowej i badanie kinestezji artykulacyjnej. Dodatkowo I. Styczek proponuje badanie umiejętności analizy i syntezy wzrokowej znaków graficznych, które polega na przerysowywaniu przez dzieci zaproponowanych znaków. Przedstawiony materiał wykracza poza standardowe badanie słuchu fonemowego, które zgodnie z definicją oznacza „odróżnianie/utożsamianie dwóch wypowiedzi różnych/takich samych fonologicznie”⁴.

Drugim najczęściej wykorzystywanym kwestionariuszem do oceny słuchu fonemowego jest książka *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka* B. Rocławskiego, którą wykorzystuje 180 logopedów (42,25%). Kwestionariusz zawiera obrazkowy złożony z 93 paronimów, badających 54 opozycje głoskowe.

Pozostałe narzędzia niewymienione w ankiecie, które wykorzystują logopedzi to:

- *Test słuchowego różnicowania głosek* J. Kostrzewskiego – 3 osoby (0,70%),
- *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym* D. Emiluty-Rozy – 2 osoby (0,47%),
- *Sfonem*, program komputerowy – 2 osoby (0,47%),
- *Sprawdź jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi* E. Stecko – 1 osoba (0,23%).

10. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ DOTYCZĄCYCH TESTÓW WYKORZYSTYWANYCH PRZEZ LOGOPEDÓW DO DIAGNOZY DZIECI

W tej grupie narzędzi znalazło się 11 testów, czyli narzędzi, które zostały opracowane na podstawie badań i spełniają kryteria psychometryczne charakterystyczne dla testów.

Obecnie, oprócz narzędzi wymienionych w tabeli 9, do testów można zaliczyć jeszcze *Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD* J. Gruby. UWAGA: test *Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD* nie został uwzględniony w ankiecie, ponieważ test był wydany w momencie opracowywania ankiety, w październiku 2017 r.

W tabeli 9 przedstawiono testy od najczęściej do najrzadziej wykorzystywanych.

Tabela 9. Testy wykorzystywane przez logopedów do diagnozy dzieci

Lp.	Nazwa kwestionariusza	Mam i wykorzystuję		Mam, ale nie wykorzystuję		Nie znam		Razem
		liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	
1	<i>Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym</i> , I. Michalak-Widera, K. Węsierska	219	51,41	104	24,41	103	24,18	426
2	<i>Przesiewowy test logopedyczny</i> , Z. Tarkowski	130	30,52	210	49,30	86	20,19	426
3	<i>Test sprawności językowej</i> , Z. Tarkowski	129	30,28	191	44,84	106	24,88	426
4	<i>Test Rozwoju Językowego TRJ</i> , M. Smoczyńska (i in.)	102	23,94	130	30,52	194	45,54	426
5	<i>Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP</i> , E. Bogacz, A. Bogacz, J. Gruba	89	20,89	162	38,03	175	41,08	426
6	<i>100-wyrazowy test artykulacyjny</i> , E. Krajna	78	18,31	195	45,77	153	35,92	426
7	<i>Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym</i> , S. Grabias (i in.)	75	17,61	194	45,54	157	36,85	426
8	<i>Karty Oceny Słuchu Fonemowego – KOSF</i> , J. Gruba	66	15,49	108	25,35	252	59,15	426
9	<i>Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie</i> , E. Haman (i in.)	38	8,92	57	13,38	331	77,70	426
10	<i>Diagnoza jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym</i> , K. Węsierska, B. Jeziorczak	36	8,45	127	29,81	263	61,74	426

⁴ Z. Kurkowski, *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń mowy*, „Logopedia” 2000, nr 28, s. 105-114.

11	<i>Dialogowy Test Artykulacji</i> , A. Majewska-Tworek	12	2,82	65	15,26	349	81,92	426
12	własne opracowania	32	7,51	1	0,23	393	92,25	426
13	inne	11	2,58	6	1,41	409	96,01	426

Jak wynika z analizy otrzymanych wyników, najczęściej wykorzystywanym narzędziem w tej grupie, bo aż przez 219 logopedów (51,41%), jest *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym* I. Michalak-Widery i K. Węsierskiej (2012). Jak wskazują autorki w tytule, narzędzie powinno zaliczać się do grupy testów, jednakże nie spełnia ono wszystkich wymogów psychometrycznych. W rozdziale: „Opis narzędzia diagnostycznego” można się dowiedzieć, że przeszło ono dwa etapy badań: badania pilotażowe, których celem była „optymalizacja doboru materiału ilustracyjnego”⁵. W badaniach pilotażowych brało udział 269 dzieci. Drugi etap badań przeprowadzono w celu „weryfikacji poprawności testu w zakresie merytorycznym”. Na tym etapie badaniami objęto 954 dzieci z 5 województw. *Test...* umożliwia przeprowadzenie badań przesiewowych w zakresie rozumienia poleceń oraz w zakresie artykulacji. Dodatkowo przy pomocy narzędzia można przeprowadzić ocenę sprawności narządów artykulacyjnych. *Test...* przeznaczony jest zarówno dla logopedów, jak też nauczycieli, pielęgniarek i lekarzy.

Zaletą narzędzia jest przedstawienie desygnatów do badania rozumienia i nadawania mowy w postaci bardzo czytelnych zdjęć. *Test...* ma ustrukturalizowaną formę, umożliwiającą szybkie badanie dzieci w poszczególnych grupach wiekowych. Załączone instrukcje do badań oraz jednolity materiał obrazkowo-ćwiczeniowy, przebadany na dużej populacji dzieci w poszczególnych grupach wiekowych, pozwalają przyjąć, że *Test...* posiada cechę standaryzacji i normalizacji.

Drugim bardzo popularnym testem wykorzystywanym przez 130 logopedów (30,52%) jest *Przesiewowy test logopedyczny* Z. Tarkowskiego (1992). Jest to prawdopodobnie pierwszy polski test logopedyczny. Narzędzie posiada obliczone normy dla dzieci w wieku od 4;0 do 8;11 lat. Test umożliwia badanie dzieci w zakresie: rozumienie zdań, słownik, gramatyka, wymowa.

Pozostałe narzędzia niewymienione w ankiecie, które wykorzystują logopedzi to:

- *Test do badania zagrożenia dysleksją SWM*, M. Korendo, J. Cieszyńska – 3 osoby (0,70%),
- SON-R 2,5-7, SON 6-40, SON 5,5-17 – 1 osoba (0,23%).

Pozostałe wymieniane przez logopedów w tej części tytuły narzędzi diagnostycznych nie spełniały kryteriów testu. Ponadto aż 32 logopedów (7,51%) w odpowiedziach zaznaczyło pole „własne opracowania”, które z pewnością nie spełniają warunków testów.

11. CZAS PRZEZNACZONY NA DIAGNOZĘ

Kwestionariusz ankiety skierowany do logopedów zawierał również jedno pytanie otwarte, dotyczące czasu przeznaczonego na diagnozę. Po szczegółowej analizie odpowiedzi logopedów można zauważyć, że czas diagnozy nie jest uwarunkowany miejscem pracy. Na przykład logopedzi pracujący w przedszkolach dokonują diagnozy w ciągu 15-20 minut. Ale są również i tacy, którzy poświęcają na diagnozę dziecka w przedszkolu ponad 90 minut. Zatem typ placówki, w której pracują ankietowani logopedzi, nie determinuje czasu poświęcanego na diagnozę. Liczbę minut przeznaczonych na diagnozę dziecka przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Liczba minut przeznaczonych na diagnozę dziecka

Liczba minut przeznaczonych na diagnozę	Liczba osób	%
15-30	65	15,26
30-45	60	14,08
45-60	146	34,27
60-90	39	9,15
90-120	39	9,15
więcej niż 120	7	1,64
brak danych	70	16,43
RAZEM	426	100

⁵ I. Michalak-Widery, K. Węsierska, *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*, Katowice 2012, s. 37-39.

PODSUMOWANIE

W artykule przedstawiono pierwsze badania ilościowe, wskazujące na wykorzystanie poszczególnych narzędzi diagnostycznych przez logopedów. Narzędzia podzielono ze względu na formę (kwestionariusze i testy) oraz ze względu na wiek dzieci, do których adresowane jest narzędzie. Osobną grupę kwestionariuszy wyodrębniono do oceny artykulacji i oceny słuchu fonemowego. W każdej grupie narzędzi diagnostycznych szerzej opisano dwa najczęściej wykorzystywane.

Artykuł może być wstępem do dyskusji na temat stosowania wartościowych narzędzi w ocenie rozwoju dzieci oraz wskazówką do konstruowania zaleceń dla logopedów, dotyczących diagnoz logopedycznych. W końcu może być wprowadzeniem do dalszych badań i analiz na temat diagnoz logopedycznych i zależności występujących między założonymi zmiennymi. ■

BIBLIOGRAFIA

- Dunaj B., *Język polski. Współczesny słownik języka polskiego*, Warszawa 2007.
- Hornowska E., *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2016.
- Kurkowski Z., *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń mowy*, „Logopedia” 2000, nr 28, s. 105-114.
- Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2007.
- Michalak-Widera I., Węsierska K., *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*, Katowice 2012.

Notka o autorce

dr Joanna Gruba – absolwentka pedagogiki na Wydziale Pedagogiki i Psychologii na Uniwersytecie Śląskim, logopedii i terapii pedagogicznej na Uniwersytecie Opolskim oraz informatyki szkolnej na Uniwersytecie Śląskim. Jest autorką i współautorką narzędzi diagnostycznych oraz licznych książek naukowych i dydaktyczno-naukowych.

Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego (C)APD jako nowe wyzwanie diagnostyczno-terapeutyczne

STRESZCZENIE

Zaburzenia przetwarzania słuchowego (APD) to obecnie wciąż nowe wyzwanie zarówno dla placówek diagnostycznych, jak i terapeutycznych. Opracowany model postępowania diagnostycznego i terapeutycznego obejmuje interdyscyplinarny schemat, pozwalający na dokładną diagnozę oraz klasyfikację obserwowanych zaburzeń według znanych kategorii audiologicznych. Prawidłowa klasyfikacja zaburzeń APD pozwala na dobór odpowiedniej i indywidualnej terapii.

Niniejsza praca stanowi przegląd literatury oraz wyników badań poświęconych analizie grupy badawczej z ryzyka APD, mających na celu wyłonienie najważniejszych elementów diagnostycznych i terapeutycznych zaburzeń przetwarzania słuchowego.

WSTĘP

Zaburzenia przetwarzania słuchowego (ang. *Auditory Processing Disorder* – APD) to zaburzenia na poziomie wyższych pięter drogi słuchowej, które uniemożliwiają dziecku prawidłowe funkcjonowanie w warunkach trudnych akustycznie.

Prawidłowe funkcjonowanie narządu słuchu to zarówno słyszenie obwodowe (próg słyszenia określony za pomocą badań audiometrycznych lub elektrofizjologicznych), jak również ośrodkowe (zdolność mózgu do różnicowania, identyfikacji, grupowania, analizy czasowej i częstotliwościowej informacji dźwiękowej). To właśnie te tzw. wyższe funkcje słuchowe są fundamentem prawidłowego odbioru i zrozumienia wszelkich informacji podawanych drogą słuchową.

Zaobserwować można przypadki, w których dzieci, mimo dobrych wyników badań słuchu, funkcjonują tak, jakby zmysł ten nie był u nich w pełni sprawny. U dzieci tych dochodzi do zaburzeń przetwarzania słuchowego w strukturach ośrodkowego układu nerwowego¹.

1. (C)APD – USTALENIA TERMINOLOGICZNE

Według ASHA (American Speech, Language and Hearing Association²) Ośrodkowe Zaburzenia Procesów Słyszenia CAPD jest to zauważalne zaburzenie jednego lub więcej ośrodkowych mechanizmów słuchowych, takich jak: lokalizacja i lateralizacja dźwięku, dyskryminacja słuchowa, rozpoznawanie cech wzorców słuchowych, czasowe aspekty słyszenia, w tym: rozróżnianie czasowe, maskowanie czasowe, integracja czasowa, porządkowanie w czasie oraz zdolność rozpoznawania konkurujących lub zniekształconych sygnałów akustycznych. Zaburzenia te odnoszą się głównie do deficytów w uwadze, mowie oraz w innych sferach poznawczych.

W 2018 r. definicje na temat APD zostały uzupełnione przez Brytyjskie Towarzystwo Audiologiczne³ o dodatkowe kryteria diagnostyczne i etiologiczne, według których:

1. Zaburzenia APD charakteryzują się osłabioną percepcją dźwięków werbalnych i niewerbalnych.
2. APD dotyczy procesów słuchowych, ale i poznawczych.
3. Jego przyczyną jest upośledzone funkcjonowanie neuronów dróg aferentnych i eferentnych.
4. Towarzyszą mu deficyty uwagi i pamięci słuchowej jako cecha wtórna i pierwotna.

Przyczyn zaburzeń przetwarzania słuchowego upatruje się zarówno pośród czynników zewnętrznych, jak również uwarunkowanych genetycznie. Do najczęściej występujących zalicza się jednak: przewlekłe wysiękowe zapalenia ucha środkowego, wcześniactwo, niedotlenienie w trakcie porodu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, urazy głowy, nowotwory czy uszkodzenia toksyczne. J. Gravel i F. Wallace⁴ dużo uwagi poświęcili wysiękowym zapaleniom ucha środkowego, które obecnie uznaje się za najczęściej występującą przyczynę APD u dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym, stąd tak ważne jest znaczenie badania audiometrii impedancyjnej z tympanometrią w całym procesie diagnozy APD. Również

1 R. Borowiecka, (C)APD – Centralne Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego, <http://www.przedszkole262.wawnet.pl/o%20centralnych%20zaburzeniach%20przetwarzania%20słuchowego.doc> [dostęp 30.05.2019 r.].

2 American Speech-Language-Hearing Association, (Central) Auditory Processing Disorders, Technical Report, 2005.

3 British Society of Audiology, *Position Statement & Practice Guidance Auditory Processing Disorder (APD)*, 2018, <http://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2018/09/Position-Statement-and-Practice-Guidance-APD-2018.pdf> [dostęp: 8.09.2019].

4 J. Gravel, F. Wallace, *Early Otitis Media, Auditory Abilities, and Educational Risk*, "American Journal of Speech-Language Pathology" 1995, Vol. 4(3), s. 89-94.

A. Senderski⁵ uważa, że przewlekłe wysiękowe zapalenie ucha środkowego występujące wcześnie, trwające długo i związane z większym niedosłuchem przewodzeniowym powoduje zaburzenia wyższych funkcji słuchowych, wpływając niekorzystnie na rozwój dziecka. Jest to zatem argument za wdrożeniem diagnozy wyższych funkcji słuchowych u wszystkich pacjentów, u których w wywiadzie pojawia się przewlekłe lub często powtarzające zapalenie ucha środkowego. Diagnozę zaburzeń przetwarzania słuchowego zaleca się również u dzieci ze stwierdzoną dysleksją oraz trudnościami w nauce szkolnej.

2. KLASYFIKACJE (C)APD

Zaburzenia przetwarzania słuchowego w Polsce nazywane są najczęściej zespołem objawów wynikających z zaburzeń lub nieprawidłowego funkcjonowania wyższych ośrodków drogi słuchowej. W zależności od rodzaju czynników ryzyka oraz czasu ich wystąpienia, APD możemy podzielić na:

1. APD rozwojowe (ang. *Developmental*). Zaburzenia przetwarzania słuchowego występujące rozwojowo diagnozuje się u dzieci, których słuch fizjologiczny jest w normie, a w wywiadzie nie występują żadne czynniki ryzyka dla występowania APD.
2. APD nabyte (ang. *Acquired*). Zaburzenia przetwarzania słuchowego nabyte powstają na skutek uszkodzeń okołoporodowych i poporodowych, tj. mikrouszkodzeń, wcześniactwa, uszkodzeń OUN, wysokiego poziomu bilirubiny itp.
3. APD wtórne do niedosłuchu (ang. *Secondary*). Zaburzenia przetwarzania słuchowego wtórne do niedosłuchu występują na skutek ograniczonych doświadczeń słuchowych spowodowanych niedosłuchem trwałym lub przejściowym, o podłożu infekcyjnym bądź immunologicznym, np. zapalenie ucha środkowego, przerost migdałka gardłowego⁶.

Zespół objawów, o jakim mowa przy okazji definiowania APD, dotyczy obszarów związanych z funkcjonowaniem kory słuchowej oraz wynikających z niej umiejętności poznawczych. Dziecko z zaburzeniami APD wykazuje najczęściej minimum dwa objawy z listy 10 wykazanych zaburzeń:

- trudności w rozumieniu mowy w hałasie,
- trudności w rozumieniu mowy niewyraźnej lub zniekształconej,
- trudności w lokalizacji źródła dźwięków,
- trudności w uczeniu się z wykorzystaniem bodźców słuchowych,
- krótki czas koncentracji uwagi, szybkie rozpraszanie, szybka męczliwość przy wykonywaniu czynności wymagających koncentracji,
- wady wymowy z często towarzyszącymi im zaburzeniami słuchu fonematycznego,
- szybka i częsta zmienność podejmowanych aktywności (zwłaszcza u młodszych dzieci),
- trudności w rozumieniu dłuższych wypowiedzi i poleceń,
- trudności w zakresie krótkotrwałej pamięci słuchowej,
- nadwrażliwość słuchowa.

Najczęściej zaburzenia przetwarzania słuchowego APD diagnozowane są u dzieci w wieku przedszkolnym lub szkolnym, kiedy dziecko trafia do wymagającego akustycznie środowiska.

Podczas diagnozy dziecko wykazuje trudności dominujące w jednym lub kilku z trzech obszarów klasyfikacji APD:

1. Zaburzenia na poziomie fonologicznym.
2. Zaburzenia uwagi słuchowej i słyszenia w hałasie.
3. Zaburzenia integracji słuchowo-wzrokowej⁷.

Ad 1. Zaburzenia na poziomie fonologicznym dotyczą dzieci ze zdiagnozowanymi trudnościami w czytaniu i pisaniu, różnicowaniu fonemów, prawidłowym rozwoju mowy (diagnozujemy tu wady wymowy, których podstawą jest często nieprawidłowe funkcjonowanie słuchowe dziecka, tj. „dziecko mówi tak, jak słyszy”).

Ad 2. Zaburzenia uwagi słuchowej i słyszenia w hałasie dotyczą dzieci z zaburzoną pamięcią krótkotrwałą oraz koncentracją uwagi. Dzieci te wykazują trudności w prawidłowym rozumieniu mowy w hałasie oraz utrudnionych warunkach akustycznych (np. w większej grupie, na tle muzyki czy innych rozmów). Często mamy w tym wypadku do czynienia również z labilnością emocjonalną pacjenta, co oznacza, że dziecko wykazuje tu tendencje do impulsywności, agresywności lub wręcz odwrotnie, do wycofania społecznego.

Ad 3. Zaburzenia integracji słuchowo-wzrokowej dotyczą pacjentów z trudnościami w ocenie i prawidłowym wykorzystaniu prozodycznych cech mowy, jak również trudnościami w nauce czytania i pisania. Przyczyną tych trudności jest często nieprawidłowe funkcjonowanie ciała modelowego, którego zadaniem jest m.in. przekazywanie informacji akustycznej pomiędzy półkulami mózgowymi.

W zależności od stwierdzonego obszaru zaburzeń APD, dziecko poddawane jest odpowiednio dobranej terapii oraz otrzymuje indywidualne wskazania terapeutyczne.

⁵ A. Senderski, *Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach przetwarzania słuchowego u dzieci*, „Otolaryngologia” 2014, nr 13(2), s. 77-81, https://www.otolaryngologia-pk.pl/f/file/orl-2014_vol-13_issue-1_article-1140.pdf [dostęp: 25.08.2019].

⁶ British Society of Audiology, dz. cyt.

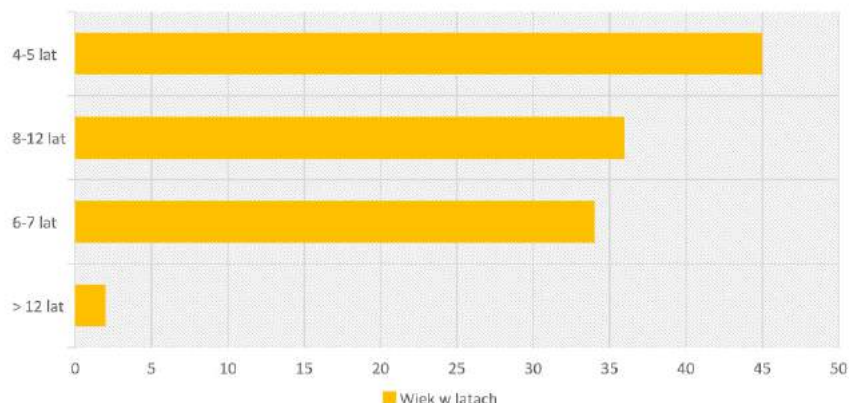
⁷ A. Senderski, dz. cyt.

Zaburzenia przetwarzania słuchowego stały się od kilkunastu lat nowym wyzwaniem dla placówek diagnostycznych, które dotychczas uznawały zaburzenia APD jako składową innych zaburzeń neurologicznych i rozwojowych, takich jak dysleksja, ADD, ADHD czy zaburzenia ze spektrum autyzmu. Obecnie uważa się, że są one odrębną jednostką zaburzeń, którą poddawać możemy odrębnym procesom terapeutycznym.

3. CHARAKTERYSTYKA BADAŃ WŁASNYCH

W czerwcu 2016 r. opracowane zostały wyniki badań przeprowadzonych przez Centrum Protezowania i Rehabilitacji Słuchu FONETIKA w Warszawie, które prowadzone były od grudnia 2015 r. do czerwca 2016 r. Wzięło w nich udział 117 dzieci w wieku 4-12 lat. Największą grupę badawczą – 45 dzieci (38,5%), stanowiły dzieci w wieku 4-5 lat. Świadczy to o tym, iż objawy APD pojawiają się i są już widoczne w grupie dzieci młodszych, wchodzących w okres edukacji przedszkolnej.

Wykres 1. Podział grupy badawczej ze względu na wiek



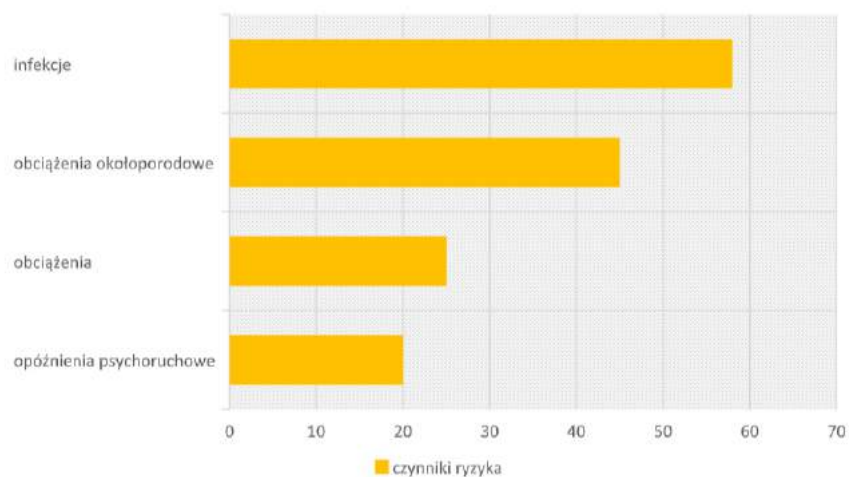
Badania składały się z trzech części:

- wywiad z rodzicem (kwestionariusz wywiadu, analiza dokumentacji medycznej dziecka),
- badanie audiologiczne (otoskopia, audiometria impedancyjna, audiometria tonalna),
- badanie baterią testów APD-Medical (ASPN słowa, ASPN zdania, DDT, GDT, FPT, DLF).

Celem badań była analiza grupy badawczej pod względem: czynników ryzyka dla występowania APD, objawów APD w warunkach domowych i szkolnych, najczęściej występujących trudności i zaburzeń wyższych funkcji słuchowych. Badano występowanie czynników ryzyka z 4 ustalonych grup: obciążenia okołoporodowe, opóźnienia psychoruchowe, infekcje, obciążenia inne. Najczęściej występującym czynnikiem ryzyka okazały się infekcje – 58 dzieci (49,6%). Do infekcji tych zaliczono głównie choroby uszu (przewlekłe wysiękowe zapalenie ucha środkowego, przerost migdałka gardłowego).

Kolejnymi najczęściej występującymi czynnikami były obciążenia okołoporodowe – 45 osób (38,5%), obciążenia inne – 25 osób (21,4%), opóźnienia psychoruchowe – 20 osób (17,1%). U 31 osób (26,5%) wystąpiło kilka czynników ryzyka jednocześnie.

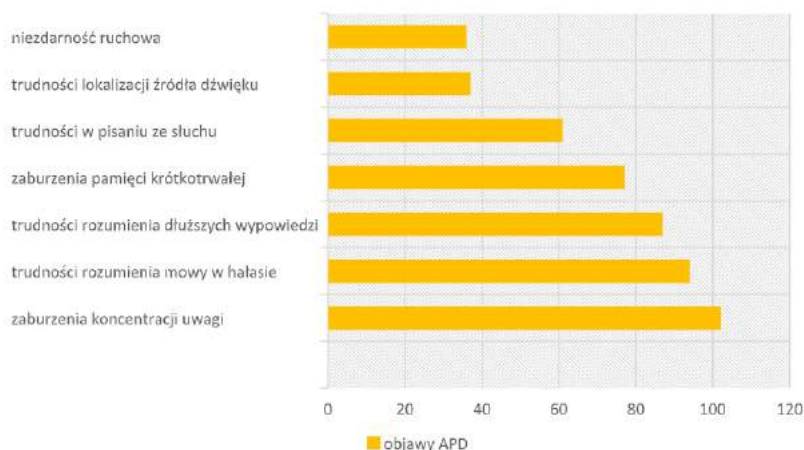
Wykres 2. Podział grupy badawczej ze względu na występujące czynniki ryzyka APD



Wnioski: infekcje uszu, w tym wysiękowe zapalenia ucha środkowego, jak również obciążenia okołoporodowe są najczęściej stwierdzanymi czynnikami ryzyka u dzieci ze zgłaszanymi objawami APD w wywiadzie audiologicznym.

Grupę badawczą przeanalizowano również pod względem trudności zgłaszanych przez rodziców i nauczycieli. Najczęściej zgłaszane trudności u dzieci to: zaburzenia koncentracji uwagi – 102 osób (87,2%), trudności rozumienia mowy w hałasie – 94 osób (80,3%), trudności rozumienia dłuższych wypowiedzi – 87 osób (74,4%), zaburzenia pamięci krótkotrwałej – 77 osób (43,5%), trudności w pisaniu ze słuchu – 61 osób (52,1%), trudności lokalizacji źródła dźwięku – 37 osób (31,6%), niezdarność ruchowa – 36 osób (30,8%). U wszystkich 117 osób, wystąpiła więcej niż jedna trudność z grupy objawów APD.

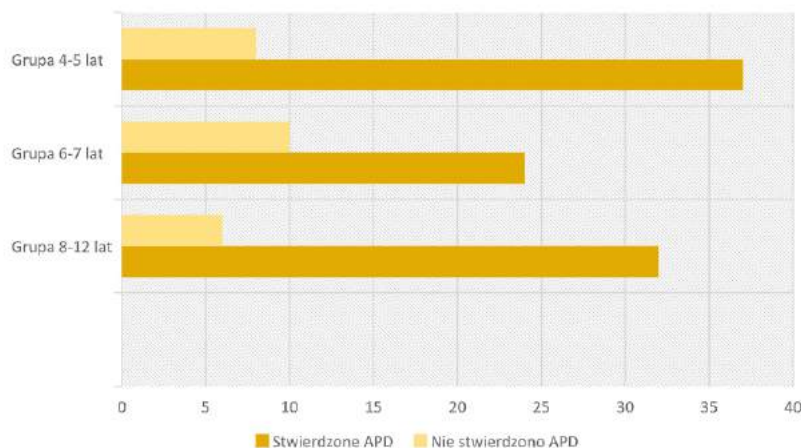
Wykres 3. Podział grupy badawczej ze względu na występujące objawy APD



Wnioski: Najczęściej zgłaszanymi objawami u dzieci z podejrzeniem APD (zgłoszenia >80%) są zaburzenia koncentracji uwagi, trudności rozumienia mowy w hałasie oraz trudności rozumienia dłuższych wypowiedzi, związane z funkcjonowaniem w trudnych warunkach akustycznych. Dla diagnostyki jest to więc najważniejszy czynnik różnicujący, wskazujący, że dziecko w warunkach dobrych akustycznie nie zgłasza i nie wykazuje trudności w koncentracji, rozumieniu mowy czy pamięci. Trudności te objawiają się dopiero, kiedy warunki akustyczne się pogorszą.

Zaburzenia przetwarzania słuchowego lub ryzyko takich zaburzeń stwierdzono u 37 osób w wieku 4-5 lat (co stanowi 82% grupy), 24 osób w wieku 6-7 lat (co stanowi 71% grupy) oraz u 32 osób w wieku 8-12 lat (co stanowi 84% grupy).

Wykres 4. Rozkład wyników APD w grupie badawczej, z podziałem na grupy wiekowe



Wnioski: Dzieci, które zostały skierowane przez logopedów lub pedagogów na diagnozę APD, wykazały zaburzenia tego typu w 71-84% przypadkach. Taki wysoki wynik świadczy o trafności spostrzeżeń specjalistów, pod których opieką przebywają dzieci (dzieci były kierowane ze względu na brak oczekiwanych efektów terapii, w których pozostawały).

4. TERAPIA ZABURZEŃ APD

Zaburzenia przetwarzania słuchowego są obecnie również wielkim wyzwaniem w dziedzinie terapii. Okazało się bowiem, że dotychczas stosowane metody terapeutyczne, w tym głównie samodzielna terapia logopedyczna, nie przynosiły oczekiwanych efektów u dzieci spełniających kryteria zaburzeń APD. Doświadczenia i praktyka pokazały, iż aby terapia dziecka ze stwierdzonymi zaburzeniami APD lub ryzykiem tych zaburzeń była efektywna, musi mieć ona wymiar interdyscyplinarny. Opracowany obecnie model postępowania terapeutycznego obejmuje:

1. Terapię pedagogiczno-logopedyczną w połączeniu z ćwiczeniami ruchowymi lub psychomotorycznymi.
2. Terapie i treningi słuchowe.
3. Terapię integracji sensorycznej SI.

4. Kontrolę osiągnięć słuchowych według kwestionariuszy pedagogicznych i badań audiometrycznych.
5. Włączanie urządzeń wspomagających słyszenie (np. Systemy FM dla dzieci z zaburzeniami APD)⁸.

Oprócz terapii logopedycznej w procesie terapeutycznym zostały ujęte ćwiczenia ruchowe oraz terapia SI, które zaleca się stosować głównie u dzieci z zaburzeniami w integracji i separacji obuuszej. Do każdego programu terapeutycznego rekomenduje się również włączenie treningów i terapii słuchowych, indywidualnie dopasowanych do wyników badań oraz możliwości dziecka. Terapie te w oparciu o zjawisko neuroplastyczności mózgu, stymulują konkretne obszary kory słuchowej, poprawiając tym samym funkcjonowanie pacjenta w danym obszarze umiejętności i zachowań. Obecnie stosuje kilka najbardziej popularnych terapii i treningów słuchowych, jak: Indywidualna Stymulacja słuchu metodą Johansena, metoda Tomatisa (stymulacja audio-psycho-lingwistyczna SAPL), metoda Freda Warnkego, Stymulacja Polimodalnej Percepcji Sensorycznej SPPS czy Aktywny Trening Słuchu Neuroflow ATS.

Chcąc, by proces terapeutyczny był skuteczny, po każdym zakończonym etapie terapii (co 2-3 miesiące) pacjent poddawany jest kontroli osiągnięć według kwestionariuszy pedagogicznych, jak również kontrolnym badaniom audiometrycznym. Kontrolnie powtarzane badania psychoakustyczne w postaci badań wyższych funkcji słuchowych pokazują, czy wybrana terapia przynosi oczekiwane efekty, czy konieczna jest jej modyfikacja.

PODSUMOWANIE

Przedstawione w artykule materiały naukowe, jak również wyniki badań nad grupą ryzyka APD, wskazują, jak istotne w obecnym procesie diagnostycznym i terapeutycznym jest multidyscyplinarne podejście do każdego pacjenta. Z przeprowadzonych badań wynika, że najbardziej widoczne i diagnozowane na szeroką skalę jest ryzyko zaburzeń przetwarzania słuchowego u dzieci w wieku 4-5 lat, co świadczy o tym, iż procesy terapeutyczne można włączać już u dzieci z tzw. grupy ryzyka, po to, by uniknąć stwierdzenia zaburzenia APD w latach późniejszych. Dostępne na rynku polskim terapie i treningi słuchowe, programy psychoruchowe, jak również współpraca między specjalistami pozwalają na włączanie terapii, które odpowiednio kontrolowane i modyfikowane pozwalają na korzystną dla dziecka rehabilitację.

FONETIKA Centrum Protezowania i Rehabilitacji Słuchu prowadzi obecnie dalsze badania na temat zaburzeń przetwarzania APD, których opracowanie przewiduje na koniec roku 2019. ■

BIBLIOGRAFIA

- American Speech-Language-Hearing Association, (Central) Auditory Processing Disorders, Technical Report, 2005.
- Borowiecka R., *(C)APD – Centralne Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego*, <http://www.przedszkole262.wawnet.pl/o%20centralnych%20zaburzeniach%20przetwarzania%20słuchowego.doc> [dostęp: 30.05.2019].
- Gravel J., Wallace F., *Early Otitis Media, Auditory Abilities, and Educational Risk*, "American Journal of Speech-Language Pathology" 1995, Vol. 4(3), s. 89-94.
- British Society of Audiology, *Position Statement & Practice Guidance Auditory Processing Disorder (APD)*, 2018, <http://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2018/09/Position-Statement-and-Practice-Guidance-APD-2018.pdf> [dostęp: 8.09.2019].
- Senderski A., *Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach przetwarzania słuchowego u dzieci*, „Otorynolaryngologia” 2014, nr 13(2), https://www.otorynolaryngologia-pk.pl/f/file/orl-2014_vol-13_issue-1_article-1140.pdf [dostęp: 25.08.2019].
- Stojak A., Kaczyńska A., *Zaburzenia przetwarzania słuchowego jako nowe spektrum zaburzeń na poziomie CUN*, Materiały FONETIKA Centrum Protezowania i Rehabilitacji Słuchu, Warszawa 2015.

Notka o autorce

mgr Aleksandra Stojak – protetyk słuchu ogólny i dziecięcy, pedagog specjalny, surdopedagog, certyfikowany terapeuta Indywidualnej Stymulacji Słuchu Johansena IAS oraz metody Warnkego, provider Neuroflow ATS, założycielka FONETIKA Centrum Protezowania i Rehabilitacji Słuchu w Warszawie, wykładowca. Absolwentka Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie oraz kursantka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ukończyła Medyczne Studium Protetyki Słuchu w Warszawie. W latach 2013-2016 zdobyła uprawnienia do prowadzenia terapii słuchu metodą Johansena IAS, Neuroflow ATS, Warnkego u dzieci ze zdiagnozowaną nadwrażliwością słuchową oraz zaburzeniami przetwarzania słuchowego APD. Od 10 lat zajmuje się diagnostyką, protezowaniem i terapią osób z zaburzeniami słuchu oraz ich rodzinami. W 2015 r. założyła w Warszawie Centrum Protezowania i Rehabilitacji Słuchu FONETIKA. Oprócz badań słuchu, doboru aparatów słuchowych, konsultacji specjalistycznych i terapii słuchowych Centrum FONETIKA prowadzi badania naukowe w zakresie zaburzeń wyższych funkcji słuchowych APD.

8 A. Stojak, A. Kaczyńska, *Zaburzenia przetwarzania słuchowego jako nowe spektrum zaburzeń na poziomie CUN*, Materiały FONETIKA Centrum Protezowania i Rehabilitacji Słuchu, Warszawa 2015.

Kaniule (rurki tracheostomijne) u osób dorosłych – perspektywa szwajcarska

STRESZCZENIE

W artykule opisano, czym jest kaniula tracheostomijna, oraz przedstawiono zakres wskazań do jej użycia u dorosłych pacjentów poddanych tracheotomii, przyjmując za punkt wyjścia wskazania Szwajcarskiego Towarzystwa Dysfagii. Omówiono także zaangażowanie rozmaitych przedstawicieli personelu medycznego, rehabilitantów i członków rodziny w terapię pacjentów z kaniulami, która znacznie podnosi komfort życia chorych, o ile od najwcześniejszych etapów prowadzona jest prawidłowo.

WSTĘP

Tracheotomia z użyciem kaniuli dotchawicznych dla osób poddawanych takiej procedurze jest zawsze doświadczeniem bardzo trudnym, aby nie powiedzieć ostatecznym. Z powodu przyczyn i konieczności przeprowadzenia tracheotomii życie pacjenta radykalnie się zmienia, w tym obniżeniu ulega jego jakość. Możliwość realizacji podstawowych potrzeb człowieka, a więc komunikacji ustnej oraz spożywanie pokarmów i płynów, zostają z reguły zawieszone. Niemniej te negatywne ograniczenia oraz cierpienia pacjenta można często zminimalizować już we wczesnej fazie z kaniulą tracheostomijną. Przy właściwym postępowaniu z kaniulami tracheostomijnymi można po pewnym czasie przywrócić funkcje mówienia i połykania, nawet jeśli kaniula służy pacjentowi do oddychania. W ten sposób pacjenci odzyskują wyższą jakość życia, co z kolei pozytywnie oddziałuje na ich stabilność psychiczną i proces zdrowienia.

Właściwe zaopatrzenie tracheostomy jest złożone i w pierwszej kolejności polega na wyborze właściwego modelu kaniuli z wyposażeniem. W prezentowanym artykule przybliżono czytelnikowi, czym jest kaniula wraz z akcesoriami oraz wskazania do ich użycia w przypadku opieki nad pacjentem dorosłym. Omówiono także pierwsze kroki umożliwiające rozpoczęcie procesu rehabilitacji.

1. KANIULE, AKCESORIA ORAZ WSKAZANIA DO ICH UŻYCIA W PRZYPADKU OPIEKI NAD PACJENTEM DOROSŁYM

Tracheotomia to otwarcie (stoma) przedniej ściany tchawicy (trachea) w jej części wentralnej i wprowadzenie do światła dróg oddechowych rurki tracheostomijnej (kaniuli)¹.

Zakres wskazań do tracheostomii jest bardzo szeroki. O konieczności tracheostomii możemy mówić wtedy, gdy pojawiają się poważne problemy z oddychaniem lub połykaniem, które powodują zagrożenie życia chorego. Pacjenci z zachowaną krtanią są poddawani czasowej tracheostomii m.in. wtedy, gdy przebywają na oddziałach intensywnej terapii, przy guzach, jeśli po operacji występuje obrzęk oraz gdy pojawia się niebezpieczeństwo aspiracji w przypadku dysfagii. Długotrwała tracheostomia dotyczy natomiast pacjentów, u których np. występuje dysfagia, powodująca wysoki stopień zagrożenia aspiracją, w przypadku guzów nieoperacyjnych, umiejscowionych w drogach oddechowych, przy opuchliznie w obszarze laryngologicznym oraz przy obustronnym porażeniu fałdów głosowych, prowadzącym do konieczności przywrócenia funkcji oddychania².

Przy usuwaniu kaniuli tracheostoma otwarta chirurgicznie musi z reguły zostać zamknięta w ten sam sposób. Aby utrzymać możliwie niską wartość wskaźnika powikłań okołozabiegowych, w trakcie pierwszej doby po zabiegu tracheostomii konieczne są wygodne łóżko, delikatna pościel i właściwe ułożenie pacjenta.

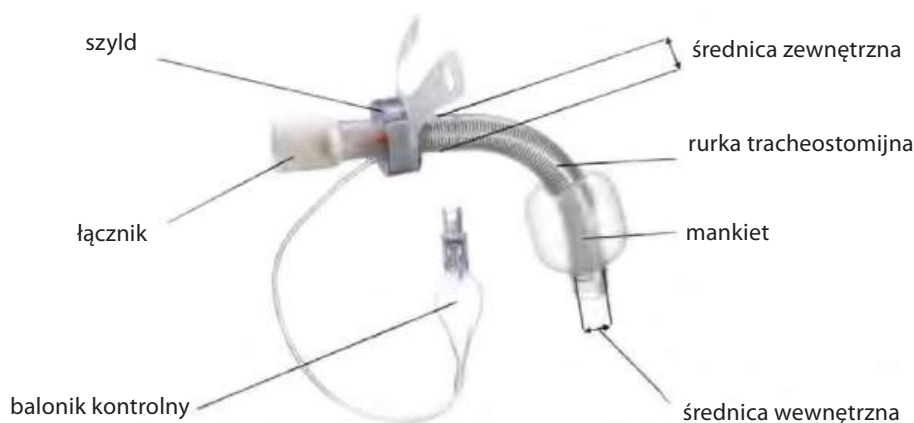
Podstawową funkcją kaniuli tracheostomijnej jest stabilizacja tracheostomy, a dzięki temu ułatwienie dostępu do dróg oddechowych w przedniej części szyi.

1 P. Ciaglia, R. Firsching, C. Syniec, *Elective Percutaneous Dilatational Tracheostomy. A New Simple Bedside Procedure; Preliminary Report*, „Chest” 1985, Vol. 87, s. 715-719.

2 U. Frank, M. Mäder, H. Sticher, *Dysphagic Patients with Tracheotomies: Multidisciplinary Approach to Treatment and Decannulation Management*, „Dysphagia” 2007, Vol. 22(1), s. 20-29.

1.1. BUDOWA KANIULI

Każda kaniula³ składa się z rurki tracheostomijnej, szyldu i łącznika (rysunek 1). Rurka jest najważniejszym elementem składowym kaniuli i zostaje wprowadzona do krtani aż do szyldu. Rurki mają różną wielkość i długość, mogą posiadać także otwarcie fonacyjne. Niezmiernie ważny jest wybór odpowiednio dużej i szerokiej kaniuli ze względu na budowę anatomiczną gardła oraz wielkość/średnicę stomy. Szyld służy umocnieniu kaniuli i w ten sposób utrudnia jej przesunięcie. Do zamocowania kaniuli zakłada się na szyję pacjenta specjalną opaskę, która umacnia/mocuje/unieruchamia szyld. Opaska nie powinna być założona ani za ciasno, ani za luźno (właściwa odległość to szerokość jednego palca). Na szyldzie kaniuli z reguły znajdują się informacje o jej średnicy zewnętrznej i wewnętrznej (w mm). Szyld można zmieniać z uwagi na typ kaniuli. Niemal we wszystkich kaniulach standardowa wielkość łącznika to 15 mm średnicy zewnętrznej. Łącznik stanowi miejsce połączenia kaniuli z nasadkami umożliwiającymi oddychanie, nawilżanie, wydzielinę (sekrecję) i mowę. Ze względu na swoje funkcje kaniule mogą być dodatkowo wyposażone w mankiet (cuff), balonik kontrolny, kaniulę wewnętrzną albo otwarcie fonacyjne.



Rysunek 1. Budowa rurki tracheostomijnej

Mankiet to napelniany powietrzem balon na końcu kaniuli, który może być albo pełny, albo pusty. Kiedy balonik jest napelniony powietrzem, wypełnia przestrzeń między kaniulą a ścianą tchawicy, dzięki czemu przy wydychaniu powietrze nie wymyka się ku górnym drogom oddechowym. Przy poważnych zaburzeniach wydzieliny powinien także wylapać zaaspirowaną wydzielinę, dzięki czemu ta nie spłynie do dolnych dróg oddechowych. Kaniula z mankiem nie chroni jednak kompletnie przed aspiracją, gdyż przez aspirację rozumie się sytuację, w której wydzieliny, ślina, pożywienie albo inne substancje płynne wpływają poniżej struny głosowej.

Balonik kontrolny to stały element każdej kaniuli z mankiem. Balonik jest połączony cienką rurką z mankiem. Dzięki balonikowi dowiadujemy się, czy kaniula posiada mankiet, oraz czy ten jest pusty, czy pełny. Napelnienie następuje dzięki strzykawce, umieszczonej w wentylu balonika kontrolnego. Jeżeli strzykawka jest zamknięta, otwiera się mały wentyl, poprzez który mankiet albo zostaje wypełniony powietrzem, albo z niego opróżniony. Kiedy strzykawka zostanie usunięta, wentyl na powrót zostanie zamknięty. To samo łącze służy pomiarowi ciśnienia w mankiemie przy użyciu manometru.

Kaniula wewnętrzna to rurka, którą można umieścić w kaniuli zewnętrznej. Bez obciążania pacjenta można ją wyjąć i poddać czyszczeniu, a następnie umieścić z powrotem. Przy dużym nagromadzeniu wydzieliny można szybko i w sposób prosty oczyścić drogi oddechowe dzięki wyjęciu kaniuli wewnętrznej. Kaniule z mankiem są używane przede wszystkim przy oddychaniu inwazyjnym, aspiracji śliny, aby wprowadzić środki poprawy oddechu i wydalania wydzieliny, a także u pacjentów z podwyższonym ryzykiem pojawienia się wymiotów.

1.2. AKCESORIA

Każda kaniula posiada przynależne jej akcesoria⁴. Należą do nich: wentyl mowy, pokrywa zamykająca i filtr HME.

1. **Wentyl mowy** (rysunek 2) umożliwia komunikację werbalną. Jest wentylem jednokierunkowym. Ruchoma powłoka/membrana w wentylu mowy otwiera się podczas wdechu i pozwala wdychanemu powietrzu przejść przez kaniulę. Zamyka się w trakcie wydechu, powodując, że wydychane powietrze fizjologicznie musi przejść przez górne drogi oddechowe (krtani, gardło, jama ustna). W ten sposób zostają przywrócone funkcje tworzenia głosu i budowania ciśnienia płucnego

3 A.M. Pekacka, *Hausinterne Leitlinien zur Tracheostoma des Zuger Kantonsspitals*, Schriftführung, 2016; H. Schwegler, *Trachealkanülenmanagement. Dekanülierung beginnt auf der Intensivstation*, Schulz-Kirchnerverlag, Idstein 2016.

4 G. Bartholomé, D.W. Buchholz, H. Feussner, C. Hannig, S. Neumann, M. Prosiogel i in., *Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*, Urban & Fischer, München-Jena 1999.

w celu odkrztuszania. Większość wentyli mowy ma możliwość wprowadzenia podłączenia do aplikacji tlenu. W trakcie używania wentyla mowy kaniula nie może mieć mankietu. Wentyl mowy nie może być używany wtedy, kiedy stwierdza się silne wymioty, silne problemy oddechowe (niewystarczające oddychanie), opuchliznę w krtani i przy obustronnym porażeniu fałdów głosowych.



Rysunek 2. Przykładowy wentyl mowy

2. **Pokrywa zamykająca.** Dzięki zamknięciu (klapce zamykającej) kaniula może zostać całkowicie zamknięta. Dzięki temu wdech i wydech przechodzą przez fizjologiczne drogi oddechowe. Częściowo klapka zamykająca zastępuje wentyl mowy – i tak jak on, może być używana wyłącznie przy pustym mankiecie lub jego braku.

3. **Filtr HME** (rysunek 3) składa się z osłony wykonanej z tworzywa sztucznego oraz z filtra z pianki lub papieru. Filtr zastępuje (przynajmniej częściowo) fizjologiczne funkcje nosa, stąd jego inna nazwa: „mokry nos” lub „sztuczny nos”. Większość filtrów HME ma możliwość podłączenia do aplikacji tlenu. Filtr służy biernemu nawilżaniu powietrza, pełni także funkcje filtra antybakteryjnego, połączenia do podawania tlenu do kaniuli oraz ochrony przed wtargnięciem ciał obcych do kaniuli.



Rysunek 3. Przykładowy filtr HME

2. PIERWSZE KROKI UMOŻLIWIAJĄCE ROZPOCZĘCIE PROCESU REHABILITACJI

Podstawowym zadaniem terapeutów, pracujących z pacjentami z tracheostomią, jest z jednej strony zapoznanie się z wytycznymi odnośnie do postępowania z rurką tracheostomijną, tzn. z jej oczyszczaniem (odsysaniem), (od)blokowaniem i wymianą, z drugiej strony – umiejętność rozpoznawania sytuacji wyjątkowych i postępowania w przypadku ich zaistnienia⁵. Zależność od kaniuli tracheostomijnej oznacza konieczność opieki, a tym samym wydatne obniżenie jakości życia pacjenta. W rezultacie **odzwyczajanie od kaniuli jest fundamentalnym celem rehabilitacji stacjonarnej**.

Szwajcarskie Towarzystwo ds. Dysfagii opracowało wytyczne w postępowaniu z rurkami tracheostomijnymi i w trakcie odzwyczajania od nich u pacjentów oddychających spontanicznie⁶. Nie są to wytyczne sztywne, choć zostały opracowane we współpracy międzydyscyplinarnej i dostosowane do zasad najlepszych praktyk klinicznych. W ten sposób wytyczne te służą jako pomoce i punkty orientacyjne przy uwzględnieniu postępów terapeutycznych i ryzyka terapeutycznego.

Chcąc podjąć pierwsze kroki terapeutyczne, należy najpierw ocenić przeciwwskazania. W przypadku braku stabilności krążeniowo-oddechowej, podwyższonego ryzyka pooperacyjnego (np. szwów), stenozы, odmy albo nawracających wymiotów, nie podejmuje się wysiłków w celu odblokowania kaniuli. Dopiero w sytuacji braku wymienionych przeciwwskazań jest możliwa próba odblokowania mankieta wraz z użyciem wentyla oddechowego (zobacz tabela 1)⁷. Kiedy uniemożliwione jest oddychanie przy użyciu górnych dróg oddechowych, należy dokonać pomiaru ciśnienia ekspiratu, przeprowadzić dodatkowe

⁵ H. Schwegler, dz. cyt.

⁶ *Empfehlungen für ein interprofessionelles Trachealkanülenmanagement*, Schweizerische Gesellschaft für Dysphagie, Hamburg 2015.

⁷ A.M. Pekacka, *Hausinterne Leitlinien zur Tracheostoma den Zürcher RehaZentren*, Klinik Wald, Schriftführung, Wald 2017; A.M. Pekacka, *Hausinterne Leitlinien zur Tracheostoma des Spitalzentrums Oberwallis*, Schriftführung, Brig 2015.

badanie endoskopowe albo wymienić kaniulę tracheostomijną na mniejszą bądź tej samej wielkości, ale z okienkiem i inletem. Gdy oddychanie funkcjonuje prawidłowo, powinno się przeprowadzić stopniowe wydłużanie czasu z otwartym mankietem dzięki użyciu wentyla mowy, w zależności od poziomu czujności, możliwości oddechowych, aspiracji śliny, stanu ogólnego pacjenta oraz jego parametrów życiowych⁸. W trakcie wspomnianej fazy odbywają się kolejne interwencje terapeutyczne związane z połykaniem i, jeśli to możliwe lub konieczne, są one uzupełniane przez diagnozowanie obrazowe aktu połykania. **Cel pośredni w odzwyczajaniu od kaniuli osiąga się wtedy, kiedy pacjent toleruje w ciągu całego dnia i ewentualnie także w nocy kaniulę z wentylem mowy i otwartym mankietem.** Gdy tylko staje się to możliwe, na 24-72 h zostaje podłączona kaniula bez mankieta albo zastosowana jest mini kaniula (wlot 6.0mm), która utrzymuje otwarcie stomy i chroni ją przed zapaścią. W sytuacji idealnej w tym czasie prowadzi się pomiar CO₂, a u pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka – kontrolę przy użyciu polisomnografu albo pomiar ciśnienia przy inspiracji. W przypadku wystąpienia komplikacji w ww. fazie powinno się prowadzić dalszą diagnostykę oraz interwencje, polegające na wymianie kaniuli (na mniejszą albo bez mankieta), badaniu endoskopowym albo takim, które określi sytuację pneumonalną pacjenta. Jeśli w okresie 24-72 h nie występują komplikacje, sprawdza się kryteria dekanulizacji. Takie parametry, jak produkcja i prawidłowa częstotliwość przełykania śliny (Speichelmanagement), produkcja i przełykanie wydzieliny, respiracja oraz efektywne aktywne lub wspomagane odkaszliwanie muszą utrzymywać się na odpowiednim poziomie, aby usunąć kaniulę tracheostomijną i zamknąć stomę. Trzeba przy tym uwzględnić odstępstwa sytuacyjne (np. okres, jaki minął od operacji i/lub narkozy) i przeciwwskazania oraz konieczność ewentualnej interwencji (np. treacheomalacja, stenoza, ziarniniak). Na końcu, po dekanulacji, należy przeprowadzać regularne kontrole lekarskie spontanicznego zamknięcia tracheostomy (przy tracheostomii dylatacyjnej), względnie zamknięcia operacyjnego stomy chirurgicznej. W tabeli 1 przedstawiono procedurę odsysania z udziałem dwóch osób.

Tabela.1. Procedura odblokowywania przy jednoczesnym odsysaniu z udziałem dwóch osób

Procedura odsysania	
I. Jedna osoba odsysa sterylne	II. Druga osoba wspomaga manualnie oddychanie, kaszel i odblokowuje
Obie osoby dezynfekują dłonie i zakładają rękawiczki	
	Instaluje strzykawki do odblokowania mankieta
Przygotowuje proces odsysania, jednorazowego odsysania w kaniuli, w zależności od ilości i charakteru nagromadzonego sekretu odsysania trachealnego bez odblokowania mankieta	Kontroluje/wymusza wydychanie i kaszel
– wprowadza do granicy dolnego brzegu kaniuli cewnika oddysającego bez ssania, – cewnik do odsysania przesuwają głębiej o 1-1,5 cm, – buduje ciśnienie (ssanie), – delikatnie i powoli odsysa (maksymalnie 10 s), – wyciąga cewnik	– rozpoczyna odblokowywanie dopiero przy końcu inspiracji, – przy odsysaniu wspomaga wydychanie, odkaszliwanie, stymuluje proces przełykania, – zapewnia stabilizację (przede wszystkim głowy i odcinka szyjnego)
Nie odsysa do bifurkacji, aby manualnie nie wymusić odruchu kaszlu	
Jest gotowa do natychmiastowego dalszego odsysania i dalszej pomocy	Ze względu na sytuację lub status: – czynność terapeutyczna, – ponownie blokuje kaniulę albo – wkłada/pozostawia wentyl mowy
Wyrzucają zużyty materiał, dezynfekują dłonie	
Dokładnie dokumentują całą procedurę	

⁸ R.H. Betts, Post-Tracheotomy Aspiration, „The New England Journal of Medicine” 1965, Vol. 273, s. 155.

W związku z tym, że nie wszystkim pacjentom w trakcie rehabilitacji stacjonarnej w placówce ochrony zdrowia udaje się odejść od kaniuli tracheostomijnej, należy odpowiednio wcześniej nawiązać kontakt z lekarzem pierwszego kontaktu, terapeutą ambulatoryjnym i usługodawcą/opiekunem medyczno-technicznym. Najlepiej, aby bliscy pacjenta byli włączani w postępowanie terapeutyczne i opiekuńcze już w trakcie pobytu pacjenta w klinice rehabilitacyjnej oraz uczestniczyli w ww. postępowaniu jako współterapeuci⁹. Umożliwia to bliskim współuczestniczenie w dalszym procesie terapeutyczno-opiekuńczym, odbywającym się już w domu. Regularna, ambulatoryjna i domowa opieka nad pacjentem tracheostomijnym ma olbrzymie znaczenie, gdyż w ten sposób zmniejsza się liczba komplikacji, zwiększa potencjał rehabilitacyjny i – jeśli to możliwe – trwa proces mający na celu odzwyczajenie od kaniuli¹⁰.

PODSUMOWANIE

W artykule przybliżono tematykę kaniuli tracheotomijnych, ich funkcji oraz objaśniono pierwsze kroki postępowania rehabilitacyjnego w przypadku pacjentów z kaniulą dotchawiczą, uwzględniając wytyczne Szwajcarskiego Towarzystwa Dysfagii. Tracheotomia oraz rurka tracheotomijna stanowią istotne ograniczenie w życiu pacjentów, ale nigdy nie powinny być powodem, dla którego pacjenci nie powinni mówić lub być ograniczeni w przyjmowaniu płynów i żywności. Te podstawowe potrzeby mogą ponownie funkcjonować, gdy zarządzanie kaniulą zostanie właściwie wdrożone. ■

BIBLIOGRAFIA

- Bartholomé G., Buchholz D.W., Feussner H., Hannig C., Neumann S., Prosiegel M. (1999), *Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*, Urban & Fischer, München, Jena.
- Betts R.H., *Post-Tracheotomy Aspiration*, „The New England Journal of Medicine” 1965, Vol. 273, s. 155.
- Ciaglia P., Firsching R., Syniec C., *Elective Percutaneous Dilatational Tracheostomy. A New Simple Bedside Procedure; Preliminary Report*, „Chest” 1985, Vol. 87, s. 715-719.
- Coombes, K., *Von der Ernährungssonde zum Essen am Tisch*. [w:] eds. *Wege von Anfang an. Frührehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten*, B. Lipp, W. Schlaegel, Necker-Verlag, Villingen-Schwenningen, 1996, s. 137-143.
- Frank U., Mäder M., Sticher H., *Dysphagic Patients with Tracheotomies: Multidisciplinary Approach to Treatment and Decannulation Management*, „Dysphagia” 2007, Vol. 22(1), s. 20-29.
- Pekacka A.M., *Hausinterne Leitlinien zur Tracheostoma des Spitalzentrums Oberwallis*, Schriftführung, Brig 2015.
- Pekacka A.M., *Hausinterne Leitlinien zur Tracheostoma des Zuger Kantonsspitals*, Schriftführung, 2016.
- Pekacka A.M., *Hausinterne Leitlinien zur Tracheostoma den Zürcher RehaZentren*, Klinik Wald, Schriftführung, Wald 2017.
- Die Therapie des facio-oralen Trakts: F.O.T.T. nach Kay Coombes*, ed. R. Nusser-Müller-Busch, Springer, Berlin 2004.
- Schwegler H., *Trachealkanülenmanagement. Dekanülierung beginnt auf der Intensivstation*, Schulz-Kirchnerverlag, Idstein 2016.
- Empfehlungen für ein interprofessionelles Trachealkanülenmanagement*, Schweizerische Gesellschaft für Dysphagie, Hamburg 2015.

Notka o autorce

Anna Maria Pekacka-Egli jest lingwistą klinicznym i prowadzi zespół logopedów w Zuryskich Centrach Rehabilitacji, Kliniki Wald w Szwajcarii (Zürcher RehaZentren, Klinik Wald). Specjalizuje się w dziedzinie dysfagiologii klinicznej, tracheotomii, laryngektomii oraz posiada szerokie doświadczenie w pracy z pacjentami cierpiącymi na dysfagię zarówno na oddziałach intensywnej terapii, neurorehabilitacji, wczesnej rehabilitacji, geriatrycznych, pediatrycznych i otolaryngologicznych, jak również w obszarze opieki ambulatoryjnej. Od 2012 roku wykonuje aparatywną diagnostykę dysfagii (m.in. FEES, VFSS). Współpracuje z krajowymi i międzynarodowymi partnerami przemysłowymi oraz badawczymi. Jest autorką licznych artykułów oraz szkoleń o tematyce logopedycznej. Zaangażowana w edukację i nauczanie jako wykładowca w szwajcarskich i polskich kolegiach uniwersyteckich (m.in. Hochschule für Heilpädagogik w Zurychu; Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu), uczestniczy również w nauczaniu podyplomowym. Członek zarządu Szwajcarskiego Towarzystwa Dysfagii oraz Europejskiego Towarzystwa Dysfagii. Doktorantka na Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

9 *Die Therapie des facio-oralen Trakts: F.O.T.T. nach Kay Coombes*, ed. R. Nusser-Müller-Busch, Springer, Berlin 2004.

10 K. Coombes, *Von der Ernährungssonde zum Essen am Tisch* [w:] *Wege von Anfang an. Frührehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten*, eds. B. Lipp, W. Schlaegel, Necker-Verlag, Villingen-Schwenningen, s. 137-143.

Podstawy terapii NeuroTaktylnej w oparciu o neurofizjologiczne aspekty czucia głębokiego i odruchowości w Neurosensomotorycznej Integracji Odruchów według dr Masgutovej (MNRI)

STRESZCZENIE

Neurosensomotoryczna Integracja Odruchów według dr Masgutovej (MNRI) to wieloprofilowy program rehabilitacyjny, delegowany dla pacjentów z opóźnieniem psychoruchowym, autyzmem, mózgowym porażeniem dziecięcym, zaburzeniami genetycznymi czy trudnościami szkolnymi.

Program MNRI opiera się na neurofizjologicznych aspektach rozwoju płodu, czucia głębokiego i propriocepcji oraz motoryki pierwotnej.

Jednym z głównych zadań terapii NeuroTaktylnej programu MNRI jest torowanie neurosensoryczne, jak również sensoryczna stymulacja punktów do integracji odruchów niemowlęcych (dynamicznych i posturalnych) oraz schematów ruchów pierwotnych.

Terapia wpływa na poprawę przetwarzania sensorycznego, aktywizację mechanizmów odruchowych, regulację pracy układów m.in.: proprioceptywnego, mięśniowego, stawowo-więzadłowego, hormonalnego, immunologicznego i in.

Techniki wykorzystywane do pracy są bezpieczne dla pacjenta. Wpływają na wyciszenie, poprawę somatognozji, zmniejszenie nadpobudliwości, poprawę jakości i długości snu, koncentrację.

WSTĘP DO PROGRAMU MNRI

Twórcą terapii MNRI (Masgutova MNRI® Neurosensorimotor Reflex Integration) i założycielem Fundacji MNRI jest dr Svetlana Masgutova, będąca dyrektorem Międzynarodowego Instytutu dr Svetlany Masgutovej w Polsce oraz Svetlana Masgutova Educational Institute for Neuro-Sensory-Motor and Reflex Integration (USA), absolwentka Instytutu Psychologii Ogólnej i Rozwojowej Rosyjskiej Akademii Edukacji. Doktorat otrzymała z zakresu psychologii rozwojowej. Jest aktywnym społecznikiem, badaczem, terapeutą, autorką ponad 170 prac naukowo-praktycznych¹.

Dr Masgutova jest pomysłodawcą i autorem innowacyjnego interdyscyplinarnego programu – neurosensomotorycznej integracji schematów odruchów niemowlęcych i stałych. Z jej doświadczeń korzystają specjaliści w ponad 40 krajach na świecie².

Od 1989 r. dr Masgutova wraz z zespołem specjalistów w Polsce, USA oraz Rosji prowadzi prace badawcze, dotyczące wpływu terapeutycznych technik używanych w reintegracji odruchów oraz stymulacji czucia głębokiego i propriocepcji. Przedmiotem zainteresowania i badań naukowych dr Masgutovej jest wpływ pierwotnych mechanizmów ruchowych na neurosensomotoryczny rozwój ruchomości, jak również kształtowanie się procesów poznawczych i społecznych. Zakres tematyczny obejmuje także badania nad wpływem rozwoju motorycznego na sferę emocjonalną i kształtowanie osobowości³.

Dr Masgutova za owocną pracę została nagrodzona 12 nagrodami i wyróżnieniami uniwersyteckimi i Rosyjskiej Akademii Edukacji. W 1996 r. uhonorowano ją międzynarodową nagrodą Fundacji Kinezyjologii Edukacyjnej w Stanach Zjednoczonych, a w roku 2007 za publikację „You Are a Winner – Trauma Recovery – A New Choice through Natural Developmental Movement” otrzymała stanową nagrodę (USA) „Iowa 2007” wydawnictwa 1st World Publishing. W 2008 r. została wyróżniona za wyjątkowe osiągnięcia w latach 2007-2008 przez Madison Who's Who (USA). W 2009 r. otrzymała medal od Fundacji NORA (Neuro Optometry Rehabilitation Foundation)⁴.

Głównymi celami programu MNRI są: neurosensomotoryczne uaktywnienie zmysłu dotyku i propriocepcji, integracja odruchów niemowlęcych, formowanie bazowych schematów odruchów dynamicznych i posturalnych oraz integracja półkul mózgowych. Techniki terapeutyczne polegają na wykorzystywaniu kontrolowanej liczby bodźców sensorycznych.

1 S. Masgutova, D. Masgutov, *Reflex Integration Disorder as a New Treatment Paradigm for Children with Autism* [w:] *Reflexes: Portal to Neurodevelopment and Learning. A Collective Work*, Svetlana Masgutova Educational Institute for Neuro-Sensory-Motor & Reflex Integration, Orlando, FL 2015, s. 171-180.

2 Tamże; S. Masgutova, D. Masgutov, *MNRI Dynamiczna i posturalna integracja odruchów* [w:] *MNRI Family Conference*, Warszawa 2015, s. 5-20.

3 S. Masgutova, D. Masgutov, *MNRI Dynamiczna...*, dz. cyt.

4 S. Masgutova, D. Masgutov, *Reflex Integration Disorder...*, dz. cyt.

Celem terapii jest budowanie i torowanie spontanicznych, fizjologicznych reakcji adaptacyjnych, poprawiających funkcjonowanie i integrację reakcji wywołanych przez bodźce⁵.

Program MNRI realizuje koncepcję usprawnienia nieprawidłowych schematów odruchów, zaburzających prawidłowy rozwój motoryki kontrolowanej dziecka/osoby dorosłej.

Ćwiczenia z zakresu terapii MNRI ukierunkowane są na następujące poziomy integracji:

- sensomotorycznej – dla aktywowania „koła odruchowego” zgodnie z doniesieniami I.P. Pawłowa i I.M. Sechenowa,
- schematów odruchów z motoryką intencjonalną,
- schematów odruchów z nawykami motorycznymi,
- sfery ruchowej i procesów poznawczych⁶.

Program Neurosensomotorycznej Integracji Odruchów według dr Masgutovej jest zatwierdzony do uzyskania punktów i godzin kształcenia ustawicznego przez następujące organizacje zawodowe w USA:

- AOTA – The American Occupational Therapy Association,
- APA – The American Psychology Association,
- TSI NY – Therapeutic Services Inc., NY,
- FPTA – The Florida Physical Therapy Association,
- PTSD ISTSS – Membership in International Society for Traumatic Stress Study,
- Florida Board of Speech-Language Pathology and Audiology,
- NCBTMB – National Certification Board for Therapeutic Massage and Bodywork,
- Florida Office of School Psychology,
- PTBC – Physical Therapy Board of California,
- Florida Board of Clinical Social Work, Marriage and Family Therapy and Mental Health Counseling,
- ASHA – The American Speech-Language-Hearing Association⁷.

Terapia MNRI to wieloprofilowy program rehabilitacyjny składający się z:

- MNRI®: Terapii NeuroTaktylnej,
- MNRI®: Integracji odruchów dynamicznych i posturalnych,
- MNRI®: Integracji odruchów ustno-twarzowych poziom 1 i 2,
- MNRI®: Neurostrukturalnej Integracji Schematów Odruchów,
- MNRI®: Integracji ruchów archetypowych i rozwoju motoryczno-poznawczego,
- MNRI®: Integracji odruchów wzrokowo-słuchowych,
- MNRI®: Integracji odruchów stałych,
- MNRI®: Repatterningu oraz integracji odruchów dysfunkcyjnych i patologicznych,
- MNRI®: Integracji odruchów narodzin,
- MNRI®: Integracji odruchów dla Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD),
- MNRI®: Integracji odruchów i stymulacji jąder podstawnych,
- MNRI®: Integracji odruchów dla regulacji hormonów stresu,
- MNRI®: Integracji układu przedsionkowo-proprioceptywnego i rozwoju procesów poznawczych,
- MNRI®: Dysleksji i integracji odruchów,
- MNRI®: Arteterapii i integracji odruchów (integracja odruchów poprzez sztukę)⁸.

Należy podkreślić, że program dr Masgutovej opiera się zarówno na bogatym dorobku wcześniejszych badaczy, jak również na badaniach własnych autorki metody i podlega nieustannym modyfikacjom dzięki prowadzeniu działań praktycznych. Aktualna rama programu MNRI oparta jest na licznych badaniach nad efektywnością terapii, zawierających duże grupy pacjentów o zróżnicowanych potrzebach terapeutyczno-medycznych, będących konsekwencją odmiennych zaburzeń rozwojowych.

1. NEUROFIZJOLOGICZNE ASPEKTY TERAPII MNRI

Genetycznie zaprogramowane plany rozwoju są przekazywane w materiale genetycznym przez rodziców. One to w największym stopniu determinują rozwój osobniczy. Układ nerwowy tworzy się od początku, a szczególnie dynamicznie od 3. tygodnia życia płodowego. Powstaje z trzeciego listka zarodkowego – ektodermy⁹.

5 S. Masgutova, D. Masgutov, *MNRI Dynamiczna...*, dz. cyt.; S. Masgutova, D. Masgutov, *Reflex Integration Disorder...*, dz. cyt.

6 S. Masgutova, D. Masgutov, *MNRI Dynamiczna...*, dz. cyt.; S. Masgutova, D. Masgutov, *Reflex Integration Disorder...*, dz. cyt.

7 S. Masgutova, L. Sadowska, J. Kowalewska, D. Masgutov, N. Akhmatova, H. Filipowski, *Use of a Neurosensorimotor Reflex Integration Program to Improve Reflex Patterns of Children with Down Syndrome*, "Journal of Neurology & Neuroscience" 2015, Vol. 6(4), s. 59.

8 S. Masgutova, D. Masgutov, *MNRI Dynamiczna...*, dz. cyt.; S. Masgutova, D. Masgutov, *Reflex Integration Disorder...*, dz. cyt.

9 K. Nowak, K. Sendrowski, *Neurophysiological Aspects of NeuroTactile Therapy of Masgutova Neurosensory Motor Reflex Integration MNRI Method*, "Medical Rehabilitation" 2016, Vol. 20(4), s. 21-31.

Wyróżnia się następujące etapy rozwoju układu nerwowego:

- neurogenezę i glejogenezę – procesy tworzenia się komórek nerwowych i glejowych,
- apoptozę – genetycznie zaprogramowany proces obumierania nadmiaru komórek,
- migrację – proces przemieszczania się komórek nerwowych i glejowych ze strefy zarodkowej do miejsc genetycznego przeznaczenia,
- angiogenezę – proces tworzenia unaczynienia układu nerwowego,
- synaptogenezę – proces tworzenia dendrytów ich połączeń,
- mielinizację – proces tworzenia mieliny i zaopatrywania nerwów,
- dyferencjację – zmiany w tworzącym się w układzie nerwowym związane z płcią płodu,
- histogenezę – proces budowania poszczególnych warstw kory mózgowej,
- epigenezę – proces przystosowania się synaps do odbierania bodźców i przyszłych funkcji¹⁰.

Narządy zmysłów również powstają w pierwszych tygodniach życia. Stopniowo dojrzewają i integrują swoje działania. Jako pierwszy zaczyna funkcjonować (ok. 6 tygodnia życia) zmysł dotyku. Eksteroreceptory to tworzące się w skórze receptory czucia powierzchniowego. Celem ich jest odbieranie bodźców i przesyłanie ich włóknami nerwowymi, początkowo do rdzenia kręgowego, następnie włóknami odśrodkowymi do tworzących się połączeń nerwowo-mięśniowych (synaps nerwowo-mięśniowych). Włókna mięśniowe reagują odpowiedzią motoryczną, a więc skurczem na wytworzone pobudzenie. Płód zaczyna wykonywać pierwsze ruchy, czyli zostaje zaktywizowana motoryka pierwotna¹¹.

Odczuwanie dotyku jest złożonym procesem. Składa się na nie: czucie powierzchniowe (eksteroceptywne), czucie głębokie (proprioceptywne, czyli czucie pozycji i ruchów ciała), czucie temperatury i bólu. Receptory czucia głębokiego, tak zwane proprioceptory, umiejscowione są głównie w mięśniach i stawach. Odebrany przez odpowiedni receptor bodziec (ekstero- lub proprioceptywny) dociera do ośrodkowego układu nerwowego odrębnymi drogami¹².

Narządem zmysłu równowagi jest układ przedsionkowy, który osiąga swoją dojrzałość jako pierwszy ze wszystkich zmysłów. Tworzy się już w 7. tygodniu życia płodowego, a w 6. miesiącu osiąga prawie ostateczne rozmiary i dojrzałość neuronalną. Bodźce odbierane w układzie przedsionkowym są przesyłane drogą nerwu przedsionkowo-ślimakowego (VIII para nerwów czaszkowych) do pnia mózgu, skąd informacje o ruchu są przekazywane dalej (m.in. do oczu, mózdzku i neuronów ruchowych w rdzeniu kręgowym)¹³.

Percepcja i przesyłanie bodźców wpływa na doskonalenie się i dojrzewanie struktur nerwowych. Zwiększająca się stopniowo liczba ruchów wykonywanych przez płód jest nie tylko najważniejszą formą stymulacji jego układu nerwowego, ale także ćwiczeniem mięśni i czynności, które pozwalają dziecku zaraz po urodzeniu na aktywne podjęcie niezbędnych dla przeżycia funkcji, takich jak oddychanie czy ssanie. Ruchy te doskonalą się wraz z coraz lepszą współpracą (integracją) tych trzech najwcześniej funkcjonujących i dojrzewających układów zmysłów, którymi są: czucie powierzchniowe, czucie głębokie i równowaga.

W okresie ciąży i w pierwszych trzech miesiącach życia najściślej współdziałają ze sobą zmysły: czucia powierzchniowego, głębokiego i równowagi. Pierwotny zakres współdziałania w obrębie wszystkich narządów zmysłów występuje po 6. miesiącu życia.

Dojrzewanie w układzie nerwowym polega głównie na tworzeniu nowych połączeń synaptycznych i mielinizacji włókien nerwowych¹⁴.

Synaptogeneza jest procesem polegającym na rozwoju rozgałęzień dendrytów i tworzeniu ich połączeń. Najwcześniej, bo w 6.-8. tygodniu życia płodowego, tworzą się synapsy w rdzeniu kręgowym, które stymulują pierwotne ruchy płodowe. Jest to proces tworzenia się pierwszych prymitywnych wzorców odruchowych, np. w 9. tygodniu odruch dłoniowo-bródkowy Babkina czy w 11. tygodniu – chwytyn Robinsona¹⁵. Są to stereotypowe, automatyczne reakcje odruchowe, które pojawiają się w życiu płodowym, generowane z poziomu pnia mózgu. Ich integracja jest związana głównie z przejściem pod kontrolę wyższych partii mózgu.

Synaptogeneza to długotrwały proces. W korze mózgowej synapsy powstają nieco później niż w rdzeniu kręgowym. Początkowo tworzą się w nadmiarze, co określa się jako „nadgęstość synaptyczną”. W okresie nadmiaru synaps mózg jest najbardziej plastyczny. Dla dalszego przetrwania połączeń niezbędna jest ich aktywność funkcjonalna. Najgwałtowniejszy wzrost połączeń synaptycznych występuje w pierwszych miesiącach po urodzeniu, co jest związane z dopływem ogromnej ilości bodźców ze środowiska zewnętrznego.

10 T. Górską, J. Zagrodzka, *Mózg a zachowanie*, Warszawa 2012, s. 9-45.

11 K. Nowak, K. Sendrowski, dz. cyt.; T. Górską, J. Zagrodzka, dz. cyt.

12 E.I. Popova, V.F. Mikheev, V.T. Shuvaev, A.A. Ivonin, *Funktsional'nye preobrazovaniia mozga cheloveka pri émotSIONal'noi samoreguliatsii s bioobratnoi svyaz'iu*, „Fiziologicheskii zhurnal imeni I.M. Sechenova” 1996, nr 82(2), s. 32-43.

13 B.K. Gołąb, *Anatomia czynnościowa ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa 2004, s. 158-179.

14 Tamże.

15 S.M. Masgutova, D. Masgutov, *Reflex Integration Disorder...*, dz. cyt.

Mielinizacja to zjawisko polegające na pokrywaniu włókien nerwowych tłuszczową substancją zwaną mieliną. Jest ono niezwykle ważne, o wartości funkcjonalnej, gdyż prowadzi do pokaźnego zwiększenia szybkości przewodzenia bodźców oraz decyduje o końcowym kształcie obwodów neuronalnych. Mielinizacja jest aktywna od połowy okresu płodowego i trwa do osiągnięcia pełnej dojrzałości organizmu. Jako pierwsza pojawia się w korzeniach ruchowych i czuciowych rdzenia kręgowego oraz niektórych nerwach czaszkowych (VIII para nerwów czaszkowych – nerwy przedsionkowo ślimakowe są już w pełni zmielinizowane przed urodzeniem)¹⁶.

Rozwój dziecka nie jest stanem, lecz ciągłym procesem, w którym obserwuje się wzajemny wpływ i splatanie się umiejętności osiąganych kolejno w poszczególnych sferach rozwoju. W trakcie rozwoju obserwuje się okresy przyspieszenia („skoki rozwojowe”) i zwolnienia.

2. ROLA ORAZ ZNACZENIE STYMULACJI TAKTYLNEJ I PROPRIOCEPTYWNEJ

Chcąc wywołać u dziecka odruch pierwotny, niezbędne jest prawidłowe odczuwanie dotyku, który uruchamia łańcuch łuku odruchowego, np. stymulacja taktylna podstawy stopy i pierwszej linii paliczków wywołuje motoryczne reakcje odruchu chwytanego stóp u niemowląt, zaś dotknięcie zewnętrznej krawędzi stopy wywołuje odruch Babińskiego¹⁷.

W skórze i mięśniach znajdują się receptory czucia, które spełniają określone funkcje. Receptory te służą do odbierania bodźców dotykowych, ucisku, rozciągania, bólu oraz ciepła i zimna¹⁸.

Zmysły dotyku, temperatury i nocycepcji ściśle korelują z układem propriocepcji, która inaczej określana jest zmysłem pozycji lub mięśniowo-ścięgnistym. Odpowiadają one za percepcję bodźców związanych z ruchem, kontrolą, poczuciem i świadomością ciała. Dzięki normalnej, prawidłowej, fizjologicznej pracy tego układu możliwe są wszystkie ruchy celowe i automatyczne oraz reakcje odruchowe. W znaczący sposób wpływa na prawidłowe napięcie mięśniowe i bierze udział w tworzeniu zharmonizowanego schematu ciała. Z kolei receptory ciała, zwane proprioceptorami, znajdują się w skórze, ścięgnach, mięśniach, więzadłach, stawach i tkance łącznej, a cały układ powoduje równowagę i harmonię wewnętrznej organizacji zmysłów.

Stymulacja taktylna oznacza pobudzenie dotykowe oraz wpływa na aktywizację i integrację odruchów u dzieci. Dzięki temu dziecko osiąga harmonijny rozwój ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Właściwa odpowiedź łuku odruchowego stymuluje również prawidłową pracę układu kostno-więzadłowego i mięśniowo-powięziowego. Terapia MNRI jest narzędziem rozwijającym oraz poprawiającym schematy odruchów dynamicznych i posturalnych, a wraz ze wzrostem dziecka wspomaga holistyczny rozwój organizmu¹⁹.

Nieprawidłowości w zakresie bodźców dotykowych mogą spowodować zaburzenia funkcji łuku odruchowego oraz pracy układu sensomotorycznego, a także powstawanie deficytów w rozwoju układu nerwowego. Rezultatem tego jest formowanie się nieprawidłowych reakcji neuromotorycznych (jako wynik nieprawidłowego wzorca odruchu pierwotnego). W kolejnym etapie rozwoju dziecka dostrzegamy utrwalający się patologiczny schemat odruchu warunkowego²⁰.

3. ZASTOSOWANIE TERAPII MNRI W ZABURZENIACH NEUROLOGICZNYCH

Jednym z głównych zadań terapii NeuroTaktylnej programu MNRI jest torowanie sensoryczne. Kolejnym jest integracja odruchów niemowlęcych (dynamicznych i posturalnych) oraz schematów ruchów pierwotnych, czyli stymulacja dróg i szlaków nerwowych. W pierwszych miesiącach życia poprzez ruchy prymitywne i odruchowość dziecko doświadcza świata sensorycznego.

Neurosensomotoryczna Integracja Odruchów wpływa stymulująco na:

1. Receptory skóry.
2. Czucie powierzchowne i głębokie.
3. Mechanizmy regulacji napięcia mięśniowego, układu kostno-więzadłowego.
4. Normalizację sensorycznej depriwacji (ciśnienie, jakie wytwarzane jest w tkankach podczas tej stymulacji przypomina ciało ciśnienie wewnątrzplodowe wytwarzane przez wody płodowe).
5. Łańcuchy biomechaniczne w odpowiedzi na bodziec taktylny do prawidłowej odpowiedzi neurosensomotorycznej organizmu.

16 A.R. Borkowska, L. Domańska, *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, Warszawa 2012, s. 13-25.

17 K. Nowak, K. Sendrowski, *Neurophysiological Aspects...*, dz. cyt.

18 K. Nowak, H. Muzaj, H. Nawrocka, *Evaluation of the Effectiveness of the MNRI Therapy (Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration) in Children with Autism Based on the ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) Test*, "Medical Rehabilitation" 2018, Vol. 22(3), s. 20-34.

19 J.L. Koberda, N. Akhmatova, E. Akhmatova, A. Bienkiewicz, K. Nowak, H. Nawrocka, *Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration (MNRI) Neuromodulation Technique Induces Positive Brain Maps (QEEG) Changes*, "Journal of Neurology & Neurobiology" 2016, Vol. 2(4), <http://dx.doi.org/10.16966/2379-7150.130> [dostęp: 28.08.2019].

20 W. Pilecki, S. Masgutova, J. Kowalewska, D. Masgutov, N. Akhmatova, M. Poreba, M. Sobieszczańska, P. Koleda, A. Pilecka, D. Kalka, *The Impact of Rehabilitation Carried out Using the Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration Method in Children with Cerebral Palsy on the Results of Brain Stem Auditory Potential Examinations*, "Advances in Clinical and Experimental Medicine" 2012, Vol. 21(3), s. 363-371.

6. Somatognozę.
7. Pobudzenie neurosensomotoryczne przednich, bocznych oraz tylnych powierzchni ciała.
8. Mechanizmy obronne, procesy odporności na stres i więzi: wyciszenie nadwrażliwego odruchu strachu paralizującego, wsparcie poczucia więzi.
9. Schematy odruchów: wyprostu tułowia i głowy, oddychania, ochronnego środka ciała, kończyn górnych (zgięcia i podparcia rąk) i dolnych (Babińskiego, ochrony ścięgien stóp, chwytne stóp, naprzemiennego zgięcia i wyprostu nogi), grawitacji, uziemienia i in.
10. Plastyczność kinestetyczną pamięci związanej ze stresem.
11. Układy hormonalny, immunologiczny, pokarmowy, wegetatywny, nerwowy, ruchowy i in.
12. Połączenie środka ciała z kończynami i wzmocnienie orientacji w schemacie własnego ciała.
13. Interakcję pomiędzy: skórą a mięśniami, mięśniami i ścięgnami, ścięgnami i kośćmi²¹.

4. WSKAZANIA I PRZECIWWSKAZANIA DO TERAPII

Program Neurosensomotorycznej Integracji Odruchów MNRI ma na celu usprawnienie funkcji motorycznych i poznawczych poprzez integrację odruchów i ich schematów u dzieci oraz dorosłych z różnymi wyzwaniami²². W tabeli 1 przedstawiono wskazania i przeciwwskazania do terapii MNRI.

Tabela 1. Wskazania i przeciwwskazania do terapii MNRI

Wskazania do terapii MNRI	Przeciwwskazania do terapii MNRI
– dziecięce porażenie mózgowe (MPD), – autyzm i cechy autystyczne, – nadaktywność (ADHD) oraz zaburzenia uwagi (ADD), – opóźnienie rozwoju motorycznego, – zaburzenia genetyczne, – FAS/ FASDs (spektrum wewnątrzplodowych zatruc alkoholowych), – dysleksja i inne deficyty sfery poznawczej	W związku z tym, że terapia MNRI posiada szeroki wachlarz ćwiczeń i technik terapeutycznych nie ma typowych przeciwwskazań. Program MNRI nie jest zalecany: – we wczesnych, ostrych stanach bakteryjnych, wirusowych, pasożytniczych, – przy świeżych urazach wymagających interwencji chirurgicznej – złamaniach, zwichnięciach, skręceniach stawów, – przy urazach z krwotokiem, – podczas aktywnych faz schorzeń psychicznych

Korekcyjna praca ze schematami odruchów ma na celu wsparcie:

- mechanizmów rozwojowych, zdrowych obronnych reakcji,
- rozwoju fizycznego,
- kształtowania prawidłowej postawy ciała i koordynacji ruchowej,
- procesów poznawczych,
- słuchania i zapamiętywania,
- rozwoju układu proprioceptywnego,
- kontroli postawy ciała do obucznego widzenia i obuusznego słyszenia,
- funkcjonowania percepcji podczas czytania i pisanie,
- motorycznego aspektu umiejętności pisanie i rysowanie.

5. EFEKTY I KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z PRACY TERAPIĄ MNRI

Holistyczny program rehabilitacyjny MNRI ma szereg korzyści, pozytywnie wpływających na funkcjonowanie organizmu pacjenta. Jednym z programów badawczo-naukowo-rehabilitacyjnych, gdzie została wykorzystana i zbadana terapia MNRI, była ocena za pomocą narzędzi, takich jak.: kwestionariusza ATEC, ilościowej analizy QEEG, oceny hormonów stresu z moczu przed oraz po 11-dniowym procesie rehabilitacyjnym u dzieci z autyzmem.

21 K. Nowak, P. Sobaniec, H. Muzaj, J. Łotowska, *Znaczenie neurosensomotorycznej terapii MNRI wg dr S Masgutovej u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi*, „Neurologia Dziecięca” 2018, nr 27(54), s. 37-52.

22 K. Nowak, P. Sobaniec, H. Muzaj, J. Łotowska, dz. cyt.; R.F. Masgutov, G.A. Masgutova, I.S. Raginov, A.I. Malomuzh, M.V. Nigmatzyanova, Y.A. Chelyshev, *Posttraumatic Survival of Sensory Neurons during Allotransplantation of Rat Embryonic Tissues into the Nerve*, „Bulletin of Experimental Biology and Medicine” April 2009, Vol. 147(4), s. 537-538.

Wyniki pokazały, że stymulacja sensoryczno-motoryczna według MNRI wpłynęła na zmniejszenie i wyciszenie negatywnych zachowań, takich jak autoagresja i agresja kierowana na zewnątrz, redukcję nadpobudliwości psychoruchowej, zwiększenie tolerancji na dźwięk, poprawę jakości i długości snu.

Ćwiczenia z zakresu schematów odruchów MNRI spowodowały poprawę reakcji sensorycznych dotyczących normalizacji odpowiedzi na bodziec dotykowy, poprawę napięcia mięśniowego oraz motoryki małej i średniej wyrażonej w reedukacji posturalnej, precyzji i celowości ruchu u pacjentów z autyzmem.

Program Integracji Odruchów MNRI wpłynął na normalizację funkcji społecznych u autystycznych dzieci. Zastosowany cykl ćwiczeń spowodował poprawę i normalizację 93 z 380 parametrów pracy mózgu, głównie w okolicach czołowych, centralnych i skroniowych.

6. BAZOWE KROKI TERAPEUTYCZNE TERAPII NEUROTAKTYLNEJ

Zamieszczone zdjęcia (fot. 1-5) są materiałem własnym Międzynarodowego Instytutu dr Masgutovej w Warszawie.



Fotografia 1. Symetryczne przegłaskanie kończyn górnych i dolnych z przodu ciała



Fotografia 2. Symetryczne przegłaskanie kończyn górnych i dolnych z tyłu ciała



Fotografia 3. Symetryczne przegłaskanie bocznej powierzchni ciała



Fotografia 4. Przeglaskanie kończyn górnych i dolnych zgodnie z kierunkiem wzrostu skóry



Fotografia 5. Głębokie uciski taktylne

PODSUMOWANIE

Neurosensoryczna Integracja Odruchów według MNRI to program rehabilitacyjno-terapeutyczny, którego głównym celem jest głęboka stymulacja czucia głębokiego i propriocepcji, torowanie schematów odruchów i aktywacja pierwotnych łańcuchów motorycznych. Autorem metody jest dr Masgutova, wieloletni pracownik katedry psychologii, badacz, terapeuta.

Terapia wpływa na głębokie wyciszenie, zmniejszenie wrażliwości sensorycznej, nadpobudliwości psychoruchowej, agresji i autoagresji. Kluczem do osiągnięcia sukcesu jest systematyczna praca technikami MNRI. ■

BIBLIOGRAFIA

- Borkowska A.R., Domańska Ł., *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, Warszawa 2012.
- Gołąb B.K., *Anatomia czynnościowa ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa 2004.
- Górska T., Zagrodzka J., *Mózg a zachowanie*, Warszawa 2012.
- Koberda J.L., Akhmatova N., Akhmatova E., Bienkiewicz A., Nowak K., Nawrocka H., *Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration (MNRI) Neuromodulation Technique Induces Positive Brain Maps (QEEG) Changes*, "Journal of Neurology & Neurobiology" 2016, Vol. 2(4), <http://dx.doi.org/10.16966/2379-7150.130> [dostęp: 28.08.2019].
- Masgutov R.F., Masgutova G.A., Raginov I.S., Malomuzh A.I., Nigmatzyanova M.V., Chelyshev Y.A., *Posttraumatic Survival of Sensory Neurons during Allotransplantation of Rat Embryonic Tissues into the Nerve*, "Bulletin of Experimental Biology and Medicine" April 2009, Vol. 147(4), s. 537-538.
- Masgutova S., Masgutov D., *MNRI Dynamiczna i posturalna integracja odruchów [w:] MNRI Family Conference 2015*, s. 5-20.
- Masgutova S., Masgutov D., *Reflex Integration Disorder as a New Treatment Paradigm for Children with Autism [w:] Reflexes: Portal to Neurodevelopment and Learning. A Collective Work, Svetlana Masgutova Educational Institute for Neuro-Sensory-Motor & Reflex Integration*, Orlando, FL 2015, s. 171-180.
- Masgutova S., Sadowska L., Kowalewska J., Masgutov D., Akhmatova N., Filipowski H., *Use of a Neurosensorimotor Reflex Integration Program to Improve Reflex Patterns of Children with Down Syndrome*, "Journal of Neurology & Neuroscience" 2015, Vol. 6(4), s. 59-67.
- Nowak K., Sendrowski K., *Neurophysiological Aspects of NeuroTactile Therapy of Masgutova Neurosensory Motor Reflex Integration MNRI Method*, "Medical Rehabilitation" 2016, Vol. 20(4), s. 21-31.
- Nowak K., Sobaniec P., Muzaj H., Łotowska J., *Znaczenie neurosensomotorycznej terapii MNRI wg dr S Masgutovej u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi*, „Neurologia Dziecięca” 2018, nr 27(54), s. 37-52.
- Nowak K., Muzaj H., Nawrocka H., *Evaluation of the Effectiveness of the MNRI Therapy (Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration) in Children with Autism Based on the ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) Test*, "Medical Rehabilitation" 2018, Vol. 22(3), s. 20-34.
- Pilecki W., Masgutova S., Kowalewska J., Masgutov D., Akhmatova N., Poreba M., Sobieszczańska M., Koleda P., Pilecka A., Kalka D., *The Impact of Rehabilitation Carried out Using the Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration Method in Children with Cerebral Palsy on the Results of Brain Stem Auditory Potential Examinations*, "Advances in Clinical and Experimental Medicine" 2012, Vol. 21(3), s. 363-371.
- Popova E.I., Mikheev V.F., Shuvaev V.T., Ivonin A.A., *Funktsional'nye preobrazovaniia mozga cheloveka pri émotSIONal'noi samoregulatsii s bioobratnoi svyaz'iu*, „Fiziologicheskii zhurnal imeni I.M. Sechenova” 1996, nr 82(2), s. 32-43

Notka o autorce

mgr Katarzyna Nowak – ukończyła Uniwersytet Medyczny w Białymstoku na kierunku Fizjoterapia. W 2013 r. rozpoczęła studia doktoranckie Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Pracuje jako fizjoterapeuta w Międzynarodowym Instytucie dr Masgutovej w Warszawie. Jest specjalistą metody MNRI, kierownikiem ds. badań naukowych i prac rozwojowych oraz instruktorem MNRI. Brała czynny udział w 16 zagranicznych turnusach rehabilitacyjnych w USA, Danii, Australii, Indonezji. Prowadzi turnusy rehabilitacyjne, wykłady oraz szkolenia w Warszawie. W 2016 r. rozpoczęła współpracę z Fundacją EY, w celu stworzeniu wspólnego projektu rehabilitacyjnego dla rodzin zastępczych i adopcyjnych oraz ich podopiecznych. Brała czynny udział w 30 konferencjach medycznych i jest autorem 10 publikacji medycznych.

Dlaczego głoskowanie utrudnia proces nabywania umiejętności czytania, a metody oparte na czytaniu sylabami uważane są za najskuteczniejsze?¹

STRESZCZENIE

Artykuł jest głosem w dyskusji na temat skutecznych metod nauki czytania i pisania. Autorka w krytyczny sposób odnosi się do utrwalanego w trakcie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej nawyku głoskowania, który zdaniem autorki, w negatywny sposób oddziałuje na proces nabywania umiejętności czytania. W pierwszym rozdziale został opisany mechanizm głoskowania oraz przedstawiono zagrożenia płynące z utrwalonego nawyku głoskowania podczas nauki czytania. W rozdziale tym przybliżono także czym są podstawowe elementy mowy, czyli fonemy, głoski i sylaby. W kolejnym rozdziale podjęto próbę uzasadnienia tezy, zgodnie z którą nauka czytania metodami sylabowymi jest uznawana za najskuteczniejszą, szczególnie w pracy z uczniami z deficytami rozwojowymi. Jedną z metod nauki czytania opartą na sylabach jest Metoda Strukturalna, której założenia przedstawiono w pkt. 3 artykułu. Skuteczność Metody Strukturalnej została zweryfikowana podczas eksperymentalnych badań naukowych prowadzonych na Uniwersytecie Śląskim przez jej autorkę w latach 2013-2014. Metoda Strukturalna otrzymała pozytywne recenzje Polskiego Towarzystwa Dysleksji (prof. zw. Marta Bogdanowicz), poza Polską jest stosowana w Islandii oraz w Norwegii. Wielu terapeutów stosujących Metodę Strukturalną w nauczaniu czytania uczniów z deficytami rozwojowymi informuje o spektakularnych pozytywnych efektach swojej pracy.

WSTĘP

W trakcie licznych rozmów z terapeutami, logopedami i innymi specjalistami przewija się wątek dotyczący grupy uczniów z trudnościami w nabywaniu umiejętności czytania spowodowany utrwalonym nawykiem tzw. głoskowania. Osobiście, jako terapeuta i nauczyciel w szkole specjalnej, bardzo często się z takim zjawiskiem spotykałam i wiem, jak trudno jest taki nawyk zmienić. Przyczyna tego stanu rzeczy bierze się stąd, że duża grupa nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej i przedszkolnej uważa, że umiejętność głoskowania, czyli rozbijania wyrazu na poszczególne głoski, powinna poprzedzać naukę czytania. Jest to niewłaściwe stanowisko, a praktyka taka jest niezgodna z fizjologią i nie uwzględnia etapów rozwoju świadomości fonologicznej. Nauczyciele powinni bazować przede wszystkim na świadomości sylabowej i na jej podstawie prowadzić naukę czytania.

Artykuł przybliży to zagadnienie oraz dostarcza czytelnikowi rozwiązań, dzięki którym można uczyć dzieci czytania w sposób łatwy i zgodny z fizjologią, czyli na podstawie sylab. W ostatnim rozdziale przybliżono czytelnikowi krótkie założenia teoretyczne Metody Strukturalnej, która uznawana jest za skuteczną w procesie nabywania umiejętności czytania, szczególnie przez uczniów z deficytami rozwojowymi².

1. NA CZYM POLEGA GŁOSKOWANIE I DLACZEGO MOŻE UTRUDNIAĆ NABYWANIE UMIEJĘTNOŚCI CZYTANIA?

Choć głoskowanie zdecydowanie uważa się za szkodliwą praktykę, to oczywiście nie kwestionuje się znaczenia znajomości liter i automatyzacji w odnajdywaniu i nazywaniu ich odpowiedników dźwiękowych (głosek). Niemniej zbyt długi trening w głoskowaniu w okresie przedszkolnym prowadzi do utrwalenia nieprawidłowego nawyku czytania przez głoskowanie, podczas którego przy wymawianiu spółgłosek pojawia się najczęściej element wokaliczny „y”. W przybliżeniu przebiega to następująco: np. wyraz „koty” zostaje odczytany jako „ky-o-ty-y”, zatem to, co dziecko „przeczytało”, jest zupełnie innym wyrazem (bezsensowym). O ile w przypadku krótkich wyrazów, jedno czy dwusylabowych, możliwe jest uruchomienie mechanizmu inteligentnego zgadywania i dziecko domyśla się sensu przeczytanego wyrazu z kontekstu, to

¹ Rozważania zawarte w artykule dotyczą specyfiki nauczania czytania języka polskiego jako prymarnego.

² Skuteczność Metody Strukturalnej została zweryfikowana podczas eksperymentalnych badań naukowych prowadzonych na Uniwersytecie Śląskim przez jej autorkę (2013-2014). Metoda Strukturalna otrzymała pozytywne recenzje Polskiego Towarzystwa Dysleksji (prof. zw. Marta Bogdanowicz). Poza Polską jest stosowana w Islandii (polecana przez islandzkich doradców pedagogicznych dla dzieci obcego pochodzenia) oraz w Norwegii. Wielu terapeutów stosujących Metodę Strukturalną informuje o spektakularnych pozytywnych efektach.

w przypadku wyrazów dłuższych proces czytania blokuje się na etapie wypowiadania poszczególnych głosek w postaci sylab z nieistniejącym w wyrazie elementem wokalicznym „y”, np. wyraz „szkoła” zostanie wypowiedziany jako „szy-ky-o-ty-a”. Dodatkowo, ponieważ techniki głoskowania uczy się już w przedszkolu, kiedy część dzieci nie potrafi jeszcze prawidłowo realizować niektórych głosek (np.: sz, cz, ż, dż), wyraz „szkoła” wygłoskowany zostanie jako „sy-ko-ty-a”, bo dzieci nie potrafią wyrazu prawidłowo wyartykułować (mówią „skoła”).

Taka praktyka nauki głoskowania w okresie zerówki lub wcześniej czyni wiele szkody, gdyż operowanie fonemami/głoskami jest trudniejsze od operowania sylabami (świadomość sylab) i zależy od naturalnego rozwoju kognitywnego. Wyniki najnowszych badań wykazały, że większość dzieci 6-letnich nie jest zdolna do przeprowadzenia analizy i syntezy fonemowej: „[...] identyfikując słowa, kierują się one przede wszystkim tzw. ugięciem formantowym, co świadczy o całościowym przetwarzaniu sylab, bez koncentrowania się na poszczególnych fonemach”³. „Najłatwiejsze okazały się zadania oparte na sylabach, zaś te wymagające operowania fonemami były zbyt trudne, nawet dla dzieci uczęszczających do klas początkowych”⁴. Z tego względu, przygotowując dzieci do podjęcia nauki czytania, należy dążyć do wykształcenia świadomości sylabowej, a nie fonemowej.

Poniżej przybliżono, czym są podstawowe elementy mowy: fonemy, głoski i sylaby.

Fonem jest podstawową jednostką struktury fonologicznej mowy. Jest różnorodnie definiowany, ale zwykle o jego wyróżnianiu ma decydować prawidłowe rozumienie znaczenia wyrazów. Fonem jest pojęciem abstrakcyjnym, realizowanym w rzeczywistej mowie przez głoski.

W zależności od przyjętych kryteriów w języku polskim liczba fonemów jest określana od 31 do 42. Jan Baudoin de Courtenay wyróżniał następujące fonemy języka polskiego: *p, b, m, f, w, t, d, n, s, z, c, dz, ł, sz, ż, cz, dż, r, k, g, ch, j, p', b', m', f', w', (t'), (d'), n', s', z', c', dż', l, k', g', ch', u, o, a* (wymawiane *ô*), *a, ą* (wymawiane *â*), *i, e, ę* oraz *rz* odróżniające się od *ż* lub *sz* tylko w gwarach.

Głoska to najmniejszy element dźwiękowej wypowiedzi, charakteryzujący się stałym zespołem fonetycznych cech artykulacyjnych i akustycznych⁵. Każda głoska jest fizyczną realizacją jakiegoś fonemu, który może mieć więcej niż jedną realizację. Wyróżnia się trzy fazy wybrzmiewania głoski: następ (przygotowanie), szczyt (przyjęcie przez narządy mowy pozycji właściwej danej głosce), zstęp (powrót do pozycji neutralnej).

Ze względu na różnice akustyczne, fonetyczne i funkcjonalne głoski dzielą się samogłoski i spółgłoski. Samogłoski są wielotonami harmonicznymi, podczas gdy spółgłoski zawierają też element szmerowy – tzw. wieloton nieharmoniczny.

Samogłoski mają zdolność tworzenia sylab. Podczas artykulacji samogłosek powietrze przepływa przez otwarty kanał artykulacyjny, nie napotykając na przeszkody, w związku z czym są donośniejsze niż spółgłoski (słyszymy je lepiej).

Inaczej jest w przypadku spółgłosek. Każda spółgłoska ma zespół cech, dzięki którym możemy ją rozpoznać, odróżniając od innych spółgłosek. Bierzymy wtedy pod uwagę następujące czynniki: stopień zbliżenia narządów mowy w czasie artykulacji, miejsce artykulacji, położenie podniebienia miękkiego, zachowanie się wiązań głosowych. Wymawianie spółgłosek w wyizolowanej formie jest bardzo trudne, uważa się wręcz, że niemożliwe, gdyż zawsze współbrzmie element wokaliczny.

Dzieci uczące się czytać w piśmie alfabetycznym mają kłopoty z segmentacją fonologiczną, muszą bowiem pokonać drogę między intuicyjnie wyczuwalną sylabą a abstrakcyjnym fonemem. To naturalne, że dzieci mogą mieć z tym problemy i z trudem przechodzą przez pośredni etap analizy fonologicznej, który znajduje się między analizą sylabową a fonemową.

Sylaba jest elementem struktury fonologicznej aktu komunikacyjnego, który pomimo pozornej oczywistości wciąż nie ma ustalonej jednoznacznej definicji.

Według L. Dukiewicza⁶ sylaba to uniwersalne zjawisko językowe. Podziały wyrazów na sylaby są uwarunkowane różnicami artykulacyjnymi między segmentami głoskowymi. Mogą to być różnice artykulacyjne: obecność – nieobecność okresowych drgań wiązań głosowych, zamknięcie i różne stopnie otwarcia kanału głosowego oraz związane z nimi różnice fizyczne: zmiany intensywności, odbierane jako różnice donośności. Ośrodkiem sylaby jest segment głoskowy, który różni się od innych głosek większym stopniem otwarcia kanału głosowego, najczęściej z udziałem drgań wiązań. Fizycznie wyróżnia się wyższą niż w sąsiedztwie intensywnością. Granice sylab fonetycznych wypadają między dwoma szczytami zwężenia kanału głosowego.

Według I. Sawickiej⁷ sylaba to najmniejsza niezależna jednostka fonetyczna. W językach niesylabicznych (m.in. w języku polskim) sylaba nie stanowi elementu funkcjonalnego, a jej funkcją jest segmentacja wypowiedzi, ułatwiająca artykulację i percepcję. Sylaba to określona rytmizacja ciągu segmentów, polegająca na manipulacji siłą głosu oraz czasem trwania segmentów. Ma to charakter skonwencjonalizowany.

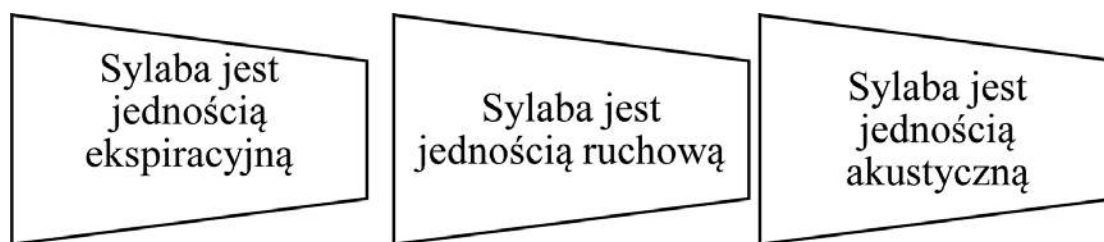
3 M. Lipkowska, *Profil kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*, Kraków 2001, s. 51.

4 Tamże, s. 116.

5 D. Ostaszewska, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa 2000.

6 L. Dukiewicz, I. Sawicka, *Fonetyka i fonologia*, Kraków 1995.

7 Tamże.



Schemat 1. Sylaba jako jedność ekspiracyjna, ruchowa i akustyczna

Sylabą można zatem nazwać odcinek mowy zawarty między dwoma spadkami intensywności z zaznaczonym szczytem intensywności. Wyróżnia się dwa typy sylab: sylaby otwarte – kończące się samogłoską oraz sylaby zamknięte – kończące się spółgłoską.

Cechą wspólną wymienionych definicji (L. Dukiewicz, I. Sawickiej) jest uznanie sylabizacji za zjawisko segmentacji, tj. podziału potoku mowy na pewne wyróżnialne artykulacyjnie segmenty. Sylabę można zatem uznać za fragment aktu mowy ograniczony dwoma obserwowalnymi spadkami natężenia głosu z zaznaczeniem miejsca jego szczytowej intensywności. Sylaba musi zawierać co najmniej jeden taki ośrodek (nucleus), którym w języku polskim jest samogłoska.

2. DLACZEGO NAUKA CZYTANIA METODAMI SYLABOWYMI JEST POLECANA PRZEZ WSPÓŁCZESNYCH NAUKOWCÓW I METODYKÓW?

Ze względu na to, że pismo jest bezpośrednio powiązane z mową, jest sposobem kodowania mowy, dzięki któremu możemy przekazywać informacje za pomocą słów – odczytywanie pisma powinno odbywać się w sposób płynny, naturalny i łatwy, uwzględniający następujące po sobie etapy analizy słuchowej – od sylabowej, przez fonologiczną do fonemowej. Ponieważ funkcją sylaby jest segmentacja wypowiedzi, ułatwiająca artykulację i percepcję, naturalnym sposobem nauki czytania jest czytanie całych sylab.

Większość metodyków i naukowców zajmujących się wczesną nauką czytania poleca rozpoczynanie jej od czytania prostych sylab. Przywołać tutaj należy Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania, opracowaną i propagowaną przez prof. Jagodę Cieszyńską⁸. Metoda ta, zwana powszechnie Metodą Krakowską, jest szeroko opisana w literaturze.

Prof. J. Cieszyńska podkreśla znaczenie rozwijania świadomości fonologicznej w oparciu o wcześniej się pojawiającą świadomość sylabową. Powołuje się na zdanie P. Łobacz, która uważa, że: „[...] świadomość sylab nie jest zależna od doświadczenia w czytaniu, lecz tylko od naturalnego rozwoju kognitywnego, podczas gdy świadomość fonemów może zależeć od czytania tekstów zapisanych alfabetem”⁹.

Zdaniem J. Cieszyńskiej „[...] do świadomości fonemowej dziecko dochodzi niejako samodzielnie przy pierwszych próbach zapisywania słów. Jednakże nigdy nie przekazuje się informacji, napisz, co usłyszałeś, ale napisz, co zobaczyłeś, dzięki czemu dzieci uczą się zapisu na drodze symultanicznego zapamiętania całości obrazu, bez analizy literowej. Przedszkolak Michał wie, że podpisując się, ma napisać litery ch, a jego koleżanka Hania literę h. Nikt tych liter nie nazywa, one są jedynie najpierw przepisywane podczas kodowania konkretnego słowa, a potem zapisywane. Dzieci, które w ten sposób uczą się ortografii, nie popełniają błędów, mimo że nie muszą opanowywać reguł ortograficznych, od których w języku polskim jest mnóstwo wyjątków”¹⁰.

3. NAUKA CZYTANIA I PISANIA W OPARCIU O SYLABY W METODZIE STRUKTURALNEJ

W tej części artykułu przybliżone zostaną ogólne założenia Metody Strukturalnej jako rozwiązania metodycznego, umożliwiającego naukę czytania i pisania w oparciu o sylaby¹¹.

Opracowując Metodę Strukturalną oparto się na założeniu, że nauka czytania musi zaczynać się od ukształtowania umiejętności czytania sylab, co stanowi punkt wyjścia do nauki czytania. Sylaba traktowana jest jako najmniejsza jednostka percepcyjna mowy, przy założeniu, że połączenia wewnątrzsylabowe i międzysylabowe są również istotne. Sylaba jest segmentem językowym samodzielnym fonetycznie, jest naturalnym dźwiękiem mowy, jednostką prozodyczną języka, odcinkiem wypowiedzi stanowiącym jedność. Uzasadnieniem tego podejścia jest fakt, że pierwsze próby mówienia rozpoczynają się od wypowiadania sylab, a dalsze ćwiczenia mowy prowadzą do jej upłynnienia.

8 J. Cieszyńska, *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków 2013.

9 P. Łobacz, *Nabywanie systemu fonologicznego a świadomość fonologiczna dzieci* [w:] *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, Warszawa 1997, s. 37, za: J. Cieszyńska, *Metoda Krakowska...*, dz. cyt., s. 363.

10 J. Cieszyńska, *Metoda Krakowska...*, dz. cyt., s. 363.

11 J. Guzik-Iwińska, *Metoda Strukturalna. Nauka czytania i pisanie osób z trudnościami w komunikacji pisemnej. Podręcznik*, Gliwice 2017.

Badania I. Kurcz wykazały, że psychofizjologia czytania opiera się na fiksacjach oka na tekście, przy czym po każdej fiksacji następuje ruch gałki ocznej, tzw. sakada, pozwalająca na przesunięcie wzroku na kolejny fragment czytanego tekstu z lewej strony na prawą. Po sakadach następują regresje, czyli ruchy wsteczne. Moment fiksacji trwa 200-250 milisekund i wtedy przesyłana jest i przetwarzana informacja w umyśle czytającego¹². Istnieje różnica między tempem i jakością przetwarzania w zależności od wieku i poziomu umysłowego osoby czytającej. W Metodzie Strukturalnej wprowadzono czytanie sylabami i wyrazami m.in. również po to, aby fiksacje i sakady jak najszybciej obejmowały całe sylaby i wyrazy, a nie pojedyncze litery.

Na etapie uczenia się proces czytania jest w całości sterowany z poziomu świadomego, co oznacza całkowite skupienie się na danej czynności. Oczywiście w tym czasie nie jest możliwe przyswajanie nowych informacji, będące skutkiem rozumienia treści czytanego tekstu. Jednak w miarę usprawniania tej czynności świadome zasoby uwagi zostają zwolnione i proces ten ulega automatyzacji. U osób biegle czytających jest ona tak wysoka, że odczytują one wyrazy na podstawie pierwszej i ostatniej litery oraz obwiedni wyrazu (całkowita liczba liter musi się zgadzać). Dopiero na tym etapie możliwe jest rozumienie czytanego tekstu w celu korzystania z zawartych w nim informacji¹³.

Stosowanie Metody Strukturalnej prowadzi do automatyzacji procesu dekodowania w oparciu o małe elementy, jakimi są sylaby, dlatego zalicza się do analityczno-syntetycznych, sekwencyjnych metod nauki czytania i pisania w oparciu o sylaby. Metoda uwzględnia wieloetapowość procesu nabywania umiejętności czytania i pisania. Pomoce do nauki w postaci pięciu zeszytów ćwiczeń (150 zdań w każdym, razem 750 zdań) umożliwiają intensywny trening i automatyzację tych umiejętności.

Pierwszy zeszyt ćwiczeń zawiera równoważniki zdań i zdania składające się z wyrazów dwusylabowych złożonych z sylab otwartych (najłatwiejsze do wypowiedzenia). Zgodnie z zasadą stopniowania trudności, zeszyt rozpoczynają najprostsze równoważniki zdań, kończą zdania złożone nawet z dziewięciu wyrazów.

To ry-ba.

To ryba.



Rysunek 1. Przykładowe zdania w zeszytcie 1

W zeszytcie 2 poziom trudności jest wyższy. Zdania składają się z wyrazów z zeszytu 1 oraz wyrazów jedno- i dwusylabowych, w których jedna jest sylabą zamkniętą. Na tym poziomie nie wprowadza się czytania wyrazów z grupami spółgłoskowymi. Ćwiczenia zaczynają się od zdań trzywyrazowych, kończą na zdaniach jedenastowyrazowych.

Ma-my du-ży dom.

Mamy duży dom.



Rysunek 2. Przykładowe zdania w zeszytcie 2

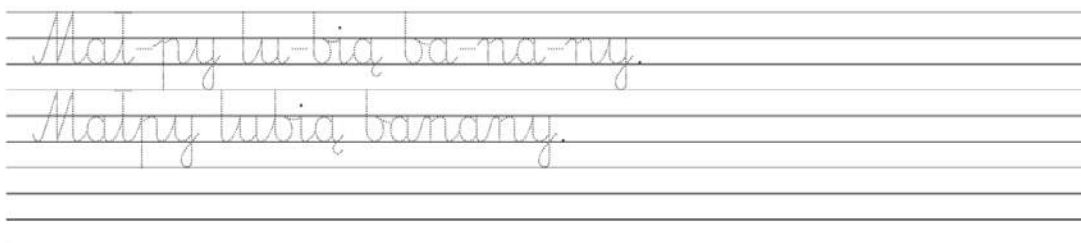
12 I. Kurcz, *Pamięć, uczenie się, język*, Wydawnictwa Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 261.

13 J. Ober, J. Mańczak, *Kognitywistyka w edukacji – zastosowanie metody Recito w procesie nabywania umiejętności czytania*, „Rocznik Kognitywistyczny” 2011, tom V, s. 121.

Kolejny jest zeszyt 3, w którym ćwiczymy czytanie i pisanie zdań z wyrazów trzysylabowych oraz wyrazów z zeszytów 1 i 2. Na tym etapie nie wprowadza się jeszcze wyrazów z grupami spółgłoskowymi.

Mał-py lu-bią ba-na-ny.

Małpy lubią banany.

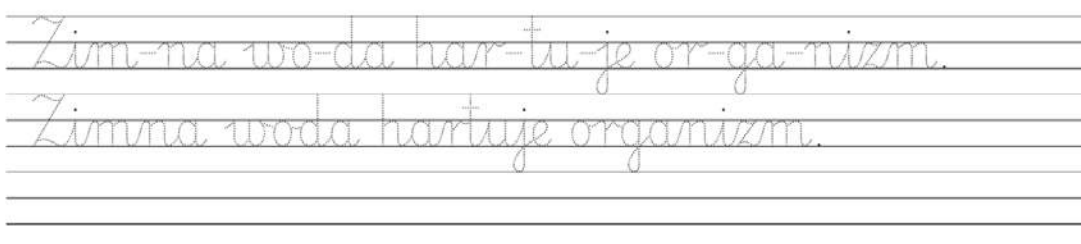


Rysunek 3. Przykładowe zdania w zeszyt 3

Zeszyt 4 zawiera zdania z wyrazów najwyżej czterosylabowych. Dodatkowo wprowadzono wyrazy z grupami spółgłoskowymi.

Zim-na wo-da har-tu-je or-ga-nizm.

Zimna woda hartuje organizm.

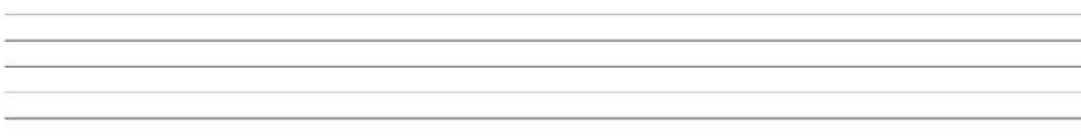


Rysunek 4. Przykładowe zdania w zeszyt 4

Zeszyt 5 zawiera zdania rozwinięte, często kilkunastowyrazowe, złożone z wyrazów wielosylabowych, z grupami spółgłoskowymi. W tym zeszyt nie ma już wzoru do pisania „po śladzie”. Jest to etap ostatni, podczas którego uczeń ćwiczy płynne czytanie długich zdań złożonych, pisze samodzielnie z pamięci i ze słuchu, rozwija i gromadzi słownictwo wokół tematu.

Zi-mą zmrok za-pa-da w go-dzi-nach po-po-lud-nio-wych.

Zimą zmrok zapada w godzinach popołudniowych.



Rysunek 5. Przykładowe zdania w zeszyt 5

W Metodzie Strukturalnej jednocześnie ćwiczy się z dzieckiem czytanie i pisanie. Każde zdanie zostało napisane w dwóch wersjach: z podziałem na sylaby i całymi wyrazami. To drugie zdanie jest wytłuszczone po to, aby uczeń zapoznał się z globalnym obrazem (obwiednią) każdego z wyrazów. Wyrazy w obu wersjach zajmują w liniach tyle samo długości. Pod częścią do nauki czytania znajduje się to samo zdanie do napisania „po śladzie” z podziałem na sylaby i w całości oraz liniatura, w której uczeń przepisuje zdanie samodzielnie.

Sposób czytania w wersji sylabowej polega na całkowitym wyeliminowaniu głoskowania (o ile taki nawyk został utrwalony wcześniej, wyeliminowanie go może być trudne, ale jest możliwe i konieczne), „przeciąganiu” w wymawianiu samogłosek

w sylabach otwartych i bezpośrednim, szybkim przechodzeniu do sylaby następnej, tak aby uczeń mógł usłyszeć wymawiane przez siebie sylaby w całości, jako wyraz. W następnej kolejności uczeń czyta płynnie wersję wyrazową. Dziecko musi mieć świadomość, że celem czytania nie jest głośkowanie ani sylabizowanie, ale płynne czytanie całych zdań.

PODSUMOWANIE

Czytanie metodą sylabową jest jedynym prawidłowym rozwiązaniem metodycznym, szczególnie w pracy z uczniami z deficytami rozwojowymi. Jednoczesne czytanie i pisanie umożliwia utrwalenie czterech graficznych wizerunków danej głoski (litery małe, wielkie, drukowane i pisanie), a także ćwiczenie prawidłowych kształtów liter i połączeń literowych w sylabach i wyrazach.

Przechodzenie jak najprędzej do czytania sylab bez zatrzymywania się na etapie głośkowania pozwala na uniknięcie utrwalenia nawyku dodawania elementu wokalicznego „y” przy wymawianiu spółgłosek. Dla przykładu wyraz „woda” czytany przez ucznia z utrwalonym głośkowaniem będzie brzmiał: „wy-o-dy-a”, a czytany przez ucznia, którego szybko nauczono czytania sylabami po prostu „wo-da”. Elementem wokalicznym stanie się samogłoska napisana po spółgłosce.

Terapeuta wykorzystujący Metodę Strukturalną powinien posiadać gruntowną wiedzę teoretyczną i operacyjną z zakresu dydaktyki i psychologii rozwojowej oraz takie cechy osobowości, które wyzwalają w uczniach i ich rodzicach aktywność, chęć do podejmowania wysiłku, nastawienie na sukces. Powinien cechować się uporem w dążeniu do celu i umieć dostrzec każdy, najmniejszy nawet postęp w nabywaniu umiejętności czytania i pisania przez swoich uczniów¹⁴.

Szczegółowe informacje i praktyczne umiejętności można uzyskać podczas udziału w certyfikowanym szkoleniu z zakresu Metody Strukturalnej organizowanym przez Wydawnictwo Komlogo. ■

BIBLIOGRAFIA

Cieszyńska J., *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków 2013.

Dukiewicz L., Sawicka I., *Fonetyka i fonologia*, Kraków 1995.

Guzik-Iwińska J., *Metoda Strukturalna. Nauka czytania i pisania osób z trudnościami w komunikacji pisemnej. Podręcznik*, Gliwice 2017.

Kurcz I., *Pamięć, uczenie się, język*, Warszawa 1995.

Lipkowska M., *Profil kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*, Kraków 2001.

Łobacz P., *Nabywanie systemu fonologicznego a świadomość fonologiczna dzieci* [w:] *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowska, Warszawa 1997.

Ober J., Mańczak J., *Kognitywistyka w edukacji – zastosowanie metody Recito w procesie nabywania umiejętności czytania*, „Rocznik Kognitywistyczny” 2011, t. V, s. 119-127.

Ostaszewska D., *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa 2000.

Notka o autorce

dr Joanna Guzik-Iwińska – pedagog specjalny, oligofrenopedagog, terapeuta zakresu psychopedagogiki, nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej. Nauczyciel z 35-letnim stażem pracy. Autorka Metody Strukturalnej.

¹⁴ J. Guzik-Iwińska, dz. cyt.

Diagnoza funkcjonalna rozwoju psychoruchowego dziecka z zaburzeniami mowy z wykorzystaniem kart oceny rozwoju psychoruchowego – KORP¹

STRESZCZENIE

Artykuł prezentuje propozycję wykorzystania narzędzia diagnostycznego *Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP* w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w przypadku dziecka z zaburzeniami mowy. Zwraca uwagę na znaczenie funkcjonalnego i holistycznego podejścia we współczesnej diagnozie i terapii logopedycznej.

WSTĘP

W świetle współczesnej wiedzy z zakresu neuronauk, psychologii i logopedii – mowa, jako najwyżej zorganizowana funkcja człowieka, o złożonej i wielowymiarowej strukturze, wymaga współpracy wielu obszarów mózgu i kształtuje się na bazie całego rozwoju psychoruchowego². Myślenie i mowa dziecka, zwłaszcza na wcześniejszych etapach rozwoju, wyraża się i kształtuje poprzez funkcje sensomotoryczne, czyli realne czynności podejmowane w poznawaniu, eksploracji otoczenia oraz w zabawach. W prawidłowym, harmonijnym rozwoju funkcje motoryki dużej, motoryki precyzyjnej i funkcje poznawcze oraz społeczne wyprzedzają rozwój mowy i są ich podstawą. Natomiast w nieprawidłowościach rozwoju mowy mogą one stanowić część szerszego zespołu zaburzeń o wspólnym mechanizmie. Praktycznie w każdym przypadku opóźnienie i zaburzenie rozwoju mowy ma związek z funkcjonowaniem psychomotorycznym oraz psychospołecznym dziecka. Powiązania te mają charakter dwukierunkowy na bazie mechanizmów pierwotnych i wtórnych. Z jednej strony wszelkie nieprawidłowości rozwoju psychoruchowego, także umiejętności tradycyjnie spostrzegane jako pozajęzykowe, powodują zaburzenia kształtowania funkcji komunikacyjnych i językowych, dla których powinny stanowić bazę, zaś z drugiej strony zaburzenia sfery mowy powodują wtórne utrudnienia w kształtowaniu wyższych procesów psychicznych i funkcjonowaniu emocjonalno-społecznym dziecka³.

Współczesna logopedia, uwzględniając wiedzę o złożonych uwarunkowaniach procesów mowy i jej zaburzeniach, jest dziedziną interdyscyplinarną, wymagającą w procesie zarówno diagnozy i terapii wszechstronnego oraz wielokierunkowego podejścia. Postępowanie logopedyczne, oparte na zasadach podejścia funkcjonalnego i holistycznego pojmowania rozwoju, pozwala na opracowanie adekwatnej i skutecznej strategii diagnostyczno-terapeutycznej.

Propozycją standaryzowanego i normalizowanego, a przez to obiektywnego narzędzia oceny rozwoju psychoruchowego dziecka o charakterze testu są *Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP*⁴. Autorkami narzędzia są: mgr Elżbieta Bogacz, psycholog i neurologopeda, mgr Anna Bogacz-Rybczak, psycholog i specjalista terapii pedagogicznej, rewalidacji i wczesnego wspomagania rozwoju oraz dr Joanna Gruba, pedagog i logopeda.

Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP przeznaczone są dla wszystkich specjalistów (psychologów, pedagogów, logopedów i fizjoterapeutów), którzy chcą dokonać kompleksowej oceny rozwoju dziecka w wieku od 1. miesiąca do końca 9. r.ż. *KORP* jest także narzędziem usprawniającym komunikację i współpracę zespołu diagnostyczno-terapeutycznego, dając płaszczyznę wspólnego porozumienia w wielospecjalistycznej pracy z dzieckiem.

Ocena dokonywana przy pomocy *KORP* ma na celu określenie etapu rozwojowego dziecka oraz wykrycie ewentualnych opóźnień, dysharmonii i nieprawidłowości rozwoju. *KORP* pozwala na ustalenie, czy diagnozowane dziecko rozwija się harmonijnie i zgodnie z oczekiwaniami rozwojowymi, określonymi w ramach każdego przedziału wiekowego, umożliwia ocenę wszystkich ważnych sfer rozwoju psychoruchowego i wyodrębnionych kategorii procesów psychicznych w obrębie tych sfer.

1 Artykuł opracowano na podstawie książki E. Bogacz, A. Bogacz-Rybczak, J. Gruba, *Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP*, Gliwice 2014.

2 A. Łuria, *Podstawy neuropsychologii*, Warszawa 1976, s. 332-333.

3 E. Bogacz, *Ręka, myślenie i mowa – rozwój psychoruchowy i poznawczy a kształtowanie mowy dziecka w odniesieniu do dzieci z chorobami genetycznymi* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*, red. T. Kaczan, R. Śmigiel, Kraków 2012, s. 147.

4 E. Bogacz, A. Bogacz-Rybczak, J. Gruba, dz. cyt., s. 14.

1. CHARAKTERYSTYKA NARZĘDZIA

Narzędzie *KОРP* składa się z dwóch podstawowych części:

1. 33 kart badania – *KОРP-A*, *KОРP-B* i *KОРP-PRE*, karty wywiadu – *KОРP-W*, karty podsumowania – *KОРP-P*, która zawiera profil rozwoju dziecka oraz miejsce na wnioski diagnostyczne, karty obserwacji – *KОРP-O*, oceniającej zachowanie i reakcje emocjonalne dziecka podczas badania, podręcznika oraz instrukcji szczegółowej, zawierającej opis sposobu wykonania prób oraz kryteria oceny.
2. Pomocy do diagnozy (materiał obrazkowy i zabawki).

Poszczególne karty, uwzględniając współczesną periodyzację oraz dynamikę rozwoju, dotyczą następujących przedziałów wiekowych:

- wiek niemowlęcy – od 1. do końca 2., od 3. do końca 5., od 6 do końca 8. i od 9. do końca 11. miesiąca życia,
- wiek poniemowlęcy – od 12. do końca 17., od 18. do końca 23. oraz od 24. do końca 35. miesiąca życia,
- wiek przedszkolny – 3., 4. i 5. r.ż.
- młodszy wiek szkolny – 6., 7. i od 8. do końca 9. r.ż.

2. KATEGORIE UMIEJĘTNOŚCI W KОРP

Każda z kart *KОРP-A* zawiera zestaw umiejętności ocenianych w kategoriach zmian ilościowych i jakościowych oraz zadań rozwojowych, które dziecko powinno osiągnąć w poszczególnych sferach na określonym poziomie wiekowym, obejmujących:

- rozwój ruchowy, w którym ocenia się sprawność ruchową całego ciała i umiejętność naśladowania ruchów;
- rozwój motoryki precyzyjnej (formy chwytu, manipulacji i prakcji) i lateralizacji, ocenianej pod względem ręczności oraz jej podłoża i wczesnych przejawów u dzieci najmłodszych;
- rozwój spostrzegania wzrokowego i koordynacji wzrokowo-ruchowej (traktowane jako funkcje zintegrowane);
- rozwój komunikowania się i mowy, obejmujący percepcję słuchową w odniesieniu do dźwięków niewerbalnych i mowy, zachowania prewerbalne o znaczeniu komunikacyjnym u dzieci w wieku niemowlęcym oraz rozwój funkcji słownych;
- rozwój emocjonalno-społeczny, obejmujący samoświadomość osobistą, kontakt emocjonalny i reakcje emocjonalne oraz relacje i zachowania społeczne;
- rozwój funkcji behawioralnych, rozumiany jako zachowania i nawyki związane ze snem, odżywianiem, kontrolą wydalania i samodzielnością;
- wiedzę i umiejętności uczenia się jako osobną kategorię, przydatną do oceny umiejętności przedszkolnych i szkolnych, obejmującą percepcję figur i wzorów, kształtowanie czytania, liczenia, pisanie, rozumowania i koncentrację uwagi.

3. CHARAKTERYSTYKA KART *KОРP-A*

W każdej z wymienionych sfer znajduje się sześć prób oceniających poziom umiejętności dziecka. Karty zawierają również załączone normy, pozwalające na przyrównanie osiągnięć badanego dziecka do jego przedziału wiekowego, określając wyniki jako wysokie, prawidłowe i niskie.

Tabela 1. Sfera motoryki precyzyjnej i lateralizacji oraz spostrzegania wzrokowego i koordynacji wzrokowo-ruchowej dziecka w wieku 3 lat

B. Rozwój motoryki precyzyjnej i lateralizacji					P
B1 Z	Przedziera kartkę papieru na pół, ruchem rąk w przeciwnych kierunkach, od i do siebie (po demonstracji).				
B2 Z	Nawleka w dowolnej kolejności duże oraz małe koraliki z zestawu koralików ; może upuścić najwyżej dwa.				
B3 Z	Powtarza sekwencję kolejnych naciśnieć przycisków w zabawce z przyciskami – palcem wskazującym przy zachowaniu kierunku od lewej do prawej strony (po demonstracji).				
B4 Z	Rysuje kredkami postać człowieka w formie „głownoga” z zaznaczeniem części twarzy oraz kończyn w formie kresek lub kółek.				
B5 O	Trzyma kredkę w lekko zgiętych palcach, przeciwstawiając kciuk pozostałym palcom.				
B6 O	W czynnościach precyzyjnych posługuje się przeważnie prawą lub lewą ręką.				
UWAGI:					

Próby badawcze *KORP* zostały dobrane w taki sposób, aby oprócz przynależności do określonych sfer rozwoju odnosiły się do szczegółowych kategorii, związanych ze strukturą rozwoju funkcji psychomotorycznych.

Tabela 2. Kategorie umiejętności i próby diagnostyczne w sferze rozwoju ruchowego – wiek przedszkolny

A. Rozwój ruchowy – wiek przedszkolny						
KATEGORIA	3. r.ż.		4. r.ż.		5. r.ż.	
Równowaga statyczna	A1 Z	Stoi na palcach i utrzymuje się co najmniej 1 sekundę, nie opadając na całe stopy.	A1 Z	Stoi na jednej nodze (co najmniej 3 sekundy).	A1 Z	Stoi na palcach i utrzymuje się co najmniej 3 sekundy, nie opadając na całe stopy.
Równowaga w ruchu	A2 Z	Staje na palcach i robi co najmniej trzy kroki, nie opadając na całe stopy.	A2 Z	Przenosi kubek wypełniony wodą do wysokości 1 centymetra poniżej brzegu bez rozlewania (na dystansie 2 metrów).	A2 Z	Podskakuje pięć razy na lewej i pięć razy na prawej nodze.
Koordynacja i dostosowanie przestrzenne ruchu	A3 Z	Rzuca piłkę do dorosłego i łapie (w dłonie lub poprzez przyciśnięcie przedramionami) oraz odrzuca ją (co najmniej trzy razy).	A3 Z	Rzuca piłkę do dorosłego i łapie w dłonie oraz odrzuca ją (co najmniej cztery razy).	A3 Z	Celnie kopie piłkę do innej osoby.
Sekwencje i układy ruchowe	A4 Z	Naśladuje proste układy ruchowe w zabawach: <i>Jak skacze żabka?</i> , <i>Jak lata ptak?</i> , <i>Jak stoi bocian?</i> (co najmniej dwa).	A4 Z	Odtwarza sekwencję ruchową – klaszcze dwa razy, kuca, wstaje i podskakuje.	A4 Z	Odtwarza sekwencję ruchową – unosi ręce i łączy je nad sobą, obraca się wokół, chwytą się pod boki i tupie.
Zautomatyzowane umiejętności ruchowe	A5* O W	Chodzi po schodach w górę krokiem naprzemiennym oraz w dół krokiem odstawno-dostawnym lub naprzemiennym.	A5* O W	Chodzi po schodach krokiem naprzemiennym w górę i w dół bez trzymania.	A5* O W	Huśta się samodzielnie na huśtawce wahadłowej z pojedynczym siedziskiem.
	A6* O W	Jeździ na dziecięcym rowerze trójkołowym lub dwukołowym posiadającym kółka boczne, naciskając naprzemiennie na pedały.	A6* O W	Jeździ na dziecięcym rowerze trójkołowym lub dwukołowym posiadającym kółka boczne, skręca, omija przeszkody i zatrzymuje się.	A6* O W	Jeździ na dziecięcym rowerze dwukołowym posiadającym kółka boczne.

4. PROCEDURA BADANIA KARTAMI *KORP*

Diagnoza *Kartami Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP* jest zorganizowanym, wieloetapowym postępowaniem diagnostycznym, uwzględniającym indywidualny profil rozwoju i szczególne potrzeby diagnostyczne badanego dziecka.

Tabela 3. Profil rozwoju psychoruchowego dziecka po trzecim etapie badania – karta podsumowania *KORP-P*

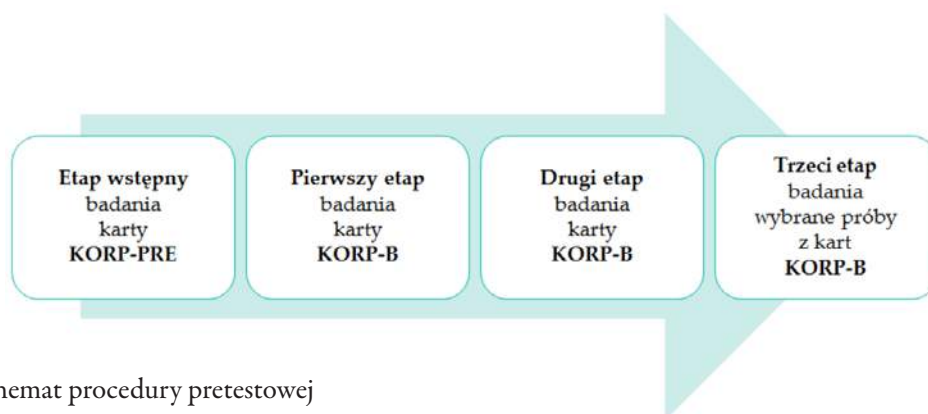
PROFIL KARTY OCENY ROZWOJU PSYCHORUCHOWEGO DZIECKA															
POZIOM WIEKU	Poziom	A. Rozwój ruchowy		B. Rozwój motoryki precyzyjnej i lateralizacji		C. Rozwój spostrzegania wzrokowego i koordynacji wzrokowo-ruchowej		D. Rozwój komunikowania się i mowy		E. Rozwój emocjonalno-społeczny		F. Rozwój funkcji behawioralnych		G. Wiedza i umiejętności uczenia się	
		próby	poziom	próby	poziom	próby	poziom	próby	poziom	próby	poziom	próby	poziom	próby	poziom
5 r.ż.	W	A1		B1		C1		D1		E1		F1		G1	
		A2		B2		C2		D2		E2		F2		G2	
	P	A3		B3		C3		D3		E3		F3		G3	
		A4		B4		C4		D4		E4		F4		G4	
	N	A5		B5		C5		D5		E5		F5		G5	
		A6		B6		C6		D6		E6		F6		G6	
4 r.ż.	W	A1		B1		C1		D1	+	E1		F1		G1	
		A2		B2		C2		D2	+	E2		F2		G2	
	P	A3		B3		C3		D3	+	E3		F3		G3	
		A4		B4		C4		D4	-	E4		F4		G4	
	N	A5		B5		C5		D5	-	E5		F5		G5	
		A6		B6		C6		D6	+	E6		F6		G6	
3 r.ż.	W	A1	-	B1	-	C1	-	D1	+	E1	+	F1	-	G1	+
		A2	-	B2	-	C2	-	D2	+	E2	+	F2	+	G2	+
	P	A3	-	B3	-	C3	+	D3	+	E3	+	F3	+	G3	+
		A4	+	B4	+	C4	+	D4	+	E4	+	F4	+	G4	+
	N	A5	+	B5	+	C5	-	D5	+	E5	+	F5	+	G5	-
		A6	-	B6	-	C6	+	D6	+	E6	+	F6	+	G6	+
2 r.ż.	W	A1	+	B1	+	C1	+	D1		E1		F1	+		
		A2	+	B2	+	C2	+	D2		E2		F2	+		
	P	A3	+	B3	-	C3	+	D3		E3		F3	+		
		A4	-	B4	-	C4	+	D4		E4		F4	+		
	N	A5	+	B5	+	C5	+	D5		E5		F5	+		
		A6	+	B6	+	C6	+	D6		E6		F6	+		
18-23 m.ż.	W	A1		B1		C1		D1		E1		F1			
		A2		B2		C2		D2		E2		F2			
	P	A3		B3		C3		D3		E3		F3			
		A4		B4		C4		D4		E4		F4			
	N	A5		B5		C5		D5		E5		F5			
		A6		B6		C6		D6		E6		F6			
Legenda:		W - wynik wysoki				P - wynik prawidłowy				N - wynik niski					

Badanie *KORP* kieruje się algorytmem dostosowującym się na każdym etapie diagnozy dziecka, tak aby zogniskować się na ujawnianych opóźnieniach i deficytach rozwojowych, a potem odpowiednio kierunkować dalsze etapy oceny. Tak skonstruowane postępowanie badawcze pozwala na określenie u dziecka jego mocnych stron niezależnie od stopnia opóźnienia, jest więc diagnozą o charakterze pozytywnym, ukierunkowaną na wykrycie posiadanego potencjału rozwojowego dziecka i umożliwiającą wykorzystanie go w programowaniu terapii.



Rysunek 1. Schemat procedury podstawowej

KORP umożliwia również sprawną ocenę rozwoju dziecka z większymi opóźnieniami czy dysharmoniami rozwojowymi, dzięki zastosowaniu specjalnej procedury poprzedzającej przy użyciu kart *KORP-PRE*. Procedura ta pozwala także na badanie dzieci starszych niż 9-letnich, których wiek rozwojowy mieści się w zasięgu kart oceny.



Rysunek 2. Schemat procedury pretestowej

5. PLATFORMA ZARZĄDZAJĄCA DIAGNOZAMI KOMKOD

Zapisu i opracowania danych z badania narzędziem *KORP* dokonuje się za pomocą programu komputerowego *KomKOD* (*Komputerowe Karty Oceny Dziecka*), który jest częścią Komputerowej Platformy Zarządzania Dokumentacją Diagnostyczną i Terapeutyczną⁵, zawierającej różnorodne narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne. Program oblicza wiek dziecka i dostosowując się do wybranej procedury (podstawowej lub pretestowej), dobiera właściwą kartę badania. Na podstawie wypełnionych kart przekierowuje do kolejnych etapów diagnozy, wykreśla profil rozwoju oraz generuje podsumowanie oceny – określa poziom rozwojowy, szczegółowo opisuje umiejętności dziecka, odnosząc się do prób zaliczonych i niezaliczonych, dając jednocześnie sugestie podjęcia działań terapeutycznych. W programie można także uzupełniać Kartę Wywiadu, Kartę Obserwacji oraz Kartę Podsumowania w części dotyczącej wniosków diagnostycznych.

PODSUMOWANIE

Przedstawione postępowanie diagnostyczne przy użyciu Kart Oceny Rozwoju Psychoruchowego – *KORP* stanowi kompleksową strategię diagnostyczną o charakterze funkcjonalnym i holistycznym, dostosowaną do potrzeb wspomagania rozwoju dziecka z opóźnieniami i zaburzeniami rozwojowymi, w tym z zaburzeniami mowy.

Standaryzowany i normalizowany charakter narzędzia pozwala na zobiektywizowanie diagnozy i ułatwienie jej przebiegu.

Ocena rozwoju dziecka wykonana przy zastosowaniu *KORP* umożliwia wyznaczenie celów terapeutycznych ogólnych i szczegółowych oraz sporządzenie indywidualnego planu terapii badanego dziecka, z uwzględnieniem jego szczególnych potrzeb. Analiza kolejnych wyników badań pozwala na zaprogramowanie i modyfikowanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, a następnie na ocenę efektów prowadzonej terapii.

Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP ze względu na przedstawione cechy można uznać za przydatne narzędzie we współczesnej diagnozie logopedycznej. Poszerzenie badania logopedycznego o ocenę funkcjonalną całego rozwoju jest szczególnie rekomendowane w przypadkach diagnozy o charakterze różnicowym oraz zaburzeń mowy powiązanych z nieprawidłowościami całego rozwoju psychoruchowego, z którymi to przypadkami mamy bardzo często do czynienia w praktyce logopedycznej. ■

BIBLIOGRAFIA

Bogacz E., *Ręka, myślenie i mowa – rozwój psychoruchowy i poznawczy a kształtowanie mowy dziecka w odniesieniu do dzieci z chorobami genetycznymi* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*, red. T. Kaczan, R. Śmigiel, Kraków 2012, s. 147-171.

Bogacz E., Bogacz-Rybczak A., Gruba J., *Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP*, Gliwice 2014.

<http://www.dit.komlogo.pl> [dostęp: 1.09.2019].

Notka o autorce

mgr Elżbieta Bogacz – psycholog, neurologopeda. Zajmuje się diagnozą i terapią dzieci z różnorodnymi zaburzeniami rozwoju psychoruchowego i mowy oraz niepełnosprawnościami w wieku od okresu wczesnoniemowlęcego do wieku szkolnego. Pracuje w Gliwickim Ośrodku Adaptacyjno-Rehabilitacyjnym, Regionalnej Placówce Opiekuńczo-Terapeutycznej w Gliwicach oraz w Centrum Diagnozy i Terapii Anytime w Gliwicach.

⁵ <http://www.dit.komlogo.pl> [dostęp: 1.09.2019].

Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD – test do diagnozy dzieci w wieku od 1. miesiąca do ukończenia 9. r.ż.¹

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono charakterystykę testu *KOLD* do diagnozy logopedycznej dzieci. W opisie testu uwzględniono budowę indywidualnych kart diagnostycznych *KOLD-A* oraz przedstawiono strukturę testu, tzw. kategorie umiejętności. Opisano procedurę badania podstawowego i wstępnego kartami *KOLD-PRE*. Ponieważ *KOLD* jest testem, w artykule podano również najważniejsze informacje dotyczące standaryzacji i własności psychometrycznych narzędzia.

WSTĘP

Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD są pierwszym w Polsce testem przeznaczonym do diagnozy logopedycznej dzieci w wieku od 1. miesiąca do ukończenia 9. r.ż. Odpowiednio przygotowane próby badawcze oraz ich standaryzacja umożliwiają diagnozę dzieci w 12. grupach wiekowych, a uzyskane wyniki są podstawą do podjęcia dalszych kroków diagnostycznych bądź skierowania dziecka na specjalistyczne konsultacje.

1. CHARAKTERYSTYKA NARZĘDZIA

Test *KOLD* ułatwia szybką i sprawną ocenę umiejętności dzieci w poszczególnych grupach wiekowych oraz pozwala na zorientowanie się, czy badane dziecko rozwija się prawidłowo, czy wykazuje nieprawidłowości w określonych obszarach badania logopedycznego. *KOLD* składa się z materiału merytorycznego i pomocy diagnostycznych. W skład materiału merytorycznego wchodzi:

- *Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD* – podręcznik,
- *i-KOLD* – szczegółowe instrukcje,
- karty *KOLD*, wśród których można wyróżnić: *KOLD-A* – indywidualne karty diagnostyczne, *KOLD-W* – karty wywiadu wspólne dla baterii narzędzi *KORP*, *KOZE*, *KOSF*, *KOLD-P* – kartę podsumowania, która zawiera dane badanego dziecka oraz profil rozwoju logopedycznego dziecka.

KOLD zawiera również wystandaryzowane pomoce, które są integralną częścią testu. W skład pomocy wchodzi:

- materiał obrazkowy i wyrazowo-zdaniowy: książeczka *Materiał diagnostyczny*, obrazki do kategoryzowania, historyjka obrazkowa, wyrazy do kategoryzowania, rozsypanka wyrazowa i zdaniowa,
- pomoce diagnostyczne: łyżeczka, imitacja zegarka, bransoletka, okulary, piórka.

Wszystkie pomoce zostały opracowane z myślą o wykorzystaniu ich w różnych grupach wiekowych.

2. CHARAKTERYSTYKA INDYWIDUALNYCH KART DIAGNOSTYCZNYCH *KOLD-A*

Podstawą diagnozy dziecka są indywidualne karty diagnostyczne *KOLD-A*. Są one zintegrowane z instrukcją badania *i-KOLD*. W teście *KOLD* znajduje się 12 kart diagnostycznych, przy pomocy których logopeda może ocenić umiejętności dziecka w 12 grupach wiekowych: 1.-4. m.ż., 5.-8. m.ż., 9.-11. m.ż., 12.-17. m.ż., 18.-23. m.ż., 24.-35. m.ż., 3. r.ż., 4. r.ż., 5. r.ż., 6. r.ż., 7. r.ż., 8.-9. r.ż.

Przy pomocy *KOLD-A* można ocenić umiejętności dziecka w 4, 5 lub 6 obszarach badania logopedycznego, w zależności od wieku:

- A. Rozumienie mowy – od 1. miesiąca do ukończenia 9. r.ż.,
- B. Nadawanie mowy – od 1. miesiąca do ukończenia 9. r.ż.,
- C. Reakcje słuchowe – od 1. miesiąca do ukończenia 9. r.ż.,
- D. Narządy mowy – od 1. miesiąca do ukończenia 9. r.ż.,
- E. Articulacja, sprawność narządów artykulacyjnych – od 2. r.ż. do ukończenia 9. r.ż.,
- F. Umiejętności pragmatyczno-społeczne – od 3. roku życia do ukończenia 9. r.ż.

¹ Artykuł powstał na podstawie książki J. Gruba, *Karty Oceny Logopedycznej Dziecka. Podręcznik*, Gliwice 2018.

W każdym obszarze badania logopedycznego znajduje się 6 prób oceniających umiejętności dziecka.

Tabela 1. Przykład wypełnienia indywidualnej karty badania – KOLD-A

B. Nadawanie mowy			P			
B1 Z	Dziecko potrafi nazwać od 2 do 4 zwierząt przedstawionych na ilustracji <i>Na biwaku</i> .					
B2 Z	Dziecko potrafi nazwać co najmniej 2 czynności przedstawione na ilustracji <i>Na biwaku</i> , po usłyszeniu pytania: <i>Co robi mucha?</i> <i>Co robi pies?</i> <i>Co robi mama?</i> <i>Co robi dziadek?</i>					
B3 Z	Dziecko potrafi nazwać co najmniej 2 przymiotniki przedstawione na ilustracji <i>Na biwaku</i> , po usłyszeniu polecenia: <i>Konie są duże, a żaba jest...</i> , <i>Chłopiec jest młody, a dziadek jest...</i> , <i>Gruszka jest kwaśna, a ciasteczka są...</i> , <i>Ten patyk jest długi, a ten jest...</i>					
B4 O	Dziecko podczas opowiadania dorosłego aktywnie i świadomie włącza się do rozmowy, odpowiada na pytania dorosłego. Wie, kiedy powinno mówić, a kiedy słuchać.					
B5 Z	Dziecko zaczyna opanowywać system gramatyczny i potrafi dokończyć zdania, używając właściwej formy rzeczownika szafa w co najmniej 4 przypadkach.					
B6 Z	Dziecko potrafi wypowiedzieć kilka słów lub krótkich zdań na temat ilustracji <i>W zimie</i> .					
Pojedyncze wyrazy		Zdania pojedyncze	Zdania pojedyncze rozwinięte i złożone			
UWAGI:			<table><tr><td>W 6</td><td>P 5-4</td><td>N 3-0</td></tr></table>	W 6	P 5-4	N 3-0
W 6	P 5-4	N 3-0				

Próby zamieszczone w indywidualnej karcie diagnostycznej *KOLD-A* są szczegółowo opisane w instrukcji *i-KOLD*. W instrukcji podano informacje dotyczące materiałów, które należy wykorzystać do przeprowadzenia każdej próby. Ponadto określono czynności, które powinien podjąć diagnosta, aby dziecko wykonało próbę, a także opisano zachowania dziecka, jego reakcje oraz liczbę wykonanych zadań, podlegających ocenie.

3. KATEGORIE UMIEJĘTNOŚCI

Próby w teście *KOLD* opracowane są zgodnie z rozwojem dziecka, a ich poziom trudności rośnie wraz z wiekiem. Dzięki takiej konstrukcji możliwa jest ocena dziecka w zakresie jednej kategorii umiejętności od 1. miesiąca życia do ukończenia 9. r.ż.

Opracowana struktura umożliwia określenie poziomu rozwojowego dziecka oraz pozwala logopedzie na opracowanie programu terapii dla każdej umiejętności, której rozwój odbiega od wieku metrykalnego dziecka. W tabeli 2 przedstawiono kategorie umiejętności związane z obszarem A. Nadawanie mowy, w wieku poniemowlęcym.

Tabela 2. Kategorie umiejętności i próby diagnostyczne – wiek poniemowlęcy

B. Nadawanie mowy – wiek poniemowlęcy				
KATEGORIA	12-17 m. ż.		18-23 m. ż.	
Zasób słownictwa czynnego – rzeczowniki	B1 Z	Dziecko intencjonalnie wypowiada co najmniej 2 słowa oznaczające rzeczowniki, np. nazywa osoby z najbliższego otoczenia (<i>mama, tata, baba</i>), zwierzęta lub przedmioty (zabawki).	B1 Z	Dziecko potrafi nazwać co najmniej 2 rzeczowniki przedstawione na obrazkach, po usłyszeniu pytania: <i>Co to jest?</i> (<i>miś, lala, auto, dom</i>).
Zasób słownictwa czynnego – czasowniki	B2 O W	Dziecko intencjonalnie wypowiada co najmniej 1 słowo oznaczające czynność (<i>am, daj, myju-myju, pa-pa</i>).	B2 Z	Dziecko potrafi nazwać co najmniej 2 czynności przedstawione na obrazkach, po usłyszeniu pytań: <i>Co robi kot?</i> <i>Co robi pies?</i> <i>Co robi dziewczynka?</i> <i>Co robi auto?</i>
Zasób słownictwa czynnego – przymiotniki i przysłówki	B3 O W	Dziecko wypowiada co najmniej 1 słowo, oznaczające przymiotnik (np. <i>be, cacy</i>) lub przysówek (np. <i>tu, tam</i>) oraz słowo <i>nie</i> .	B3 O W	Dziecko wypowiada co najmniej 1 słowo oznaczające przymiotnik (np. <i>be, cacy</i>) lub przysówek (np. <i>tu, tam</i>) oraz słowa <i>nie</i> i <i>tak</i> .
Naprzemiennność w rozmowie	B4 O	Dziecko podczas opowiadania dorosłego aktywnie i świadomie włącza się do rozmowy, odpowiada na pytania dorosłego. Wie, kiedy powinno mówić, a kiedy słuchać.	B4 O	Dziecko podczas opowiadania dorosłego aktywnie i świadomie włącza się do rozmowy, odpowiada na pytania dorosłego. Wie, kiedy powinno mówić, a kiedy słuchać.
1. Słowa, łączenie słów (12-23 m. ż.) 2. Odmiana rzeczownika (24-36 m. ż.)	B5 O W	Dziecko podczas kontaktu z innymi osobami (dorosłymi, dziećmi) zaczyna porozumiewać się za pomocą pojedynczych słów.	B5 O W	Dziecko podczas kontaktu z innymi osobami porozumiewa się za pomocą wypowiedzi dwuwyrazowych. Zaczyna łączyć słowa w związki wyrazowe i zdania (np. <i>mama daj, moja lala</i>).
1. Nadawanie dźwięków mowy (12-23 m. ż.) 2. Opowiadanie (24-36 m. ż.)	B6 O	W wymowie dziecka można usłyszeć głoski charakterystyczne dla tego okresu rozwojowego: k, g, x, b, p, m, t, d, n, s, f, v oraz samogłoski ustne.	B6 O	W wymowie dziecka można usłyszeć głoski charakterystyczne dla tego okresu rozwojowego: k, g, x, b, p, m, t, d, n, s, f, v oraz samogłoski ustne. Pojawiają się głoski miękkie i zmiękczone.
	B6 Z	Dziecko potrafi wypowiedzieć kilka słów lub krótkich zdań na temat ilustracji <i>W zimie</i> .		

4. PROCEDURA BADANIA

Badanie testem *KOLD* należy rozpocząć od uzupełnienia karty wywiadu *KOLD-W* oraz obliczenia wieku metrykalnego dziecka. Po obliczeniu wieku dziecka należy wybrać odpowiednią dla wieku kartę *KOLD-A*, zawierającą próby dostosowane do określonego poziomu rozwoju. Jest to pierwszy etap badania. Podczas badania należy zachować kolejność poszczególnych obszarów oraz prób w obszarach, ponieważ ułożone są one od najprostszej do najtrudniejszej.

Za prawidłowo wykonane próby przyznaje się „+”, próby wykonane nieprawidłowo lub niewykonane oznacza się znakiem „-”, zgodnie z instrukcją zawartą w *KOLD-A*. Liczba uzyskanych punktów w poszczególnych obszarach badania stanowi wynik surowy i nie podlega interpretacji. Wynik surowy przeliczony na wyniki skali stenowej, które podane są pod każdym obszarem badania. Dopiero wynik standaryzowany umożliwia ocenę rozwoju w skali: wysoki, prawidłowy (przeciętny) i niski.

Jeżeli dziecko uzyska niski wynik w jednym lub kilku obszarach badania logopedycznego, należy przeprowadzić diagnozę dziecka na niższym poziomie wieku, czyli przejść do drugiego etapu badania.

W razie zdiagnozowania nieprawidłowości rozwojowych w poszczególnych obszarach zadaniem logopedy jest podjęcie kroków do dalszych diagnoz dziecka i skierowanie go na dodatkowe badania specjalistyczne (audiologiczne, psychologiczne i inne) określające przyczynę nieprawidłowości w danym obszarze badania logopedycznego.

Zakończenie badania umożliwia wykreślenie graficznego profilu rozwoju umiejętności dziecka w poszczególnych obszarach badania logopedycznego. Przykładowy profil rozwoju przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Przykładowy profil rozwoju umiejętności logopedycznych dziecka w wieku 3;0-3;11 r.ż.

PROFIL KARTY OCENY LOGOPEDYCZNEJ DZIECKA DZIECKA													
POZIOM WIEKU	Poziom	A. Rozumienie mowy		B. Nadawanie mowy		C. Reakcje słuchowe		D. Narządy mowy		E. Artykulacja, narządy artykulacyjne		F. Umiejętności pragmatyczno-społeczne	
		próby	poziom	próby	poziom	próby	poziom	próby	poziom	próby	poziom	próby	poziom
3 r.ż.	W	A1		B1		C1		D1		E1		F1	
		A2		B2		C2		D2		E2		F2	
	P	A3		B3		C3		D3		E3		F3	
		A4		B4		C4		D4		E4		F4	
	N	A5		B5		C5		D5		E5		F5	
		A6		B6		C6		D6		E6		F6	
2 r.ż.	W	A1	+	B1	-	C1	+	D1	+	E1	-		
		A2	+	B2	-	C2	+	D2	+	E2	+		
	P	A3	-	B3	-	C3	+	D3	+	E3	+		
		A4	+	B4	+	C4	+	D4	+	E4	+		
	N	A5	+	B5	-	C5	-	D5	+	E5	+		
		A6	+	B6	-	C6	+	D6	+	E6	+		
18-23 m.ż.	W	A1		B1	+	C1		D1					
		A2		B2	+	C2		D2					
	P	A3		B3	+	C3		D3					
		A4		B4	+	C4		D4					
	N	A5		B5	+	C5		D5					
		A6		B6	+	C6		D6					
12-17 m.ż.	W	A1		B1		C1		D1					
		A2		B2		C2		D2					
	P	A3		B3		C3		D3					
		A4		B4		C4		D4					
	N	A5		B5		C5		D5					
		A6		B6		C6		D6					
9-11 m.ż.	W	A1		B1		C1		D1					
		A2		B2		C2		D2					
	P	A3		B3		C3		D3					
		A4		B4		C4		D4					
	N	A5		B5		C5		D5					
		A6		B6		C6		D6					
Legenda:		W - wynik wysoki				P - wynik prawidłowy				N - wynik niski			

5. MODUŁY DODATKOWE *KOLD*

Oprócz wystandaryzowanego badania *KOLD* zawiera moduły dodatkowe, do których należą:

1. Procedura *KOLD-PRE*.
2. Badania uzupełniające.
3. Materiał diagnostyczny dla dzieci słabowidzących.

Ad 1. Procedura *KOLD-PRE* jest badaniem wstępnym, które można zastosować dla dzieci już zdiagnozowanych, np. dzieci z orzeczeniami o niepełnosprawności. Badaniem *KOLD-PRE* można również rozpocząć diagnozę dzieci powyżej 10. r.ż. ze stwierdzoną niepełnosprawnością intelektualną oraz dzieci niezdiagnozowanych, u których logopeda podejrzewa opóźnienia lub dysharmonie w rozwoju.

Procedura *KOLD-PRE* nie jest badaniem testowym. Jest rodzajem diagnozy funkcjonalnej i umożliwia szybki dobór prób w poszczególnych obszarach badania logopedycznego na poziomie wieku funkcjonowania dziecka. Badanie *KOLD-PRE* pozwala znacznie skrócić czas badania u dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, ponieważ każdy obszar badania logopedycznego zawiera nie sześć, a po jednej wybranej próbie z kart *KOLD-A*. Po diagnozie dziecka kartami *KOLD-PRE* należy kontynuować badanie, wykonując pozostałe pięć prób z diagnozowanego obszaru na ustalonym poziomie wieku z kart *KOLD-A*.

Ad 2. Badania uzupełniające, pozwalają logopedzie na dokonanie orientacyjnej oceny dziecka w następujących obszarach:

- motoryka duża,
- sprawność grafomotoryczna (w tym: chwyt, tempo pisania i nacisk narzędzia pisarskiego),
- percepcja wzrokowa,
- pamięć wzrokowa,
- koordynacja wzrokowo-ruchowa,
- model lateralizacji.

Badania uzupełniające zawierają po jednej próbie w wymienionych obszarach i obejmują wiek od 3. do 9. r.ż. Jeżeli dziecko wykazuje nieprawidłowości w jednej lub kilku wykonywanych próbach, logopeda może uzupełnić badanie szczegółowym narzędziem do oceny poszczególnych funkcji, np. testem *KORP*.

Ad 3. Moduły dodatkowe *KOLD* to również materiały dla dzieci słabowidzących, w skład których wchodzi książeczka Materiał diagnostyczny formatu A4 i powiększona historyjka obrazkowa.

6. PLATFORMA ZARZĄDZAJĄCA DIAGNOZAMI *KomKOD*

Test *KOLD* jest zintegrowany z platformą komputerową *KomKOD* (*Komputerowe Karty Oceny Dziecka*), zawierającą moduły do zarządzania narzędziami, wchodzącymi w skład baterii narzędzi z serii *Karty Oceny* (np. *KOLD*, *KORP*, *KOGS* i inne). Po wpisaniu wyników diagnozy do programu, komputer generuje kartę podsumowania *KOLD-P* wraz z graficznym profilem rozwoju umiejętności dziecka w danym obszarze badania logopedycznego. W razie potrzeby automatycznie dobiera karty z poziomu niższego wieku. Po skończonej diagnozie program generuje kartę diagnozy opisowej *KOLD-PD*.

Użycie programu *KomKOD* pozwala również na diagnozę wstępną kartami *KOLD-PRE*.

W roku 2020 planowane jest zamieszczenie nowej funkcjonalności w programie, polegającej na konstruowaniu indywidualnych programów terapeutycznych.

7. WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE *KOLD*

KOLD jest testem, czyli narzędziem opracowanym na podstawie badań standaryzacyjnych. Badania nad testem były podzielone na badania pilotażowe, w których brało udział 301 dzieci w wieku poniemowlęcym, przedszkolnym i wczesnoszkolnym oraz badania właściwe (standaryzacyjne), w których wykorzystano wyniki uzyskane w grupie 1034 dzieci w wieku od 1. miesiąca do ukończenia 9. r.ż.

Przeprowadzone badania umożliwiły opracowanie normalizacji, czyli przekształcenia zbioru wyników surowych na wyniki skali stenowej.

Współczynniki rzetelności w *KOLD* obliczono przy użyciu wzoru 20 Kuder–Richardsona, który jest miarą zgodności wewnętrznej testu². Wysokie i bardzo wysokie współczynniki rzetelności uzyskano w 41 obszarach w poszczególnych grupach wiekowych. Niskie współczynniki rzetelności uzyskano głównie w grupie dzieci w wieku niemowlęcym. Należy jednak pamiętać, że opracowane narzędzie jest pierwszą wersją testu *KOLD*, a przygotowywana rewizja testu powinna zrewidować próby. Ponadto jak twierdzi E. Hornowska: „Nie ma idealnego testu – tak jak nie ma idealnej linijki czy innego narzędzia pomiarowego”³.

2 G.A. Ferguson, Y. Takkane, *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Warszawa 2009, s. 492-496.

3 E. Hornowska, *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2016, s. 28.

Opracowując trafność⁴ treściową, odwołano się do dwóch kryteriów teoretycznych: istniejących testów logopedycznych i zawartych w nich obszarów badania logopedycznego oraz rozwojowego charakteru opanowywania języka przez dzieci. Natomiast trafność teoretyczną oceniono metodą badania wewnętrznej struktury testu. Korelacje między pozycjami testu obliczono, wykorzystując współczynnik korelacji r Pearsona. Analiza wyników wykazała występowanie istotnej zależności we wszystkich badanych obszarach.

PODSUMOWANIE

KOLD jest testem rozpowszechnionym i wykorzystywanym przez liczne grono logopedów-praktyków (np. w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w szkołach, przedszkolach, gabinetach logopedycznych). Jest wykorzystywany również przez naukowców podczas zajęć ze studentami. *KOLD* może być stosowany tylko przez osoby, które ukończyły certyfikowane szkolenie, uprawniające do wykorzystania i prawidłowego zastosowania tego narzędzia. W 2017 r. *KOLD* otrzymał pozytywną rekomendację Polskiego Związku Logopedów. ■

BIBLIOGRAFIA

- Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa 2007.
Ferguson G.A., Takkane Y., *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Warszawa 2009.
Gruba J., *Karty Oceny Logopedycznej Dziecka. Podręcznik*, Gliwice 2018.
Hornowska E., *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2016.

Notka o autorce

dr Joanna Gruba – absolwentka pedagogiki na Wydziale Pedagogiki i Psychologii na Uniwersytecie Śląskim, logopedii i terapii pedagogicznej na Uniwersytecie Opolskim oraz informatyki szkolnej na Uniwersytecie Śląskim. Jest autorką i współautorką narzędzi diagnostycznych oraz licznych książek naukowych i dydaktyczno-naukowych.

⁴ J. Brzeziński, *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa 2007.

Karty Oceny Gotowości Szkolnej – KOGS standaryzowane narzędzie do oceny umiejętności dzieci 6-letnich¹

STRESZCZENIE

Karty Oceny Gotowości Szkolnej – KOGS są narzędziem do badania dzieci realizujących roczne przygotowanie przedszkolne. Jest to narzędzie, które zostało skonstruowane na podstawie obecnie obowiązującej podstawy programowej wychowania przedszkolnego. Służy do badania grupowego, przez co pozwala na szybką diagnozę przesiewową dużej grupy dzieci.

WSTĘP

Ocena gotowości szkolnej dzieci realizujących roczne przygotowanie przedszkolne to konieczność i obowiązek zarówno prawny, jak i edukacyjny. *Karty Oceny Gotowości Szkolnej – KOGS* są testem służącym do oceny najważniejszych umiejętności 6-letnich dzieci. Umożliwiają ocenę umiejętności dziecka w 13. obszarach, a opracowane normy pozwalają nauczycielowi na zorientowanie się, czy dane dziecko rozwija się prawidłowo w poszczególnych obszarach, czy też wymaga dodatkowego wsparcia edukacyjno-terapeutycznego.

1. GOTOWOŚĆ SZKOLNA

W teście *KOGS* przyjęto definicję gotowości szkolnej za Wincentym Okonim, który pisze, że „[...] gotowość szkolna to osiągnięcie przez dziecko takiego stopnia rozwoju umysłowego, emocjonalno-społecznego i fizycznego, który umożliwia mu podjęcie nauki w szkole”².

2. KORELACJA KOGS Z PODSTAWĄ PROGRAMOWĄ WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO

W obecnie obowiązującej podstawie programowej wychowania przedszkolnego zwrócono uwagę na 4 obszary: fizyczny, emocjonalny, społeczny i poznawczy, w których dziecko musi zdobyć istotnie umiejętności, by osiągnąć sukces w dalszej edukacji. Te obszary stanowiły podstawę konstrukcji testu *KOGS*³.

Chcąc, by diagnoza była pełna i bardziej przejrzysta, w ramach głównych obszarów wyodrębniono również kompetencje, których prawidłowy rozwój jest konieczny do kontynuowania nauki w klasie I.

3. BADANIA PILOTAŻOWE

W roku szkolnym 2016/2017 przeprowadzono badania pilotażowe, w których brało udział 85 dzieci. Badania te pozwoliły na ostateczne ustalenie kategorii umiejętności, zawartych w obszarach skorelowanych z podstawą programową wychowania przedszkolnego⁴. Obszary i badane umiejętności przedstawiono w tabeli 1.

1 Artykuł opracowano na podstawie książki J. Gruba, B. Gubała, *Karty Oceny Gotowości Szkolnej – KOGS. Podręcznik*, Gliwice 2019.

2 W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 1998, s. 71.

3 Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U., poz. 356).

4 J. Gruba, B. Gubała, dz. cyt., s. 16.

Tabela 1. Obszary i kategorie umiejętności badane w KOGS i ich korelacja z podstawą programową wychowania przedszkolnego – diagnoza jesienna

Podstawa programowa	Realizacja osiągnięć w KOGS	Kategorie umiejętności w KOGS
I. Fizyczny obszar rozwoju dziecka	A. Samoobsługa	A1. Higiena osobista A2. Spożywanie posiłku A3. Ubieranie się
	B. Motoryka duża	B1. Koordynacja ruchowa B2. Równowaga statyczna B3. Dynamika ruchowa
II. Emocjonalny obszar rozwoju dziecka	C. Obszar emocjonalny	C1. Rozpoznawanie emocji C2. Radzenie sobie z emocjami C3. Adaptacja w środowisku
III. Społeczny obszar rozwoju dziecka	D. Obszar społeczny	D1. Zwroty grzecznościowe D2. Relacje interpersonalne D3. Bezpieczeństwo podczas zabawy
IV. Poznawczy obszar rozwoju dziecka	E. Percepcja słuchowa	E1. Wyodrębnianie samogłoski w nagłosie E2. Wyodrębnianie spółgłoski w nagłosie E3. Synteza słuchowa słów
	F. Percepcja wzrokowa	F1. Rozpoznawanie wzorów F2. Wyszukiwanie różnic F3. Dopasowywanie elementów
	G. Grafomotoryka	G1. Rysowanie szlaczeków G2. Odwzorowywanie figur G3. Chwyt przyboru piśmienniczego
	H. Umiejętności matematyczne	H1. Liczebniki porządkowe H2. Zbiory równoliczne H3. Dodawanie na konkretnych
	I. Myślenie pojęciowe	I1. Kolejność zdarzeń I2. Sekwencje I3. Wykluczanie ze zbioru
	J. Pamięć wzrokowa i słuchowa	J1. Pamięć wzrokowa J2. Pamięć słuchowa
	K. Wiedza środowiskowa	K1. Zjawiska atmosferyczne K2. Środowiska przyrodnicze zwierząt K3. Wiedza patriotyczna
	L. Orientacja w czasie i przestrzeni	L1. Określanie kierunku L2. Orientacja w przestrzeni L3. Orientacja w czasie
	Ł. Komunikowanie się i mowa	Ł1. Opowiadanie Ł2. Poprawność wymowy Ł3. Wyrażanie potrzeb

4. BADANIA STANDARYZACYJNE

Po opracowaniu zeszytów diagnostycznych, uwzględniających wyniki badań pilotażowych, rozpoczęto właściwe badania standaryzacyjne, które przeprowadzono w dwóch turach:

- badania jesienne: od października do grudnia 2017 r.
- badania wiosenne: od kwietnia do czerwca 2018 r.

W badaniach brały udział dzieci, które w roku szkolnym 2017/2018 były objęte obowiązkiem rocznego przygotowania przedszkolnego.

Analizie poddano badania przeprowadzone w grupie 1028 dzieci: 624 dzieci w diagnozie jesiennej i 404 dzieci w diagnozie wiosennej. Z puli zadań wybrano te próby, które miały określony wskaźnik trudności. Opracowując narzędzie *KOGS*, przyjęto założenie, że wskaźniki trudności prób diagnostycznych powinny mieścić się w przedziale $p > 0,50$. Wyniki surowe uzyskane podczas badań standaryzacyjnych przekształcono na wyniki skali stenowej.

5. CHARAKTERYSTYKA TESTU

Diagnoza w narzędziu *KOGS* podzielona jest na dwie części:

1. *KOGS – diagnoza jesienna* powinna być przeprowadzana na początku roku szkolnego (wrzesień–październik). Jej celem jest rozpoznanie ewentualnych problemów dziecka oraz udzielenie mu pomocy terapeutycznej w trakcie bieżącej pracy w przedszkolu. Uzyskanie przez dziecko niskich wyników w wielu badanych obszarach powinno być podstawą do wykonania diagnoz szczegółowych w poradni psychologiczno-pedagogicznej.
2. *KOGS – diagnoza wiosenna* powinna być przeprowadzana pod koniec roku szkolnego (kwiecień–maj). Jej celem jest zgromadzenie materiałów, na podstawie których nauczyciele przygotowują diagnozę gotowości szkolnej.

Wszystkie diagnozowane obszary, zarówno w diagnozie jesiennej, jak i wiosennej, zawierają łącznie 38 umiejętności i ocenę lateralizacji.

6. ZAWARTOŚĆ TESTU

Karty Oceny Gotowości Szkolnej składają się z:

- podręcznika, w którym przedstawiono rozważania teoretyczne i badania standaryzacyjne narzędzia;
- instrukcji szczegółowych *i-KOGS*, w których przedstawiono czynności nauczyciela podczas badania oraz kryteria oceny poszczególnych prób;
- zeszytów diagnostycznych, w których zawarto próby diagnostyczne przeznaczone dla dzieci,
- karty oceny *KOGS-A* (diagnoza jesienna) i *KOGS-B* (diagnoza wiosenna), w której nauczyciel wpisuje liczbę punktów uzyskanych podczas badania;
- karty podsumowania *KOGS-P*, na które nauczyciel przenosi wyniki przeliczone na skalę stenową, aby wykreślić graficzny profil rozwoju umiejętności dzieci.

Przykład wypełnienia indywidualnej karty badania *KOGS-A* przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Przykład wypełnienia karty indywidualnej jednego z obszarów karty oceny *KOGS-A*

C. Obszar emocjonalny			P
C1 Z G	Rozpoznawanie emocji	Dziecko potrafi dopasować 4 buźki z emocjami do sytuacji społecznych.	2
C2 O	Radzenie sobie z emocjami	Dziecko potrafi opanować agresję i inne zachowania nieakceptowane społecznie. W sytuacji frustracji reaguje rozwojowo. Okazuje radość z osiągniętych sukcesów.	1
C3 O	Adaptacja w środowisku	Dziecko potrafi rozstać się z rodzicami bez lęku. Pozytywnie reaguje na ich powrót.	2
UWAGI:			W 6 P 5 N 4-0 5

Zakończenie badania i określenie poziomu umiejętności dziecka w poszczególnych obszarach gotowości szkolnej umożliwia wykreślenie graficznego profilu rozwoju dziecka.

Tabela 3. Przykładowy profil graficzny wykreślony na karcie podsumowania *KOGS-P*

PROFIL OCENY GOTOWOŚCI SZKOLNEJ															PROFIL OCENY GOTOWOŚCI SZKOLNEJ														
Poziom	Obszar fizyczny				Obszar poznawczy										Poziom	Obszar fizyczny				Obszar poznawczy									
	Samoobsługa	Obszar emocjonalny	Motoryka duża		Obszar społeczny	Percepcja słuchowa	Percepcja wzrokowa	Grafomotoryka	Umiejętności matematyczne	Myślenie pojęciowe	Pamięć wzrokowa i słuchowa	Wiedza środowiskowa	Orientacja w czasie i przestrzeni	Komunikowanie się i mowa		Samoobsługa	Obszar emocjonalny	Motoryka duża		Obszar społeczny	Percepcja słuchowa	Percepcja wzrokowa	Grafomotoryka	Umiejętności matematyczne	Myślenie pojęciowe	Pamięć wzrokowa i słuchowa	Wiedza środowiskowa	Orientacja w czasie i przestrzeni	Komunikowanie się i mowa
W					X			X				X							X			X							
P																													
N																													
M. Lateralizacja															M. Lateralizacja														
RĘKA		☒ prawa	☐ lewa		☐ nieustalona										RĘKA		☐ prawa	☐ lewa		☐ nieustalona									
OKO		☐ prawa	☐ lewa		☒ nieustalona										OKO		☐ prawa	☐ lewa		☐ nieustalona									
UCHO		☐ prawa	☐ lewa		☒ nieustalona										UCHO		☐ prawa	☐ lewa		☐ nieustalona									
NOGA		☒ prawa	☐ lewa		☐ nieustalona										NOGA		☐ prawa	☐ lewa		☐ nieustalona									
Model lateralizacji															Model lateralizacji														
☐ jednorodny prawostronny				☐ jednorodny lewostronny											☐ jednorodny prawostronny				☐ jednorodny lewostronny										
☐ skrzyżowany				☒ niustalony											☐ skrzyżowany				☐ niustalony										

7. RODZAJE ZADAŃ TESTOWYCH

Ocenę umiejętności nauczyciel przeprowadza na podstawie:

- obserwacji celowej,
- zadań grupowych, które stanowią znaczącą większość proponowanych prób,
- trzech zadań indywidualnych⁵.

Zdecydowana przewaga zadań grupowych w teście pozwala na stosunkowo szybkie badanie grupy dzieci. Zgromadzony materiał służy przede wszystkim ocenie ilościowej, a to z kolei pozwala na wyodrębnienie grupy dzieci wymagającej spersonalizowanej pomocy. Dzieci, które osiągną wyniki niskie, wymagają szczegółowej obserwacji i zindywidualizowanej jakościowej oceny, zarówno na podstawie materiału zdobytego dzięki badaniu *KOGS*, jak i innych dostępnych narzędzi. Dopiero taka wnikliwa ocena pozwala na podjęcie decyzji co do dalszego postępowania diagnostycznego czy też terapeutycznego. Dzieci, które podczas badania osiągną wyniki wysokie i prawidłowe, realizują standardowy program przedszkolny dla 6-latków i nie wymagają dodatkowego wsparcia.

⁵ Tamże, s. 17-33.

PODSUMOWANIE

Karty Oceny Gotowości Szkolnej – KOGS są narzędziem standaryzowanym, przez co pozwalają na jednolitą ocenę dzieci realizujących obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne w zakresie gotowości szkolnej. To narzędzie do badania grupowego, pozwalające na:

- szybkie wyodrębnienie w diagnozie jesiennej grupy dzieci wymagającej pomocy edukacyjno-terapeutycznej lub specjalistycznego badania w poradni psychologiczno-pedagogicznej,
- w diagnozie wiosennej obiektywną ocenę przygotowania dziecka do podjęcia nauki szkolnej; *KOGS* może być podstawą do pisania opinii, czy informacji o rozwoju zbadanego dziecka, a poprzez przejrzystą wizualizację możliwości 6-latka ułatwia też współpracę z rodzicami lub innymi placówkami diagnostycznymi i terapeutycznymi. ■

BIBLIOGRAFIA

Gruba J., Gubała B., *Karty Oceny Gotowości Szkolnej – KOGS. Podręcznik*, Gliwice 2019.

Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 1998.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U., poz. 356).

Notka o autorce

mgr Bożena Gubała – pedagog, oligofrenopedagog, nauczyciel wychowania przedszkolnego i początkowego. Pracuje w ośrodku wczesnej interwencji oraz w przedszkolu dla dzieci niepełnosprawnych. Od ponad dwudziestu lat prowadzi diagnozę i terapię dzieci z opóźnionym i zaburzonym rozwojem psychoruchowym oraz dzieci z niepełnosprawnością sprzężoną w wieku przedszkolnym, również w zakresie gotowości szkolnej.

Ocena rozwoju emocjonalno-społecznego dziecka w diagnozie logopedycznej z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia – Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE

STRESZCZENIE

Artykuł prezentuje propozycję wykorzystania narzędzia diagnostycznego *Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE* w diagnozie logopedycznej dziecka. Zwraca uwagę na ważność całościowej diagnozy rozwoju psychoruchowego dziecka, w tym oceny sfery emocjonalno-społecznej.

WSTĘP

Człowiek jest istotą społeczną. Dziecko, przychodząc na świat, jest całkowicie zależne od swoich opiekunów, to pod ich opieką rozwija kompetencje emocjonalne i społeczne. Komunikowania się i mowy uczy się także poprzez interakcje społeczne.

Wszelkie nieprawidłowości w kontakcie emocjonalnym i więzi oraz w relacjach ze środowiskiem społecznym powodują zaburzenia komunikowania się z otoczeniem, a w konsekwencji zahamowanie i nieprawidłowości rozwoju mowy. Dlatego też niezwykle istotna jest wczesna i szczegółowa ocena emocji oraz zachowania dziecka już od najwcześniejszych etapów jego rozwoju, ponieważ pozwala to na szybką i skuteczną interwencję terapeutyczną. Ze względu na różnorodność i niejednoznaczność obserwowanych cech emocji i zachowania oraz trudności w ich klasyfikacji tylko na podstawie naturalnej obserwacji i spontanicznego opisu, wielką pomocą dla specjalisty jest korzystanie ze skal i kwestionariuszy oceny standaryzowanej.

Propozycją standaryzowanego narzędzia oceny i opisu nieprawidłowości w zachowaniu oraz reakcjach emocjonalnych dziecka są *Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE*¹. Autorkami narzędzia są: mgr Elżbieta Bogacz, psycholog i neurologopeda, oraz mgr Anna Bogacz-Rybczak, psycholog i specjalista terapii pedagogicznej, rewalidacji i wczesnego wspomagania rozwoju.

Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE przeznaczone są dla wszystkich specjalistów pomocy psychologiczno-pedagogicznej (w tym psychologów, pedagogów, logopedów i nauczycieli), którzy chcą dokonać kompleksowej oceny rozwoju emocjonalno-społecznego dziecka w wieku od 1. miesiąca do końca 15. roku życia. Ocena kwestionariuszem odnosi się nie tylko do wieku metrykalnego dziecka, ale także uwzględnia wiek rozwojowy, więc diagnozą mogą zostać objęte dzieci starsze (powyżej 15. roku życia).

Karty pozwalają na wykrycie niepokojących objawów w zachowaniu i reakcjach emocjonalnych dziecka, a następnie na sklasyfikowanie ich w określonych obszarach. Informacje zebrane przy pomocy *KOZE* ułatwiają: opracowanie opisowej opinii psychopedagogicznej, postawienie wstępnej diagnozy (poprzez przyporządkowanie objawów do określonych syndromów zaburzeń), skierowanie dziecka do dalszej diagnostyki, a także konsultowanie się z innymi specjalistami czy placówkami (m.in. z lekarzem psychiatrą, neurologiem, orzecznikiem, z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, sądem, opieką społeczną). Zastosowanie narzędzia pozwala również na bardziej obiektywną, w porównaniu ze swobodnym opisem, ocenę zmian w zachowaniu dziecka po upływie określonego czasu.

1. CHARAKTERYSTYKA NARZĘDZIA

Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE podzielone zostały na 4 części, odnoszące się do poszczególnych, objętych oceną, etapów rozwoju dziecka. Etapy te zostały wydzielone zgodnie z zasadami współczesnej periodyzacji rozwoju.

- okres niemowlęcy – od 1. do końca 11. miesiąca życia,
- okres poniemowlęcy – od 1. do końca 2. roku życia,
- okres przedszkolny i wczesnoszkolny – od 3. do końca 9. roku życia,
- okres szkolny – od 10. do końca 15. roku życia.

Narzędzie *KOZE* składa się z:

- trzech *Kart oceny wstępnej*,
- trzydziestu czterech *Kart oceny szczegółowej*,
- *Karty wywiadu*,
- *Karty podsumowania*.

¹ A. Bogacz-Rybczak, E. Bogacz, *Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE*, Gliwice 2017.

Karty oceny wstępnej zawierają kategorie opisu odnoszące się do prawidłowych rozwojowo form zachowań i reakcji emocjonalno-społecznych dziecka.

Tabela 1. Fragment uzupełnionej *Karty oceny wstępnej*

KOZE		KARTY OCENY ZACHOWANIA I EMOCJI						
KOZE-OW3		KARTA OCENY WSTĘPNEJ - wiek przedszkolny i szkolny (od 3. do końca 15. roku życia)						1005/11
Dane identyfikujące dokument								
Imię badanego Alicja	Nazwisko badanego Graca	Data urodzenia 01.10.2013	Data badania 24.10.2019	Wiek 6;0	Płeć M	Podpis osoby badającej, stanowisko a a, a		
A. SEN								Ocena
- Ilość i jakość snu dziecka zapewnia mu optymalny wypoczynek oraz odprężenie psychiczne i fizyczne. - Samodzielnie zasypia przestrzegając stałej pory spania i spokojnie przesypia całą noc w swoim łóżku. - W wieku przedszkolnym może przebudzać się i wołać rodziców, ale daje się uspokoić i ponownie zasypia. - Ma prawidłowe nawyki i przyzwyczajenia związane z zasypianiem i snem.								-
WNIOSKI:								
Budzi się w nocy (po zmoczeniu się), ma koszmarne sny od 4 miesięcy. Pierwsze zdarzenia były związane z pójściem do szkoły (do klasy 1).								
B. WYDALANIE								Ocena
- Świadomie panuje nad czynnością wydalania (do ukończenia 3 r.ż. może jeszcze wymagać przypominania). - Korzysta z ubikacji w odpowiednim czasie w ciągu dnia. - Nie moczy się w nocy (oprócz sporadycznych zdarzeń). Nie ma trudności z wypróżnieniem. - Ma prawidłowe nawyki i przyzwyczajenia związane z czynnością wydalania.								-
WNIOSKI:								
Moczy się w nocy (od 2 do 3 razy w tygodniu) - od 4 miesięcy.								
C. ODŻYWIANIE								Ocena
- Ma odpowiednią do wieku i wzrostu masę ciała. - Bez trudności i o właściwych porach zjada odpowiednią porcję jedzenia. - Formy przyjmowania pokarmów i stosowane akcesoria są odpowiednie do wieku i sytuacji. - Akceptuje różnorodne formy produktów żywieniowych (faktury, smaki i konsystencje).								+
WNIOSKI:								
Brak nieprawidłowości w obszarze odżywiania.								

Karty oceny szczegółowej zawierają listę nieprawidłowych i niepokojących form zachowań i reakcji emocjonalno-społecznych dziecka.

Tabela 2. Fragment *Karty oceny szczegółowej*

KOZE		KARTY OCENY ZACHOWANIA I EMOCJI						
KOZE-I3		KARTA OCENY SZCZEGÓŁOWEJ - lista niepokojących zachowań dziecka w wieku od 3. do końca 9. roku życia						1002/4
Dane identyfikujące dokument								
Imię badanego Piotr	Nazwisko badanego G.	Data urodzenia 05.03.2016	Data badania 24.10.2019	Wiek 3;7	Płeć M	Podpis osoby badającej, stanowisko a a, a		
I. EMOCJE								Ocena
1	Potrzebuje dłuższego czasu, by się uspokoić, nie potrafi wyciszyć się i „wyhamować” emocji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych.							
2	Nie potrafi uspokoić się samodzielnie, wymaga intensywnego uspokajania, wyciszania przez osoby dorosłe.							
3	Nadmiernie długo odczuwa i zatrzymuje emocje – potrafi przeżywać niezbyt znaczące zdarzenia i sytuacje przez wiele godzin, a nawet dni.							
4	Nie potrafi dostosować siły emocji do sytuacji, np. reaguje histerycznie, płacze, krzyczy, gdy nie ma obiektywnego powodu do tak gwałtownych reakcji.							
5	Wyraża wszelkie emocje (pozytywne i negatywne) w nadmiernie ekspresywny i niekontrolowany sposób.							
6	Łatwo przechodzi od smutku, złości do radości i śmiechu – jego emocje są bardzo zmienne.							
7	Jego reakcje emocjonalne są często nieadekwatne, np. przy niepokojach, smutku reaguje złością, agresją.							

W wieku niemowlęcym i poniemowlęcym oceny dokonuje się w siedmiu obszarach (sen, odżywianie, samodzielność, nawyki, ruch, emocje i zachowanie, relacje społeczne), a w wieku przedszkolnym i szkolnym – w dziesięciu (sen, wydalanie, odżywianie, samodzielność, nawyki, ruch, koncentracja, zachowanie, emocje, relacje społeczne).

2. ZAPIS I ANALIZA WYNIKÓW BADANIA

Zapisu i opracowania danych z badania narzędziem KOZE dokonuje się za pomocą programu komputerowego *KomKOD* (*Komputerowe Karty Oceny Dziecka*), który jest częścią Komputerowej Platformy Zarządzania Dokumentacją Diagnostyczną i Terapeutyczną², zawierającą różnorodne narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne. Na podstawie wypełnionych kart program automatycznie generuje podsumowanie oceny uwzględniającej obszary prawidłowego funkcjonowania oraz obszary, w których występują nieprawidłowości ze szczegółowym opisem występujących zaburzeń, co niezwykle ułatwia przygotowanie opinii psychopedagogicznej.

Tabela 3. Fragment podsumowania oceny wygenerowanego w programie komputerowym *KomKOD*

OBSZARY NIEPRAWIDŁOWEGO FUNKCJONOWANIA – OPIS ZABURZEŃ	
Sfera: A. SEN	
Przeżycia emocjonalne (pozytywne i/lub negatywne, nawet o przeciętnym nasileniu) powodują duże trudności z zasypianiem i nieprzerwanym, spokojnym snem w nocy. <i>Tylko w tygodniu; problem nie występuje w weekendy lub w inne dni wole, kiedy dziewczynka nie chodzi do szkoły.</i>	
Zmiana otoczenia (np. wyjazd na wakacje, wizyty u rodziny, zmiana pokoju lub łóżka) powoduje duże trudności z zasypianiem i utrzymaniem nieprzerwanego, spokojnego snu trwające dłużej niż dwie noce. <i>Trudności występowały od 2 roku życia.</i>	
Przebudza się i siada lub zrywa się z krzykiem, jest pobudzone ruchowo, spocone, ma przyspieszony oddech i bicie serca, nie potrafi podać powodu lęku, nie pamięta zdarzenia po wybudzeniu.	
Budzi się ze snu nocnego lub drzemki ze szczegółowym i żywym wspomnieniem przerażających snów, pamięta i potrafi opisać koszmary senne. <i>Dotyczą najczęściej potworów lub sytuacji porwania.</i>	
Sfera: B. WYDALANIE	
Moczy się w nocy. <i>Dwa, do trzech razy w tygodniu. Od czterech miesięcy, co zbiegło się z momentem pójścia do szkoły (do 1 klasy).</i>	
Sfera: E. NAWYKI	
Obgryza paznokcie i/lub skórki przy paznokciach. <i>Od wieku przedszkolnego</i>	
Sfera: I. EMOCJE	
Nadmiernie długo odczuwa i zatrzymuje emocje – potrafi przeżywać niezbyt znaczące zdarzenia i sytuacje przez wiele godzin, a nawet dni.	
Jest nadmiernie nieśmiały, wstydzi się, wycofuje.	

3. KOZE JAKO UZUPEŁNIENIE DIAGNOZY KORP

Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE są samodzielnym narzędziem, ale mogą być również propozycją pogłębionej diagnozy psychopedagogicznej wykrytych zaburzeń i nieprawidłowości w rozwoju, zdiagnozowanych za pomocą *Kart Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP*³ w sferach: emocjonalno-społecznej i funkcji behawioralnych, a także jakościowych nieprawidłowości w zachowaniu opisanych w *Karcie obserwacji – KORP-O*.

PODSUMOWANIE

Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE zostały poddane ocenie środowiska praktyków (logopedów, pedagogów i psychologów) w postaci badań pilotażowych i uzyskały pozytywne opinie specjalistów, ze szczególnym zwróceniem uwagi na przejrzystość i spójność narzędzia, uwzględnienie wielu obszarów oceny, co pozwala całościowo spojrzeć na funkcjonowanie dziecka w środowisku społecznym.

² <http://www.dit.komlogo.pl> [dostęp: 1.09.2019].

³ <https://www.komlogo.pl/index.php/kategorie/diagnoza/karty-oceny-rozwoju-psychoruchowego-detail> [dostęp 1.09.2019].

KOZE zostało ocenione jako wartościowe i przydatne narzędzie diagnostyczne, umożliwiające opis i ocenę rozwoju emocjonalno-społecznego, ze szczególnym zwróceniem uwagi na nieprawidłowości w formach zachowania i reakcjach emocjonalno-społecznych dziecka, co pozwala ukierunkować dalsze postępowanie diagnostyczne oraz zaprogramować działania terapeutyczne w praktyce psychopedagogicznej i logopedycznej. ■

BIBLIOGRAFIA

Bogacz-Rybczak A., Bogacz E., *Karty Oceny Zachowania i Emocji – KOZE*, Gliwice 2017.

<http://www.dit.komlogo.pl> [dostęp: 1.09.2019].

<https://www.komlogo.pl/index.php/kategorie/diagnoza/karty-oceny-rozwoju-psychoruchowego-detail> [dostęp 1.09.2019].

Notka o autorce

mgr Anna Bogacz-Rybczak – psycholog, specjalista terapii pedagogicznej, rewalidacji i wczesnego wspomagania. Zajmuje się diagnozą i terapią dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym z zaburzeniami zachowania i emocji oraz niepełnosprawnościami. Pracuje w Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 5 w Gliwicach (przedszkole, szkoła podstawowa oraz liceum z oddziałami integracyjnymi) oraz w Centrum Diagnostyki i Terapii Anytime w Gliwicach.

KOJD-AFA, CZYLI KARTY OCENY JĘZYKA DZIECKA AFATYCZNEGO

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiony został proces powstawania narzędzia KOJD-AFA. Zawarto w nim też charakterystykę zaburzenia i specyfikę badania dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji, a także omówiono budowę narzędzia, jego charakter oraz uzasadnienie doboru prób. Porównano dwie części narzędzia, czyli KOJD-AFA/I i KOJD-AFA/II, a ponadto wskazano na użyteczność prób w procesie diagnozy dziecka i w planowaniu terapii logopedycznej dziecka.

WSTĘP

Decyzję o opracowaniu narzędzia, które badałoby sprawność dziecka w obrębie wszystkich podsystemów języka i czynności mowy, podjęliśmy w roku 2000, kiedy na rynku logopedycznym dominowały kwestionariusze do badania artykulacji. Historia powstawania narzędzia to wydana w roku 2003 AFA-skala¹ oraz opracowywana od roku 2009 udoskonalona i znacznie poszerzona jej wersja w postaci Kart Oceny Języka Dziecka Afatycznego – KOJD-AFA².

1. ISTOTNE PYTANIA I HISTORIA NARZĘDZIA KOJD-AFA

Naszym planom, a następnie konkretnym działaniom towarzyszyły przedstawione poniżej pytania:

1. W jakim celu prowadzimy badanie mowy dziecka i w jakich przypadkach będziemy wykorzystywać opracowywany zestaw prób? Czy jest to narzędzie, które stosujemy już po wstępnym użyciu innych metod badania i czy może jako jedyne rozstrzygać o występowaniu u dziecka zaburzenia rozwoju mowy?
2. Jakie wskazówki pomocne w interpretacji uzyskanego materiału badawczego możemy dać użytkownikom narzędzia? W jakich przypadkach warto skorzystać z KOJD-AFA?
3. Czy są inne narzędzia lub testy, które warto w tych przypadkach również wykorzystać?
4. Czy możliwa i przydatna jest ilościowa ocena uzyskanych wyników?
5. Czy wyniki badania mogą pomóc w planowaniu terapii logopedycznej?

Te pytania uznałyśmy za najistotniejsze. Postaramy się odpowiedzieć na nie przynajmniej częściowo w dalszej części artykułu. Z całą pewnością najbardziej wyczerpujące informacje zawarłyśmy w podręczniku wchodzącym w skład narzędzia KOJD-AFA.

2. CHARAKTERYSTYKA ZABURZENIA, CECHY DIAGNOZY I SPECYFIKA BADANIA DZIECKA Z NIEDOKSZTAŁCENIEM MOWY O TYPIE AFAZJI

O niedokształceniu mowy o typie afazji, inaczej rozwojowym zaburzeniu językowym, czyli według terminologii anglojęzycznej DLD³ (*Developmental Language Disorders*) mówimy, gdy:

1. Z nieokreślonych jednoznacznie przyczyn mowa dziecka rozwija się z opóźnieniem w sposób odmienny od naturalnego przebiegu tego procesu. Do 4-5. roku życia dziecko nie opanowuje mowy (języka i mówienia) na właściwym dla tego wieku poziomie.
2. Niedokształcenie mowy o typie afazji najczęściej przybiera postać mieszaną. U jednych dzieci dominują zaburzenia ekspresji mowy (mówienia), u innych zaburzenia percepcji mowy (rozumienia).
3. Specyficzne, typowe dla zaburzeń afatycznych objawy językowe, w różnym zakresie i z różnym nasileniem, dotyczą w obu grupach wszystkich czynności mowy (powtarzanie, nazywanie, rozumienie) i wszystkich podsystemów języka (fonetyczno-fonologicznego, semantycznego, morfologicznego, składniowego).
4. Dzieci z n.m. o typie afazji z trudem doskonają sprawność językową i wymagają długotrwałej terapii.

1 A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, L. Mikosza, *AFA-Skala – jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków 2003.

2 A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, *Karty Oceny Języka Dziecka Afatycznego – KOJD-AFA*, Gliwice 2018.

3 *DSM-5 Diagnostyka różnicowa*, Kraków 2016.

5. Rejestrujemy objawy specyficzne (jak wyżej) i niespecyficzne. Są to zaburzenia uwagi, pamięci, obniżone tempo przetwarzania informacji. Dzieci są męczliwe, mają trudności percepcyjne, dotyczące koordynacji ruchowej i precyzji ruchów, są emocjonalnie labilne⁴.

Rozpoznanie n.m. o typie afazji jest możliwe po wykluczeniu przede wszystkim: niepełnosprawności intelektualnej (psycholog), niedosłuchu (foniatra) i zaburzeń ze spektrum autyzmu (psychiatra). W związku z tym, konieczna jest wielo-specjalistyczna, zespołowa ocena stanu dziecka (lekarz neurolog/psychiatra, foniatra, psycholog, logopeda, pedagog)⁵.

N.m. o typie afazji może współwystępować z objawami dysartrii, niedosłuchu przewodzeniowego w stopniu lekkim lub zaburzeń przetwarzania słuchowego (APDs). Rozróżniamy 2 rodzaje diagnozy – kliniczną i funkcjonalną.

Celem diagnozy klinicznej z udziałem w/w specjalistów jest postawienie rozpoznania. Formułujemy tzw. diagnozę nominalną, co ma istotne znaczenie praktyczne. W tym przypadku, zgodnie z oświatową klasyfikacją niepełnosprawności, rozpoznanie afazji kwalifikuje dziecko do określonej grupy niepełnosprawności i daje podstawy do zapewnienia dziecku właściwej pomocy terapeutycznej.

Dla postępowania terapeutycznego zdecydowanie cenniejsza wydaje się diagnoza funkcjonalna. Służy ona określeniu poziomu funkcjonowania dziecka w poszczególnych sferach rozwojowych (m.in. w obszarze mowy – jej czynności i podsystemów języka). Określa mocne i słabe strony dziecka, wskazuje jego deficyty oraz potencjał.

Dzięki takiej diagnozie terapeuta może wyznaczać możliwe do osiągnięcia cele w zakresie różnych, zaburzonych funkcji, ustalać hierarchię ich ważności. Ma to wpływ na skuteczność terapii.

W trakcie prowadzonego postępowania terapeutycznego konieczna jest wszechstronna obserwacja dziecka i w ważnych momentach życia dziecka lub w określonych odstępach czasu – wykonywanie diagnozy kontrolnej rediagnozy. Służy ona określeniu dynamiki rozwoju dziecka, kontroli postępów w krytycznych obszarach i zrewidowaniu celów terapeutycznych. Może się zdarzyć, że skutkuje zmianą rozpoznania. Trzeba bowiem pamiętać, że w przypadku małego dziecka, które rozwija się intensywnie, a objawy wskazujące na zaburzenia w rozwoju ewoluują, zmiana rozpoznania jest jak najbardziej możliwa i dopuszczalna.

Warto podkreślić i pamiętać o tym, co jest istotne w przypadku badania dziecka z n.m. o typie afazji:

1. Niejasna jest przyczyna zaburzenia, stąd diagnozę opieramy na objawach i dlatego starannie je analizujemy. Diagnosta powinien mieć praktyczną wiedzę o jakości, rodzaju i mechanizmach obserwowanych u dziecka zaburzeń mowy. Jest to ważniejsze niż szafowanie licznymi, występującymi w literaturze terminami i wątpliwymi kryteriami ich rozróżniania.
2. Ocena mowy musi być poprzedzona lub prowadzona równolegle z innymi badaniami specjalistycznymi, wskazane są wzajemne konsultacje.
3. Przy ocenie jakości i głębokości zaburzenia uwzględniamy wiek dziecka.
4. Diagnoza może się zmienić w trakcie rozwoju dziecka.

3. METODY OCENY ROZWOJU MOWY. NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE

Najważniejsze metody sposoby oceny rozwoju mowy to:

- obserwacja,
- wywiad,
- testy językowe,
- próby niestandardyzowane.

Obserwację uważamy za bardzo ważną, właściwie podstawową metodę diagnozy. Służy ona zarówno badaniu mowy dziecka, jak i innych obszarów jego rozwoju psychoruchowego. Jeśli jest to możliwe, uważamy za celowe rejestrowanie wypowiedzi i zachowań dziecka (nagrania filmowe, nagrania na dyktafon, zapis). Tego typu zapis umożliwia dokładną analizę reakcji werbalnych dziecka w określonym kontekście sytuacyjnym. Powtarzając badanie i ponownie je rejestrując, możemy prześledzić dynamikę rozwoju mowy u dziecka.

W przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji obserwujemy wcześniej wspomniane trudności/objawy niespecyficzne towarzyszące zaburzeniom mowy. Zwykle mają one wpływ zarówno na przebieg badania mowy różnymi narzędziami, jak i jego wyniki. Ważna jest umiejętność równoległego prowadzenia przez diagnostę obserwacji badanego dziecka podczas wykonywania kolejnych prób, a także uwzględnienie trudności pozajęzykowych w ocenie i interpretacji wyników.

Wywiad stanowi ważne uzupełnienie obserwacji. Dotyczy on m.in. ważnych aspektów rozwoju mowy, a więc: etapu głużenia i gaworzenia, pojawiania się pierwszych wyrazów, zdań, dłuższych wypowiedzi, typowych błędów językowych, towarzyszących wad wymowy, gotowości nawiązywania kontaktu emocjonalnego, umiejętności komunikacyjnych kompensujących deficyty mowy itp. Informacje na ten temat pochodzą najczęściej od rodziców.

⁴ E. Drewniak-Wołosz, A. Paluch, *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*, „Logopeda” 2009, nr 1(7), s. 90-99.

⁵ A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, L. Mikosza, dz. cyt.

Testy językowe są szczególnie cenione, bo oczekujemy, iż są obiektywne, standaryzowane, znormalizowane. Powinny być też trafne i rzetelne. Wykonując tego typu badanie musimy pamiętać, iż sposób badania dziecka podlega ścisłym rygorom, co w przypadku małych dzieci (do 4., a nawet 5. r.ż.) może być niełatwe do zrealizowania. Zebrany materiał językowy oceniany jest zgodnie z kluczem, a wyniki odnoszone są do norm, co może ułatwiać podjęcie decyzji diagnostycznej.

Narzędzia niestandaryzowane to kwestionariusze i skale badające czynności mowy i sprawność językową. Nie spełniają wymagań stawianych testom językowym, ale mają jednak wiele zalet. Dają możliwość dostosowania tempa badania, ilości powtórzeń instrukcji, sposobu jej podania, modyfikacji brzmienia instrukcji do możliwości i ograniczeń badanego dziecka. Dla wnikliwego klinicysty każdy rodzaj dostosowania ma również wymiar diagnostyczny i stanowi wskazówkę do planowania terapii oraz postępowania w trakcie jej prowadzenia.

Wypróbowane narzędzia, szczególnie przydatne w badaniu polskojęzycznych dzieci z zaburzeniem językowym to:

- Test Słownika Dziecka – Zbigniew Tarkowski,
- Test Sprawności Językowej (TSJ) – Zbigniew Tarkowski,
- Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie (OTS-R) – Ewa Haman, Krzysztof Fronczyk,
- Test Rozwoju Języka (TRJ) – M. Smoczyńska (i in.).

Warto również skorzystać z następujących materiałów:

- Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym Danuta Emiluta- Rozya
- Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD – Joanna Gruba,
- Język i Komunikacja – skala obserwacyjna dla nauczycieli – Magdalena Kochańska, Magdalena Łuniewska.

4. BUDOWA I CHARAKTER NARZĘDZIA ORAZ UZASADNIENIE DOBORU PRÓB

Wspomniana już we wstępie AFA-skala doczekała się już 5 wydań (pierwsze w roku 2003). Przeznaczona była głównie do badania dzieci młodszych, często w wieku przedszkolnym, choć dopuszczalne też jest wykorzystanie jej w badaniu dziecka szkolnego, jeśli po wstępnym rozpoznaniu widzimy taką potrzebę. Założyliśmy, że to narzędzie i jego publikacja będzie się składała z dwóch części – swego rodzaju podręcznika, który określałyśmy jako część teoretyczną (podstawowa wiedza o zaburzeniu przedstawiona z punktu widzenia praktyka) i części praktycznej zawierającej opracowane przez nas próby.

Część druga „praktyczna” była propozycją sposobu zbierania materiału służącego do oceny sprawności językowej i komunikacyjnej dziecka z zaburzonym rozwojem mowy. Założyliśmy, że badanie powinno się opierać na obserwacji zachowań dziecka w sytuacji celowo zorganizowanej. Za pomocą materiałów werbalnych i graficznych, starałyśmy się stworzyć sytuacje eksperymentalne, zbliżone do naturalnych, po to, by sprowokować reakcje dziecka (werbalne, ale też niewerbalne), zarejestrować je i ocenić.

Postanowiłyśmy opracować próby umożliwiające ocenę mowy i systemu językowego dzieci w wieku szkolnym, które dzięki prowadzonej terapii i naturalnemu rozwojowi mówią więcej, posługują się zdaniami, jednak ciągle jeszcze natrafiają na liczne trudności i niepowodzenia w warunkach szkolnych. Zdarza się, iż takie właśnie dziecko trafia do poradni, gabinetu, nie będąc wyposażone w diagnozę i potrzebując konkretnego wsparcia.

Proponowana obecnie wersja pod nazwą KOJD-AFA, czyli Karty Oceny Języka Dziecka Afatycznego, składa się z dwóch kart do badań I i II, instrukcji do części pierwszej i drugiej, podręcznika, materiału obrazkowego do Kart I i II oraz pomocy niezbędnych do wykorzystania w trakcie badania.

Karta I (łatwiejsza) – nawiązuje do dawnej AFA-skali. Zachowany jest w niej rodzaj zadań i ich kolejność. Niektóre zadania zostały jednak wzbogacone lub zmodyfikowane. Dołączony do karty materiał obrazkowy został opracowany w nowej wersji graficznej. Na użytek badania dołączone są pluszaki, kubek i łyżeczka.

Karta II (trudniejsza) – opracowana została z myślą o dzieciach starszych, szkolnych, w indywidualnych przypadkach młodzieży, czyli osobach, które porozumiewając się werbalnie, wciąż borykają się z trudnościami językowymi. Zawiera próby pozwalające z większą wnikliwością ocenić aspekt leksykalny i gramatyczny języka ze szczególnym uwzględnieniem czynności rozumienia.

Narzędzie KOJD-AFA może być wykorzystywane do badań diagnostycznych przez logopedę, psychologa czy pedagoga, ale ocena wyników badania jest mniej oczywista niż w testach. Wydaje nam się, że najwięcej informacji o językowym funkcjonowaniu dziecka (potencjale i ograniczeniach) oraz mechanizmach jego trudności po zastosowaniu tego narzędzia może uzyskać logopeda dysponujący interdyscyplinarną wiedzą. Jeśli badanie wykona psycholog lub pedagog bez wykształcenia logopedycznego, będzie mógł dokonać oceny wyników na podstawowym poziomie, co również da mu ogólną orientację w możliwościach i ograniczeniach dziecka (jest, nie ma, do analizy).

Proponujemy logopedom narzędzie, które nie jest standaryzowane i znormalizowane. Z jednej strony można zarzucić mu brak obiektywizmu w ocenie i uznać to za jego wadę. Z drugiej strony nasza praktyka pokazuje, że możliwość samodzielnego udziału diagnosty w ocenie i interpretacji zebranego materiału językowego, a także pozajęzykowego zbieranego w określonym, powtarzalnym kontekście sytuacyjnym, jest niewątpliwym atutem narzędzia. Próby KOJD-AFA mają

charakter kliniczny i ułatwiają diagnozę funkcjonalną. Wydaje nam się, że stosowanie kwestionariuszy i skal stanowi ważne uzupełnienie badań testowych. Ani testy, ani skale nie mają mocy rozstrzygania o diagnozie logopedycznej. Diagnozę stawia logopeda, a nie narzędzie, którym się posługuje.

Opracowując zawarte w narzędziu KOJD-AFA próby, kierowaliśmy się następującymi zasadami:

- uwzględnieniem wiedzy o języku (czynności mowy i podsystemy języka),
- uwzględnieniem wiedzy o objawach zaburzenia,
- atrakcyjnością, wzbudzaniem zainteresowania dziecka,
- różnorodnością sytuacji zadaniowych.

5. PORÓWNANIE KOJD-AFA/I I KOJD-AFA/II

W pierwszej wersji AFA-Skali głównym kluczem porządkującym badanie jest schemat podstawowych czynności mowy. W większości wcześniej stosowanych i znanych kwestionariuszy logopedycznych badano głównie mowę czynną – powtarzanie i nazywanie. W AFA-skali (obecnie KOJD-AFA/I) duży nacisk położyliśmy na badanie rozumienia mowy i podobnie postępujemy również w części drugiej (tzw. dwójce). Drugim „kluczem” pozwalającym przygotować materiał do badania, było uwzględnienie aspektu rozwijających się umiejętności gramatycznych i leksykalnych dziecka, opanowującego poszczególne części mowy, od łatwiejszych (prymarnych) do trudniejszych (sekundarnych). Badamy mowę na poziomie wyrazu i zdania, dążąc do oceny czynności rozumienia, ale też w samodzielnej wypowiedzi dziecka. Trzeci klucz dotyczył aspektu fonologicznego i struktury fonemowej wyrazu (pod kątem czynności powtarzania i nazywania), stąd nieprzypadkowy dobór słów od bardzo łatwych, jakimi są reduplikaty, poprzez zbudowane z sylab otwartych aż do wyrazów trudniejszych pod względem ich budowy fonetycznej.

Przystępując do badania dziecka starszego, którego mowa się rozwinęła (choć pozostaje „niedokształcona”, ale nadal podatna na terapię), musieliśmy wzbogacić materiał słów i form gramatycznych. Badając częścią pierwszą, często mamy do czynienia z dzieckiem prawie lub całkiem niemówiącym, w przypadku wersji trudniejszej możemy badać dziecko mówiące dużo, ale np. w sposób nielogiczny czy niegramatyczny. Oprócz nadal istotnego kryterium części mowy, bierzemy pod uwagę w znacznie większym stopniu, niż w części łatwiejszej (KOJD-AFA I), językoznawczą i funkcjonalną (psycho-lingwistyczną) wiedzę o podsystemach języka⁶. Zadania, które proponujemy dziecku lub osobie badanej, są bardziej niż poprzednio, zróżnicowane i nastawione na badanie umiejętności gramatycznych, umiejętności samodzielnego budowania wypowiedzi, rozumienia słów i zdań o różnym stopniu trudności oraz w różnych sytuacjach (np. pojęcia nadrzędne, instrukcje w działaniu, definicje, zdania i pytania zawierające wyrażenia przymkowe oraz zaimki pytajne). Staraliśmy się z bardzo dużej ilości wstępnych pomysłów wyłonić zadania najciekawsze dla dzieci, angażujące ich uwagę i emocje. Wiadomo, iż badanie mowy dziecka starszego, już zwykle świadomego swoich niedoskonałości w komunikacji werbalnej, nie jest sytuacją przez badanych lubianą. Z tego też powodu ustalono kolejność zadań – od łatwiejszych do trudniejszych. Kolejny klucz, dotyczący sposobu przygotowania zadań, ma umożliwić zarejestrowanie typowych dla interesującego nas zaburzenia objawów językowych, które porządkujemy zgodnie ze wspomnianym już dwukrotnie schematem. Znajomość objawów specyficznych, występujących u dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji, jest niezbędna u osoby badającej. Staraliśmy się jak najbardziej jasno przedstawić tę problematykę w części teoretycznej, czyli w podręczniku, w który wyposażone są Karty Oceny Języka Dziecka Afatycznego – KOJD-AFA.

6. DIAGNOZA DZIECKA NARZĘDZIEM KOJD-AFA I WSKAZÓWKI DO TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Analizując zjawiska występujące w mowie dziecka z n.m. o typie afazji, musimy przez cały czas pamiętać o obydwu pokazanych poniżej schematach. Obiektem naszego badania jest mowa dziecka i jej czynności, ale też jego sprawność językowa. Są one ze sobą ściśle związane, o czym oczywiście wszyscy wiemy, ale w praktyce nie zawsze potrafimy trafnie je interpretować.

Na poniższym przykładzie – analizie czynności – przedstawimy konieczność oceny wyników z poszczególnych zadań w kontekście wyników pozostałych prób wykonanych z dzieckiem.

Jedną z czynności mowy jest powtarzanie. Badamy je na różnych poziomach: sylaby, wyrazy, zdania. Czynność powtarzania jest uzależniona od różnych mechanizmów mowy, co musimy uwzględniać przy ocenie. U dziecka borykającego się z poprawnym powtórzeniem nawet samogłoski lub sylaby zwykle mamy do czynienia z zaburzoną kinestezją i kinetyką mowy oraz z zaburzeniami prakcji werbalnej. W przypadku dziecka afatycznego, głęboko zaburzone jest również powtórzenie nawet prostego pod względem struktury fonetycznej wyrazu, a tym bardziej jego samodzielnego wypowiedzenia. U wielu dzieci z zaburzeniami ekspresji mowy widzimy trudności z odtworzeniem kolejności wyrazów w zdaniu, ilości zawartych w nim elementów oraz ich brzmienia przy stosunkowo dobrze zachowanym rozumieniu treści zdania. Powtórzenie zdania angażuje oprócz wspomnianych już mechanizmów (kinetyka, kinestezja, prakcja) również inne umiejętności,

6 I. Kurcz, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa 2005.

których ocena wymaga odniesienia do aspektów języka. Nieprawidłowe powtórzenie zdania może występować w sytuacji braku zrozumienia tego zdania i wtedy obserwujemy nieprawidłowe powtórzenie form gramatycznych (fleksja, szyk) oraz zamiany wyrazów o podobieństwie semantycznym i leksykalnym. Na poziom powtórzenia zdania wpływa też pamięć słuchowa bezpośrednia, mechaniczna, która u niektórych (stosunkowo niewielu) dzieci z n.m. o typie afazji nie jest zaburzona, co może umożliwić poprawne powtórzenie zdania bez zrozumienia jego treści. Dotyczy to zwykle dzieci z zaburzonym rozumieniem mowy. Widzimy więc, iż niemożliwa jest interpretacja wykonania jednego zadania, bez uwzględnienia wykonania pozostałych.

Podsumowania wyników poprzez wypełnienie protokołu badania ma na celu pogłębioną analizę zebranego materiału werbalnego. Przydatny schemat porządkujący to:

CZYNNOŚCI MOWY:

rozumienie
powtarzanie
nazywanie

PODSYSTEMY(aspekty) JĘZYKA:

fonetyczno-fonologiczny
fleksyjno-semantyczny
fleksyjno-składniowy
pragmatyczny

Podsumowując wyniki badania, warto zdać sobie sprawę i sformułować nie tylko diagnozę negatywną, dotyczącą objawów zaburzenia, istotną z punktu widzenia diagnozy nominalnej, ale też diagnozę pozytywną, która jest istotna z punktu widzenia planowanej terapii.

Prawidłowo wykonana analiza umożliwia przygotowanie opinii o badanym, istotnej z punktu widzenia diagnozy i dalszego postępowania. Opinia powinna zawierać diagnozę, jej uzasadnienie oraz może zawierać ogólne wskazania dotyczące terapii. Sposób jej przygotowania zależy od tego, kto jest adresatem. Do dokładnego badania i jego wyników możemy też nawiązać w rozmowie z rodzicami dziecka.

Dokonanie zapisu umożliwia porównanie mowy i sprawności językowej podczas badania kontrolnego. Niezależnie od opinii wykonanie badania umożliwia logopedzie określenie najistotniejszych kierunków terapii logopedycznej. Planując terapię, powinniśmy wziąć pod uwagę następujące informacje:

Jak dziecko realizuje czynności:

- powtarzania (syłab, izolowanych dźwięków, wyrazów, zdań),
- nazywania (przywoływania właściwych słów z pamięci i ich realizacja).

Czy i w jaki sposób samodzielnie:

- tworzy zdania (w odpowiedzi na pytania, polecenia i w mowie spontanicznej),
- dłuższe wypowiedzi na zadany temat i od siebie (zachowanie reguł gramatycznych i związków logicznych, zadawanie pytań).

Jak rozumie:

- pojedyncze słowa,
- zdania proste i złożone (także pytania i polecenia),
- dłuższe teksty (opowiadania, wierszyki, zagadki).

Co utrudnia rozumienie:

- brak kontekstu obrazkowego,
- męczliwość, zaburzona uwaga,
- ograniczenia w pojemności pamięci roboczej,
- warunki badania.

Jak dziecko funkcjonuje w obrębie każdego podsystemu językowego?

- fonetyczno-fonologicznego,
- fleksyjno-składniowego,
- leksykalno-semantycznego,
- pragmatycznego.

Jakie nieprawidłowe zjawiska językowe (wykraczające poza normy rozwojowe) zostały zarejestrowane w mowie dziecka? Które z nich dominują?

- Co szczególnie utrudnia skuteczną komunikację?
- Czy dziecko chętnie podejmuje kontakt werbalny i jest zainteresowane proponowanymi podczas badania zadaniami?
- W jakim tempie pracuje, czy szybko się męczy i jak komunikuje swoje zmęczenie?
- Jak przebiega proces uczenia się języka (zapamiętywanie) i opanowywania innych sprawności?

PODSUMOWANIE

Na koniec warto wspomnieć, iż w naszym podejściu do terapii bardzo ważne jest traktowanie dziecka jako osoby, która powinna mieć wpływ na przebieg zajęć. Żadna metoda terapeutyczna nie zastąpi i nie powinna przesłaniać zasady podążania za dzieckiem i jego osobistymi preferencjami. ■

BIBLIOGRAFIA

Drewniak-Wołosz E., Paluch A., *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*, „Logopeda” 2009, nr 1(7), s. 90-99.

DSM-5 Diagnostyka różnicowa, Kraków 2016.

Kurcz I., *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa 2005.

Paluch A., Drewniak-Wołosz E., *Karty Oceny Języka Dziecka Afatycznego – KOJD-AFA*, Gliwice 2018.

Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., *AFA-Skala – jak badać mowę dziecka afatycznego?* Kraków 2003.

Notki o autorkach

mgr Elżbieta Drewniak-Wołosz – psycholog, neurologopeda, od lat zajmuje się diagnozą i terapią dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji. Obecnie pracuje w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Afatycznych Zgromadzenia Sióstr Felicjanek w Krakowie. Autorka publikacji poświęconych problematyce dzieci z n.m. o typie afazji.

mgr Anna Paluch – psycholog, logopeda, od lat zajmuje się diagnozą i terapią dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji. Obecnie pracuje w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej dla Dzieci z Niepowodzeniami Edukacyjnymi w Krakowie. Autorka publikacji poświęconych problematyce dzieci z n.m. o typie afazji.

DLACZEGO TERAPIA POZYCJI ORALNEJ?

STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia teoretyczne podstawy i model Terapii Pozycji Oralnej (OPT TALK TOOLS). Wskazuje źródła metody, adresata oraz model interwencji. Uwypukla rolę aspektów związanych z karmieniem w terapii logopedycznej. Przedstawia refleksje na temat atrakcyjności i skuteczności OPT.

WSTĘP

Kiedy w roku 2006 odkrywałem potencjał TALK TOOLS i tłumaczyłem instrukcje produktowe, wprowadzając ten asortyment na polski rynek, daleki byłem od przekonania, że plastikowe bloczki i tubki, gwizdki i słomki mogą dokonać jakiegokolwiek rewolucji terapeutycznej, czy to w wymiarze indywidualnym, czy w środowisku logopedów.

Dzisiaj, po kilkunastu latach praktyki i feedbacku, po szkoleniach ze specjalistami z USA wykorzystującymi TALK TOOLS – mam ugruntowaną wiarę, że to działa. I nie chodzi o narzędzia, tylko o pomysł logopedów-praktyków i pasjonatów na zbliżenie terapii mowy z fizjoterapią czy rehabilitacją.

Po moich kompletnie „fonetycznych” studiach logopedycznych, odkrycie, że sformułowanie „produkcja dźwiękowa” zawiera aspekt motoryczny, a więc związany z mięśniami i przewodnictwem nerwowym, było jak, nomen omen, odkrycie Ameryki...

Przypominam sobie, że podczas pierwszego szkolenia z Renee Roy Hill (terapeutka związana z TALK TOOLS), koleżanka z doświadczeniem powiedziała „ale my to robimy” (rzecz dotyczyła stosowania guzików do poprawy funkcji warg), co jest dowodem, że pewien arsenał środków oczywiście był już stosowany przez logopedów. Nie chodzi jednak o samo stosowanie, jak mawiają nieprzekonani, gadżetów.

1. TEORETYCZNE PODSTAWY OPT

Źródłami OPT (*Oral Placement Therapy*) jest model terapii fonetycznej Van Ripera (którego większość logopedów w Polsce kojarzy jako autora licznych opracowań naukowych dotyczących jąkania) i idea feedbacku kinestetycznego Mysaka¹. Sara Rosenfeld Johnson, założycielka TALK TOOLS przyznaje się też do inspiracji teorią NDT. Natomiast w odniesieniu do terapii karmienia, która jest zarówno rozumiana jako zasób metod do wykorzystania przy wywoływaniu planów motorycznych, jak i autonomiczna terapia karmienia, mająca służyć samoobsłudze, OPT przywołuje badania M. Bahr i E. Thelen, wskazujące na używanie tych samych wzorców rozwojowych, szlaków neuronalnych i struktur anatomicznych dla mowy i karmienia.

Oczywiście żaden rozsądny logopeda nie będzie używał narzędzia do lateralizacji i pionizacji czubka języka podczas terapii z dzieckiem, które ma świadomość ruchu i pozycji.

1.1. ADRESAT TERAPII

Adresatami OPT są pacjenci, którzy nie odnoszą korzyści z tradycyjnej terapii, angażującej wzrok i słuch. Do takich pacjentów należą też dzieci, które mają zaburzoną świadomość kinestetyczną oraz nadwrażliwość. Dla nich warto spróbować OPT, ponieważ jest to kompletny system, wskazujący sposoby diagnozy, przedstawiający warsztat i model terapii, skierowanej na rozwijanie funkcji, rozumianej jako kombinację „gestów motorycznych” z feedbackiem dotykowo-kinestetycznym. W podejściu TALK TOOLS istnieje założenie, że te same struktury narządów mowy, które potrzebne są do wypowiedzenia wielu głosek, uczestniczą w ssaniu, utrzymywaniu zamknięcia warg podczas picia z butelki lub przez słomkę. OPT zajmuje się więc zarówno stroną ruchową wypowiadanych głosek, jak i spożywaniem pokarmów. Amerykanie twierdzą, że wczesna synergia motoryki mowy i takich aktywności, jak ssanie i żucie, umożliwia równoczesną interwencję

1 S. Rosenfeld Johnson, *Feeding and Speech Techniques for Teens and Adults*, TALK TOOLS, Charleston 2014, s. 11.

2 F. Redstone, *Effective SLP Interventions for Children with Cerebral Palsy*, NDT/Traditional/Eclectic, San Diego, CA 2014, s. 45.

na obu rodzajach aktywności³. Zatem wykonywanie masażu języka u niemowląt powinno wpłynąć na lepsze jego pozycjonowanie do wypowiadania głosek wysokich oraz wpłynąć na poprawę połykania. Z kolei przy sygmatyzmach związanych z asymetrią żuchwy warto stosować techniki wykorzystujące karmienie typu „slow feed”.

1.2. MODEL INTERWENCJI

W OPT istnieje sprawdzona sekwencja interwencji: ułatwiamy ruch dzięki narzędziom lub technikom typu PROMPT, wygaszamy dotyk, stosując podpowiedzi typu gest, i na koniec przekształcamy ruch w mowę lub umiejętność potrzebną do karmienia. Co jednak sprawia, że czujemy, że nasza mowa jest zrozumiała? To cały system sensoryczny, który daje nam zwrotną informację, a którego komponentami są słuch i wrażliwość dotykowa. Dlatego nie da się oddzielić czucia i ruchu lub inaczej mówiąc, sensory i motoryki. OPT jest kompletnym modelem diagnostyczno-terapeutycznym dzięki uwzględnieniu trzech krytycznych elementów ruchu: świadomości, ułożenia, odpowiedniej siły, wytrzymałości i pamięci mięśniowej i wreszcie czwartego – na samym czubku góry – albo produkcji dźwiękowej, albo oralnej fazy karmienia. Pamiętajmy też, że sztuka kierunkowego ruchu zarówno dla mowy, jak i karmienia, wymaga pamięci mięśniowej, czyli licznych powtórzeń. Dlatego to rodzic w domu wykonuje ćwiczenia terapeutyczne z dzieckiem. Niezwykle istotne jest, żeby zrozumiał nasze intencje i sens wykonywanych ćwiczeń oraz żeby dostał drobiazgowy plan terapii. Pamiętajmy też, że sztuka kierunkowego ruchu zarówno dla mowy, jak i karmienia wymaga pamięci mięśniowej, a więc powtórzeń. To rodzic w domu wykonuje całą terapię i ma znaczenie, żeby nas zrozumiał i żebyśmy napisali drobiazgowy plan. Dlatego TALK TOOLS pisze świetne instrukcje dla rodziców i całe książki wydaje dla nich, notabene w kilku językach, jest to *sui generis* „niewyjazdowy turnus”.

2. NA CZYM POLEGA ATRAKCYJNOŚĆ OPT?

W porównaniu z innymi metodami terapii logopedycznej Terapia Pozycji Oralnej jest atrakcyjna, bo narzędzia nie są tu rozumiane jak pluszowe zabawki, które dziecko może przytulić dla rozluźnienia i potem odstawić na półkę, ale wszystkie one mają swoją konkretną rolę na odpowiednim poziomie pracy, działań zaplanowanych i hierarchicznych. OPT zmusza logopedę do rozłożenia ruchu i sensoryki na części, dzięki czemu łatwiej zrozumieć, jaką dobrać słomkę czy tubkę żuchwową, czy zastosować flecik płaski czy z dzióbkiem, czy włączyć wibrację czy nie, czy tubka lub gryzak mają być fakturowane.

Zachęcam jako praktyk do stosowania najprostszych akcesoriów w terapii: słomek, flecików, guzików... Jako wykładowca widzę często zaskoczenie czy niedowierzanie w oczach studentów i praktyków – i to jest dla mnie prawdziwa nagroda. W gabinecie nagroda jest inna – rodzice dzieci z zespołem Downa czy z porażeniem mózgowym, dostając zupełnie nowe wskazówki, odkrywają nieznane wcześniej możliwości i nową energię. W dodatku ja sam, wyposażony w cały arsenał poważnej terapeutycznej broni, którą niedowiarkowie mogą traktować lekceważąco, mam komfort pracy. Pamiętajmy też, że w przypadku pacjentów, wykazujących *Oral Placement Disorders*, diagnoza często jest równoległa do terapii, tutaj te same narzędzia mają zastosowanie w jednym i drugim.

3. OPT – AKADEMICKA I UNIWERSALNA

Kilka lat temu modne było w edukacji słowo holistyczny. Każdy uczestnik polskich szkoleń z R. Roy-Hill czy L. Overland wie, że ma do czynienia nie tylko z wykwalifikowanymi logopedami, ale też z rehabilitantkami z certyfikatami NDT, TAMO czy PROMPT. W USA warsztaty z OPT objęte są programem punktowym i akredytowane przez ASHA (American Speech-Language-Hearing Association); tylko programy akredytowane przez ASHA uznawane są w USA za akademickie.

3 Ch.A. Moore, J.L. Ruark, *Does Speech Emerge from Earlier Appearing Oral Motor Behaviors?* „Journal of Speech, Language, and Hearing Research” October 1996, Vol. 39(5), s. 1034-1047.



Fotografia 1. Hierarchia flecików



Fotografia 2. Terapia z użyciem bloczków

PODSUMOWANIE

Kończąc rozważania dotyczące OPT, należy zauważyć, że jest czymś zupełnie oczywistym, że można korzystać z narzędzi OPT, nie stosując całego systemu oraz że 15 sekund i 25 powtórzeń policzone przez S. Rosenfeld Johnson nie muszą być kryteriami sukcesu. Można z powodzeniem indywidualnie dobrać wybrane narzędzie lub np. hierarchię flecików do zbudowania planu motorycznego w ćwiczeniach związanych z konkretną głóską.

Widać więc, że rehabilitacyjne podstawy metody i jej atrakcyjność, wynikająca z różnorodności narzędzi, przesądzają o jej funkcjonalności i uniwersalności. Trzeba dodać, że OPT rozpoznawana jest na całym świecie jako jedna z bardziej skutecznych metod, zwłaszcza w populacji osób dotkniętych zespołem Downa, apraxją mowy (kompletny program Renee Roy Hill) i porażeniem mózgowym. ■

BIBLIOGRAFIA

Moore Ch.A., Ruark J.L., *Does Speech Emerge from Earlier Appearing Oral Motor Behaviors?* "Journal of Speech, Language, and Hearing Research" October 1996, Vol. 39(5), s. 1034-1047.

Redstone F., *Effective SLP Interventions for Children with Cerebral Palsy*, NDT/Traditional/Eclectic, San Diego, CA 2014.

Rosenfeld Johnson S., *Feeding and Speech Techniques for Teens and Adults*, TALK TOOLS, Charleston 2014.

Notka o autorze

mgr Piotr Jaworski – polonista, logopeda z 20-letnim doświadczeniem, terapeuta Oral Placement Therapy na poziomie intermediate. Właściciel sklepu z pomocami logopedycznymi i do terapii karmienia. Członek Zarządu Polskiego Związku Logopedów w latach 2006-2009. Wykładowca na uczelniach prowadzących programy kształcenia logopedów WSB we Wrocławiu, Collegium Da Vinci w Poznaniu. Ekspert MEN na konferencjach dotyczących edukacji inkluzyjnej.

Diagnoza i terapia percepcji słuchowej u dzieci

STRESZCZENIE

Percepcja słuchowa jest procesem odbioru dźwięków, niezbędnym w rozwoju mowy dziecka. Artykuł przedstawia rolę percepcji słuchowej w całościowym rozwoju dziecka, zawiera informacje dotyczące diagnozowania oraz propozycje ćwiczeń przydatnych w profilaktyce i terapii logopedycznej.

WSTĘP

Trudności z utrzymaniem uwagi, obniżony poziom pamięci słuchowej, błędna interpretacja poleceń i pytań, mylenie słów o podobnym brzmieniu, trudności z nauką czytania i pisanja, kłopoty z różnicowaniem cech prozodycznych, problemy z nadążaniem za sekwencyjnymi poleceniami – wszystko to ma jeden wspólny mianownik, choć zakres tych trudności jest szeroki. Niektórzy twierdzą, że ich źródła należy szukać w zaburzeniach centralnego przetwarzania słuchowego, inni – że w dysleksji, jeszcze inni poszukują go w uwadze słuchowej. Wspólnym polem łączącym te wszystkie trudności, z którymi każdego dnia zmagają się dzieci w wieku przedszkolnym oraz szkolnym, jest percepcja słuchowa.

1. PERCEPCJA SŁUCHOWA – USTALENIA TERMINOLOGICZNE

Percepcja słuchowa jest procesem odbioru dźwięków, czyli ich rozpoznawania, różnicowania, łączenia, zapamiętywania, analizowania i syntetyzowania. Jej rozwój zależy od właściwego, prawidłowego dojrzewania układu nerwowego oraz oddziaływania środowiska, które dostarcza bodźców dźwiękowych i odpowiedzialne jest za stymulację dźwiękową.

Mianem percepcji słuchowej określa się wspólnie występujące obszary:

- słuch fizjologiczny, czyli możliwość odbioru bodźców akustycznych z otoczenia za pomocą narządu słuchu,
- słuch fonemowy (fonematyczny), czyli zdolność do identyfikowania i różnicowania wyróżnionych z potoku mowy głosek, a także umiejętność ich różnicowania, np. [b] – [p], [s] – [z], [f] – [h],
- analiza słuchowa, czyli umiejętność wyodrębniania z potoku mowy jej poszczególnych elementów: zdań, w zdaniach wyrazów, w wyrazach sylab, a w sylabach głosek z zachowaniem ich kolejności,
- synteza słuchowa, czyli umiejętność scalania głosek, sylab i wyrazów w określone, złożone struktury językowe – słowa, zdania, teksty,
- pamięć słuchowa – pamięć długości wyrazów (liczby sylab i głosek oraz ich kolejności w wyrazie) oraz zdolność zatrzymywania w pamięci ciągów wyrazów (np. dni tygodnia, nazwy miesięcy), zdań i tekstów (zapamiętywanie wierszy, piosenek)¹.

2. ROLA ROZWOJU SŁUCHU W ROZWOJU MOWY

Rozwój językowy następuje przez naśladowanie dźwięków otoczenia: pojedynczych dźwięków, sylab, później ich sekwencji, wyrazów. Bazą dla prawidłowego rozwoju mowy jest sprawnie funkcjonujący narząd słuchu.

Coraz częściej podkreśla się rolę rozwoju słuchu w okresie prenatalnym: reakcję na głos rodziców, dźwięki muzyki². Po narodzinach słuch pomaga w lokalizacji źródła dźwięku, stymuluje do wokalizacji (głuzenia) i naśladownictwa (gaworzenia), wreszcie rozwoju mowy. Poprzez słuch dziecko kontroluje również własną artykulację, różnicuje dźwięki podobne do siebie, nawet jeśli samodzielnie nie potrafi ich wymówić (Kajtek, 3 lata: *Ciociu, daj mi cołg*. Ciocia: *Jaki cołg?* Kajtek: *Powiedziałem! Nie cołg, tylko cołg!* [czołg]). Jeśli więc dziecko słyszy prawidłowo, ma wszelkie możliwości do tego, aby jego mowa rozwijała się właściwie. Jeśli nie słyszy, jego mowa nie będzie się rozwijać prawidłowo. Jeśli słyszy w ograniczony sposób, mowa (komunikacja i artykulacja) będzie rozwijała się wadliwie, a to będzie z kolei źródłem dodatkowych zaburzeń

1 <https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/132-p/1244-percepcja-sluchowa?highlight=WyJwZXJjZXBJamEiLCJzXHUwMTQydW-Nob3dcdTAXMDUiLCJwZXJjZXBJamEgc1x1MDE0MnVjaG93YSJd> [dostęp: 15.08.2019].

2 J. Cieszyńska, *Słuch*, Kraków 2018, s. 24-34.

rozwojowych, takich jak rozwój ruchowy (w przypadku jednostronnej głuchoty) lub trudności w nauce czytania i pisania³, będzie również przyczyną problemów emocjonalnych i społecznych.

3. DIAGNOZOWANIE ZABURZEŃ PERCEPCJI SŁUCHOWEJ

Diagnozę słuchu należy rozpocząć od wywiadu z rodzicem, w trakcie którego trzeba dokładnie dopytać o występowanie zaburzeń słuchu w rodzinie, wyniki przeprowadzanych dotychczas badań słuchu dziecka, a następnie wykluczyć możliwości zakłóceń słuchu pochodzenia fizjologicznego, takie jak częste infekcje górnych dróg oddechowych, problemy laryngologiczne (trzeci migdał, wysiękowe zapalenie ucha, zalegającą w przewodach słuchowych woskowinę).

Jak zbadać percepcję słuchową u dzieci? Na rynku jest kilka narzędzi diagnostycznych, które przeznaczone są do oceny percepcji słuchowej lub jej niektórych obszarów. Wśród testów standaryzowanych, odnoszących się do norm właściwych dla konkretnych grup wiekowych dzieci, należy wymienić *Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD* (zawiera obszar badania C. Reakcje słuchowe, dzięki któremu diagnosta ma możliwość oceny słuchu fizjologicznego, fonemowego, analizę i syntezę sylabową i głoskową słów oraz pamięć słuchową w oparciu o materiał wyrazowy i rymowanki). Drugim wystandaryzowanym narzędziem do oceny słuchowego różnicowania dźwięków mowy są *Karty Oceny Słuchu Fonemowego – KOSF*, przy pomocy których można dokładnie zdiagnozować umiejętność różnicowania i identyfikowania głosek w paronimach). W celu pogłębienia diagnozy (w przypadku osiągnięcia wyników poniżej norm), warto skonsultować dziecko z laryngologiem lub zasugerować rodzicom badanie słuchu (ABR dla młodszych dzieci i CAPD/APD dla starszych). W razie jakichkolwiek wątpliwości trzeba zaproponować rodzicowi konsultację laryngologiczną, wyjaśniając, że wizyta ta służy upewnieniu się, czy na pewno słuch dziecka funkcjonuje prawidłowo. W przypadku podejrzeń, że przyczyną zaburzeń percepcji słuchowej jest nieprawidłowość w ośrodkowym układzie nerwowym, warto wysłać dziecko na konsultację neurologiczną.

Należy podkreślić, że zaburzenia percepcji słuchowej mogą występować bez współtowarzyszących problemów neurologicznych czy laryngologicznych. Przeprowadzenie dokładnego badania percepcji słuchowej wraz z badaniem rozumienia i nadawania mowy, wykluczenie przyczyn fizjologicznych i neurologicznych oraz stworzenie kompletnego planu działania, będzie warunkowało skuteczną terapię.

4. RODZAJE ĆWICZEŃ WSPIERAJĄCYCH KSZTAŁTOWANIE PERCEPCJI SŁUCHOWEJ Z PRZYKŁADAMI

Prezentowane ćwiczenia przeznaczone są dla logopedów i terapeutów. Można wprowadzać je na każdym etapie rozwoju dziecka. Rodzaje ćwiczeń ujęte są w modelu rozwojowym, tzn. ćwiczenia na początku listy przeznaczone są dla najmłodszych. Im szybciej zagoszczą w repertuarze stałych aktywności, tym lepiej dla dzieci.

1. Ćwiczenia słuchowe:
 - lokalizowanie źródła dźwięku,
 - rozpoznawanie dźwięku z otoczenia (identyfikowanie dźwięku dzwonka z dzwonkiem itd.),
 - różnicowanie dźwięków z otoczenia (odróżnianie głosu mamy od głosu taty itd.),
 - dopasowywanie odgłosów zwierząt do ich ilustracji.
2. Ćwiczenia pamięci słuchowej:
 - odtworzenie dźwięków na instrumencie (tamburyno, grzechotka itd.),
 - powtórzenie dwóch i więcej słów,
 - zapamiętywanie prostych rymowanek, wierszyków, zabaw paluszkowych, wyliczanek.
3. Analiza i synteza sylabowa:
 - wysłuchiwanie sylab, łączenie ich w słowa,
 - wyklaskiwanie sylab,
 - określanie ilości sylab w słowie.
4. Różnicowanie i identyfikowanie słów, rymów:
 - dobieranie rymów w pary,
 - kończenie wersów rozpoczętych przez dorosłego,
 - wskazywanie, czy słowa brzmią tak samo, czy inaczej,
5. Analiza i synteza głoskowa:
 - wysłuchiwanie głosek, łączenie ich w słowa,
 - wydzielanie głosek na początku, na końcu lub w środku słowa,
 - gra w łańcuch wyrazowy.

³ Tamże, s. 45.

6. Analiza i synteza zdania:

- liczenie wszystkich słów w zdaniu,
- wysłuchiwanie, czy w zdaniu pojawia się określone słowo,
- wymyślanie zdań z określonym słowem.

7. Kształtowanie umiejętności czytania i pisanania.

8. Umiejętności metafonologiczne:

- rebusy wyrazowe,
- zabawy językowe.

Zaleca się, aby logopedzi i terapeuci tłumaczyli rodzicom swoich pacjentów celowość wykonywanych z dzieckiem ćwiczeń. Warto także zaprezentować je rodzicom i zachęcać ich do wykonywania ćwiczeń w domu. Oprócz podanych propozycji warto pamiętać o codziennej stymulacji słuchowej dziecka: wspólnym śpiewaniu piosenek, słuchaniu wierszyków i bajek (nie tylko przed snem), uczeniu się wyliczanek, rymowanek, odpowiadaniu na zagadki itd. Ćwiczenia z zakresu percepcji słuchowej powinny być stałym elementem terapii logopedycznej dzieci nie tylko z wadami wymowy, ale także z grupy ryzyka dysleksji, nadpobudliwych, z zaburzeniami koncentracji uwagi, opóźnionym rozwojem mowy, niedokształceniem mowy o typie afazji, alalią.

PODSUMOWANIE

Stymulacja słuchowa powinna być naturalnym, wpisanym w codzienność działaniem, które pomaga dziecku osiągać kolejne kompetencje. Naturalna ciekawość dziecka w połączeniu z zabawą dźwiękiem, muzyką i słowem stwarza optymalne warunki do kształtowania percepcji słuchowej. Ćwiczenia z zakresu percepcji słuchowej są nieodłącznym elementem terapii logopedycznej. Diagnozując zaburzenia słuchowe należy korzystać z różnych rodzajów stymulacji funkcji słuchowych, korzystając z etapów i kolejności ich wprowadzania adekwatnie do rozwoju dziecka. W przypadku dzieci z deficytami należy pamiętać o zindywidualizowaniu programu terapii do potrzeb dziecka, co można określić jedynie w drodze dogłębnej i rzetelnej diagnozy. To gwarantuje dalszy optymalny rozwój dziecka oraz jego sukces edukacyjny w przyszłości. ■

BIBLIOGRAFIA

Cieszyńska J., *Słuch*, Kraków 2018.

<https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/132-p/1244-percepcja-sluchowa?highlight=WyJwZXJjZXBjamE-iLCJzXHUwMTQydWNob3dcdTAxMDUiLCJwZXJjZXBjamEgc1x1MDE0MnVjaG93YSJd> [dostęp 15.08.2019].

Notka o autorce

mgr Karolina Spalek – absolwentka filologii polskiej (studia I i II stopnia) na Uniwersytecie Śląskim, logopeda i neurologopeda. Właścicielka gabinetów logopedycznych w Tarnowskich Górach. Zaangażowana w szerzenie świadomości na temat rozwoju mowy dzieci wśród rodziców i pedagogów w całym kraju. Współtworzy zespół redakcyjny portalu logopedycznego Logotorpeda.com. Prowadzi szkolenia z diagnozy i terapii słuchu fonemowego.

„Każdy ma coś, czego nie ma inny ktoś” – zaproszenie uczniów pełnosprawnych do świata ludzi niepełnosprawnych¹

Kiedy urodził się mój syn z trisomią 21, zwaną powszechnie zespołem Downa, jak wszyscy chyba, przyjęłam to z wielkim bólem i lękiem. Śmierć marzenia o zdrowym dziecku powoduje wielki żal, wręcz żalobę. Wydawało mi się, że świat wali mi się na głowę, a największe cierpienie sprawiała mi myśl, że moje najmłodsze dziecko nie będzie żyło tak, jak jego starsze rodzeństwo i że świat będzie go odrzucał. Ale gdy tylko udało mi się pogodzić z myślą, że już nic nie będzie takie samo, dotarło do mnie, że to, czy moje dziecko będzie szczęśliwe, zależy przede wszystkim ode mnie. Zrodziła się wtedy myśl, że muszę zrobić wszystko, co w mojej mocy, by nie tylko mojemu synowi pokazywać świat, ale by światu pokazać mojego syna, bo nie można nawiązać wzajemnej, satysfakcjonującej relacji, jeśli strony się nie znają.

Zazwyczaj zastanawiamy się, jak przygotować osoby niepełnosprawne do życia wśród ludzi pełnosprawnych. Rzadko zastanawiamy się, jak przygotować osoby pełnosprawne na przyjęcie do swego świata ludzi z niepełnosprawnością, a takie rozwiązanie wydaje się zupełnie naturalne i oczywiste. Jest ono związane z ideą inkluzji, mającej na celu podjęcie takich działań, które pozwolą na wtopienie się osoby niepełnosprawnej w społeczność lokalną, w której ta osoba żyje. Należy przy tym przystosować jej otoczenie, w tym szkoły, przedszkola, placówki kulturalne i sportowe, by mogła ona w nich dobrze funkcjonować. Cóż więc nam w tym przeszkadza?

To, czego nie znamy, budzi w nas lęk – to prawda oczywista. Lęk przed niepełnosprawnością, a zwłaszcza przed niepełnosprawnością intelektualną, ma to samo podłoże. Zwłaszcza, że niepełnosprawność intelektualna wydaje nam się najbardziej nieprzewidywalna ze wszystkich niepełnosprawności. A tymczasem nic bardziej mylnego – jest to świat bardzo prosty, którym kierują jasne reguły, w którym nie ma szarości i od którego wbrew pozorom możemy się wiele nauczyć. Co zatem zrobić, aby ten lęk pokonać? Moim zdaniem odpowiedź jest jedna – edukować na wszystkich poziomach, od małych dzieci po dorosłych. Choć osobiście jestem przekonana, że tę edukację najlepiej zaczynać na poziomie, na którym lęk jest najmniejszy albo go w ogóle nie ma, tzn. na poziomie przedszkolnym.

W swoim kilkuletnim doświadczeniu matki dziecka z trisomią 21 przekonałam się, że z największą otwartością moje dziecko było przyjmowane wśród małych dzieci, które nie bały się pytać o jego dysfunkcje, oraz przyjmowały moje wyjaśnienia, tak jak przyjmują cały świat, czyli jako coś oczywistego, mimo że niekiedy ze zdziwieniem, a następnie próbowały wejść z moim synem w interakcje. Często z powodzeniem.

Od 2010 r. jako Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „Wielkie serce” w ramach różnego rodzaju kampanii i projektów, promujących ideę integracji i włączania osób z zespołem Downa w życie społeczne, prowadziliśmy warsztaty, przygotowujące osoby pełnosprawne do kontaktu z dziećmi z trisomią. Zajęcia prowadziliśmy wśród studentów bielskich uczelni, uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, a ostatnio także w przedszkolach, oczywiście w sposób dostosowany do poziomu percepcji danej grupy. Ostatnio na prośbę dyrekcji prowadziliśmy takie warsztaty w Szkole Specjalnej w klasach dla młodzieży z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Z naszych doświadczeń wynika, że im odbiorcy warsztatów są młodszy, tym łatwiej im pokonać wyobrażenia i stereotypy na temat osób z zespołem Downa, a tym samym łatwiej wypracować postawę akceptacji i zrozumienia dla niepełnosprawności. A stereotypy te, jak się przekonałam, istnieją nawet wśród osób z niepełnosprawnościami, w tym niepełnosprawnością intelektualną. Po raz pierwszy miałam okazję odczuć rolę stereotypu w odbiorze osoby z zespołem Downa, gdy moje dziecko poszło do przedszkola integracyjnego. 3-letnie dzieci nie zauważały różnic między sobą a moim synem i jego kolegą z trisomią 21. Pytania zaczęły się pojawiać mniej więcej na poziomie 5-latków i moim zdaniem jest to właśnie ten czas, w którym w sposób jak najbardziej przystępny, a jednocześnie ciekawy, można zacząć przedstawiać dzieciom świat ludzi niepełnosprawnych.

¹ Artykuł jest częścią artykułu zamieszczonego w Materiałach Szkoleniowych z II Śląskiego Kongresu Oświaty – M. Martyniak, *Każdy ma coś, czego nie ma inny ktoś – zaproszenie uczniów pełnosprawnych do świata ludzi niepełnosprawnych* [w:] *II Śląski Kongres Oświaty. Materiały szkoleniowe*, Katowice 2014, s. 16-20; został uzupełniony o doświadczenia z przeprowadzanych w latach 2014-2019 warsztatów w szkołach różnego typu.

Na bazie doświadczeń zebranych podczas warsztatów i spotkań z dziećmi powstała książeczka pod tytułem *Każdy ma coś, czego nie ma inny ktoś*², z pięknymi ilustracjami autorstwa Anny Smak-Drewniak. Publikacja jest skierowana do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, a opowiada o moim synu – wówczas 6-letnim Kostku z zespołem Downa i jego przyjaciółach. W sposób możliwie najprostszy tłumaczymy tam dzieciom, co to jest zespół Downa. Książeczka ta została tak skonstruowana, by stała się zaproszeniem dla dzieci pełnosprawnych do wejścia w świat dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Zwłaszcza że jest to rodzaj niepełnosprawności, który dzieciom jest najmniej znany i przez to niezrozumiały. Pamiętam, że kiedy w ramach jednego z projektów ogłosiliśmy konkurs rysunkowy dla dzieci w młodszym wieku szkolnym pt. „Mój niepełnosprawny kolega”, to nadesłane prace w większości przedstawiały ludzi z niepełnosprawnością ruchową, sporadycznie były tam osoby niewidome i tylko na jednej pracy można było zauważyć dziecko ze skośnymi oczami, które prawdopodobnie miało przedstawiać dziecko z zespołem Downa podczas zabawy z rówieśnikami. Zdaję sobie sprawę, że niepełnosprawność ruchową najłatwiej przedstawić w formie rysunkowej, jest ona też najbardziej rozpoznawalna i jednocześnie najbardziej zrozumiała dla dzieci pełnosprawnych, a przy tym najczęściej omawiana podczas edukacji szkolnej. Tym bardziej zasadne wydaje mi się pokazywanie dzieciom pełnosprawnym świata dzieci z autyzmem, z zespołem Downa czy też innego rodzaju niepełnosprawnościami, skutkującymi upośledzeniem umysłowym w różnym stopniu. Warto to robić po to, by rosnąc, dzieci te nie dały się wbić w schematy myślowe, z którymi często spotykam się wśród ludzi dorosłych. Aby tak było, konieczne jest, aby z wiekiem stało się możliwe kontynuowanie różnego rodzaju zajęć edukacyjnych, mających na celu poszerzenie wiedzy na temat niepełnosprawności, jednocześnie pogłębione o konkretne spotkania czy wspólne imprezy integracyjne, które zmniejszają dystans i pozwalają poznać osoby niepełnosprawne. Należy przy tym pamiętać, że kontakt dzieci pełnosprawnych z niepełnosprawnymi, bez wcześniejszego przygotowania tych pierwszych, jest obciążony ryzykiem odrzucenia dziecka niepełnosprawnego i wzbudzenia jeszcze większego lęku w dziecku pełnosprawnym.

W jaki więc sposób przygotowywać dzieci i młodzież do kontaktu z osobami niepełnosprawnymi? Bez względu na wiek odbiorcy proponuję podobny schemat z naprzemiennym wykorzystaniem metod podających, eksponujących, aktywizujących i praktycznych:

- rozpoczynamy od rozmowy o różnicach między ludźmi, o tym, co ich wyróżnia, ale też stygmatyzuje, zastanawiamy się, z czego wynikają ewentualne różnice w postrzeganiu ludzi;
- następnie czytamy książeczkę bądź przedstawiamy krótką prezentację z informacjami na temat zespołu Downa, lub przygotowany materiał filmowy, dotyczący omawianego problemu;
- omawiamy temat;
- proponujemy udział w zajęciach praktycznych, pozwalających odczuć trudności, które przeżywają osoby niepełnosprawne, w zależności od rodzaju niepełnosprawności;
- odpowiadamy na wszystkie pojawiające się pytania i wątpliwości, zastanawiamy się nad tym, jakie wartości w nasze życie może wnieść osoba niepełnosprawna, czego możemy się od niej nauczyć, ale też, co możemy dać jej od siebie, w jaki sposób nasze życie może się wzajemnie przenikać;
- ostatnim etapem jest stworzenie możliwości wchodzenia w relacje z osobami niepełnosprawnymi bez lęku i z otwartością.

Pragnę przy okazji podkreślić, że w stowarzyszeniu mamy taki zwyczaj, że nie wychodzimy z dziećmi niepełnosprawnymi na imprezy integracyjne i nie zapraszamy na nasze imprezy czy integracyjne zajęcia grupowe dzieci pełnosprawnych, które wcześniej nie były do tego przygotowane. Dlatego takie wspólne spotkania zawsze były poprzedzone warsztatami o niepełnosprawności, które przyjmowano z autentycznym zainteresowaniem, bez względu na wiek uczestników zajęć. Działania te skutkowały okazywaną później naszym dzieciom sympatią i akceptacją, a młodzież często była zainteresowana udziałem w wolontariacie stowarzyszenia.

Jestem przekonana, że odpowiednia polityka edukacyjna, pozwalająca jak najwcześniej przygotować dzieci pełnosprawne na obecność w ich życiu dzieci niepełnosprawnych, sprawi, że uda nam się stworzyć warunki korzystne dla rozwoju jednych i drugich, pozwalające przy tym wykorzystać potencjał, jaki niosą ze sobą osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Aby to jednak osiągnąć, konieczne jest też odpowiednie przygotowanie i dobra wola nauczycieli pracujących z dziećmi. Dlatego w naszym stowarzyszeniu prowadzimy także szkolenia dla osób, które pragną tak jak my, zapraszać dzieci pełnosprawne do świata dzieci niepełnosprawnych.

„KAŻDY MA COŚ, CZEGO NIE MA INNY KTOŚ”

KONSPEKT WARSZTATÓW DLA DZIECI W WIEKU OD 5 DO 8 LAT,
PRZYGOTOWUJĄCYCH DO KONTAKTU Z OSOBAMI Z TRISOMIĄ 21

2 M. Martyniak, *Każdy ma coś, czego nie ma inny ktoś*, Gliwice 2014.

CELE:

- przekazanie wiedzy o tym, czym jest trisomia 21, zwana zespołem Downa,
- omówienie sposobu funkcjonowania i możliwości dzieci z trisomią 21,
- zwrócenie uwagi na ich pozytywne cechy,
- próba praktycznego doświadczenia przez dziecko pełnosprawne ograniczeń płynących z niepełnosprawności,
- budowanie postawy życzliwości i akceptacji wobec dzieci z trisomią 21.

METODY:

- opowiadanie,
- pogadanka,
- wyjaśnienie,
- inscenizacja,
- ćwiczenia praktyczne.

MATERIAŁY:

- książeczka „Każdy ma coś, czego nie ma inny ktoś”,
- rękawiczki zimowe z palcami,
- układanki, kilkuczęściowe puzzle,
- kartki z bloku rysunkowego i mazaki,
- nożyczki i kartki papieru,
- buty ze sznurówkami lub tzw. wyszywanki bez igły,
- buteleczki plastikowe i kulki szklane,
- cukrowe pianki marshmallow.

PRZEBIEG ZAJĘĆ:

1. Rozmowa o tym, czym ludzie różnią się między sobą, a w czym są podobni do siebie. Należy zwrócić uwagę zarówno na cechy fizyczne, jak również różnice w zachowaniu, sposobie komunikowania się, upodobaniach.
2. Zaproszenie do wysłuchania opowieści o tym, jak można się różnić i co z tego wynika.
3. Czytanie przez nauczyciela książeczki pt. Każdy ma coś, czego nie ma inny ktoś.
4. Omówienie książeczki. Kto jest bohaterem książki? Jak wygląda i jakie ma cechy? Czy ma kolegów i jak przyjmują go jego koledzy? Co sprawia mu trudność i dlaczego? Na czym polega jego niepełnosprawność?
5. Naprowadzenie dzieci na następujące wnioski: Kostek ma trudności w samodzielnym jedzeniu, w szybkim uczeniu się, mówieniu, poruszaniu się, wycinaniu itd., bywa uparty i lubi rządzić, ale mimo to jest lubiany przez kolegów, którzy mogą nauczyć się od niego życzliwości dla innych, chęci pomagania, a jego niepełnosprawność nie jest jego winą – tak się po prostu zdarza.
6. Pytanie o to, która scena z książeczki dzieciom się podobała; propozycja, by spróbowały wspólnie ten fragment zainscenizować.
7. Ćwiczenia w formie zabawy.

Prosimy dzieci, by dobrały się parami. W każdej parze jedno dziecko otrzymuje 3 pianki cukrowe, które ma za zadanie umieścić w ustach (w obydwu policzkach i na języku). Następnie prosimy, by dzieci porozmawiały np. o tym, co zamierzają robić po lekcjach. Po kilku minutach takiej rozmowy (której zazwyczaj towarzyszy dużo śmiechu) dzieci proszone są o podzielenie się swoimi wrażeniami.

Omówienie ćwiczenia: pytamy dzieci, czy łatwo im się rozmawiało, czy się dobrze rozumiały, co stanowiło dla nich największą trudność, jak się czuły podczas tej rozmowy (warto zwrócić uwagę osobno na odczucia dziecka, które miało pianki w ustach). Wspólnie zastanawiamy się, co może pomóc w sytuacji, gdy jedno z dzieci mówi niewyraźnie i z trudnością.

Dzieci zakładają przyniesione ze sobą zimowe rękawiczki, następnie pani rozdaje przygotowane wcześniej materiały z instrukcją, co dzieci mają z nimi robić, ale nie mówi, czemu to ma służyć. Dzieci pracują w kiluosobowych grupkach. Pierwsza grupka otrzymuje do układania puzzle. Druga dostaje kartki, po których dzieci mają pisać mazakami. Trzecia ma za zadanie nawlekać sznurówki w butach lub „wyszywać bez igły”. Czwarta uczy się posługiwać nożyczkami, ma wycinać proste wzory geometryczne narysowane na kartce. Piąta powinna wrzucać szklane kulki do plastikowych butelek. Wszystkie te zadania należy wykonać w rękawiczkach. Proponuję, by nauczyciel również dla siebie przygotował rękawice (najlepiej grube – robocze) i sam też próbował z dziećmi wykonać poszczególne ćwiczenia.

Omówienie ćwiczeń: Czy łatwo było wykonać poleczone zadania? Czasem dzieci mówią, że łatwo, wówczas należy dodać pytanie, czy łatwiej te ćwiczenia wykonać w rękawiczkach czy bez nich. Zazwyczaj dzieci dochodzą do wniosku, że trudniej jest w rękawiczkach. Wówczas możemy już wytłumaczyć dzieciom, że tak właśnie, jak one w rękawiczkach, czują się dzieci z trisomią, gdy muszą wykonać takie zadania bez rękawiczek i że nie wynika to z ich ignorancji czy lenistwa, ale powodem jest ten jeden mały dodatkowy chromosom, przez który jest im po prostu trudniej.

8. Zastanowienie się, w jakich sytuacjach i w jaki sposób dzieci mogą pomóc swoim niepełnosprawnym kolegom, by było im łatwiej. Uwrażliwienie dzieci na fakt, że pomagać to nie znaczy wyręczać, ale wspierać. ■

BIBLIOGRAFIA

Martyniak M., *Każdy ma coś, czego nie ma inny ktoś*, Gliwice 2014.

Martyniak M., *Każdy na coś, czego nie ma inny ktoś – zaproszenie uczniów pełnosprawnych do świata ludzi niepełnosprawnych* [w:] *II Śląski Kongres Oświaty. Materiały szkoleniowe*, Katowice 2014, s. 16-20.

Notka o autorce

mgr Małgorzata Martyniak – pedagog opiekuńczo-wychowawczy, specjalista psychokorekcji zaburzeń zachowania dzieci i młodzieży. Posiada kwalifikacje do pracy z dziećmi i ich rodzinami. Przez wiele lat pracowała z dziećmi i młodzieżą w świetlicy socjoterapeutycznej na osiedlu socjalnym w Bielsku-Białej. W latach 2010-2019 prowadziła prelekcje w szkołach średnich i gimnazjalnych na temat zespołu Downa oraz warsztaty w szkołach podstawowych, przygotowujące dzieci do kontaktu z dziećmi z ZD oraz warsztaty pt. „Zaproszenie uczniów pełnosprawnych do świata niepełnosprawnych, czyli jak rozmawiać z uczniami pełnosprawnymi nt. niepełnosprawności” podczas II Śląskiego Kongresu Oświaty w Katowicach. Autorka książeczki dla dzieci *Każdy ma coś, czego nie ma inny ktoś*. Matka 11-letniego chłopca z trisomią 21. Prezes Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „Wielkie serce”.

„Nasze rodzeństwo gra w jednym zespole”, czyli jak pracować z rodzeństwem dzieci z niepełnosprawnością na podstawie autorskiego programu wsparcia rodzeństwa dzieci z trisomią 21

WSTĘP

Pojawienie się niepełnosprawnego dziecka w rodzinie jest wyzwaniem dla wszystkich jej członków. Radosne i trudne chwile przeżywają nie tylko jego rodzice, ale także rodzeństwo. Nierzadko niepełnosprawny brat lub siostra skupiają całą uwagę rodziców, dziadków, krewnych, którzy są zmuszeni do przeorganizowania swojego dotychczasowego sposobu funkcjonowania, tak aby odnaleźć się w nowej sytuacji. Niestety, podczas przechodzenia przez kolejne fazy przystosowania się do faktu niepełnosprawności dziecka, rodzice nie zawsze poświęcają wystarczającą uwagę pełnosprawnemu rodzeństwu. Tymczasem czas i wsparcie rodziców są im wyjątkowo potrzebne. U zdrowych dzieci pojawiają się różnorodne emocje, których często nie potrafią nazwać, co dodatkowo zwiększa ich intensywność. Mogą odczuwać strach, lęk, niepewność, niezrozumienie nowej sytuacji. W ciągu kształtowania się relacji rodzeństwa pełnosprawnego z niepełnosprawnym doświadczane uczucia zmieniają się, ewoluują, stąd niezwykle istotne wydaje się pokazywanie dzieciom, jak mówić o emocjach, jak je wyrażać i radzić sobie z nimi. Konieczna jest także edukacja zdrowego rodzeństwa, obejmująca zagadnienia niepełnosprawności brata lub siostry. Rodzice nie powinni zapominać o szczerzej rozmowie z dziećmi o tym, co się wydarzyło oraz jak teraz będzie wyglądało życie ich rodziny.

Mimo ciągłego rozwoju nauk psychologicznych i pedagogicznych kwestia rodzeństwa dzieci z niepełnosprawnością jest marginalizowana. W Polsce wydano niewiele publikacji, które w sposób kompleksowy opisywałyby to zagadnienie, a dostęp czy nawet możliwość znalezienia informacji o nich są ograniczone. Niemniej jednak osoby zainteresowane tematem mają możliwość sięgnięcia do takich pozycji, jak: *Rodzeństwo Osób z Niepełnosprawnością* (wyd. Stowarzyszenie Bardziej Kochani) i *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*¹.

1. AUTORSKI PROGRAM WARSZTATÓW „NASZE RODZEŃSTWO GRA W JEDNYM ZESPOLE”

Wychodząc naprzeciw potrzebom rodzeństwa dzieci z niepełnosprawnością oraz motywując się chęcią wsparcia ich rodziców, przygotowaliśmy i przeprowadziliśmy autorski program pt. „Nasze rodzeństwo gra w jednym zespole”. Powstał on z myślą o pełnosprawnych dzieciach i nastolatkach, posiadających rodzeństwo z zespołem Downa. Program stanowi cykl siedmiu półtoragodzinnych spotkań, organizowanych raz w miesiącu. Należą do nich: warsztaty integracyjne, zajęcia „moje emocje”, „moja rodzina”, „każdy ma coś”, „moje super moce”, warsztaty podsumowujące, spotkanie z rodzicami. Podczas programu realizowane są następujące cele:

- integracja grupy,
- uzyskanie wsparcia społecznego,
- nabycie umiejętności rozpoznawania oraz nazywania swoich i cudzych emocji,
- opanowanie zdolności radzenia sobie z trudnymi emocjami (złością, smutkiem, lękiem),
- zwiększenie świadomości dotyczącej funkcjonowania swojej rodziny i relacji między jej członkami,
- wzbogacenie wiedzy na temat zespołu Downa, wymiana doświadczeń,
- zidentyfikowanie swoich mocnych i słabszych stron,
- wzmocnienie wiary we własne możliwości, poczucia pewności siebie i własnej wartości,
- zwiększenie samoświadomości,
- nauka identyfikowania własnych potrzeb,
- nauka poszanowania własnych i cudzych granic,

¹ A. Żyta i in., *Rodzeństwo osób z niepełnosprawnością*, Warszawa 2013; E. Pisula, *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa 2007.

- kształtowanie empatii,
- wsparcie rodziców dzieci z niepełnosprawnością,
- zwrócenie uwagi na potrzeby dzieci mających niepełnosprawne rodzeństwo.

1.1. PRZEBIEG WARSZTATÓW

W 2018 r. realizowaliśmy powyższe warsztaty dla dwóch grup. Pierwsza grupa obejmowała sześcioro dzieci w wieku od 5. do 7. lat, natomiast druga – czterech nastolatków od 11. do 16. roku życia. Spotykaliśmy się cyklicznie, raz w miesiącu. Metody i sposoby prowadzenia warsztatów modyfikowaliśmy na bieżąco, dostosowując je do wieku i możliwości odbiorców.

Pierwsze warsztaty miały na celu integrację grupy. Na drugim spotkaniu poruszyliśmy temat emocji. Kolejne zajęcia miały na celu zachęcenie uczestników do przyglądnięcia się swojej rodzinie i relacjom łączącym jej członków. Następnie rozmawialiśmy na temat niepełnosprawności rodzeństwa naszych odbiorców – zespołu Downa. Podczas piątego spotkania uczestnicy mogli zidentyfikować swoje mocne strony, talenty oraz obszary, nad którymi muszą jeszcze popracować. Szóste zajęcia były naszymi ostatnimi warsztatami, w trakcie których podsumowaliśmy dotychczasową pracę, rozmawialiśmy o marzeniach i przyszłości. Siódme spotkanie odbyło się już z rodzicami. Wówczas miałyśmy możliwość podzielenia się spostrzeżeniami na temat dzieci, udzielenia wskazówek i zwrócenia uwagi na emocje ich podopiecznych.

Po sześciu miesiącach prowadzenia cyklu spotkań dla rodzeństwa dzieci z niepełnosprawnością zauważyliśmy w obu grupach znaczący wzrost pewności siebie uczestników, większą otwartość i łatwość rozmawiania na różne tematy oraz wymieniania się doświadczeniami. Młodsze dzieci z każdym spotkaniem chętniej przychodziły na warsztaty, pytały o nie rodziców, wykazywały spore zainteresowanie poruszonymi treściami. Częściej mówiły o swoich emocjach, zaczęły je otwarcie nazywać. Uzyskały wsparcie od nas (prowadzących) oraz siebie nawzajem. Wielokrotnie zgłaszały, że dobrze czują się w naszej grupie. Dzięki stworzeniu odpowiedniej atmosfery pełnej szacunku, tolerancji, poczucia bezpieczeństwa i poszanowania uczuć drugiej osoby, dzieci zyskały przestrzeń do bycia sobą oraz wyrażania swoich emocji. Otrzymywały naszą uwagę, ale też nauczyły się ją dzielić z innymi. Młodzi uczestnicy poszerzyli swoją wiedzę na temat zespołu Downa oraz wymienili się zabawnymi i trudnymi sytuacjami związanymi z problemami ich rodzeństwa. Uczestnicy drugiej grupy mniej chętnie uczestniczyli w spotkaniach, być może dlatego, że wcześniej wielokrotnie już poruszali powyższe zagadnienia. Jednakże podczas zajęć odznaczali się dużym zainteresowaniem i otwartością wobec poruszanych tematów. Zaobserwowaliśmy, że chętniej zaczęli rozmawiać o swoich emocjach i doświadczeniach związanych z niepełnosprawnością rodzeństwa. Z każdym spotkaniem coraz częściej sami inicjowali dyskusję na ważne dla siebie tematy i otwarcie dzielili się swoimi spostrzeżeniami, obawami i pozytywnymi przeżyciami.

2. KORZYŚCI Z UCZESTNICZENIA W WARSZTATACH

Realizacja programu „Nasze rodzeństwo gra w jednym zespole” przynosi korzyści zarówno dzieciom, jak i ich rodzicom. Stanowi wstęp do rozmowy rodziców z dziećmi na liczne tematy. Kolejne spotkania pozwalają przepracować nowe zagadnienia. Warsztaty te mogą być wskazówką dla rodziców, jak wspierać dzieci, towarzyszyć im w trudnych momentach i na co zwracać uwagę. W kolejnych edycjach warto rozważyć cykl cotygodniowych spotkań z mniejszymi dziećmi, aby bardziej utrwalić ćwiczone umiejętności i efektywniej wspierać ich rodziców.

PODSUMOWANIE

Przeprowadzenie autorskiego programu „Nasze rodzeństwo gra w jednym zespole” umożliwiło nam poznanie wewnętrznego świata dzieci posiadających niepełnosprawne rodzeństwo. To było niezwykle cenne doświadczenie, dzięki któremu nie tylko mogłyśmy wesprzeć naszych uczestników, ale także wiele nauczyć się od nich. Zaobserwowaliśmy u nich dużą otwartość na nowe osoby, empatię, wrażliwość, wyrozumiałość i tolerancję. Dzieci i nastolatki posiadali dużą wiedzę na temat zespołu Downa i chętnie dzielili się nią między sobą. Często przywoływali zabawne historie i pozytywne doświadczenia łączące ich z niepełnosprawnym bratem lub siostrą. Odznaczali się dużą dojrzałością i chęcią pomocy innym.

Warto pamiętać, że dla prawidłowego rozwoju dziecka niezwykle istotne jest budowanie z nim pozytywnej relacji, opartej na bezwarunkowej akceptacji, miłości i otwartości na jego potrzeby. Aby to osiągnąć, warto wczuć się w sytuację dziecka i spojrzeć na świat jego oczami. W tym celu pomocna może okazać się szczerza rozmowa, pomoc w nazywaniu emocji dziecka, przyczyn ich powstawania i radzenia sobie z nimi. Nie należy oceniać dziecka, trzeba zwracać uwagę na jego zachowania i uczyć akceptowanych społecznie sposobów wyrażania siebie i swoich potrzeb. Organizowanie grup wsparcia czy warsztatów dla rodziców i rodzeństwa dzieci z niepełnosprawnościami jest bardzo ważne, gdyż pozwala zredukować lęk związany z codziennymi trudnościami, uzyskać potrzebne wsparcie i obiektywne spojrzenie na doświadczaną sytuację. ■

BIBLIOGRAFIA

- Pisula E., *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa 2007.
Żyta A. i in., *Rodzeństwo osób z niepełnosprawnością*, Warszawa 2013.

Notka o autorkach

mgr Dominika Szewieczek-Smreczak – absolwentka Uniwersytetu Śląskiego. W 2016 r. ukończyła psychologię, specjalizacja: psychologia wychowawczo-kliniczna dzieci i młodzieży oraz psychologia kliniczna człowieka dorosłego. Skończyła kurs kwalifikacyjny z zakresu diagnozy i terapii całościowych zaburzeń rozwojowych oraz liczne szkolenia, m.in. szkolenie przygotowujące do prowadzenia warsztatów umiejętności wychowawczych dla rodziców, nauczycieli i wychowawców według programu Szkoła dla rodziców i wychowawców cz. I. oraz szkolenie z zakresu stosowania metod „Dam Radę!” oraz „Jestem z Ciebie dumny”. Po studiach pracowała jako asystent na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego. Aktualnie – psycholog w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Czechowicach-Dziedzicach oraz psycholog w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Bestwince. Współautorka i realizatorka programu wsparcia rodzeństwa dzieci z trisomią 21, realizowanego w Stowarzyszeniu Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa.

Michalina Martyniak – w 2017 r. ukończyła oligofrenopedagogikę na Uniwersytecie Pedagogicznym im. KEN w Krakowie, po czym rozpoczęła studia magisterskie na kierunku surdopedagogika z arteterapią na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach. Od 10 lat jest wolontariuszką Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „Wielkie serce”. Współautorka i realizatorka programu wsparcia rodzeństwa dzieci z trisomią 21, realizowanego w Stowarzyszeniu Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa. Jest siostrą 11-letniego chłopca z zespołem Downa.

Profesjonalny wibrator logopedyczny NOVAFON® do Twojego gabinetu:



- 6 cm głębokości bodźca
- przełącznik 100/50 Hz z płynną regulacją
- wibracje pionowe
- specjalnie zaprojektowane szpatułki do masażu i stymulacji intraoralnej.

Badania potwierdzają skuteczność urządzenia NOVAFON® w:

- spastyczności
- terapii głosu
- stymulacji sensorycznej
- rehabilitacji neuromuskularnej
- porażeniach nerwów



WYPRÓBUJ PRZED ZAKUPEM!

tel. 797171989

email: pjtherapeutic@gmail.com

www.wibratorylogopedyczne.pl