



Ewa Gacka

<https://orcid.org/0000-0002-1873-7487>

e-mail: ewa.gacka@uni.lodz.pl

Uniwersytet Łódzki, Polska

Profilaktyka zaburzeń rozwoju mowy dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi

Prevention of Speech Development Disorders in Children with Periventricular Hemorrhage

KEYWORDS ABSTRACT

periventricular hemorrhage, speech development, speech disorders, speech therapy prevention, monitoring of speech development

The aim of the article is to present and evaluate activities in the field of speech therapy prevention aimed at children with periventricular haemorrhages (PVH/IVH). This bleeding is one type of perinatal complications that increase the risk of developmental disorders, including speech development disorders. The research aimed to answer the following questions: 1) What speech therapy prevention measures are taken for children with PVH/IVH? 2) Can these measures be considered sufficient? If not, what are the reasons for this state of affairs? The identification of preventive measures was part of a larger research project devoted to the analysis of speech development disorders in children with periventricular haemorrhages, the results of which were published in a separate publication. The assessment of preventive measures was based on the opinions of parents of 37 children with PVH/IVH and the interpretation of data from patient records. The study found that none of the 37 children with PVH/IVH had undergone a speech and language assessment in the neonatal ward. Only 2 children (5%) were referred to a speech and language therapy clinic by a neonatologist, whilst 48.6% of children had undergone a speech and language therapy consultation by the age of 3, in contrast, speech disorders (of various nature) were diagnosed in 89.1% of children, and those abnormalities that can be directly attributed to PVH/IVH were found in almost 46%. All surveyed parents admitted that they were unaware of the need for regular speech and language therapy consultations for their children. The research results confirm the lack

of systemic solutions in the field of speech therapy care for patients with PVH/IVH, therefore it is recommended to introduce mandatory speech therapy tests that all children at risk of speech disorders should undergo in the first year of life. Since there are no reports in the Polish-language literature on the subject, the conducted research fills a gap in this area.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

krwawienia okołodokomorowe, rozwój mowy, zaburzenia mowy, profilaktyka logopedyczna, monitorowanie rozwoju mowy

Celem artykułu jest prezentacja i ocena działań z zakresu profilaktyki logopedycznej skierowanej na dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi (PVH/IVH). Krwawienia te stanowią jeden z rodzajów powikłań okołoporodowych, zwiększających ryzyko zaburzeń w rozwoju, w tym zaburzeń rozwoju mowy. Badania miały odpowiedzieć na pytania: 1) Jakie działania z zakresu profilaktyki logopedycznej są podejmowane wobec dzieci z PVH/IVH? 2) Czy działania te można uznać za wystarczające? Jeżeli nie, jakie są tego przyczyny? Rozpoznanie działań profilaktycznych stanowiło część większego projektu badawczego poświęconego analizie zaburzeń rozwoju mowy u dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi, których wyniki zamieszczono w oddzielnej publikacji. Oceny działań profilaktycznych dokonano na podstawie opinii rodziców 37 dzieci z PVH/IVH oraz interpretacji danych z dokumentacji pacjentów. Badania wykazały, że żadne z 37 dzieci z PVH/IVH nie przeszło oceny logopedycznej na oddziale neonatologicznym. Tylko 2 dzieci (5%) zostało skierowanych do poradni logopedycznej przez neonatologa, a konsultację logopedyczną do 3. roku życia przeszło 48,6% dzieci, natomiast zaburzenia mowy (o różnym charakterze) zdiagnozowano u 89,1% dzieci, a te nieprawidłowości, które można bezpośrednio traktować jako konsekwencję PVH/IVH, u prawie 46%. Wszyscy badani rodzice przyznali, że nie mieli świadomości potrzeby cyklicznych konsultacji logopedycznych swoich dzieci. Wyniki badań potwierdzają brak rozwiązań systemowych w zakresie opieki logopedycznej nad pacjentami z PVH/IVH, dlatego rekomenduje się wprowadzenie obligatoryjnych badań logopedycznych, które powinny przejść wszystkie dzieci z grup ryzyka zaburzeń mowy w pierwszym roku życia. Ponieważ w polskojęzycznej literaturze przedmiotu brak doniesień poświęconych omawianej problematyce przeprowadzone badania uzupełniają lukę w tym zakresie.

Wprowadzenie

We współczesnym świecie coraz większe znaczenie przypisuje się działaniom z zakresu profilaktyki. Określenie, które początkowo funkcjonowało w medycynie, z czasem przeniknęło także do innych obszarów życia, stało się przedmiotem rozważań różnych nauk, m.in. polityki społecznej, socjologii, pedagogiki, psychologii, prawa (Skorek, 2017). Każda odmiana profilaktyki, niezależnie od fragmentu rzeczywistości, do której się odnosi, dąży do utrzymania pożądanego stanu rzeczy i niedopuszczenia do rozwoju stanów niechcianych, niekorzystnych, szkodliwych (Pytka, 1993).

Potwierdzeniem rosnącej roli profilaktyki w ochronie zdrowia było wprowadzenie do katalogu zawodów medycznych nowej pozycji – profesji profilaktyka. Stało się to na mocy Ustawy o niektórych zawodach medycznych z 17 sierpnia 2023 r. W szczegółowym wykazie czynności zawodowych profilaktyka znalazły się między innymi: działania edukacyjne dla różnych grup społecznych, promocja zdrowia, analiza czynników ryzyka wystąpienia problemów zdrowotnych, identyfikowanie zagrożeń dla zdrowia populacji, ocena potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz ich oczekiwań, planowanie i organizacja badań przesiewowych, programów profilaktycznych czy szczepeń ochronnych, a także współpraca z innymi osobami wykonującymi zawody medyczne.

Także w logopedii podkreśla się znaczenie profilaktyki, choć nie zawsze to, co obecne w sferze deklaracji, znajduje odbicie w rzeczywistych przedsięwzięciach. Termin „profilaktyka logopedyczna” oznacza „całokształt form organizacyjnych, treści, metod, zasad i środków tworzących spójną strukturę służącą do zapobiegania – po pierwsze zaburzonej zdolności komunikacyjnej człowieka uwarunkowanej biologicznie i/lub środowiskowo oraz po drugie – skutkom zaburzonej zdolności komunikacyjnej dla funkcjonowania człowieka” (Skorek, 2017, s. 51). Tak rozumiana profilaktyka obok diagnozy i terapii zaburzeń mowy stanowi jeden z obszarów działań logopedów skierowany na człowieka od momentu narodzin po starość. W logopedii najbardziej rozpowszechniony jest podział na trzy stopnie profilaktyki: pierwotną, wtórną oraz trzeciorzędową (Gunia, 2011; Węsierska, 2012; Skorek, 2017).

Logopedyczna profilaktyka pierwotna (pierwszorzędowa) swoim zasięgiem obejmuje całą populację – dzieci, młodzież, dorosłych, w tym innych specjalistów: lekarzy, pielęgniarki, położne, nauczycieli, pedagogów, psychologów, pracowników socjalnych, a jej celem jest propagowanie podstaw wiedzy logopedycznej wśród ogółu społeczeństwa (Węsierska, 2012, Skorek, 2023). Profilaktyka wtórna (drugorzędowa) skierowana jest do osób lub grup ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy i głosu, a polega na wczesnym wykryciu pierwszych symptomów nieprawidłowości, aby wdrożyć postępowanie terapeutyczne. Profilaktyka trzeciorzędowa to „ograniczenie i zmniejszenie negatywnego wpływu stwierdzonego u pacjenta zaburzenia mowy” (Węsierska, 2012, s. 41) i/lub głosu. W artykule przedstawiono wyniki badań poświęconych analizie

i ocenie logopedycznych działań profilaktycznych skierowanych na dzieci wcześniacze z krwawieniami okołodokomorowymi.

Konsekwencje krwawień okołodokomorowych

Krwawienia okołodokomorowe (PVH/IVH) należą do czynników ryzyka zaburzeń neurorozwojowych. Wymieniane są także wśród czynników ryzyka zaburzeń rozwoju mowy (Gacka, 2017, 2025). Są charakterystyczne dla dzieci urodzonych przed terminem, sporadycznie występują u noworodków z ciąż donoszonych. Zazwyczaj powstają w ciągu pierwszych kilkudziesięciu godzin życia dziecka, aż w połowie przypadków w ciągu siedmiu godzin po porodzie. Występują najczęściej u najmniej dojrzałych noworodków (Hnatyszyn, 2015). Bezpośrednie konsekwencje wylewów są często niedostrzegalne, początkowo jedynymi ich symptomami są niewielkie zmiany w napięciu mięśniowym, zmiany rytmu oddechu czy ruchu gałek ocznych (Ballabh i de Vries, 2021). Ze względu na intensywność krwotoków dzieli się je na cztery stopnie (I–IV). Stopień I oznacza te o najmniejszym nasileniu, stopniem IV określa się te najbardziej intensywne i rozległe. Wylewy okołodokomorowe mogą ulec wchłonięciu (dotyczy to zwłaszcza tych o małej intensywności), mogą też ewoluować do wyższych stopni, prowadząc np. do poszerzenia komór bocznych, powstania wodogłowia pokrwotocznego (Helwich, 2003; Hnatyszyn, 2015; Świetliński, 2017).

Brak jest jednoznacznych opinii ekspertów co do odległych skutków przebytych PVH/IVH. Rozbieżności dotyczą zwłaszcza krwawień o mniejszym nasileniu. Jedni badacze wskazują na brak trwałych następstw dla rozwoju dziecka przy krwawieniach I oraz II stopnia (Helwich, 2003; Hnatyszyn, 2015). Inni nie wykluczają ich negatywnych skutków, wspominając o ryzyku zaburzeń lokomocji, słuchu, mowy, nieprawidłowościach w zakresie kontroli postawy czy niższym średnim wskaźniku rozwoju umysłowego tych dzieci w porównaniu do wcześniaków, u których nie doszło do wylewów (Kornacka, 2003; Patra i in., 2006; Świetliński, 2017; Jeziorek i in., 2022).

Poważne konsekwencje mogą dotyczyć krwawień III oraz IV stopnia (w grupie dzieci z IV stopniem krwawienia notuje się dużą śmiertelność – Hnatyszyn, 2015). Do skutków tego typu wylewów zaliczyć można: mózgowie porażenie dziecięce (MPD), deficyty poznawcze, niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia wzroku i słuchu, nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD), padaczkę, a w późniejszym wieku – depresję, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (Hnatyszyn, 2015; Ballabh i de Vries, 2021; Wang i in., 2022). Prawdopodobieństwo nieprawidłowości w rozwoju ruchowym u dzieci z III stopniem PVH/IVH średnio wynosi 26%, u dzieci z IV stopniem wzrasta ponad dwukrotnie i średnio osiąga aż 53% (Jeziorek i in., 2022). Badacze potwierdzają też większe ryzyko wystąpienia

nieprawidłowości w nabywaniu mowy u dzieci z rozległymi krwawieniami okołodokomorowymi (Tseng i in., 2023). Badania własne wykazały, że najczęstszymi zaburzeniami w rozwoju mowy związanymi z PVH/IVH jest oligofazja i dyzartria (Gacka, 2025).

Założenia metodologiczne postępowania badawczego

Celem przeprowadzonych badań była analiza i ocena działań profilaktycznych obejmujących dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi. Dokonano jej na podstawie opinii 37 rodziców dzieci z PVH/IVH oraz przeglądu i interpretacji danych z dokumentacji specjalistycznej. Pięcio- i sześciolateczne dzieci, których rodzice uczestniczyli w badaniu, urodziły się jako wcześniaki, a w dokumentacji medycznej miały potwierdzony fakt przebycia krwawienia okołodokomorowego. Udział w badaniu był dobrowolny. Rodzice dzieci wyrazili zgodę na publikację wyników badań z poszanowaniem ich prawa do anonimowości. Ocena logopedycznych oddziaływań profilaktycznych stanowiła część większego projektu badawczego dotyczącego nabywania mowy przez dzieci z PVH/IVH. Wyniki rozpoznania stanu mowy pacjentów z tego typu wylewami zostały opublikowane w oddzielnym doniesieniu (Gacka, 2025). Brak opracowań w polskojęzycznej literaturze przedmiotu zachęcił autorkę artykułu do skoncentrowania się na omawianej tematyce.

Postępowanie badawcze miało odpowiedzieć na pytania: 1) Jakie działania z zakresu profilaktyki logopedycznej są podejmowane wobec dzieci z PVH/IVH? 2) Czy działania profilaktyczne można uznać za wystarczające? Jeżeli nie, jakie są tego przyczyny? Z uwagi na to, że pytania badawcze dotyczą wartości zmiennej, a nie relacji między zmiennymi, nie sformułowano hipotez roboczych zgodnie ze stanowiskiem M. Łobockiego (2006, s. 134–135).

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego (z techniką wywiadu logopedycznego) oraz analizę dokumentacji specjalistycznej. Pytania wywiadu w części skoncentrowanej na profilaktyce dotyczyły wieku życia, w którym dziecko trafiło do logopedy, ewentualnych trudności z otrzymaniem skierowania do tego specjalisty, osoby kierującej na diagnozę i terapię logopedyczną, sposobu monitorowania rozwoju mowy, udzielanych rodzicom informacji na temat możliwości pomocy dzieciom zagrożonym nieprawidłowościami w rozwoju mowy, udziału w ewentualnych badaniach przesiewowych. Autorkę artykułu interesowała również wiedza rodziców (sprzed rodzin dziecka) na temat opieki logopedycznej, wczesnej interwencji logopedycznej.

Dokumenty, które poddano analizie, to karty leczenia szpitalnego (z oddziałów neonatologicznych), książeczki zdrowia dziecka, opinie specjalistów (różnych w zależności od indywidualnych potrzeb dzieci), a zwłaszcza zalecenia zawarte w tych

opiniach. Analiza dokumentacji specjalistycznej pozwoliła na uzupełnienie i weryfikowanie odpowiedzi uzyskanych od respondentów.

Charakterystyka badanej grupy

W opisywanej w artykule części przedsięwzięcia naukowego grupę badaną stanowiło 37 rodziców pięcio- i sześciolatków urodzonych przedwcześnie z wylewami okołodokomorowymi. Najmłodsze dziecko miało 5 lat i 2 miesiące, najstarsze 6 lat 9 miesięcy. W badaniu uczestniczyli rodzice dzieci urodzonych pomiędzy 25. a 34. t.c. Najmniejsza urodzeniowa masa ciała wcześniaka wynosiła 620 g, a największa 2650 g. Średnia urodzeniowa masa ciała dziecka to 1488 g.

Wśród rodziców biorących udział w badaniu było 36 matek i 1 ojciec. Rodziny pochodziły z Łodzi oraz okolicznych mniejszych miast oraz wsi. Dwanaścioro badanych rodziców posiadało wyższe wykształcenie, 18 – średnie, 7 – zawodowe. Wśród badanych dzieci 23 urodziło się jako pierwsze w rodzinie, 13 jako drugie z kolei, 1 chłopiec urodził się jako trzecie z kolei dziecko w rodzinie.

W grupie 37 dzieci z PVH/IVH było 17 dziewcząt i 20 chłopców, w tym:

- 1) dziesięcioro z I stopniem krwawienia,
- 2) szesnaścioro z II stopniem krwawienia,
- 3) dziesięcioro z III stopniem krwawienia,
- 4) jedno z IV stopniem krwawienia.

Wyniki badań

Zgodnie z założeniami profilaktyki logopedycznej proces nabywania mowy w przypadku wystąpienia czynników ryzyka jej zaburzeń powinien być monitorowany. Czynnikiem ryzyka zaburzeń rozwoju mowy są „te niekorzystne czynniki, których identyfikacja u dziecka zwiększa prawdopodobieństwo nieprawidłowości w rozwoju komunikacji językowej. Do zadziałania tych czynników może dojść w okresie prenatalnym, w czasie porodu, w okresie noworodkowym i niemowlęcym, a więc na wczesnych etapach rozwoju dziecka” (Gacka, 2017, s. 193).

Informacje z wywiadu oraz analiza dokumentacji specjalistycznej wykazały, że mimo iż u wszystkich dzieci potwierdzono co najmniej dwa z czynników ryzyka zaburzeń rozwoju mowy (wcześniactwo i krwawienia okołodokomorowe), w zaleceniach poszpitalnych tylko w 2 przypadkach (5% dzieci) znalazła się adnotacja o potrzebie konsultacji logopedycznej. Wśród innych czynników ryzyka zaburzeń mowy, których obecność została odnotowana w dokumentacji szpitalnej, były:

- u 35 dzieci – mała urodzeniowa masa ciała (poniżej 2500 g),
- u 21 dzieci – trudności z przyjmowaniem pokarmu (o różnym nasileniu); (W 13 przypadkach w kartach leczenia szpitalnego odnotowano zaburzenia odruchu ssania, pozostałe odruchy ustno-twarzowe nie zostały ocenione na oddziale neonatologicznym w związku z brakiem konsultacji logopedycznej. Oceny odruchu ssania dokonał prawdopodobnie lekarz neonatolog),
- u 14 dzieci – punktacja Apgar poniżej 6 punktów w 5. minucie życia,
- u 14 dzieci – zespół zaburzeń oddychania,
- u 12 dzieci – nieprawidłowe napięcie mięśniowe,
- u 9 dzieci – podwyższony poziom bilirubiny,
- u 8 – dysplazja oskrzelowo-płucna,
- u 3 dzieci – zaburzenia wzroku pod postacią retinopatii wcześniaczej,
- u 2 niemowląt – nieprawidłowy słuch.

Pomimo manifestowanych już w okresie noworodkowym nieprawidłowości (np. trudności z przyjmowaniem pokarmów) badania logopedycznego nie przeszło żadne z hospitalizowanych dzieci, choć w oddziałach szpitalnych przebywały średnio 2,5 miesiąca od momentu porodu. Rodzice 35 dzieci (tj. 94,6% badanych) nie otrzymali też ustnej informacji od lekarza czy położnej o potrzebie zgłoszenia się do logopedy już po wypisie z oddziału neonatologicznego.

Aż 95% badanych rodziców (35 osób) nie miało świadomości, że opieka logopedyczna skierowana na dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi (zróżnicowana w zależności od indywidualnych potrzeb) wskazana jest na wczesnym etapie życia. Z analizy dokumentacji wynika, że choć w kartach leczenia szpitalnego dzieci wypisywanych z oddziałów umieszczono adnotacje o konieczności konsultacji u różnych specjalistów (np. neurologa, neurochirurga, okulisty, kardiologa, audiologa, gastroenterologa, rehabilitanta) czy kontrolnego badania USG stawów biodrowych, to skierowanie do logopedy wystawiono tylko dwojgu dzieciom. Ponieważ w wykazie zalecanych konsultacji nie było wizyty w poradni logopedycznej, badani uznali, że nie ma takiej potrzeby. Respondenci podkreślali, że w momencie opuszczania szpitali czuli się bezradni, zagubieni, przytłoczeni nową sytuacją, w której się znaleźli po przedwczesnych narodzinach dziecka i w związku z tym potrzebowali jasnych wytycznych i wskazówek, co robić, gdzie szukać pomocy.

Dla wszystkich badanych (bez względu na poziom wykształcenia, co ciekawe także dla tych dwojga, którzy przy wypisie otrzymali skierowanie do poradni logopedycznej) zaskoczeniem był fakt, że już niemowlę może potrzebować opieki logopedy. Jedenaścioro rodziców wskazało, że ich starsze dzieci korzystają lub korzystały w przeszłości z pomocy logopedycznej (w przedszkolach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych), ale trafiły tam jako kilkulatek z powodu wad wymowy, zaburzeń płynności mówienia. Płacówki, w których starsze dzieci uczestniczyły w terapii, nie dawały okazji

do spotkania najmłodszych pacjentów logopedycznych (niemowląt, dzieci w wieku poniemowlęcym), stąd prawdopodobnie zdziwienie badanych rodziców.

Do szkół rodzenia uczęszczały 23 matki (62%). Z opinii badanych wynika, że w żadnej ze szkół nie poruszono kwestii wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy, możliwości pomocy logopedycznej noworodkom i niemowlętom. Tematyka zajęć koncentrowała się na przygotowaniu do porodu rodzącej i osoby towarzyszącej, przebiegu porodu, pielęgnacji noworodka, schemacie żywieniowym dziecka, laktacji i prozdrowotnych korzyściach karmienia piersią dla dziecka i matki.

Biorąc pod uwagę czas pierwszej konsultacji logopedycznej, to przeszło ją:

- do 12. miesiąca życia – 2 dzieci (5,41%),
- pomiędzy 13.–24. miesiącem życia – 7 dzieci (18,92%),
- pomiędzy 25.–36. miesiącem życia – 9 dzieci (24,32%),
- po 37. miesiącu życia – 16 dzieci (43,24%).

W przypadku trojga dzieci (8,11%) nie odbyła się żadna konsultacja logopedyczna poza oceną w ramach projektu badawczego. Reasumując, do 3. roku życia badanie logopedyczne przeszło 18 dzieci (48,6%), co można traktować jako wczesną interwencję logopedyczną. Trzeba jednak zaznaczyć, że choć pierwsze symptomy nieprawidłowości zostały odnotowane przez lekarzy neonatologów, nie spowodowało to interwencji logopedycznej jeszcze w szpitalu lub bezpośrednio po jego opuszczeniu.

Diagnoza logopedyczna przeprowadzona przez autorkę artykułu wykazała, że zaburzenia mowy wystąpiły u 33 dzieci (89,1%). Te zaburzenia, które można traktować jako konsekwencje PVH/IVH (oligofazja, dyzartria, zaburzenia mowy związane z niedosłuchem) rozpoznano u 17 dzieci (45,9%). Poza tym u jednego dziecka (2,7%) stwierdzono rozwojowe zaburzenia języka (DLD), a u 15 przedszkolaków (40,5%) dyslalię obwodową. Na marginesie trzeba zaznaczyć, że niektóre z przyczyn dyslalii także można było zdiagnozować już w okresie noworodkowym, np. skrócone wędzi-
dełko języka, gotyckie podniebienie, obniżone napięcie mięśni artykulatorów.

W 10 przypadkach inicjatorem konsultacji logopedycznej był neurolog, w 4 przypadkach – pediatra, w 2 przypadkach – audiolog, w 5 przypadkach – nauczyciel przedszkola, w 3 przypadkach – psycholog. Kolejnych 10 rodziców szukało pomocy logopedy z własnej inicjatywy. Tych ostatnich respondentów do takich poszukiwań skłoniły informacje od innych rodziców wcześniaków (rozmowy podczas oczekiwania na wizyty kontrolne w różnych poradniach) oraz przegląd stron internetowych poświęconych opiece nad wcześniakiem. Wszyscy respondenci bez problemu uzyskali skierowanie do logopedy.

Wnioski

Ocena działań z zakresu profilaktyki logopedycznej obejmującej dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi jest niejednoznaczna. Badania potwierdzają, że wiele jest jeszcze do zrobienia w tym zakresie. Z pewnością zmian wymaga proces monitorowania rozwoju mowy dzieci z grup ryzyka, a do takich zaliczyć można noworodki z PVH/IVH. Żadne z 37 dzieci nie przeszło logopedycznego badania przesiewowego na oddziale szpitalnym. Tylko 2 dzieci (5%) zostało skierowanych do poradni logopedycznej przez neonatologa. W kartach leczenia szpitalnego (tzw. wypisach) aż u 35 dzieci (95%) zabrakło adnotacji o potrzebie konsultacji logopedycznej, żaden rodzic nie otrzymał też w formie ustnej takiego zalecenia. Odnotowanie przez lekarzy u wszystkich 37 niemowląt czynników ryzyka zaburzeń rozwoju mowy nie przełożyło się więc na podjęcie konkretnych działań, tj. zlecenie diagnozy logopedycznej, pomimo że w późniejszym czasie zaburzenia komunikacji językowej rozpoznano u 33 dzieci (89%). Warto zauważyć, że niewiele zmieniło się w tym zakresie w porównaniu do badań sprzed 6 lat, którymi objęto 187 dzieci z małą urodzeniową masą ciała (wcześniaki i dzieci urodzone o czasie z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrastania). Małą urodzeniową masę ciała także traktuje się jako czynnik ryzyka zaburzeń rozwoju mowy (Gacka, 2020).

Badania wykazały, że osobami kierującymi dzieci do logopedy byli neurologi, pediatrzy oraz audiologowie, a wśród innych poza medykami specjalistów znaleźli się nauczyciele edukacji przedszkolnej oraz psycholodzy. W 10 przypadkach (27%) badanie mowy zostało przeprowadzone z inicjatywy samych rodziców.

Prawie połowa dzieci (48,6%) uzyskała pomoc logopedyczną w ramach wczesnej interwencji (do 3. roku życia), ale 43,2% takiej pomocy nie uzyskało w okresie niemowlęcym i poniemowlęcym, a 8,1% dzieci w ogóle nie przeszło kontrolnego badania mowy. W niektórych przypadkach można zatem mówić o spóźnionych diagnozach logopedycznych. Warto pamiętać, że monitoring rozwoju mowy pozwala na wychwylenie pierwszych symptomów nieprawidłowości. Podczas konsultacji z logopedą rodzic może otrzymać wytyczne dotyczące np. usprawniania artykulatorów, pobudzania lub wygaszania odruchów ustno-twarzowych, niwelowania trudności związanych z przyjmowaniem pokarmu, a także wskazówki dotyczące tego, jak stymulować percepcję słuchową, jak wspierać rozwój mowy oraz jej przedjęzykowe formy, takie jak: kontakt wzrokowy, uśmiech społeczny, gest wskazywania palcem, wspólne pole uwagi. Nie w każdym przypadku niezbędna jest terapia w formie cyklicznych spotkań w gabinecie logopedycznym (terapia bezpośrednia). Monitorowanie to rozpoznanie stanu mowy dziecka i zaplanowanie dalszego postępowania w formie terapii bezpośredniej albo terapii pośredniej (prowadzonej głównie przez rodziców) i/lub okresowe wizyty kontrolne na poszczególnych etapach życia dziecka.

Analizując przyczyny nie do końca zadawalających działań profilaktycznych, należy wskazać brak dostatecznej świadomości ze strony lekarzy neonatologów i położnych lub nieprzyswajanie wagi tej sfery rozwoju dziecka, bagatelizowanie przez medyków problemów związanych z nabywaniem mowy na wczesnym etapie życia. Powinno to niepokoić, gdyż neonatolog jest lekarzem posiadającym szczególne kompetencje do zajmowania się zdrowiem oraz leczeniem dzieci urodzonych przed terminem. To, czy trafią odpowiednio wcześnie na konsultację logopedyczną, w dużej mierze zależy od tego specjalisty, bo on jest w pewnym sensie koordynatorem procesu leczenia i terapii dziecka opuszczającego oddział szpitalny. Dlatego tak ważne jest popularyzowanie wiedzy na temat logopedycznych konsekwencji krwawień okołodokomorowych i innych czynników ryzyka zaburzeń mowy wśród lekarzy tej specjalności. Istotną kwestią jest także potrzeba zatrudnienia neurologopedów na oddziałach neonatologicznych, co umożliwi specjalistyczną opiekę w tym zakresie już od momentu narodzin dziecka.

Badania wykazały niski poziom wiedzy o wczesnych uwarunkowaniach rozwoju mowy oraz możliwościach pomocy logopedycznej noworodkom i niemowlętom również wśród badanych osób. Wszyscy respondenci (N = 37) deklarowali, że nie zdawali sobie sprawy z potrzeby cyklicznego kontrolowania rozwoju mowy ich dzieci. W tym kontekście warto wzbogacić programy szkół rodzenia o podstawową wiedzę z zakresu logopedii potrzebną przyszłym rodzicom (np. na temat rozwoju mowy dziecka, czynników ryzyka zaburzeń mowy czy możliwości skorzystania z opieki logopedycznej).

Analizując „słabe strony” profilaktyki logopedycznej skierowanej na dzieci z PVH/IVH, należy wskazać brak rozwiązań systemowych, uwzględniających np. obowiązkowe badania logopedyczne, które powinny przejść wszystkie dzieci z grup ryzyka zaburzeń mowy w pierwszym roku życia. Słabą stroną jest także brak koordynacji działań podejmowanych przez logopedów we współpracy z personelem medycznym, a także niewystarczający stan edukacji z zakresu elementarnej problematyki logopedycznej wśród całej populacji, także innych specjalistów.

Bibliografia

- Ballabh, P. i de Vries, L.S. (2021). White matter injury in infants with intraventricular haemorrhage: Mechanisms and therapies. *Nature Reviews Neurology*, 17(4), 199–214. <https://doi.org/10.1038/s41582-020-00447-8>
- Gacka, E. (2014). *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnoza i efekty oddziaływań terapeutycznych*. Harmonia Universalis.
- Gacka, E. (2017). Czynniki ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w kształtowaniu się mowy u dzieci urodzonych przed terminem (wcześniaków) w świetle założeń profilaktyki logopedycznej. W: D. Pluta-Wojciechowska i B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej* (s. 191–202). Harmonia Universalis.

- Gacka, E. (2020). Secondary speech therapy prophylaxis aimed at children with low birth weight – a part of research. *Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy*, 30, 109–123. <https://doi.org/10.14746/ikps.2020.30.06>
- Gacka, E. (2025). Rozwój mowy dzieci wcześniaczych z krwawieniami okołodokomorowymi (PVH/IVH). *Logopaedica Lodziensia*, 11, 43–55. <https://doi.org/10.18778/2544-7238.11.03>
- Gadzinowski, J. i Kęsiak, M. (2015). Definicje, terminologia, zasady opieki nad noworodkiem. W: J. Szczapa (red.), *Neonatologia* (s. 1–22). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Gunia, G. (2011). Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce. W: G. Gunia i V. Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii* (s. 53–67). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Helwich, E. (200) Ewolucja najczęstszych uszkodzeń mózgu. W: M.K. Kornacka (red.), *Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia* (s. 33–41), Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Hnatyszyn G. (2015) Choroby ośrodkowego układu nerwowego. W: J. Szczapa (red.), *Neonatologia* (s. 263–294). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jeziorek, A., Stawicka, E. i Szymańska, K. (2022). Problemy neurologiczne u dziecka urodzonego przedwcześnie. W: A. Kordek (red.), *Dziecko przedwcześnie urodzone. Pierwsze lata życia* (s. 69–133). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kornacka, M.K. (2003). Opieka specjalistyczna nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie. W: E. Helwich (red.), *Wcześniak* (s. 7–20), Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Łobocki, M. (2006). *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Patra, K., Wilson-Costello, D., Taylor, H.G., Mercuri-Minich, N. i Hack, M. (2006). Grades I–II intraventricular hemorrhage in extremely low birth weight infants: Effects on neurodevelopment. *Journal of Pediatrics*, 149(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.04.002>
- Pytka, L. (1993). Profilaktyka wykołejenia społecznego. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna* (s. 630). Fundacja „Innowacja”.
- Skorek, E.M. (2017). Profilaktyka logopedyczna – poziomy i strategie. W: E.M. Skorek (red.), *Wielowymiarowość przestrzeni profilaktyki logopedycznej* (s. 51–92). Zakład Poligrafii Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Skorek, E.M. (2023). *Profilaktyka w logopedii – wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Świetliński, J. (2017). Zaburzenia neurologiczne. W: J. Świetliński (red.), *Neonatologia i opieka nad noworodkiem* (t. 2, s. 269–311). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tseng, W.L., Chen, Ch.H., Chang, J.H., Peng, Ch.Ch., Jim, W.T., Lin, Ch.Y., Hsu, Ch.H., Liu, T.Y. i Hung-Yang Chang, H.Y. (2023). Risk factors of language delay at two years of corrected age among very-low-birth-weight preterm infants: A population-based study. *Children*, 10(2), 189. <https://doi.org/10.3390/children10020189>
- Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 roku o niektórych zawodach medycznych. (2023). Dz. U. poz. 1972.

-
- Wang, Y., Song, J., Zhang, X., Kang, W., Li, W., Yue, Y., Zhang, S., Xu, F., Wong, X. i Zhi, Ch. (2022). The impact of different degrees of intraventricular hemorrhage on mortality and neurological outcomes in very preterm infants: A prospective cohort study. *Frontiers in Neurology*, 13, 853417, <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.853417>
- Węsierska, K. (2012). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (t. 1, s. 25–47). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.