

Ankieta dla rodziców i opiekunów dzieci z niepełnością mowy

Drodzy rodzice i opiekunowie dzieci z niepełnością mowy. Zwracam się z prośbą o wypełnienie ankiety dotyczącej Waszych dzieci i podopiecznych. Jestem studentką II roku studiów podyplomowych na kierunku Logopedia i terapia pedagogiczna na Uniwersytecie Szczecińskim, w trakcie pisania pracy podyplomowej. Tematem tej pracy jest zbadanie związków między niepełnością mowy a zaburzeniami w funkcjonowaniu odruchów niemowlęcych (takich, jak odruch ssania, połykania, czy żucia). Wyniki ankiety będą dla mnie ogromną pomocą. Badanie jest anonimowe. Jeśli nie znają Państwo odpowiedzi na którekolwiek z pytań, lub z różnych względów nie chcą na nie odpowiedzieć, to proszę o zaznaczenie opcji NIE WIEM lub NIE DOTYCZY. Dodatkowo byłabym bardzo zobowiązana, gdyby byli Państwo zainteresowani spotkaniem ze mną. Taka rozmowa będzie dla mnie dodatkową pomocą.

Dziękuję bardzo za życzliwe podejście, cierpliwość i pomoc.

Beata Muszyńska, tel. 514 10 82 02, beamus@gazeta.pl (w razie pytań, proszę o kontakt). Podaję także link do wersji elektronicznej ankiety, gdyby tak było Państwu wygodniej ja wypełnić <https://goo.gl/forms/kBTvZHebNwgB0ju43>

W ankiecie proszę zakreślić krzyżykiem właściwe odpowiedzi, w wolnych miejscach proszę o odpowiedź na pytania.

Data wypełnienia ankiety.....

Płeć dziecka

dziewczynka

chłopiec

Data urodzenia dziecka.....

Wynik w skali Apgar.....

Waga dziecka.....

Długość dziecka.....

1. Przebieg ciąży

- a) Czy ciąża była pierwsza dla mamy TAK NIE (która z kolei).....
- b) Czy mama była osobą aktywną, chodzącą w czasie ciąży TAK NIE
- c) Czy mama musiała leżeć w czasie ciąży
- TAK (musiała leżeć)
 - dlaczego.....
 - jak długo.....
 - czy była stosowana stymulacja dziecka, np. przez bujanie się w fotelu TAK NIE
 - NIE WIEM
 - NIE (nie musiała leżeć)
- d) Czy mama chorowała w czasie ciąży
- TAK (proszę wymienić choroby).....
 - NIE
 - NIE WIEM
- e) Czy mama musiała zażywać leki w ciąży
- TAK (proszę wymienić jakie).....
 - NIE
 - NIE WIEM
- f) Czy mama musiała leżeć w szpitalu w czasie ciąży
- TAK (czemu, jak długo).....
 - NIE
 - NIE WIEM
- g) Czy ciąża była pojedyncza
- TAK
 - NIE (ile dzieci się urodziło, czy u pozostałych dzieci z tej ciąży też występuje niepełność mowy).....
 - NIE WIEM

2. Przebieg porodu

- a) Czy poród miał miejsce w szpitalu TAK NIE (gdzie?).....

b) Czy poród odbył się o czasie

- TAK
- NIE (w którym tygodniu ciąży nastąpił poród).....
- NIE WIEM
- Czy dziecko przebywało w inkubatorze TAK (ile czasu)..... NIE NIE WIEM
- Czy dziecko było kangurowane TAK NIE

c) Rodzaj porodu

- naturalny TAK NIE
- przez cesarskie cięcie TAK NIE
- bez powikłań

- TAK
- NIE (jakie powikłanie wystąpiły).....
- NIE WIEM
- ze znieczuleniem TAK NIE NIE WIEM
- ze środkami przeciwbólowymi TAK NIE NIE WIEM
- z oksytocyną podawaną mamie TAK NIE NIE WIEM

d) Jak długo trwała akcja porodowa.....

- f) Czy dziecko po porodzie było położone na brzuchu mamy TAK NIE NIE WIEM
- g) Czy dziecko było przystawione do piersi od razu po porodzie TAK NIE NIE WIEM
- h) Czy niemowlę było zdrowe

- TAK
 - NIE (jakie nieprawidłowości stwierdzono).....
- i) Czy pobyt w szpitalu po porodzie był przedłużony
- TAK
 - NIE (z jakiej przyczyny).....
-
- j) Czy dziecko było badane po porodzie przez neurologa czy neurologopedę
- TAK (jaka była przyczyna i wynik badania).....
-
- NIE
 - NIE WIEM

3. Karmienie i rozwój w okresie niemowlęcym

a) Czy mama karmiła piersią

- TAK (jak długo).....
- NIE
- NIE DOTYCZY

b) Jak dziecko zachowywało się przy karmieniu (w szczególności przez pierwsze pół roku)

- szukało piersi lub butelki TAK NIE NIE WIEM
- otwierało usta przy zbliżeniu piersi lub butelki TAK NIE NIE WIEM
- spokojnie ssało TAK NIE NIE WIEM

- aktywne, ssało chętnie TAK NIE NIE WIEM
- przysypiało przy karmieniu TAK NIE NIE WIEM
- zachowywało się niecierpliwie TAK NIE NIE WIEM
- najadało się TAK NIE NIE WIEM
- miało problemy z utrzymaniem piersi lub butelki TAK NIE NIE WIEM
- wypychało brodawkę (smoczek) TAK NIE NIE WIEM
- dawało znać, że jest głodne TAK NIE NIE WIEM
- sygnalizowało stałą potrzebę ssania TAK NIE NIE WIEM
- nie sygnalizowało chęci ssania TAK NIE NIE WIEM
- przytrzymało mleko w ustach TAK NIE NIE WIEM
- krztusiło się, zachłystywało przy karmieniu TAK NIE NIE WIEM

c) Ile razy dziennie odbywało się karmienie?.....

d) Czy karmienie odbywało się

- na żądanie TAK NIE
- o stałych porach TAK NIE

e) Czy dziecko było karmione w nocy TAK (jak często)..... NIE

f) Czy dziecko zaczęło żuć od 7-8 miesiąca TAK NIE (od kiedy zaczęło)..... NIE WIEM

g) Czy dziecko dobrze reagowało na wprowadzane nowe pokarmy TAK NIE NIE WIEM

h) Czy smoczek „uspokajacz” był używany TAK (jak długo)..... NIE

i) Czy kiedykolwiek były badane odruchy niemowlęce

- TAK (czy stwierdzono ewentualne nieprawidłowości i jakie).....
- NIE
- NIE WIEM

j) Jak przebiegał rozwój mowy (proszę podać orientacyjny okres)

- sygnalizowanie krzykiem i płaczem swoich potrzeb -1 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- głuźnienie (gruchanie - przypadkowe dźwięki typu agu, ga, khe, gli, kli, tli, ebw, bwe, a także wibrujący dźwięk przypominający r) - 2,3 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- gaworzenie (sylaby ga-ga, ma-ma-ma, ba-ba itp.) - 5,6 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- pierwsza forma dialogu inicjowana przez dziecko, naśladowanie i powtarzanie dźwięków - 8 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- pierwsze spontaniczne słowa - 9 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- powtarzanie słów ze zrozumieniem - 12 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- proste zdania - 24 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM

Jeśli były opóźnienia w rozwoju mowy, to proszę opisać jakie i kiedy dziecko osiągnęło dany etap.....

k) Jak przebiegał rozwój ruchowy (proszę podać orientacyjny wiek w miesiącach)

- utrzymywanie głowy prosto - 3 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- pełzanie - 7,8 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM

- raczkowanie - 9 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- siadanie - 7,8 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- stanie samodzielne - 10,11 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM
- chodzenie - 12 miesiąc życia TAK NIE NIE WIEM

Jeśli były opóźnienia w rozwoju ruchowym, to proszę opisać jakie i kiedy dziecko osiągnęło dany etap.....

.....

4. Terapie prowadzone z dzieckiem w okresie niemowlęcym, bądź późniejszym. Proszę o opisanie rodzaju, przyczyn terapii, czasu trwania i efektów

a) rehabilitacja TAK NIE NIE WIEM

c) masaż Shantala lub inny rodzaj masażu TAK NIE NIE WIEM

d) terapia metodą integracji sensorycznej TAK NIE NIE WIEM

e) wczesne wspomaganie rozwoju TAK NIE NIE WIEM

f) terapia dysleksji lub (i) dyskalkulii TAK NIE NIE WIEM

g) inne formy terapii TAK (jakie)..... NIE NIE WIEM

h) terapia logopedyczna TAK NIE NIE WIEM

i) inne terapie mowy (poza zajęciami z logopedą) TAK (jakie).....

NIE

NIE WIEM

j) psychoterapia TAK NIE NIE WIEM

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. W jakim wieku zauważyli Państwo u dziecka niepełność mowy.....

6. Czy w rodzinie u kogoś jeszcze występuje niepełność mowy

TAK (u kogo).....

NIE NIE WIEM

7. Rodzaje niepełności mowy dziecka

- rozwojowa niepełność mowy TAK NIE NIE WIEM
- jąkanie wczesnodziecięce TAK NIE NIE WIEM
- gielkot TAK NIE NIE WIEM
- inna niepełność TAK(jaka)..... NIE NIE WIEM

8. Symptomy i reakcje towarzyszące niepełności mowy

- powtarzanie głosek (np. e - e - e), sylab (np. ta - ta - tata), wyrazów (np., Ewa, Ewa, Ewa ma misia) i fraz (np. Ewa ma, Ewa ma, Ewa ma misia) TAK NIE
- przeciąganie głoski, lub głosek (np. mmmama) TAK NIE
- blokowanie, zacinać się (m...ma) TAK NIE
- męczące pauzy - momenty ciszy TAK NIE
- wypychanie głosu siłą TAK NIE
- poprawki własnego błędu w wypowiedzi (Ewa lubił... lubiła bajki) TAK NIE
- pojedyncze wtrącenia głoski (a,e) TAK NIE
- dźwięk przedłużony (aaaaa, iii, eeee, yyyy) rozpoczynający wypowiedź lub występujący w miejscu połączeń części zdania(Ewa poszła do przedszkola iiii zgubiła gumkę) TAK NIE
- zbyt szybko mówienie TAK NIE
- zbyt wolne mówienie TAK NIE
- mówienie nierytmiczne TAK NIE
- współruchy głowy, twarzy, szyi, tułowia, kończyn TAK (podkreślić właściwe) NIE
- marszczenie czoła, brwi, zmrużenie oczu TAK (podkreślić właściwe) NIE
- drgania policzków, nozdrzy, podbródka lub żuchwy TAK (podkreślić właściwe) NIE
- zaciskanie warg, zaciskanie rąk TAK(podkreślić właściwe) NIE
- czerwienienie się, blednięcie, pocenie, oziębienie dłoni, przyspieszone bicie serca TAK (podkreślić właściwe) NIE
- inne TAK(jakie)..... NIE

9.Zaburzenia w funkcjonowaniu dziecka które występowały, lub (i) nadal występują, zauważone przez Państwa. Proszę o opis poniżej

- nadmierne ślinienie TAK NIE
- wypychanie jedzenia TAK NIE
- język stale między zębami czy wargami TAK NIE
- przedłużone trzymanie jedzenia w ustach TAK NIE
- częsty odruch wymiotny, pobudzanie akcji wymiotnej TAK NIE
- ssanie kciuka TAK NIE
- gryzienie paznokci, warg, kołnierzyków, długopisów TAK NIE
- zaburzenia w oddychaniu (oddychanie przez usta i inne zaburzenia) TAK NIE
- odmawianie jedzenia TAK NIE
- uczucie ciągłego głodu TAK NIE
- brak sygnalizacji głodu TAK NIE
- drażnienie języka, warg, policzków od wewnątrz (gryzienie, szczypanie) TAK NIE
- manipulowanie wewnątrz jamy ustnej (wkładanie zabawek, pięści do buzi) TAK NIE

- połykanie nierozdrobnionych części pokarmu TAK NIE
- gwałtowne łykanie jedzenia TAK NIE
- problemy z przełykaniem czy żuciem pokarmu TAK NIE
- trudności przy zmianie diety TAK NIE
- brak ułożenia języka w łyżeczkę TAK NIE
- podwyższone, stałe napięcie twarzy, całego ciała TAK NIE
- dodatkowe ruchy różnych części ciała TAK NIE
- zaciskanie pięści, zębów TAK NIE
- obniżone napięcie twarzy, całego ciała TAK NIE
- nieumiejętność picia przez słomkę lub (i) z kubka TAK NIE
- otwieranie ust podczas rysowania TAK NIE
- problem z otwarciem i zwarciem warg TAK NIE
- nieumiejętność mlaskania, cmokania TAK NIE
- agresja wobec siebie i innych TAK NIE
- gryzienie i kąsanie innych lub siebie TAK NIE
- zaburzone kontakty z innymi dziećmi TAK NIE
- niesamodzielność TAK NIE
- mała aktywność TAK NIE
- brak chwytu pęsetkowego (chwytanie małych przedmiotów końcówką palca wskazującego i kciuka) TAK NIE
- refluks żołądkowy TAK NIE
- choroba lokomocyjna TAK NIE
- niechęć do ćwiczeń fizycznych TAK NIE
- problemy z następującymi czynnościami manualnymi (proszę zaznaczyć TAK, jeśli problem występuje, a NIE jeśli kłopotów nie ma)
 - ✓ ubieranie się TAK NIE
 - ✓ zapinanie guzików TAK NIE
 - ✓ wiązanie butów TAK NIE
 - ✓ lepienie, rysowanie, pisanie, malowanie TAK NIE
 - ✓ złe trzymanie przyrządów do pisania i rysowania TAK NIE
 - ✓ nieumiejętne używanie nożyczek TAK NIE
- odginanie ciała w łuk przy podnoszeniu TAK NIE
- zaburzona orientacja w przestrzeni TAK NIE
- niechęć do huśtania się TAK NIE
- problemy z jazdą na hulajnodze, rowerku, karuzeli TAK NIE
- częste chodzenie na palcach TAK NIE
- częste kręcenie się w kółko TAK NIE
- problemy z wchodzeniem naprzemiennym po schodach TAK NIE
- uderzanie głową o przedmioty TAK NIE
- inne objawy zaburzeń koordynacji ruchowej TAK (jakie).....
..... NIE
- zaburzona reakcja na dotyk, przytulanie, mycie głowy, włosów, kremowanie twarzy i ciała, obcinanie paznokci TAK (podkreślić właściwie) NIE
- stany depresyjne, lęki TAK NIE
- nadwrażliwość TAK NIE
- inne TAK

(jakie).....

.....
.....
.....

NIE

10. Zaburzenia w funkcjonowaniu psychofizycznym

- Autyzm TAK NIE
- ADHD TAK NIE
- Zespół Aspergera TAK NIE
- Dyspraksja (tzw. syndrom niezdarnego dziecka) TAK NIE
- Dysleksja TAK NIE
- Dysgrafia TAK NIE
- Dysortografia TAK NIE
- Dyskalkulia TAK NIE
- Inne zaburzenia TAK (jakie)..... NIE

11. Wady mowy współistniejące

1. Opóźniony Rozwój Mowy TAK NIE
2. Dyzartria (zaburzenia mowy w wyniku uszkodzeń układu nerwowego) TAK NIE
3. Mutyzm wybiórczy (dziecko mówi w domu, a nie mówi w przedszkolu, szkole) TAK NIE
4. Dyslalia (np. seplenienie, niewymawianie głósłki r) TAK NIE
5. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy TAK NIE
6. Inne TAK (jakie)..... NIE

12. Lateralizacja (P - prawa ręka, L - lewa ręka, O - obie ręce)

- Której ręki dziecko używa jako dominującej przy rysowaniu, pisaniu, jedzeniu P L O
- Której nogi dziecko używa przy kopaniu piłki P L O
- Którym okiem dziecko patrzy przez dziurkę od klucza P L O
- Którym uchem słułha rozmawiając przez telefon P L O
- Czy dziecko było przestawiane z lewej ręki na prawą TAK NIE

Jeśli zechcieliby Państwo podzielić się w tym miejscu mną swoimi uwagami, to będę bardzo wdzięczna.....

.....
.....
.....

Ankieta jest moim dziełem, proszę o tym pamiętać przy udostępnianiu jej innym osobom.

Przy tworzeniu ankiety korzystałam ze wsparcia następujących osób, za co serdecznie dziękuję.

1. Dr Wioletta Pawlukowska - neurologopeda, kierownik studiów podyplomowych z neurologopedii na PUM w Szczecinie
2. Agnieszka Tomaszewska - prezes Fundacji Wspierania Mowy i Komunikacji HALO