

## Ankieta dla osób dorosłych z niepełnością mowy

Szanowni Państwo. Zwracam się z prośbą o wypełnienie ankiety dotyczącej niepełności mowy. 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 ewentualnych związków między niepełnością mowy a zaburzeniami w funkcjonowaniu odruchów niemowlęcych (takich, jak odruch ssania, potykania, czy żucia). Wyniki ankiety będą dla mnie ogromną pomocą. Badanie jest anonimowe. Jeśli nie znają Państwo odpowiedzi na którekolwiek z pytań (wiele z nich dotyczy okresu wczesnego dzieciństwa), 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 szczerość, 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 ją wypełnić <https://goo.gl/forms/oV9E4Gdhohlpb8cC2>

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

Data wypełnienia ankiety.....

Płeć

kobieta

mężczyzna

Data urodzenia .....

Wynik w skali Apgar.....

Waga po urodzeniu.....

Długość ciała po urodzeniu.....

## 1. Przebieg ciąży Waszych mam

- a) Czy ciąża była pierwsza dla mamy  TAK  NIE (która z kolei)..... NIE WIEM
- b) Czy mama była osobą aktywną, chodzącą w czasie ciąży  TAK  NIE  NIE WIEM
- 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)
  - NIE WIEM
- 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 rodzeństwa z tej ciąży też występuje niepełność mowy).....
  - NIE WIEM

## 2. Przebieg porodu

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

b) Czy poród odbył się o czasie

- TAK
- NIE (w którym tygodniu ciąży nastąpił poród).....
- NIE WIEM
- Czy jako noworodek, przebywaliście w inkubatorze  TAK(ile czasu).....  NIE  NIE WIEM
- Czy jako noworodek, byliście kangurowani  TAK  NIE  NIE WIEM

c) Rodzaj porodu

- naturalny  TAK  NIE  NIE WIEM
- przez cesarskie cięcie  TAK  NIE  NIE WIEM
- bez powikłań
- TAK
- NIE (jakie powikłanie wystąpiły).....
- NIE WIEM
- ze znieczuleniem aplikowanym мамie  TAK  NIE  NIE WIEM
- ze środkami przeciwbólowymi podanymi мамie  TAK  NIE  NIE WIEM
- z oksytocyną podawaną мамie  TAK  NIE  NIE WIEM

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

f) Czy po porodzie zostaliście położeni na brzuchu мамы  TAK  NIE  NIE WIEM

g) Czy byliście przystawieni do piersi od razu po porodzie  TAK  NIE  NIE WIEM

h) Czy Wasz stan określono jako dobry

- TAK
- NIE (jakie nieprawidłowości stwierdzono).....
- NIE WIEM

i) Czy pobyt w szpitalu po porodzie był przedłużony

- TAK
- NIE(z jakiej przyczyny).....
- NIE WIEM

j) Czy byliście badani 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 WIEM

b) Jak jako niemowlę zachowywaliście się przy karmieniu (w szczególności przez pierwsze pół roku)

- szukanie piersi lub butelki  TAK  NIE  NIE WIEM

- otwieranie ust przy zbliżeniu piersi lub butelki  TAK  NIE  NIE WIEM
- spokojne ssanie  TAK  NIE  NIE WIEM
- aktywność, chęć ssania  TAK  NIE  NIE WIEM
- przysypianie przy karmieniu  TAK  NIE  NIE WIEM
- niecierpliwie zachowanie  TAK  NI  NIE WIEM
- najadanie się  TAK  NIE  NIE WIEM
- problemy z utrzymaniem piersi lub butelki  TAK  NIE  NIE WIEM
- wypychanie brodawkę (smoczek)  TAK  NIE  NIE WIEM
- dawanie znać o głodzie  TAK  NIE  NIE WIEM
- stałe sygnalizowanie potrzeby ssania  TAK  NIE  NIE WIEM
- brak sygnalizowania chęci ssania  TAK  NIE  NIE WIEM
- przytrzymywanie mleko w ustach  TAK  NIE  NIE WIEM
- krztuszenie się, zachłystywanie przy karmieniu  TAK  NIE  NIE WIEM

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

d) Czy karmienie odbywało się

- na żądanie  TAK  NIE  NIE WIEM
- o stałych porach  TAK  NIE  NIE WIEM

e) Czy miało miejsce karmienie w nocy  TAK (jak często).....  NIE  NIE WIEM

f) Czy pojawiło się żucie od 7-8 miesiąca  TAK  NIE (od kiedy zaczęło)..... NIE WIEM

g) Czy była dobra reakcja na wprowadzane nowe pokarmy  TAK  NIE  NIE WIEM

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

i). Czy kiedykolwiek były badane odruchy niemowlęce

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

j) Jak przebiegał rozwój mowy

- sygnalizowanie krzykiem i płaczem swoich -1 miesiąc życia  TAK  NIE  NIE WIEM
- głużenie (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
- proste zdania - 24 miesiąc życia  TAK  NIE  NIE WIEM

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

**4. Terapie prowadzone 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 zauważono u Państwa niepełność mowy.....**

**6. Rodzaje niepełności mowy obecnie**

- jąkanie  TAK  NIE
- gielkot  TAK  NIE
- inna niepełność  = TAK(jaka).....  NIE  NIE WIEM

**7. Czy w rodzinie u kogoś jeszcze występuje niepełność mowy**

TAK (u kogo).....

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 męża) i fraz (np. Ja mam, Ja mam, Ja mam męża)  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 tańczyć)  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 parku iiiii zgubiła torebkę)  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** które występowały, lub (i) nadal występują, zauważone przez Państwa. Proszę o opis poniżej

- nadmierne ślinienie  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
- gryzienie paznokci, warg, kołnierzyków, długopisów  TAK  NIE
- zaburzenia w oddychaniu (oddychanie przez usta i inne zaburzenia)  TAK  NIE
- uczucie ciągłego głodu  TAK  NIE
- brak chęci jedzenia  TAK  NIE
- drażnienie języka, warg, policzków od wewnątrz (gryzienie, szczypanie)  TAK  NIE
- manipulowanie wewnątrz jamy ustnej (wkładanie przedmiotów do ust)  TAK  NIE
- połykanie nierozdrobnionych części pokarmu  TAK  NIE
- gwałtowne łykanie jedzenia  TAK  NIE
- problemy z przetykaniem 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  TAK  NIE
- otwieranie ust podczas pisania czy 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 siebie  TAK  NIE
- zaburzone kontakty z innymi  TAK  NIE
- gryzienie paznokci, warg, kołnierzyków, długopisów  TAK  NIE
- choroba lokomocyjna  TAK  NIE
- niechęć do ćwiczeń fizycznych  TAK  NIE
- niesamodzielnosc  TAK  NIE
- mała aktywność, bierność  TAK  NIE
- brak chwytu pęsetkowego (chwytanie małych przedmiotów końcówką palca wskazującego i kciuka)  TAK  NIE
- refluks żołądkowy  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
  - ✓ rysowanie, pisanie, malowanie  TAK  NIE
  - ✓ złe trzymanie przyrządów do pisania  TAK  NIE
  - ✓ nieumiejętne używanie nożyczek  TAK  NIE
- zaburzona orientacja w przestrzeni  TAK  NIE
- niechęć do huśtania się  TAK  NIE
- problemy z jazdą na rowerze, 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  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 współlistniejące

1. Dyzartria (zaburzenia mowy w wyniku uszkodzeń układu nerwowego)  TAK  NIE
2. Mutyzm wybiórczy (blokada w mówieniu w niektórych sytuacjach)  TAK  NIE
3. Dyslalia (np. seplenienie, niewymawianie głóski r, r francuskie)  TAK  NIE
4. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy  TAK  NIE
5. Inne  TAK (jakie).....  NIE

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

- Która ręka jest używana jako dominująca przy pisaniu, jedzeniu, rysowaniu  P  L  O
- Której nogi używacie do kopania piłki  P  L  O
- Którym okiem patrzycie przez dziurkę od klucza  P  L  O
- Którym uchem słuchacie rozmawiając przez telefon  P  L  O
- Czy jako dziecko byliście przestawiani z lewej ręki na prawą  TAK  NIE  NIE WIEM

**Jeśli zechcieliby Państwo podzielić się w tym miejscu ze 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