



Badanie przesiewowe dzieci w wieku przedszkolnym (2,0-5,11) pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania

(wersja interaktywna)

Przewodnik i instrukcja
Wydanie pierwsze

LogoTest

Autor poradnika:
dr Maria Faściszewska

Ilustracje:
Robert Bąk

Korekta:
Dominika Prais

Zespół realizacyjny i wydawca:
Learnetic SA

Gdańsk 2022
Wydanie 1.0

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
Jąkanie jako zmienne zaburzenie	7
Jak długo powinno się czekać przed zaleceniem rozpoczęcia terapii dla dzieci w wieku przedszkolnym (2,0-5,11)?	8
Na czym polega zaproponowane „Badanie przesiewowe dzieci w wieku przedszkolnym (2,0-5,11) pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania – skrining logopedyczny?	12
Badanie przesiewowe mowy dziecka	15
Kwestionariusz rodzicielski do oceny ryzyka utrzymania się jąkania u dziecka w wieku 2,0- 5,11	18
Badanie przesiewowe mowy dziecka	21
Jaka decyzja powinna zostać podjęta po badaniu przesiewowym?	30
Bibliografia	33
Biogram	36

UWAGA!

„Badanie przesiewowe dzieci w wieku przedszkolnym (2,0-5,11) pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania – skrining logopedyczny” nie zastępuje specjalistycznej oceny logopedycznej. Dziecko, u którego ryzyko pojawienia i utrzymania się jąkania zostało zidentyfikowane, powinno być natychmiast skierowane do wykwalifikowanego specjalisty w zakresie zaburzeń płynności mowy w celu zdiagnozowania i dobrania indywidualnie dopasowanych działań terapeutycznych.

Dla zapewnienia dziecku komfortu badanie kwestionariuszem i zadawanie pytań rodzicom przez terapeutę NIE POWINNO odbywać się przy dziecku.

Lekarze, nauczyciele, pedagodzy psycholodzy itd. po odpowiednim przeszkoleniu z używania skali mogą również używać skriningu logopedycznego. Należy pamiętać, że wczesna identyfikacja dzieci z grupy ryzyka utrzymania się jąkania może mieć decydujące znaczenie w zapobieganiu dalszemu jego rozwojowi.

Wstęp

Wczesna profilaktyka i interwencja logopedyczna powoli stają się dziś standardem w działaniach logopedów.

Jąkanie we wczesnym dzieciństwie jest jednym z najczęstszych zaburzeń neurorozwojowych i obejmuje od 5 do 8% dzieci (Conture, Yaruss, 2008). Jąkanie utrzymuje się przez całe życie u 1-2% osób. Pierwsze objawy są zwykle obserwowane przez rodziców, opiekunów czy nauczycieli między 2. a 5. rokiem życia dziecka – wśród dzieci anglojęzycznych średnia wynosi około 33 miesięcy (Yairi, Ambrose, 2005; 2013; 2020). U większości dzieci objawy jąkania pojawiają się spontanicznie i dość gwałtownie lub stopniowo, w ciągu kilku tygodni.

Biorąc pod uwagę powszechność, ale też wielowymiarowość tego zaburzenia, badacze podkreślają wagę prowadzenia badań przesiewowych w populacji. Aleksandra Boroń, Katarzyna Węsierska i Joseph Aquis (2020) wskazują, że nadal zbyt często zdarza się, że dzieci jąkające się w okresie przedszkolnym nie otrzymują wsparcia, lub jest ono udzielone im dość późno, bo powyżej roku, dwóch lat od pojawienia się po raz pierwszy nie płynności.

W Niemczech, Belgii, Holandii, Stanach Zjednoczonych badania przesiewowe pod kątem pojawiania i utrzymania się jąkania są podejmowane podczas regularnego corocznego bilansu pediatrycznego, w ramach którego lekarze dokonują oceny mowy dzieci 3-, 4- i 5-letnich także pod kątem aspektów dotyczących jąkania (Neuman i in., 2017).

Powyższy kwestionariusz ma pomóc w tym, by w Polsce przesiewowe badania pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania również mogły być prowadzone w szybki i skuteczny sposób. W przypadku jąkania wczesne jego wykrycie i podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych (np. monitoring dziecka, konsultacje dla rodziców) czy też terapeutycznych (np. poradnictwo dla rodziców, skierowanie dziecka na pełną diagnozę, terapia pośrednia, terapia bezpośrednia, kombinacja terapii bezpośredniej i pośredniej, skierowanie do innych specjalistów: psychoterapeuty, psychologa, pedagoga, fizjoterapeuty itd.) pozwala przeciwdziałać utrwaleniu się jąkania, rozwojowi chronicznego jąkania, wytworzeniu strategii unikania mówienia i negatywnych reakcji emocjonalnych. Zapobiega też obniżeniu poczucia własnej wartości u dziecka.

Wczesne rozpoznanie jąkania daje rodzicom/opiekunom szansę na zdobycie wiedzy na temat tego zaburzenia, udzielenie wsparcia swojemu dziecku poprzez lepsze zrozumienie jego trudności, a także dokonanie zmian w najbliższym środowisku.

Dziękuję wszystkim pacjentom, którzy mi zaufali za podzielenie się swoim doświadczeniem, otwartość oraz szybkie szukanie pomocy dla swojego dziecka. Dzięki Wam mogłam stworzyć to narzędzie do badania przesiewowego.

Chciałabym serdecznie podziękować za pomoc i wsparcie przy tworzeniu tej skali oraz wszystkie uwagi i wskazówki Jagodzie Tuchowskiej, Ani Szerszeńskiej, Lucynie Jankowskiej-Szafarskiej, Oldze Klementowicz.

Serdecznie dziękuję dr. hab Katarzynie Węsierskiej, za to, że pokazała mi, jak ważna i konieczna jest wczesna identyfikacja dzieci z grupy ryzyka utrzymania się jąkania. Pozwala to bowiem na szybkie wdrożenie wsparcia dla całej rodziny oraz zahamowanie rozwoju jąkania.

Jąkanie jako zmienne zaburzenie

Należy podkreślić, że jąkanie jest zmiennym zaburzeniem, szczególnie w okresie przedszkolnym – potrafi pojawiać się i zniknąć na kilka tygodni lub miesięcy.

Zmienność jąkania wpływa na to, że rodzice, za każdym razem, gdy jąkanie u ich dziecka zanika, wierzą, że już nie powróci. Są oni skłonni czekać dość długo, zanim zaczną niepokoić się mową swojego dziecka na tyle mocno, by poszukać pomocy. Czas rozpoczęcia jakichkolwiek działań przez rodziców, zwrócenia się przez nich do specjalisty po pomoc znacznie się wydłuża, czasami nawet do kilku lat. Te zmienne okresy poprawy i pogorszenia się mowy dziecka wpływają na pojawienie się u rodziców/opiekunów/nauczycieli reakcji lęku, stresu, poczucia, że nad jąkaniem trudno zapanować. Mogą również powodować osłabienie motywacji rodziców do podjęcia działań profilaktycznych czy terapeutycznych, a nawet zawieszenie działań w okresie poprawy płynności mowy.

Ze względu na zmienność jąkania oparcie się w diagnozie logopedycznej tylko na badaniu mowy dziecka jest niewystarczające. Często zdarzają się sytuacje, gdy dziecko w trakcie badania wypowiada się płynnie, ponieważ ma lepszy czas, może też tworzyć krótsze wypowiedzi. Logopeda podczas podejmowania decyzji diagnostycznej powinien oprzeć się również na zebraniu istotnych informacji od rodziców/opiekunów dziecka, a dodatkowo też nauczycieli i innych specjalistów. Bardzo pomocne jest poproszenie rodziców o dostarczenie nagrania wspólnej zabawy z dzieckiem. Analiza nagrania przez logopedę pozwala na obserwację sposobu komunikowania się rodziców z dzieckiem oraz ułatwia indywidualne dobranie zaleceń terapeutycznych.

Jak długo powinno się czekać przed zaleceniem rozpoczęcia terapii dla dzieci w wieku przedszkolnym (2,0-5,11)?

Pojawia się wiele różnych opinii na ten temat. Wielu terapeutów woli rozpoczynać terapię wcześniej, niektórzy zalecają czekanie, aż jąkanie minie, inni z kolei rekomendują monitoring i czekanie do maksymalnie pół roku albo roku. Rodzice często czują się zagubieni w gąszczu uzyskiwanych, nierzadko sprzecznych przekazów.

Jedną z takich informacji są dane o samoistnym, naturalnym ustąpieniu jąkania u 75-80% dzieci (Yairi, Ambrose, 2005). Może to być mylące i skłaniać rodziców do biernego czekania, aż jąkanie u dziecka ustąpi. Przy podejmowaniu decyzji diagnostycznych warto pamiętać o tym, że odsetek naturalnego ustępowania objawów maleje wraz z długością okresu utrzymywania się jąkania u dziecka. Odsetek wyleczeń spada do 50-60%, gdy dziecko osiąga 5 lat (Walsh i in, 2018, 2020). Leczenie małych dzieci do 6. roku życia jest dużo bardziej skuteczne niż leczenie starszych dzieci, zwiększa się również szansa na wyjście z jąkania oraz maleje ryzyko nawrotu jąkania (Ingham, Cordes, 1998).

Nadal brakuje wystarczających danych, by ocenić skuteczność leczenia jąkania u dziecka oraz wpływ terapii na jakość życia, naturalność mowy, kontakty z innymi osobami. Ryzyko wystąpienia długofalowych skutków jąkania skłania wielu terapeutów do udzielania pomocy dziecku już od momentu pojawienia się jąkania, szczególnie, gdy istnieją czynniki ryzyka wskazujące na to, że jąkanie może się nasilić, występują negatywne reakcje dziecka na swoje jąkanie, czy też lęk rodziców jest bardzo silny.

Brakuje polskich rekomendacji wskazujących sposób postępowania w przypadku wczesnego rozpoznawania u dziecka z grupy ryzyka utrzymania się jąkania. Wytyczne w diagnostyce i terapii dzieci z jąkaniem nie są zbyt powszechne w Europie i na świecie. Terapia może więc różnić się w zależności od terapeuty, ze względu na różnice w jego wykształceniu zawodowym, doświadczeniu klinicznym, preferencjach czy też inne powody. Wytyczne powinny opierać się na zasadzie *evidence based-practice*, czyli praktyce opartej na dowodach naukowych, doświadczeniu terapeutów specjalizujących się w diagnostyce i terapii osób z zaburzeniami płynności mowy oraz uwzględniać perspektywę pacjenta. Mogą one przyczynić się do poprawy jakości i efektywności udzielanej opieki oraz zminimalizować

niepożądane różnice w badaniach przesiewowych dzieci z zaburzeniami płynności mowy wykonywanych przez logopedów pracujących w różnych ośrodkach. Mogą być również wykorzystywane przez innych specjalistów, psychologów, pedagogów, pediatrów, nauczycieli, a nawet rodziców dzieci z jękaniami, by zoptymalizować opiekę oraz wiedzieć, czego mogą oczekiwać od terapeutów (Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen, 2020).

Najnowsze dostępne rekomendacje dotyczące podjęcia wczesnej interwencji u dzieci z jękaniami w wieku przedszkolnym bazujące na praktyce klinicznej opartej na dowodach (ang. evidence-based practice) stworzyło w 2006 roku Amerykańskie Stowarzyszenie Logopedów i Audiologów Mowy (ang. American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) oraz w latach 2014 i 2020 Holenderskie Stowarzyszenie Logopedii i Foniatrii (NVLF), Holenderskie Stowarzyszenie Terapii Jękania (NVST) oraz Stowarzyszenie Dzieci, Młodzieży i Dorosłych Jękających się oraz ich Rodzin Demostenes (Pertijs i in., 2014, 2020). Należy się do nich odwołać, gdyż wskazują one czas i kierunek działania w przypadku zauważania czynników ryzyka utrzymania się jękania u dziecka¹.

Z wytycznych ASHA (1994, 2006) wynika, że wczesną interwencję należy podjąć, gdy istnieją czynniki ryzyka utrzymania się jękania u dziecka, czyli:

1. jękanie pojawiło się i trwa już 6 miesięcy lub dłużej;
2. jękanie pojawiło się po ukończeniu przez dziecko 3,5 roku;
3. jękanie od momentu pojawienia nasiliło się;
4. istnieje historia jękania chronicznego w rodzinie, tzn. ktoś z rodziny zaczął jąkać się w dzieciństwie i jąka się nadal;
5. dziecko ma trudności w zakresie rozwoju językowego lub zaburzenia artykulacji;
6. u dziecka podczas artykulacji jest widoczne nieprawidłowe napięcie mięśniowe;
7. dziecko ma świadomość swojego zaburzenia;
8. rodzice są bardzo zaniepokojeni jękaniami, które pojawiło się u dziecka.

¹ Podane informacje na temat rekomendacji ASHA i holenderskich zawarte zostały w artykule Fałciszevska M. (2020). Kierunki działań dotyczące potrzeby podjęcia wczesnej interwencji terapeutycznej u dzieci jękających się w wieku przedszkolnym, W: I. Więcek- Poborczyk, J. Wrzosek-Żulewska, Interdyscyplinarność w logopedii: konieczność czy nadmiar? s. 129-146, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej. http://www.aps.edu.pl/media/2394661/interdyscyplinarnosc_w_logopedii_e-book.pdf#page=130

Rekomendacje holenderskie stworzone przez Holenderskie Stowarzyszenie Logopedii i Foniatrii (NVLf), Holenderskie Stowarzyszenie Terapii Jąkania (NVST) oraz Stowarzyszenie Dzieci, Młodzieży i Dorosłych Jąkających się oraz ich Rodzin Demostenes z 2014 roku (Pertijs i in., 2014; Faściszewska 2020) dotyczące dzieci w wieku przedszkolnym z jąkaniem rozwojowym (niespowodowanym stanem neurologicznym, urazem czy silnym stresem emocjonalnym) zostały zawarte w poniższych punktach:

1. Interwencja terapeutyczna u dzieci, u których jąkanie pojawiło się przed 4. rokiem życia, powinna rozpocząć się przed osiągnięciem przez nie 5. roku życia.
2. Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien przez okres roku monitorować dziecko, u którego jąkanie pojawiło się przed 4. rokiem życia pod kątem naturalnego ustąpienia objawów jąkania.
3. Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien rozpocząć terapię po 12 miesiącach od wystąpienia jąkania, jeśli natężenie jąkania nie uległo wyraźnemu zmniejszeniu w trakcie ostatnich 3–6 miesięcy.
4. Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu interwencji lub monitorowaniu rozwoju płynności wziąć pod uwagę historię ustępowania jąkania w rodzinie, płeć, umiejętności fonologiczne, dodatkowe zaburzenia oraz temperament dziecka.
5. Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien rozpocząć interwencję terapeutyczną u dziecka (nawet tego, które jąka się krócej niż 12 miesięcy), jeśli pojawiają się objawy towarzyszące jąkaniu, rodzice są bardzo zaniepokojeni jąkaniem się dziecka, dziecko niechętnie się komunikuje.
6. Rodzice dziecka w wieku poniżej 6. roku życia wypełniają Ocenę ryzyka jąkania (ang. *Screening List Stuttering, SLS*), aby logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia mógł ustalić, czy konieczna jest dalsza diagnoza.
7. Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien poinformować m.in. lekarzy, wychowawców, nauczycieli z najbliższego otoczenia dziecka o celu i wskazaniach do wykorzystania SLS, a także podać adresy rzetelnych stron internetowych związanych z jąkaniem.
8. W przypadku dzieci powyżej 6. roku życia, nastolatków i osób dorosłych logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien wspólnie z pacjentem, na

podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), opisać obraz zaburzenia i podjąć decyzję o terapii.

Zgodnie z holenderskimi rekomendacjami z 2014 r. terapia powinna rozpocząć się po około pół roku do roku od wystąpienia niepełności. Scott Yaruss i Nina Reeves (2017) podkreślają, że w tym okresie zwiększa się ryzyko utrzymania się jękania, rodzice i dzieci mogą zdobyć negatywne doświadczenia, u dziecka mogą rozwinąć się negatywne postawy wobec komunikowania się, pojawić się napięcie czy zachowania unikowe. Badacze zachęcają, aby maksymalny czas czekania na ustąpienie jękania wynosił do pół roku. W przypadkach jednak, gdy wystąpiła historia jękania w rodzinie, dziecko ma świadomość jękania, rodzice są bardzo zaniepokojeni, zaleca się, aby działania terapeutyczne były podjęte od razu.

W 2020 roku zostały wydane najnowsze holenderskie rekomendacje *Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen* zawierające wskazania do diagnozy i terapii dzieci, młodzieży i osób dorosłych z jękaniami. Wskazują one, że logopeda powinien określić czynniki ryzyka utrzymania się jękania u dzieci do 6. roku życia i wziąć je pod uwagę przy podejmowaniu decyzji, czy rozpocząć monitorowanie (i na jak długo) lub skierować dziecko na diagnozę i terapię jękania.

Czynniki ryzyka, które mają duże znaczenie, to:

1. wiek dziecka (pięć lat lub więcej, kiedy jękanie się pojawiło);
2. występowanie w rodzinie utrwalonego jękania;
3. płeć męska;
4. czas trwania jękania od roku lub dłużej bez wyraźnej poprawy;
5. niskie umiejętności fonologiczne u dziecka, obniżona motoryka mowy, obniżony w stosunku do normy rozwój językowy, ponadprzeciętny rozwój językowy;
6. cechy temperamentu – negatywna reaktywność;
7. występowanie dodatkowych zaburzeń.

Mimo rozpoznania wielu czynników ryzyka utrzymania się jękania do dziś nie można w 100% przewidzieć, czy u pojedynczego dziecka, które zaczyna się jąkać, jękanie będzie się utrzymywać, czy też nastąpi poprawa (*Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen*, 2020).

Podkreśla się, że logopeda nie powinien (nadal) odraczać terapii, jeśli dziecko jąka się lub niechętnie się komunikuje lub rodzice nadal uważają jąkanie za bardzo niepokojące, nawet po konsultacji lub poradzie, lub też nie mają oni wystarczającego zaufania do monitorowania dziecka.

Na czym polega zaproponowane „Badanie przesiewowe dzieci w wieku przedszkolnym (2,0-5,11) pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania – skrining logopedyczny?

Zaproponowany tu **Skrining logopedyczny** ma charakter badania przesiewowego. Jest adresowany do dzieci od 2 lat do 5 lat i 11 miesięcy, u których rodzice, opiekunowie, nauczyciele, psychologowie, pedagodzy, lekarze czy też inni specjaliści zauważyli nie płynności w mowie budzące podejrzenie jąkania. Został on podzielony na dwa bloki.

Pierwszy z nich to **Kwestionariusz rodzicielski do oceny ryzyka utrzymania się jąkania** u dziecka w wieku 2,0-5,11. Logopeda może wykorzystać go, by zebrać podstawowe informacje od rodziców/opiekunów na temat czynników mających wpływ na pojawienie się i utrzymanie jąkania. Zebrane informacje pozwolą na podjęcie decyzji o dalszym postępowaniu.

Należy podkreślić, że wykorzystanie kwestionariusza rodzicielskiego jest metodą pośrednią, ponieważ osobami badanymi są rodzice/opiekunowie dziecka i od ich umiejętności obserwacji zależą uzyskane wyniki. Mimo swoich ograniczeń metoda ta pozwala na trafną i rzetelną wstępną ocenę ryzyka utrzymania się jąkania, czego dowodzi fakt, że takie skriningi logopedyczne przeprowadza się praktycznie na całym świecie.

Dzięki krótkiemu, szybkiemu i łatwemu w użyciu narzędziu logopedzi mogą zidentyfikować czynniki ryzyka utrzymania się jąkania u dziecka już w jego wczesnej fazie i skierować je dość wcześnie na pełne badanie logopedyczne oraz odpowiednią do wieku i stopnia natężenia zaburzenia terapię. Uzyskane wyniki są dokładniejsze, jeśli badanie jest przeprowadzone wkrótce po wystąpieniu jąkania, a nie po kilku latach od wystąpienia jąkania po raz pierwszy.

W celu zapewnienia dziecku komfortu badanie kwestionariuszem i zadawanie pytań rodzicom przez terapeutę NIE POWINNO odbywać się przy dziecku.

Badanie może być przeprowadzone na ekranie komputera, laptopa, tabletu albo telefonu komórkowego. Co istotne, może również przyjąć formę rozmowy telefonicznej z rodzicami, podczas której terapeuta samodzielnie czyta pytania. Narzędzie nie wymaga użycia materiałów drukowanych. Po zaznaczeniu odpowiedzi w kwestionariuszu osoba

przeprowadzająca badanie może wydrukować lub zapisać jego wyniki. Na końcu przewidziano również miejsce na zanotowanie innych obserwacji jakościowych związanych z zebraniem informacji od rodziców, które nie zostały ujęte w badaniu, a które mogą pomóc w podjęciu decyzji diagnostycznej.

Kwestionariusz rodzicielski do oceny ryzyka utrzymania się jąkania został oparty na literaturze przedmiotu, doświadczeniach terapeutycznych autorki, wytycznych ASHA i najnowszych rekomendacjach bazujących na wytycznych zgodnych z EBP (ang. evidence based-practice) – praktyką opartą na dowodach naukowych.

Podczas tworzenia itemów do kwestionariusza odwołano się do kwestionariuszy wykorzystywanych w badaniach przesiewowych i diagnozie dzieci z jąkaniem. Są to:

- 1) *Screening List for Stuttering (SLS)* Riley & Riley (1989);
- 2) Arkusz wstępnego badania przesiewowego (Kelman, Nicholas, 2012; 2020);
- 3) *Lista kontrolna dla lekarzy - podstawa do skierowania do specjalisty* pochodząca z pozycji *Dziecko, które się jąka. Informacje dla pediatry* (Guitar, Conture, 2006; 2012);
- 4) *Ocena ryzyka jąkania* podchodząca z *Diagnozy Jąkania* (Węsierska, Jezioreczak, 2014);
- 5) *Stuttering Detektor Instrument* (Yairi, Seery, 2015);
- 6) *Check-in–Pre-Referral Overview* (Yaruss, Reardon-Reeves, 2017);
- 7) *Kiddy-Cat. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękających się dzieci w wieku przedszkolnym* (Vanryckeghen, Brutten, 2015);
- 8) *Rozwojowy Instrument Badań Przesiewowych Jąkania* (ang. Developmental Stuttering Screening Instrument (DSSI) (Lima i in., 2021),
- 9) Bochum-Aachen Stuttering Screening (BASS) (Neumann i in. 2017); - instrument przesiewowy do rozpoznania początków jąkania
- 10) *FESK – Fragebogen für Eltern stotternder Kinder*, pochodząca z pozycji *Stottern im Kindesalter* (Sandrieser, Schneider 2015),
- 11) *SLS-Screening Liste Stottern*,
(<https://www.kasseler-stottertherapie.de/stottern/stottertest-sls/>)

Badanie może przeprowadzić logopeda, najlepiej specjalizujący się w zaburzeniach płynności mowy. Nie jest ono narzędziem służącym do diagnozy dziecka z jękaniem, służy identyfikacji dzieci z grupy ryzyka utrzymania się jękania oraz pomaga w dokonaniu diagnozy różnicowej dzieci z normalną niepłynnością mowy i jękaniem.

Średni czas wykonania badania wynosi około 15 minut, co pozwala na łatwe i szybkie jego użycie jako narzędzia do badań przesiewowych.

Kwestionariusz może również samodzielnie wypełnić i wydrukować rodzic/opiekun lub inny specjalista. Następnie z uzyskanymi odpowiedziami należy udać się do logopedy specjalizującego się w zaburzeniach płynności mowy u dzieci w celu uzyskania porady.

Badanie przesiewowe mowy dziecka

Badanie może być przeprowadzone na ekranie komputera, laptopa, tabletu albo telefonu komórkowego. Kwestionariusz można również wydrukować przed jego wypełnieniem lub po zaznaczeniu wszystkich odpowiedzi. Na końcu przewidziano również miejsce na zapisanie innych obserwacji jakościowych, które mogą pomóc w podjęciu decyzji diagnostycznej. Zachęcam do wcześniejszego wydrukowania kwestionariusza i nanoszenia na niego wyników jakościowych w trakcie badania dziecka.

Słowa i zdania, jakie dzieci mają za zadanie wypowiedzieć, pochodzą z *Krótkiego Inwentarza Rozwoju Mowy* (Krajewski, Smoczyńska, 2015) oraz *Inwentarza Rozwoju Mowy i Komunikacji* (Smoczyńska i in., 2015).

Dzieci młodsze 2-3-letnie mają za zadanie opowiedzieć treść obrazków. Dzieci starsze 4-5-6-letnie zostały poproszone o opowiedzenie historyjki obrazkowej pt. Strażak ratuje kotka.

Diagnozy dziecka nie należy przeprowadzać w grupie dzieci. Powinna ona odbywać się w oddzielnym pomieszczeniu, w swobodnej atmosferze. Zachęca się do nagrywania, za zgodą dziecka i jego opiekunów, udzielanych odpowiedzi w formie wizualnej. Jest to pomocne w zaobserwowaniu i odnotowaniu występujących w mowie dziecka nie płynności, szczególnie w sytuacji, gdy w mowie dziecka występuje dużo nie płynności, dziecko szybko wypowiada słowa lub ma trudności artykulacyjne.

Średni czas wykonania badania wynosi około 10 minut, co pozwala na łatwe i szybkie jego użycie jako narzędzia do badań przesiewowych.


Przed przeprowadzeniem badania diagnosta może wydrukować kwestionariusz, aby zaznaczyć pojawiające się w mowie dziecka nie płynności. Zaleca się oznaczanie nie płynności występujących w mowie dziecka pod kątem jakościowym (powtórzenia, przeciągnięcia (prolongacje), bloki), a następnie ich podliczenie. Diagnosta powinien zliczyć wszystkie sylaby w próbie mowy oraz nie płynności typowe dla jąkania, który wystąpiły w analizowanej wypowiedzi.

Kwestionariusz można wydrukować również po badaniu dziecka i nanieść udzielone przez niego odpowiedzi, wykorzystując w tym celu nagranie.



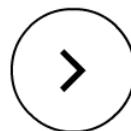
LogoTest 4

Badanie przesiewowe dzieci w wieku przedszkolnym (2,0-5,11) pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania

 Przewodnik i instrukcja



Zaczynamy



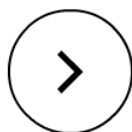
Narzędzie LogoTest 4

Zaproponowany tu **Skrining logopedyczny** ma charakter badania przesiewowego. Jest adresowany do dzieci od 2 lat do 5 lat i 11 miesięcy, u których rodzice, opiekunowie, nauczyciele, psychologzy, pedagodzy, lekarze albo inni specjaliści zauważyli niepełności w mowie i podejrzewają, że jest to jąkanie. Został on podzielony na dwa bloki: kwestionariusz, który wypełniają rodzice/opiekunowie dziecka, a także na część przeznaczoną dla samego dziecka w konkretnym wieku (badanie przesiewowe). Do każdej z części można się dostać, wybierając strzałkę przy jednym z poniższych przycisków.

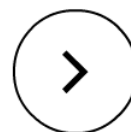




RODZICE
Kwestionariusz rodzicielski



DZIECKO
Badanie przesiewowe



Kwestionariusz rodzicielski do oceny ryzyka utrzymania się jąkania u dziecka w wieku 2,0- 5,11



Materiały w tej części podzielono na trzy części:

- Dane ogólne na temat rozwoju i komunikacji dziecka
- Aspekty językowe dotyczące jąkania
- Aspekt psychospołeczny



LogoTest 4 Kwestionariusz rodzicielski 1/17

DANE OGÓLNE NA TEMAT ROZWOJU I KOMUNIKACJI DZIECKA

WIEK DZIECKA 2 lata 3 lata 4 lata 5 lat

PŁEĆ DZIECKA Chłopiec Dziewczynka



Przykładowy ekran z działu Dane ogólne na temat rozwoju i komunikacji dziecka

ASPEKTY JĘZYKOWE DOTYCZĄCE JĄKANIA

Czy nie płynności w mowie dziecka nasilają się:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| NA POCZĄTKU WYPOWIEDZI | <input checked="" type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie wiem |
| PODCZAS UDZIELANIA ODPOWIEDZI NA PYTANIA | <input type="radio"/> Tak | <input checked="" type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie wiem |
| PODCZAS TWORZENIA WYPOWIEDZI NARRACYJNYCH (gdy coś opowiada) | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input checked="" type="radio"/> Nie wiem |
| PODCZAS ROZMOWY Z OSOBĄ DOROSŁĄ | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie wiem |
| PODCZAS ROZMOWY Z RÓWIEŚNIKAMI, INNYMI DZIEĆMI | <input type="radio"/> Tak | <input checked="" type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie wiem |
| KIEDY JEST CZYMŚ POZYTYWNIWIE PODEKSCYTOWANE | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie wiem |
| KIEDY JEST CZYMŚ SFRUSTROWANE | <input checked="" type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie wiem |
| KIEDY KTOŚ MU PRZERYWA | <input type="radio"/> Tak | <input checked="" type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie wiem |
| KIEDY JEST ZMĘCZONE | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input checked="" type="radio"/> Nie wiem |
| POD PRESJĄ CZASOWĄ | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie wiem |
| GDY TWORZY TRUDNĄ WYPOWIEDZ NA NOWY TEMAT | <input checked="" type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie wiem |

Przykładowy ekran z działu *Aspekty językowe dotyczące jąkania*

LogoTest 4  Kwestionariusz rodzicielski < 10/17 > 


ASPEKT PSYCHOSPOŁECZNY

Czy dziecko ma świadomość swoich trudności z mową?

Tak

Nie

Nie wiem



Przykładowy ekran z działu *Aspekt psychospołeczny*

Wykaz odpowiedzi udzielonych przez rodzica logopedzie jest dostępny w raporcie końcowym, który tworzy się na bieżąco w czasie zaznaczania udzielanych przez rodzica odpowiedzi przy pomocy programu protokół badania. Raport znajduje się na ostatnim ekranie konkretnej części.

LogoTest 4

Kwestionariusz rodzicielski

3.03.2022

Anna G. 16.06.2018

DANE OGÓLNE NA TEMAT ROZWOJU I KOMUNIKACJI DZIECKA

WIEK DZIECKA	6 lat
PŁEĆ DZIECKA	---
Czy w Państwa rodzinie istnieje / istniała historia jąkania chronicznego (ktoś jąkał się w dzieciństwie i objawy jąkania występują nadal np. w wieku dorosłym)?	Tak
Czy w Państwa rodzinie istnieje / istniała historia samoistnego ustąpienia jąkania lub ustąpienia jąkania poprzez podjęcie działań terapeutycznych?	Nie
Czy określiliby Państwo poziom rozwoju mowy swojego dziecka w stosunku do jego rówieśników jako:	
PRZYŚPIESZONY	---
OPÓŹNIONY	Nie
NIEHARMONIJNY	---

Fragment wygenerowanego, uzupełnionego raportu z kwestionariusza rodzicielskiego

Rodzic może samodzielnie wypełnić *Kwestionariusz rodzicielski do oceny ryzyka utrzymania się jąkania u dziecka w wieku 2,0-5.11* (odpowiadając na pytania na poszczególnych ekranach), a następnie wydrukować udzielone odpowiedzi i skontaktować się z logopedą (najlepiej specjalizującym się w zaburzeniach płynności mowy) w celu uzyskania porady. Może również wypełnić ten kwestionariusz na miejscu, razem ze specjalistą.

Raport przed wydrukiem można opatrzyć danymi dziecka. Data wypełnienia kwestionariusza uzupełnia się automatycznie. Na końcu raportu znajduje się miejsce na notatki. Logopeda może wpisać w nie dodatkowe informacje po spotkaniu z rodzicami lub rodzice mogą je uzupełnić ważnymi informacjami, np. o badaniach psychologicznych, neurologicznych itd.

Badanie przesiewowe mowy dziecka



Kwestionariusz ten dzieli się na dwie wersje wiekowe: **Badanie przesiewowe dziecka w wieku 2-3 lat** oraz **Badanie przesiewowe dziecka w wieku 4-6 lat**.

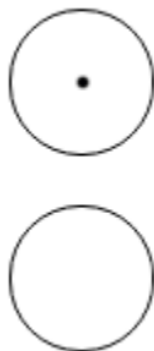
Do konkretnych, przygotowanych zgodnie z wiekiem dziecka materiałów można się dostać, wybierając jeden z dwóch poniższych przycisków.



Wybór każdego z przycisków automatycznie otwiera zestaw prób dla dziecka, umieszczonych na szesnastu ekranach interaktywnych. Na ekranach tych znajdują się obrazki lub zdjęcia do nazywania (jednym wyrazem), a także zdania do powtórzenia po odsłuchu² (dla młodszych dzieci zdania krótsze, dla starszych – dłuższe).

Przy nazywaniu i powtarzaniu zdań towarzyszy dziecku diagnosta, który decyduje, czy dana próbka językowa została wypowiedziana przez dziecko płynnie, czy nie. Oznacza ten fakt każdorazowo na ekranie PRZED przejściem na kolejny ekran.

WAŻNE! Przy każdym zestawie prób (na każdym ekranie) znajdują się również dwa przyciski (z kropką i pusty) dla osoby diagnozującej.



Diagnosta używa ich w celu zaznaczenia, czy uznaje, że dziecko wypowiada dany wyraz/zdanie płynnie lub niepłynnie.

- Przycisk z kropką – dziecko wypowiada się płynnie.
- Przycisk pusty (bez kropki) – w mowie dziecka są słyszalne niepłynności charakterystyczne dla jąkania.

Przyciski celowo nie zostały opisane jako np. poprawne/niepoprawne lub dobrze/źle, nie zastosowano także żadnych wyróżników kolorystycznych (np. zielony – dobrze, czerwony – źle), aby w trakcie badania dziecko nie czuło się oceniane.

² Na tego typu ekranach znajduje się także panel nagrywania do wykorzystania opcjonalnego; można z niego skorzystać zarówno podczas skringingu, jak i w trakcie późniejszych zajęć z dzieckiem.

Z tego samego względu, jeśli diagnosta nie zaznaczy żadnego przycisku, w raporcie końcowym dana odpowiedź zostanie zakwalifikowana jako „zauważona nie płynność w mówieniu”.

Aby badanie było jak najbardziej obiektywne, w trakcie wykonywania zadań przez dziecko nie są też słyszalne żadne reakcje dźwiękowe ani graficzne.



Przykłady ekranu z tej części kwestionariusza



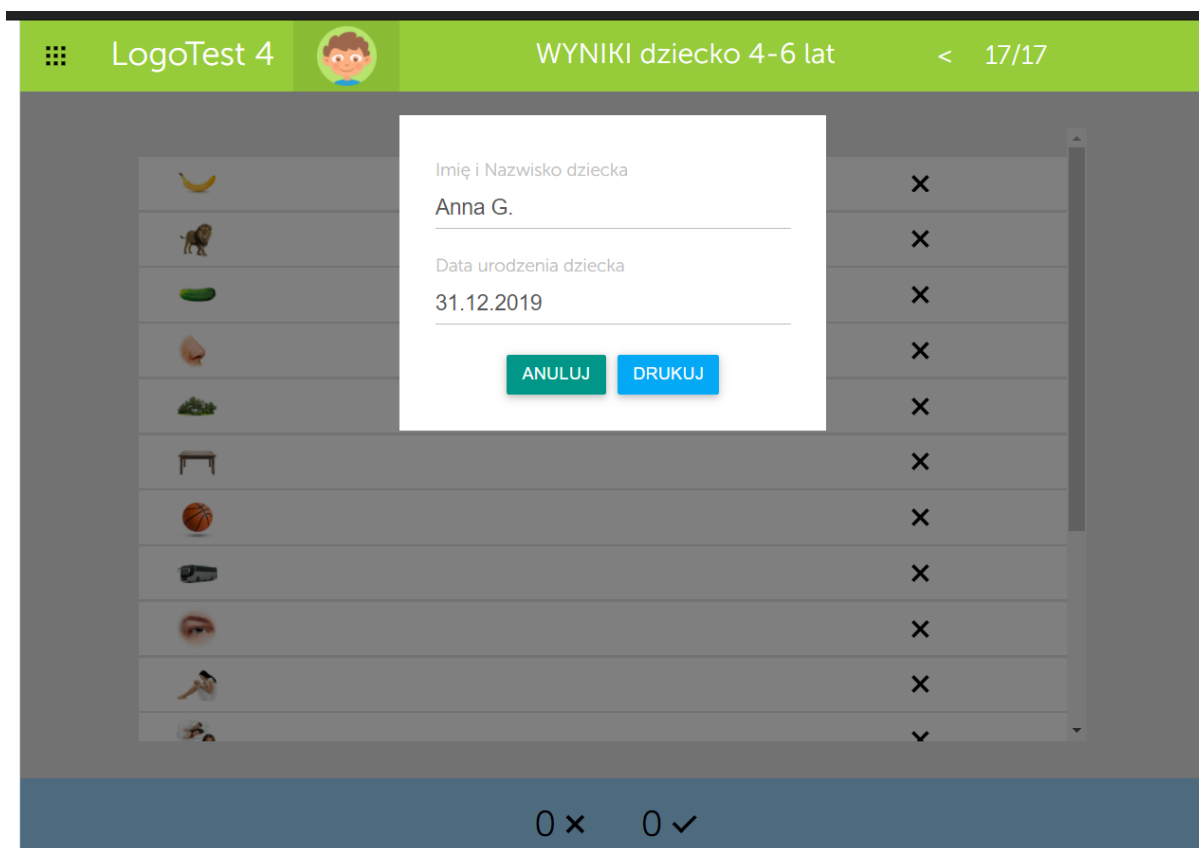
Przykłady ekranu z tej części kwestionariusza

Wykaz odpowiedzi udzielonych przez dziecko jest dostępny w raporcie końcowym, który tworzy się na bieżąco w czasie przeprowadzania testu przy pomocy programu protokół badania. Raport znajduje się na ostatnim ekranie konkretnej części.

LogoTest 4 		WYNIKI dziecko 2-3 lata		< 17/17	
				✓	
				✓	
				✓	
				✓	
				✓	
				✓	
				✓	
				✓	
				✓	
				×	
				×	
				4 × 12 ✓	
					

Przykład raportu widocznego na ekranie

Do każdego raportu można dołączyć dane dziecka: imię i nazwisko oraz datę urodzenia. Dane te zostaną automatycznie zaimportowane do tworzonego wydruku. Na wydruku logopeda może opisać w sposób jakościowy i ilościowy pojawiające się w mowie dziecka niepełności.



Dodatkowym ułatwieniem dla diagnosty jest możliwość wydrukowania wygenerowanego raportu końcowego. Żeby wydrukować raport, należy wcisnąć na stronie przycisk „Drukuj”.

Badanie przesiewowe dziecka (4-6 lat)

25-02-22

Anna G. 31.12.2019

BANAN	0	0/1
LEW	0	0/0
OGÓREK	0	0/0
NOS	0	0/0
LAS	0	0/0

Widok fragmentu raportu przygotowanego do wydruku

Badanie przesiewowe różni się w zależności od wieku badanego dziecka. Liczba elementów wyrazowych (obrazków do nazwania) pozostaje taka sama, zmieniają się natomiast próbki do powtórzenia (zdania). Na ekranach diagnosta (i badane dziecko) widzi obrazki, a w raporcie przygotowanym do wydruku – transkrypcję tekstową (nazwę obrazka lub zdanie do powtarzania i ostatni ekran z czteroelementową historyjką, mającą na celu sprawdzenie fluencji słownej przy krótkiej formie narracyjnej).

Badanie dziecka w wieku 2-3 lat:

1/17	BANAN
2/17	LEW
3/17	OGÓREK
4/17	NOS
5/17	LAS
6/17	STÓŁ
7/17	PIŁKA
8/17	AUTOBUS
9/17	OKO
10/17	MAMA/PANI
11/17	TO JEST PIES.
12/17	KASIA JE ZUPĘ.

13/17	TOMEK CHCE SPAĆ.
14/17	TATA JEST CHORY.
15/17	GDZIE JEST MOJE AUTKO?
16/17	HISTORYJKA (4 ELEMENTY)

Badanie dziecka w wieku 5-6 lat:

1/17	BANAN
2/17	LEW
3/17	OGÓREK
4/17	NOS
5/17	LAS
6/17	STÓŁ
7/17	PIŁKA
8/17	AUTOBUS
9/17	OKO
10/17	MAMA/PANI
11/17	CZY MAMA I TATA ŚPIĄ?

12/17	TO NIE JEST PIESEK, TYLKO KOTEK.
13/17	DZIDZIUŚ PŁACZE, BO JEST GŁODNY.
14/17	TATA MÓWI, ŻE NIE WOLNO BIEGAĆ.
15/17	NIE WYCHODŹ NA DWÓR, BO PADA DESZCZ.
16/17	HISTORYJKA (4 ELEMENTY)

Jaka decyzja powinna zostać podjęta po badaniu przesiewowym?

Celem badania przesiewowego jest pomoc logopedzie oraz rodzicom dziecka w podjęciu decyzji o wyborze dalszej drogi udzielenia pomocy dla danego dziecka. Wskazane są cztery rozwiązania:

- 1) monitorowanie,
- 2) konsultacje i poradnictwo dla rodziców,
- 3) skierowanie na diagnozę logopedyczną,
- 4) skierowanie na konsultacje do innych specjalistów.

Monitorowanie

Monitorowanie jest bardzo aktywnym procesem, może przybrać różną formę, w zależności od potrzeb. Polega na systematycznym śledzeniu tego, czy objawy jąkania nasilają się, czy też maleją. W rekomendacjach holenderskich z 2020 roku zaleca się monitorowanie dziecka minimum przez okres roku. W porozumieniu z rodzicami ustala się sposób i częstotliwość monitoringu oraz przekazywania informacji zwrotnej przez logopedę.

Istnieje kilka sposobów monitorowania postępów dziecka w uzyskiwaniu płynności mowy. Zaproponowano tu kilka różnych rozwiązań, w zależności od miejsca pracy logopedy, dostępności w uzyskaniu pomocy u specjalisty zajmującego się zaburzeniami płynności mowy. Taki monitoring może być prowadzony w formie stacjonarnej, online albo przez telefon (jeśli dotyczy tylko rozmowy z rodzicami).

Sposób pierwszy: Logopeda co miesiąc spotyka się z dzieckiem i dokonuje oceny płynności i niepłynności występujących w jego mowie. Swoje spostrzeżenia konsultuje z rodzicami i nauczycielami dziecka. Taka sytuacja jest najbardziej naturalna, gdy logopeda pracuje w danej placówce, do której uczęszcza dziecko lub prowadzi jego terapię np. pod kątem zaburzeń artykulacji.

Sposób drugi: Logopeda uczy rodziców, jak dokonywać ukierunkowanej obserwacji i zapisywać objawy na jakościowej skali nasilenia jąkania się u dziecka, np. 8-punktowej skali

(Yairi i Ambrose, 1999). Rodzice są proszeni o wypełnianie jej codziennie lub minimum raz w tygodniu. Pomocne jest tu wykorzystanie możliwości nagrywania dziecka. Logopeda, jeśli nie zastosuje skali, może również poprosić rodziców o opisanie, jakie objawy aktualnie obserwują u dziecka i jak zmieniają się one w czasie. Specjalista zbiera również informacje mogące wskazywać na to, że u dziecka wzrasta świadomość problemu lub pojawiają się z jego strony negatywne reakcje emocjonalne dotyczące wypowiedzania się, np. unika mówienia. Specjalista na podstawie zebranych danych podejmuje dalsze decyzje.

Sposób trzeci: Logopeda umawia się z rodzicami na ponowną konsultację za trzy miesiące, sześć, dziewięć i dwanaście miesięcy. Rodzice powinni skontaktować się z logopedą wcześniej, jeśli zdarzy się coś niepokojącego albo jąkanie się nasili.

Podczas spotkania z rodzicami logopeda porównuje informacje uzyskane w badaniu wstępnym przesiewowym oraz podczas kolejnych spotkań, by ustalić, czy jąkanie zanika, czy się pogłębia. Jeśli natężenie objawów jąkania pogłębiło się lub zwiększyła się świadomość jąkania u dziecka, wzrósł niepokój rodziców itd., zaleca się skierowanie dziecka na pełne badanie logopedyczne.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że jąkanie nie może występować przez co najmniej dwanaście miesięcy, zanim będzie można uznać, że nastąpił powrót do zdrowia.

Konsultacje i poradnictwo dla rodziców

Logopeda, najlepiej specjalista od zaburzeń płynności mówienia, przekazuje i pomaga rodzicom pogłębić wiedzę na temat jąkania, poleca literaturę i filmy. Zaleca się zachowanie ostrożności przy przekazywaniu wskazówek do wdrożenia w domu. Nowe zachowania, których wymaga się od rodziców, powinny zostać zademonstrowane przez terapeutę i przećwiczone przez rodziców. Często wymaga to kilku spotkań, gdyż zmiana sposobu interakcji z dzieckiem, zmiana sposobu reakcji na jąkanie oraz stworzenie środowiska sprzyjającego dziecku wymagają czasu i dużego zrozumienia.

Skierowanie dziecka na pełną diagnozę logopedyczną

Logopeda, najlepiej specjalista od zaburzeń płynności mówienia, po rozmowie z rodzicami i uzupełnieniu *Kwestionariusza rodzicielskiego do oceny ryzyka utrzymania się jąkania u*

dziecka w wieku od 2 lat do 5 lat i 11 miesięcy oraz przeprowadzaniu przesiewowego badania dziecka lub dokonaniu analizy nagrań dostarczonych przez rodziców dokonuje analizy uzyskanych wyników. Jeśli, zgodnie z najnowszymi wytycznymi, u dziecka będą istniały czynniki ryzyka utrzymania się jąkania, logopeda powinien:

- skierować dziecko na pełną diagnozę logopedyczną;
- poinformować rodziców o czynnikach ryzyka utrzymania się jąkania oraz możliwości wpływu jąkania na życie społeczne dziecka;
- przedstawić, jak będzie wyglądała diagnoza i nakreślić dalsze postępowanie terapeutyczne.

Skierowanie dziecka na konsultacje do innych specjalistów

Logopeda, najlepiej specjalista od zaburzeń płynności mówienia, po rozmowie z rodzicami i uzupełnieniu *Kwestionariusza rodzicielskiego do oceny ryzyka utrzymania się jąkania u dziecka w wieku 2,0-5,11* oraz przeprowadzaniu przesiewowego badania dziecka lub dokonaniu analizy nagrań dostarczonych przez rodziców dokonuje analizy uzyskanych wyników. W kwestionariuszu pojawiło się kilka pytań dotyczących rozwoju psychospołecznego dziecka i jego funkcjonowania, które pozwalają spojrzeć bardziej holistycznie na dziecko oraz jego trudności. Jeśli logopeda zauważy niepokojące go trudności w funkcjonowaniu dziecka, powinien skierować je na konsultacje do innych specjalistów, np. psychoterapeuty, psychologa, pedagoga, neurologa, logopedy specjalizującego się w zaburzeniach karmienia i jedzenia, fizjoterapeuty itd. Najlepszą i zalecaną formą jest współpraca specjalistów ze sobą, np. logopedy i psychoterapeuty, gdyż pozwala to na całościową pomoc dziecku, które się jąka.

Bibliografia

- American Speech-Language-Hearing Association. (1994). *Guidelines for Practice in Stuttering Treatment*. ASHA, 37 (Suppl. 14) 26-35, Rockville, MD.
- Boroń, A., Węsierska, K., Agius, J. (2020). Wczesna interwencja w jąkanii na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego. W: *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka. Tom 2.* (s. 134–149), Katarzyna Węsierska, M. Witkowski (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Conture, E.G., Yaruss, J. S. (2008). *Treatment efficacy summary*, <http://www.asha.org/uploadedFiles/public/TreatmentEfficacySummaries2008.pdf> (dostęp: 2.06.2020).
- Faściszewska, M. (2017). Wczesna interwencja w przypadku jąkania u dziecka z przyspieszonym rozwojem mowy – studium przypadku 22 miesięcznego chłopca. W: *Studia logopedyczno-lingwistyczne. Księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Edwarda Łuczyńskiego* (s. 350–365), S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, B. Kamińska (red.). Harmonia Universalis.
- Faściszewska, M. (2020). Kierunki działań dotyczące potrzeby podjęcia wczesnej interwencji terapeutycznej u dzieci jąkających się w wieku przedszkolnym. W: *Interdyscyplinarność w logopedii: konieczność czy nadmiar?* (s. 129-146), I. Więcek-Poborczyk, J. Wrzosek-Żulewska (red.). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
http://www.aps.edu.pl/media/2394661/interdyscyplinarnosc_w_logopedii_e-book.pdf#page=130 (dostęp: 02.03.2022)
- Guitar, B., Conture, E. (2006). *The Child Who Stutters: To the Pediatrician*. Stuttering Foundation for America.
- Guitar, B., Conture, E. G. (2012). *Dziecko, które się jąka. Informacje dla pediatry*. Centrum Logopedyczne.
- Howell, P. (2013.) Screening school-aged children for risk of stuttering, *Journal of Fluency Disorder*, 38(2), s. 102-23.

- Ingham, R. J., Cordes, A. K. (1998). Treatment Decisions for Young Children Who Stutter: Further Concerns and Complexities, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7(3), s. 10–19.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2013). *Praktyczna interwencja w jękananiu wczesnodziecięcym*. Wydawnictwo Harmonia.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2020). *Palin Parent-Child Interaction Therapy for Early Childhood Stammering*. Routledge.
- Krajewski, G., Smoczyńska, M. (2015). *Krótki Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji*. IBE.
- Lima, M. M. O. de, Cordeiro, A. A. de A., Queiroga, B. A. M. de. (2021). Developmental Stuttering Screening Instrument: evidence of sensitivity and accuracy measures, *Revista CEFAC*, 23(5), s. 1–12.
- Mirawdeli, A. (2015). Identifying children who stutter or have other difficulties in speech production in school reception classes, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, nr 193, s. 192–201.
- Neumann, K., i.in. (2017). Clinical practice guideline: The pathogenesis, assessment and treatment of speech fluency disorders, *Deutsches Arzteblatt International*, 114(22–23), s. 383–390.
- Pertjys, M. A. J., i.in. (2014). *Clinical Guideline Stuttering in Children, Adolescents and Adults*. NVLF.
- Program Lindcombe <https://www.lidcombe.nl/downloads> (dostęp 1.02.2022).
- Riley, G.D., Riley, J. (1989). Physician's screening procedure for children who may stutter, *Journal of Fluency Disorders*, nr 14, s. 57–66.
- Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen 2020*, <https://nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2021/02/Richtlijn-stotteren-2020-def.pdf> (dostęp: 1.02.2022)
- SLS-Screening Liste Stottern*, <https://www.kasseler-stottertherapie.de/stottern/stottertest-sls/> (dostęp: 1.02.2022)
- Tumanova, V., Choi, D., Conture, E. G., Walden, T. A., Sciences, S. (2018). The Test of Childhood Stuttering, *Journal of Communication Disorders*, nr 72, s. 86–96.

- Vanryckeghem, M., Brutten, Gene, J. (2015). *Kiddy CAT. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jakających się dzieci w wieku przedszkolnym.* (tłumaczenie i adaptacja Katarzyna Węsierska (red.)).
- Walsh, B., Christ, S., Weber, C. (2021). Exploring relationships among risk factors for persistence in early childhood stuttering, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(8), s. 2909–2927.
- Węsierska, K. (2013). Badanie rozpowszechnienia zaburzeń płynności mowy i profilaktyka jąkania w środowisku dzieci w wieku przedszkolnym, *Wychowanie na co dzień*, nr 7–8, s. 238–239.
- Węsierska, K., Jeziorczak, B. (2016). *DJ – Diagnoza jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym.* Komlogo.
- Yairi, E., Ambrose, N. G. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), s. 1097–1112.
- Yairi, E., Ambrose, N. G. (2005). *Early Childhood Stuttering for Clinicians by Clinicians.* Pro-ed.
- Yairi, Ehud, Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances, *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), s. 66–87.
- Yairi, Ehud, Ambrose, N. (2020). Epidemiologia jąkania - postępy w badaniach naukowych w XXI wieku. W: *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka. Tom 2.* (s. 51–98), K. Węsierska, M. Witkowski (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Yaruss, J. S., Reardon- Reeves, N. (2017). *Early Childhood Stuttering Therapy: A Practical Guide.* Stuttering Therapy Resources.
- Yairi, E., Seery, C. (2015). *Stuttering: Foundations and clinical applications.* Pearson.

Biogram

Maria Faściszewska

- dr nauk humanistycznych, filolog polski i rosyjski, neurologopeda, surdologopeda,
- wykładowca akademicki,
- wieloletni pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej,
- ukończyła wiele szkoleń i staży u polskich i zagranicznych specjalistów zajmujących się zaburzeniami płynności mowy,
- w 2021 ukończyła Europejską Kliniczną Specjalizację ds. Zaburzeń Płynności Mowy (ECSF),
- stypendystka Stuttering Foundation 2021 *szkolenie Online Summer Workshop: Using Cognitive Approaches with People Who Stutter.*

W pracy zawodowej zajmuje się przede wszystkim profilaktyką, diagnozą i terapią logopedyczną dzieci i młodzieży z zaburzeniami płynności mówienia, opóźnionego rozwoju mowy, dzieci dwujęzycznych, dzieci i młodzieży z zaburzeniami słuchu. Autorka programów komputerowych mTalent *Percepcja słuchowa* i mTalent *Percepcja słuchowa. Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego*, wydawnictwa Learnetic.