

EWA KAPTUR

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej, Pracownia Leksykologii i Logopedii

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8094-9889>

Diagnoza i terapia logopedyczna dziecka przedwcześnie urodzonego (od okresu noworodkowego do adolescencji)

Speech therapy diagnosis and therapy of a prematurely born child
(from the neonatal period to adolescence)

STRESZCZENIE

Dzieci urodzone przedwcześnie znajdują się w grupie ryzyka dzieci, u których mogą wystąpić czynniki negatywnie oddziałujące na ich rozwój psychoruchowy, emocjonalny, społeczny. W wypadku cięższych powikłań, spowodowanych uszkodzeniami OUN, dochodzi do poważnych patologii obserwowanych już w pierwszych miesiącach życia dziecka. Często jednak następstwa wcześniactwa odczuwane są dopiero w późniejszych latach – na etapie rozwoju przedszkolnego czy szkolnego. Dlatego tak ważne jest, aby dzieci przedwcześnie urodzone były pod opieką neurologopedów już na oddziale neonatologicznym, a później miały możliwość uczęszczania na terapię do gabinetów logopedycznych.

W artykule zwrócono uwagę na to, kiedy warto skorzystać z pomocy logopedy. Wyjaśniono, czy wizyty mają mieć charakter konsultacyjny, czy też ciągły, w postaci regularnej terapii. Pokazano też niejednorodną grupę dzieci i młodzieży, które uczestniczyły w zajęciach logopedycznych, wskazano metody (także te wspomagające) stosowane podczas terapii oraz krótko scharakteryzowano wybrane działania logopedy w obszarze funkcji prymarnych (pobór pokarmu) i sekundarnych (mówienie).

Słowa kluczowe: poród przedwczesny, rozwój wcześniaka, wczesna interwencja logopedyczna, terapia logopedyczna, funkcje prymarne i sekundarne, metody terapii

SUMMARY

Children born prematurely are in the risk group of children who may experience factors negatively affecting their psychomotor, emotional, social development. In the case of more severe complications, caused by CNS damage, there are serious pathologies observed already in the first months of a child's life. However, often the consequences of prematurity are felt only in later years - at the stage of preschool or school development. That's why it's so important that babies born prematurely are cared for by neurologists already in the neonatal ward, and later have the opportunity to attend speech therapy clinics.

The article points out when it is appropriate to seek the help of a speech therapist. It was explained whether the visits should be consultative or continuous, in the form of regular therapy. The heterogeneous group of children and adolescents who participated in speech therapy classes is also shown, the methods (including supportive ones) used during therapy are indicated, and selected speech therapist activities in the area of primal (food intake) and secundal (speaking) functions are briefly characterized.

Key words: preterm birth, preterm infant development, early speech therapy intervention, speech therapy, primaries and seconds functions, therapy methods

WPROWADZENIE

Dzieci urodzone przedwcześnie znajdują się w grupie ryzyka dzieci, u których mogą wystąpić czynniki negatywnie oddziałujące na ich rozwój psychoruchowy, emocjonalny, społeczny. W wypadku cięższych powikłań, spowodowanych uszkodzeniami OUN, dochodzi do poważnych patologii narządów wzroku i słuchu, funkcji poznawczych oraz motorycznych, a także zaburzeń w rozwoju psychoruchowym i w mowie, obserwowanych już w pierwszych miesiącach życia dziecka. Często jednak następstwa wcześniactwa odczuwane są dopiero w późniejszych latach – na etapie rozwoju przedszkolnego czy szkolnego. Dlatego tak ważne jest, aby dzieci przedwcześnie urodzone były otoczone opieką przez grono specjalistów, w tym neurologopedów, już na oddziale neonatologicznym, a później miały możliwość skorzystania z terapii w gabinecie logopedycznym.

Logopeda pracujący z dzieckiem przedwcześnie urodzonym może towarzyszyć mu w rozwoju od okresu noworodkowego do adolescencji. Podjęta współpraca może mieć charakter incydentalny, wtedy gdy terapeuta tylko konsultuje dziecko w kluczowych momentach albo stały – gdy konieczne są zintensyfikowane działania logopedyczne mające na celu poprawienie jakości funkcjonowania dziecka w obszarze funkcji prymarnych lub/i sekundarnych.

WCZEŚNIACTWO – DEFINICJA, STATYSTYKA

Wcześnieak to każdy noworodek urodzony między 23. (skończonym 22.) a 37. tygodniem ciąży (lub przed 259. dniem ciąży, licząc od daty ostatniej mie-

siączki) (Bręborowicz et al. 2003, 183; Gadzinowski, Kęsiak 2008, 1). Sam termin *wcześniactwo* pierwszy raz został użyty przez Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia w 1950 roku (Chrzan-Dętkoś 2012, 17).

Grupa dzieci przedwcześnie urodzonych jest bardzo niejednorodna. Zazwyczaj wskazuje się dwa parametry: czas narodzin i wagę urodzeniową¹. Ze względu na wiek ciąży wyróżnia się:

- a) ekstremalnie skrajne wcześniactwo – wtedy gdy poród ma miejsce przed ukończeniem 27. tygodnia ciąży (27 + 6/7 t.c.),
- b) skrajne wcześniactwo – wtedy gdy dziecko rodzi się między 28. a 31. tygodniem ciąży (od 28 + 0/7 do 31 + 6/7 t.c.),
- c) średnie lub późne wcześniactwo – ma miejsca wtedy, gdy dziecko urodziło się między 32. a ukończonym 36. tygodniem ciąży (od 32 + 0/7 do 36 + 6/7 t.c.) (Chrzan-Dętkoś 2012, 17; Gacka 2017, 193).

Drugą wartością braną pod uwagę jest masa urodzeniowa. Z tego względu WHO wyróżnia grupy noworodków:

- a) z niewiarygodnie małą urodzeniową masą ciała (*incredibly low birth weight*, ILBW < 750 g),
- b) z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała (*extremely low birth weight*, ELBW < 1000 g),
- c) z bardzo małą urodzeniową masą ciała (*very low birth weight*, VLBW < 1500 g),
- d) z małą urodzeniową masą ciała (*low birth weight*, LBW0 < 2500 g) (Gadzinowski, Kęsiak 2008, 6; Gacka 2014, 33–34).

Warto podkreślić, iż nawet wcześniaki urodzone w tym samym czasie lub mające podobną wagę urodzeniową będą inaczej się rozwijały ze względu na „zupełnie inną historię medyczną związaną z ewentualnymi komplikacjami zdrowotnymi lub interwencjami, które były potrzebne podczas ich hospitalizacji” (Chrzan-Dętkoś 2012, 2017).

Daniel Lipka i Hubert Huras (online) zauważają, że PTB (*preterm birth*) dotyka ok. 15 000 000 dzieci rocznie na całym świecie, co powoduje, że odsetek urodzeń przedwczesnych stanowi ok. 11% porodów w skali globalnej. Według

¹ Dla oceny rozwoju fizycznego noworodka ważne są także wyniki pomiarów antropometrycznych, czyli wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej. Ocena rozwoju polega na regularnym wykonaniu pomiarów, porównaniu danych z normą oraz interpretacji uzyskanych wyników. Normy przedstawiane są osobno dla dziewcząt i chłopców w postaci tabel liczbowych lub siatek centylowych (Gawor 2012, 19; Kornacka, Bokiniec 2008, 91; Czajkowska, Kaptur 2016, 207). Dla dzieci urodzonych przedwcześnie istnieją odrębne siatki centylowe.

danych zamieszczonych przez Główny Urząd Statystyczny w 2023 roku urodziło się 273 369 dzieci, z czego 19 635 to ciążę rozwiązane przed upływem 37. tygodnia ciąży (7,18% wszystkich urodzeń to urodzenia przedwczesne). Dane te są dość stałe. Dla porównania: w 2022 roku odsetek wcześniaków wynosił 7,35%, w 2021 roku – 7,37%, w 2020 roku – 7,17% (www.wczesniak.pl, online).

Wcześnieactwo jest główną przyczyną śmiertelności okołoporodowej (ok. 80%) noworodków oraz powikłań neurologicznych. Znacząca większość (ok. 95%) uszkodzeń OUN ma miejsce w okresie płodowym i noworodkowym, a liczba powikłań pojawiających się w pierwszych tygodniach życia dziecka jest odwrotnie proporcjonalna do stopnia jego dojrzałości przy urodzeniu (Kaczorowska-Bray 2012, 230; Kaptur, Sławek 2017, 76). Rozmiary i nasilenie tych zaburzeń są największe u dzieci z ekstremalnie niską masą urodzeniową (Kaczorowska-Bray 2012, 230).

Mimo ogromnego postępu w neonatologii wśród noworodków o masie ciała poniżej 1500 g obserwuje się 200-krotnie ryzyko zgonu w pierwszym r.ż. w porównaniu z noworodkami o masie powyżej 2500 g. Ponadto należy zaznaczyć, że każdy procentowy wzrost przeżywalności w tej grupie noworodków związany jest z dwuprocentowym wzrostem niepełnosprawności dzieci w populacji (Chrzan-Dętkoś 2016, 162).

ROZWÓJ DZIECKA PRZEDWCZEŚNIE URODZONEGO

U dzieci przedwcześnie urodzonych może pojawić się szereg czynników negatywnie oddziałujących na ich rozwój psychiczny, motoryczny, emocjonalny i społeczny. Badacze zaliczają do nich m.in.: a) wczesne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN): krwawienia okołodokomorowe (PVH/IVH) oraz leukomalację okołodokomorową (PVL), b) problemy oddechowe: zespół zaburzeń oddychania (RDS/ZZO), dysplazję oskrzelowo-płucną (BPD) czy przewlekłą chorobę płuc (CLD), c) martwicze zapalenie jelit (NEC), d) retinopatię wcześniaczą (ROP), e) brak odruchów lub nieprawidłowo wykształcone odruchy w obrębie jamy ustnej (Chrzan-Dętkoś 2012, 25; Helwich 2003, 38; Pawłowska-Jaroń, Orłowska-Popek 2019, 151–152, Winnicka 2019, 6). Przebywanie w nieprzyjaznych warunkach szpitalnych skutkujące negatywnymi bodźcami płynącymi ze środowiska zewnętrznego także przyczynia się do opóźnionego czy nieprawidłowego rozwoju dziecka.

Rozwój dziecka przedwcześnie urodzonego może: a) być prawidłowy, b) być odchylony od normy w pierwszym r.ż. (co stanowi konsekwencję adaptacji do nieprawidłowych warunków środowiskowych, takich jak np. intensywne leczenie na oddziale neonatologicznym), c) prezentować łagodne objawy neurolo-

giczne, które następnie zostaną znormalizowane podczas pierwszego r.ż. dziecka (Kułakowska 1999 – podają za: Gacka 2014, 40).

W wyniku zarówno czynników zewnętrznych, jak i wewnętrznych mogą się jednak pojawić zaburzenia o podłożu neurologicznym i neuropsychologicznym, takie jak m.in.: a) mózgowe porażenie dziecięce (MPD), b) patologia wzroku – jako efekt nie w pełni wykształconych naczyń krwionośnych siatkówki zwiększający ryzyko wystąpienia retinopatii, c) patologia słuchu – jako następstwo nieprawidłowości w okresie rozwoju płodowego lub jako skutek uboczny działania leków ototoksycznych, podawanych w trakcie leczenia np. zaburzeń oddychania, d) encefalopatia sprzężona, której nasilone objawy są widoczne już od pierwszych miesięcy życia dziecka i charakteryzują się między innymi: zaburzeniami napięcia mięśniowego, szybko narastającymi deformacjami układu kostnego oraz nieprawidłowościami na poziomie rozwoju poznawczego (niepełnosprawność intelektualna) i rozwoju mowy (zupełny brak mowy werbalnej lub zaburzenia o charakterze dyzartrycznym), e) patologia poznawcza i emocjonalna (nadaktywność, zaburzenia koncentracji, problemy z nauką), f) trudności poznawcze i psychopedagogiczne, g) rozwój dysharmonijny lub opóźniony, h) opóźnienie rozwoju mowy (Bielecka-Cymerman 2003, 42–54; Chrzan-Dętkoś 2016, 166–174; Kułakowska 2003, 246–247; Kaptur, Sławek 2017, 80).

Wśród zaburzeń pojawiających się w rozwoju dzieci przedwcześnie urodzonych wymienia się patologie poznawcze i emocjonalne oraz trudności poznawcze i psychopedagogiczne. Są one zwykle wynikiem łagodnych dysfunkcji mózgowych. Mogą one manifestować się m.in. niepokojem, nadpobudliwością, płaczliwością, zaburzeniami snu / ucieczką w sen, wycofywaniem się ze spontanicznej i samodzielnej aktywności, zmianami w jakości ruchu oraz trudnościami w karmieniu (Gadzinowski, Kęsiak 2008; Winnicka-Makulec 2012, 192). Wraz z rozwojem dziecka do problemów tych dochodzą: opóźnienie rozwoju mowy, wady artykulacyjne, zaburzenia koncentracji i uwagi, zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzenia równowagi, zaburzenia motoryki małej. W momencie pójścia dziecka do przedszkola mogą ujawnić się problemy z adaptacją w grupie rówieśniczej oraz somatognostyczne (trudności w orientacji co do schematu własnego ciała oraz w czasie i przestrzeni). Z kolei na etapie szkolnym często pojawiają się problemy o charakterze dyslektycznym (Chrzan-Dętkoś 2012, 45; Chrzan-Dętkoś 2016, 173–174; Kaptur, Sławek 2020, 12).

Każde dziecko przedwcześnie urodzone będzie prezentowało inny wzorzec rozwoju. Często, mimo wnikliwego wywiadu i określenia wyjściowego stanu neurologicznego dziecka, trudno przewidzieć prognozy co do dalszego jego rozwoju (Kaczorowska-Bray 2012, 232). Niektóre nieprawidłowości w funkcjonowaniu OUN, które ujawniają się u dziecka w okresie noworodkowym, w związku z dużą

plastycznością mózgu i jego zdolnościami regeneracyjnymi, mogą stopniowo zanikać. Trudno jednak jednoznacznie ocenić, czy mają one charakter przejściowy, czy też spowodują w przyszłości poważne zaburzenia.

STANDARDY OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ NAD DZIEĆMI PRZEDWCZEŚNIE URODZONYMI

Wcześnieaczy noworodek wymaga zaopiekowania jeszcze na oddziale położniczym/neonatologicznym przez grono specjalistów, w tym: lekarzy, pielęgniarek, położnych, logopedów, fizjoterapeutów, psychologów (Montgomery et al. 2015, 655; Pusz 2016, 300). Na oddziałach neonatologicznych w szpitalach III stopnia referencyjności rodzice wcześniaków zazwyczaj mają możliwość skorzystania z pomocy wykwalifikowanego w tej dziedzinie personelu (Bernatowicz-Łojko, Brzozowska-Misiewicz, Twardo 2013, 47). I tak stymulacją logopedyczną zajmują się neurologopedzi lub logopedzi – specjaliści wczesnej interwencji logopedycznej (Bernatowicz-Łojko, Brzozowska-Misiewicz, Twardo 2013, 47; Czajkowska, Kaptur 2016, 205; Dworzańska, Borowicz-Lech 2016, 11), a rehabilitacją ruchową – fizjoterapeuci (Czajkowska, Kaptur 2016, 206; Zajączkowska-Sadlok 2014, 60).

Rodzice wcześniaków po wyjściu ze szpitala powinni mieć także możliwość skorzystania z pomocy oferowanej przez specjalistyczne przyszpitalne poradnie czy ośrodki wczesnej interwencji, pod których opieką dzieci pozostawałoby do momentu ukończenia drugiego r.ż. (Jasiak-Pałczyńska 2014, 36; Kaptur, Sławek 2017, 78).

Bardzo rzadko rodzic dziecka przedwcześnie urodzonego na szpitalnym wypisie znajduje informacje o potrzebie konsultacji logopedycznych czy fizjoterapeutycznych. O konieczności wizyty u specjalisty najczęściej dowiaduje się w momencie, gdy dziecko wykazuje problemy z poborem pokarmu, prezentuje nieprawidłowy wzorec ruchu, jego rozwój psychoruchowy jest opóźniony lub nieharmonijny. Przy czym w pierwszej kolejności szuka pomocy u rehabilitanta ruchowego, który najczęściej kieruje pacjenta do logopedy/neurologopedy.

W praktyce jednak opieką logopedyczną objęte są dzieci w wieku przedszkolnym, choć logopedzi postulują, by rozszerzyć te działania na okresy znacznie wcześniejsze: prenatalny, perinatalny i postnatalny (Gacka 2012; Łobacz 2005; Węsierska 2013). W zależności od kierunku działań interwencja logopedyczna przyjmuje formę nawzajem się uzupełniającej profilaktyki, diagnozy i terapii (Gunia 2012, 57; Węsierska 2012, 25).

Jeżeli istnieje taka potrzeba, opieka logopedyczna powinna być poszerzona i obejmować także czas edukacji szkolnej. Zdzisława Orłowska-Popek i Hali-

na Pawłowska-Jaroń (2023, 80) podkreślają, iż „Optymalnym momentem zakończenia monitorowania rozwoju wydaje się okres edukacji wczesnoszkolnej (tzn. do ukończenia klasy trzeciej szkoły podstawowej), przy założeniu że każda sytuacja niepokojąca rodzica w późniejszym okresie edukacji będzie mogła być konsultowana ze specjalistami”.

KONSULTACJE DZIECKA PRZEDWCZEŚNIE URODZONEGO

Pierwsze konsultacje logopedyczne powinny mieć miejsce jeszcze na oddziale szpitalnym. Jeżeli logopeda nie stwierdzi nieprawidłowości w rozwoju dziecka, warto zgłosić się do specjalisty po ukończeniu przez wcześniaka szóstego m.ż.², a potem w okolicach jego pierwszego r.ż.³. Trzeba pamiętać o tym, że w przypadku dzieci urodzonych przedwcześnie brany jest pod uwagę ich wiek korygowany, a nie urodzeniowy. W późniejszym czasie zaleca się konsultacje logopedyczne na początku edukacji przedszkolnej, a potem szkolnej, w celu określenia m.in. kompetencji komunikacyjnej i językowej, poprawności wymowy, ryzyka dysleksji.

DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA DZIECKA PRZEDWCZEŚNIE URODZONEGO

Diagnozę logopedyczną definiuje się jako „zbiór określonych zasad oraz metod postępowania badawczego mających na celu ocenę rozwoju mowy osoby badanej oraz określenie nieprawidłowości występujących w procesie komunikowania się” (Iskra, Szuchnik 2005, 271). Jak zaznacza Katarzyna Kaczorowska-Bray (2012, 258): „Diagnoza logopedyczna stanowi integralną część całościowej diagnozy dziecka zagrożonego nieprawidłowościami rozwojowymi, gdyż mowa nie powinna być rozpatrywana jako funkcja rozwijająca się niezależnie, lecz na tle rozwoju psychoruchowego dziecka”. A dziecko urodzone przedwcześnie znajduje się w tej grupie dzieci zagrożonych ryzykiem wystąpienia nieprawidłowości w różnych obszarach funkcjonowania.

Celem diagnozy logopedycznej jest określenie aktualnych możliwości dziecka. Logopeda u najmłodszych pacjentów w pierwszej kolejności będzie oceniał funkcje prymarne, takie jak:

- a) odruchy ustno-twarzowe: otwierania i zamykania ust, szukania, ssania, połykania, wysuwania języka, zwracania, kąsania (do czwartego-siód-

² To moment, w którym rodzice zaczynają rozszerzać dziecku dietę.

³ W celu oceny rozwoju funkcji sekundarnych, w tym mowy.

- meo m.ż), żucia (od czwartego-siódemego m.ż.), zuchwowy, akustyczno-twarzowy, optyczno-twarzowy) (Masgutowa, Regner 2009, 55–73; Regner 2016, 286; Rządźka 2009, 65)⁴,
- b) triada ssanie – połykanie – oddychanie (a potem gryzienie – połykanie – oddychanie, żucie – połykanie – oddychanie) (Boiron, Nobrega, Roux, Henrot, Saliba 2007, 439; Czajkowska, Kapturek 2016, 211; Machoś, Czajkowska 2019: rozdział 2, rozdział 5⁵; Pluta-Wojciechowska 2015, 62–63, 64–69, 90–94; Rządźka 2019, 13),
 - c) połykanie (Pluta-Wojciechowska 2015, 74–84),
 - d) rozwój funkcji przedjęzykowych (głuzenia i gaworzenia) (Pluta-Wojciechowska 2015, 145–151).

W rozwoju mowy, która jest umiejętnością ruchową, istnieje ścisła zależność rozwoju psychoruchowego i aparatu pokarmowo-artykulacyjnego. Dlatego podczas wczesnej diagnozy logopedycznej należy zebrać informacje dotyczące zarówno funkcji pokarmowych, jak też aparatu artykulacyjnego. W związku z tym u każdego dziecka logopeda ocenia m.in.: a) warunki anatomiczne w obrębie twarzy i jamy ustnej, b) funkcjonowanie narządów artykulacyjnych, c) sposób oddychania, d) reakcje słuchowe, e) umiejętność komunikowania się, f) rozwój mowy, g) umiejętność poboru pokarmów i napojów o zróżnicowanej konsystencji, fakturze i teksturze (Dworzańska, Borowicz-Lech 2016, 11–13; Kaczorowska-Bray 2012, 243–245; Pluta-Wojciechowska 2015, 145–151).

Wszelkie opóźnienia w tym obszarze objawiają się impulsywnymi lub osłabionymi ruchami w sferze orofacjalnej, które znajdują odzwierciedlenie w wolnym bądź też przyspieszonym ssaniu, połykaniu, gryzieniu, żuciu czy, w późniejszym etapie, artykulacji. Opóźnienia mogą z kolei hamować tworzenie się wyższych, kontrolowanych schematów koordynacji podczas artykulacji, czego konsekwencją mogą być m.in. zaburzenia na poziomie ekspresji mowy (Masgutowa, Regner 2009, 74; Stecko 2002, 17).

U starszych dzieci, będących w wieku poniemowlęcym, objawy najczęściej są ustalane na podstawie obserwacji, wywiadu, prób i testów językowych. Uwzględniając dodatkowo wyniki badań uzupełniających (m.in. audiologicznych, foniatrycznych, neurologicznych, psychologicznych, pedagogicznych), logopeda dokonuje wstępnej diagnozy, oceniając zachowania językowe dziecka. Podstawo-

⁴ Badacze podkreślają znaczenie oceny odruchów ustno-twarzowych we wczesnej diagnostyce dzieci przedwcześnie urodzonych, ponieważ dostarczają one wielu informacji o funkcjach ich układu nerwowego (szczególnie istotny jest tu częsty brak odruchu ssania). Przetrwale odruchy pierwotne mogą przyczynić się do zahamowania rozwoju odruchów posturalnych, uniemożliwiając dziecku tym samym właściwą integrację ze środowiskiem (Stecko 2002).

⁵ W przywołanej publikacji nie ma paginacji stron.

wym celem diagnozy logopedycznej jest potwierdzenie (oraz późniejsze uszczegółowienie) lub wykluczenie zaburzenia mowy czy komunikacji na podstawie określonych objawów, patogenezy oraz patomechanizmu.

TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECKA PRZEDWCZEŚNIE URODZONEGO

1. Dzieci i młodzież objęte terapią logopedyczną

W terapii logopedycznej powinny znaleźć się te wszystkie dzieci i nastolatki, które wykazują opóźniony lub nieharmonijny rozwój funkcji poznawczych, emocjonalnych, społecznych, widocznych nieprawidłowości w motoryce małej, w artykulacji, w komunikacji, w nabywaniu kompetencji komunikacyjnej i językowej.

Będą one prezentować bardzo niejednorodną grupę, do której należą m.in.⁶:

- chłopiec 1. (obecnie 5 lat; w terapii 2,5 roku, urodzony w 27. t.c). Problem: intubacja, tracheostomia (od 0,6 do 18. m.ż), sonda (do 4. m.ż.), wylewy dokomorowe II stopnia, brak mowy czynnej, wada wzroku. Obecnie stwierdzone spektrum autyzmu, jąkanie wczesnodziecięce, seplenie międzyzębowe, zaburzenia SI. Chłopiec jest po zabiegu zamknięcia tracheostomii, przed zabiegiem tonssilektomii;
- dziewczynka 1. (obecnie 5 lat; w terapii była między 2,5. a 4. r. ż., urodzona w 30. t.c., z hipotrofią – 700 g). Problem: opóźniony rozwój psychoruchowy, brak mowy czynnej. Obecnie: seplenie międzyzębowe, zaburzenia SI, wada wzroku;
- dziewczynka 2. (obecnie 9 lat; w nieregularnej terapii między trzecim a szóstym r.ż., urodzona w 31. t.c., z hipotrofią – 1090 g). Problem: wylew lewostronny dokomorowy III stopnia, problemy hematologiczne – małopłytkowość, zespół wymiotów cyklicznych, brak mowy czynnej, problemy z poborem pokarmu (sonda, butelka). Obecnie stwierdzone spektrum autyzmu, nadal duży problem z jedzeniem;
- dziewczynka 3. (obecnie 3,5 roku; w terapii była między 15. m.ż. a 26. m.ż.; urodzona w 35. t.c. z trisomią 21). Problem: całościowy opóźniony rozwój psychoruchowy, niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia SI, brak mowy czynnej;
- chłopiec 2. (obecnie 3.10; w terapii był między pierwszym a drugim r.ż; urodzony w 35. t.c.). Problem: wielotorbielowatość nerek, stan po usunię-

⁶ Wszystkie przywołane dzieci i nastolatki są lub były w terapii logopedycznej prowadzonej przez autorkę artykułu.

- ciu nerki, respirator (dwa miesiące) problemy z poborem pokarmu (sonda do chwili obecnej), opóźniony rozwój psychoruchowy, zaburzenia SI, brak mowy czynnej;
- nastolatek 1. (obecnie 17 lat; terapia między 10. a 11. r.ż.; urodzony w 35. t.c., z ciąży bliźniaczej). Problem: seplenienie międzyzębowe głosek przedniojęzykowo-zębowych [s, z, c, ʒ], brak głoski [r];
 - nastolatka 1. (obecnie 18 lat; w terapii od 7. do 9. r.ż; urodzona w 36. t.c.). Problem: seplenienie boczne głosek przedniojęzykowo-zębowych i dźwiękowych;
 - dziewczynka 4. (obecnie trzy lata; w terapii była od pierwszego r.ż. do dwóch i pół lat; urodzona w 36. t.c., z hipotrofią – 2120 g). Problem: stwardnienie guzowate, zespół de Grouchy’ego, epilepsja, brak mowy czynnej, opóźniony rozwój psychoruchowy, zaburzenia SI, problemy z poborem pokarmu, wada wzroku i słuchu, niepełnosprawność intelektualna;
 - dziewczynka 5. (obecnie 5 lat; w terapii między 3.5 a 4.5 r.ż.; urodzona w 36. t.c.). Problem: delecja I i duplikacja VII chromosomu, brak mowy czynnej, opóźniony rozwój psychoruchowy, zaburzenia SI, problemy z poborem pokarmu, niepełnosprawność intelektualna;
 - dziewczynka 6. (obecnie 9 lat; spotkania konsultacyjne między pierwszym a siódmym r.ż; urodzona w 36. t.c.). Problem: rozszczep całkowity, problemy z poborem pokarmu, dyslalia (rotacyzm);
 - nastolatka 2. (obecnie 13 lat; spotkania konsultacyjne między 4. a 10. r.ż; urodzona w 36. t.c.). Problem: seplenienie międzyzębowe głosek przedniojęzykowo-zębowych i dźwiękowych;
 - dziewczynka 7. (obecnie 7 lat; w terapii 4 lata; urodzona w 37. t.c., z hipotrofią – 2240 g); Problem: wybiórczość pokarmowa, wada wzroku (nadwzroczność i astygmatyzm). Obecnie potwierdzone spektrum autyzmu.

2. Stymulacja wybranych funkcji prymarnych i sekundarnych na zajęciach logopedycznych

W sytuacji gdy logopeda widzi konieczność stałej współpracy z wcześniakiem i jego rodzicami na regularnych zajęciach, ważne jest, by w swych działaniach terapeutycznych nie ograniczał się wyłącznie do sfery rozwoju mowy. Mowa bowiem nie jest funkcją rozwijającą się samodzielnie i niezależnie, lecz jest uwarunkowana ogólnym rozwojem psychoruchowym dziecka. Dlatego też postuluje się, by patrzeć na dziecko całościowo, a w procesie diagnostycznym i terapeutycznym uwzględniać etapy rozwoju wszystkich funkcji poznawczych.

W związku z tym w działaniach terapeutycznych, które powinny być podejmowane już w okresie niemowlęcym, należy uwzględniać różne sfery rozwoju dziecka, w tym: a) motorykę dużą i małą, b) spostrzeganie wzrokowe, c) spostrzeganie słuchowe, d) mowę, e) zabawę, f) relacje społeczne, g) pamięć (Cieszyńska, Korendo 2011, 17–18).

W pierwszych etapach rozwoju dzieci szczególne znaczenie mają sprawności motoryczne, ponieważ opóźnienia widoczne w rozwoju motorycznym bardzo często sygnalizują ewentualne problemy ujawniające się na poziomie poznawczym, emocjonalnym i społecznym (Cieszyńska, Korendo 2011, 21; Cytowska 2008, 102–103). Dlatego tak ważne jest uwzględnianie w rozwoju niemowląt poszczególnych faz, w czasie których pojawiają się nowe potrzeby, zaspokajane dzięki umiejętnościom rozwiniętym w poprzednich etapach. U najmłodszych dzieci mamy do czynienia ze ścisłą zależnością motoryki (zarówno dużej, jak i małej) z rozwojem psychicznym. Z kolei uzyskana po ukończeniu pierwszego roku życia sprawność ruchowa bardzo mocno łączy się z koordynacją wzrokowo-ruchową. Natomiast odpowiedni poziom motywacji do komunikowania się z otoczeniem wpływa na rozwój mowy i kontaktów społecznych (Cytowska 2008, 103). W ocenie postępów dziecka należy jednak pamiętać o pewnym marginesie czasowym, wynikającym z cech samego dziecka, a także czynników środowiskowych. W wypadku wcześniaków pojęcie normy dla konkretnych faz rozwojowych zyskuje szczególne znaczenie.

Logopeda prowadzący regularną terapię z pacjentami urodzonymi przedwcześnie powinien zwrócić szczególną uwagę na funkcje prymarne, w tym: oddychanie, połykanie, pobór pokarmu, w następnie sekundarne, np. mówienie, czytanie, pisanie. Poniżej przedstawiono dwa wybrane elementy terapii odbywającej się w gabinecie logopedycznym.

Na sposób i jakość żywienia dziecka przedwcześnie urodzonego wpływ będzie miał jego wiek urodzeniowy, masa ciała, wydolność krążeniowa, wydolność oddechowa, układ trawienny i wydalniczy, stan chorobowy (Machoś, Czajkowska 2019, rozdział 2.2; Sullivan et al. 2005, 77). Marzena Machoś i Magdalena Czajkowska (2019, rozdział 2.3 i 2.4) zauważają, iż na ssanie u wcześniaka ma wpływ także jego stan neuromotoryczny (w tym: fizjologiczna hipotonia mięśniowa, brak poduszeczek tłuszczowych w obrębie policzków, wzorce wypostne, słaba realizacja odruchu ssania) i behawioralny, dotyczący stanu snu i jego pobudzenia oraz czuwania.

Noworodki z niewiarygodnie i ekstremalnie niską wagą urodzeniową przejdą przez wszystkie fazy podaży pokarmu: od żywienia dożylnego, omijającego układ trawienny i podawanego bezpośrednio do krwiobiegu, przez karmienie sondą, za pomocą której mieszanka lub mleko matki podawane jest przez jamę ustną

lub nosową bezpośrednio do żołądka aż po karmienie piersią/butelką (Bernatowicz-Łojko et al. 2013, 43–44; Pilewska-Kozak et al. 2009, 117–137; Witak-Światłowicz 2007, 345). W okresie postnatalnym, w okolicach 34. t.c. wieku korygowanego, parametry życiowe dziecka zazwyczaj są ustabilizowane i wcześniak jest w stanie skoordynować ssanie, połykanie i oddychanie (Winnicka 2019, 9). Wiąże się z tym gotowość do rozpoczęcia karmienia prosto z piersi lub butelki (Bednarczyk et al. 2014, 36–39; Czajkowska, Kaptur 2016, 211; Witak-Światłowicz 2007, 345). Ewa Winnicka (2017, 14) podkreśla, że doustne podanie pokarmu wcześniakowi wymaga specjalistycznej wiedzy i umiejętności, a brak tych kompetencji może nieść za sobą ryzyko częstych spadków saturacji, skutkujących m.in. niedotlenieniem, omdleniami, zaburzeniem rytmu krążeniowo-oddechowego, krztuszeniem, wymiotami, aspiracją pokarmu do dróg oddechowych.

Zdrowe wcześniaki zazwyczaj dość szybko wyrównują początkowe opóźnienie i często w okolicach wieku korygowanego są w stanie rozpocząć rozszerzanie diety zgodnie z kalendarzem karmienia (Witak-Światłowicz 2007, 346). Kolejne etapy w rozwoju funkcji pokarmowych, czyli pobieranie pokarmu z łyżeczki, picie z kubka, odgryzanie, gryzienie, żucie, powinny więc przebiegać tak jak u dzieci donoszonych.

U dzieci przedwcześnie urodzonych dodatkowo obciążonych (zespół genetyczny, wady rozwojowe, MPD, inne nieprawidłowości) problemy z karmieniem rozpoczynają się już w momencie urodzenia i mogą trwać do wieku senioralnego.

Rozwój mowy jest skorelowany z rozwojem grup mięśni używanych w trakcie poboru pokarmu. Dlatego tak istotna jest wczesna rehabilitacja w celu lepszej koordynacji wzrokowo-ruchowo-czuciowej (Rządźka 2019, 40). Wczesna interwencja logopedyczna, przygotowująca niemowlęcy aparat artykulacyjny do mówienia, rozpoczyna się po urodzeniu. Polega na stymulowaniu funkcji prawidłowego oddychania, ssania, karmienia, połykania, czyli tym samym mobilizuje artykulatory do mówienia.

Rozwój mowy dzieci urodzonych przedwcześnie może, ale nie musi przebiegać w sposób odmienny, niż dzieje się to u dzieci urodzonych o czasie. Tym samym nie można wskazać jednego modelu rozwoju mowy typowego dla wcześniaków. Problemy, prymarnie z poborem pokarmu, a sekundarnie z mową, mogą być konsekwencją przewlekłych zaburzeń oddychania, traumatycznych, ale koniecznych procedur medycznych (związanych np. z wielokrotnymi intubacjami czy długim karmieniem sondą) czy nieprecyzyjnych technik karmienia (w środowisku szpitalnym lub domowym). Będą też wiązały się z zaburzeniami adaptacyjnymi wcześniaka, jego deficytami słuchu, wzroku, czucia czy też braku integracji lub nieprawidłowej integracji zmysłów (Domżańska-Popadiuk 2014, 65; Kaptur 2023, 8; Kowalska 2019, 23). Ewa Winnicka (2019, 9) wśród czynników wpły-

wających na opóźnienie rozwoju mowy wymienia jeszcze długość pobytu w szpitalu, wynik punktacji Apgar, masę i wiek urodzenia, zaburzenia regulacji stanów, czułość matki.

Specjaliści pracujący z dziećmi przedwcześnie urodzonymi zaznaczają, że często występujący opóźniony rozwój mowy i języka w tej grupie związany jest z wylewami krwi do mózgu, z zespołami zburzeń oddychania, z hipotrofią. Dlatego też inaczej będzie wyglądał obraz rozwoju mowy u skrajnych wcześniaków, z wagą poniżej 1500 g, u których obserwuje się problemy z wokalizacją, artykulacją, rozumieniem treści werbalnych, mniejszym zasobem słownictwa, uboższą składnią (Chrzan-Dętko 2016, 172), a inaczej u dojrzałych wcześniaków, których mowa może rozwijać się normatywnie, zgodnie nawet z wiekiem urodzeniowym, a nie korygowanym. W części przypadków u dzieci urodzonych przedwcześnie mowa rozwijać się będzie w sposób zaburzony i będzie wymagać wczesnych działań terapeutycznych (Marczykowska, Koczaja-Styka 2017, 169).

3. Metody stosowane w terapii dzieci i młodzieży

Regularne zajęcia logopedyczne, zwłaszcza wczesne, mają znaczący sens terapeutyczny. Do zazwyczaj wykorzystywanych terapii stosowanych w logopedii lub wspomagających działania logopedy należą:

- a) terapia UTTR Castillo Moralesa (Bernatowicz-Łojko et al. 2013, 52–53; Kaczan, Regner 2004, 253–294; Masgutowa, Regner 2009; Regner 2008, 247; Rządźka 2019, 41),
- b) masaże zewnętrzne i wewnętrzne (Stecko 2002; Stecko 2013),
- c) masaż Shantala (Bernatowicz-Łojko et al. 2013, 54–55; Rządźka 2019, 41),
- d) kinesiotaping (Rządźka 2019, 42),
- e) integracja sensoryczna (SI) (Baj-Lieder 2019, 23; Karga 2008, 222–224),
- f) terapia czaszkowo-krzyżowa (Peirsmann 2011),
- g) NFR Padovan (Bernatowicz-Łojko et al. 2013, 55),
- h) neurorozwojowe metody fizjoterapeutyczne: NDT – Bobath (Borkowska 2008, 193; Łada 2013, 145; Mikołajewska, Mikołajewski 2016, 14) oraz metoda Wojty (Bagnowska 2014, 67–68; Bauer, Appaji, Mundt 1992, 37–51; Dołyk 2008, 214–215; Pusz, Stoińska 2008, 556).

Obecnie na znaczeniu zyskuje diagnoza i terapia miofunkcjonalna. Diagnoza miofunkcjonalna (z greckiego *myo* – mięsień, z łacińskiego *functio* – czynność) ma na celu wskazanie zależności między mięśniami w obszarze ustno-twarzowym a funkcjonowaniem logopedycznym pacjenta, w tym przypadku dziecka/

nastolatka urodzonego przedwcześnie. Głównym celem jest więc poprawa dystrybucji mięśni w obrębie ustno-twarzowym i skuteczna współpraca z fizjoterapeutą/osteopatą, aby usprawnić napięcie mięśniowe w całym ciele.

Diagnoza miodfunkcjonalna rozumiana jest jako prowadzenie takich oddziaływań terapeutycznych, które będą zmierzać do normalizacji przebiegu funkcji biologicznych w obszarze ustno-twarzowym. Polega ona na „prawidłowym pozycjonowaniu języka w celu poprawy funkcjonowania i napięcia mięśni jamy ustnej i twarzy, wspierania oddychania przez nos, a także poprawienia postury szyjki i jamy ustnej oraz części czaszkowo-twarzowej” (Baxter 2023, 242)⁷.

W przypadku pracy z dziećmi przedwcześnie urodzonymi to terapeuta decyduje, w jakich proporcjach i z jakim nasileniem poszczególne techniki logopedyczne będą wykorzystywane, aby wyrównać deficyty rozwojowe. Można z dużym prawdopodobieństwem założyć, że im wcześniej dziecko będzie mogło zostać poddane takim oddziaływaniom, tym lepsze będą perspektywy jego rozwoju (Pawłowska-Jaroń, Orłowska-Popek 2019, 155).

WNIOSKI

Dziecko przedwcześnie urodzone potrzebuje opieki logopedycznej na każdym etapie rozwoju. Zdrowe wcześniaki być może będą wymagały tylko konsultacji logopedycznych w kluczowych etapach rozwoju: po wyjściu ze szpitala, w okolicach szóstego m.ż, potem ok. pierwszego r.ż.⁸, w momencie rozpoczęcia edukacji przedszkolnej i szkolnej. Dzieci wykazujące nieharmonijny bądź opóźniony rozwój psychoruchowy warto wesprzeć regularną terapią logopedyczną od najwcześniejszych miesięcy. Prowadzeniem wszechstronnej diagnozy i stymulacji rozwoju zajmują się ośrodki wczesnej interwencji, ośrodki rehabilitacji dla dzieci, poradnie psychologiczno-pedagogiczne (Bernatowicz-Łojko et al. 2013, 49).

Wcześniaki objęte są także programem wczesnego wspomaganie rozwoju, rozumianego jako oddziaływanie rewalidacyjno-wychowawcze stymulujące rozwój każdego dziecka zagrożonego niepełnosprawnością, od momentu rozpoznania zagrożenia do osiągnięcia przez nie dojrzałości szkolnej. To, poprzedzone wielospecjalistyczną diagnozą, działanie skoordynowane i kompleksowe, oparte na diagnozie lekarskiej, pedagogicznej, psychologicznej, rehabilitacyjnej i logopedycznej (Cytowska 2008, 17; Kaptur, Sławek 2017, 81)⁹.

⁷ W polskiej literaturze przedmiotu powstają pierwsze opracowania opisujące terapię prowadzoną według miodfunkcji, zob np. Siudak, Prażak (2023).

⁸ Wiekowi korygowanego, a nie urodzeniowego.

⁹ Celem wczesnego wspomaganie dziecka jest m.in. wszechstronne stymulowanie jego rozwoju, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb dziecka określonych na podstawie specjalistycznej

Warto pamiętać, że problemy w rozwoju psychoruchowym dziecka przedwcześnie urodzonego mogą objawiać się w różnym wieku. Do gabinetów coraz częściej zgłaszają się nastolatki, u których zdiagnozowano np. dysleksję, dysgrafię, dysortografię lub którzy chcą polepszyć jakość swojej wymowy. Z wcześniactwa się bowiem nie wyrasta, wcześniakiem się jest przez całe życie.

BIBLIOGRAFA

- Bagnowska K., 2014, *Czynniki wpływające na skuteczność rehabilitacji metodą NDT-Bobath u dzieci urodzonych przedwcześnie*, „Nowa Pediatria” 2, s. 63–71.
- Baj-Lieder M., 2019, *Integracja sensoryczna w praktyce logopedycznej*, „Forum Logopedy” 34, s. 22–25.
- Bauer H., Appaji G., Mundt D., 1992, *Vojta Neurophysiologic Therapy*, „The Indian Journal of Pediatrics” 59, s. 37–51.
- Baxter R., 2023, *Język na uwięzi*, tłum. A. Grabowiecka-Nowak, B. Gołdynia, wyd. 2, Kraków.
- Bednarczyk M., Lewandowska M., Stobnicka-Stolarska P., Szozda A., Winnicka E., Zawitkowski P., 2014, *Ocena gotowości do funkcji jedzenia (karmienia doustnego)*, „Standardy Medyczne Pediatria” 1, s. 36–39.
- Bernatowicz-Łojko U., Brzozowska-Misiewicz I., Twardo M., 2013, *Wczesna interwencja – opieka logopedyczna od pierwszych dni życia dziecka*, [w:] *Medycyna w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie. Trzy drogi – jeden cel*, red. J.J. Błeszyński, Gdańsk, s. 40–56.
- Bielecka-Cymerman J., 2003, *Zaburzenia neurorozwojowe u dzieci urodzonych przedwcześnie*, [w:] *Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia*, red. M.K. Kornacka, Warszawa, s. 42–54.
- Boiron M., Nobrega L., Roux S., Henrot E., Saliba E., 2007, *Effects of oral stimulation and oral support on non-nutritive sucking and feeding performance in preterm infants*, „Developmental Medicine and Child Neurology” 49 (6), s. 439–444.
- Borkowska M., 2008, *Metoda NDT-Bobath (Neurodevelopmental Treatment – Bobath) w usprawnianiu dzieci z zaburzeniami rozwoju ruchowego*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków, s. 193–208.
- Bręborowicz G.H., Kamiński K., Markwitz W., Skrzypczak J., Wilczyński J., 2003, *Poród przedwczesny*, [w:] *Postępy w medycynie matczyno- płodowej: zbiór wybranych wykładów wygłoszonych na III Kongresie Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej*, red. J. Wilczyński, L. Podciechowski, D. Nowakowska, Poznań, s. 183–185.
- Chrzan-Dętkoś M., 2012, *Wcześniaki. Rozwój psychoruchowy w pierwszym roku życia*, Gdańsk.
- Chrzan-Dętkoś M., 2016, *Rozwój dzieci urodzonych przedwcześnie*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 162–179.
- Cieszyńska J., Korendo M., 2011, *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Kraków.
- Cytowska B., 2008, *Idea wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków, s. 15–26.

diagnozy, opracowanie i realizowanie programów terapeutyczno-edukacyjno-profilaktycznych dla objętego programem dziecka i jego rodziny, współpraca z rodzicami polegająca na dostarczaniu im wiedzy na temat potrzeb rozwojowych dziecka i sposobów ich zaspakajania, a także wspieranie jej w trudnych sytuacjach czy udzielanie pomocy w planowaniu edukacji dziecka (Cytowska 2008, 20; Kaptur, Sławek 2017, 81).

- Cytowska B., 2008, *Stymulowanie rozwoju niemowląt*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków, s. 101–112.
- Czajkowska M., Kaptur E., 2016, *Metoda Vojty w diagnozie i terapii triady ssanie-połykanie-oddychanie u dziecka przedwcześnie urodzonego*, „Logopedia” 45, s. 205–221.
- Dołyk B., 2008, *Diagnostyka i terapia metodą Vojty we wczesnej interwencji. Zaburzenia óśrodkowej koordynacji nerwowej*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków, s. 209–220.
- Domzalska-Popadiuk I., 2014, *Wpływ stanów chorobowych u noworodka na rozwój mowy*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 62–67.
- Dworżańska K., Borowicz-Lech L., 2016, *Diagnoza dziecka od chwili narodzin*, „Forum Logopedy” 11, s. 11–13.
- Gacka E., 2012, *Wczesna interwencja logopedyczna*, [w:] *W świecie logopedii*, t. 1. *Materiały dydaktyczne*, red. A. Podstolec, K. Węsierska, Katowice, s. 31–49.
- Gacka E., 2014, *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych*, Gdańsk.
- Gacka E., 2017, *Czynniki ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w kształtowaniu się mowy u dzieci urodzonych przed terminem (wcześniaków) w świetle założeń profilaktyki logopedycznej*, [w:] *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*, red. D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor, Gdańsk, s. 191–202.
- Gadzinowski J., Kęsiak M., 2008, *Definicje, terminologia, zasady organizacji opieki nad noworodkiem*, [w:] *Podstawy neonatologii*, red. J. Szczapa, Warszawa, s. 1–22.
- Gawor M., 2012, *Rozwój dziecka od okresu noworodkowego do 3. roku życia*, [w:] *Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego*, t. 1., red. L. Sochocka, A. Wojtyłko, Opole, s. 17–33.
- Gunia G., 2012, *Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce*, [w:] G. Gunia, V. Lechta, *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków, s. 53–67.
- Helwich E., 2003, *Ewolucja najczęstszych uszkodzeń mózgu*, [w:] *Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia*, red. M.K. Kornacka, Warszawa, s. 33–41.
- Iskra L., Szuchnik J., 2005, *Diagnoza logopedyczna*, [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska, Opole, s. 271–302.
- Jasiak-Palczyńska E., 2008, *Postępowanie interwencyjne i wczesna terapia na oddziałach noworodkowych i niemowlęcych*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków, s. 27–37.
- Kaczan R., Regner A., 2004, *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*, [w:] *Neurokinezyologiczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju*, red. L. Sadowska, Wrocław, s. 253–294.
- Kaczorowska-Bray K., 2012, *Diagnoza we wczesnej interwencji logopedycznej*, [w:] *Diagnoza logopedyczna*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańsk, s. 223–261.
- Kaptur E., Sławek J., 2017, *Opieka logopedyczna nad dzieckiem przedwcześnie urodzonym*, [w:] *Mózg – język – komunikacja*, red. M. Rutkiewicz-Hanczewska, J. Sławek, E. Kaptur, Poznań, s. 69–95.
- Kaptur E., Sławek J., 2020, *Dyslalia, dysleksja i inne problemy u dziecka przedwcześnie urodzonego*. *Studium przypadku*, „Forum Logopedy” 38, s. 11–17.
- Kaptur E., 2023, *Rozwój mowy dzieci przedwcześnie urodzonych*, „Forum Logopedy” 54, s. 5–10.
- Karga M., 2008, *Podstawowe zasady obserwacji i terapii zaburzeń integracji sensorycznej u małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków, s. 221–238.

- Kowalska K., 2019, *Terapia zaburzeń karmienia u dziecka urodzonego przedwcześnie*, „Forum Logopedy” 33, s. 22–26.
- Kułałowska Z., 2003, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Lublin.
- Lipka D., Huras H., *Poród przedwczesny – najnowsze wytyczne postępowania*, „Forum Położnictwa i Ginekologii” <https://www.forumginekologii.pl/arttykul/porod-przedwczesny-najnowsze-wytyczne-postepowania> [data dostępu: 15.09.2024].
- Łada A., 2013, *Diagnostyka i terapia neurologopedyczna w świetle koncepcji NDT-Bobath*, [w:] *Medycyna w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie. Trzy drogi – jeden cel*, red. J.J. Błęszyński, Gdańsk, s. 140–14
- Łobacz P., 2005, *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, red. T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska, Opole, s. 231–268.
- Machoś M., Czajkowska M., 2019, *Ssanie bez tajemnic*, Wrocław.
- Masgutowa S., Regner A., 2009, *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*, Wrocław.
- Marczykowska I., Koczaja-Styka W., 2017, *Opóźniony rozwój mowy na tle skrajnego wcześniactwa – studium przypadku*, „Głos – Język – Komunikacja”, t. 4, s. 164–181.
- Mikołajewska E., Mikołajewski D., 2016, *Metoda Bobath w rehabilitacji dorosłych i dzieci*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 1 (18), s. 7–23.
- Montgomery A., Stoińska B., Pusz B., Gadzinowski J., Mazela J., 2015, *Porównanie wyników oceny rozwoju w drugim roku życia dzieci urodzonych poniżej 32. t.c. w latach 1999-2003 oraz 2011-2012*, „Standardy Medyczne Pediatria”, t. 12, nr 4, s. 655.
- Orłowska-Popek Z., Pawłowska-Jaroń H., 2023, *Trudności dzieci przedwcześnie urodzonych w wieku przedszkolnym i szkolnym*, „Logopedia” 52/2, s. 63–82.
- Pawłowska-Jaroń H., Orłowska-Popek Z., 2019, *Problemy rozwojowe dzieci przedwcześnie urodzonych z perspektywy logopedycznej*, „Logopaedica Lodziensia” 3, s. 149–162.
- Peirsmann N.E., 2011, *Terapia czaszkowo-krzyżowa u dzieci i niemowląt*, przeł. J. Popcowa, Warszawa.
- Pilewska-Kozak A.B., Bałanda-Bałdyga A., Skurzak A., Bień A.M., Kielbratowska B., 2009, *Odżywianie noworodka przedwcześnie urodzonego*, [w:] *Opieka nad wcześniakiem*, red. A.B. Pilewska-Kozak, Warszawa, s. 117–137.
- Pluta-Wojciechowska D., 2015, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Pusz B., 2016, *Wczesna interwencja i stymulacja rozwoju dziecka na oddziale neonatologicznym*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, s. 300–307.
- Pusz B., Stoińska B., 2008, *Wybrane zagadnienia rehabilitacji ruchowej noworodków i małych dzieci*, [w:] *Podstawy neonatologii*, red. J. Szczapa, Warszawa, s. 545–585.
- Regner A., 2008, *Wczesna interwencja logopedyczna wobec dziecka zagrożonego niepełnosprawnościami*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków, s. 239–251.
- Regner A., 2016, *Wczesna interwencja logopedyczna zapobiegająca zaburzeniom ustno-twarzowym*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, s. 286–299.
- Rządka M., 2009, *Obszary i formy wspomagania rozwoju mowy dziecka*, [w:] *Wczesne wspomaganie dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny*, red. E. Kraszewska, Gorzów Wielkopolski, s. 65–71.
- Rządka M., 2019, *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt. Diagnostyka i stymulacja*, Kraków.

- Siudak A., Prażak J., 2023, *Zaburzenia miofunkcjonalne w kontekście rozwoju motorycznego dziecka – studium przypadku*, „Logopedia” 52(2), s. 211–224.
- Stecko E., 2002, *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Warszawa.
- Stecko E., 2013, *Logopedia małego dziecka*, Warszawa.
- Sullivan P.B., Juszcak E., Bachlet A., Lambert B., Grant H.W., Eltumi M., Alder N., Thomas A.G., 2005, *Gastrostomy tube feeding in children with cerebral palsy: a prospective, longitudinal study*, „Development Medicine and Child Neurology” 47 (2), s. 77–85.
- wczesniak.pl/statystyka/ [data dostępu: 15.09.2024].
- Węsierska K., 2012, *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, red. K. Węsierska, Katowice, s. 25–47.
- Węsierska K., 2013, *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*, Toruń.
- Winnicka-Makulec E., 2012, *Niskie napięcie mięśniowe u noworodków i niemowląt w aspekcie logopedycznym*, [w:] *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko, Warszawa, s. 189–196.
- Winnicka E., 2017, *Trudności w karmieniu wcześniaków i ich konsekwencje*, „Forum Logopedy” 22, s. 13–16.
- Winnicka E., 2019, *Logopeda na oddziale patologii noworodka*, „Forum Logopedy” 33, s. 6–11.
- Witak-Światłowicz L., 2007, *Od jedzenia do mówienia. Problemy związane z karmieniem dziecka chorego*, [w:] *Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków, s. 343–353.
- Zajączkowska-Sadlok A., 2014, *Kiedy neonatolog wzywa logopedę*, „Forum Logopedy” 3, s. 60–61.