

Ewa Gacka

Uniwersytet Łódzki\*

# OPIEKA LOGOPEDYCZNA W OPINIACH RODZICÓW DZIECI Z ZABURZENIAMI ROZWOJU MOWY. DONIESIENIA Z BADAŃ

---

SPEECH THERAPY CARE IN THE OPINIONS OF PARENTS OF CHILDREN WITH IMPAIRED SPEECH DEVELOPMENT. REPORTS FROM THE STUDY

**Słowa kluczowe:** opieka logopedyczna, dostępność usług logopedycznych, jakość usług logopedycznych, badanie opinii, ankieta.

**Keywords:** speech therapy care, availability of speech therapy services, quality of speech therapy services, opinion survey, survey.

## Wprowadzenie

Logopedia jako nauka posiada wymiar teoretyczny i praktyczny. Wyniki badań naukowych i towarzysząca im refleksja teoretyczna znajdują odbicie w praktyce logopedycznej, służąc rozwiązaniu konkretnych problemów w zakresie komunikacji językowej. Dla logopedów istotna jest odpowiedź na pytanie, jak sposób rozwiązania tych problemów jest oceniany przez osoby będące podmiotem oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych oraz ich rodziny. Ta idea przyświecała też prezentowanemu postępowaniu badawczemu. Przeprowadzone badania miały charakter ewaluacyjny, a celem każdego rodzaju ewaluacji jest wskazanie obszarów, w których należałoby wprowadzić ewentualne zmiany po to, by zwiększyć efektywność prowadzonych działań.

Opieka logopedyczna to diagnoza i terapia zaburzeń mowy, a także działania z zakresu profilaktyki, czyli przeciwdziałanie i ograniczanie negatywnych skutków nieprawidłowości w komunikacji językowej [Gunia, 2011; Słodownik-Rycaj, 2007; Jastrzębowska, 2003]. Dotyczy człowieka na przestrzeni całego życia - od okresu noworodkowego po sędziwą starość. Odpowiednio funkcjonująca opieka logopedyczna pozwala na zaspokojenie potrzeb różnych odbiorców, osób w różnym wieku i z różnymi zaburzeniami mowy, i to zarówno jeżeli chodzi o dostęp do usług logopedycznych, jak i ich jakość. W organizacji opieki logopedycznej pomocna jest analiza prze-

---

\* Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

mian społeczno-demograficznych zachodzących we współczesnych społeczeństwach, która pozwala na zintensyfikowanie oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych dla określonych grup odbiorców. Właściwa organizacja opieki logopedycznej powinna uwzględniać fakt wydłużania się życia i proces starzenia się społeczeństwa oraz związany z rozwojem medycyny wzrost przeżywalności osób (w tym dzieci) niepełnosprawnych czy też zagrożonych niepełnosprawnością [Gacka, 2012].

Czynnikami korzystnie oddziałującymi na kształt opieki logopedycznej są:

- 1) jednolite i jasno sprecyzowane uregulowania prawne; w Polsce opieka logopedyczna jest koordynowana przed dwa resorty: Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ministerstwo Zdrowia; ten rodzaj „dwuwładzy” i w związku z nim odrębne przepisy prawne nie sprzyjają rozwojowi opieki logopedycznej;
- 2) odpowiednie środki finansowe i racjonalne nimi zarządzanie;
- 3) wystarczająca, dostosowana do potrzeb liczba placówek logopedycznych, sprofilowanych ze względu na wiek i rodzaj problemów logopedycznych osób szukających pomocy;
- 4) wysoki poziom kompetencji zawodowych pracujących w placówkach logopedów;
- 5) przestrzeganie przez logopedów standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego; standardy postępowania logopedycznego dla poszczególnych zaburzeń mowy zostały opracowane i zatwierdzone przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne [Logopedia, 2008];
- 6) działalność samokształceniowa logopedów, ustawiczny rozwój warsztatu pracy, dążenie do doskonalenia umiejętności diagnostyczno-terapeutycznych;
- 7) rozwój badań naukowych z zakresu logopedii, które pozwalają na doskonalenie standardów postępowania logopedycznego;
- 8) opracowanie i wdrażanie systemu współpracy i wspierania rodzin osób z zaburzeniami komunikacji językowej;
- 9) współpraca z innymi specjalistami, takimi jak lekarze różnych specjalności (neonatology, pediatri, geriatri, lekarze rodzinni, neurologi, audyolodzy, laryngolodzy, foniatri, neurochirurdzy, ortodonci), położne, pielęgniarki, psychologowie, pedagodzy, nauczyciele; współpraca z tymi specjalistami jest niezbędna zarówno w procesie diagnozy, jak i terapii logopedycznej.

Logopedzi mają bezpośredni wpływ na część z wymienionych czynników wiążących się z jakością opieki logopedycznej. Zaliczyć do nich można: poziom kompetencji zawodowych, przestrzeganie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, działalność samokształceniową terapeutów, współpracę i wspieranie rodzin pacjentów oraz współpracę z innymi specjalistami. Na inne, dotyczące uregulowań prawnych, finansowania opieki logopedycznej czy liczby placówek logopedycznych, terapeuci mogą oddziaływać tylko pośrednio, poprzez swoich przedstawicieli w różnego rodzaju organizacjach i towarzystwach, takich jak Polskie Towarzystwo Logopedyczne czy Związek Zawodowy Logopedów.

## Metodologia badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy na temat opieki logopedycznej. Ocena opieki logopedycznej dotyczyła zarówno jej dostępności, jak i jakości. Dostępność opieki logopedycznej to łatwość w uzyskaniu bezpłatnej pomocy logopedy, a więc wystarczająca zdaniem badanych liczba placówek logopedycznych. Jakość opieki logopedycznej to stopień zadowolenia odbiorców usług logopedycznych i ich rodzin (w prezentowanych badaniach – stopień zadowolenia rodziców dzieci pozostających pod opieką logopedy) z efektów diagnozy i terapii oraz sposobu oddziaływań logopedycznych. Tak rozumiana jakość opieki logopedycznej wiąże się bezpośrednio z poziomem kompetencji zawodowych logopedów. Na potrzeby postępowania badawczego przyjęto, że wysoka jakość usług logopedycznych jest równoznaczna z wysokim poziomem kompetencji zawodowych logopedów. Zaprezentowana definicja jakości opieki logopedycznej nawiązuje do określenia jakości usług medycznych, sformułowanego w USA przez Zespoloną Komisję do spraw Akredytacji Placówek Medycznych: „Jakość to stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi i dostarczona zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo wystąpienia efektów niepożądanych” [Czerw, Religioni, Olejniczak, 2012, s. 270].

W postępowaniu badawczym adekwatnie do jego celu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Metoda ta bywa też określana jako sondaż, sondaż ankietowy czy sondaż na próbie reprezentatywnej [Pilch, Bauman, 2001]. Jak podkreśla M. Łobocki, należy ją „[...] stosować szczególnie wtedy, gdy pragniemy dowiedzieć się o opiniach (także przekonaniach) respondentów na temat interesujących nas spraw oraz o tym, jak je oni oceniają i w ogóle co o nich wiedzą lub chcieliby wiedzieć na ich temat” [Łobocki, 2006, s. 244]. W badaniach posłużono się techniką ankiety, która jest sposobem gromadzenia danych polegającym „[...] na samodzielnym wypełnianiu przez respondentów odpowiednich, specjalnych kwestionariuszy oraz na pisemnym udzielaniu odpowiedzi na pisemnie postawione pytania” [Jarosz, Wysocka, 2006, s. 64]. Ankieta była dobrowolna i anonimowa. Kwestionariusz ankiety składał się z pytań zamkniętych i półotwartych, w których rodzic miał możliwość wyboru odpowiedzi spośród podanych, ale też mógł wypowiedzieć się na dany temat dowolnie, udzielając własnej odpowiedzi. Pytania dotyczyły kwestii związanych z dostępem do placówek logopedycznych, ze źródłami wiedzy na temat możliwości uzyskania pomocy logopedycznej, z czasem oczekiwania na pierwszą wizytę, trudnościami w uzyskaniu skierowania na terapię, możliwością telefonicznego umówienia wizyty, utrudnieniami w realizacji opieki logopedycznej, oceną jakości świadczonych usług, czyli oceną kompetencji zawodowych terapeutów.

Grupę badaną (G.B.) stanowiło 247 rodziców dzieci w wieku od niemowlęcego do okresu adolescencji, które uczestniczyły w terapii logopedycznej. W sumie rozdano 300 ankiet, ale część z nich nie wróciła do badającej, a 15 odrzucono ze względu na to, że nie były w dostateczny sposób wypełnione. Najmłodsze dziecko, którego rodzic wziął udział w badaniu, ukończyło 8. miesiąc życia, najstarsze miało 16 lat. Największą grupę – 49% – stanowili rodzice dzieci w wieku przedszkolnym (n = 122), 27% to rodzice dzieci w młodszym wieku szkolnym (n = 67), 14% to rodzice dzieci w starszym

wieku szkolnym ( $n = 34$ ), 7% to rodzice dzieci w wieku poniemowlęcym ( $n = 18$ ). Najmniej liczną grupę – 3% – stanowili rodzice dzieci w wieku niemowlęcym ( $n = 6$ ).

Badania rozpoczęto wiosną 2014 roku (marzec–czerwiec), a następnie kontynuowano je od października do grudnia 2014 roku na terenie województwa łódzkiego. Respondenci to mieszkańcy Łodzi, Pabianic, Zgierza, Konstantynowa Łódzkiego, Aleksandrowa Łódzkiego, Rzgowa, Tuszyń i okolicznych wsi. Przeważająca większość badanych to mieszkańcy Łodzi.

## Wyniki badań

Dzieci, których rodzice wzięli udział w badaniu, uczęszczały na terapię logopedyczną do różnego typu placówek podległych Ministerstwu Edukacji Narodowej (np. szkoły, przedszkola, poradnie psychologiczno-pedagogiczne), koordynowanych przez Ministerstwo Zdrowia (np. szpitale, przychodnie, poradnie) oraz do prywatnych gabinetów. 67% badanych ( $n = 165$ ) podało, że dziecko uczęszcza na terapię logopedyczną do jednej placówki, 32% badanych ( $n = 79$ ) przyznało, że dziecko jednocześnie korzysta z pomocy logopedy w dwóch różnych placówkach, np. chodzi na terapię w przedszkolu, a także do prywatnego gabinetu. Trzy osoby (1%) podały, że dziecko korzysta z terapii logopedycznej w trzech różnych placówkach, np. w poradni psychologiczno-pedagogicznej (PPP), szpitalu i prywatnym gabinecie. Prawdopodobnie jest to spowodowane chęcią zwiększenia częstotliwości wizyt logopedycznych.

Najwięcej dzieci – 33% – korzysta z pomocy logopedy w przedszkolu, nieco mniej, bo 31%, w poradni psychologiczno-pedagogicznej, 20% badanych uczestniczy w terapii logopedycznej w placówkach ochrony zdrowia, takich jak szpitale, poradnie, przychodnie. W szkole z terapii logopedycznej korzysta 19% dzieci, 17% uczęszcza na terapię do prywatnego gabinetu. Najmniej dzieci korzysta z terapii logopedycznej organizowanej przez różne fundacje (8%) i w ośrodkach wczesnej interwencji (7%). Fakt, że stosunkowo rzadko dzieci korzystają z pomocy logopedy pracującego w ośrodku wczesnej interwencji, może wynikać z tego, że najmniej liczną grupę stanowiły te najmłodsze, w wieku niemowlęcym (3%) i poniemowlęcym (7%).

Do logopedów pracujących w placówkach ochrony zdrowia, ośrodkach wczesnej interwencji czy fundacjach mających podpisaną umowę na świadczone usługi z Narodowym Funduszem Zdrowia potrzebne jest skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Skierowanie na terapię logopedyczną potrzebne było 85 ankietowanym, spośród których tylko dwoje rodziców (2%) potwierdziło trudności z jego uzyskaniem.

Jedno z pytań ankiety dotyczyło przyczyny zgłoszenia się na terapię logopedyczną. Ponieważ rodzice mieli możliwość zaznaczenia wszystkich powodów szukania pomocy logopedy, podawane wartości procentowe nie sumują się do 100%. Najczęściej wskazywaną przyczyną były zaburzenia artykulacyjne (trudności z wymową głosek). Takiej odpowiedzi udzieliło 60% badanych, czyli 149 osób. Jest to zgodne ze statystykami logopedycznymi, według których wady artykulacyjne są najczęstszym zaburzeniem mowy wśród dzieci [Węsierska, 2013; Rządźka, Rządźki, 1996; Jastrzębowska, 1994]. W następnej kolejności rodzice jako przyczynę wskazywali: opóźnio-

ny rozwój mowy (ORM) związany z opóźnieniem rozwoju psychoruchowego/upośledzeniem umysłowym (19%), ORM występujący bez ewidentnej przyczyny (16%), ORM związany z autyzmem (7%), ORM związany z wadą słuchu (4%), ORM związany z dyzartrią na podłożu mpd (4%), jąkanie (3%), ORM związany z uszkodzeniem układu nerwowego (poza dyzartrią) (3%), zaburzenia głosu (2%), trudności związane z przyjmowaniem pokarmów (2%), ORM związany z rozszczepem wargi i podniebienia (1%), afazję dziecięcą (1%), dwujęzyczność dziecka (1%).

Tabela 1. Wykaz placówek z uwzględnieniem liczby dzieci realizujących w nich terapię logopedyczną

Lp.	Typ placówki	Dzieci	
		N	%
1.	Przedszkole	81	33
2.	Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	76	31
3.	Placówka ochrony zdrowia	49	20
4.	Szkoła	48	19
5.	Prywatny gabinet	42	17
6.	Fundacja	19	8
7.	Ośrodek wczesnej interwencji	17	7

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Zestawienie podawanych przez respondentów przyczyn zgłoszenia się do logopedy

Lp.	Przyczyny podjęcia terapii logopedycznej przez dzieci	Dzieci	
		N	%
1.	Zaburzenia artykulacyjne	149	60
2.	ORM u dziecka z opóźnieniem rozwoju umysłowego/upośledzonego umysłowo	47	19
3.	ORM bez ewidentnej przyczyny	39	16
4.	ORM u dziecka autystycznego	18	7
5.	ORM u dziecka z wadą słuchu	9	4
6.	ORM u dziecka z dyzartrią na podłożu mpd	9	4
7.	Jąkanie	7	3
8.	ORM u dziecka z uszkodzeniem oun (poza dyzartrią)	7	3
9.	Zaburzenia głosu	6	2
10.	Trudności związane z przyjmowaniem pokarmów	5	2
11.	ORM związany z rozszczepem wargi i podniebienia	3	1
12.	Afazja dziecięca	2	1
13.	Dwujęzyczność dziecka	2	1

Źródło: opracowanie własne.

Badani zostali poproszeni o wskazanie osoby, która zwróciła uwagę na problemy komunikacyjne dziecka i zaleciła konsultację logopedy. Spośród wszystkich rodziców, którzy wzięli udział w badaniach, 113 respondentów, co stanowi 46% badanej populacji, wskazało na jedną taką osobę, 54% ankietowanych ( $n = 134$ ) wymieniło dwie osoby, które dostrzegły potrzebę konsultacji logopedy, np. nauczyciela przedszkola lub psychologa, ale także podkreśliło, że sami widzieli potrzebę wizyty u logopedy. Rodzice najczęściej odpowiadali, że to nauczyciel przedszkola lub szkoły dostrzegł problemy w rozwoju komunikacji językowej ich dziecka (55% badanych). Potwierdza to istotną rolę pedagogów w identyfikowaniu dzieci wymagających specjalistycznej pomocy logopedy. 43% rodziców podało, że to oni dostrzegli potrzebę konsultacji u logopedy, a sugestia ze strony nauczyciela, lekarza czy psychologa potwierdziła tylko ich przypuszczenia. Taka deklaracja może uwiarygodnić tezę o wzroście świadomości społecznej związanej z problematyką zaburzeń mowy. Może też wynikać z chęci przedstawienia siebie w „lepszym świetle”, jako odpowiedzialnych rodziców. W dalszej kolejności respondenci wśród osób zalecających wizytę u logopedy podawali: psychologa (19%), pediatrę z rejonowej poradni zdrowia (14%), lekarza specjalistę podczas hospitalizacji dziecka (11%), pozostałych członków rodziny/znajomych (11%), rehabilitanta (0,5%), opiekunkę dziecka (0,5%).

Wybierając placówkę albo konkretnego logopedę, rodzice kierowali się opiniami różnych osób. Najczęściej respondenci wymieniali nauczyciela przedszkola lub szkoły (33% odpowiedzi). Dość często kierowali się zdaniem znajomych lub pozostałych członków rodziny, którzy korzystali wcześniej z opieki logopedycznej. Takiej odpowiedzi udzieliło 28% badanych. 15% rodziców przy wyborze placówki bądź logopedy kierowało się własnymi doświadczeniami związanymi z uczęszczaniem na terapię starszego dziecka lub dzieci. Dla 14% respondentów ważna w tym względzie była opinia psychologa, a dla 7% sugestia lekarza. Zaskakujący może być fakt, że w dobie popularności Internetu tylko dla 2% respondentów stanowił on wskazówkę w szukaniu pomocy logopedycznej. 1% rodziców, wybierając logopedę, kierował się opinią rehabilitanta.

Jeśli chodzi o czas oczekiwania na pierwszą wizytę u logopedy, najczęściej podawanymi odpowiedziami były: „około miesiąca” (34% wskazań) i „około 2 tygodni” (27% wskazań). 17% ankietowanych określiło, że czas oczekiwania na wizytę u logopedy wynosił „dłużej niż miesiąc”, a 15% rodziców podało odpowiedź „około tygodnia”. 4% respondentów udzieliło odpowiedzi, że pierwsza wizyta u terapeuty odbyła się „w dniu zgłoszenia”. Niepokoić może fakt, że 2% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „ponad 2 miesiące”, a 1% „ponad 3 miesiące”. Wszyscy badani (100%) podali, że mieli możliwość telefonicznego umówienia wizyty.

Spośród wszystkich respondentów 41% ( $n = 101$ ) stanowią osoby, które dokonały zmiany placówki logopedycznej, w której ich dzieci rozpoczynały terapię, 59% ( $n = 146$ ) to respondenci, których dzieci kontynuują terapię logopedyczną w placówce, w której ją rozpoczęły. Badani wymienili różne przyczyny zmiany placówki/logopedy (w tym pytaniu respondenci mieli możliwość zaznaczenia wszystkich istotnych ich zdaniem powodów, dlatego też podawane wartości procentowe nie sumują się do 100%). Najwięcej, bo 59 osób (58%), wśród przyczyn zmiany placówki podało zbyt małą częstotliwość wizyt, 56 osób (55%) wskazało na brak oczekiwanych postępów

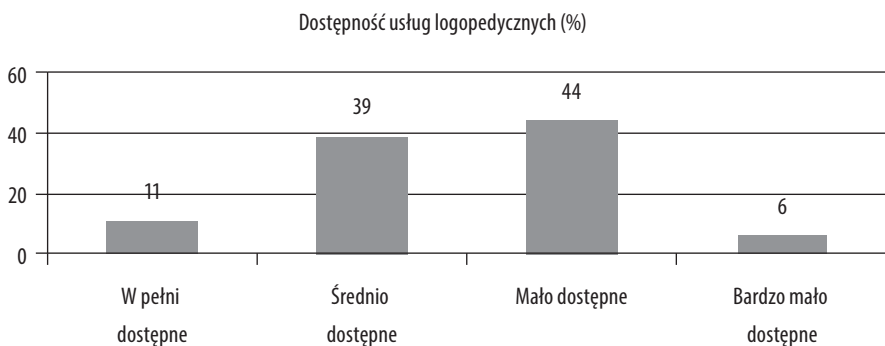
w terapii dziecka, 49 osób (49%) wskazało na brak dostatecznej informacji ze strony logopedy na temat istoty diagnozy i terapii, 41 respondentów (41%) podało jako przyczynę odbywanie się terapii podczas pobytu dziecka w przedszkolu i w związku z tym brak kontaktu z logopedą. 17 osób (17%) podało tzw. naturalne przyczyny, czyli sytuację, kiedy dziecko kończy edukację przedszkolną, podczas której uczestniczyło w terapii logopedycznej w przedszkolu i rozpoczyna naukę szkolną, w związku z czym następuje w naturalny sposób zmiana miejsca odbywania terapii. 6 respondentów (6%) wskazało na trudności z dojazdem na terapię, dla 3 osób (3%) powodem była konieczność płacenia za wizyty. Dwie osoby (2%) jako przyczynę zmiany placówki podały zmianę miejsca zamieszkania dziecka, jeden respondent (1%) w odpowiedzi napisał: „brak zaufania do logopedy i niski poziom jego umiejętności”. Jedna z badanych osób (1%) jako powód zmiany placówki podała „nieadekwatny do oczekiwań charakter terapii”. W tym ostatnim przypadku rodzic wyjaśnił, że nieadekwatność terapii polegała na tym, że dziecko realizowało przede wszystkim różnego rodzaju prace plastyczne – rysowanie, wyklejanie, lepienie, a brakowało ćwiczeń korygujących wadliwą artykulację.

Czynnikiem korzystnym wpływającym na opiekę logopedyczną jest współpraca terapeutów z rodzinami pacjentów. W badaniach przyjęto, że wskaźnikami dobrej współpracy logopedy z rodzicami dzieci uczestniczących w terapii jest: udzielanie wyczerpujących informacji na temat istoty diagnozy i terapii dziecka, wyjaśnienie podczas pierwszej wizyty potrzeby udziału rodziców w procesie terapeutycznym, informowanie na bieżąco, w jaki sposób kontynuować terapię w domu. 59% badanych (n = 146) potwierdziło, że uzyskali od logopedów wystarczające informacje dotyczące diagnozy i postępowania terapeutycznego. Pozostali (41% badanej populacji, n = 101) udzielili negatywnej odpowiedzi. Jasne i wyczerpujące odpowiedzi na wszelkie pytania rodziców, racjonalizacja ich lęków, zrozumiałe sformułowana diagnoza oraz nakreślenie możliwych do osiągnięcia efektów terapii wpływa korzystnie na budowanie zaufania do terapeuty, a co za tym idzie – przyczynia się do sukcesu terapii. Tylko 76 osób biorących udział w badaniu (31%) zostało podczas pierwszej wizyty poinformowanych przez logopedę o konieczności współpracy rodziców w terapii dziecka. Brak wyjaśnień dotyczących roli rodziców w procesie terapeutycznym małego dziecka może stanowić jeden z czynników rzutujących negatywnie na postępy w terapii. Korzystniej przedstawia się kwestia przekazywania przez logopedów na kolejnych spotkaniach informacji na temat tego, jak kontynuować terapię w domu. 2% respondentów (n = 153) potwierdziło, że są na bieżąco informowani, w jaki sposób czynić to w domu.

Ważną rolę we wczesnym identyfikowaniu problemów w rozwoju komunikacji językowej dzieci mogą pełnić pediatrzy. Dlatego też dwa z pytań ankiety dotyczyły właśnie tej kwestii. Badania wykazały, że 165 respondentom (67%) pediatrzy podczas rutynowych badań lekarskich zadawali pytania dotyczące rozwoju mowy dziecka (osiągania przez dziecko poszczególnych etapów rozwoju mowy), co jednak nie zawsze przekładało się na wystawienie skierowania do logopedy (lekarze pediatrzy tylko w 14% przypadków byli osobami zalecającymi konsultację logopedy). Zdecydowanie mniej pediatrów zadawało rodzicom pytania dotyczące sposobu karmienia dziecka i ewentualnych trudności z tym związanych. Tylko 37% respondentów

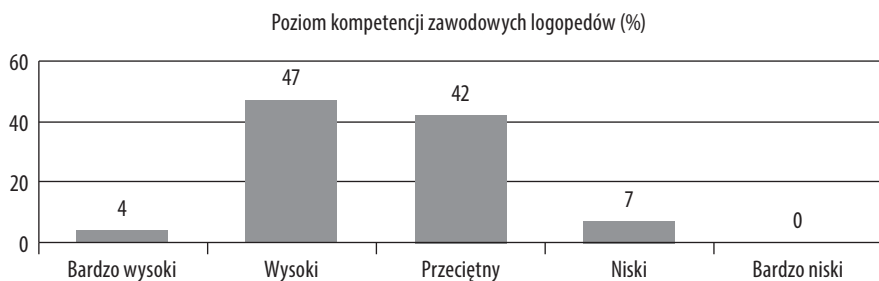
(n = 92) potwierdziło, że pediatrzy pytali o trudności związane z przyjmowaniem przez dziecko pokarmów, umiejętność ssania, żucia, gryzienia czy polykania. Może to świadczyć o niedostatecznej wiedzy wśród lekarzy na temat wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy i roli czynności prymarnych w powstawaniu zaburzeń komunikacji językowej.

Rodzice zostali poproszeni o wyrażenie swojej opinii na temat dostępności usług logopedycznych, na podstawie własnych doświadczeń związanych z poszukiwaniem placówki logopedycznej/logopedy. 109 badanych (44%) określiło, że usługi logopedyczne są mało dostępne, a 16 osób (6%), że są bardzo mało dostępne. Tylko 27 respondentów (11%) oceniło usługi logopedyczne jako w pełni dostępne, 95 ankietowanych (39%) określiło, że usługi logopedyczne są średnio dostępne.



Ryc. 1. Rozkład odpowiedzi ankietowanych dotyczących dostępu do usług logopedycznych

Źródło: badania własne.



Ryc. 2. Rozkład odpowiedzi ankietowanych dotyczących poziomu kompetencji zawodowych logopedów/jakości usług logopedycznych

Źródło: badania własne.

Oceniając poziom kompetencji zawodowych logopedów, który utożsamiono z jakością usług logopedycznych, 116 badanych (47%) określiło go jako wysoki, a 9 osób



(4%) jako bardzo wysoki. 104 respondentów (42%) określiło, że jest on przeciętny, tylko 18 rodziców (7%) odpowiedziało, że poziom kompetencji zawodowych logopedów jest niski. Żaden z badanych nie określił umiejętności profesjonalnych terapeutów zaburzeń mowy jako bardzo niskie.

## Wnioski

Przeprowadzone badania poświęcone były poznaniu opinii rodziców dzieci uczestniczących w diagnozie i terapii logopedycznej na temat jakości i dostępności opieki logopedycznej. Ponieważ grupa badana liczyła 247 osób, nie można generalizować wyników na wszystkich odbiorców usług logopedycznych, ale powinny one skłonić do refleksji nad oddziaływaniami diagnostyczno-terapeutycznymi i zachęcić do przemyśleń na temat ich organizacji. Uwzględniając poczynioną uwagę, przeprowadzone badania można podsumować w postaci następujących wniosków:

1. Należy zwiększyć dostęp do usług logopedycznych. Aż 50% badanych oceniło go jako niewystarczający, z czego 44% określiło go jako mały, a 6% jako bardzo mały. Tylko 11% respondentów uznało, że usługi logopedyczne są w pełni dostępne. 39% badanych rodziców uznało, że usługi logopedyczne są średnio dostępne. Większa dostępność usług logopedycznych skróciłaby czas oczekiwania na pierwszą wizytę u logopedy i zwiększyła częstotliwość spotkań terapeutycznych.
2. Za zadowolający można uznać poziom kompetencji zawodowych logopedów, a co za tym idzie – jakość usług logopedycznych. 51% badanych oceniło go jako wysoki i bardzo wysoki (47% i 4% wskazań). 7% badanych uznało go za niski, a 42% za przeciętny.
3. Ponieważ 42% badanych oceniło poziom kompetencji zawodowych logopedów jako przeciętny, a 7% respondentów jako niski, istotne jest dążenie do podnoszenia umiejętności zawodowych logopedów poprzez wspieranie działalności samokształceniowej terapeutów oraz promowanie idei kształcenia ustawicznego.
4. W tym kontekście należy z jeszcze większą starannością czuwać nad systemem kształcenia przyszłych logopedów, zwłaszcza nad odpowiednim doborem treści kształcenia oraz liczbą godzin niezbędnego przygotowania teoretycznego i praktycznego.
5. Należy dążyć do jak najszerszego upowszechniania wśród terapeutów zaburzeń mowy wyników badań z zakresu logopedii i nauk pokrewnych, bo może to w sposób znaczący przyczynić się do wzrostu kompetencji zawodowych logopedów, a tym samym podniesienia jakości opieki logopedycznej.
6. Trzeba pamiętać, że pomimo ogólnie pozytywnej oceny umiejętności zawodowych logopedów, 41% wszystkich badanych dokonało zmiany placówki logopedycznej/logopedy, wśród powodów podając między innymi: brak oczekiwanych efektów terapii (58%) czy brak dostatecznych informacji na temat diagnozy i terapii logopedycznej ze strony terapeuty (49%).
7. Należy poddać krytycznej ocenie zasadność prowadzenia terapii logopedycznej w przedszkolach w formule, w której rodzic nie ma kontaktu z logopedą.

Wśród przyczyn zmiany placówki logopedycznej 41% rodziców podało brak kontaktu z logopedą, kiedy terapia odbywała się w przedszkolu.

8. Badania potwierdziły, że szczególną uwagę trzeba przykładać do współpracy z rodzicami dzieci uczestniczących w terapii. Standardem współpracy powinno być przekazywanie informacji na temat diagnozy dziecka, przyczyn zaburzenia mowy, możliwości uzyskania poprawy lub usunięcia zaburzenia, a także celu poszczególnych ćwiczeń i postępów w terapii. Takie informacje otrzymało 59% respondentów, 62% rodziców potwierdziło, że są na bieżąco informowani o tym, jak kontynuować ćwiczenia w domu. Bardzo istotną kwestią jest przekazywanie rodzicom dzieci uczestniczących w terapii informacji na temat roli rodzica w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Badania wykazały, że tylko 31% respondentów otrzymało takie informacje od logopedy podczas pierwszej wizyty.
9. Wyniki badań uzasadniają potrzebę zacieśniania współpracy z innymi specjalistami (lekarzami, psychologami, nauczycielami itp.) w celu wczesnej identyfikacji dzieci wymagających konsultacji logopedycznej, a tym samym zwiększenia efektywności działań terapeutycznych. Istotne jest propagowanie wiedzy logopedycznej wśród tych specjalistów.

Jak wspomniano we wprowadzeniu do artykułu, logopedzi mają realny wpływ tylko na pewne czynniki dotyczące organizacji opieki logopedycznej – te związane z jej jakością. Dlatego też powinni koncentrować się właśnie na nich, dążąc do doskonalenia umiejętności diagnostyczno-terapeutycznych. Zadowolająca ocena kompetencji zawodowych logopedów, wynikająca z przeprowadzonych badań, nie powinna zwalniać z dalszej troski o jakość świadczonych usług i z dążenia do podnoszenia ich poziomu. W kwestii dostępności usług logopedycznych, określonej jako niewystarczająca, logopedom pozostaje wywieranie wpływu na decydentów poprzez przedstawicieli środowiska logopedycznego działających w organizacjach zawodowych.

---

## Bibliografia

- Czerw Aleksandra, Religioni Urszula, Olejniczak Dominik, 2012, *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 93 (2), s. 269-273.
- Gacka Ewa, 2012, *Trends in Development of Speech-language Care Versus Social-demographic Changes*, w: Anna Sobczak, Marta Znajmiecka-Sikora (red.), *Development and Supporting the development from the Perspective of the Human Sciences – Opportunities and Threats*, Łódź, s. 129-138.
- Gunia Grażyna, 2011, *Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce*, w: Grażyna Gunia, Viktor Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków, s. 53-67.
- Jarosz Ewa, Wysocka Ewa, 2006, *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa.
- Jastrzębowska Grażyna, 1994, *Determinanty polskiego systemu opieki logopedycznej (na przykładzie województwa opolskiego)*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Logopedycznego”, 2, s. 68-73.

- Jastrzębowska Grażyna, 2003, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia – Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, t. 1, Opole, s. 301-314.
- Logopedia, 2008, Standardy postępowania logopedycznego, nr 37.
- Łobocki Mieczysław, 2006, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków.
- Pilch Tadeusz, Bauman Teresa, 2001, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa.
- Rządźka Mira, Rządźki Jerzy, 1996, *Program profilaktyki zaburzeń mowy w przedszkolu*, w: *Profilaktyka logopedyczna szansą dla dziecka i logopedy. Materiały pokonferencyjne*, Warszawa.
- Słodownik-Rycaj Ewa, 2007, *System opieki logopedycznej w Polsce i Anglii*, Warszawa.
- Węsierska Katarzyna, 2013, *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*, Toruń.

---

## Summary

Speech therapy care is primarily the diagnosis and therapy of speech disorders. Properly functioning speech therapy care allows you to meet the needs of people of different ages and with different types of speech disorders. The article gives the results of own research on the assessment of the availability and quality of speech therapy care. The test group were parents of children between the age of infancy till adolescence period who have participated in the speech therapy. The questionnaire survey was used to conduct the research. The survey was voluntary and anonymous. The research was conducted on the territory of Lodz and in the surrounding area. After introducing the assessment of the therapy care made by the parents, the author formulates the conclusions of the conducted studies pointing to the operation areas of the speech therapy services in which corrections should be made.