

URSZULA MIRECKA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Zaburzenia dyzartryczne w ocenie własnej osób z mózgowym porażeniem dziecięcym

ABSTRACT: The article presents the results of studies conducted in a group of 36 children aged 6–15 years, diagnosed with dysarthria in the infantile cerebral palsy. The experimental group was divided into two equinumerous subgroups: 1) intellectually normal children, 2) mentally retarded children. The main diagnostic technique used in investigations was the *Dysarthria Scale. Children's version*. The presented experiments concern one of the problems examined as part of the project "Segmental and Suprasegmental Specificity of the Phonic Sequence and the Intelligibility of Utterances in Dysarthria Cases in Infantile Cerebral Palsy". The study financed from science-targeted funds in 2010–2012 as a research project.

KEY WORDS: dysarthria, infantile cerebral palsy, speech intelligibility, self-evaluated

Wprowadzenie

W myśl ustaleń międzynarodowego zespołu specjalistów termin „mózgowe porażenie dziecięce” (mpd) „opisuje grupę trwałych zaburzeń rozwoju ruchu i postawy, powodujących ograniczenie czynności, które przypisuje się niepostępującym zakłóceniom, pojawiającym się w rozwoju mózgu płodu lub niemowlęcia. Zaburzeniom motoryki w mózgowym porażeniu dziecięcym często towarzyszą zaburzenia czucia, percepcji, poznania, porozumiewania się i zachowania, epilepsja oraz wtórne problemy mięśniowo-szkieletowe”¹. Za dominujące w obrazie klinicznym schorzenia uznawane są „objawy wskazujące na uszkodzenie: ośrodkowego neuronu ruchowego (niedowładny kończyn), jąder podkorowych (ruchy mimowolne), mózdzku (zaburzenia zborności ruchów oraz równowagi)”².

¹ E. GAJEWSKA: *Nowe definicje i skale funkcjonalne stosowane w mózgowym porażeniu dziecięcym*. „Neurologia Dziecięca” 2009, nr 18 (35), s. 67–72.

² W. KUŁAK, W. SOBANIEC: *Mózgowe porażenie dziecięce – współczesne poglądy na etiopatogenezę, diagnostykę i leczenie*. „Klinika Pediatria” 2006, nr 14, s. 442–447.

W tym zróżnicowanym etiologicznie oraz klinicznie zespole objawów chorobowych obok zaburzeń ruchowych najczęściej notuje się dysfunkcje intelektualne (około 75%), zaburzenia mowy (ponad 50%) oraz zaburzenia zachowania (ponad 50%)³. Zaburzenia komunikacji językowej (ustnej oraz pisemnej) – wiążące się zarówno z dominującymi w obrazie klinicznym tego zespołu zaburzeniami motorycznymi, jak i współwystępującymi dysfunkcjami poznawczymi, uszkodzeniami narządu wzroku i słuchu, epilepsją – dotyczą większości pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym.

W prowadzonych w latach 2002–2004 w województwie lubelskim badaniach 90-osobowej grupy dzieci z mpd w wieku 6–15 lat różnego typu jednostki patologii mowy stwierdzono u 85% badanych. Najczęstszym zaburzeniem była oligofazja (54% osób badanych), następnie – dyzartria (29% osób badanych), przy czym współwystępowanie oligofazji i dyzartrii stwierdzono u 17 dzieci (19%)⁴.

Dyzartria definiowana jest w standardach postępowania logopedycznego⁵ jako zaburzenie na poziomie wykonawczym ruchowego mechanizmu mowy, spowodowane strukturalnymi i czynnościowymi zmianami układu, przejawiające się dysfunkcjami w obrębie aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, skutkującymi zniekształceniami substancji fonicznej wypowiedzi w płaszczyźnie segmentalnej oraz suprasegmentalnej. Zaburzenia realizacji fonemów i organizacji prozodycznej ciągu fonicznego mają w dyzartrii różny zakres i nasilenie – w skrajnych przypadkach polegają na niemożności wytwarzania dźwięków mowy.

Ze względu na dominujące w obrazie klinicznym mpd dysfunkcje ruchowe dyzartrię – jako zaburzenie o charakterze neuromotorycznym – można uznać za wadę wymowy specyficzną dla porażenia mózgowego.

Problematyka artykułu

Przedstawione w niniejszym artykule badania dotyczą jednego z zagadnień opracowywanych przeze mnie w ramach realizowanego w latach 2010–2012 projektu badawczego „Segmentalna i suprasegmentalna specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadkach dyzartrii w mózgowym porażeniu dziecięcym” (38. konkurs Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego), którego

³ R. MICHAŁOWICZ: *Definicja, obraz kliniczny, podział*. W: *Mózgowe porażenie dziecięce*. Red. R. MICHAŁOWICZ. Warszawa, PZWL 2001, s. 17–26.

⁴ U. MIRECKA, K. GUSTAW: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Eksperymentalna Skala dyzartrii jako technika diagnostyczna pomocna w określaniu specyfiki zaburzeń mowy w mpd*. „Logopedia” 2005, T. 34, s. 273–289.

⁵ U. MIRECKA: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyzartrii*. „Logopedia” 2008, T. 37, s. 235–242.

głównym celem było poszerzenie wiedzy na temat specyfiki zaburzeń dyzartrycznych u osób z mpd.

Prezentowany jest problem dokonywanej przez pacjentów z mpd oceny wybranych aspektów zaburzeń dyzartrycznych:

- męczliwości podczas mówienia,
- trudności oddechowych i fonacyjnych,
- zrozumiałości ich wypowiedzi.

Samooceena dotycząca zrozumiałości wypowiedzi własnych skonfrontowana została z ocenami zrozumiałości wymowy dokonanyimi przez specjalistę (przeze mnie jako autorkę projektu – doktora nauk humanistycznych w dziedzinie językoznawstwa, z wykształcenia logopedę, psychologa i filologa polonistę) oraz przez studentów z grup eksperymentalnych.

Analiza wyników obejmuje porównania międzygrupowe badanej populacji osób z mózgowym porażeniem dziecięcym, w której – z uwagi na duży odsetek oligofazji wśród rozpoznawanych w mpd zaburzeń mowy, a także częste współwystępowanie u pacjentów dyzartrii i oligofazji – wyodrębniono dwie podgrupy:

- dzieci z dyzartrią,
- dzieci z dyzartrią i oligofazją.

Charakterystyka badanej grupy

Badaną populację stanowiły dzieci w wieku 6–15 lat z diagnozą mózgowego porażenia dziecięcego, uczęszczające na zajęcia prowadzone w ośrodkach rehabilitacyjno-terapeutycznych i placówkach edukacyjnych zlokalizowanych w miastach na terenie województwa lubelskiego. Grupa badawcza, składająca się z 36 osób, podzielona została na dwie równoliczne podgrupy:

- dzieci z dyzartrią,
- dzieci z dyzartrią współwystępującą z oligofazją.

W omawianych badaniach podgrupy te są tożsame z grupami:

- dzieci z normą intelektualną (7 dzieci z inteligencją przeciętną, 11 dzieci z inteligencją niższą niż przeciętna),
- dzieci z upośledzeniem umysłowym (9 dzieci z lekkim stopniem upośledzenia umysłowego, 9 dzieci z umiarkowanym stopniem upośledzenia umysłowego).

Wśród postaci klinicznych mózgowego porażenia dziecięcego zdiagnozowanych u osób badanych (diagnoza neurologiczna) dominowały postaci spastyczne mpd (24 przypadki), w następnej kolejności występowały postaci mieszane (7 przypadków postaci spastyczno-ateletycznej i jeden przypadek postaci spastyczno-ataktyczno-ateletycznej) oraz postać ataktyczna (2 przypadki) i postać dyskinetyczna (2 przypadki). W badanej grupie spośród zaburzeń uznawanych za

typowe zaburzenia współwystępujące w mpd zarejestrowano 15 przypadków wad wzroku i jeden przypadek epilepsji.

Rozpoznana u diagnozowanych dzieci dyzartria miała zróżnicowaną postać kliniczną i różny stopień nasilenia. Najczęściej występującym typem dyzartrii była dyzartria spastyczna (17 przypadków), następnie – dyzartria mieszana spastyczno-dyskinetyczna (12 przypadków), dyzartria dyskinetyczna (4 przypadki), dyzartria ataktyczna (2 przypadki), dyzartria mieszana ataktyczno-dyskinetyczna (jeden przypadek). Z uwagi na stopień nasilenia objawów dyzartrycznych stwierdzono 19 przypadków łagodnej dyzartrii, 8 – umiarkowanej, 8 – ciężkiej i jeden przypadek głębokiej dyzartrii.

Metody badań

Materiał empiryczny zebrany został w toku dwuetapowych badań eksperymentalnych: pierwszy etap stanowiły badania indywidualne dzieci z mpd, a drugi – badania z udziałem grup studentów.

Dzieci z mpd zostały przeze mnie zbadane osobiście w ośrodkach rehabilitacyjno-terapeutycznych i placówkach edukacyjnych na terenie województwa lubelskiego. Głównym narzędziem diagnostycznym wykorzystanym na tym etapie była *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci* U. Mireckiej i K. Gustaw⁶, przeznaczona do badania osób w wieku 6–15 lat, u których podejrzewa się lub stwierdza występowanie dyzartrii. *Skala dyzartrii* jest pomocna w określaniu rodzaju i głębokości dysfunkcji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych, a także w ocenie zjawisk występujących na płaszczyźnie segmentalnej i suprasegmentalnej wypowiedzi. Składa się z 70 zadań należących do 9 sfer:

- I. Samoocena.
- II. Zrozumiałość.
- III. Artykulacja.
- IV. Rezonans.
- V. Prozodia.
- VI. Fonacja.
- VII. Oddychanie.
- VIII. Ruchy naprzemienne.
- IX. Stan funkcjonalny mięśni aparatu artykulacyjnego.

Omawiana technika badawcza należy do skal percepcyjnych. Diagnosta podczas badania pacjenta, obserwując sposób wykonania poszczególnych zadań angażujących aparat mowy, korzysta ze swych zmysłów: słuchu i wzroku. Zadania oceniane są na 5-stopniowej skali (od 0 do 4 pkt.): 0 – brak zaburzeń, 1 – niewielkie

⁶ U. MIRECKA, K. GUSTAW: *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci*. Wrocław, Continuo 2006.

zaburzenia, 2 – umiarkowane zaburzenia, 3 – znaczne zaburzenia, 4 – głębokie zaburzenia. Ocena punktowa, dokonywana według wskazanych w poszczególnych zadaniach kryteriów, umożliwi określenie stopnia nasilenia dysfunkcji w pracy aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, występujących podczas prób eksperymentalnych oraz zaburzeń manifestujących się na płaszczyźnie segmentalnej i suprasegmentalnej wypowiedzi. Poza oceną punktową badający podaje także informacje opisowe dotyczące sposobu wykonania przez badanego poszczególnych zadań. Dokonanie adekwatnej oceny – zarówno ilościowej (punktowej), jak i jakościowej (polegającej na wskazaniu zjawisk patologicznych) – zależne jest od wiedzy i doświadczenia klinicznego logopedy. *Skalę dyzartrii* zaliczyć zatem można do skal subiektywnych. Zbiektywizowaniu badania służą zawarte w instrukcji informacje dotyczące sposobu przeprowadzenia poszczególnych prób oraz kryteria ich oceniania.

Badania z użyciem *Skali dyzartrii* rejestrowane były za pomocą kamery filmowej. Część zgromadzonego materiału audiowizualnego wykorzystana została w drugim etapie badań eksperymentalnych, w którym uczestniczyło 132 studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, podzielonych na cztery 33-osobowe podgrupy, zróżnicowane pod względem rodzaju przygotowania merytorycznego zdobywanego w ramach studiów: grupa 1 – studenci kierunku logopedia z audiologią przed kursem dyzartrii; grupa 2 – studenci kierunku logopedia z audiologią oraz podyplomowych studiów logopedycznych po kursie dyzartrii; grupa 3 – studenci kierunku lingwistyka stosowana (bez przygotowania logopedycznego); grupa 4 – studenci kierunku psychologia (bez przygotowania logopedycznego). Zadanie studentów polegało na dokonaniu oceny zrozumiałości wypowiedzi pacjentów prezentowanych w nagraniu filmowym – były to próby powtarzania zdań ze *Skali dyzartrii*.

Ocena własna zaburzeń dyzartrycznych

Ocenie własnej poświęcona jest w *Skali dyzartrii* sfera I. SAMOOCENA, obejmująca 4 zadania, w których osoba badana proszona jest o ocenienie zrozumiałości swoich wypowiedzi, męczliwości podczas mówienia, odczuwanych trudności oddechowych i głosowych.

Zadanie 1. Ocena zrozumiałości wypowiedzi własnych pacjenta.

Polecenie: *Jak sądzisz, w jakim stopniu Twoje wypowiedzi są zrozumiałe dla innych ludzi? Oceń to na skali od 0 do 4.*

0 – Twoje wypowiedzi można dobrze zrozumieć, 1 – są niewielkie kłopoty z ich zrozumieniem, 2 – duża część wypowiedzi jest niezrozumiała, 3 – niewiele można z nich zrozumieć, 4 – nie można ich wcale zrozumieć.

Zadanie 2. Męczliwość podczas mówienia.

Polecenie: *Czy męczysz się podczas mówienia? Oceń to na skali od 0 do 4.*

0 – nie męczysz się wcale, 1 – odczuwasz niewielkie zmęczenie, 2 – średnie zmęczenie, 3 – duże zmęczenie, 4 – bardzo duże zmęczenie.

Zadanie 3. Kłopoty z oddychaniem.

Polecenie: *Czy masz kłopoty z oddychaniem podczas mówienia? Oceń to na skali od 0 do 4.*

0 – nie masz żadnych kłopotów z oddychaniem, 1 – odczuwasz niewielkie trudności oddechowe, 2 – średnie trudności, 3 – duże trudności, 4 – bardzo duże trudności.

Zadanie 4. Trudności głosowe.

Polecenie: *Czy odczuwasz trudności z wydobywaniem głosu? Oceń to na skali od 0 do 4.*

0 – nie masz żadnych kłopotów z wydobywaniem głosu, 1 – odczuwasz niewielkie trudności, 2 – średnie trudności, 3 – duże trudności, 4 – bardzo duże trudności.

Dokonanie samooceny według nakreślonych kryteriów okazało się zbyt trudne dla 14 dzieci w badanej grupie (39% badanych). Spośród dzieci z normą intelektualną nie poradziło sobie z tymi zadaniami dwoje najmłodszych: były to sześciolatki, jedno dziecko z inteligencją przeciętną, drugie – niższą niż przeciętna. W grupie dzieci z upośledzeniem umysłowym zadań samooceny nie wykonało 12 badanych: 4 z upośledzeniem lekkim (dwoje w wieku 6 lat, jeden dziesięcioletek i jeden trzynastolatek) oraz 8 z upośledzeniem umiarkowanym (dwoje sześciolatek, jeden dziewięcioletek, jeden jedenastolatek, dwóch trzynastolatek i dwóch czternastolatek). Samooceny dokonało 22 dzieci (61% badanych), w tym 16 dzieci z normą intelektualną (z inteligencją przeciętną i niższą niż przeciętna) w wieku 8–14 lat oraz 6 dzieci z upośledzeniem umysłowym – jeden piętnastolatek z upośledzeniem umiarkowanym i 5 dzieci w wieku 10–14 lat z upośledzeniem lekkim. Niemożność wykonania omawianych zadań wynikała z braku zrozumienia polecenia i/lub problemów z dokonaniem samooceny, co z kolei było zależne od poziomu rozwoju umysłowego (głównie: pojęciowego) osób badanych. Aspekty rozwoju umysłowego badanych charakteryzują zmienne: „poziom intelektualny” oraz „wiek”.

Wyniki analizy statystycznej danych odnoszących się do zadań 1.–4. sfery I. SAMOOCENA zawarte są w tabelach 1. i 2.

Z danych zamieszczonych w tabeli 1. wynika, że dzieci z normą intelektualną dostrzegały problemy zrozumiałości własnych komunikatów słownych – wyniki zadania 1. oscyływały w przedziale 0–4 punkty (od pełnej zrozumiałości wypowiedzi do kompletnej niezrozumiałości), przy średnim wyniku w tej grupie – 1,31 punktu. W mniejszym stopniu skłonne do postrzegania swoich wypowiedzi jako niezrozumiałych dla otoczenia były dzieci z upośledzeniem umysłowym: indywidualne oceny wyniosły 0 lub 1 punkt (pełna zrozumiałość lub niewielkie kłopoty ze zrozumieniem), a średni wynik – 0,17 punktu. Porównanie średnich wyników obu podgrup (tabela 2.) wykazało, że jest to różnica istotna statystycznie.

TABELA 1. Statystyki opisowe zadań sfery I. SAMOOCENA

| Grupa badanych | | Zadanie 1. | Zadanie 2. | Zadanie 3. | Zadanie 4. | |
|----------------|------------------------|--------------|------------|------------|------------|----|
| Norma | N | ważne | 16 | 16 | 16 | 16 |
| | | braki danych | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | średnia | 1,31 | 0,75 | 0,56 | 0,69 | |
| | odchylenie standardowe | 1,14 | 1,342 | 0,892 | 1,078 | |
| | minimum | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | maksimum | 4 | 4 | 3 | 3 | |
| Upośledzenie | N | ważne | 6 | 6 | 6 | 6 |
| | | braki danych | 12 | 12 | 12 | 12 |
| | średnia | 0,17 | 0,33 | 0,00 | 0,00 | |
| | odchylenie standardowe | 0,41 | 0,816 | 0,000 | 0,000 | |
| | minimum | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | maksimum | 1 | 2 | 0 | 0 | |

W ocenie męczliwości podczas mówienia – podobnie jak w poprzednim zadaniu – grupa dzieci z normą intelektualną wykorzystała pełny zakres punktacji: 0–4 punkty (od braku męczliwości do bardzo dużego zmęczenia). W przypadku zadania 2. średni wynik wyniósł 0,75 punktu. Oceny dzieci z upośledzeniem umysłowym w tym zadaniu mieściły się w przedziale 0–2 punkty (5 badanych stwierdziło, że nie męczy się podczas mówienia, i podało ocenę 0, jedno dziecko oceniło swoją męczliwość na 2 punkty – średni stopień męczliwości). Średnia wyników wyniosła 0,33 punktu. Porównanie średnich wyników obu podgrup (tabela 2.) wykazało, że różnice w zadaniu 2. nie są statystycznie istotne.

W dwu ostatnich zadaniach omawianej sfery, dotyczących trudności oddechowych i głosowych, oceny dzieci z normą intelektualną mieszczą się w przedziale 0–3 punkty (od braku kłopotów oddechowych i głosowych po odczuwanie dużych trudności w tym zakresie). Średnie wyników są zbliżone: w zadaniu 3. średnia wyniosła 0,56 punktu, w zadaniu 4. – 0,69 punktu. Dzieci z upośledzeniem umysłowym stwierdziły, że nie odczuwają żadnych trudności oddechowych ani z wydobywaniem głosu, podając ocenę 0 punktów. Różnice między średnimi wynikami dzieci z normą intelektualną i z upośledzeniem umysłowym w zadaniu 3. i zadaniu 4. nie są istotne statystycznie (tabela 2.).

TABELA 2. Statystyki testu U Manna-Whitneya dla zadań sfery I. SAMOOCENA (porównania międzygrupowe)

| Grupa badanych | Zadanie 1. | Zadanie 2. | Zadanie 3. | Zadanie 4. |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
| U Manna-Whitneya | 17,000 | 40,500 | 30,000 | 30,000 |
| Z | - 2,416* | - 0,705 | - 1,698 | - 1,695 |
| IAD | 0,016 | 0,481 | 0,089 | 0,090 |

* Różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,05$

Z – wartość testu Wilcozona

IAD – istotność asymptotyczna dwustronna

Zrozumiałość mowy dyszartrycznej – porównanie oceny własnej pacjentów, oceny specjalisty i oceny studentów

Zrozumiałość wypowiedzi – jako niezmiernie ważny aspekt porozumiewania się osób z dyszartrią – stanowiła przedmiot oceny nie tylko badanych dzieci z mpd, ale także specjaliści oraz studentów z grup eksperymentalnych.

W logopedycznym badaniu diagnostycznym (specjalistycznym) ocenie podlegały wypowiedzi swobodne pacjentów podczas rozmowy z badającym, jak również zdania i wyrazy w próbach powtarzania *Skali dyszartrii*. Studenci oceniali zrozumiałość wypowiedzi pacjentów na podstawie prezentowanych w nagraniu filmowym prób powtarzania zdań. Zarówno specjalista, jak i studenci stosowali 5-stopniową skalę oceny:

- 0 punktów – wypowiedź w pełni zrozumiała;
- 1 punkt – niewielkie zaburzenia (niektóre fragmenty wypowiedzi są niezrozumiałe – mniej niż 20% niezrozumiałości);
- 2 punkty – umiarkowane zaburzenia (wypowiedź w dużym stopniu niezrozumiała – 20–50% niezrozumiałości);
- 3 punkty – znaczne zaburzenia (wypowiedź niemal całkowicie niezrozumiała – 50–80% niezrozumiałości);
- 4 punkty – głębokie zaburzenia (wypowiedź niezrozumiała – ponad 80% niezrozumiałości).

Pierwsze porównanie (dane w tabeli 3.) dotyczy zgodności oceny własnej (Zad_I_1. Ocena zrozumiałości wypowiedzi własnych pacjenta) z oceną zrozumiałości dokonaną przez badającego w poszczególnych zadaniach sfery II. ZROZUMIAŁOŚĆ: Zad_II_1. Zrozumiałość wypowiedzi jednowyrazowych (w próbie

TABELA 3. Statystyki nieparametrycznego testu istotności różnic dla dwóch grup zależnych T-Wilcoxon – stopień zgodności samooceny zrozumiałości wypowiedzi dokonanej przez dzieci (Zad_I_1) oraz ocen zrozumiałości wypowiedzi dokonanych przez specjalistę (Zad_II_1, Zad_II_2, Zad_II_3)

| Grupa badanych | | Zad_I_1 – Zad_II_1 | Zad_I_1 – Zad_II_2 | Zad_I_1 – Zad_II_3 |
|----------------|-----|--------------------|--------------------|--------------------|
| Cała grupa | Z | – 1,064 | – 0,618 | – 1,392 |
| | IAD | 0,287 | 0,537 | 0,164 |
| Norma | Z | – 1,705 | – 0,511 | – 0,214 |
| | IAD | 0,088 | 0,609 | 0,831 |
| Upośledzenie | Z | – 0,816 | – 1,730** | – 2,060* |
| | IAD | 0,414 | 0,084 | 0,039 |

Z – wartość testu Wilcoxon

IAD – istotność asymptotyczna dwustronna

* Różnica istotna na poziomie $p < 0,05$

** Różnica na granicy istotności statystycznej $p < 0,1$

powtarzania wyrazów), Zad_II_2. Zrozumiałość wypowiedzi jednozdaniowych (w próbie powtarzania zdań), Zad_II_3. Zrozumiałość wypowiedzi swobodnych.

Analizy odnoszące się do całej badanej grupy wykazały zgodność ocen dzieci i specjalisty w każdym z zadań. Po uwzględnieniu w analizach różnicowania badanej grupy na dzieci z normą intelektualną i upośledzeniem umysłowym uzyskano nieco odmienne wyniki: zgodność samooceny dzieci i ocen specjalisty w poszczególnych zadaniach dotyczy grupy z normą intelektualną, natomiast w grupie dzieci z upośledzeniem umysłowym stwierdzono różnicę w zakresie samooceny dzieci i oceny logopedy w Zad_II_3 – zrozumiałość w próbie powtarzania zdań ($p < 0,05$), oraz różnicę na granicy istotności statystycznej w Zad_II_2 – zrozumiałość wypowiedzi swobodnych ($p < 0,1$). Uznać zatem należy, że dzieci z normą intelektualną są w stanie w bardziej obiektywny sposób postrzegać własne możliwości / ograniczenia w komunikowaniu się z ludźmi, natomiast dla wielu dzieci z upośledzeniem umysłowym jest to zbyt trudne. Dzieci z upośledzeniem umysłowym częściej – w porównaniu z oceną badającego – oceniały swe wypowiedzi jako bardziej zrozumiałe. Z kolei w przypadkach rozbieżności występujących w grupie dzieci z normą intelektualną zanotowano zarówno podwyższoną, jak i obniżoną samoocenę w tym zakresie.

Kolejne analizy dotyczyły stopnia zgodności samooceny zrozumiałości wypowiedzi dokonanej przez dzieci (Zad_I_1. Ocena zrozumiałości wypowiedzi własnych pacjenta) oraz oceny zrozumiałości dokonanej przez studentów. Studenci oceniali zrozumiałość wypowiedzi pacjentów prezentowane w nagraniu audiowizualnym⁷ – były to następujące zdania powtarzane przez dzieci w trakcie badania *Skalą dyzartrii*:

1. Dziewczynki i chłopcy to dzieci.
2. Jabłuszka i banany są bardzo smaczne.
3. Pan Hilary zgubił swoje okulary.
4. Drzwi są zamknięte.
5. Czy możesz zamknąć te drzwi?
6. Zamknij te drzwi!
7. Dzisiaj idę na spacer.
8. Dzisiaj idę na spacer.
9. Dzisiaj idę na spacer.

Zdania 1.–3. zamieszczone są w próbach sfery III. ARTYKULACJA, a pozostałe – w sferze V. PROZODIA: zdania 4.–6. w próbach oceniających zdolność naśladowania intonacji, a zdania 7.–9. – w próbach naśladowania akcentu logicznego.

⁷ U. MIRECKA: Ocena zrozumiałości wypowiedzi w dyzartrii. „Logopedia” 2010/2011, T. 39/40, s. 185–196.

TABELA 4. Statystyki nieparametrycznego testu istotności różnic dla dwóch grup zależnych T-Wilcoxon – stopień zgodności ocen zrozumiałości wypowiedzi dokonanych przez grupy studentów (1.–4.) oraz samooceny zrozumiałości wypowiedzi dokonanej przez dzieci (Zad_I_1)

| Grupa badanych | | Ocena gupy 1. – Zad_I_1 | Ocena gupy 2. – Zad_I_1 | Ocena gupy 3. – Zad_I_1 | Ocena gupy 4. – Zad_I_1 |
|----------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Cała grupa | Z | - 1,218 | - 0,731 | - 0,162 | - 1,169 |
| | IAD | 0,223 | 0,465 | 0,871 | 0,242 |
| Norma | Z | - 0,207 | - 0,052 | - 0,982 | - 0,155 |
| | IAD | 0,836 | 0,959 | 0,326 | 0,877 |
| Upośledzenie | Z | - 1,892g | - 1,367 | - 1,363 | - 1,782* |
| | IAD | 0,058 | 0,172 | 0,173 | 0,075 |

Z – wartość testu Wilcoxon

IAD – istotność asymptotyczna dwustronna

* – różnica na granicy istotności statystycznej $p < 0,1$

Analizując oceny w całej badanej grupie, na podstawie wyników testu Wilcoxon, stwierdzono zgodność ocen dzieci i studentów poszczególnych kierunków (tabela 4.) – wszystkie różnice nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$). Po uwzględnieniu w analizach zróżnicowania badanej grupy na dzieci z normą intelektualną i upośledzeniem umysłowym uzyskano nieco odmienne wyniki: zgodność samooceny dzieci i ocen studentów z poszczególnych kierunków dotyczy grupy dzieci z normą intelektualną, a w grupie dzieci z upośledzeniem umysłowym stwierdzono różnice na granicy istotności statystycznej ($p < 0,1$) w zakresie samooceny dzieci i oceny studentów logopedii (grupa 1. – przed kursem dyzarthrii) oraz studentów psychologii (grupa 4.). Zaznaczyła się więc tendencja mniejszej obiektywności samooceny dokonywanej przez dzieci z upośledzeniem umysłowym.

Podsumowanie

Samoocenia się pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym pod względem męczliwości podczas mówienia, trudności oddechowych i fonacyjnych, a także zrozumiałości własnych wypowiedzi okazało się zbyt trudne dla sporej części badanej populacji (39% grupy). Zdecydowanie większe problemy z tymi zadaniami miały dzieci z upośledzeniem umysłowym: samooceny nie dokonało 11% badanych z normą intelektualną i 67% badanych z upośledzeniem umysłowym (dzieci z lekkim upośledzeniem radziły sobie lepiej niż dzieci z upośledzeniem umiarkowanym). Niemożność wykonania zadań dotyczących wybranych aspektów zaburzeń dyzarthrycznych wynikała z braku zrozumienia polecenia i/lub z problemów z dokonaniem samooceny, co z kolei było zależne

od poziomu rozwoju umysłowego (głównie: pojęciowego) osób badanych (intelektu, wieku dziecka).

Porównanie ocen zrozumiałości mowy dyzartrycznej: oceny własnej pacjentów, oceny specjalisty i oceny studentów wykazało zgodność samooceny w grupie dzieci z normą intelektualną – zarówno z ocenami specjalisty, jak i studentów. Rozbieżności między tymi ocenami zaznaczyły się natomiast w grupie dzieci z upośledzeniem umysłowym. Uznać zatem należy, że dzieci z normą intelektualną są w stanie w bardziej obiektywny sposób postrzegać własne możliwości / ograniczenia w komunikowaniu się z ludźmi, a dla wielu dzieci z upośledzeniem umysłowym jest to zbyt trudne. Dzieci z upośledzeniem umysłowym częściej oceniały swe wypowiedzi jako bardziej zrozumiałe w porównaniu z oceną badającego. Z kolei w przypadkach rozbieżności występujących w grupie dzieci z normą intelektualną zanotowano zarówno podwyższoną, jak i obniżoną samoocenę w tym zakresie. Zrozumiałość wypowiedzi – stanowiąca istotny aspekt porozumiewania się – jest dla osób z dyzartrią ważnym problemem. Właśnie z jej powodu podejmują one terapię logopedyczną. W procesie diagnostyczno-terapeutycznym logopeda przekazuje pacjentowi informacje na jego temat, które mogą wpływać na kształtowanie się obrazu własnej osoby – rozwijając jego samowiedzę⁸, prowadząc do podwyższenia poziomu akceptacji siebie.

⁸ J. KOZIELECKI: *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa, PWN 1986, s. 72–73.