

Jolanta Gebrelassie\*

Gorzów Wielkopolski

## Rozważania wokół strategii w profilaktyce zaburzeń mowy

### Considerations around strategy in the prevention of speech disorders

#### Wprowadzenie

W ostatnich latach w pracach z zakresu logopedii można zauważyć wzrost zainteresowania problematyką profilaktyki. Wynika to, między innymi, z niezadowolającej oceny stanu mowy polskich dzieci. Analizy ogólnopolskich i lokalnych wyników badań prowadzonych na przestrzeni kilkudziesięciu lat ukazują wzrastający odsetek dzieci z różnego rodzaju zaburzeniami mowy. Według zestawionych przez Ewę M. Skorek danych wynika, że współcześnie aż u 76% polskich dzieci stwierdza się różnego nieprawidłowości (rys. 1)<sup>1</sup>.

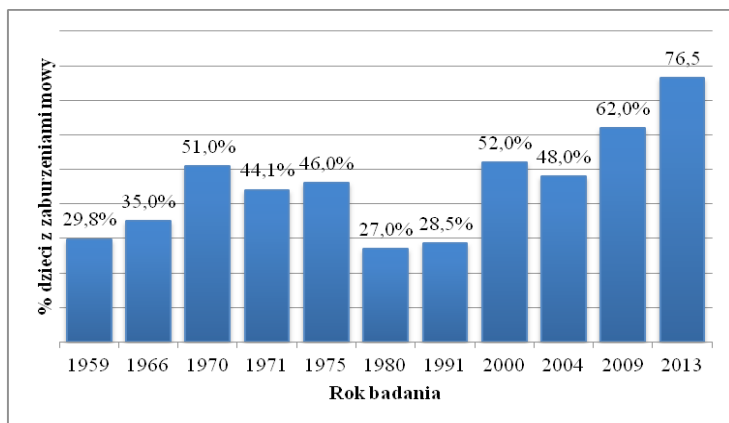
Winą obarcza się nieskuteczny model opieki logopedycznej, nastawiony głównie na prowadzenie terapii logopedycznej, tj. pomoc dzieciom ze stwierdzonymi już zaburzeniami mowy<sup>2</sup>. I choć w ostatnich

---

\* dr, Akademia im. Jakuba z Paradyża, Wydział Humanistyczny, Zakład Edukacji

<sup>1</sup> Skorek, E., M., *Wykorzystanie ćwiczeń przygotowawczo-profilaktycznych w praktyce logopedycznej w populacji dzieci w wieku przedszkolnym* [w:] *Komunikacja – Zaburzenia – Terapia*, Skorek, E., M., Kochan, K., B., Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego 2014, s. 147.

<sup>2</sup> Zob.: Jastrzębowska G., *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Gałkowski, T., Jastrzębowska,



Rysunek 1. Statystyka występowania zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku 5-7 lat

latach coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, iż terapia logopedyczna jest zaledwie jednym z elementów opieki logopedycznej<sup>3</sup>, a Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej nakładają na logopedów, zatrudnionych w placówkach oświatowych, obowiązek prowadzenia działań profilaktycznych<sup>4</sup>, to skuteczność podejmowanych przez nich samorzut-

G. (red.), Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 1999, s.219-232; Skorek, E., M., *Wykorzystanie ćwiczeń przygotowawczo-profilaktycznych w praktyce logopedycznej w populacji dzieci w wieku przedszkolnym* [w:] *Komunikacja – Zaburzenia – Terapia*, Skorek, E. M., Kochan, K. B. (red.), Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego 2014, s. 143-155; Słodownik-Rycaj, E., *System opieki logopedycznej w Polsce i Anglii*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak” 2007.

<sup>3</sup> Por. Grabias, S. *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii* [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Grabias, S., Panasiuk, J., Woźniak T. (red.), Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 13-35, Jastrzębowska, G., *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce* [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Gałkowski, T., Jastrzębowska G., (red.), Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 1999, s. 219-232.

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zasad

nie działań w tym zakresie jest niemal niezauważalna. Dostrzec za to można brak spójnej wizji profilaktyki, zweryfikowanego modelu, procedur (strategii)<sup>5</sup>.

### **Definiowanie profilaktyki i nowe poziomy oddziaływań profilaktycznych**

Istnieje jedynie zgodność co do tego, że definiowanie profilaktyki powinno bazować na medycznych podstawach<sup>6</sup>. Jak napisała Anna Brzezińska punktem wyjścia są słowa. To one porządkują i tworzą rzeczywistość<sup>7</sup>. Przyjęta definicja profilaktyki wytycza więc jej obszar działań.

---

udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach z dnia 30 kwietnia 2013 r. Dziennik Ustaw z dnia 7 maja 2013 r. poz. 532 oraz wcześniejsze: Dziennik Ustaw z dnia 2 grudnia 2010 r. nr 228, poz. 1487 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach; Dziennik Ustaw nr 11 z dnia 7 stycznia 2003, poz. 114, Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach

<sup>5</sup> Publikacje Katarzyny Węsierskiej i Ewy M. Skorek dotyczące kompleksowo postrzeganej profilaktyki zaburzeń mowy są początkiem porządkowania wiedzy o tym obszarze działań logopedów oraz propozycją wzorców postępowania wobec dzieci [Węsierska, K., *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, Tom 1 [w:] Węsierska K. (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, Katowice 2012, s. 25-47, Skorek, E.M., *Morbum evitare quam curare facilius est* [w:] *Komunikacja-Zaburzenia-Terapia*, Skorek, E., M., Kochan K. B., (red.), Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego 2014, s. 85-173].

<sup>6</sup> Por. Węsierska, K., *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*. W: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. Tom 1*, Węsierska, K. (red.), Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2012, s. 26; Skorek, E., M., *Profilaktyka logopedyczna – wybrane zagadnienia* [w:] *Komunikacja – Zaburzenia ...*, op. cit., s. 88.

<sup>7</sup> Brzezińska, A., I., *Droga dziecka ku samodzielności: między sprawnością a niepełnosprawnością* [w:] *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności*, Brzezińska A., I. i in., (red.),

Od ponad dwudziestu lat w Stanach Zjednoczonych i ponad dziesięciu w państwach Unii Europejskiej upowszechniane jest wąskie postrzeganie terminu. Zgodnie z nim profilaktyka to „działania mające na celu zapobieganie problemom (zaburzeniom, chorobom, dysfunkcjom) zanim one wystąpią”<sup>8</sup>. Postępowania podjętego po zdiagnozowaniu nieprawidłowości (nawet bardzo wczesnym) nie można do niej odnieść. Konsekwencją powrotu do klasycznej definicji jest przyjęcie trzech nowych poziomów profilaktyki. Odzwierciedlają one stopień zagrożenia, prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości w przyszłości. I tak, wyodrębniono profilaktykę: uniwersalną, selektywną i wskazującą. W profilaktyce uniwersalnej podejmowane działania dotyczą całej populacji, lub jej podgrup (np.: dzieci w określonym wieku, kobiet w ciąży). Decyzje o konieczności rozpoczęcia działań profilaktycznych podejmowane są na podstawie wiedzy o stanie zdrowia (rozwoju mowy), czynnikach ryzyka, okresach sensytywnych. Jak piszą Anna Borucka i Krzysztof Ostaszewski „nie trzeba badać wszystkich dzieci, żeby podjąć decyzję o fluoryzacji zębów. Wystarczy wiedzieć, że próchnica zębów jest potencjalnym zagrożeniem dla zdrowego rozwoju dużej grupy dzieci”<sup>9</sup>. Oczywiście, trzeba też wiedzieć kiedy, w jakiej grupie wiekowej przeprowadzenie fluoryzacji przyniesie optymalne efekty. Profilaktyka selektywna odnosi się do grup zwiększonego ryzyka, w których z uwagi na sytuację rodzinną, społeczną, uwarunkowania biologiczne, deficyty funkcji poznawczych prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości jest wyższe niż przeciętne. O konieczności prowadzenia działań w ramach tego poziomu profilaktyki decyduje sama przynależność do grupy podwyższonego ryzyka (np. bycie dzieckiem urodzonym z niską masą urodzeniową). Profilaktyka wskazująca obejmuje swymi działaniami jednostki lub grupy osób, u których nakłada się kilka czynników ryzyka oraz

---

Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne sp. z o.o. 2009, s. 11-50.

<sup>8</sup> Ostaszewski, K., *Kompendium wiedzy o profilaktyce* [w:] *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Węgrzecka-Gilul, J., (red.), Warszawa: Fundacja Etoh 2010, s. 74.

<sup>9</sup> Borucka, A., Ostaszewski, K., *Profilaktyka a obszary i zakres diagnozy w szkole* [w:] Deptuła, M., *Diagnostyka i profilaktyka w teorii i praktyce pedagogicznej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego 2006, s. 110.

występują wczesne objawy dysfunkcji, jednak jeszcze nie spełniają one kryteriów pozwalających na postawienie diagnozy choroby czy zaburzenia. Nowe postrzeganie pozwala precyzyjnie zakwalifikować czynności do odpowiednich obszarów działania: promocji zdrowia, profilaktyki, leczenia/terapii, postępowania po leczeniu/terapii. Sądzę, że również stwarza szanse dla logopedów - porządkując i uściślając zakres działań profilaktyki umożliwia większą adekwatność oceny ich skuteczności. Zgodnie z aktualną wiedzą naukową profilaktyka zaburzeń mowy powinna być jednym z sześciu elementów opieki logopedycznej<sup>10</sup>.

### **Profilaktyka zaburzeń mowy – przegląd dotychczasowych ustaleń**

Na świecie prace nad ustaleniem standardów w profilaktyce zaburzeń komunikacyjnych sięgają lat siedemdziesiątych dwudziestego wieku<sup>11</sup>. Rada legislacyjna American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) – najstarszej i najliczniejszej organizacji skupiającej logopedów – przyjęła w roku 1973 deklarację „Zapobieganie problemom komunikacyjnym u dzieci”. Dwa lata później, w roku 1975, uznała, że działania na rzecz zapobiegania zaburzeniom mowy powinny być priorytetem (przed terapią i diagnozą logopedyczną). Zalecono wówczas, by logopedzi i audiolodzy aktywnie angażowali się w opracowywanie i wdrażanie strategii profilaktycznych<sup>12</sup>. I chociaż nie zdefiniowano pojęcia strategia profilaktyczna, opisano dziesięć kompetencji (umiejętności) wymaganych od tych grup zawodowych warunkujących skuteczność ich działań. Główny nacisk położono na wiedzę: stale aktualizowaną i poszerzaną oraz jej umiejętne upowszechnianie. Zwrócono uwagę na konieczność przekazywania informacji nie tylko grupom uznanym za narażone na ryzyko wystąpienia wad wymowy, rodzinom i społecznościom. Dostrzeżono także potrzebę szerzenia wiedzy na temat profilaktyki w różnych

---

<sup>10</sup> Pozostałe to: promowanie prawidłowego rozwoju mowy, diagnozowanie, programowanie terapii, terapia logopedyczna, postępowanie po terapii.

<sup>11</sup> Na podstawie informacji najstarszej organizacji na świecie skupiającej logopedów: American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). ASHA, *Prevention of Communication Disorders. Position Statement* [online]. Dostępny w [www.asha.org/policy/PS1988-00228](http://www.asha.org/policy/PS1988-00228) (dostęp: 01.07.2016).

<sup>12</sup> ASHA, *Prevention...*

publicznych organach/instytucjach, przede wszystkim wśród pracowników służby zdrowia i opieki społecznej. Prawdopodobnie po raz pierwszy podkreślono konieczność wpływania na politykę publiczną, by poprzez legislację prawne umacniać działania w zakresie profilaktyki zaburzeń komunikacyjnych. Wskazywano też na jeszcze jeden obszar aktywności logopedów: wczesne rozpoznawanie nieprawidłowości oraz wczesną pomoc osobom z zaburzeniami mowy. W Europie, w latach dziewięćdziesiątych, Stały Komitet Łącznikowy Logopedów Państw Wspólnoty Europejskiej (CPLOL) przyjął podobne założenia. Wymieniając profilaktykę na pierwszym miejscu wśród zadań zawodowych, przypisał działalności związanej z zapobieganiem zaburzeń mowy równie istotne znaczenie co ASHA. Wyszczególniono cztery strategie (obszary) działań profilaktycznych: edukacyjną, informacyjną, diagnostyczną (przeprowadzanie badań przesiewowych mających na celu wczesną identyfikację nieprawidłowości u dzieci i dorosłych) a także środowiskową<sup>13</sup>. Mimo to wydaje się, iż nadal istnieje wiele luk i pytań dotyczących konstruowania programów profilaktyki zaburzeń mowy. Ciągłe stajemy też przed nowymi wyzwaniami wynikającymi ze zmieniającej się rzeczywistości (ekonomicznej, gospodarczej, technologicznej...), która wpływa na szereg czynników warunkujących rozwój mowy. Potwierdzeniem może być wystąpienie Luigi Girolametto, Susan Landry, Sheena Reilly i Steven'a Warren'a trzydzieści pięć lat później, na konwencji ASHA. Podczas odbywającej się 18-20 listopada 2010 roku w Filadelfii konwencji, zwrócili oni uwagę na brak dowodów (badań) potwierdzających skuteczność stosowanych strategii i programów profilaktycznych<sup>14</sup>.

Analiza rodzimej literatury ukazuje, że w ostatnich latach nastąpił

---

<sup>13</sup> Zachowano kolejność wymienianych strategii. Przyjęto założenie, iż jest ono odzwierciedleniem przypisywanej im rangi w działaniach profilaktycznych, [Professional Profile of the Speech and Language Therapist, London, 7 October 1990, Cologne, 20 February 1994, Lisbon, 1 May 1997, [www.cplol.eu/index.php?option=com\\_jdownloads&task=download.send&id=32&catid=11&m=0&Itemid=307&lang=en](http://www.cplol.eu/index.php?option=com_jdownloads&task=download.send&id=32&catid=11&m=0&Itemid=307&lang=en) (dostęp: 07.07.2016)].

<sup>14</sup> Giroalmetto, L., Landry, S., Reilly, S., Warren, S., Responsive Parenting Prevention Programs for Childrens at Risk of Language Delay, ASHA Panel, 2010, [on line]. Dostępny w: [www.asha.org/Events/.../1723-Girolametto-Luigi/](http://www.asha.org/Events/.../1723-Girolametto-Luigi/) (dostęp: 01.07.2016).

wzrost zainteresowań działaniami profilaktycznymi. Zmiany dokonujące się w systemie oświaty po 2003 zobowiązały logopedów zatrudnionych w przedszkolach, szkołach i innych placówkach oświatowych do podejmowania działań w zakresie profilaktyki zaburzeń komunikacji językowej z uwzględnieniem współpracy z najbliższym środowiskiem dziecka<sup>15</sup>. Brak spójnej wizji profilaktyki, empirycznie zweryfikowanego modelu, czy choćby rekomendacji, spowodowały wzrost programów samodzielnie, intuicyjnie opracowywanych przez logopedów. Część z tych propozycji to po prostu zbiór ćwiczeń oddechowych, fonacyjnych, artykulacyjnych lub zestaw zaleceń dla rodziców, rzadziej dla nauczycieli. Autorzy programów z reguły posługują się strategią edukacyjną skierowaną wyłącznie do dzieci oraz informacyjną w odniesieniu do rodziców. Podstawą strategii informacyjnych jest przekonanie, iż dostarczenie dorosłym wiedzy o uwarunkowaniach prawidłowego rozwoju mowy a także o czynnikach ryzyka wpłynie na zmianę zachowań<sup>16</sup>. Strategie edukacyjne zakładają nauczenie dziecka umiejętności istotnych dla rozwoju mowy (artykulacji), np. prawidłowego toru oddechowego, pionizacji języka. Rzadko odwołują się do najnowszej wiedzy logopedycznej, czy innych powiązanych dziedzin wiedzy. Wyjątkiem są publikacje Grażyny Guni i Viktora Lechty, Ewy M. Skorek, Katarzyny Węsierskiej, które zawierają propozycje systemowego ujęcia profilaktyki zaburzeń mowy<sup>17</sup>. Opracowania te odnoszą się jednak do starego,

---

<sup>15</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dziennik Ustaw nr 11 z dnia 7 stycznia 2003, poz. 114.

<sup>16</sup> Np. rodzic świadomy negatywnych konsekwencji przetrwałego odruchu ssania, będzie wprowadzał pokarmy inne niż mleko matki (lub zastępcze) zgodnie z kalendarzem pokarmowym, dbał, by u jego dziecka nie pojawiły się parafunkcje – np. nieodżywcze ssanie smoczka, palca.

<sup>17</sup> Skorek, E. M., *Profilaktyka logopedyczna – wybrane zagadnienia* [w:] *Komunikacja – zaburzenia...*, op. cit.; Węsierska, K., *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym* [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. Tom 1*, Węsierska, K. (red.), Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2012; Gunia G., Lechta V., *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls 2011.

wprowadzonego w 1957 roku, szerokiego rozumienia profilaktyki i jej podziału<sup>18</sup>, utrudniając ocenę efektywności działań profilaktycznych<sup>19</sup>.

### **Definiowanie terminu „strategia” w profilaktyce zaburzeń mowy**

Istotnym warunkiem skuteczności profilaktyki jest optymalny dobór strategii profilaktycznej. Termin „strategia” przez długi czas używany był wyłącznie w odniesieniu do sztuki wojennej. Stopniowo zaczął pojawiać się w innych dziedzinach ludzkiej aktywności: w gospodarce, ekonomii, polityce a także medycynie i psychologii oznaczając przemyślany system działań (możliwych do zrealizowania), również pewien wzorzec postępowania<sup>20</sup>. Z uwagi na zmieniające się realia społeczne definicje strategii są systematycznie uaktualniane, uzupełniane, redefiniowane. Główne akcenty lokowane były (i są) w różnych komponentach strategii: celach, zasobach, otoczeniu, planowaniu. W profilaktyce chorób psychicznych i zaburzeń zachowania pojęcie „strategia” definiowane jest jako pewien sposób postępowania, zgodny z teorią, ukierunkowany na redukcowanie

---

<sup>18</sup> Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji 2012, s. 34.

<sup>19</sup> W szerokim ujęciu istnieje trudność w rozgraniczeniu działań w zakresie promowania prawidłowej mowy, profilaktyki i terapii logopedycznej. Piszę o tym więcej w artykule: Gebreselassie, J., *Założenia (nie tylko) teoretyczne profilaktyki zaburzeń głosu dziecięcego* [w:] *Edukacja artystyczna – nowe wyzwania*, Katarzyńczuk-Mania (red.), Zielona Góra, Skarbona: Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów 2016, s. 181-200.

<sup>20</sup> W psychologii oznaczać też może mniej przemyślany (intuicyjny) sposób radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. I tak, Agnieszka Ptaszak wymienia trzy strategie możliwe do przyjęcia przez rodziców dzieci z niepełnosprawnościami: unikania, eliminacji i asymilacji. Strategia unikania polega na zaprzeczaniu lub ignorowaniu choroby dziecka w nadziei na jego samoistne rozwiązanie. Strategia eliminacji koncentruje się na usunięciu lub przedefiniowaniu stresora. Natomiast asymilacja polega dopasowaniu rodziny i specyfiki dziecka wynikającej z jego niepełnosprawności [Ptaszak A., *Strategie radzenia sobie rodziców chorych dzieci z ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych*. W: *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*, Górnik-Durose, M., Mateusiak, J., Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2011, s. 275-305].



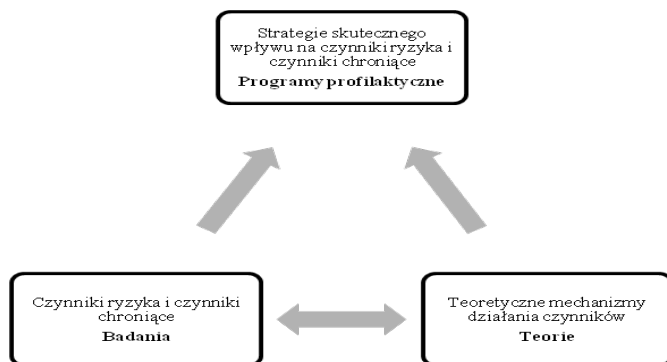
wpływów czynników ryzyka<sup>21</sup>. Jest to klasyczne, wąskie postrzeganie terminu. **Strategię w profilaktyce zaburzeń mowy rozumiem jako długofalową, względnie trwałą koncepcję niwelowania czynników ryzyka zaburzeń mowy i wzmocnienia czynników chroniących określającą przewidywalne i realne cele oraz sposoby ich realizacji.** Dobrze opracowana strategia profilaktyczna powinna mieć charakter kompleksowy, stanowić logiczną i spójną całość oraz mieć długofalowy charakter. Kompleksowość strategii oznacza oddziaływanie na różne istotne dla profilaktyki grupy odbiorców, środowiska i wiele obszarów profilaktyki. Strategie nie powinny ograniczać się do jednej wąsko określonej grupy beneficjentów (np. tylko do dzieci lub ich rodziców, czy nauczycieli). Nie mogą też koncentrować się na jednej grupie wiekowej, jednym etapie edukacyjnym. Powinny być skierowane na te czynniki ryzyka i chroniące, które pozwolą zapobiegać wielu nieprawidłowościom jednocześnie (np.: zaburzeniom mowy i niepowodzeniom szkolnym). Strategie profilaktyczne, z założenia, muszą być dobrane lub opracowane jeszcze przed rozpoczęciem właściwej interwencji. Wiążą się bowiem z pewną strukturą, kolejnością działań ich zasięgiem oraz pozwalają na koncentrację wysiłków, zapobiegają ich rozproszeniu, umożliwiają pozyskanie sojuszników. Powinny być również weryfikowane pod kątem ich efektywności.

### **Teoretyczne podstawy rozwoju (zaburzeń) mowy dziecka**

Wybór stosowanych strategii musi być dokonywany w oparciu o aktualną wiedzę o czynnikach ryzyka i chroniących (zmniejszających) ryzyko zaburzeń mowy, a także o teoretyczne założenia wyjaśniające ich powiązania (rys. 2).

---

<sup>21</sup> Ostaszewski, K., *Kompendium wiedzy o profilaktyce* [w:] *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Warszawa: Fundacja ETOH, 2010, s. 85. O zawirowaniach wokół użycia terminu strategia w profilaktyce wspomina Joanna Szymańska. Zwraca uwagę na różne zakresy pojęcia: jako program profilaktyki (tzw. program „duży”, wielocłonowy i długofalowy), lub jako określenie celów, kierunków, sposobów modyfikowania konkretnego czynnika ryzyka [Szymańska, J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji 2012, s.8-9].



Rysunek 2. Strategie profilaktyczne oparte na naukowych podstawach<sup>22</sup>

Przyjęte założenia teoretyczne dotyczące mechanizmów rozwoju mowy w normie i patologii, umożliwiają udzielenie odpowiedzi na wiele pytań badawczych, istotnych z punktu widzenia planowanych strategii profilaktycznych. Najczęściej w literaturze przedmiotu znajdujemy prezentację aktualnego stanu mowy polskich dzieci. Jest to odpowiedź na podstawowe pytanie: *jak jest?* Niestety, możemy się tylko domyślać (na podstawie wieku badanych), *w jakiej fazie* (na jakim poziomie) *występują* obserwowane *nieprawidłowości*? Jeszcze rzadziej: *jakie jest natężenie występujących czynników ryzyka (i chroniących)*? A przecież poznanie ich zaawansowania jest warunkiem niezbędnym prawidłowego dopasowania strategii do poziomu profilaktyki. Konieczne jest również ujawnienie przyczyn obserwowanych zjawisk (stanu mowy) oraz ich ewentualnych konsekwencji, czyli udzielenie odpowiedzi na kolejne pytania: *dlaczego tak jest, jakie znaczenie ma aktualny stan dla całościowego funkcjonowania i jakie wywoła konsekwencje w przyszłości?*

W literaturze logopedycznej wyszczególnia się kilka modeli teoretycznych wykorzystywanych do ustalania źródeł zaburzeń mowy. Wśród istniejących koncepcji najczęściej wymienia się teorie:

- biologiczne (natywistyczne),

<sup>22</sup> Ostaszewski, K., *Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych Edukacja zdrowotna*, Woynarowska B. (red.), Warszawa: PWN, 2012, s. 503.

- behawioralne,
- społecznego uczenia się,
- poznawcze<sup>23</sup>.

Biologiczna teoria rozwoju mowy zakłada istnienie wrodzonych predyspozycji do opanowania języka. Zgodnie z klasyczną koncepcją Noama Chomsky'ego ludzie posiadają wewnętrzny mechanizm przyswajania języka (Language Acquisition Device – LAD). LAD pozwala dziecku na samodzielne odkrywanie podstawowych reguł i zasad posługiwania się językiem. Wypowiedzi innych osób pełnią rolę inicjującą, umożliwiając ćwiczenie (filtrowanych przez LAD) własnych konstrukcji językowych. Zgodnie z teorią biologiczną „przyczyny zaburzeń mowy zawsze tkwią w strukturach i czynnościach biologicznych”<sup>24</sup>.

To tradycyjnie podejście wiąże mowę z procesem dojrzewania układu nerwowego i poziomem rozwoju motorycznego. Zakłada istnienie okresów sensytywnych. Zaburzenia mowy występujące w rodzinach, szczególnie wśród bliźniąt, sugerowały, że nieprawidłowości mogą mieć silne podłoże genetyczne. Jednak dopiero wyniki nowych badań wskazały istnienie genu przyczyniającego się do rozwoju umiejętności mówienia. Opisany w roku 1998, znajdujący się w chromosomie 7 i nazwany FOXP2<sup>25</sup> gen, odgrywa ważną rolę w koordynacji sensoryczno-motorycznej istotnej dla mowy i, jak się później okazało, śpiewu ptaków<sup>26</sup>. Jego zmutowane wersje korelują z zaburzeniami mowy

---

<sup>23</sup> Por. Hamerlińska-Latecka, A., *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2012; Kielar-Turska, M., *Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych* [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Czaplewska, E., Milewski, S. (red.), Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2015, s. 15-63.

<sup>24</sup> Grabias, S., *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii* [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Grabias, S., Pansiuik, J., Woźniak, T. (red.), Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2015, s. 13-35.

<sup>25</sup> Fisher, S. E., Vargha-Khadem, F., Watkins, K., E., Monaco, A., P. & Pembrey M.E., *Localisation of a gene implicated in a severe speech and language disorder*, "Nature Genetics", 1998 nr 18 (2), s. 168-170.

<sup>26</sup> Doetsch, F., Scharff, C., *Challenges for brain repair: insights from adult*

i dysfunkcjami intelektualnymi. Obecnie wiemy też, że gen FOXP2 reguluje działanie wielu innych genów, pobudzając lub tłumiąc ich funkcjonowanie. I tak na przykład udowodniono, że FOXP2 hamuje gen CNTNAP2, związany z opóźnieniami nabywania mowy i zaburzeniami ze spektrum autyzmu<sup>27</sup>.

Behawioryzm natomiast, przyczyn rozwoju mowy i ewentualnych nieprawidłowości upatruje w relacjach z innymi ludźmi na zasadach warunkowania. W modelu behawioralnym reakcje językowe dziecka są w zasadzie wyuczoną odpowiedzią na zachowania osób z jego otoczenia. Początkowo przypadkowe reakcje werbalne, wzmacniane (nagradzane) przez dorosłych, zaczynają częściej pojawiać się w jego zachowaniach. Tak więc mowa, w tym modelu, rozpatrywana jest jako rezultat naśladownictwa i treningu. Umiejętności językowe zależą przede wszystkim od środowiska społecznego.

Na specyficzną zależność pomiędzy sposobem posługiwania się językiem a pochodzeniem społecznym zwrócił uwagę Basil Bernstein. Jako socjolog nie zajmował się różnicami w zasobie słownictwa, ani poprawnością artykulacyjną. Zauważył natomiast, że uczniowie z niższych, uboższych warstw w swoich wypowiedziach używają bardziej uproszczonej budowy zdań i ograniczonego słownictwa, niż ich rówieśnicy wywodzący się z zamożniejszych rodzin.

Wywodząca się z behawioryzmu klasyczna teoria uczenia się, przyczyniła się do powstania teorii społecznego uczenia się. Zgodnie z jej założeniami, otoczenie społeczne zawsze oddziałuje na jednostkę aktywną. W klasycznym ujęciu język jest nabywany zarówno pod wpływem warunkowania, jak i obserwowania zachowań innych ludzi. Osiąganie coraz wyższych umiejętności językowych jest wspólnym wysiłkiem dziecka i najbliższego otoczenia społecznego. Według Rudolpha Schaffera dla prawidłowego rozwoju mowy ważne są tzw. epizody wspólnego zaangażowania podczas spotkania dziecka z dorosłym,

---

*neurogenesis in birds and mammals*, "Brain, Behavior, Evolution", Vol 58. No 5, 2001.

<sup>27</sup> Vernes S.,C., i in., *A Functional Genetic Link between Distinct Developmental Language Disorders*, "The New England Journal of Medicine", 359 2008, s. 2337-2345 [online]. Dostępny w [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756409/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756409/) (dostęp: 19.07.2016).

czyli „kontakt między dwiema jednostkami, podczas którego uczestnicy wspólnie zwracają uwagę na jakiś zewnętrzny temat i wspólnie względem niego działają”<sup>28</sup>. Przy czym, jak zaznacza Rudolph Schaffer, częściej inicjatywę nawiązania kontaktów wykazują dzieci (a nie ich rodzice)<sup>29</sup>. Jednak efektywność (skuteczność rozwojowa) epizodów wspólnego zaangażowania wymaga od osób dorosłych pewnego poziomu kompetencji. Sama obecność dorosłego, jakkolwiek jest gwarantem poczucia bezpieczeństwa małego dziecka, w tym przypadku jest niewystarczająca.

Teorie poznawcze rozwoju mowy uwzględniają przede wszystkim sferę kognitywną. Uznają priorytet czynności poznawczych (intelektualnych) nad werbalnymi. Wiodącą rolę przypisują indywidualnemu doświadczeniu, kontaktom z przedmiotami, mniejszą – relacjom społecznym. Jean Piaget, wiodący przedstawiciel nurtu poznawczego, dostrzegał co prawda środowiskowe uwarunkowania rozwoju, jednak w jego ujęciu, ich charakter jest przede wszystkim niespołeczny: polega na interakcji dziecka i środowiska fizycznego<sup>30</sup>.

### **Strategie profilaktyczne zaburzeń mowy**

Jak pisze Agnieszka Rosińska „o ile wizja rysuje obraz dobrej (w tym przypadku – zdrowej) przyszłości, o tyle strategia powinna wskazywać drogę i metody realizacji wizji”<sup>31</sup>. Na podstawie analizy literatury przedmiotu można wyodrębnić kilka podziałów strategii profilaktycznych. Zaprezentowano je w tabeli nr 1.

---

<sup>28</sup> Schaffer, H.,R., *Epizody wspólnego zaangażowania jako kontekst rozwoju poznawczego* [w:] Brzezińska, A., Lutomski, G., *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*, Poznań: Zys i S-ka Wydawnictwo, 1994, s.153.

<sup>29</sup> Schaffer, H.,R., *Epizody...*, op. cit., s. 154.

<sup>30</sup> Schaffer, H.,R., *Epizody...*, op. cit., s. 151.

<sup>31</sup> Rosińska A., *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Strategiczne planowanie prozdrowotnej zmiany* [w:] Górnik-Durose M., Mateusiak J. (red.), *Psychologia zdrowia*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2011, s. 79.

Tabela 1. Klasyfikacje strategii profilaktycznych

Kryterium podziału	Strategie profilaktyczne	Przykłady	Źródło
Cel prowadzonych działań	<b>Specyficzne</b>	Mają zapobiegać konkretnym zaburzeniom mowy, np.: jąkaniu, dyslalii.	Grażyna Gunia, 2011, s. 58.
	<b>Niespecyficzne</b>	Obejmują „działania zapobiegawcze w środowiskach wychowawczych w celu stworzenia optymalnych warunków do prawidłowego kształtowania się mowy”	
Adresat działań	<b>Bezpośrednie</b>	Oddziaływanie skierowane jest bezpośrednio na dziecko	Marta Bogdanowicz, 1999, s. 178.
	<b>Pośrednie</b>	Oddziaływanie na dziecko odbywa się poprzez rodziców. Zalecane działania to: pedagogizacja rodziców, uwrażliwianie rodziców na popełniane błędy	
Zachowania rodziców / osób odpowiedzialnych za prowadzenie działań	<b>Aktywne</b>	Zachowania zorientowane na działanie. Samodzielne poszukiwanie informacji, dostosowywanie działań do możliwości dziecka, rozwijanie własnych kompetencji rodzicielskich i komunikacyjnych	Agnieszka Ptaszak, 2011, s.275-305.
	<b>Bierne</b>	Ignorowanie zaleceń, unikanie, odracanie podejmowania działań	
Skuteczność	<b>Wiodące</b>	Efektywność strategii jest potwierdzona badaniami ewaluacyjnymi.	Krzysztof Ostaszewski, 2012, s. 504-511
	<b>Uzupełniające</b>	Efektywne w połączeniu ze strategiami wiodącymi	

<b>Rodzaj działań</b>	<b>Edukacyjne</b>	Rozwijanie umiejętności ważnych z punktu widzenia prawidłowego rozwoju mowy. Przy czym są to nie tylko umiejętności, jakie osiąść ma: - dziecko (np. zakresie dużej i małej motoryki, artykulatorów), oraz osoby z jego otoczenia: - rodzice (np. dotyczące prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, odpowiedniego układania dziecka do snu, prowadzenia zabaw i rozmów rozwijających umiejętność słuchania i mówienia, - nauczyciele (np. w zakresie emisji głosu zgodnie z teorią uczenia się dzieci uczą się przez naśladowanie), - lekarze (np. prowadzenia badań przesiewowych).	CPLOL, www.cplol.eu/index.php?option=com_jdownloads&task=download.send&id=32&catid=11&mid=0&Itemid=307&lang=en/dostęp: 22.07.2016  Sławomir Śliwa, 2015, s. 55-68.
	<b>Informacyjne</b>	Dostarczanie adekwatnych informacji na temat uwarunkowań prawidłowego rozwoju mowy, czynników ryzyka i chroniących.	
	<b>Diagnostyczne</b>	Prowadzenie badań przesiewowych mających na celu wczesną identyfikację nieprawidłowości u dzieci i dorosłych.	

Reasumując, skuteczna profilaktyka zaburzeń mowy, powinna opierać się na naukowych podstawach, czyli wiedzy o czynnikach ryzyka i chroniących, teoretycznych podstawach wyjaśniających ich powiązania oraz wynikających z nich strategiach profilaktycznych. Choć bywa utożsamiana, zwłaszcza wśród laików, z przekazywaniem informacji, nie powinna ograniczać się do pojedynczych strategii. Obecnie nie ma

dowodów na to, że samo przekazywanie wiedzy o uwarunkowaniach rozwoju mowy, zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń mowy w przyszłości. W związku z tym zaleca się stosowanie zróżnicowanych strategii (np. informacyjnych, edukacyjnych i środowiskowych). Ponadto profilaktyka powinna być:

- wczesna (realizowana przed wystąpieniem zaburzeń mowy),
- dostosowana do potrzeb uczestników,
- etyczna (np. dobrowolna i rzeczywiście przynosić korzyści w jak najszerszym zakresie),
- możliwa do realizacji w ramach dostępnych zasobów.

Realizacja tych zaleceń przekracza to możliwości jednej grupy społecznej (rodziców), zawodowej (nauczycieli, dziennikarzy bądź lekarzy), czy nawet resortu (edukacji, zdrowia, czy polityki społecznej). Wymaga więc rozwiązań systemowych na poziomie państwa i samorządów lokalnych oraz zapewnienia niezbędnych środków finansowych.

### **Bibliografia**

ASHA, *Prevention of Communication Disorders. Position Statement*, (on line). Dostępny w: [www.asha.org/policy/PS1988-00228](http://www.asha.org/policy/PS1988-00228) (dostęp: 01.07.2016).

Bogdanowicz, M., *Problematyka zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka*. [W:] Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 1999.

Borucka, A., Ostaszewski, K., *Profilaktyka a obszary i zakres diagnozy w szkole*. [W:] Deptuła, M. (red.), *Diagnostyka i profilaktyka w teorii i praktyce pedagogicznej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2006.

Brzezińska, A., I., *Droga dziecka ku samodzielności: między sprawnością a niepełnosprawnością*. [W:] Brzezińska A., I. i in., (red.), *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne sp. z o.o., 2009.

CPLOL, *Professional Profile of the Speech and Language Therapist*, (on line). Dostępny w : [http://www.cplol.eu/index.php?option=com\\_jdownloads&task=download.send&id=32&catid=11&m=0&Itemid=307&lang=en](http://www.cplol.eu/index.php?option=com_jdownloads&task=download.send&id=32&catid=11&m=0&Itemid=307&lang=en) (dostęp: 22.07.2016).

Fisher, S. E., Vargha-Khadem, E., Watkins, K., E., Monaco, A., P. & Pembrey, M. E., *Localisation of a gene implicated in a severe speech and language disorder*, "Nature Genetics", 1998 nr 18 (2).

Gebreselassie, J., *Założenia (nie tylko) teoretyczne profilaktyki zaburzeń głosu dziecięcego*. [W:] *Edukacja artystyczna – nowe wyzwania*, Katarzyńczuk-Mania



(red.), Zielona Góra - Skarbona: Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów, 2016.

Grabias, S., *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*. [W:] Grabias, S., Panasiuk, J., Woźniak, T. (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2015.

Giroalmetto, L., Landry, S., Reilly, S., Warren, S., Responsive Parenting Prevention Programs for Childrens at Risk of Language Delay, ASHA Panel, 2010, (on line). Dostępny w: [www.asha.org/Events/.../1723-Girolametto-Luigi/](http://www.asha.org/Events/.../1723-Girolametto-Luigi/) dostęp (10.06.2016).

Gunia, G., *Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce*. [W:] Gunia, G., Lechta, V. (red.), *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „IMPULS”, 2011.

Gunia G., Lechta V., *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „IMPULS” 2011.

Hamerlińska-Latecka, A., *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2012.

Doetsch, F., Scharff, C., *Challenges for brain rep air: insights from adult neurogenesis in birds and mammals*, “Brain, Behavior, Evolution”, Vol 58. No 5, 2001.

Jastrzębowska G., *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*. [W:] Gałkowski, T., Jastrzębowska, G. (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 1999.

Kielar-Turska, M., *Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych*. [W:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, (red.) Czaplewska, E., Milewski, S., Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2015.

Ostaszewski, K., *Kompendium wiedzy o profilaktyce*. [W:] *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Węgrzeczka-Giluń, J., (red.), Warszawa: Fundacja ETOH, 2010.

Ostaszewski, K., *Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych*. [W:] Woynarowska B., (red.), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.

Ptaszak, A., *Strategie radzenia sobie rodziców chorych dzieci z ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych*. [W:] *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*, Górnik-Durose M., Mateusiak J. (red.), Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2011.

Rosińska, A., *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Strategiczne planowanie prozdrowotnej zmiany*. [W:] *Psychologia zdrowia*, Górnik-Durose M., Mateusiak J., (red.), Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2011.

Schaffer, H.R., *Epizody wspólnego zaangażowania jako kontekst rozwoju*

poznawczego. [W:] Brzezińska A., Lutomski G., *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*, Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo, 1994.

Skorek, E. M., *Profilaktyka logopedyczna – wybrane zagadnienia*. [W:] *Komunikacja, zaburzenia, terapia*, Skorek, E. M., Kochan, K. B. (red.), Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego 2014.

SKOREK, E., M., *Wykorzystanie ćwiczeń przygotowawczo-profilaktycznych w praktyce logopedycznej w populacji dzieci w wieku przedszkolnym*. [W:] *Komunikacja – Zaburzenia – Terapia*, Skorek, E., M. K., Kochan, B., Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, 2014.

Skorek, E.M., *Morbum evitare quam curare facilius est*. [W:] *Komunikacja-Zaburzenia-Terapia*, Skorek, E., M., Kochan K. B., (red.), Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, 2014.

Słodownik-Rycaj, E., *System opieki logopedycznej w Polsce i Anglii*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2007.

Szymańska, J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012.

Śliwa, S., *Strategie i standardy oddziaływań profilaktycznych*. [W:] Śliwa S., *Profilaktyka pedagogiczna*, Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski Sp. z o.o., 2015.

Węsierska, K., *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*. [W:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. Tom 1*, Węsierska, K. (red.), Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2012.

Vernes, S. C. i in. ., *A Functional Genetic Link between Distinct Developmental Language Disorders*, “The New England Journal of Medicine”, 359 2008 (on line). Dostępny w: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756409/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756409/) (dostęp: 19.07.2016).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dziennik Ustaw nr 11 z dnia 7 stycznia 2003, poz. 114.

### **Streszczenie**

Analizy ogólnopolskich i lokalnych wyników badań prowadzonych na przestrzeni kilkudziesięciu lat ukazują wzrastający odsetek dzieci z różnego rodzaju zaburzeniami mowy. Według niektórych badaczy – aż u 76% polskich dzieci występują różnego rodzaju zaburzenia mowy. Uważa się, że skuteczna profilaktyka, zwłaszcza adresowana do dzieci, jest optymalnym sposobem ograniczania zjawisk uznawanych za niekorzystne.

Przedmiotem pracy jest przedstawienie współczesnej koncepcji profilaktyki zaburzeń mowy z uwzględnieniem nowych podziałów: uniwersalnego, selektywnego i wskazującego. W artykule omówiono pojęcie

strategia w profilaktyce zaburzeń mowy. Zwrócono uwagę na konieczność odwoływania się do modeli teoretycznych wykorzystywanych przy ustalaniu źródeł zaburzeń mowy. Zaproponowano klasyfikację strategii działań w profilaktyce zaburzeń mowy.

**Słowa kluczowe:** profilaktyka zaburzeń mowy, profilaktyka uniwersalna, profilaktyka selektywna, profilaktyka wskazująca, strategie profilaktyczne

### **Abstract**

Analysis of local and nationwide researches conducted over decades shows that number of children with speech disorders increases. According to some researches 76% Polish children have speech disorders of different types. It is believed that effective prevention, aimed especially at children, is an optimal way of limiting phenomena that are considered as unfavourable.

The subject of the work is to present the modern concept of preventing speech disorders, including new divisions: universal prevention, selective prevention and indicated prevention. The article discusses the notion of strategy in the prevention of speech disorders. It is highlighted that the necessity to invoke theoretical models to determine the use of speech disorders. It also proposes the classification of strategies preventing speech disorders.

**Keywords:** prevention of speech disorders, universal prevention, selective prevention, indicating prevention, preventing strategies