

*Jolanta Gebreselassie**

Gorzów Wielkopolski

Założenia (nie tylko) teoretyczne profilaktyki zaburzeń głosu dziecięcego

Presupposition (not only) the theoretical prevention of voice disorders in children

Wprowadzenie

Podejmowanie działań profilaktycznych (obok prowadzenia diagnozy i terapii) należy do podstawowych zadań logopedy. Istnieje powszechna zgoda co do tego, iż skuteczna profilaktyka jest optymalnym i opłacalnym sposobem ograniczania zjawisk uznawanych za niekorzystne. Viktor Lechta nadaje profilaktyce priorytetowe znaczenie, stawiając ją przed działaniami naprawczymi, czyli terapią logopedyczną. Szczególny potencjał mają działania podejmowane w grupie dzieci i młodzieży. Możliwości modyfikowania czynników ryzyka a przede wszystkim czynników chroniących w tej grupie wiekowej uznaje się za najbardziej skuteczne i trwałe.

Zaburzenia głosu mogą wystąpić w każdej grupie wiekowej, społecznej i zawodowej. W wieku rozwojowym są zjawiskiem dość często diagnozowanym. Według Baynessa (1966) chrypka, będąca jednym z objawów zaburzeń głosu, występuje u 7,1% dzieci, według Zeemana – aż u 50%. Mimo to, problematyka ta jest stosunkowo rzadko poruszana w polskojęzycznej literaturze

* dr, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jakuba z Paradyża, Wydział Humanistyczny

logopedycznej. Interwencje mające na celu zapobieganie zaburzeniom mowy, głosu, jąkania i języka prowadzone są przez logopedów samorzutnie, często intuicyjnie. Zwracały na to uwagę m.in.: Ewa M. Skorek czy Katarzyna Węsierska . Zaproponowane przez wspomniane autorki modele kompleksowych strategii profilaktycznych w niewielkim stopniu wypełniają lukę. Większość programów logopedycznych w zakresie profilaktyki zaburzeń mowy i głosu realizowanych w przedszkolach i szkołach nie jest oparta na najnowszych dowodach naukowych. Interwencje prowadzone są często niesystematycznie, okazjonalnie. Brak jest opracowanych standardów jakości działań w zakresie profilaktyki zaburzeń głosu (mowy, języka i jąkania) u dzieci, kryteriów ich finansowania oraz badań naukowych potwierdzających efektywność tych działań.

Koncepcja profilaktyki i jej współczesne modele

W literaturze logopedycznej pojęcie profilaktyka stosowane jest zamiennie z terminem prewencja. Dodaje się też czasem określenie: logopedyczna . Zgodnie z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Mowy-Języka-Słuchu (ASHA - American Speech-Language-Hearing Association) , w niniejszym artykule posługiwać się będę terminem: profilaktyka zaburzeń głosu.

Profilaktyka jest obecnie pojęciem popularnym, z pozoru, rozumianym intuicyjnie. Jednak nawet pobieżna analiza literatury przedmiotu ukazuje, różnie postrzeganie obszaru jej działań. I tak, Joanna Szymańska i Joanna Zamecka wymieniają kilka sposobów definiowania profilaktyki. Z uwagi na intencję podejmowanych interwencji może to być, m.in.:

- zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, które mogą wystąpić w przyszłości (rozumienie wąskie),
- zmniejszanie ryzyka wystąpienia zjawisk niepożądanych i związanych z nimi problemów w przyszłości poprzez niedopuszczanie do poszerzania się (rozprzestrzeniania) niekorzystnego zjawiska lub stanu (rozumienie szersze),

– zmniejszanie strat (szkód) spowodowanych niekorzystnymi zjawiskami i zachowaniami (rozumienie szerokie).

Jak można dostrzec, działania podejmowane w zakresie tak szeroko rozumianej profilaktyki mogą mieć nie tylko charakter uprzedzający, ale też konserwujący czy nawet naprawczy. Granice pomiędzy promocją zdrowia a profilaktyką, profilaktyką a leczeniem, terapią, rehabilitacją, bądź resocjalizacją zacierają się. Znajduje to odzwierciedlenie również w nieostrym podziale poziomów tak postrzeganej profilaktyki. Wprowadzony w 1957 roku, a następnie zatwierdzony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), podział na profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową opierał się na ocenie stopnia zagrożenia wystąpienia choroby lub niepełnosprawności. I tak, profilaktyka pierwszorzędowa kierowana jest do grup niskiego ryzyka. Działania prowadzone są wśród niezdiagnozowanych najczęściej dużych grup. Ich cel to „zredukowanie występowania chorób przez działania najwcześniejsze (swoiste lub nieswoiste), a także minimalizowanie ryzyka zaistnienia tych problemów – uprzedzanie wystąpienia zaburzeń. Jest to zatem przede wszystkim promowanie zdrowego stylu życia i zapobieganie chorobom przez kontrolowanie czynników ryzyka” . Profilaktyka drugorzędowa odnosi się do grup podwyższonego ryzyka, a jej celem jest „wczesne wykrycie objawów (nieprawidłowości – uzupełnienie autorki tekstu) i wczesne podjęcie działań naprawczych prowadzących do zahamowania rozwoju zaburzenia”. Natomiast profilaktyka trzeciorzędowa skierowana jest do grup wysokiego ryzyka. „Ma na celu przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego (...). Polega głównie na leczeniu, rehabilitacji i resocjalizacji ”.

Szerokie postrzeganie profilaktyki ma swoje konsekwencje, np. w finansowaniu działań. Jak zauważa Krzysztof Ostaszewski „w przypadku, gdy kryteria rozgraniczenia między profilaktyką a leczeniem były nieostre, trudno było o zagwarantowanie systematycznych świadczeń na rzecz rozwoju naukowych metod uprawiania profilaktyki. W tej sytuacji środki szły głównie na badania

nad nowymi metodami leczenia, ponieważ ogromne potrzeby w tym zakresie wygrywały z potrzebami profilaktyki. Profilaktyka jako działalność ukierunkowana na przyszłość i w związku z tym trudna do zmierzenia, zawsze stoi na przegranej pozycji wobec pilnych potrzeb lecznictwa, które są obecne »tu i teraz«.

Jednak już od ponad dwudziestu lat w Stanach Zjednoczonych, a od ponad dziesięciu w krajach Unii Europejskiej, upowszechniany jest powrót do wąskiego rozumienia tego pojęcia i nowy podział poziomów profilaktyki. W roku 1994 amerykański Institute of Medicine (IOM) precyzyjnie zakreślił granice pomiędzy profilaktyką a innymi obszarami działań, uznając, że profilaktyka jest jednym z wielu elementów w strukturze działań dotyczących rozwiązywania problemów zdrowotnych. Jest ona „rozumiana jako świadome działanie mające na celu zapobieganie problemom (zaburzeniom, chorobom, dysfunkcjom) zanim one wystąpią”. Profilaktyka jest jednym ze sposobów reagowania na zjawiska, zachowania, stany, których wystąpienie w przyszłości wydaje się wysoce prawdopodobne. Jej istota polega na przedsięwzięciu działań zapobiegawczych w obliczu antycypowanych zagrożeń. Ma przede wszystkim charakter uprzedzający, a nie naprawczy. Interwencji prowadzonej po zdiagnozowaniu nieprawidłowości (zaburzenia) nie można nazwać profilaktyką. Działania mające na celu zapobieganie nawrotom choroby są ważne, ale nie można ich odnieść do profilaktyki. Odwołując się w ten sposób do klasycznej, wąskiej definicji Institute of Medicine zaproponował nowy (również trójstopniowy) podział poziomów profilaktyki. I tak, wyróżniono profilaktykę:

- uniwersalną (ang. universal prevention),
- selektywną (ang. selective prevention),
- wskazującą (ang. indicated prevention).

Typologia ta utworzona została w oparciu o ocenę podatności grup docelowych na zagrożenia (i ryzyko wystąpienia zaburzeń, czy chorób). I tak, profilaktyka uniwersalna dotyczy całej

populacji i jej podgrup (dzieci, młodzieży, kobiet w ciąży), gdzie ryzyko wystąpienia nieprawidłowości (problemów zdrowotnych) jest umiarkowane (takie, jak w ogólnej populacji). Efekty podejmowanych działań na tym poziomie profilaktyki powinny być oceniane z perspektywy zdrowia danej populacji. Natomiast wymiar jednostkowy jest mniej istotny. Profilaktyka selektywna ukierunkowana jest na grupy zwiększonego ryzyka, gdzie z uwagi na sytuację rodzinną, społeczną, uwarunkowania biologiczne, prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości, zaburzeń, czy chorób jest wyższe niż przeciętne. Podejmowane działania wynikają z samej przynależności do grupy podwyższonego ryzyka (a nie z występujących indywidualnie problemów). Profilaktyka wskazująca odnosi się w swych działaniach do jednostek lub grup osób, u których nakłada się kilka czynników ryzyka oraz występują wczesne objawy dysfunkcji, jednak jeszcze nie spełniają one kryteriów pozwalających na postawienie diagnozy choroby czy zaburzenia.

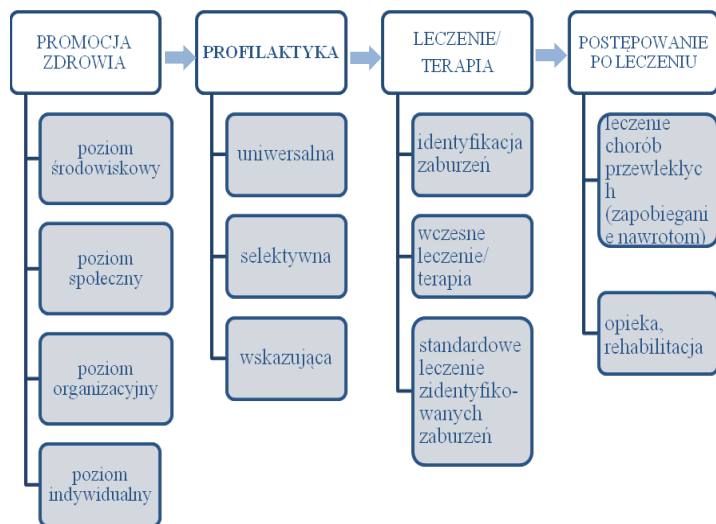
Nowy podział profilaktyki ma wiele zalet, m.in.: precyzyjniej wytycza granice pomiędzy różnymi działaniami podejmowanymi w ochronie zdrowia (rys. 1), silniej akcentuje uprzedzający charakter profilaktyki. Nie jest jednak wolny od zastrzeżeń. Praktycy zwracają uwagę na trudności w przypisaniu działań (programu) do poziomu profilaktyki (selektywnej bądź wskazującej), czy przenikanie interwencji promocyjnych i profilaktyki uniwersalnej. W tym ostatnim przypadku, o kwalifikacji decyduje intencja (cel), z jaką podejmowane są konkretne działania.

Promocja zdrowia koncentruje się na wzmacnianiu i pomnażaniu potencjału zdrowotnego jakim dysponują ludzie. Działania w zakresie promocji zdrowia mają na celu osiągnięcie optymalnego zdrowia, poprzez zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi jego stan. Wymaga to interwencji na poziomie rządów i społeczności - budowanie zdrowego i bezpiecznego środowiska, dokonywanie przez ludzi wyborów, które będą sprzyjały zdrowiu uzależnione jest od ich kompetencji, ale też odpowiedniej polityki,

legislacji i nakładów finansowych.

Profilaktyka, z założenia koncentruje się na chorobie (bądź innych niekorzystnych zjawiskach) i jej przyczynach. Interwencje profilaktyczne mają na celu ich uniknięcie lub, jeżeli to niemożliwe, utrzymanie obecnego stanu.

Mimo sygnalizowanych trudności w kwalifikowaniu działań, jak pisze Krzysztof Ostaszewski, „nowe poziomy profilaktyki zostały tak zdefiniowane, aby były adekwatne dla szerokiego spektrum problemów zdrowotnych i behawioralnych. W związku z tym mogą być »ramą« dla porządkowania działań mających na celu zapobieganie zaburzeniom i chorobom...”.



Wykres 1. Miejsce profilaktyki w ochronie zdrowia (adaptacja na podstawie: P.J. Mrazek, R.J. Haggerty, 1994)

Propozycja koncepcji profilaktyki zaburzeń głosu

Na gruncie logopedii nie dopracowano się, jak dotąd, powszechnie aprobowanych standardów profilaktyki zaburzeń głosu u dzieci (ale też zaburzeń: mowy, języka, jąkania) opartych na

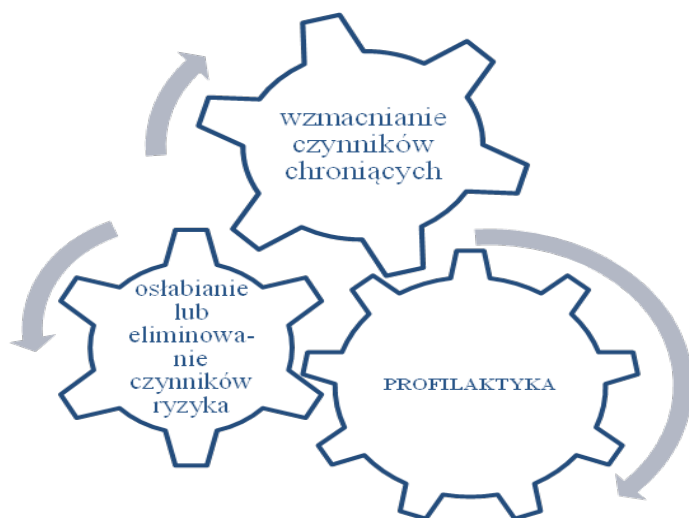
najnowszych naukowych podstawach. Jak już wspomniano wcześniej, takie próby są coraz częściej podejmowane. Odnoszą się one jednak do szerokiego rozumienia profilaktyki oraz podążającego za nim podziału na profilaktykę pierwszorzędową, drugorzędową i trzeciorzędową. W konsekwencji, do działań profilaktycznych zalicza się promowanie rozwoju mowy, wczesną interwencję (terapię) logopedyczną a nawet właściwą terapię logopedyczną. Na gruncie logopedii szeroko pojmowaną profilaktykę można dostrzec w definicji Ewy M. Skorek, która określa ją jako „kształtowanie prawidłowej mowy u dzieci od najwcześniejszego okresu ich życia, dbanie o właściwą stymulację w początkach rozwoju mowy, tak by nie dopuścić do jakichkolwiek zaburzeń w jej rozwoju”. Viktor Lechta definiując profilaktykę odwołuje się do jej „starej” klasyfikacji, wprowadzonej w 1957 roku przez Komisję do spraw Chronicznych Chorób. Zamiennie również stosuje pojęcia: prewencja i profilaktyka. Prewencję (profilaktykę) postrzega jako: „zapobieganie ZKK metodami profilaktyki pierwotnej, wtórnej i trzeciorzędowej”. Autor podkreśla rolę głosu w komunikacji werbalnej dostrzegając, iż zaburzenia głosu w istotny sposób mogą ograniczyć, a nawet uniemożliwić funkcjonowanie dzieci i osób dorosłych. Przytoczone definicje profilaktyki na gruncie logopedii opierają się przede wszystkim na wskazaniu intencji podejmowanych interwencji.

Obecnie, nie powinno już budzić wątpliwości, że cele działań podejmowanych w ramach profilaktyki zaburzeń głosu zdecydowanie różnią się od celów działalności podejmowanych w ramach promocji prawidłowego rozwoju głosu lub celów działań naprawczych, czyli terapii zaburzeń głosu.

Z punktu widzenia zdrowia publicznego profilaktyka zaburzeń głosu u dzieci może być definiowana jako świadome działania mające na celu zmniejszenie występowania (zachorowalności) zaburzeń głosu u dzieci a także zapobieganie różnorodnym problemom związanym z zaburzeniami głosu (zanim one wystąpią).

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w profilaktyce zaburzeń głosu dziecięcego

We współczesnej profilaktyce problemów zdrowotnych, w tym również profilaktyce zaburzeń głosu, chodzi o podjęcie działań uprzedzających poprzez wzmacnianie czynników chroniących i osłabianie lub, o ile to możliwe, eliminowanie czynników ryzyka (rys.2). Czynniki chroniące to te cechy, właściwości indywidualne, warunki w otoczeniu zewnętrznym, które zwiększają odporność jednostki na działanie czynników ryzyka. Natomiast określenie czynniki ryzyka oznacza właściwości indywidualne lub cechy, warunki, które sprzyjają powstawaniu nieprawidłowości i zaburzeń głosu.



Wykres 2. Cele interwencji profilaktycznych

Lista czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń głosu u dzieci jest długa i bynajmniej nie stała. Zmienia się wraz z rozwojem wiedzy przede wszystkim medycznej, z zakresu foniatryi, ale również fizjoterapii, rehabilitacji,

alergologii, neurologii, również wiedzy psychologicznej, socjologicznej, pedagogicznej. Na podstawie literatury przedmiotu można opracować grupy znaczących czynników ryzyka w powstawaniu zaburzeń głosu u dzieci. Zaprezentowano je w tabeli nr 1.

Tabela 1. Kategorie i przykłady czynników ryzyka zaburzeń głosu u dzieci

Kategorie czynników ryzyka	Przykłady	Źródło	
Czynniki indywidualne			
Zmiany organiczne wrodzone	dziedziczne	zawężony zakres głosowy	Viktor Lechta, 2011, s.148
	wady rozwojowe (wrodzone)	zespół Downa	Viktor Lechta, 2011, s.148
		rozszczip i inne wady wrodzone podniebienia (np. krótkie podniebienie)	Maria Hortis-Dzierż-bicka, 1998, s. 65-67. I. Hocevar-Boltezar, A. Jarc, V. Kozelj, 2006s, 276-281.; Kuppusamy Gnanavel i in., 2013, s. 268-273; Benjams Prathanee i in., 2013, s. 71-80.
		wrodzone asymetrie krtaniowe	Andrzej Obrębowski, 1992, s. 219
	laryngomalacja (wrodzony świst krtaniowy), zwężenie podgłośnia, pletwy, laryngocele, brak poszczególnych części krtani, rozszczipy, torbiele, zupełne zarośnięcie, inne (np. naczylniki)	Danuta Chojnacka-Wądołowska i in., 2001, s. 53-56.	
uszkodzenia CUN	mózgowe porażenie dziecięce	Viktor Lechta, 2011, s.148	
Zmiany organiczne nabyte	w następstwie np.: urazów, zabiegów operacyjnych, intubacji, sondowaniach żołądka, zapaleń, niezłośliwych nowotworów, zmian patologicznych w obrębie szyi	krwiaki, obrzęki okolicy podgłośnia, podwichnięcie lub pełne zwichnięcie chrząstki nalewkowatej, porażenie nerwu krtaniowego, ziarniaki pointubacyjne, owrządzenia podgłośnia, pletwy nabyte, zwężenia podgłośnia.	Danuta Chojnacka-Wądołowska i in., 2001, s. 53-56; Viktor Lechta, 2011, s.148; Grażyna Eberhardt, 1998, s. 16, Lidia Zawadzka-Głos, Krzysztof Ślęczka, 2015, s. 20-24.
		porażenia krtani	Barbara Barbara Maniecka-Aleksandro-wicz, Agata Szkielkow-ska, 1998, s. 27-37
	efekt nadużywania głosu	guzki głosowe	Grażyna Eberhardt, 1998, s. 17

Współistniejące schorzenia ogólne	wzmoczona podatność na zakażenia górnych dróg oddechowych	stany zapalne w gardle i jamie nosowej, przewlekłe zmiany zapalne w migdałkach podniebiennych,	Renata Markowska i in, 2005, s. 112, Andrzej Obrębowski, 1992, s. 219, Agata Szkielkowska, Beata Miałkiewicz, 2014, s. 198.
	upośledzenie drożności nosa	przerosły migdałek gardłowy, skrzywienie przegrody nosa, zapalenie zatok szczękowych, alergie	Andrzej Obrębowski, 1992, s. 219
	zaburzenia endokrynologiczne	nadczynność i niedoczynność tarczycy, polekowy zespół wirylizacyjny	Grażyna Eberhardt, 1998, s. 15; Viktor Lechta, 2011, s.148
	zaburzenia hormonalne	przedłużająca się mutacja	Renata Markowska i in., 2005, s. 112.
	dysfunkcje przewodu pokarmowego	choroba refluksowa przełyku (GERD), refluks krtniowo-gardłowy (LPR)	Dariusz Babiński, 2014, s. 9-11; Aneta Krogulska, Krystyna Wąsowska-Królikowska, 2009, s. 45-52, Grażyna Niedzielska i in., 2005, s. 116.
	choroby zębów i przyzębia	stany zapalne w jamie ustnej	Ирина Петровна Козлянинова, Эдуард Михайлович Чарели, 1992, s.260
	nieprawidłowy słuch	uszkodzenia obwodowego narządu słuchu (zwłaszcza niedosłuchy odbiorcze)	Agata Szkielkowska i in. (1999), s. 167-174; Bożena Wiskirska-Woźnica, 2014, s. 36-46; Andrzej Obrębowski, 1992, s. 360; Grażyna Eberhardt (1998, s. 18-20), Barbara Maniecka-Aleksandrowicz, Agata Szkielkowska, 1998, s. 53-64, Agata Szkielkowska i in., 1999, 167-175.
		zaburzenia przetwarzania słuchowego: zaburzenia uwagi słuchowej i lateralizacji słuchowej	Agata Szkielkowska, Beata Miałkiewicz, 2014, s. 197-204
	wady postawy	nieprawidłowe ustawienie głowy, odcinka szyjnego kręgosłupa, klatki piersiowej	Marta Wysocka, 2015, s. 605
	nieprawidłowe napięcie mięśniowe	nieprawidłowe rozłożenie napięć całego ciała	Marta Wysocka, 2015, s. 603-623
		zaburzenia napięcia mięśni w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego: nieprawidłowy zgryz, zespoły bólowe stawu skroniowo-żuchwowego	Marta Wysocka, 2015, s. 603-623
		nieprawidłowe napięcie mięśniowe w okolicach krtni	Marta Wysocka, 2013, s. 193-202

Cechy biologiczno- osobowościowo-emojonalne	pleć	męska	Angelillo N. i in., 2008, s. 1-5, Grażyna Niedzielska i in., 2005, s. 115-117
	temperament	hałaśliwość, ruchliwość, agresywność, impulsywność, cechy przywódcze	Grażyna Eberhardt, 1998, s. 17, Andrzej Obrębowski, 1992, s. 218; Czesław Wojtyński, 1970, s. 106, Connor i in., 2008 za: Agata Szkielko-wska, Beata Miaśkiewicz, 2014, s. 197, N. Angelillo, B. i in., 2008, s. 1-5
	zaburzenia emocjonalne	afonia, afonia psychogenna	Andrzej Obrębowski, 1992, s. 218, Barbara Maniecka- Aleksandrowicz, 2004, s. 53-56
Czynniki środowiskowe			
Czynniki związane ze środowiskiem rodzinnym	wielodzietność	troje i więcej dzieci w rodzinie	N. Angelillo i in., 2008, s. 1-5
	nieprawidłowe wzorce głosowe oraz nieprawidłowa realizacja ról rodzicielskich	zbyt głośne mówienie, zbyt szybkie tempo wypowiedzi (dorośli).	Viktor Lechta, 2011, s.148 Renata Markowska i in., 2005, s. 112
		występowanie dysfonii w rodzinie (rodzice lub rodzeństwo)	N. Angello i in., 2008, s. 1-5
		zaniedbywanie, pozostawianie zbyt długo krzyczącego/ płaczącego dziecka	Viktor Lechta, 2011, s.148
	nieprawidłowa higiena oraz nieprawidłowe żywienie	nieodpowiednia ilość snu: zbyt krótko, lub zbyt długo	Ирина Петровна Козлянинова, Эдуард Михайлович Чарели, 1992, s. 259-260
		palenie tytoniu w obecności dziecka, przebywanie w zadymionych pomieszczeniach	Andrzej Obrębowski, 1992, s. 219, Ирина Петровна Козлянинова, Эдуард Михайлович Чарели, 1992, s. 261, Czesław Wojtyński, 1970, s. 110.
		spożywanie zimnych pokarmów i płynów	Andrzej Obrębowski, 1992, s. 219
		spożywanie nadmiernie gorących pokarmów i płynów oraz ostrych przypraw	Czesław Wojtyński, 1970, s. 105-108
		dieta uboga w płyny, sole wapna, wapno, witaminy	Ирина Петровна Козлянинова, Эдуард Михайлович Чарели, 1992, s.260-261

Czynniki związane ze środowiskiem przedszkolnym/ szkolnym	społeczne	nieprawidłowe nawyki w zakresie posługiwania się głosem	głośne śpiewy, również śpiew w dużych grupach, krzyki, szczególnie w czasie zabaw i gier ruchowych	Andrzej Obrębowski, 1992, s. 219; Czesław Wojtyński, 1970, s. 105-108
			rozmowy, śpiewy podczas szybkiego chodu lub biegania w mroźne dni	Лев Владимирович Нейман, Михаил Р. Богомильский, 2001, s. 200
		nieprawidłowe, nieracjonalne wymagania dot. obciążania głosu dziecięcego	nieodpowiedni, niedostosowany do skali głosu dziecięcego dobór repertuaru muzycznego, częste zmiany repertuaru muzycznego przekraczające wytrzymałość głosową dzieci; zmuszanie do śpiewu i innych wysiłków głosowych (np. występów) podczas przedłużających się infekcji dróg oddechowych	Czesław Wojtyński, 1970, s. 105-106
		nieprawidłowe wzorce głosowe wychowa-wców i nauczycieli	mówienie głosem podniesionym – zbyt głośno i zbyt wysoko, zbyt twarde nastawienie głosu	Czesław Wojtyński, 1970, s. 105
		kontakt z osobami chorymi na infekcje dróg oddechowych	częste infekcje dróg oddechowych w środowisku przedszkolnym/ szkolnym	P. Carding P i in, 2006, s. 623-630.
	trudności adaptacyjne	permanenty stres	Bożena Wiskirska-Woźnica, 2013, s. 5-6	
	fizyczne	niewłaściwy mikroklimat pomieszczenia	zapyłone sale, przeciągi, zbyt niska wilgotność w pomieszczeniach (poniżej 60%), zbyt niska lub zbyt wysoka temperatura w pomieszczeniach	Czesław Wojtyński, 1970, s. 105, 107

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury podanej w kolumnie: źródło.

Zaburzenia głosu pojawiające się w wieku dziecięcym mogą być rezultatem oddziaływania wielu czynników: genetycznych, społecznych, psychologicznych, środowiskowych a nawet warunków ekonomicznych, w jakich żyje dziecko. Warunki ekonomiczne mogą determinować np. odżywianie, które to z kolei ma wpływ ogólny stan zdrowia dziecka, jego podatność na choroby, a także możliwości leczenia. Bezpośrednio zaburzenia głosu wywołane są zmianami organicznymi lub czynnościowymi. Przy czym zmiany

czynnościowe (np. nieprawidłowa emisja głosu), trwające dłuższy czas, przechodzą w zaburzenia organiczne, czyli doprowadzają do zmian anatomicznych (np. guzków głosowych). Przyczyną zaburzeń głosu mogą być zarówno pojedyncze czynniki ryzyka, jak i ich kombinacja. Jednak wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka lub ich specyficznej konstelacji, wydłużeniem czasu ich działania rośnie prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości.

Wiedza ograniczona wyłącznie do znajomości czynników ryzyka zaburzeń głosu, nie pozwala na wyjaśnienie różnic indywidualnych w przebiegu dysfonii dziecięcej. Szczególnie, gdy chodzi o wyjaśnienie dlaczego dzieci w niesprzyjających warunkach indywidualno-środowiskowych oznaczają się różną podatnością na działanie czynników ryzyka. Okazuje się, że stan zdrowia człowieka nie jest prostą wypadkową kombinacji czynników ryzyka. Istnieją też pewne właściwości indywidualne i środowiskowe, które mogą osłabiać, neutralizować lub kompensować ich negatywny wpływ – określono je terminem czynniki chroniące. Czynniki chroniące nie niwelują negatywnego wpływu czynników ryzyka, jednak pozwalają skutecznie się im opierać. Podobnie, jak w przypadku czynników ryzyka, lista czynników chroniących jest wciąż otwarta. Ulega uzupełnianiu, modyfikacjom wraz z rosnącą wiedzą. Czynniki chroniące również można rozpatrywać w kategoriach: indywidualne i środowiskowe. Szczegółową propozycję czynników chroniących przed zaburzeniami głosu zaprezentowano w tabeli nr 2.

Tabela 2. Czynniki (zasoby) chroniące przed zaburzeniami głosu u dzieci

Kategorie czynników chroniących		Przykłady	Źródło
Czynniki indywidualne			
Cechy osobowościowo-emocjonalne	procesy poznawcze	wysokie IQ, zdolności uczenia się, koncentracji uwagi	Renata Markowska i in., 2005, s. 111-114.
	temperament	towarzyskość, otwartość, ale przy tym zrównoważenie	Wiskirska-Woźnica Bożena, 2013, s. 5-6.
	spokój wewnętrzny i harmonia	umiejętność radzenia sobie ze stresem	Elżbieta Przerwa, 2013, s. 11

Warunki anatomiczno-czynnościowe	prawidłowa postawa całego ciała	prawidłowe ułożenie względem siebie poszczególnych części ciała, m.in.: symetria sylwetki, właściwe krzywizny kręgosłupa, sposób ułożenia głowy, ustawienie miednicy	Elżbieta Przerwa, 2013, s. 11; Marta Wysocka, 2015, s. 607-609; Lidia Kataryńczuk-Mania, 2006, s. 57
	prawidłowa budowa anatomiczna narządów mowy i głosu	odpowiednie, ułożenie i napięcie języka	Elżbieta Przerwa, 2006, s. 31-35
		prawidłowy rozwój narządu żucia	Elżbieta Przerwa, 2013, s. 11
	właściwe napięcie mięśniowe	właściwe napięcie mięśni całego ciała, a w szczególności: mięśnie szyi, ramion, barków, brzucha	Marta Wysocka, 2015, s. 609; Lidia Kataryńczuk-Mania, 2006, s. 57
		odpowiednia siła pracy języka, mięśni gardła, podniebienia miękkiego, żuchwy, warg i mięśni mimicznych	Marta Wysocka, 2015, s. 607-609; Renata Markowska i in., 2005, s. 111-114; Elżbieta Przerwa, 2006, s. 31-35
		współpraca języka z mięśniami podniebienia miękkiego, żuchwą, wargami i mięśniami mimicznymi	Elżbieta Przerwa, 2006, s. 31-35
		zachowanie symetrii ruchów artykulacyjnych	Elżbieta Przerwa, 2006, s. 31-35
	właściwe nawyki oddechowe	precyzyjne gospodarowanie objętością wydychanego powietrza	Elżbieta Przerwa, 2006, s. 31-35
		oddychanie nosem w czasie spoczynku, podczas mówienia: głównie ustami, częściowo nosem	Marta Wysocka, 2015, s. 609.
	prawidłowe nawyki emisyjne	oddychanie nosem w czasie spoczynku, podczas mówienia: głównie ustami, częściowo nosem	Jolanta Gebreselassie, 2006, s.71-73, Ewa M. Skorek, 2006, s. 80, Lidia Kataryńczuk-Mania, 2006, s. 57.
prawidłowa emisja głosu		Elżbieta Przerwa, 2013, s. 11; Marta Wysocka, 2015, s. 610-615.	
prawidłowa czynność analizatora słuchowego	prawidłowy słuch fizyczny, fonematyczny i prozodyczny	Ewa Kazanecka, http://foniatria.chopin.edu.pl/wyklady/rehab_gl.pdf Лев Владимирович Нейман, Михаил Р. Богомилский, 2001, s. 201; Renata Markowska i in., 2005, s. 111-114; Agata Szielkowska, Beata Miśkiewicz, 2014, s.197-2014.	
	autokontrola i uwaga słuchowa podczas mówienia	Elżbieta Przerwa, 2013, s. 11	

Ogólny stan zdrowia	odporność na przeziębienia, choroby górnych dróg oddechowych		odporność na infekcje górnych dróg oddechowych	Лев Владимирович Нейман, Михаил Р. Богомильский, 2001, s. 199-200
			nielekceważenie infekcji górnych dróg oddechowych	Лев Владимирович Нейман, Михаил Р. Богомильский, 2001, s. 199-200
Przestrzeganie zasad higieny i zdrowego stylu życia	higiena osobista		higiena jamy ustnej	Susan Boswell, http://www.asha.org/SLP/clinical/Educating-the-Public-on-Vocal-Health-and-Hygiene/ , dostęp: 10.11.2015, Magdalena Gębska i in., 2013, s. 19-20
	prawidłowa dieta	właściwe nawodnienie organizmu, dieta bogata w sole wapna, wapno, witaminy		Seth R. Schwartz i in, 2009, s. 21-22, Magdalena Gębska i in., 2013, s. 19-20
		właściwa temperatura posiłków i napojów (dostosowana do temperatury otoczenia)		Czesław Wojtyński, 1970, s. 107-110
	aktywność fizyczna		odpowiednia dawka ruchu	Лев Владимирович Нейман, Михаил Р. Богомильский, 2001, s. 200
Czynniki środowiskowe (zewnętrzne)				
Czynniki związane ze środowiskiem przedszkolnym/szkolnym/domowym	społeczne	prawidłowe wzorce głosowe	miękkie nastawienie głosu, prawidłowe tempo wypowiedzi i odpowiednia głośność	Лев Владимирович Нейман, Богомильский Михаил Р., 2001, s. 199-202
	fizyczne	właściwe warunki lokalowe	wietrzona i odkurzona (tak, by nie gromadził się kurz) sala, odpowiednia temperatura i wilgotność w pomieszczeniach (powyżej 60%), odpowiednie warunki akustyczne sal	Czesław Wojtyński, 1970, s. 105
Cechy środowiska rodzinnego	prawidłowe relacje z rodzicami		odpowiednia ilość czasu spędzana na bezpośrednich rozmowach dzieci z rodzicami i rówieśnikami	Andrzej Senderski, 2014, s. 78

Zakończenie

Koncepcja profilaktyki zaburzeń głosu uwzględniająca działanie na dzieci zarówno czynników ryzyka, jaki i czynników chroniących pozwala na prowadzenie kompleksowych, skoordynowanych działań. Prawidłowo brzmiący głos jest wypadkową różnorodnych (pozytywnych i negatywnych) czynników bio-psycho-społecznych. Współczesna profilaktyka zaburzeń głosu powinna akcentować wzmocnienie tych właściwości osobniczych i środowiskowych, które zneutralizują (zrównoważą), bądź zminimalizują działanie czynników negatywnych.

Bibliografia

1. ANGELILLO, N. i in., Epidemiological study on vocal disorders in paediatric age, *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 2008 nr 49/1, s. 1-5.
2. BABIŃSKI, D., Zaburzenia głosu i choroba refluksowa u chorych na mukowiscydozę, *Mukowiscydoza*, nr 36, s. 9-11.
3. BOSWELL, S., Profiles of Prevention: Educating the Public on Vocal Health and Hygiene, [on-line] [dostęp 10.11.2015]. Dostępny w: <http://www.asha.org/SLP/clinical/Educating-the-Public-on-Vocal-Health-and-Hygiene/>.
4. CARDING, P., ROULSTONE, S., NORTHSTONE, K., and The ALSPAC Study Team. The prevalence of childhood dysphonia: a cross-sectional study, *Journal of Voice*, nr 20 (4), s. 623-630.
5. CHOJNACKA-WĄDOŁOWSKA, D., EBERHARDT, G., GUBRYNOWICZ, R., KONOPKA, Celina., Ocena videofiberoskopowa krtani i analiza akustyczna stridoru u niemowląt z dysfonią dysplastyczną, *Nowa Pediatria*, nr 1/ 2001, s. 53-56.
6. GEBRESELASSIE, J., Profilaktyka zaburzeń głosu u dzieci w wieku rozwojowym. W: Kataryńczuk-Mania, L., Kowalkowska, I. (red.), *Profilaktyka i rehabilitacja głosu, mowy*, red. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, 2006.
7. GĘBSKA, M., WOJCIECHOWSKA, A., WEBER-NOWAKOWSKA, K., ŻYŻNIEWSKA-BANASZAK, E., Podstawy higieny narządu głosu w pracy nauczycieli i wykładowców, *Bezpieczeństwo Pracy*, nr 2, 2013, s. 18-21.
8. GNANAVEL, K., SATISH, H.V., PUSHPAVATHI, M., Dysphonia severity index in children with velopharyngeal dysfunction: a pre-post operative comparison, *Innovative Journal of Medical and Health Science*, nr 3/2013, s. 268-273.
9. HOCEVAR-BOLTEZAR, I., JARC A., KOZELJ V. Ear, nose and voice

- problems in children with orofacial clefts, *The Journal of Laryngology&Otolology*, 2006, T. 120:276–281.
10. HORTIS-DZIERZBICKA, M., Zaburzenia głosu w wadzie rozszczepowej podniebienia (przegląd literatury światowej). W: Mierzejewska, H., Przybysz-Piwkowska, M., Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania, , Warszawa: DiG, 1998.
 11. KATARYŃCZUK-MANIA, L., O potrzebie kształcenia wokalnego dzieci. W: Kataryńczuk-Mania, L., Kowalkowska, I. (red.), Profilaktyka i rehabilitacja głosu, mowy, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, 2006, s. 55-66.
 12. KAZANECKA, Ewa., Rozwój głosu i mowy. Patologia głosu i mowy, [online] [dostęp 15.11.2015]. Dostępny w: www.foniatria.chopin.edu.pl/wyklady/rehab_gl.pdf
 13. КОЗЛЯНИНОВА, И. П., ЧАРЕЛИ Э. М., Психогигиена голосового аппарата W: КОЗЛЯНИНОВА, И. П., ЧАРЕЛИ Э. М. (red.), Тайны нашего голоса, Екатеринбург, 1992, s. 259 – 261.
 14. KROGULSKA, A., WĄSOWSKA-KRÓLIKOWSKA, K., Reflaks żołądkowo-przełykowy a reflaks krtaniowogardłowy – znaczenie w laryngologii, *Otolaryngologia*, 2009 nr 8 (2), s. 45-52.
 15. LECHTA, V., Podstawy teoretyczne logopedii. W: Gunia, G., Lechta, V. (red.), Wprowadzenie do logopedii, Kraków: Impuls, 2011, s. 15 – 32.
 16. LECHTA, V., Zaburzenia głosu, W: Gunia, G., Lechta, V. (red.), Wprowadzenie do logopedii, Kraków: Impuls, 2011, s. 147 – 150.
 17. MANIECKA-ALEKSANDROWICZ, B., DOMERADZKA-KOŁODZIEJ, A., Rehabilitacja w afonii psychogennej, *Audiofonologia*, 2004 nr 25, s. 54-56.
 18. MANIECKA-ALEKSANDROWICZ, B., SZKIEŁKOWSKA, A., Zaburzenia głosu w porażeniach krtani. W: Mierzejewska, H., Przybysz-Piwkowska, M., Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania, , Warszawa: DiG, 1998.
 19. MANIECKA-ALEKSANDROWICZ, B., SZKIEŁKOWSKA, A., Zaburzenia głosu i rehabilitacja osób z uszkodzonym narządem słuchu, W: Mierzejewska, H., Przybysz-Piwkowska, M., Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania, , Warszawa: DiG, 1998.
 20. MARKOWSKA, R., SZKIEŁKOWSKA, A., RATYŃSKA, J., MIAŚKIEWICZ, B., Wyniki rehabilitacji foniatrycznej u dzieci z zaburzeniami głosu, *Otolaryngologia*, Tom XXVII, 2005, s. 111-114.
 21. НЕЙМАН, Л. В., БОГОМИЛЬСКИЙ М.Р., Профилактика нарушений голоса и речи у детей. W: Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: Учебник для студентов высших педагогических учебных заведений, Москва 2001, s. 199-202.

22. NIEDZIELSKA, G. i in., Badania akustyczne głosu w powiązaniu z wielkością guzków głosowych, *Audiofonologia*, 2005 nr 27, s. 115-117.
23. OBREBOWSKI, A., Zaburzenia głosu w wieku rozwojowym (dysfonia dziecięca). W: Pruszewicz, A. (red.), *Foniatrya kliniczna*, Warszawa: Państw. Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1992.
24. OBREBOWSKI, A., Głos i mowa dziecka z uszkodzonym słuchem. W: Pruszewicz, A. (red.), *Foniatrya kliniczna*, Warszawa: Państw. Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1992.
25. OSTASZEWSKI, K., Nowe definicje poziomów profilaktyki, *Remedium* 2005, nr 7-8 (149-150), s. 40 – 41.
26. OSTASZEWSKI, K., Kompendium wiedzy o profilaktyce. W: Węgrzecka-Giliuń, J. (red.), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Warszawa: Agencja Reklamowo-Wydawnicza A. Grzegorzcyk, 2010.
27. PRATHANEE, B., THANAWIRATTANANIT, P., THANAVIRATANANICH, S., Speech. Language, Voice, Resonance and Hearing Disorders in Patients with Cleft Lip and Palate, *Journal of the Medical Association of Thailand*, Nr 96 (Suppl. 4), 2013, s. 71-80.
28. PRZERWA, E., Emisja głosu a język. w: *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, Tom LII, Suplement 3, Szczecin: PAM, 2006, s. 31-35.
29. PRZERWA, E., Zaburzenia emisji głosu mówionego a funkcjonowanie języka, *Edukacja + 2013*, nr 7, s. 11 – 14.
30. SCHWARTZ, S. R. i in, *Clinical practice guideline: Hoarseness (Dysphonia)*, *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2009, nr 141, s. 21-22.
31. SENDERSKI, A., Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach przetwarzania słuchowego u dzieci, *Otolaryngologia* 2014, nr 13 (2), s. 77-81.
32. SILVERMAN, M. M., Preventing psychiatric disorder. W: Raphael, B., Burrows, G.D. (red.), *Handbook of Studies on Preventive Psychiatry*, Amsterdam: Elsevier, 1995.
33. SKOREK, E. M., *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków: Impuls, 2000.
34. SKOREK, E. M., Ćwiczenia oddechowe w profilaktyce i terapii logopedycznej dzieci w wieku przedszkolnym, W: Kataryńczuk-Mania, L., Kowalkowska, I. (red.), *Profilaktyka i rehabilitacja głosu, mowy*, red. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, 2006.
35. SKOREK, E. M., Profilaktyka logopedyczna – wybrane zagadnienia. W: Skorek, E. M., Kochan, K. B. (red.), *Komunikacja, zaburzenia, terapia*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego 2014.
36. SZKIELKOWSKA, A., MANIECKA-ALEKSANDROWICZ, B., DOLECKI, J., Rehabilitacja głosu dzieci zaaparatowanych, *Audiofonologia* 1999, nr 15,

- 167-174.
37. SZKIEŁKOWSKA, A., MIAŚKIEWICZ, B., Zastosowanie testu uwagi i lateralizacji słuchowej w dysfonii dziecięcej, *Otolaryngologia* 2014, nr 13 (4), s. 197 – 204.
38. SZYMAŃSKA, J., Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 2012.
39. SZYMAŃSKA, J., ZAMECKA, Joanna., Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki. W: Świątkiewicz, G. (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2002.
40. WĘSIERSKA, K., Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: Węsierska, K. (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. Tom 1, Katowice: Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego, 2012.
41. WISKIRSKA-WOŹNICA, B., Zmiany w głosie pod wpływem czynników emocjonalnych i osobowościowych, *Edukacja +* 2013, nr 07, s. 5-6.
42. WISKIRSKA-WOŹNICA, B., Medyczne źródła logopedii – foniatrya i podstawy audiologii. W: Milewski, St., Kuczkowski, J., Kaczorowska-Bray, K. (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk: Harmonia Universalis, 2014.
43. WOJTYŃSKI, Cz., Higiena głosu ucznia i nauczyciela. W: Wojtyński, Cz., *Emisja głosu*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, 1970.
44. WYSOCKA, M., Metody terapii czynnościowych zaburzeń głosu. W: *Logopedia* Tom 42, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne, 2013.
45. WYSOCKA, M., Postępowanie logopedyczne w przypadkach osób z czynnościowymi zaburzeniami głosu. W: Grabias, St., Panasiuk, J., Woźniak, T. (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Podręcznik akademicki, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2015.
46. ZAWADZKA-GŁOS, L., ŚLĄCZKA, K., Ocena endoskopowa wczesnych zmian pointubacyjnych krtani u dzieci, *Otolaryngologia* 2015, nr 14 (1), s. 20-24.

Streszczenie

Zaburzenia głosu wśród dzieci stanowią istotny problem społeczny. Leczenie i terapia są długotrwałe i wymagają często współpracy wielu specjalistów. Tymczasem, istnieje zgodność co do tego, że skuteczna profilaktyka, zwłaszcza adresowana do dzieci, jest optymalnym sposobem ograniczania zjawisk uznawanych za niekorzystne.

Przedmiotem pracy jest prezentacja współczesnej koncepcji profilaktyki i na tym tle przedstawienie propozycji profilaktyki zaburzeń głosu z uwzględnieniem poziomów profilaktyki: uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. W artykule zawarto charakterystykę czynników ryzyka za-

burzeń głosu i czynników chroniących opisanych zarówno w piśmiennictwie polskim jak i zagranicznym.

Słowa kluczowe: profilaktyka, profilaktyka zaburzeń głosu, profilaktyka zaburzeń głosu dziecięcego, czynniki ryzyka, czynniki chroniące

Abstract

Voice disorders in children are a significant social problem. Treatment and therapy are long-lasting and often require the cooperation of many specialists. Meanwhile, there is a consensus that effective prevention, especially addressed to children, is the optimal way of limiting phenomena are considered unfavorable.

The subject of the work is to present the modern concept of prevention and against this background to present proposals for the prevention of voice disorders including levels of prevention: universal, selective and indicative. The article contains the characteristics of voice disorders risk factors and protective factors that are described both in the Polish and foreign literature.

Keywords: prevention, prevention of voice disorders, prevention of voice disorders in children, risk factors, protective factors