

Ewa Gacka*, Monika Kaźmierczak**

Przesiewowe badania mowy jako przykład działań z zakresu profilaktyki logopedycznej

SPEECH SCREENING EXAMINATIONS AS AN EXAMPLE OF ACTIVITY IN THE FIELD OF SPEECH-LANGUAGE THERAPY

Słowa kluczowe: profilaktyka logopedyczna, badanie przesiewowe, dzieci w wieku wczesnoszkolnym

Key words: prevention in speech-language pathology, screening, children in early school age

Wprowadzenie

Środowisko rodzinne i przedszkole wpływają na kształtowanie się i doskonalenie komunikacji językowej w pierwszych latach życia dziecka. Stymulowanie prawidłowego rozwoju mowy, wczesne wykrywanie jej zaburzeń, a także specjalistyczna terapia logopedyczna sprzyjają doskonaleniu umiejętności niezbędnych do podjęcia nauki w szkole. Uczeń powinien być gotowy do realizacji szkolnych i pozalekcyjnych zadań zarówno pod względem umysłowym, społecznym, emocjonalnym, jak i fizycznym. Warunkiem sukcesu jest więc także prawidłowy rozwój komunikacji językowej, u którego podstaw leży opanowanie adekwatnych do wieku kompetencji oraz sprawności (językowych i komunikacyjnych).

W najnowszej *Podstawie programowej wychowania przedszkolnego* zostały wskazane konkretne umiejętności z zakresu rozwoju mowy i komunikacji, które dziecko powinno osiągnąć w chwili ukończenia przedszkola. W obszarze 3. *Wspomaganie rozwoju mowy oraz innych umiejętności komunikacyjnych dzieci* uwzględniono m.in.:

* Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Wydział Filologiczny Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Pomorska 171/173, 90–236 Łódź, e-mail: ewagacka@uni.lodz.pl.

** Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Wydział Filologiczny Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Pomorska 171/173, 90–236 Łódź, e-mail: monika.kazmierczak@uni.lodz.pl.

- aktywne uczestniczenie w dialogu, respektowanie zasad bezpośredniej rozmowy,
- komunikowanie własnych potrzeb, opinii, postanowień,
- skuteczne realizowanie intencji komunikacyjnej,
- dostosowywanie swoich wypowiedzi do sytuacji komunikacyjnej,
- aktywne słuchanie,
- umiejętność formułowania i zadawania pytań w sposób adekwatny do sytuacji,
- budowanie poprawnych wypowiedzi narracyjnych,
- poprawność artykulacyjną, leksykalną, fleksyjną, składniową (*Podstawa*, 2016, s. 4).

W obszarze 14. *Tworzenie warunków do doświadczeń językowych i komunikacyjnych w zakresie reprezentatywnej i komunikatywnej funkcji języka (ze szczególnym uwzględnieniem nabywania umiejętności czytania)* autorzy podstawy programowej wskazali m.in.:

- rozumienie prostych i złożonych poleceń, symboli,
- nabywanie i doskonalenie zdolności oraz sprawności niezbędnych do skutecznego komunikowania się,
- aktywne słuchanie,
- właściwy odbiór komunikatów werbalnych i pozawerbalnych,
- właściwe rozumienie treści dłuższych wypowiedzi, narracji,
- budowanie krótkich zdań,
- rozpoznawanie i wyodrębnianie w zdaniu mniejszych elementów: wyrazów, sylab, głosek,
- formułowanie własnej opinii na różne tematy,
- aktywne uczestnictwo w dialogu,
- nabywanie umiejętności komunikacji pisemnej,
- naukę czytania (*Podstawa*, 2016, s. 6).

Autorzy dokumentu dodatkowo podkreślili, że należy wykorzystywać wszelkie możliwości dziecka, a niedostatki kompensować za pomocą wspomagających bądź alternatywnych sposobów komunikowania się, by podnieść jakość interakcji międzyludzkiej w różnej formie – ustnej, pisemnej, sygnalizowanej (np. mowa ciała, gesty, mimika). Absolwent przedszkola powinien zatem opanować w stopniu zadowalającym mowę werbalną oraz podstawy czytania i pisanie, do czego niezbędne są zarówno kompetencje (językowe, komunikacyjne, kulturowe), jak i sprawności (percepcyjne, realizacyjne).

Określona w *Podstawie programowej* sylwetka absolwenta przedszkola przedstawia stan pożądaną. Codzienna praktyka potwierdza jednak, że znaczna grupa dzieci rozpoczynających naukę, a nawet uczniów starszych klas edukacji wczesnoszkolnej, nie osiąga właściwego poziomu rozwoju mowy, co może być jedną z przyczyn niepowodzeń szkolnych, a także trudności z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej. Dlatego istotne jest jak najszybsze rozpoznanie trudności komunikacyjnych dziecka i wdrożenie działań pomocowych na początku edukacji szkolnej, jeżeli nie stało się to w przedszkolu (co powinno być regułą). Należy podkreślić, że w modelowym wzor-

cu opieki logopedycznej wskazuje się na konieczność jak najwcześniejszej interwencji logopedycznej, kiedy wystąpią pierwsze objawy nieprawidłowości, a także na potrzebę działań uprzedzających ich pojawienie się (nie dopuszczających do ich pojawienia się) (por. Kaczorowska-Bray, 2015; Błeszyński, 2015; Pluta-Wojciechowska, 2015).

Badania przesiewowe mowy jako element profilaktyki logopedycznej

W obszarze zainteresowań logopedii poza diagnozą i terapią zaburzeń komunikacji językowej znajduje się także profilaktyka. Profilaktyka logopedyczna to wszelkie działania podejmowane w celu zapobiegania, wczesnego wykrywania i usuwania zaburzeń komunikacji językowej oraz propagowania podstaw wiedzy logopedycznej (Gunia, 2011; Węsierska, 2012). Termin ten przeniknął do logopedii z medycyny. W *Słowniku pedagogicznym XXI wieku* Barbara Woynarowska definiuje profilaktykę jako „wszystkie działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się i/lub rozwojowi niepożądanych zachowań, stanów (np. zaburzeń rozwoju, chorób) lub zjawisk w całej społeczności (zbiorowości, populacji)” (2005, s. 943).

W logopedii i naukach pokrewnych (m.in. w medycynie, pedagogice czy psychologii) wyróżnia się kilka poziomów profilaktyki, która w różnych zakresach dotyczy różnych grup wiekowych: dzieci, młodzieży, dorosłych, seniorów, a także ich rodzin, środowiska życia czy pracy.

W latach sześćdziesiątych XX wieku Heliodor Muszyński, ze względu na czas podjęcia działań, wyróżnił profilaktykę:

- uprzedzającą,
- hamującą,
- interwencyjną (Muszyński, 1965).

Podział profilaktyki według Roberta Gordona uwzględnia poziom (dys)funkcjonalności odbiorców. Wyróżnia się tutaj profilaktykę:

- I stopnia (I fazy, pierwszorzędową),
- II stopnia (II fazy, drugorzędową),
- III stopnia (III fazy, trzeciorzędową) (Gordon, 1987).

Modyfikacji tej klasyfikacji podjęli się specjaliści z amerykańskiego Institute of Medicine. Zaproponowali rozumienie profilaktyki jako jednej z form wsparcia i wspomaganie człowieka, ze wskazaniem populacji objętej działaniami profilaktycznymi. Podział obejmuje profilaktykę:

- uniwersalną,
- selektywną,
- wskazującą (zalecaną) (Mrazek, Haggerty, 1994).

W polskiej literaturze logopedycznej najbardziej popularny jest podział na profilaktykę I, II oraz III stopnia (por. Gunia, 2011, Węsierska, 2012). Profilaktyka logopedyczna

I stopnia (pierwszorzędowa) to działania o charakterze uprzedzającym wystąpienie zaburzeń komunikacji językowej, promującym wiedzę logopedyczną wśród całej populacji, dotyczącą na przykład warunków prawidłowego rozwoju mowy dziecka czy zapobiegania zaburzeniom głosu. Profilaktykę logopedyczną II stopnia (drugorzędową) można określić, odwołując się do podziału dokonanego przez Heliodora Muszyńskiego, jako hamowanie najdrobniejszych symptomów niepożądanych zjawisk, w tym przypadku pierwszych objawów/znaków zaburzeń w zakresie mowy (za: Woynarowska, 2005). Profilaktyka II stopnia obejmuje wczesne wykrycie nieprawidłowości i odpowiednio wcześnie realizowane działania naprawcze. Logopedyczna profilaktyka III stopnia (trzeciorzędowa) to niedopuszczanie do pogłębiania się i utrwalania skutków zaburzeń mowy.

Przykładem profilaktyki logopedycznej są badania przesiewowe mowy (badania skринingowe), których celem jest identyfikacja osób wymagających kompleksowej pomocy logopedy. Istotą omawianych badań jest wskazanie, w stosunkowo łatwy i szybki sposób, pacjentów wymagających pełnej diagnozy logopedycznej. Według Danuty Emiluty-Rozyi celem badań przesiewowych jest „stwierdzenie normy w rozwoju mowy lub konieczności przeprowadzenia logopedycznego badania diagnostycznego albo dokonania ponownej kontroli po podanym okresie” (2015, s. 34). Podczas badania logopedycznego (pełnego) specjalista dokonuje szczegółowego rozpoznania, czyli szuka przyczyn, określa patomechanizm zaburzenia mowy, dokładnie opisuje objawy nieprawidłowości w zakresie języka i komunikacji, ich nasilenie, fazę, w jakiej się znajdują, wskazuje „mocne” strony pacjenta, stawia rozpoznanie nozologiczne, a także programuje proces terapeutyczny. W badaniach przesiewowych identyfikowane są osoby, u których stwierdza się nieprawidłowości w zakresie mowy i/lub czynności prymarnych względem mowy, bez szczegółowej analizy tych nieprawidłowości. Badani są następnie kierowani na pełną diagnozę logopedyczną. U części z tych osób występują objawy zaburzeń mowy, u innych nieprawidłowości zwiastujące wystąpienie zaburzeń mowy w przyszłości, na przykład nieprawidłowe odruchy ustno-twarzowe u niemowlęcia mogą być pierwszym sygnałem późniejszych zaburzeń mowy lub wymowy.

Cechą charakterystyczną badań przesiewowych jest krótki czas ich trwania, co umożliwia przebadanie w niedługim czasie dużych grup, na przykład wszystkich dzieci z danego przedszkola. Badania przesiewowe powinny mieć wyłącznie charakter indywidualny, bo tylko taki sposób gwarantuje trafność przesiewu. Za dyskusyjną należy uznać (dopuszczalną przez niektórych autorów) grupową formułę badań przesiewowych (por. Emiluta-Roza, 2015).

Pełną diagnozę logopedyczną przeprowadza jedynie logopeda, natomiast w realizowaniu badań przesiewowych mogą również uczestniczyć inni specjaliści, na przykład lekarze, psychologowie, pedagodzy, pielęgniarki. Jak podkreśla Katarzyna Węsierska, „postulat dzielenia się kompetencjami w zakresie prowadzenia przesiewów z innymi grupami zawodowymi wydaje się absolutnie uzasadniony” (2012, s. 39), zwłaszcza że lekarz lub nauczyciel często są pierwszymi osobami, do których zwraca się rodzic albo sam pacjent z prośbą o pomoc. Ważną rolę pedagogów jest „[...]”

wczesna i wstępna identyfikacja osób wymagających specjalistycznej pomocy logopedycznej i udzielanie informacji na temat możliwości uzyskania fachowej konsultacji, a także wspieranie emocjonalne osób z już zdiagnozowanymi zaburzeniami mowy” (Gacka, 2013, s. 51). Aby inni specjaliści mogli współuczestniczyć w przesiewowych badaniach mowy, muszą dysponować odpowiednimi narzędziami i podstawami wiedzy na temat kształtowania się komunikacji językowej i jej zaburzeń.

Obecnie na polskim rynku logopedycznym dostępne są następujące narzędzia do przesiewowych badań mowy dzieci:

- *Przesiewowy test logopedyczny* Z. Tarkowskiego (1992),
- *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym* S. Grabiasa, Z.M. Kurkowskiego, T. Woźniaka (2002),
- *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym* I. Michalak-Widery, K. Węsierskiej (2012),
- *Badanie przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolletnich* w opracowaniu D. Emiluty-Rozy, H. Mierzejewskiej, P. Atys (2014),
- *Przesiewowy test do badania artykulacji* A. Kabały (2015).

Logopedzi przeprowadzający badania skринingowe mogą skorzystać z wymienionych narzędzi badawczych (jeżeli badania dotyczą dzieci ze wskazanych grup wiekowych), innych dostępnych narzędzi lub ich części, jeśli zastosowanie jest uzasadnione, bądź opracować własne próby diagnostyczne. W logopedycznych badaniach przesiewowych orientacyjnej ocenie podlegają różne umiejętności: rozumienie mowy, budowanie wypowiedzi słownych, realizacja fonemów, a także budowa i sprawność narządów artykulacyjnych, ewentualne parafunkcje, tempo i płynność wypowiedzi oraz jakość głosu.

Organizacja i przebieg badań własnych

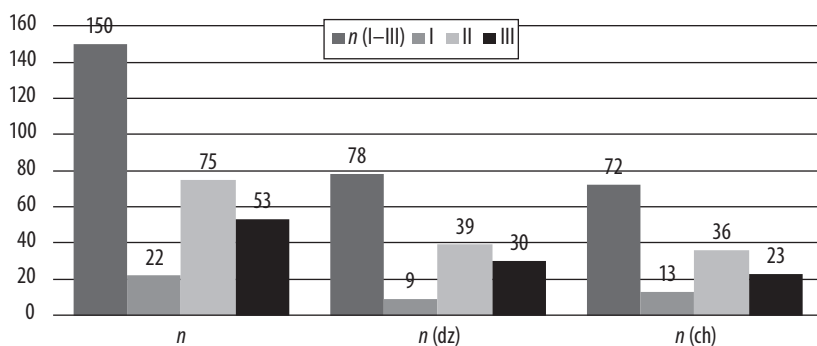
Badania przesiewowe uczniów klas I–III jednej ze szkół podstawowych w Łodzi przeprowadzili pracownicy i doktoranci Zakładu Dialektologii Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego w dniach 19–23 września 2016 roku. Na 182 uczniów zgodę na udział w badaniach wyrazili rodzice 165 dzieci. Ze względu na nieobecności ostatecznie badana grupa liczyła 150 uczniów. Badania odbyły się w specjalnie wydzielonych do tego celu salach lekcyjnych spełniających odpowiednie warunki – przestronnych, widnych, cichych, z miejscem dla dziecka i logopedy. Badań nie prowadzono w trakcie przerw lekcyjnych ze względu na hałas. Każdy z uczniów został poinformowany przez wychowawcę o celu planowanych badań. Logopedzi dodatkowo wyjaśniali dzieciom przebieg oraz istotę postępowania diagnostycznego. Było to ważne, ponieważ termin „badanie” budził u niektórych skojarzenia z procedurą medyczną i ewentualnymi nieprzyjemnymi doznaniem bólowymi.

Badanie przesiewowe składało się z rozmowy z dzieckiem na dowolny temat (czasu wolnego, szkoły, wakacji, rodziny, przyjaciół, ulubionych potraw itp.), której celem było nawiązanie kontaktu z badaną osobą i wstępna ocena jej umiejętności językowych i komunikacyjnych, przede wszystkim rozumienia komunikatów językowych, budowania poprawnych gramatycznie zdań, prowadzenia dialogu, nazywania, artykulacji, płynności i tempa wypowiedzi. Ta część służyła także do wstępnej oceny sposobu oddychania, jakości głosu oraz identyfikacji ewentualnych parafunkcji. W dalszej kolejności oceniono wymowę oraz umiejętności nazywania, z wykorzystaniem *Logopedycznego testu dla dzieci i młodzieży* Iwony Michalak-Widery (2009). Ze względu na przesiewowy charakter badań posłużono się wybranymi obrazkami służącymi do oceny fonemów najczęściej wadliwie realizowanych przez dzieci, a więc ilustracjami przedmiotów i zjawisk, w których nazwie występują głoski: *sz, rz/ż, cz, dż, s, z, c, cz, ś, ź, ć, dź, r, l, j*. W zależności od zaobserwowanych w pierwszej części badania problemów artykulacyjnych ucznia logopeda dobierał kolejne obrazki, a w razie potrzeby prosił dziecko o powtórzenie bądź przeczytanie specjalnie przygotowanych wyrażen. Prezentowane obrazki służyły także wskazaniu osób, u których występowały trudności z nazywaniem. Ostatnim elementem przesiewu była ocena budowy i sprawności narządów artykulacyjnych, w tym próba połykania.

Wyniki przesiewowych badań mowy, a więc lista dzieci wymagających pełnej konsultacji logopedycznej i/lub ewentualnych dodatkowych badań specjalistycznych (np. ortodonta, laryngologa, audiologa), zostały przekazane dyrekcji szkoły, która zapoznała z nimi rodziców badanych dzieci. W miarę potrzeb i możliwości wyniki badania konfrontowano też z obserwacjami wychowawcy danej klasy, co pozwoliło uzyskać dodatkowe informacje – na temat odpowiedzi uczniów podczas lekcji, budowania dłuższych wypowiedzi ustnych, interakcji językowej, tj. sposobu i jakości komunikowania się w grupie rówieśniczej, uczestniczenia w dyskusji. Kilkoro uczniów (za zgodą rodziców) zostało poddanych pełnej diagnozie logopedycznej, a następnie rozpoczęło terapię w Laboratorium Logopedycznym funkcjonującym przy Katedrze Dialektologii Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego.

Wyniki badań

W badaniu wzięło udział 150 uczniów klas I–III: 78 dziewcząt (52%) i 72 chłopców (48%), co stanowi 82% wszystkich uczniów z klas I–III. W roku szkolnym 2016/2017 w placówce, na terenie której prowadzono badania, funkcjonowały: dwie klasy I (Ia, Ib), cztery klasy II (IIa, IIb, IIc, IId) oraz trzy klasy III (IIIa, IIIb, IIIc). Połowa wszystkich badanych to uczniowie klas II, 35% – uczniowie klas III, 15% – uczniowie klas I. Podział grupy badanej ze względu na płeć i poziom klasy przedstawia wykres 1 oraz tabela 1.



Wykres 1. Uczniowie objęci badaniami przesiewowymi z podziałem na płeć i poziom klasy

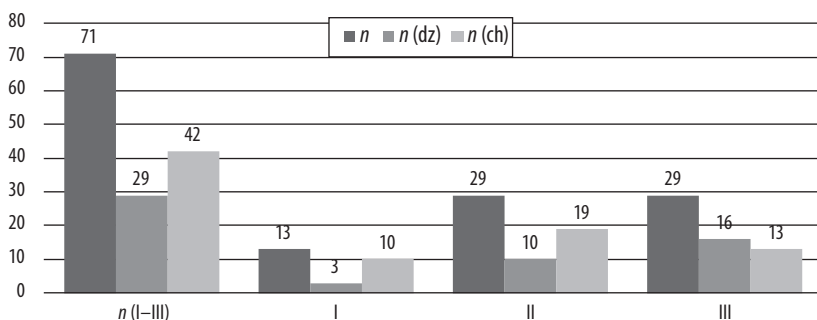
Źródło: opracowanie własne

Tabela 1. Uczniowie objęci badaniami przesiewowymi z podziałem na płeć i poziom klasy

Grupa badana	Uczniowie (ogółem)		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%
I	22	15	9	6	13	9
II	75	50	39	26	36	24
III	53	35	30	20	23	15
Razem	150	100	78	52	72	48

Źródło: opracowanie własne

Spośród przebadanych uczniów na pełną diagnozę logopedyczną skierowano w sumie 71 uczniów (co stanowi 47% wszystkich badanych), w tym: 29 dziewcząt (41%) i 42 chłopców (59%). Wśród uczniów klas I i II dominowali chłopcy, natomiast w klasach III na pełną diagnozę logopedyczną skierowano więcej dziewcząt. Podział grupy badanej ze względu na płeć i poziom klasy przedstawia wykres 2 oraz tabela 2.



Wykres 2. Uczniowie wymagający pełnej diagnozy logopedycznej z podziałem na płeć i poziom klasy

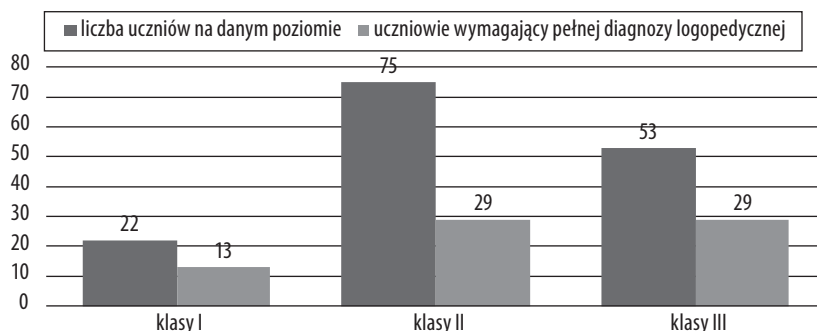
Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Uczniowie skierowani na pełną diagnozę logopedyczną z podziałem na płeć i poziom klasy

Grupa badana	Uczniowie wymagający pełnej diagnozy logopedycznej		Dziewczęta wymagające pełnej diagnozy logopedycznej		Chłopcy wymagający pełnej diagnozy logopedycznej	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
I	13	18	3	4	10	14
II	29	41	10	14	19	27
III	29	41	16	23	13	18
Razem	71	100	29	41	42	59

Źródło: opracowanie własne

Największy odsetek nieprawidłowości w zakresie mowy stwierdzono u uczniów klas I – na 22 przebadanych dzieci pełnej diagnozy logopedycznej wymaga 13 (3 dziewczęta i 10 chłopców), czyli 59% pierwszoklasistów. W klasach II nieprawidłowości w zakresie mowy stwierdzono u 29 dzieci (10 dziewcząt i 19 chłopców), co stanowi 38% wszystkich uczniów z klas drugich. Wśród 53 uczniów klas III pełnej diagnozy logopedycznej wymaga 29 uczniów (16 dziewcząt i 13 chłopców), co stanowi 55% trzecioklasistów. Liczbę uczniów wymagających pełnej diagnozy logopedycznej na poszczególnych poziomach klas ukazuje wykres 3.



Wykres 3. Uczniowie wymagający pełnej diagnozy logopedycznej na poszczególnych poziomach klas

Źródło: opracowanie własne

Wśród nieprawidłowości w zakresie komunikacji językowej najwięcej było przypadków wadliwej wymowy, które wystąpiły u wszystkich dzieci wymagających pełnej diagnozy logopedycznej ($n = 71$).

Wśród zaburzeń paradygmatycznych u uczniów najczęściej występowała nieprawidłowa artykulacja głosek: *r, sz, rz/ż, cz, dż, s, z, c, dz, ś, ź, ć, dź, l, n, t, d*. Rodzaje wad wymowy u badanych uczniów ze względu na manifestowane objawy przedstawia tabela 3.

Nienormatywna artykulacja dotyczyła różnych głosek: przedniojęzykowo-zębowych (*s, z, c, dz, t, d, n*), przedniojęzykowo-dziąsłowych (*r, l, sz, rz/ż, cz, dż*), środkowojęzykowo-prepalatalnych (*ś, ź, ć, dź*) oraz tylnojęzykowych (*k, g*). Zastępowanie głosek innymi (często łatwiejszymi w artykulacji) może być efektem niezakończonego

rozwoju mowy, wynikać z zaburzeń słuchu fonematycznego, które zaobserwowano u 5 uczniów (7%), bądź niskiej sprawności narządów artykulacyjnych, co stwierdzono u 21 uczniów (30%) (głównie obniżona sprawność języka, hipotonia warg). W sumie u 4 uczniów (6%) odnotowano niewielkie trudności w nazywaniu obrazków.

Tabela 3. Rodzaje wad wymowy u badanych uczniów

Wada wymowy	Sygmatyzm		Rotacyzm		Lambda-cyzm		Kappacyzm		Gamma-cyzm		Nieprawidłowa artykulacja głosek t, d, n	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I	9	13	5	7	0	0	3	4	3	4	0	0
II	15	21	16	14	0	0	2	3	2	3	2	3
III	18	25	8	11	1	1	0	0	0	0	0	0
Ogółem	42	59	29	41	1	1	5	7	5	7	2	3

Źródło: opracowanie własne

W trakcie badania przesiewowego u jednej uczennicy logopeda odnotował nienormalną artykulację wielu głosek, upraszczanie grup spółgłoskowych, trudności z poprawnym budowaniem zdań, niewielkie kłopoty z nazywaniem, niską sprawność narządów artykulacyjnych. Mowa dziecka była niewyraźna, a treść wypowiedzi prawie niemożliwa do zrozumienia przez logopedę (także przez nauczycieli w szkole, jak informowali w trakcie późniejszych konsultacji). Zaobserwowane nieprawidłowości mogą sugerować niedokształcenie mowy o typie afazji lub SLI, dlatego uczennicy zalecono pełną diagnozę logopedyczną oraz dodatkowe specjalistyczne badania: neurologiczne, audiologiczne oraz psychologiczne. Również podczas badania innych uczniów logopedzi stwierdzili nieprawidłowości wymagające dodatkowych konsultacji: ortodontycznej u 18 dzieci (12%), laryngologicznej u 5 dzieci (3%), foniatrycznej u 6 dzieci (4%). Zalecenia te zostały przekazane dyrekcji szkoły i rodzicom. U dzieci, które powinny być skonsultowane przez laryngologa, stwierdzono niewłaściwy tor oddychania (przez usta). Celem konsultacji jest wykluczenie organicznych przyczyn tego stanu rzeczy. U uczniów, którzy powinni skorzystać z konsultacji foniatrycznej, stwierdzono w czasie logopedycznych badań przesiewowych dysfonię. W związku z zaobserwowanymi nieprawidłowościami zgryzowymi 18 dzieci wymaga konsultacji ortodontycznej.

Wnioski z badań

Przeprowadzone badania można podsumować w postaci następujących wniosków:

- Wśród przebadanych 150 dzieci z klas I–III nieprawidłowości w zakresie mowy stwierdzono u 71 uczniów, co stanowi 47% wszystkich badanych. Fakt, że pra-

wie połowa uczniów wymaga pełnej diagnozy logopedycznej i – ewentualnie – terapii, może niepokoić. Jak wspomniano we wcześniejszej części artykułu, zaburzenia mowy mogą być przyczyną niepowodzeń w nauce i trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej.

- Badania przesiewowe pozwalają określić aktualny stan mowy uczniów rozpoczynających naukę szkolną (kasy I) i starszych klas (II–III), co jest niezbędne przy planowaniu działań edukacyjnych, wyborze strategii nauczania-uczenia się oraz formułowaniu celów kształcenia. Uczeń z zaburzeniem mowy, poza trudnościami w porozumiewaniu się, może mieć kłopot z zapamiętywaniem wzorów graficznych liter, poprawnym zapisem ortograficznym, czytaniem itd.
- Najwięcej nieprawidłowości, proporcjonalnie do liczby dzieci w poszczególnych oddziałach, stwierdzono u uczniów klas I. Na 22 dzieci aż 13 (59%) zostało skierowanych na pełne badanie logopedyczne. Wśród uczniów klas II ($n = 75$) nieprawidłowości stwierdzono u 29 dzieci, co stanowi 38% przebadanych drugoklasistów. Pełnego badania logopedycznego wymaga 29 dzieci klas III, co stanowi 54% trzecioklasistów. Szczególny niepokój budzi duży odsetek dzieci z nieprawidłowościami w zakresie komunikacji językowej wśród uczniów klas III. Badania przesiewowe i diagnoza logopedyczna powinny być wykonane znacznie wcześniej, a proces terapeutyczny dawno zakończony, inaczej występuje „błąd późnej pomocy” (Demel, 1998).
- U wszystkich dzieci skierowanych na pełną diagnozę logopedyczną ($n = 71$) wystąpiły zaburzenia artykulacji, poza tym u jednego dziecka oprócz problemów z wymową stwierdzono liczne inne nieprawidłowości: trudności z nazywaniem obrazków, prowadzeniem dialogu, umiejętnością budowania zdań. W trakcie badań zidentyfikowano także troje dzieci, u których poza wadliwą artykulacją wystąpiły pewne trudności z nazywaniem obrazków, przy zachowanej umiejętności prowadzenia dialogu i budowania zdań.
- Wśród wad wymowy najczęściej występowały: sygmatyzm i rotacyzm, rzadziej: lambdacyzm, kappacyzm, gammacyzm oraz nieprawidłowa artykulacja głosek *t, d, n* – wyniki przeprowadzonych badań własnych korespondują z wnioskami innych badaczy (por. np. Kochanowska, 2012).
- Aż u 21 uczniów zaobserwowano obniżoną sprawność narządów artykulacyjnych, głównie języka i warg, co w istotny sposób wpływa na artykulację głosek, zrozumiałość wypowiedzi i ogólną jakość komunikacji werbalnej.
- Oprócz pełnego badania logopedycznego część dzieci wymaga także konsultacji innych specjalistów. W jednym przypadku badania neurologa, psychologa i audiologa, w 18 przypadkach konsultacji ortodonta, w 6 przypadkach konsultacji foniatry, w 5 przypadkach konsultacji laryngologa.
- Ze względu na duży odsetek dzieci z problemami w zakresie komunikacji językowej, które rozpoczynają szkolną edukację, należałoby zintensyfikować opiekę logopedyczną nad dziećmi przedszkolnymi. Należy wprowadzić obowiązkowe

logopedyczne badania przesiewowe wszystkich dzieci w wieku przedszkolnym. Praktyka pokazuje, że w dalszym ciągu część dzieci rozpoczynających edukację szkolną nigdy nie była konsultowana przez logopedę, nie może też liczyć na specjalistyczną pomoc na terenie szkoły (brak etatu logopedy, choć w placówce pracują nauczyciele będący jednocześnie logopedami).

- Nierzadko przyczyną odroczenia obowiązku szkolnego są trudności w komunikacji językowej, dlatego ważne jest jak najwcześniejsze wykrycie zaburzeń i niezwłoczne skierowanie dziecka na terapię logopedyczną.
- Zwiększenie świadomości dorosłych na temat zaburzeń mowy, w tym wad wymowy, może przyczynić się do wczesnego zidentyfikowania trudności u dziecka, ważne jest zatem popularyzowanie wiedzy logopedycznej wśród rodziców dzieci, nauczycieli przedszkoli, pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz lekarzy pediatrów.

Literatura

- Bleszyński J.J., 2015, *Wczesna interwencja – różne podejścia, ujęcia, definicje. Różne nie znaczy sprzeczne*, [w:] J. Bleszyński, D. Baczała, *Wczesna interwencja w logopedii*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 31–42.
- Demel G., 1998, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Emiluta-Rozya D., 2015, *Uwagi do narzędzi diagnostycznych mojego autorstwa i współautorstwa*, [w:] M. Kurowska, E. Wolańska (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, seria: „Z prac Towarzystwa Kultury Języka”, t. XII, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa, s. 32–43.
- Emiluta-Rozya D., Mierzejewska H., Atys P., 2014, *Badanie przesiewowe do wykrywania zaburzeń mowy dzieci dwu-, cztero- i sześcioletnich*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.
- Gacka E., 2013, *Pedagogizy w systemie opieki logopedycznej. Refleksje nad treściami logopedycznymi w kształceniu studentów kierunku pedagogika*, [w:] D. Müller, A. Sobczak (red.), *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 47–58.
- Gordon R., 1987, *An operational classification of disease prevention*, [w:] J.A. Steinberg, M.M. Silverman (red.), *Preventing mental disorders*, Rockville: Department of Health and Human Services, s. 20–26.
- Grabias S., Kurkowski Z.M., Woźniak T., 2002, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego.
- Gunia G., 2011, *Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce*, [w:] G. Gunia, V. Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 53–67.
- Kabała A., 2015, *Przesiewowy test do badań artykulacji*, Kraków: Wydawnictwo Centrum Metody Krakowskiej.
- Kaczorowska-Bray K., 2015, *Diagnoza we wczesnej interwencji logopedycznej*, [w:] E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 223–262.

- Kochanowska E., 2012, *Sytuacja szkolna dzieci z wadami wymowy w edukacji wczesnoszkolnej*, [w:] K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 197–212.
- Michalak-Widera I., 2009, *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe Unikat 2.
- Michalak-Widera I., Węsierska K., 2012, *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe Unikat 2.
- Mrazek P., Haggerty R. (red.), 1994, *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington: National Academy Press.
- Muszyński H., 1965, *Działanie profilaktyczne w wychowaniu*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 3, s. 1–4.
- Pluta-Wojciechowska D., 2015, *Wczesna interwencja logopedyczna – moda, postulat czy konieczność*, [w:] J. Bleszyński, D. Baczała (red.), *Wczesna interwencja w logopedii*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 17–29.
- Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli oraz innych form wychowania przedszkolnego*, 2016, <<http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2016/895/1>> (dostęp: 13.07.2017).
- Tarkowski Z., 1992, *Przesiewowy test logopedyczny*, Lublin: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Węsierska K., 2012, *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, [w:] K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 25–47.
- Woynarowska B., 2005, *Profilaktyka*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. IV, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 943–946.
-

Streszczenie

Profilaktyka logopedyczna polega na zapobieganiu, a także wczesnym wykrywaniu zaburzeń mowy, by wprowadzić adekwatne działania terapeutyczne, ograniczające lub eliminujące negatywne skutki nieprawidłowości w zakresie komunikacji językowej. W ramach profilaktyki logopedycznej prowadzi się badania przesiewowe mowy, których celem jest wytypowanie osób wymagających pogłębionej diagnozy logopedycznej. W artykule zaprezentowano wyniki badań przesiewowych mowy uczniów klas I–III jednej ze szkół podstawowych w Łodzi. Jednocześnie przedstawiono praktyczne wnioski wypływające z przeprowadzonych badań.

Summary

Logopaedics prevention consists in the prevention and early detection of speech disorders to provide adequate therapeutic action, limiting or eliminating the negative effects of language-related abnormalities. As a part of speech-language prophylaxis the speech-language screening is provided. It aims at identifying persons requiring in-depth speech diagnosis. The article presents the results of speech screening of pupils of grades I–III in one of primary schools in Łódź. Some practical conclusions drawn from the research are also presented.