



**You have downloaded a document from  
RE-BUŚ  
repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Opieka logopedyczna na Górnym Śląsku : studium historyczno-empiryczne

**Author:** Małgorzata Kitlińska-Król

**Citation style:** Kitlińska-Król Małgorzata. (2007). Opieka logopedyczna na Górnym Śląsku : studium historyczno-empiryczne. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIwersytet Śląski w Katowicach  
Wydział Pedagogiki i Psychologii

Małgorzata Kitlińska-Król

**OPIEKA LOGOPEDYCZNA  
NA GÓRNYM ŚLĄSKU**

Studium historyczno - empiryczne

Rozprawa doktorska  
napisana w Katedrze Teorii Wychowania  
pod kierunkiem  
Prof. dr hab. Teresy Borowskiej

KATOWICE – 2007

# Spis treści

WSTĘP.....	7
<b>ROZDZIAŁ I. LOGOPEDIA JAKO NAUKA I DZIAŁALNOŚĆ SPOŁECZNA.</b> ....	12
1. Interdyscyplinarne podstawy logopedii.....	12
2. Przedmiot zainteresowań logopedii.....	17
3. Określenie terminu „opieka logopedyczna” oraz jej rodzaje.....	23
4. Potrzeby społeczne w zakresie opieki logopedycznej. Wyniki dotychczasowych badań. ....	26
5. System opieki logopedycznej w Polsce. Podstawy organizacyjno – prawne.....	30
6. Opieka logopedyczna w wybranych krajach Europy.....	43
<b>ROZDZIAŁ II. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH.</b> ....	49
1. Cel i przedmiot badań. ....	49
2. Główne i szczegółowe problemy badawcze .....	50
3. Metody, techniki i narzędzia badawcze oraz charakter dokonywanych analiz. ....	52
4. Przebieg i organizacja badań z określeniem próby badawczej.....	60
5. Charakterystyka badanych grup respondentów.....	63
<b>ROZDZIAŁ III. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.</b> ....	67
<b>Część I. Studium historyczne</b>	
III.1. Pierwsze specjalistyczne ośrodki pomocy logopedycznej na Górnym Śląsku.....	68
1. Poradnia Logopedyczna przy Instytucie Fonetycznym w Katowicach. ....	69
2. Ośrodki dla niedosłyszących i głuchych.....	76
a. Zakład dla głuchoniemych w Raciborzu. ....	77
b. Śląski Zakład dla Głuchych w Rybniku oraz Lublińcu.....	78
3. Placówki świadczące opiekę logopedyczną na Górnym Śląsku. ....	91
a. Placówki podległe resortowi zdrowia.....	91

b. Placówki podległe resortowi oświaty.....	94
III.2. Modyfikacja systemu pomocy logopedycznej na Górnym Śląsku po II wojnie światowej.....	99
1. Model Benedykta Dylewskiego i jego wpływ na projekty funkcjonowania systemu opieki logopedycznej.....	99
2. Model Genowefy Demel i jego znaczenie dla współczesnego systemu opieki logopedycznej.....	101
3. Wielospecjalistyczny model opieki logopedycznej Leona Kaczmarka jako podstawa aktualnego systemu pomocy logopedycznej.....	104
4. Holistyczny model logoterapii Krystyny Błachnio.....	111

## Część II. Studium empiryczne

III.3. Zakres i źródła wiedzy o współczesnym systemie opieki logopedycznej w opiniach nauczycieli i logopedów.....	118
1. Podstawowe pojęcia systemu opieki logopedycznej w definicjach konstruowanych przez respondentów.....	118
2. Zakres wiedzy badanych o funkcjonowaniu współczesnego s.o.l.....	125
3. Źródła wiedzy respondentów o zagadnieniach mowy.....	136
III.4. Jakość i zakres funkcjonowania systemu opieki logopedycznej w ocenach nauczycieli, logopedów i rodziców.....	152
1. Jakość funkcjonowania systemu opieki logopedycznej.....	155
2. Zakres funkcjonowania systemu opieki logopedycznej.....	172
III.5. Wpływ oczekiwań społecznych na modyfikacje systemu opieki logopedycznej w opiniach nauczycieli, logopedów i rodziców.....	185
III.6. Systemu opieki logopedycznej na Górnym Śląsku w świetle opinii rodziców i analiz indywidualnych przypadków.....	207



1. Opinie rodziców o usługach świadczonych w obrębie systemu opieki logopedycznej.....	207
2. Egzemplifikacje działań logopedycznych podejmowanych w systemie opieki logopedycznej	
- analiza indywidualnych przypadków.....	220
Przypadek I.....	221
Przypadek II.....	229
Przypadek III.....	236
<i>ZAKOŃCZENIE I WNIOSKI</i> .....	247
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	268
<i>SPIS TABEL</i> .....	284
<i>SPIS WYKRESÓW</i> .....	287
<i>SPIS RYCIN</i> .....	289
<i>ANEKSY</i> .....	290
Aneks nr 1. Kwestionariusz wywiadu skierowane do nauczyciela i logopedy. ....	291
Aneks nr 2. Kwestionariusz wywiadu skierowane do rodzica.. ....	296
Aneks nr 3. Osoby i instytucje tworzące ogniwa s.o.l. (tabela) .....	300
Aneks nr 4. Karta badania mowy. Oprac. Z. Tarkowski .....	301
Aneks nr 5. Karta badania motoryki artykulacyjnej. Oprac. E. M. Minczakiewicz.....	303
Aneks nr 6. Zestaw wyrazów do badania ostrości słuchowej u dzieci. Oprac. I. Styczek. .....	304
Aneks nr 7. Wzór karty wywiadu. Oprac. I. Styczek.....	305
Aneks nr 8. Arkusz obserwacji dziecka. Oprac. własne. ....	306
Aneks nr 9. Dokumentacja dotycząca indywidualnego przypadku - Roksana. ....	308

A.9/1. Wniosek pedagoga szkolnego i wychowawcy o dokonanie badań diagnostycznych w poradni psychologiczno-pedagogicznej .....	308
A.9/2. Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej.....	310
A.9/3. Scenariusz zajęć (gł. r). Oprac. własne. ....	311
A.9/4. Arkusz obserwacji dziecka. ....	319
Aneks nr 10. Dokumentacja dotycząca indywidualnego przypadku - Mateusz.....	320
A.10/1. Kwestionariusz wywiadu o dziecku.....	320
A.10/2. Diagnoza neurologiczna.....	323
A.10/3. Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej dot. diagnozy niedostuchu. ....	324
A.10/4. Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej dot. rozwoju intelektualnego.....	324
A.10/5. Arkusz obserwacyjny dot. Międzynarodowej Wykonaniowej Skali Leitera P-93.....	325
A.10/6. Orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej z 2003 r. o potrzebie kształcenia specjalnego. ....	326
A.10/7. Orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej z 2006 r. o potrzebie kształcenia specjalnego i odroczeniu od obowiązku szkolnego. ....	329
A.10/8. Scenariusz zajęć. Oprac. własne.....	331
A.10/9. Arkusz obserwacji dziecka na zajęciach.....	337
Aneks nr 11. Dokumentacja dotycząca indywidualnego przypadku - Kamil.....	338
A.11/1. Protokół badania mowy Kamila AFA-Skalą.....	338
A.11/2. Zaświadczenie o przeprowadzeniu badań słuchu Komputerowym Systemem Powszechnych Badań Słuchu „Słyszę...” .....	340
A.11/3. Kwestionariusza wywiadu o dziecku z dokumentacji poradni psychologiczno-pedagogicznej.....	341
A.11/4. Opinia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.....	343

A.11/5. Diagnoza dot. zaburzenia rozwoju mowy przeprowadzona przez Oddział Neurologii Dziecięcej Centrum Pediatrii w Chorzowie.....	345
A.11/6. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego Kamila. ....	347
A.11/7. Scenariusz zajęć i uwagi z obserwacji Kamila. ....	350
Aneks nr 12. AFA-SKALA.....	355

## WSTĘP

Od urodzenia tkwimy w rzeczywistości językowej - poznajemy ją i aktywnie uczestniczymy, najpierw słuchając i mówiąc, później także pisząc i czytając. Nie zawsze owo poznawanie rzeczywistości językowej odbywa się w sposób w pełni przez nas samych uświadomiony. Wiedza, którą nabywamy jest wieloskładnikowa, znajduje się w niej wiedza językowa (znajomość słów, reguł gramatycznych itd.), a także umiejętności i nawyki posługiwania się językiem.

Mijające stulecie możemy nazwać lingwistycznym, gdyż nigdy wcześniej nie było tak wielkiego zainteresowania językiem, jego poznaniem oraz wykorzystaniem wiedzy o nim. Powstały dyscypliny naukowe zajmujące się zgłębianiem wiedzy o języku np. psycholingwistyka, neurolingwistyka, socjolingwistyka, antropolingwistyka i inne oraz takie, które tę wiedzę zastosowały w praktyce np. lingwodydaktyka, lingwistyka komputerowa, translatoryka, jak również logopedia itd.

Widoczna jest ogromna rola, jaką w życiu człowieka spełnia język. Traktowany jest i słusznie, jako najwspanialsze i najmocniejsze narzędzie ludzkiego porozumiewania się oraz poznawania. Niejednokrotnie, więc nasze powodzenie w różnych sytuacjach warunkowane jest posiadanymi umiejętnościami związanymi z wykorzystaniem mowy. Pamiętać jednak należy, iż mowa zależna jest od wielu czynników, nie zawsze uwarunkowanych wolą człowieka. Nauką, którą owe czynniki analizuje, w różnych kategoriach, jest logopedia.

Logopedia, jako nauka o kształtowaniu mowy jest dyscypliną o szerokim zakresie praktycznym, ale również o złożonych podstawach teoretycznych. Zagadnienia logopedii koncentrują się wokół zasadniczego przedmiotu, jakim jest mowa, integrując na swej płaszczyźnie treści medyczne, psychologiczne, językoznawcze, pedagogiczne, społeczne, a także artystyczne.

Mowa, przebieg procesu komunikowania się między ludźmi, jest istotny z punktu widzenia logopedii, tak więc przy analizie powyższych zjawisk uwzględnia się możliwość wystąpienia ich zakłóceń, zaburzeń, a wówczas określa się ich objawy i przyczyny. Istotne są również konsekwencje powyższych dla jednostki. Dlatego, nie rozpatruje się procesów porozumiewania się językowego w sposób izolowany, lecz

uwzględnia się wpływ różnych czynników (biologicznych, psychospołecznych) na ich rozwój oraz uwarunkowania i działania, które wpływają pozytywnie na ustępowanie/niwelowanie deficytów mowy.

Niniejsza praca stanowi próbę przedstawienia zagadnień dotyczących opieki logopedycznej nad procesami komunikacji językowej przy uwzględnieniu przemian oraz uwarunkowań na Górnym Śląsku od 1922 roku po współczesność. Problem ten pragnę zaprezentować w oparciu o zebrany materiał historyczny, informacje o współczesnym stanie systemu opieki logopedycznej uzyskane od nauczycieli, logopedów i rodziców dzieci korzystających z usług logopedycznych, a także analizę indywidualnych przypadków.

Niniejsza praca składa się z trzech rozdziałów. Pierwszy ma charakter teoretyczny, drugi zawiera ustalenia metodologiczne, a pięć pozostałych podrozdziałów zawierających się w rozdziale III prezentuje wyniki dokonanych analiz.

W rozdziale pierwszym omówiono zagadnienia związane z postrzeganiem logopedii, jako nauki, a zarazem działalności społecznej. Dokonano próby przedstawienia interdyscyplinarnych podstaw logopedii, zaprezentowano jej koncepcje teoretyczne. Na bazie wcześniejszych ustaleń starano się wyznaczyć przedmiot zainteresowań logopedii prezentując go przy uwzględnieniu stanowiska badacza problemu. Następnie próbowano określić zasadniczy, dla niniejszej pracy termin „opieka logopedyczna”, a także „system opieki logopedycznej”. Zaprezentowano potrzeby społeczne na tę opiekę w świetle dotychczasowych badań. Dalej, scharakteryzowano podstawy organizacyjno-prawne regulujące funkcjonowaniem systemu świadczeń logopedycznych w Polsce. W ostatnim podrozdziale I rozdziału dokonano prezentacji funkcjonowania i struktury systemów opieki logopedycznej w Irlandii i Republice Czeskiej. Zabiegu tego dokonano w celu zwrócenia uwagi na stosowane ciekawe rozwiązania organizacyjne.

Metodologiczne podstawy badań własnych przedstawione zostały w rozdziale drugim. Opisano w nim cel i przedmiot badań, główne i szczegółowe problemy badawcze, założenia wyznaczające kierunek poszukiwań badawczych. Scharakteryzowano również zastosowane metody i techniki badawcze. W rozdziale tym zawarte są

również informacje dotyczące przebiegu, organizacji badań, a także charakterystyka próby badawczej.

Rozdział trzeci stanowi zbiór podrozdziałów przedstawiających wyniki dokonanych analiz. W tym rozdziale wyodrębnić można jego dwie części składowe: część I - studium historyczne, część II - studium empiryczne.

W części historycznej znalazły się dwa podrozdziały. Pierwsze specjalistyczne ośrodki pomocy logopedycznej na terenie Górnego Śląska zostały zaprezentowane w pierwszym podrozdziale. Wyróżniono tu placówki wraz z prekursorami ruchu logopedycznego na badanym terenie. Przedstawiona została wielokierunkowa działalność ks. prof. Stanisława Wilczewskiego, a także dr Kazimierza Głogowskiego. Pierwszy z nich założył Poradnię Logopedyczną przy Instytucie Fonetycznym w Katowicach, drugi działał w charakteryzowanych na łamach tego podrozdziału, Śląskich Zakładach dla Głuchych w Rybniku i Lublińcu. Zaprezentowany został także Zakład dla Głuchoniemych w Raciborzu, który był pierwszą placówką na terenie Górnego Śląska (w okresie po zaborach miasto nie należał do Polski), realizującą zadania surdologopedii. Specjalistycznym, a zarazem jednym z pierwszych ośrodków pomocy logopedycznej na badanym terenie była Szkolna Poradnia Psychologiczno-Lekarska oraz Poradnia Zaburzeń Mowy, których funkcjonowanie zostało również naświetlone.

Drugi podrozdział części historycznej zawiera szczegółowe opisy modyfikacji struktur systemu opieki logopedycznej po II wojnie światowej. Zaprezentowane zostały cztery modele organizacyjne pomocy logopedycznej, które odegrały znaczącą rolę dla praktyki logopedycznej realizowanej w naszym kraju. Jako pierwszy opisany został model Benedykta Dylewskiego, opracowany jeszcze przed II wojną światową, jednak wnoszący znaczący wkład w organizację późniejszych projektów systemowych rozwiązań. Kontynuatorką myśli B. Dylewskiego była Genowefa Demel, która zaproponowała system opieki logopedycznej z pełniącymi istotną rolę Punktami Logopedycznymi. Następnym z prezentowanych był wielospecjalistyczny model opieki logopedycznej autorstwa Leona Kaczmarka, który stał się podstawą aktualnie funkcjonującego. Ostatnim z charakteryzowanych systemów jest holistyczny model logoterapii opracowany przez Krystynę Błachnio. Jest to propozycja nowatorska,

w dużej mierze przystająca do współczesnych potrzeb społecznych na opiekę logopedyczną. Opis modelu K. Błachnio stanowi łącznik między dwiema częściami dysertacji, zamyka część historyczną, a zarazem stanowi wstęp do ustaleń empirycznych drugiej części rozdziału trzeciego.

W części empirycznej w podrozdziale trzecim starano się określić zakres wiedzy o s.o.l.<sup>1</sup>, jakim dysponują respondenci oraz źródła tej wiedzy. Przedstawiono zestawienia powstałe z formułowanych przez badane osoby terminów „opieka logopedyczna”, „system opieki logopedycznej”. Wyznaczając zakres wiedzy o systemie badani wskazali osoby, dla których s.o.l. funkcjonuje, typy działań, które wykonują indywidualnie bądź przy współpracy z szerokim gronem osób i instytucji realizujących zadania związane ze świadczeniem opieki nad mową. Badani nauczyciele i logopedzi wyróżnili różnorodne źródła wiedzy o zagadnieniach mowy, regulacjach prawnych, określających zasady funkcjonowania s.o.l. Przedstawiono dokonaną przez badanych subiektywną ocenę zakresu wiedzy o s.o.l. oraz jej przydatności w praktyce zawodowej.

Głównym zamierzeniem czwartego podrozdziału, w III rozdziale, było dokonanie diagnozy jakości funkcjonowania s.o.l. wyrażonej w opiniach badanych. Stanowiły one istotne źródło informacji dotyczące stanu współcześnie funkcjonującego na Górnym Śląsku systemu opieki logopedycznej.

Respondenci określili satysfakcję czerpaną z działającego w naszym regionie s.o.l., podawali atuty współczesnego modelu oraz wskazywali mankamenty, które mogą zostać wykorzystane do konstruktywnej modernizacji systemu. Przechodząc do meritum - badani określili poziomy jakości usług logopedycznych świadczonych w s.o.l. Wskazali także przyczyny różnic tej, jakości przy uwzględnieniu zwierzchnictwa Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej nad placówkami realizującymi zadania s.o.l. Dookreśleniem poziomów, jakości był zakres działań s.o.l. Zaprezentowano w tym miejscu informacje na temat dostrzeganej przez

---

<sup>1</sup> s.o.l. – system opieki logopedycznej (stosuję ten skrót dla zwiększenia przejrzystości i odbioru tekstu przez czytelnika). Przyjęłam powyższy skrót literowy wychodząc z założenia, iż opieka logopedyczna (bez względu na jej treść, kierunek, rodzaj działań, świadczona jest przez pojedyncze osoby, bądź grupy (w placówkach, instytucjach, stowarzyszeniach, itp.) tworzą one pewne struktury-ogniwa, które z kolei współdziałają ze sobą na rzecz pacjenta, tworzą tym samym system zależnych i niezależnych, bezpośrednio bądź pośrednio oddziaływujących struktur.

respondentów dostępności pomocy logopedycznej, wskazano na adresatów tej opieki oraz określono zakres działań podejmowanych przez uczestników badań.

Podrozdział piąty opracowania zawiera wyniki badań własnych charakteryzujące wpływ oczekiwań społecznych na modyfikacje s.o.l. Opisano w nim zjawiska, które w opiniach respondentów, wywołują zmiany w strukturze i organizacji opieki logopedycznej. Badani rodzice, nauczyciele i logopedzi wskazali pozytywne oraz negatywne aspekty życia społecznego występujące na Górnym Śląsku, które w przekonaniu respondentów, wywierają wpływ na funkcjonujący tu s.o.l. Wyliczyli swe oczekiwania względem nowoczesnego modelu opieki uwzględniając zarazem potencjalne możliwości, którymi dysponuje społeczność regionu.

Podrozdział szósty III rozdziału składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera wyniki analizy dokonanej w oparciu o opinie wyrażone przez badaną populację o współczesnym s.o.l. Stanowi bogate źródło informacji charakteryzujące pacjentów tego systemu. Ustalenia dotyczą między innymi przyczyn rozpoczęcia terapii logopedycznej, czasu jej trwania, osób i instytucji współpracujących w procesie terapeutycznym, zrealizowanych rodzajów działań oraz ich efektów dostrzeganych przez rodziców dzieci, na które s.o.l. oddziaływał. Tak, więc rodzice wyrażając opinie o s.o.l. dokonali oceny jego funkcjonowania przez pryzmat własnych dzieci, które były odbiorcami usług logopedycznych.

W drugiej części podrozdziału szóstego dokonałam opisu trzech indywidualnych przypadków dzieci z deficytami mowy. Analizy pozwoliły na zarysowanie sieci osób i instytucji skupionych wokół problemu danego dziecka, a funkcjonujących w ramach systemu opieki logopedycznej na Górnym Śląsku. Tak zebrany materiał badawczy wskazał na dotychczasowe indywidualne rozwiązania stosowane w s.o.l. w naszym regionie.

Zaprezentowane wyniki badań pozwalają zająć stanowisko wobec sformułowanych w pracy problemów badawczych oraz wygenerować wnioski, co zostało zawarte w zakończeniu niniejszej rozprawy. Także w zakończeniu podjęto próbę nakreślenia szkicu systemu opieki logopedycznej, który mógłby stanowić rozwiązania dla obecnie funkcjonującego.



# ROZDZIAŁ I

## LOGOPEDIA JAKO NAUKA I DZIAŁALNOŚĆ SPOŁECZNA.

### *1. Interdyscyplinarne podstawy logopedii.*

Logopedia postrzegana jako szeroka dyscyplina naukowa uprawiana teoretycznie i praktycznie funkcjonuje w Polsce stosunkowo niedługo. Jej rozkwit nastąpił w latach sześćdziesiątych XX wieku, gdy za sprawą profesora Leona Kaczmarka, czołowego przedstawiciela tejże dyscypliny, zaczęło ukazywać się specjalistyczne pismo „Logopedia” (od 1960 roku). W roku 1963 w Lublinie powstało Polskie Towarzystwo Logopedyczne, którego celem było (i nadal jest) popularyzowanie wyników badań z zakresu patologii mowy. Również dzięki staraniom Leona Kaczmarka powołano przy Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie studium logopedyczne, z którego w 1972 r. wyszli pierwsi absolwenci z dyplomami.

Obecnie logopedia zajmuje wśród innych nauk istotne, jednak trudne do jednoznacznego określenia miejsce. Trudność sprecyzowania jej lokalizacji na arenie dyscyplin naukowych wynika z kilku przesłanek, a to między innymi z:

- wielości definicji samej dyscypliny,
- różnego określenia jej przedmiotu i zakresu badawczego,
- stosowania bogatej, niejednoznacznej terminologii i metodologii badawczej, często przeniesionej z innych dziedzin nauki,
- silnego związku, a tym samym wpływu, podstawowych dyscyplin naukowych, z których wywodzą się logopedzi.

Do powstania logopedii przyczynili się zarówno lekarze, jak i pedagodzy, językoznawcy, a także fizycy, biolodzy i neurobiolodzy, neuropsychologowie, czy akustycy. Lista specjalistów jest bardzo bogata, a współcześnie stale uzupełniana o nowe profesje (na przykład informatyków, programistów, mikrobiologów), które w znaczący sposób przyczyniają się do jej skuteczności i efektywności oddziaływań.

Logopedia, gr. „logos” – słowo, mowa; „paideia” – wychowanie; ang. logopedios, speech therapy, speech correction; franc. logopedie, orthophonie, niem. Logopädie, Rehabilitationspädagogik für Sprachgeschädigte, Logopedie.

W zasadzie od początku istnienia logopedii trwa spór o jej przynależność i miejsce wśród innych nauk. W Europie i Polsce znane są zasadniczo trzy koncepcje teoretyczne logopedii i praktycznie wszystkie jej kierunki można ulokować w jednej z grup definicji traktujących logopedię jako:

1. naukę medyczną –

Tak definiuje ją E. Fröschels<sup>2</sup>. W Polsce za tym poglądem opowiedział się T. Bardadin, który pisze, że „logopedia to dział medycyny zajmujący się badaniem prawidłowego rozwoju mowy i zapobieganiem powstawania jej wad i ich leczeniem”<sup>3</sup>.

W tym ujęciu przedmiotem badań logopedii są zaburzenia mowy.

2. naukę głównie pedagogiczną –

Autorzy tej koncepcji stanowią najliczniejszą grupę. Zdaniem Ireny Styczek „Logopedia jest nauką o kształtowaniu prawidłowej mowy, usuwaniu wad mowy oraz nauczaniu w wypadku jej braku lub utraty”<sup>4</sup>. Swe zadania spełnia za pomocą metod pedagogicznych korzystając z osiągnięć językoznawstwa, fonetyki, foniatrii, psychologii i innych dziedzin. To zdaniem autorki decyduje, iż powinno się traktować logopedię jako odrębną dyscyplinę pedagogiczną<sup>5</sup>. Podobne podejście prezentuje L. Edelsberger, M. Sovak<sup>6</sup>. Genowefa Demel logopedię definiuje jako dział pedagogiki opierając swoje stwierdzenie na fakcie wypełniania swych funkcji za pomocą metod pedagogicznych. Podaje, że jest to nauka, która tłumaczy odstępstwa od normy, w rozwoju mowy,

---

<sup>2</sup> por. Fröschels E.: Logopädie. 3 Aufl. Leipzig 1931. E Fröschels był współtwórcą foniatrii w Wiedniu, a następnie współorganizatorem I Międzynarodowego Kongresu Logopedów i Foniatorów. Pod wpływem jego poglądów (szkoły wiedeńskiej) rozwijała się logopedia na Słowacji; patrz także A. Edelsbergerová-Zelienková; Logopedia na Slovensku. W: Československá logopedie. Praha 1956.

<sup>3</sup> Bardadin T.: Wady słuchu i mowy są uleczalne. Warszawa 1960, s. 70.

<sup>4</sup> Styczek I.: Logopedia. Warszawa 1980, s. 13 i kolejne.

<sup>5</sup> por. Styczek I.: Zarys logopedii. Warszawa 1970, s 8-10.

<sup>6</sup> por. L. Edelsberger: Logopedie jako vědny úsek defektologie. W: Československá logopedie. Praha 1956; L. Edelsberger: Metodologické otázky logopedie. Praha 1969; M. Sovak: Organisoání logopedické péče v rudných zemích. W: Československá logopedie. Praha 1956; M. Sovak: Z dějin logopedie. W: Československá logopedie. Praha 1956 i inne.

zajmuje się etiologią i patogenezą zaburzeń mowy, ich rozpoznawaniem (diagnostyka logopedyczna) i zapobieganiem (profilaktyka logopedyczna), a także usuwaniem wad i zaburzeń mowy (terapia logopedyczna)<sup>7</sup>.

Część autorów takich jak M. Szymczak, W. Pisarek definiują logopedię jako dział pedagogiki specjalnej<sup>8</sup>. Jako subdyscyplinę tejże pedagogiki specjalnej postrzegają logopedię A. Mieszkowa, E. Olszyńska, J. Surowaniec. I tak J. Surowaniec proponuje następującą definicję: „logopedia – samodzielna nauka pedagogiczna, to nauka o zaburzeniach mowy, sposobach zapobiegania ich powstawaniu i metodach postępowania korekcyjnego”<sup>9</sup>. W tak określonej nauce wymieniony autor wyróżnia następujące jej działy<sup>10</sup>:

- ✓ logopedię wieku rozwojowego (w tym logopedię wieku dziecięcego, logopedię wieku przedszkolnego, logopedię wieku szkolnego);
- ✓ logopedię wieku dojrzałego;
- ✓ oligofrenologopedię;
- ✓ surdologopedię

### 3. samodzielną naukę –

pogląd ten zrodził się w ośrodku lubelskim, nieco wcześniej wskazującym na logopedię, jako dział językoznawstwa stosowanego<sup>11</sup>. L. Kaczmarek w artykule „O polskiej logopedii” napisał, iż „logopedia jest dyscypliną samodzielną multiinterdyscyplinarną, a jako taka stanowi część składową bloku humanistyczno-biologicznego”<sup>12</sup>.

Według słownikowego hasła opracowanego przez K. Polańskiego logopedia jako odrębna dyscyplina zaczęła kształtować się w XX wieku<sup>13</sup>. Autor ten zwraca uwagę na interdyscyplinarny charakter logopedii podkreślając, iż korzysta ona z osiągnięć pedagogiki, językoznawstwa, psychologii, filozofii,

<sup>7</sup> Demel G.: Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola. Warszawa 1978

<sup>8</sup> Pisarek W.: Logopedia. W: S. Urbańczyk (red.): Encyklopedia języka polskiego. Wrocław 1991, s. 190.

<sup>9</sup> Surowaniec J.: Logopedia a dyscypliny pograniczne. W: Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana, pod red. J. Nowakowskiej-Kępczej. Katowice 1998, s. 30; por. także Surowaniec J.: Słownik terminów logopedycznych. Kraków 1992; Surowaniec J.: Przedmiot logopedia. W: Logopedia 21, s. 53-64.

<sup>10</sup> Op.cit., s. 30.

<sup>11</sup> Kaczmarek L.: O przedmiocie i zadaniach logopedii. W: Logopedia 1962/4, s. 7; Kaczmarek L.: O polskiej logopedii. W: S. Grabias (red.): Przedmiot logopedii. lublin 1991, s. 23.

<sup>12</sup> Op.cit., s. 5.

<sup>13</sup> Polański K. (red.): Encyklopedia językoznawstwa ogólnego. Wrocław 1993, s. 314.

psychiatrii i neurologii. Tę interdyscyplinarność należy rozumieć - podkreśla K. Polański – jako scalanie pewnych elementów nauk pogranicznych, a nie utożsamianie się logopedii z nimi. Nie jest to także zawłaszczanie obszarów tych dyscyplin.

Uznając logopedię za samodzielną dyscyplinę naukową L. Kaczmarek wskazał na podwaliny holistycznej koncepcji tej dziedziny naukowej, jak też i na jej znaczenie praktyczne. Te dwa obszary stanowią – w tym ujęciu – nierozzerwalną całość. Logopedia zajmuje się badaniem wszystkich aspektów mowy: embriologicznych, patologicznych, społecznych i artystycznych oraz integracją wyników badań dyscyplin zajmujących się mową.

Zatem aspekt naukowy, tak pojmowanej logopedii, obejmuje kilka działów:

- teorię mowy,
  - embriologię mowy, tj. kształtowanie się mowy w ontogenezie,
  - nauczanie dzieci z różnymi deficytami: słuchu, umysłowym, ośrodkowego układu nerwowego,
  - językowe porozumiewanie się głuchoniewidomych,
  - słuchowa i wzrokowa percepcja wypowiedzi słownych oraz wzrokowa i czuciowa pisanych,
  - fonetyka i artykulacja, akustyczna, audytywna i wizualna,
  - patologia mowy – zaburzenia porozumiewania się językowego, słownego i pisemnego oraz ich usuwanie,
  - kultura żywego słowa<sup>14</sup>.

Z punktu widzenia praktycznej służby społecznej do niedawna wyodrębniano (za sprawą pomysłodawcy L. Kaczmarka<sup>15</sup>) w logopedii następujące specjalizacje zawodowe:

1. logopedię wychowawczą – zapobieganie zaburzeniom mowy i głosu przez stosowne kształtowanie mowy u dzieci;
2. logopedię korekcyjną – usuwanie zaburzeń mowy, głosu oraz pisania i czytania;

---

<sup>14</sup> Kaczmarek L.: Model opieki logopedycznej w Polsce. Gdańsk 1991, s. 23-29.

<sup>15</sup> Op.cit, s. 24-29; por. Kaczmarek L.: O polskiej logopedii: W: Język i językoznawstwo polskie w sześćdziesięciolecie niepodległości. Wrocław - Warszawa - Kraków - Gdańsk - Łódź 1982, s. 151.

3. surdologopedię – nauczanie mowy głuchych, niedosłyszących i głuchoniemych;
4. logopedię artystyczną – kształtowanie mowy rozumiane jako podnoszenie kultury żywego słowa: potocznego, publicystycznego, artystycznego.

Wymienione specjalizacje zawodowe – zdaniem L. Kaczmarka – odpowiadają określonym obszarom działalności pedagogicznej:

- a. logopedia wychowawcza związana jest ściśle z pedagogiką opiekuńczo-wychowawczą, przedszkolną i specjalną;
- b. logopedia korekcyjna swą łączność wykazuje z nauczaniem początkowym (=edukacją zintegrowaną) i pedagogiką specjalną;
- c. surdologopedia związana jest z pedagogiką specjalną;
- d. logopedia artystyczna związana jest głównie z pedagogiką kulturalno-oświatową.

Nie należy jednak traktować powyższego zestawienia jako sztywnego zaszeregowania. Treści poszczególnych specjalizacji zawodowych przenikają się wzajemnie, a różnorodność form i metod pracy pedagogicznej (ale także psychologicznej i lingwistycznej) nie zawęży działalności specjalistów do jednego kierunku pedagogicznego.

Przegląd definicji „logopedii” dokonany w ujęciu trzech głównych koncepcji teoretycznych, traktujących ją jako naukę medyczną (paramedyczną), pedagogiczną bądź samodzielą (holistyczną) unaocznia fakt stale aktualnej dyskusji o miejsce logopedii na arenie nauki. Wielu badaczy stwierdza fakt wyraźnego przechodzenia logopedii z fazy przednaukowej (jeszcze w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku stawiane było pytanie czy logopedia jest nauką, czy też sztuką?) do fazy teoretycznych założeń i rozstrzygnięć. Stanisław Grabias<sup>16</sup> potwierdza, iż w ciągu ostatnich kilku lat sytuacja w polskich badaniach nad zaburzeniami mowy zmieniła się diametralnie. Powstały gruntowe prace dotyczące głuchoty<sup>17</sup>, zaburzeń związanych z uszkodzeniami

---

<sup>16</sup> Grabias S.: Mowa i jej zaburzenia. W: Logopedia t. 28/2000, s. 14-15.

<sup>17</sup> por. Kurkowski M.: Mowa dzieci sześciolletnich z uszkodzonym narządem słuchu. Lublin 1996; Krakowiak K.: W sprawie kształcenia języka dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem. Lublin 1998; Głuchota a język. Red; S. Grabias. Lublin 1994; Korzon A.: Totalna komunikacja, jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych u uczniów głuchych. Kraków 1996.

mózgu<sup>18</sup>, opracowania poświęcone dyslalii, autyzmowi, czy trudnościom w czytaniu i pisaniu<sup>19</sup>. Prace te potwierdzają naukowy charakter logopedii jako nauki stosowanej, empirycznej, przedstawia cele diagnostyczne i prognostyczne. Prócz tego powinna osiągać również cele anagnostyczne – udzielać odpowiedzi na pytania: jak interesujące zjawiska kształtowały się dawniej? Stanisław Grabias pisze, iż takich prac jeszcze nie podjęto, jednak i tę lukę polscy badacze starają się wypełnić<sup>20</sup>.

Spór o przynależność logopedii do określonej kategorii nauk trwa nadal. By zgłębiać zagadnienia z kręgu swoich zainteresowań logopedii niezbędna jest wiedza z obszaru eksploracji naukowych różnych dyscyplin, co nie oznacza, że wiedza ta służy tylko logopedii i powstaje na jej użytek. Interdyscyplinarny charakter logopedii sprawia, iż nawet dzisiaj trudno o jednomyślność, co do jej miejsca, przedmiotu i zakresu zainteresowań.

## ***2. Przedmiot zainteresowań logopedii.***

Zgodnie z przedstawionymi w poprzednim podrozdziale koncepcjami teoretycznymi logopedii chciałabym w tym miejscu podjąć próbę zarysowania zakresu zainteresowań i przedmiotu badań tejże dyscypliny. Zabieg taki, choć trudny wydaje się niezbędny przy podejmowanej w pracy problematyce badawczej. Przedmiot badań, zadania, jakie wyznacza logopedia mają, bowiem swe konsekwencje i odzwierciedlenie w praktycznej działalności (badaniu struktury systemu opieki logopedycznej, wyznaczeniu jego zasięgu, zadaniach stawianych do realizacji poszczególnym osobom i instytucjom powołanym do pełnienia służby logopedycznej).

Aktualnie istnieją trzy koncepcje określające zakres i przedmiot badań logopedii. Odmienne podejścia teoretyczne spowodowały, że specyficznie formułowany jest przedmiot oraz różnie wyznaczany jest obszar tej nauki, i to zarówno na gruncie teorii jak i praktyki.

---

<sup>18</sup> Herzyk A.: Afazja i mutyzm dziecięcy. Lublin 1992; Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej. Red. A. Henryk, D. Kądziałowa, Lublin 1997.

<sup>19</sup> Parol U. Z.: Dziecko z niedokształceniem mowy: diagnoza, analiza, terapia. Warszawa 1997; Gałkowski T.: Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym. Warszawa 1995; Bogdanowicz M.: Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie. Gdańsk 2003 i inne.

<sup>20</sup> Minczakiewicz E. M.: Początki i rozwój polskiej logopedii. Kraków 1998; Logopedia. Teoria i praktyka. Red. M. Młynarska i T. Smreka. Wrocław 2005 i inne.

1. koncepcja medyczna (lub paramedyczna) – ogranicza zakres przedmiotu badań logopedii do zaburzeń, profilaktyki i korekcji mowy;
2. koncepcja pedagogiczna – rozszerza obszar swych badań dodatkowo o problemy związane z kształtowaniem mowy u dzieci z upośledzonym słuchem o zagadnienia dotyczące porozumiewania się głuchoniewidomych;
3. koncepcja holistyczna – traktująca logopedię jako samodzielną naukę – obszarem badań obejmuje wszystkie aspekty mowy: embriologiczny, patologiczny, społeczny i artystyczny oraz integruje wyniki badań dyscyplin zajmujących się mową<sup>21</sup>.

L. Kaczmarek, propagator koncepcji polskiej logopedii, jako nauki holistycznej wskazuje, iż przedmiotem logopedii jest *mowa* we wszystkich jej aspektach. Definiuje ją, jako akt procesu porozumiewania się, akt, w którym nadawca słownie przekazuje językowo strukturalizowany komunikat (wypowiedź), a odbiorca komunikat ów percypuje. Jest to czynność polegająca na budowaniu i odbiorze (rozumieniu) komunikatów językowych słownych. Czynności tej towarzyszy wiele zachowań niejęzykowych<sup>22</sup>.

Zarzuty wobec tak formułowanemu przedmiotowi logopedii przedstawia S. Grabias. Uważa on, iż zagadnieniami komunikacji językowej interesuje się wiele dyscyplin naukowych. Są to dyscypliny o bogatym dorobku, niezależnie od logopedii. Zbyt szeroko określany przedmiot badań logopedii stanowi, według tego autora, przyczynę sporów. Zdaniem S. Grabiasa przedmiotem logopedii są zaburzenia mowy, przy czym mowę ujmuje on jako „był złożony z kompetencji językowej, kompetencji komunikacyjnej oraz procesu realizacji tych kompetencji”. Logopedia, w jego ujęciu, jest dyscypliną zajmującą się zaburzeniami mowy i profilaktyką; układem zabiegów niedopuszczających do zaburzeń. Teoria logopedii winna rozwijać refleksję w kierunku diagnostyki, prognostyki, anagnostyki. Praktyka logopedyczna operując stosownymi do tych zaburzeń metodami i technikami postępowania, ma budować kompetencję (językową i komunikacyjną), bądź usprawniać realizację aktów

---

<sup>21</sup> Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.): Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Opole 1999, s. 234-240.

<sup>22</sup> Kaczmarek L.: Mózg, język, zachowanie. Lublin 1995, s. 7-8.

komunikacyjnych, bądź wreszcie budować kompetencje i usprawniać realizacje. Tak pojęta logopedia mieści się w ramach szerokiej dyscypliny wiedzy, którą wyodrębnia się terminami „komunikacja językowa” albo „metalingwistyka” i której przedmiotem są wszelkie zachowania językowe<sup>23</sup>.

S. Grabias przedstawił elementy składowe teorii logopedii i praktyki logopedycznej, które tworzą wzajemnie warunkującą się całość. Dokonał tego (wcześniej) również L. Kaczmarek (patrz poprzedni podrozdział). Na podstawie dokonanej analizy porównawczej wyróżnionych przez wymienionych wyżej Autorów obszarów zainteresowań logopedii należy stwierdzić, że nieprawidłowości w przebiegu procesu komunikacyjnego oraz sposoby zapobiegania patologii mowy są wymienione w obu zestawieniach i stanowią centralny punkt jej poszukiwań badawczych. Zgodzić się należy również z L. Kaczmarkiem, który podaje, że zakres zainteresowań logopedii jest szerszy (nie tylko związany z patologią mowy), ale rozciągający się na wszelkie zagadnienia dotyczące mowy i procesu porozumiewania się. Błędne byłoby założenie, iż przedmiot badań i zakres zainteresowań nauki o interdyscyplinarnym charakterze muszą być tożsame.

Zgodnie z powyższym ustaleniem można przyjąć – jak podaje G. Jastrzębowska, że logopedia jest nauką interesującą się całością zagadnień związanych z komunikacją językową, które analizuje w różnych ujęciach: metodycznym, lingwistycznym, psychologicznym, pedagogicznym i artystycznym, czyli z punktu widzenia różnych dyscyplin i w najszerszym z nich wszystkich zakresie, tj. od wzorca – poprzez normę – do patologii<sup>24</sup>.

Zatem przedmiotem zainteresowań logopedii, zgodnie z koncepcją holistyczną, z którą oprócz L. Kaczmarka utożsamia się między innymi zwolenniczka I. Styczek, G. Demel są<sup>25</sup>:

---

<sup>23</sup> Grabias S.: Mowa i jej zaburzenia. W: Audiofonologia 1997, t. 10, s. 19-20.

<sup>24</sup> Logopedia. Podręcznik akademicki. Interdyscyplinarne podstawy logopedii (red.) T. Gałkowski i T. Jastrzębowska T. 1, Opole 2003, s. 320-321. Określenie powyższej normy należy rozumieć jako taki poziom kompetencji i sprawności realizacyjnych, który wykracza poza przeciętność; norma – to przeciętny, prezentowany przez ogół społeczności poziom umiejętności językowych; poniżej normy – to taki poziom wiedzy lub/i umiejętności jej wykazywania, który prowadzi do zakłóceń lub zaburzeń komunikacji językowej; Op.cit. s. 325.

<sup>25</sup> Op.cit., s. 322-324.



1. prawidłowo przebiegający proces nabywania kompetencji i rozwoju sprawności językowej oraz komunikacyjnej (doskonalenie mowy rozwijającej się i już ukształtowanej),
2. profilaktyka – metody zapobiegania powstawaniu nieprawidłowych zachowań językowych,
3. pochodzenie (etiopatologia) i przyczyny (etiologia) powstających odstępstw od normy w rozwoju mowy,
4. mechanizm powstawania zaburzeń mowy (patomechanizm),
5. związek nieprawidłowości mowy z innymi zaburzeniami rozwojowymi (zaburzenia procesów orientacyjno - poznawczych, emocjonalno - motywacyjnych i wychowawczych),
6. wpływ deficytów mowy na psychikę i funkcjonowanie społeczne,
7. korekta wad wymowy,
8. reedukacja zaburzeń mowy – w przypadku utraty nabytych już zdolności porozumiewania się,
9. terapia (leczenie, usuwanie) wszelkich zakłóceń i zaburzeń w rozwoju mowy oraz zaburzeń mowy,
10. oddziaływanie na psychikę pacjenta w celu umożliwienia mu prawidłowego funkcjonowania społecznego,
11. zapobieganie wtórnym skutkom zaburzeń mowy (np. zaburzeniom emocjonalnym, zachowania się).

Współpraca pomiędzy reprezentantami poszczególnych dyscyplin, które zajmują się badaniem wyżej wymienionych aspektów komunikacji językowej powinna przyczyniać się do rozwoju każdej z dyscyplin, w tym również logopedii.

Wśród badaczy współcześnie zajmujących się problematyką mowy nadal trwa dyskusja o miejsce i przedmiot logopedii. W większości przychylają się oni do poglądów lansujących holistyczną koncepcję logopedii wyznaczenia szerokiego spektrum przedmiotu badawczego.

Są jednak i tacy, którzy reprezentują odmienne stanowisko. Na przykład J. Surowaniec uważa, iż pedagogiczna koncepcja logopedii, opowiada się za wąskim zakresem działań logopedy sprowadzonym do „zaburzeń komunikacji językowej”, co pozwoli

na uściślenie przedmiotu logopedii i da praktykom możliwość uzupełniania wiedzy o zagadnienia interdyscyplinarne<sup>26</sup>.

M. Przybysz-Piwkova jest zdania, iż rozwojowi logopedii nie służy występowanie różnych metodologii w obrębie nauk humanistycznych. Przedmiotem badań logopedycznych są wedle niej zaburzenia komunikacji językowej, ich usuwanie i zapobieganie im oraz rozwijanie sprawności językowej. Efektem logopedycznej działalności badawczej powinna być zatem tak zorganizowana opieka pedagogiczna nad dzieckiem i tak prowadzone wychowanie językowe, aby doprowadzić w rezultacie do wypierania patologii mowy przez jej profilaktykę<sup>27</sup>.

Większość naukowców przychyliła się jednak do poglądów lansujących holistyczną koncepcję logopedii wyznaczając szerokie spektrum przedmiotu eksploracji naukowych.

U. Parol, B. Raclawski uważają, że definicja logopedii zaproponowana przez L. Kaczmarka jest konstruktywna i zdobywa uznanie poza granicami kraju<sup>28</sup>. Zdaniem B. Raclawskiego „na całym świecie badania nad kształtowaniem się mowy, jej patologią i rewalidacją prowadzone są w ujęciu wielodyscyplinarnym. Logopedia nie może funkcjonować w oderwaniu od nauk medycznych czy humanistycznych; czerpie bowiem swą mądrość dla praktyki ze wszystkich dziedzin, które zajmują się badaniami różnych aspektów mowy”<sup>29</sup>. Badacze wyżej wymienieni opowiadają się z potrzebą gruntownego kształcenia kadry logopedycznej, nastawionej na pracę z dzieckiem, rodziną i nauczycielem, który również powinien podejmować świadome działania profilaktyczne, korekcyjne<sup>30</sup>.

Podstawowe kierunki badań wyznacza także K. Błachnio, która traktuje logopedię jako samodzielną dyscyplinę naukową o wyraźnym profilu interdyscyplinarnym. Ów profil wyznaczony jest przez cztery zasadnicze aspekty (bloki) wiedzy: medyczny, lingwistyczny, psychologiczny i pedagogiczny. Działalność praktyczną –

---

<sup>26</sup> Surowaniec J.: Z dyskusji nad terminologią logopedyczną. W: Logopedia t. 21/1994.

<sup>27</sup> Przybysz-Piwkova M.: Aby prowadzić badania logopedyczne trzeba chcieć obcować z patologią mowy. W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii. Lublin 1991, s. 80-82.

<sup>28</sup> Parol U. Z.: Logopedia to nie tylko patologia mowy. W: Komunikacja językowa... Lublin 1991, s. 83-84.

<sup>29</sup> Raclawski B.: Uwagi o miejscu logopedii wśród innych dziedzin życia naukowego i oświatowego. W: Komunikacja językowa... Lublin 1991, s. 65.

<sup>30</sup> Op.cit, s. 64-67.

kształtowanie mowy – traktuje, jako służbę społeczną, która może przybierać dwojaką formułę<sup>31</sup> .:

- A) doskonalenie aktu mowy w warunkach normy użycia języka,
- B) usprawnianie i korygowanie aktu mowy w warunkach patologii użycia języka.

Pierwsza formuła obowiązuje podczas zajęć przedszkolnych, lekcji języka polskiego w szkołach, w trakcie różnych zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych (np. kół recytatorskich, pracowni teatru, filmu). Jej realizatorami są nauczyciele przedszkoli, szkół, instruktorzy kulturalno-oświatowi, animatorzy, wychowawcy. Jest związana zakresem zadań z logopedią wychowawczą i artystyczną.

Druga formuła obowiązuje podczas zorganizowanych form logoterapii prowadzonych przez specjalistów logopedów w stosownych poradniach resortu zdrowia lub edukacji, jak również w przedszkolach i szkołach. Jej zakres działań jest realizowany w obrębie logopedii korekcyjnej lub surdologopedii (por. specjalizacje zawodowe – poprzedni podrozdział). Obie formuły choć z założenia realizują rozbieżne cele, niekiedy łączą się w działaniu.

K. Błachnio, w oparciu o własne doświadczenia praktyczne, wyróżniła ogólne problemy badawcze, które są unaocznieniem pewnych braków występujących w teorii logopedii. Zagadnienia badawcze to:

- komunikacja językowa w normie i w przypadku patologii,
- model służby logopedycznej w przypadkach normalnego użycia języka,
- model służby logopedycznej w przypadkach patologii mowy,
- teorie usuwania zaburzeń mowy,
- diagnostyka w terapii logopedycznej (definicje i organizacja nowoczesnej diagnozy jednostki zaburzeń mowy; objawy, przyczyny, diagnostyka zespołowa),
- terapia zaburzeń (metody, formy, środki dydaktyczne, pedagogizacja rodziców lub opiekunów osób z zaburzeniami mowy, rola nauczycieli i lekarzy, kompleksowe usuwanie zaburzeń mowy),

---

<sup>31</sup> Błachnio K.: *Vademecum logopedyczne dla studentów pedagogiki*. Poznań, 2001, s. 20.

- dobór materiału językowego na potrzeby terapii logopedycznej (modele stosowne do specyficznych jednostek diagnostycznych i różnych etapów terapii logopedycznej);
- terminologia logopedyczna (zestawiona i ujednolicona),
- teoria logopedyczna łącząca zdobycze nauki z holistycznym traktowaniem pacjenta.

K. Błachnio zwraca uwagę na przepływ informacji, który jest możliwy za sprawą logopedii, od warsztatu naukowego do warsztatu logopedy praktyka (a także w odwrotnym kierunku w celu tworzenia teorii). Odpowiednio skonstruowana informacja trafia także do szerszych kręgów społecznych (nauczycieli, rodziców, opiekunów) – kształtuje świadomość w zakresie profilaktyki logopedycznej i podstaw metodyki rewalidacyjnej<sup>32</sup>. Podkreśla wyraźną zmianę logopedii i jej stopniowe przeobrażanie się w pełnoprawną dyscyplinę teoretyczną.

Tak niejednoznaczne stanowiska badaczy wobec problemu przedmiotu badawczego logopedii, wyznaczanie jej różnych obszarów zainteresowań wskazuje na wielość podejść do zadań logopedii, różnorodność w postrzeganiu jej funkcji<sup>33</sup>, a także, co stanowi przedmiot niniejszej pracy, różnorodność założeń organizacyjnych dotyczących opieki logopedycznej.

### ***3. Określenie terminu „opieka logopedyczna” oraz jej rodzaje.***

System (pomocy) opieki logopedycznej stanowi integralną część systemu oświatowego i systemu opieki zdrowotnej. „Są to określone przez obowiązujące normy prawne zasady organizacji, funkcjonowania i współpracy poszczególnych struktur (ogniw) tego systemu, wyznaczające zakres i poziom opieki nad mową dziecka w danym kraju. To również zorganizowany system pomocy ludziom dorosłym, którym - z różnych względów - jest ona potrzebna”<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> Błachnio K.: Logopedia przechodzi ze stadium przedteoretycznego w wyraźne stadium teoretyczne. W: Komunikacja językowa... Lublin, 1991, s. 90-94.

<sup>33</sup> por. Logopedia. Podręcznik akademicki... red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska t.1, s. 324-327; Minczakiewicz E. M.: początki i rozwój polskiej logopedii. Kraków 1998, s. 16-22; Styczek I.: Logopedia. Warszawa 1980, s. 13-19 i inne.

<sup>34</sup> Op.cit., s. 14.

Wymienione przez G. Jastrzębowską „struktury, ogniwa” charakteryzowanego systemu, funkcjonują zgodnie z określonymi normami prawnymi i współdziałają ze sobą tworząc całość, a tym samym „wyznaczając zakres i poziom opieki” w postaci struktury dynamicznej bądź statycznej.

Zakres tej opieki będą wyznaczały materialno-psychofizyczne potrzeby osób wobec, których jest ona kierowana. Mówiąc o opiece logopedycznej przyjmuję więc, że „obejmuje ona wszelkie działania praktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne, instruktażowe oraz popularyzatorskie, zmierzające do zapobiegania, ograniczania lub usuwania zakłóceń, zaburzeń procesu porozumiewania się oraz do łagodzenia ich skutków i to zarówno w wymiarze jednostkowym (zaburzenia w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym itp.) jak i społecznym (wysokie koszty działań zmierzające do likwidacji tego zjawiska itp.)”<sup>35</sup>.

Na opiekę logopedyczną, a tym samym i na cały system tejże opieki logopedycznej, ma wpływ złożony zespół czynników, który w mniejszym bądź w większym stopniu wyznacza ich funkcjonowanie. G. Jastrzębowska czynniki te określa jako determinanty opieki logopedycznej. „Są to czynniki, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na poziom świadczeń i szeroko rozumianych - od profilaktyki po terapię zaburzeń mowy - usług logopedycznych”<sup>36</sup>.

K. Błachnio<sup>37</sup> termin „system opieki logopedycznej” zastępuje wymownym określeniem „organizacja służby logopedycznej”. Zwraca jednak uwagę, iż może być ono dwojako rozpatrywane:

1. w kategoriach ogólnych przedsięwzięć w danym kraju prowadzących do stworzenia sieci poradnictwa logopedycznego (znaczenie szerokie);
2. w kategoriach szczegółowych działań specjalistycznych składających się na logopedyczny proces usuwania zaburzeń mowy (znaczenie wąskie) związane z metodyką logoterapii.

Na potrzeby niniejszego opracowania organizacja służby logopedycznej postrzegana będzie w jej szerokim znaczeniu.

---

<sup>35</sup> Logopedia. Podręcznik akademicki... red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska s. 219.

<sup>36</sup> Op. cit., s. 219.

<sup>37</sup> Błachnio K.: Vademecum logopedy... Poznań 2001, s. 77-78.

Obecny stan polskiej logopedii jako nauki i praktyki w znaczący sposób determinuje – jak twierdzi K. Błachnio – prezentowany aspekt organizacyjny służby logopedycznej.

Ma więc na jej kształt wpływ:

- etap rozwoju polskiej logopedii (na tle logopedii w innych krajach określić go można jako początkowy stopień dojrzałości metodologicznej<sup>38</sup>,
- pojmowanie przedmiotu jej badań (przy sporej różnorodności podejść do zagadnienia przedstawionej w literaturze przedmiotu – patrz podrozdział 1 i 2 – dominujące i aktualne jest określenie przedmiotu opracowane przez L. Kaczmarka – 1976 r. – a dotyczące wszystkich aspektów mowy),
- wyodrębnione cztery specjalizacje zawodowe, które wiążą się z wyznaczonymi im zadaniami i placówkami:
  - ✓ logopedia wychowawcza – higiena mowy, głosu (placówki i poradnie, żłobki, przedszkola, domy (małego) dziecka);
  - ✓ surdologopedia – kształtowanie mowy u głuchych, niedosłyszających i głuchoniemych (placówki: poradnie dla dzieci z upośledzonym słuchem, szkoły i ośrodki opiekuńczo-wychowawcze dla głuchych; przedszkola integracyjne i z oddziałami integracyjnymi dla dzieci głuchych i niedosłyszających),
  - ✓ logopedia korekcyjna – logoterapia, czyli usuwanie zaburzeń mowy, głosu, czytania, pisania (placówki: poradnie logopedyczne, logoterapeutyczne, foniatryczne, zdrowia psychicznego, psychologiczno-pedagogiczne – gabinety: logopedyczne, logoterapeutyczne, w przedszkolach i szkołach, przedszkola integracyjne i z oddziałami integracyjnymi dla dzieci niepełnosprawnych intelektualnie oraz z innymi deficytami rozwojowymi, a także tzw. „szkoły życia” obecnie nazywane ośrodkami rewalidacyjno-edukacyjno-wychowawczymi).

Wymienione powyżej placówki funkcjonują w resorcie zdrowia lub edukacji narodowej. Na potrzeby powyższych specjalności zawodowych w niektórych oddziałach szpitalnych, klinikach funkcjonują pracownie

---

<sup>38</sup> Por. Błachnio K.: Logopedia przechodzi ze studium przedteoretycznego w wyraźne stadium teoretyczne. W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. T. 1. Lublin 1991, s. 90-94.

i gabinety logopedyczne,

- ✓ logopedia artystyczna – kultura żywego słowa: potocznego, publicystycznego, artystycznego (zajęcia pozaszkolne i pozalekcyjne podnoszące poziom kultury mowy u dzieci i młodzieży – placówki: świetlice, domy kultury, teatry, telewizja, wyższe szkoły muzyczne, teatralne i filmowe, instytucje kształcące dziennikarzy i nauczycieli, uniwersytety, wyższe szkoły pedagogiczne).

Obecnie logopedyczne specjalizacje zawodowe nieco się zmieniły i w Podyplomowych Studiach Logopedycznych kształci się w zakresie:

- a) logopedii ogólnej – znajomość ogólnego postępowania logopedycznego (profilaktyki, diagnozowania i terapii) w zakresie zaburzeń mowy spowodowanych uszkodzeniami i nieprawidłowościami funkcjonalnymi narządów mowy,
- b) neurologopedii – znajomość zaburzeń mowy związanych z uszkodzeniem układu nerwowego (ośrodkowego i obwodowego),
- c) surdologopedii – znajomość diagnozy i terapii osób w różnym wieku dotkniętych uszkodzeniami słuchu (niesłyszących, słabosłyszących) oraz głuchoniewidomych i głuchoniemych)<sup>39</sup>.

Opieka logopedyczna, służba logopedyczna w powyższym ujęciu przedstawia pewien szkic funkcjonującego w Polsce systemu, nakreślonego przy uwzględnieniu głównych specjalizacji zawodowych logopedii (por. L. Kaczmarek, K. Błachnio).

#### ***4. Potrzeby społeczne w zakresie opieki logopedycznej. Wyniki dotychczasowych badań.***

Potrzeby działań logopedycznych obserwujemy w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, ale także w stosunku do noworodków i małych dzieci od 0 – 3, a nawet ta opieka dotyczy zakresu życia prenatalnego. Z natury zaburzeń mowy,

---

<sup>39</sup> Minczakiewicz E. M.: Początki i rozwój polskiej logopedii. Kraków 1998, s. 19-22; por. Gunia G.: Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej. Kraków 2006.

okresu ich pojawienia się oraz przyczyn je wywołujących wynika fakt konieczności świadczenia bądź pobierania pomocy logopedycznej na różnych etapach życia (dzieciom, ale również młodzieży i dorosłym). Zaburzenia mowy uwarunkowane są wielorako: biologicznie, psychologicznie, socjalnie (środowiskowo). Poszczególnym jednostkom zaburzeń mowy przypisany jest określony syndrom logopedyczny, czyli zespół symptomów (objawów)<sup>40</sup>.

J. Szumska na podstawie przeprowadzonych badań doszła do przekonania, iż statystyki różnych krajów podają zgodnie stały wzrost liczby zarówno wrodzonych jak i nabytych zaburzeń mowy. Dane liczbowe w naszym kraju są trudne do ustalenia. Dzieje się tak ze względu na to, że leczenie odbywa się w różnych instytucjach, a brak integracyjnego postępowania w tych przypadkach uniemożliwia podanie dokładnych danych liczbowych<sup>41</sup>.

Na polskim gruncie G. Jastrzębowskiej udało się zebrać wyniki badań nad frekwencyjnością zaburzeń mowy, prowadzonych przez różnych autorów na przestrzeni trzydziestu lat<sup>42</sup>. Z dokonanych analiz dowiadujemy się o odsetku dzieci w wieku 5-9 lat, u których poszczególni badacze problemu stwierdzili deficyty mowy. Badania prowadzone przez G. Demel w 1957 roku na grupie dzieci 6-9 letnich wykazały, iż zaburzenia mowy występowały u 29,8% badanych. Dla porównania w 1966 roku, zgodnie z danymi podanymi przez T. Bartkowską odsetek dzieci w tożsamym przedziale wieku wynosił 35,0%, a jak wykazał J.T. Kania w 1971 roku było 44,1% dzieci wadliwie mówiących. G. Jastrzębowska dokonała również zestawienia wyników badań uzyskanych w 1975 roku przez E. Nitendel – Bujakową, która dokonała pomiarów na grupie dzieci 6-cio letnich z danymi uzyskanymi przez I. Styczek. Rezultaty ujawniły pewne dysproporcje, to znaczy, u pierwszej z badaczek 46% diagnozowanych dzieci wykazało wady mowy u drugiej ten odsetek wahał się

---

<sup>40</sup> za Błachnio K.: *Vademecum logopedyczne...*, s. 69; por. Błachnio K.: *Struktura i dynamika logoterapii*. Poznań 1997; Styczek I.: *Logopedia*. Warszawa 1980; Pruszewicz A. (red.): *Foniatrya kliniczna*. Warszawa 1992; Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.) *Logopedia...* Opole 1998; Minczakiewicz E. M.: *Logopedia. Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*. Kraków 1997 i inne.

<sup>41</sup> Szumska J.: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa 1982, s. 16.

<sup>42</sup> Stan i perspektywa opieki logopedycznej nad dziećmi w młodszym wieku szkolnym w województwie opolskim. Praca doktorska. Opole 1993. (maszynopis: Biblioteka Uniwersytetu opolskiego); za Gałkowski T., Jastrzębowska G.: (red.) *Logopedia...* 2003, s. 309.



w przedziale 20-30%. Należy przypuszczać, że dane te obejmują dzieci zarówno z opóźnionym rozwojem mowy jak i z wadami mowy.

Powyższe wyniki badań wskazują, iż wśród polskich dzieci obserwowano (utrzymujący się na podobnym poziomie od trzydziestu lat) wysoki wskaźnik zaburzeń mowy – od kilku do kilkudziesięciu procent. Te dane są niepokojące, zważywszy na fakt, iż w latach siedemdziesiątych stworzony został zorganizowany system opieki logopedycznej, kształci się coraz większą ilość specjalistów.

Na podstawie badań własnych przeprowadzonych przez G. Jastrzębowską w 1991 r. na terenie województwa opolskiego, na grupie uczniów klasy „0” i klas pierwszych ustalono, iż najczęściej występującą wadą wymowy jest sygmatyzm (42,3% badanej populacji) w najpowszechniej występującej i nie najcięższej formie parasygmatyzmu. Autorka konkluduje ten fakt stwierdzeniem o niskim poziomie profilaktyki w okresie przedszkolnym. O podobnym fakcie pisała T. Bartkowska<sup>43</sup> w 1966 roku twierdząc, że dzieciom przedszkolnym można było pomóc i zapobiec pojawieniu się wyżej wymienionych wady wymowy w porę je diagnozując, konsultując z logopedą, ortodontą, audiologiem czy psychologiem. Nauczyciele przygotowani i wyposażeni w niezbędną wiedzę, umiejętności z zakresu profilaktyki logopedycznej mogli otoczyć opieką przedszkolaków.

Podobne refleksje wysnuła I. Łyżyczka, która na bazie przeprowadzonych analiz dokumentacji poradni ortofonicznych, stwierdziła, że znaczny odsetek pacjentów powyżej siódmego roku życia przy braku uszkodzeń czy zaburzeń ze strony układu nerwowego wykazują błędy wymowy okresu przedszkolnego<sup>44</sup>.

Z badań G. Jastrzębowskiej wynika, że kolejnym zaburzeniem mowy po sygmatyzmie był rotacyzm występujący u 13,6% badanej populacji. U 10,5% dzieci stwierdzono opóźnienie rozwoju mowy, a 9,6% jąkanie. Zaobserwowano też 4,8% przypadków mowy bezdźwięcznej, 1,9% rynolalii i 1% kappacyzmu i gammacyzmu. U 16,3%

---

<sup>43</sup> Bartkowska T.: Źródła zaburzeń mowy uczniów klasy pierwszej. W: Psychologia Wychowawcza. 1966, nr 5, za Gałkowski T., Jastrzębowska G.: (red.): Logopedia... t. I. Opole 2003, s. 309.

<sup>44</sup> Łyżyczka I.: Korekcja wymowy dzieci w grupach logopedycznych w przedszkolu. W: Zagadnienia Wychowawcze a zdrowie Psychiczne. 1975, nr 4; za Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.): Logopedia... Opole 2003, s. 309.

badanych uczniów odnotowano wady złożone, czyli więcej niż jedną wadę mowy. Podobną frekwencyjność poszczególnych zaburzeń mowy u dzieci polskich potwierdzają wyniki badań innych autorów na przykład: G. Demel czy E. Nitendel-Bujakowej<sup>45</sup>.

Pomimo licznych starań liczba dzieci defektywnie mówiących stale utrzymuje się na wysokim poziomie (20-30 %), co obrazują m.in. przytoczone powyżej dane, a także kolejne, prowadzone przez specjalistów badania nad wadami wymowy u dzieci<sup>46</sup>.

Władze oświatowe od lat podejmują próby mające na celu stworzenie spójnego i efektywnego systemu opieki nad dziećmi z różnymi deficytami rozwojowymi, przygotowują więc programy, zarządzenia lub wytyczne, które wyznaczają z kolei kierunek działań szkołom, przedszkolom, poradniom psychologiczno-pedagogicznym<sup>47</sup>. Na przykład w "Programie wychowania w przedszkolu" wydanym w 1981 roku stwierdzono, że "...wyrównanie startu szkolnego jest jednym z najważniejszych zadań przedszkola - związanym z jego rolą w procesie demokratyzacji systemu kształcenia i wychowania"<sup>48</sup>, zauważono zatem, iż nie wszystkie dzieci rozwijają się harmonijnie i w równym tempie. W swych staraniach o tę grupę dzieci władze oświatowe w licznych dokumentach zalecały nauczycielom podejmowanie działań zmierzających do likwidowania dysharmonii rozwojowych.

Poprzez nadanie powyższym działaniom statusu obowiązku i powszechności, próbowano stworzyć i ujednoczyć system opieki. Ustalono także formy pomocy i kryteria kwalifikacji dzieci, którym powinna być ona udzielana. Zalecono także systematyczną współpracę poradni wychowawczo-zawodowych z przedszkolami i szkołami, co miało zapewnić ciągłość opieki logopedycznej<sup>49</sup>.

---

<sup>45</sup> za Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.): Logopedia... Opole 2003, s. 309-310; por. Demel G.: Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu dzieci szkolnych. W: Życie Szkoły 1959, nr 2; Nitendel-Bujakowa E.: Logopedyczne aspekty dojrzałości szkolnej. W: Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne. 1975 nr 5.

<sup>46</sup> Por. Smółka L.: Ocena poziomu sprawności językowej dzieci 4-8 letnich za pomocą testów logopedycznych. W: Rocznik Naukowo-Dydaktyczny Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Krakowie. Prace Pedagogiczne 1995 z. 17, s. 7-11; Emiluta-Rozya D., Mierzejewska H., Atys P.: Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy dzieci dwu-, cztero-, i sześciolletnich. Warszawa 1995; Nitendel-Bujakowa E.: Logopedyczne aspekty dojrzałości szkolnej. W: Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne 1975/5; J.T. Kania: Szkice logopedyczne. Warszawa 1982 i in.

<sup>47</sup> W bibliografii zamieściłam wykaz ważniejszych dokumentów dot. pomocy dzieciom z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi.

<sup>48</sup> Program wychowania w przedszkolu. Warszawa 1981, s. 111.

<sup>49</sup> Jastrzębowska G.: Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej. Opole 1998, s. 17-18.

Na początku lat 70-tych główny nacisk położono na współpracę ze szkołami (organizowano wówczas w szkołach zespoły wyrównawcze). Szybko jednak okazało się, że taki model pracy obarczony jest błędem późnej pomocy (wcześniej pisała już o tym G. Demel). Obowiązek pomocy logopedycznej przesunięto więc na przedszkola, które miały prowadzić szeroką działalność profilaktyczną, dokonywać wczesnej diagnozy i intensywnej korekty. Zapomniano jednak o odpowiednim przygotowaniu nauczycieli do realizacji tych zadań<sup>50</sup>.

Skala występowania zjawiska zaburzeń mowy u dzieci w przedziale wiekowym 5-9 lat wskazuje na jego społeczny wymiar oraz na fakt, iż do dziś nie zostały wypracowane skuteczne rozwiązania organizacyjno-prawne, które gwarantowałyby dzieciom i dorosłym właściwą opiekę logopedyczną<sup>51</sup>.

### **5. System opieki logopedycznej w Polsce. Podstawy organizacyjno – prawne.**

Polski system opieki logopedycznej trudno jednoznacznie zakwalifikować, do któregoś z współcześnie funkcjonujących w świecie instytucjonalnych modeli. Wyróżnić można system:

- scentralizowany – funkcjonujący w dużych zespołach diagnostycznych i rehabilitacyjnych w ramach jednej instytucji, będącej przykładem tezy o kompleksowej ocenie (diagnozie) i interdyscyplinarnych działaniach dydaktycznych. Wielospecjalistyczny skład zespołu (analizującego oddzielnie aspekt medyczny i aspekt lingwistyczno-logopedyczny) jest warunkowany przekonaniem o potrzebie kompleksowego podejścia do zagadnień usuwania zaburzeń mowy obejmującego leczenie, dydaktykę i socjalizację;

---

<sup>50</sup> Op.cit., s. 18 - 19.

<sup>51</sup> W wielu wypadkach zaburzeń mowy (np. stany afazji, jąkania) wpływają niekorzystnie na społeczną aktywność człowieka. Niejednokrotnie pojawia się problem samotności, depresji bądź agresji (autoagresji). por. Sawa B.: Dzieci z zaburzeniami mowy. Warszawa 1980.; Sawa B.: Uwarunkowania i konsekwencje psychologiczne zaburzeń mowy u dzieci. Warszawa 1991; Styczek I.: Logopedia. Warszawa 1980; Błachnio K.: Humanistyczne wartości logopedii. W: Logopedia 1993, nr 20, s. 17-25; Pąchalska M.: Kompleksowy model rehabilitacji dorosłych z ogniskowym uszkodzeniem mózgu i afazją całkową. Kraków 1986. Stecko E.: Zaburzenia mowy u dzieci. Warszawa 1996 i inne. Innym zjawiskiem aktualnym we współczesnym świecie, szczególnie istotnym na rynku pracy jest wymóg dobrej komunikatywności. Stąd liczne szkolenia w zakresie komunikacji interpersonalnej ‘public relations’.

- zdecentralizowany – funkcjonuje w oparciu o działalność oddzielnych poradni o różnym profilu (odmiennych specjalizacjach), które włączone są w proces pełnej rehabilitacji, lecz na innych zasadach niż w modelu scentralizowanym<sup>52</sup>.

Odnosząc polską opieką logopedyczną do zaprezentowanych modeli można dostrzec pewne analogie. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne, publiczne poradnie specjalistyczne funkcjonujące w obrębie resortu oświaty mogą być przykładem scentralizowanego modelu służby logopedycznej<sup>53</sup>.

Elementy funkcjonowania zdecentralizowanego modelu opieki logopedycznej w naszym kraju można poszukiwać w placówkach powołanych do świadczenia opieki zdrowotnej, w tym opieki nad komunikacją językową dzieci i dorosłych, w resorcie zdrowia. To tu odnajdziemy specjalistyczne poradnie: foniatryczne, laryngologiczne, psychiatryczne, audiologiczne czy stomatologiczne i inne, które świadczą swe usługi w wąskiej dziedzinie. Często zdarza się, iż zatrudnieni tam specjaliści dostrzegają problem pacjenta przez pryzmat wąskiej dyscypliny specjalności, co nie służy pełnej i skutecznej diagnozie, a w konsekwencji terapii.

Struktura polskiego systemu opieki logopedycznej uwzględnia rozdział jego ogniw pomiędzy dwa resorty: zdrowia i edukacji narodowej. G. Jastrzębowska stwierdza, iż opiera się on głównie na działalności *poradni psychologiczno-pedagogicznych*, w których zatrudnia się absolwentów podyplomowych studiów logopedycznych. Cały ciężar pomocy dzieciom z wadami mowy spoczywa na tychże poradniach i rodzicach. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne mają obowiązek:

- czuwać nad całością pracy logopedycznej w przedszkolach i szkołach,
- zapewniać im pomoc o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym i instruktazowym<sup>54</sup>.

---

<sup>52</sup> Błachnio K.: *Vademecum...*, s. 80-83.

<sup>53</sup> Rozporządzenie MEN z dnia 11.06.1993 r. w sprawie organizacji i zasad działania publicznych poradni psychologicznych oraz innych poradni specjalistycznych

<sup>54</sup> Rozporządzenie MEN z dnia 11.06.1993 r. w sprawie organizacji i zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz innych publicznych poradni specjalistycznych, W powyższym Rozporządzeniu w § 2 wymienione zostały poradnie specjalistyczne uwzględniające specyficzny, jednorodny charakter problemów w zależności od potrzeb środowiska. Są to poradnie:

1. ukierunkowane na wczesną profilaktykę zapewniającą prawidłowy rozwój dziecka od urodzenia do 6 roku życia,
2. dla dzieci z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi,
3. udzielające pomocy w wyborze szkoły i zawodu,

Pod względem merytorycznym wszystkie poradnie psychologiczno-pedagogiczne podlegają wojewódzkim władzom oświatowym, te zaś Ministerstwu Edukacji Narodowej, czyli najwyższej instancji systemu oświatowego. Drugim, istotnym w systemie typem poradni są poradnie foniatryczne (poradnie, gabinety logopedyczne) funkcjonujące przy szpitalach i przychodniach. Najczęściej jednak występują one w dużych miastach. Jednostki te finansowane są z Narodowego Funduszu Zdrowia i podlegają Ministerstwu Zdrowia. Logopedzi<sup>55</sup> są więc zatrudniani w placówkach podległym wymienionym resortom. Od kandydatów na dwuletnie podyplomowe studia logopedyczne wymaga się wykształcenia wyższego z zakresu jednej z dziedzin współpracujących z logopedią tj. pedagogiki, psychologii, filologii polskiej, medycyny. Absolwenci otrzymują dyplom logopedy, uprawniający do podjęcia pracy we wszystkich instytucjach i placówkach oświatowych, które potrzebują takich specjalistów oraz w placówkach zdrowia zajmujących się diagnozowaniem i terapią wszelkich zaburzeń mowy. Istnieje możliwość uzyskania kolejnych stopni specjalizacji zawodowej, jednak nie można w tej dziedzinie uzyskać tytułu naukowego.

Obowiązek opieki nad mową dziecka (zgodnie z wytycznymi i zarządzeniami wydanymi przez resort oświaty – szerzej o tych dokumentach w dalszej części rozdziału) spoczywa głównie na (oprócz poradni psychologiczno-pedagogicznych z logopedami) przedszkolach i rodzicach.

Opracowany w 1981 roku i wciąż aktualizowany program wychowania przedszkolnego (obecnie „Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli i oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych” z dnia 26.02.2002 r.) prowadzenie przez nauczycieli szerokiej działalności profilaktycznej, podejmowanie działań stymulujących rozwój mowy dziecka, a jeśli wystąpi taka potrzeba to również kompensacyjnych i korygujących nieprawidłowości rozwojowe<sup>56</sup>.

Jak zauważa słusznie G. Jastrzębowska, władze oświatowe nie określiły

---

4. udzielające pomocy w rozwiązywaniu problemów młodzieży, w tym młodzieży nie uczącej się i nie pracującej,

5. dla dzieci wybitnie uzdolnionych.

<sup>55</sup> Por. Dramska D.: Proces instytucjonalizacji zawodu logopedy w Polsce. Katowice 2001 r.; Dramska D.: Profesjonalna tożsamość logopedów w Polsce w świetle przeprowadzonych badań. Katowice 2001.

<sup>56</sup> Por. „Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli i oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych” według załącznika nr 1 do Rozporządzenia MENiS z dnia 28.02.2002 r.

w opracowanych dokumentach, w jakim stopniu i w jakim zakresie nauczyciel może i powinien angażować się w proces terapeutyczny dziecka z zaburzeniami mowy. Nie są też określone obowiązki nauczyciela wobec ucznia nieprawidłowo mówiącego w przypadku, gdy nauczyciel ten nie posiada odpowiednich kwalifikacji. Wytyczne ministerstwa nie precyzują bowiem jego miejsca i roli w procesie opieki logopedycznej<sup>57</sup>.

Analizując główne założenia „Podstawy programowej wychowania przedszkolnego dla przedszkoli i oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych”, „Podstawy programowej kształcenia ogólnego dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum” oraz „Podstawy programowej kształcenia ogólnego dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym w szkołach podstawowych i gimnazjach (...)” można podjąć próbę wyznaczenia ogólnych kierunków pracy nauczyciela z dzieckiem. Dotyczą one między innymi:

- A. poznania poziomu rozwoju dziecka i wspierania go (wraz z rodzicami, specjalistami),
- B. promocji zdrowia,
- C. nauki poprawnego wypowiedzania się,
- D. nauki czytania i pisania.

Zakres treści tematycznych realizowanych z dzieckiem zależy od jego cech indywidualnych oraz poziomu funkcjonowania społecznego. Treści dobierane są zgodnie z zasadą stopniowania trudności, czyli poznania tego co najbliższe dziecku, a następnie przechodzenie do zagadnień dalszych, mniej znanych, bądź zupełnie nieznanymi.

Takie podejście powinno towarzyszyć każdemu nauczycielowi na kolejnych szczeblach systemu edukacyjnego, szczególnie zaś bliskie powinno być wychowawcom przedszkolnym, nauczycielom nauczania zintegrowanego oraz nauczycielom i wychowawcom pracującym z dzieckiem z różnymi deficytami rozwojowymi, często występującymi w postaci sprzężonej.

---

<sup>57</sup> Gałkowski T., Jastrzębowska G.: (red.): Logopedia... 2003, s. 311 – 312.

U. Parol twierdzi, iż konieczna jest współpraca nauczyciela z logopedą, rodzicami dziecka, grupą rówieśniczą (staje się często grupą terapeutyczną), gdyż tylko taki profil oddziaływania logopedycznego może:

- przeciwdziałać psychicznym i społecznym następstwom zaburzeń mowy,
- zmobilizuje i zmotywuje dziecko do podejmowania aktywności językowej w celu rozwijania mowy/niwelowania jej defektów,
- uzyskać rzetelną diagnozę dziecka i prowadzić kompleksową terapię.
- praca zespołowa pozwala na dostrzeżenie dziecka w kręgu osób świadczących mu pomoc, a nie tylko zaburzenia, które u niego stwierdzamy lub podejrzewamy<sup>58</sup>.

O roli nauczyciela w przezwyciężaniu trudności, zapobieganiu zaburzeniom komunikacji językowej: mowy, czytania i pisania wspomina M. Przybysz-Piwkowa. Jej zdaniem efektem korzystania z badań logopedycznych winna być tak przebiegająca opieka logopedyczna nad dzieckiem i tak prowadzone jego wychowanie językowe, aby coraz mniej dzieci było potrzebujących logopedycznej (specjalistycznej) pomocy, co w rezultacie doprowadzi do wypierania patologii przez profilaktykę<sup>59</sup>.

Wszystkie wymienione instytucje (między innymi poradnie, przedszkola, szkoły) oraz osoby (na przykład dzieci, rodzice, nauczyciele, wychowawcy, logopedzi i inne ważne osoby z otoczenia dziecka oraz specjaliści różnych profesji) stanowią ogniwa systemu opieki logopedycznej w naszym kraju i precyzują jej ramy i jakość. Funkcjonowanie wspomnianych struktur systemu jest regulowane obowiązującymi normami prawnymi formułowanymi przez resort oświaty i opieki zdrowotnej. To wydane rozporządzenia określają zakres i poziom opieki nad rozwojem mowy dziecka, gdyż wyznaczając zadania, cele określają sposoby ich realizacji przez poszczególne składowe systemu.

Dokumentem regulującym działanie ogniw systemu opieki logopedycznej w obszarze oświaty jest aktualne „Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach”.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, zagwarantowana rozporządzeniem dotyczy szerokiego spektrum problemów, na potrzeby niniejszej pracy skupiam się na

---

<sup>58</sup> Pardo U. Z.: Logopedia to nie tylko patologia mowy. W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii. Lublin 1991.

<sup>59</sup> Przybysz-Piwkowa M.: Aby prowadzić badania... Lublin 1991.

zagadnieniach związanych z mową (w jej wszystkich aspektach). Tak więc owa pomoc polega między innymi na:

- diagnozowaniu środowiska ucznia,
- rozpoznawaniu potencjalnych możliwości oraz indywidualnych potrzeb ucznia i możliwości ich zaspokojenia,
- organizowaniu form pomocy psychologiczno-pedagogicznej,
- wspieraniu nauczycieli i rodziców w działaniach wyrównujących szanse edukacyjne ucznia,
- udzieleni nauczycielom pomocy w dostosowaniu wymagań edukacyjnych wynikających z realizowanych przez nich programów nauczania do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych ucznia, u którego stwierdzono zaburzenia i odchylenia rozwojowe lub specyficzne trudności w uczeniu się, uniemożliwiające sprostowanie tym wymaganiom; itd.<sup>60</sup>.

Jak wynika z powyższych wyliczeń pomoc psychologiczno-pedagogiczna świadczona jest dziecku, ale także jego rodzinie i nauczycielom (środowisku ucznia). Działania dotyczą rozpoznawania możliwości, potrzeb każdego ucznia, a w konsekwencji wspierania jego rozwoju (uczeń wybitnie zdolny), organizowania różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej (uczeń z rozpoznanymi trudnościami w nauce), czy podejmowania zabiegów wychowawczych i profilaktycznych.

Zadania dotyczące udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, realizowane przez współpracujące z sobą podmioty<sup>61</sup>.

Jak czytamy w paragrafie 5 analizowanego Rozporządzenia „Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w przedszkolu jest organizowana w szczególności w formie:

1. zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym,
2. zajęć psychoedukacyjnych dla rodziców,
3. porad, konsultacji i warsztatów dla rodziców i nauczycieli.

Podobny zakres przybiera owa pomoc w szkole (dodatkowo: zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze i klasy wyrównawcze, terapeutyczne).

---

<sup>60</sup> Rozporządzenie MENiS z dnia 7.01.2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, § 2.

<sup>61</sup> Op.cit., § 3



We wszystkich typach instytucji działających na rzecz dziecka istotne jest zastrzeżenie, iż objęcie ucznia/wychowanka zajęciami dydaktyczno-wychowawczymi, zajęciami specjalistycznymi, nauka w klasie wyrównawczej czy terapeutycznej wymaga zgody rodziców (prawnych opiekunów)<sup>62</sup>.

Zasady organizacyjne zajęć specjalistycznych (korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych) określają dokładnie, do których uczniów są one kierowane. Tak więc, „zajęcia logopedyczne organizuje się dla uczniów z zaburzeniami mowy, które powodują zakłócenia komunikacji językowej oraz utrudniają naukę; zajęcia prowadzi nauczyciele posiadający przygotowanie w zakresie logopedii lub logopedii szkolnej; liczba uczestników zajęć wynosi od 2 do 4 uczniów”<sup>63</sup>. Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne i socjoterapeutyczne zasadniczo nie są przeznaczone dla dzieci z deficytami w zakresie funkcjonowania mowy. Ze względu na złożony charakter owych zaburzeń zdarza się, iż dzieci korzystają również z powyższych zajęć specjalistycznych. Przy zaburzeniach mowy jako wtórne konsekwencje stwierdza się często trudności w uczeniu czy funkcjonowaniu społecznym.

Obowiązek organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej na terenie przedszkola, szkoły lub placówki spoczywa na jej dyrektorze. Dyrektor więc może zatrudnić, za zgodą organu prowadzącego, pedagoga, psychologa, logopedę, a także doradcę zawodowego. Każdy ze specjalistów ma określone zadania. Do obowiązków logopedy należy<sup>64</sup>:

- prowadzenie badań wstępnych, w celu ustalenia stanu mowy uczniów (werbalnej i pisanej);
- diagnozowanie logopedyczne i organizowanie pomocy logopedycznej;
- prowadzenie terapii logopedycznej indywidualnej i grupowej;
- organizowanie pomocy logopedycznej dla dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu (przy współpracy z pedagogami) nauczycielami prowadzącymi zajęcia korekcyjno-kompensacyjne;

---

<sup>62</sup> Op.cit., § 5

<sup>63</sup> Op.cit., § 7, w punkcie 2 Rozporządzenia zaznacza, iż w szczególnych przypadkach, za zgodą organu prowadzącego daną instytucję zajęcia specjalistyczne mogą być prowadzone także indywidualnie.

<sup>64</sup> Op.cit.,

- organizowanie i prowadzenie różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów, rodziców i nauczycieli;
- podejmowanie działań z profilaktyki zaburzeń komunikacji językowej przy współpracy z najbliższym środowiskiem dziecka;
- wspieranie działań wychowawczych i profilaktycznych nauczycieli, wynikające z programu wychowawczego i profilaktyki.

Znajomość przepisów prawa oświatowego, ułatwia logopedzie, ale i również nauczycielowi, czy rodzicom, właściwe podejście do różnych, wielokrotnie bardzo trudnych, złożonych przypadków dzieci spotkanych w przedszkolu, szkole podstawowej czy placówce opiekuńczo-wychowawczej (bądź o innym typie). Logopedzie jako specjalistce przypada tu szczególne zadanie, które łatwiej będzie mu wypełnić przy swobodzie poruszania się w przepisach. Skutecznie wówczas zaplanuje pracę z uczniami o różnych zaburzeniach rozwojowych, nawiąże pozytywne relacje z dzieckiem, rodzicami i nauczycielami, gdyż ma świadomość powierzonych mu zadań, ale także zdaje sobie sprawę, iż współdziałają z nim inne osoby/institucje funkcjonujące w systemie opieki nad dzieckiem.

Oprócz przepisów oświatowych o pomocy, opiece nad dzieckiem i dorosłym, w tym opiece logopedycznej, traktują również takie dokumenty jak:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej,
- będąca podstawą wszelkich działań na rzecz dziecka Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r.
- oraz przepisy wydane przez resort zdrowia.

W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z dnia 16.07.1997) mamy zagwarantowane prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. WQ artykule 68 pkt. 3 znajduje się informacja dotycząca obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. W kolejnym artykule 69 mamy zapis, iż osobom niepełnosprawnym udzielona jest pomoc w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej.

Ustawa o systemie oświaty z dnia 07.09.1991 r. (Dz. U. nr 6 poz. 6 z 2003 r.) daje prawo każdemu uczniowi w Polsce do nauki w tempie i programem dostosowanym do

jego możliwości i potrzeb. Przepis ten dotyczy wszystkich dzieci, a więc także osób niepełnosprawnych, czy z zaburzeniami mowy.

Ważnym z punktu widzenia zasad organizacji opieki logopedycznej w Polsce jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą z dnia 22 grudnia 2004 r. (Dz. U. z dnia 30.12.2004 r.). Rozporządzenie to określa zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej dla uczniów do dziewiętnastego roku życia. Obejmuje ona:

1. testy przesiewowe polegające na wstępnej identyfikacji odchyleń od normy rozwojowej,
2. postępowanie diagnostyczne w przypadku dodatniego wyniku testu przesiewowego,
3. profilaktyczne badania lekarskie (w zakresie indywidualnej oceny zdrowia i rozwoju uczniów, zdrowotnej gotowości szkolnej, kwalifikacji do programów rehabilitacyjnych, itd.),
4. profilaktyczne badania stomatologiczne, profilaktykę próchnicy zębów i profilaktykę ortodontyczną) i inne<sup>65</sup>.

Rozporządzenie powyższe nakłada, więc obowiązek, na osoby wymienione w § 4 tego dokumentu (tj. lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, dentystę, pielęgniarkę) systematycznego diagnozowania ucznia i współpracy ze sobą. Każda z wymienionych osób prowadzi dokumentację ucznia, a pielęgniarka/higienistka szkolna współpracuje dodatkowo z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, rodzicami, dyrektorem szkoły, radą pedagogiczną oraz organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci młodzieży<sup>66</sup>.

Profilaktyczne działania na rzecz dzieci i młodzieży, choć, jak wynika z zapisu w powyższym Rozporządzeniu, układają się w logiczną całość współdziałających ze sobą osób w rzeczywistości niestety nie są realizowane. Braki finansowe i kadrowe uniemożliwiają prowadzenie przez resort zdrowia założonej profilaktyki zdrowotnej.

---

<sup>65</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą z dnia 22.12.2004 r. (Dz. U. z dnia 30.12.2004 r.) § 3

<sup>66</sup> Op.cit., § 4-9.

Podsumowując dotychczasowe rozważania na temat systemu opieki logopedycznej funkcjonującej w naszym kraju wyraźny staje się podział na dwa współpracujące ze sobą obszary, skupiające:

- osoby (nauczyciele, logopedzi) i instytucje (poradnie psychologiczno-pedagogiczne, przedszkola, szkoły) funkcjonujące w resorcie oświaty,
- osoby (logopedzi, pediatrzy inni specjaliści) i instytucje (poradnie foniatryczne, logopedyczne) funkcjonujące w resorcie zdrowia.

W pierwszym z obszarów świadczona jest pomoc logopedyczna głównie dzieciom w zakresie profilaktyki, stymulacji rozwoju mowy, korekcji deficytów wymowy i wad mowy, wyrównywania braków, opóźnień w umiejętnościach szkolnych takich jak: poprawne pisanie, czytanie).

Opieka logopedyczna udzielana przez osoby i instytucje znajdujące się w strukturach resortu zdrowia skierowana jest także do dzieci, ale głównie takich, u których występujące zaburzenia mowy wymagają specjalistycznej diagnostyki medycznej (na przykład laryngologicznej, audiologicznej, ortodontycznej itd.) i działań operacyjnych czy rehabilitacyjnych (w tym zaopatrzenia w sprzęt umożliwiający, ułatwiający komunikację językową na przykład aparat słuchowy i inne). W obszarze wpływów resortu zdrowia znajdują się również dzieci i młodzież, u których zaburzenia mowy sprzężone są z innymi jednostkami nozologicznymi na przykład choroby genetyczne, wrodzone defekty, choroby psychiczne, uszkodzenia po wypadkach i inne. Tu także opieką objęte są osoby dorosłe w zakresie podobnym do świadczonego dzieciom i młodzieży.

Ogólnie stwierdzić można, iż organizacja podstawowej opieki logopedycznej zależy od wieku osoby z zaburzeniami mowy, syndromu występujących u niej zaburzeń, a w następnej kolejności od możliwości kadrowych i finansowych danej instytucji.

Tę zaprezentowaną sieć opieki logopedycznej zasilają dodatkowo organizujące opiekę ambulatoryjną prywatne gabinety logopedyczne. W większych miastach organizowane są również specjalistyczne kolonie dla dzieci z zaburzeniami mowy na przykład dla dzieci z niedokształceniem mowy, z zaburzeniami słuchu, dla dzieci jękających się lub dyslalicznych. Dobrymi rezultatami tego typu działań mogą poszczycić się placówki zlokalizowane na terenie Warszawy, Krakowa, Gdańska, Bydgoszczy, Szczecina,

Łodzi czy Torunia. W wielu ośrodkach logopedycznych prowadzone są również turnusy terapeutyczno-wypoczynkowe dla całych rodzin wychowujących dziecko z zakłóceniami komunikacyjnymi. Ta forma opieki logopedycznej ma jednak charakter elitarny i okazjonalny.

Działalność profilaktyczna stanowi podstawę do podejmowania pracy naukowo-badawczej, ta z kolei wypracowując teoretyczne rozwiązania wspomaga i zasila nowatorskimi koncepcjami logopedów pracujących w terenie.

Doniosłą rolę w popularyzowaniu wyników badań z zakresu patologii mowy, metod diagnozy i terapii odgrywa powstałe w 1963 roku Polskie Towarzystwo Logopedyczne z siedzibą w Lublinie, które stawia sobie za cel:

1. spopularyzowanie wyników badań z zakresu embriologii i patologii mowy oraz teorii językoznawczej,
2. udzielanie pomocy w wykorzystaniu tych wyników w praktyce dla kształcenia mowy u dzieci nauczania mowy głuchych, usuwania wad mowy, pielęgnowania kultury słowa mówionego i śpiewanego.

Pierwszym przewodniczącym był profesor Leon Kaczmarek<sup>67</sup>. Zgodnie z zapisem w statucie „członkiem Polskiego Towarzystwa Logopedycznego może zostać każda pełnoletnia osoba, której na sercu leży kultura żywego języka polskiego, pielęgnowanie i krzewienie jej wśród dzieci i dorosłych”<sup>68</sup>.

Od 1991 roku (15 sierpnia) Polskie Towarzystwo Logopedyczne zostało przyjęte w poczet afiliowanych przy International Association of Logopedic & Phoniacticsn stowarzyszeń<sup>69</sup>. Z tego członkostwa płyną istotne dla polskiej logopedii korzyści, między innymi:

- pełniejsza integracja krajowej logopedii z logopedią na świecie,
- możliwość uczestnictwa w międzynarodowych kongresach IALP,
- wymiana doświadczeń z badaczami problematyki komunikacji językowej na świecie,
- możliwość publikowania prac w czasopiśmie „Phoniatrica”.

---

<sup>67</sup> Minczakiewicz E. M.: Początki i rozwój polskiej logopedii. Kraków 1998, s. 90-91.

<sup>68</sup> Materowa H.: Od komisji do Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. W: Logopedia 1963/3, s. 97.

<sup>69</sup> szerzej o posiedzeniu Międzynarodowego Towarzystwa Logopedów i Foniatorów pisze M. Chęć w artykule „Afiliacja Polskiego Towarzystwa Logopedycznego przy IALP” W: Logopedia 1991/18, s. 159-160.

Kolejnym niezwykle ważnym wydarzeniem dla członków był fakt umieszczenia zawodu logopedy w Klasyfikacji Zawodów i Specjalności. Po wieloletnich staraniach PTL, w 1995 roku pod numer 24406 wpisano zawód logopedy wraz z jego specjalnościami. Polskie Towarzystwo Logopedyczne organizuje zjazdy (pierwszy odbył się w 1966 roku) o problematyce logopedycznej, na których swe referaty wygłaszają znane postacie świata nauki.

PTL współpracuje z organizacjami społecznymi i Towarzystwami działającymi na rzecz środowiska w zakresie pomocy i opieki nad osobami niesłyszącymi i słabosłyszącymi. Taką współpracę podejmuje z **Polskim Komitetem Audiofonologii**. Organizacja ta została powołana w 1982 roku, afiliowana przy Międzynarodowym Biurze Audiofonologii. Zajmuje się inicjowaniem i koordynowaniem różnych prac badawczych, a także działań praktycznych na rzecz osób głuchych i niedosłyszących. Wydaje książki polskich i zagranicznych autorów, jak również ciszące się dużym uznaniem logopedów i nie tylko czasopismo „Audiofonologia”<sup>70</sup>. Osoby z wadami słuchu (niesłyszące, słabosłyszące, z rozlicznymi w związku z tym zaburzeniami komunikacyjnymi, specjalistyczna pomoc mogą uzyskać w Poradniach Rehabilitacyjnych dla Dzieci i Młodzieży z Wadami Słuchu, które funkcjonują pod patronatem **Polskiego Związku Głuchych** i resortu zdrowia. Polski Związek głuchych odgrywa istotną rolę w rewalidacji osób głuchych i słabosłyszących, jego głównym celem jest wspieranie, reprezentowanie indywidualnych interesów niepełnosprawnych wobec władz oświatowych i państwowych. Popularyzację wiedzy i doświadczeń naukowych podejmuje od 1997 roku prężnie działająca **Sekcja Logopedyczna Towarzystwa Kultury Języka**, której przewodniczy prof. dr hab. Halina Mierzejewska. Sekcja ta zrzesza logopedów i pracowników naukowych wielu ośrodków akademickich polski zainteresowanych działalnością naukowo-badawczą oraz problematyką kształcenia logopedów<sup>71</sup>. Podobną problematyką zajmuje się także **Towarzystwo Naukowe Zaburzeń Słuchu, Głosu i Komunikacji Językowej**. Obszar zainteresowań stanowią również zagadnienia związane z doskonaleniem zawodowym i problemami kształcenia

---

<sup>70</sup> Minczakiewicz E. M.: Początki..., s. 94.

<sup>71</sup> Op.cit., s. 94-95.

logopedycznego. Naukowcy działający w Towarzystwie (powołane w 1996 roku) rozstrzygali między innymi problemy dotyczące klasyfikacji zaburzeń mowy, starali się określić niezbędne minimum programowe studiów logopedycznych, tak by możliwe było budowanie porównywalnych modeli kształcenia kadry logopedycznej<sup>72</sup>. Interesującą inicjatywę podjęła prof. dr hab. Marta Bogdanowicz, inspiratorka i założycielka **Polskiego Towarzystwa Dysleksji**. Wychodząc naprzeciw problemom osób z zaburzeniami dyslektycznymi od 1986 roku organizowane są pod patronatem M. Bogdanowicz samodzielne konferencje naukowe tzw. **Ogólnopolskie Kolokwia Gdańskie na temat „Trudności w czytaniu i pisaniu dzieci”**. Spotkania te skupiają profesjonalistów nie tylko polskich, ale i zagranicznych, cieszą się wysoką oceną, pozwalają na wypracowanie ulepszanego, wieloaspektowego spojrzenia na dysleksję<sup>73</sup>.

Zbigniew Tarkowski był założycielem i pierwszym prezesem powołanej w 1991 roku w Lublinie **Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy**. Fundacja ta oprócz logopedów skupia również lekarzy i psychologów, rodziców i opiekunów oraz wiele innych osób, których łączy zainteresowanie problematyką zaburzeń mowy. Zasadniczym celem Fundacji jest opracowywanie nowych metod diagnozy i terapii osób z zaburzeniami mowy oraz rozwijanie różnych form opieki nad tymi osobami. Cele powyższe realizowane są poprzez:

- prowadzenie badań naukowych i wdrożeniowych,
- opracowywanie testów logopedycznych i psychologicznych, ich produkowanie i rozpowszechnianie,
- organizowanie i prowadzenie konferencji i sesji naukowych, organizowanie konkursów i odczytów;
- powoływanie i prowadzenie poradni dla osób z zaburzeniami mowy itd.

Fundacja konsekwentnie realizuje swoje założenia, ma na swoim koncie kilkanaście liczących się, w gronie logopedów, publikacji, w tym testy, programy terapeutyczne,

---

<sup>72</sup> Op.cit., s. 95.

<sup>73</sup> Op.cit., s. 95; por. Bogdanowicz M.: Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie. Gdańsk 2002, Bogdanowicz M.: Longitudinalne badania nad dysleksją w Polsce. W: Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie. Wojciszke B., Płopa M. (red.) Kraków 2003; Kaja B. (red.) Diagnoza dysleksji. Bydgoszcz 2003 i inne.

poradniki itp<sup>74</sup>. Wymienione wyżej towarzystwa, sekcje, fundacje organizują zjazdy naukowe często połączone z warsztatami metodycznymi pozwalającymi na prezentację osiągnięć teoretycznych i praktycznych. Prezentowane są wówczas nowości techniczne i wydawnicze, które są przydatne zarówno w pracach naukowo-badawczych jak i w praktyce logopedycznej.

Te rozważania prowadzą do znanej tezy, na którą powoływał się także L. Kaczmarek, iż tylko wspólne działania instytucji świadczących opiekę logopedyczną, rodziny, szkoły, przedszkola (grupy rówieśniczej), bądź ewentualnie miejsca pracy, mogą efektywnie wpływać na harmonijne kształtowanie mowy osób z jej zaburzeniami i cech ich osobowości. W tak pojmowanym środowisku językowym umiejętności językowe zostaną utrwalone bądź zmarnowane.

## ***6. Opieka logopedyczna w wybranych krajach Europy.***

W wielu krajach systemy pomocy dzieciom z zaburzeniami mowy są podobne. Różnią się jedynie w zakresie organizacyjnym, prawnym bądź kształcenia kadr. Są kraje, w których główny ciężar opieki logopedycznej spoczywa na:

- poradniach psychologiczno-pedagogicznych (m. in. Polska),
- instytucjach oświatowych, tj. szkolnictwie specjalnym (np. na Węgrzech, w Niemczech, Czechach, Słowacji, Bułgarii) lub w specjalnych klasach przy szkołach masowych (USA, Węgry),
- instytucjach opieki zdrowotnej (w większości krajów, w przypadkach poważnych zaburzeń mowy, bądź w zespołach zaburzeń rozwojowych),
- systemie, w którym terapeuta mowy dociera do pacjenta (m. in. w USA)<sup>75</sup>.

W poszczególnych krajach instytucje logopedyczne podlegają różnym resortom i ministerstwom, najczęściej są to odpowiedniki polskiego Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia. W Polsce właśnie tym dwóm podlegają placówki zatrudniające logopedów.

---

<sup>74</sup> Op.cit., 96-97.

<sup>75</sup> Jastrzębowska G.: Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej. Opole 1998, s. 13.



Występują też pewne różnice w zakresie kształcenia kadr. Edukacja logopedyczna jest prowadzona w ramach studiów magisterskich (stacjonarnych, zaocznych), studiów podyplomowych, licencjackich i kursów. Powoduje to, iż kwalifikacje kadry są bardzo różne. Z powyższych wypływają z kolei różnice w strukturze systemów opieki logopedycznej. Systemy jednych krajów zapewniają powszechność i spójność opieki logopedycznej, w innych jest ona niewystarczająca w stosunku do potrzeb społecznych. Jednolite we wszystkich krajach, podporządkowane idei niesienia pomocy dzieciom z zaburzeniami mowy są cele, zadania i funkcje systemów pomocy logopedycznej.

Opieka logopedyczna w wielu krajach Europy i świata funkcjonuje na podobnych zasadach, jak w naszym. Chcę zaprezentować organizację systemu opieki nad mową jaka działa w Irlandii.

Prawo irlandzkie już w VIII wieku rozpoczęło chronić interesy ludzi z zaburzeniami komunikacji, stosowano tu zasadę „Dligit Edteanga Aimsir” („Bezjęzykowość zasługuje na czas”). Na mocy powyższego zapisu osoba dotknięta takimi zaburzeniami miała prawo do uzyskania „rekompensaty honorowej” za zachowania, czyny łamiące powyższe prawo<sup>76</sup>. Prawo chroniło osoby z deficytami mowy, jednak jak pisze Patricia Dowd – wiceprezydent Unii Europejskiej Logopedów – nie doprowadziło to do rozkwitu odpowiednich usług.

Korekcja mowy, nauka dykcji do lat pięćdziesiątych XX wieku stanowiła domenę nauczycieli i księży.

Pod koniec lat pięćdziesiątych pierwsza terapeutka z kwalifikacjami uzyskanymi w kolegium logopedycznym w Anglii rozpoczęła pracę w Dublinie. Spore zainteresowanie problematyką zaburzeń mowy wykazały środowiska zakonne, prowadzące placówki dobroczynne. Do najbardziej znanych ówczesnie pionierów terapii mowy należała siostra dr Marie de Montfort.

W 1971 r. w Irlandii pracowało dwudziestu logopedów, obecnie ta liczba znacznie wzrosła, a pieczę nad tą profesją sprawuje irlandzka służba zdrowia. W początkach lat sześćdziesiątych rząd irlandzki uznał potrzebę stworzenia programu kształcenia logopedów. W 1969 r. siostra Marie de Montfort założyła w Dublinie kolegium

---

<sup>76</sup> Dowd P.: Opieka logopedyczna w Irlandii. W Logopedia. PTL. Lublin 1994/24.

logopedyczne (Dublin College of Speech Therapy). Obecnie School of Clinical Speech and Language Studies (Instytut Studiów Logopedycznych) stanowi część Wydziału Nauk Medycznych i prowadzi czteroletnie studia kończące się stopniem bakałarza (odpowiednik polskiego dyplomu „licencjata”)<sup>77</sup>.

Usługi logopedyczne w Irlandii świadczone są zasadniczo w obrębie służby zdrowia, w trzech typach placówek: w szpitalach ogólnych i specjalistycznych oraz w poradniach okręgowych. Nadzór nad ich pracą sprawuje Główny Krajowy Logopeda. Logopedzi pracują również poza służbą zdrowia. Zatrudnieni są w szkołach specjalnych (dla dzieci z deficytami intelektualnymi), a także w szpitalach dobroczynnych, poradniach i centrach prowadzonych przez organizacje dobroczynne. Świadczą usługi w ramach praktyki prywatnej. Znaczna część logopedów zatrudniona jest w oparciu o realizację założeń Programu Opieki Społecznej (Community Care Programme)<sup>78</sup>. Autorka artykułu, na który się powołuję, Irlandka, twierdzi, iż przy 4 milionach ludności potrzeba 800 pełnoetatowych logopedów, by w pełni zaspokoić potrzeby społeczne na tę opiekę. Natomiast aktualnie zatrudnionych jest ich niespełna trzystu.

Stowarzyszenie Logopedów, które jest organizacją pozarządową, stara się unaocznic irlandzkiemu rządowi potrzeby mieszkańców, podejmuje działania popularyzatorskie, informacyjne; występuje z propozycjami rozwiązań, które korzystnie wpłynęłyby na poprawę stanu świadczonych usług logopedycznych.

Departament Zdrowia, zgodnie z sugestiami Stowarzyszenia powinien:

- promować badania profilaktyczne;
- istotnie zwiększyć ilość zatrudnionych logopedów/terapeutów;
- ułatwić terapeutom działalność zawodową<sup>79</sup>.

Niepubliczne organizacje skupiające logopedów nie tylko wskazują kierunki modernizacji, ale te ulepszenia stara się wdrażać w czyn. Tak więc dąży do określenia:

- zapotrzebowania na usługi logopedyczne;
- standaryzacji warunków wykonywania zawodu logopedy;

---

<sup>77</sup> Op.cit., s. 62.

<sup>78</sup> Op.cit., s. 64.

<sup>79</sup> Op.cit., s. 65-66.

- promowania wymiany informacji na łamach kwartalnika oraz coroczną publikację rocznika akademickiego;
- delegowania swoich przedstawicieli na krajowe i międzynarodowe spotkania.

Sukcesem Stowarzyszenia Logopedów jest wdrożenie w życie pomysłu uruchomienia Punktów Logopedycznych. Są to placówki związane ze szkołami masowymi, do których uczęszczają dzieci z zaburzeniami językowymi. Każdy punkt jest obsługiwany przez nauczyciela i logopedę, a przeznaczony najwyżej dla ośmiorga uczniów. Stwarza zatem możliwość prowadzenia intensywnej terapii mowy i języka w zindywidualizowanej formie<sup>80</sup>.

W polskiej rzeczywistości Punkty Logopedyczne, niestety, należą do przeszłości opieki logopedycznej. Ich pomysłodawczynią była Genowefa Demel, która zaproponowała powołanie takich Punktów przy poradniach międzyszkolnych w celu ułatwienia dostępu dzieci i dorosłych do specjalistów zajmujących się diagnozą i terapią logopedyczną. Punkt logopedyczny koordynował pracę domu, szkoły, lekarza szkolnego.

Innym przykładem rozwiązań organizacyjnych dotyczących opieki logopedycznej o długoletnich tradycjach jest system funkcjonujący w Czeskiej Republice. Służba logopedyczna realizowana jest zasadniczo w dwu resortach: edukacji i opieki medycznej. Obydwa są finansowane przez państwo. Większość zaburzeń mowy jest wykrywana w profesjonalnych instytucjach medycznych<sup>81</sup>. Struktura opieki logopedycznej w Czechach w resorcie zdrowia obejmuje działalność przychodni logopedycznych (zapobieganie, diagnozowanie, terapia), a także pracowni logopedycznych na oddziałach szpitalnych i klinik np. foniatrycznych, chirurgii plastycznej, neurologii, psychiatrii, rehabilitacji. W republice Czeskiej w resorcie zdrowia znaczącą rolę opiekuńczo-terapeutyczną spełniają sanatoria. Placówki te są wyspecjalizowane, świadczą profesjonalną służbę wobec dzieci z różnymi deficytami między innymi z zaburzeniami ruchu, niepełnosprawnością intelektualną, ubytkami słuchu i zaburzeniami mowy. Wśród personelu sanatoryjnego są również logopedzi<sup>82</sup>.

<sup>80</sup> [www.cplol.org](http://www.cplol.org) (eng) SL. Tin Ireland.htm, s. 2-3.

<sup>81</sup> [www.cplol.org](http://www.cplol.org) (eng) SL. Tin Czech Republic, s. 1.

<sup>82</sup> Błachnio K.: *Vademecum logopedyczne...* s. 74-75.

Przemiany społeczno-ekonomiczne, które w ostatnich latach zachodzą w Czechach, spowodowały, że prócz państwowej opieki logopedycznej logopedzi prowadzą również prywatną praktykę.

W resorcie oświaty służba logopedyczna obejmuje przedszkola, szkoły podstawowe, a także szkoły i przedszkola dla dzieci głuchych i niedosłyszących. Przy niektórych szkołach funkcjonują również internaty. Ten aspekt opieki logopedycznej – surdologopedii i surdopedagogiki – w zbliżony sposób funkcjonuje w naszym kraju.

Uzupełnieniem pracy w instytucjach podległych resortowi zdrowia i edukacji jest wsparcie tejże działalności w ramach zadań realizowanych przez resort spraw socjalnych. W Czechach taka pomoc, a tym samym opieka logopedyczna, organizowana jest w obrębie systemu opieki nad młodzieżą i dziećmi niepełnosprawnymi, głównie z deficytami intelektualnymi. W Polsce ten typ wsparcia systemu opieki logopedycznej nie funkcjonuje. W domach opieki społecznej, świetlicach środowiskowych, które są placówkami powołanymi i finansowanymi przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej jest zatrudniony personel z przygotowaniem pedagogicznym, czy medycznym, jednak korekcja zaburzeń mowy odbywa się wówczas poza tymi instytucjami, w wyspecjalizowanych poradniach, przychodniach. W swoich serwisach internetowych CPLOL tzw. Unia Europejska Logopedów informuje, że w Republice Czeskiej funkcjonuje profesjonalna organizacja wewnątrz sektora opieki medycznej „Asociace Klinikých Logopedů ČR”. Jest to stowarzyszenie – dobrowolne i niezależne – skupiające logopedów ze szpitali, klinik, poradni. Celem tej organizacji jest troska o promocję podejmowanych przez jej członków profesjonalnych działań oraz koordynowanie tymi aktywnościami. Zadaniem AKL ČR prócz pieczy nad interesami logopedów jest również dbałość o pacjenta, któremu świadczona winna być terapia mowy zgodnie z zachowaniem zasad etyki<sup>83</sup>.

---

<sup>83</sup> www.cplol.org (eng) SL.Tin Czech Republic, s. 2; Myślę, że działalność AKL ČR można porównać do Polskiego Towarzystwa Logopedycznego działającego na rodzimym gruncie. PTL prowadzi szeroko zakrojoną działalność popularyzatorską, naukową w kraju i na świecie, troszczy się o interesy logopedów i pacjenta; itp. Różnicą, która występuje między tymi organizacjami jest fakt, iż PTL skupia wszystkich logopedów, którzy deklarują chęć przystąpienia do Towarzystwa, bez względu na resort, w którym są zatrudnieni. AKL ČR ogranicza się do członków wywodzących się z resortu zdrowia.

W Republice Czeskiej mówi się również o profilaktyce logopedycznej skierowanej do „szerokiego” odbiorcy tj. stosowne publikacje książkowe, czasopiśmiennicze, broszury, plakaty, programy telewizyjne i radiowe, warsztaty, seminaria itp., o problematyce mowy, komunikacji. Wśród form realizowanych w węższym zakresie zaliczyć należy indywidualne rozmowy zmierzające do uwrażliwienie osób obcujących z dzieckiem na różne przejawy deficytów mowy, zaburzeń komunikacji językowej. Dostrzec można wiele podobieństw występujących w systemach opieki logopedycznej w opisanych krajach z naszymi rodzimymi doświadczeniami. Różnice wynikają często ze specyfiki funkcjonowania struktur administracyjnych danego kraju. Zauważyć można pewne ogólne tendencje, kierunki, ku którym zmierza opieka logopedyczna i to one powinny ostatecznie przesądzić o modyfikacjach polskiego systemu opieki logopedycznej.

## ROZDZIAŁ II

### METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH.

#### *1. Cel i przedmiot badań.*

Poznanie naukowe, jak podaje J. Brzeziński<sup>84</sup> to takie, które realizuje określone cele. Wśród celów z kolei wyróżnia dwa główne – teoretyczny i praktyczny. Należą one do celów zewnętrznych i wynikają z funkcji, jakie nauka pełni w społeczeństwie.

Tak więc, podstawowym warunkiem podejmowania wszelkich badań pedagogicznych, poza ich celem teoretycznym, poznawczym, dzięki któremu następuje wzbogacenie dorobku naukowego pedagogiki, jest także – zgodnie ze zdaniem M. Łobockiego - uświadomienie sobie ich pożytecznego charakteru „dla mniej lub bardziej szeroko pojętej praktyki pedagogicznej, co zazwyczaj podnosi rangę poszukiwań naukowo-badawczych”<sup>85</sup>.

Celem podjętych badań było:

- a) poznanie i zaprezentowanie teoretycznych i praktycznych form opieki logopedycznej zaistniałych na Górnym Śląsku od 1922 r. po współczesność,
  - b) poznanie obecnego stanu tej opieki wyrażonego w opiniach uczestników systemu oraz ujawnionego w analizach indywidualnych przypadków;
- określenie wpływu uwarunkowań społecznych na dokonujące się w nim modyfikacje;
  - ocena przystawalności systemu opieki logopedycznej do oczekiwań społecznych.

Badania te posłużyły próbie identyfikacji znaczenia działalności logopedycznej podejmowanej w ramach współczesnego systemu przez różne jego podmioty dla jakości systemu opieki logopedycznej.

---

<sup>84</sup> Brzeziński J.: Metodologia badań psychologicznych. Warszawa 2004 r., s. 30.

<sup>85</sup> Łobocki M.: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Kraków, 1999, s. 11-12.

Przeprowadzone badania miały charakter eksploracyjno-diagnostyczny. Ten typ poszukiwań umożliwił, bowiem usystematyzowanie zebranych faktów i podjęcie próby ich wyjaśnienia wraz z określeniem zachodzących prawidłowości.

Przedmiotem badań stały się wszystkie ujawnione formy i kierunki – a w konsekwencji systemy – opieki logopedycznej, jakie zaistniały na Górnym Śląsku w przeszłości i współcześnie oraz opinie wyrażone przez uczestników współczesnego systemu wraz z warunkującymi je czynnikami i oczekiwaniami społecznymi. Ów przedmiot badań, odpowiada, aktualnym zainteresowaniom, potrzebom praktyki pedagogicznej.

## ***2. Główne i szczegółowe problemy badawcze***

Konstruktywne rozwiązania teoretyczne i funkcjonalne modernizujące współczesny system opieki logopedycznej mogłyby przyczynić się do ulepszenia rzeczywistości edukacyjnej dzieci i młodzieży.

Cel badań oraz przedmiot badań uprawniają do postawienia problemów badawczych.

Główne problemy badawcze sprowadzają się do tego:

- Jak kształtował się i ewoluował system opieki logopedycznej na Górnym Śląsku od 1922 r. po współczesność? oraz
- Jaki jest stan współczesnej opieki logopedycznej na Górnym Śląsku w opiniach nauczycieli, logopedów, rodziców? oraz
- Czy istniejący system oddziaływań logopedycznych jest przystający do potrzeb/oczekiwań społeczności Górnego Śląska i czy wymaga modyfikacji?

W celu ukierunkowania poszukiwań badawczych sformułowano następujące problemy szczegółowe:

1. Jaki był w przeszłości oraz jaki jest obecnie stan oraz zakres opieki nad mową dzieci i dorosłych na Górnym Śląsku?
2. Czy i jakie modyfikacje zachodziły w formach, systemach opieki logopedycznej oraz czym były spowodowane?

3. Jakie są źródła wiedzy nauczycieli, logopedów i rodziców o współczesnym systemie opieki logopedycznej, a także, jaki jest zakres tej wiedzy?
4. Jak oceniają jakość i zakres usług logopedycznych współczesnego systemu:
  - nauczyciele przedszkoli i szkół podstawowych - zintegrowanej edukacji,
  - logopedzi,
  - rodzice dzieci objętych oddziaływaniami logopedycznymi?
    - 4.1. Jak oceniana jest jakość współczesnego systemu opieki logopedycznej?
    - 4.2. Jakie poziomy jakości można wyróżnić we współczesnym systemie opieki logopedycznej?
    - 4.3. Czy i jakie występują różnice w ocenie jakości usług logopedycznych współczesnego systemu opieki logopedycznej w powyższych grupach badawczych?
    - 4.4. Jaki jest zakres funkcjonowania współczesnego systemu opieki logopedycznej w opinii wymienionych grup?
5. Jakie uwarunkowania społeczne wywierają wpływ na kształt i modyfikacje współczesnego systemu opieki logopedycznej?
6. Czy funkcjonujący obecnie na Górnym Śląsku system oddziaływań logopedycznych jest przystający do potrzeb/oczekiwań osób korzystających z jego świadczeń?

Korzystając z założeń wyjściowych o eksploracyjnym charakterze badań zostanie dokonany, w oparciu o literaturę i dokumenty prawne, opis stanu i dokonujących się pod wpływem przeobrażeń społeczno-gospodarczych i edukacyjnych zmian w systemie opieki logopedycznej na Górnym Śląsku w latach 1922 – 1939 oraz 1945 – 2006.

Eksploracja połączona z diagnozą pozwoli sformułować wyrażone w opiniach nauczycieli, logopedów, rodziców oceny jakości i zakresu funkcjonowania współczesnego systemu opieki logopedycznej, a także zinterpretować - statystycznie i jakościowo – różnice pojawiające się w ocenie w poszczególnych grupach badawczych.



Pogłębiona analiza wywiadów wskaże na pozytywne i negatywne aspekty życia społecznego mające wpływ na modyfikacje s.o.l., wymuszane oczekiwaniami w zakresie zaspokojenia potrzeb korzystających z funkcjonowania systemu opieki logopedycznej na Górnym Śląsku.

### ***3. Metody, techniki i narzędzia badawcze oraz charakter dokonywanych analiz.***

Metody i techniki dostosowane zostały do przedmiotu badań i ich problematyki.

W podjętych badaniach historyczno-empirycznych zajmowałam się problematyką funkcjonującego wcześniej oraz współcześnie systemu opieki logopedycznej na Górnym Śląsku oraz jego społecznymi determinantami. Badałam elementy systemu opieki logopedycznej i opinie o jego funkcjonowaniu wyrażone przez respondentów, dokonałam również egzemplifikacji jego działania na podstawie analizy indywidualnych przypadków pacjentów.

Przeprowadzenie niniejszych analiz wymagało więc dwojakiego rodzaju wyjaśnień – wyjaśnień historycznych oraz wyjaśnień funkcjonalnych. Podjęłam zatem próbę przedstawienia ujawnionych na badanym terenie instytucjonalnych form i modeli opieki logopedycznej, a także czynników, które zdecydowały o ich kształcie i przemianach. Celem moich dociekań było również ujawnienie zależności, jakie występują pomiędzy dostrzeżonymi uwarunkowaniami społecznymi, wpływającymi na funkcjonowanie współczesnego systemu opieki logopedycznej, a jego percepcją, oceną jego zakresu i jakości dokonywaną przez badaną populację (nauczycieli przedszkola i szkoły podstawowej, logopedów, rodziców dzieci korzystających z opieki logopedycznej).

W podejmowanych badaniach empirycznych starałam się zrekonstruować i zinterpretować wymienione procesy oraz określić zależności. Dla uzyskania odpowiedzi na postawione pytania zastosowano następujące metody badań:

- 1) **analizę treści dokumentów źródłowych i opracowań** – w tym zakresie badałam dokumenty prawne, prace zwarte i artykuły z lat 1886 – 1939,

sprawozdania z działalności różnych instytucji i placówek zajmujących się działalnością logopedyczną; dokonałam również analizy opracowań naukowych (wybrane prace zwarte i artykuły wydane po 1945 roku, teksty ustaw i rozporządzeń wydanych przez MEN i MZ). Dobór materiału badawczego umożliwił mi zaprezentowanie zmian, jakie wystąpiły w kolejnym okresie historycznym w zakresie badanego zagadnienia przy uwzględnieniu wielorakich jego uwarunkowań.

2) **sondaż diagnostyczny**, którego zastosowanie pozwoliło zebrać znaczną ilość materiałów do empirycznej części pracy. Spośród szczegółowych technik wykorzystałam:

- wywiad skategoryzowany, jawny – lista pytań została sformułowana w odniesieniu do określonych pytań badawczych. Przygotowane pytania miały charakter otwarty, to znaczy przebieg dialogu zależał od obydwu stron, jego kierunek nie ograniczał wypowiedzi badanego<sup>86</sup>, Posłużył on do zebrania informacji dotyczących:
  - zakresu i źródeł wiedzy o współczesnym systemie opieki logopedycznej;
  - oceny jego jakości i zasięgu funkcjonowania;
  - wyróżnienia i określenia społecznych uwarunkowań tego systemu, które zdaniem respondentów wywołują jego ograniczenia i modyfikację.

Wywiad przeprowadzony został w 3 grupach osób:

- nauczyciele przedszkoli i szkół podstawowych poziomu zintegrowanej edukacji;
- logopedzi zatrudnieni w placówkach oświatowych lub służby zdrowia;
- rodzice dzieci objętych oddziaływaniami logopedycznymi.

Nie dysponując gotowymi narzędziami diagnostycznymi sporządziłam inwentarz pytań otwartych wywiadu, jednolity dla dwóch grup respondentów (nauczyciele, logopedzi). Z rodzicami dzieci, które korzystają z opieki logopedycznej, przeprowadzony wywiad różnił się pod względem rozległości terminologicznej zastosowanej w pierwszym obszarze badawczym. Pytania kierowane do rodziców odnosiły się do ich dotychczasowych doświadczeń związanych z usługami

---

<sup>86</sup> Op.cit., s.304;

logopedycznymi świadczonymi wobec bliskich, a nie do szeroko pojętego zakresu i źródeł wiedzy o współczesnym systemie opieki logopedycznej.

Pomimo wyodrębnienia dwóch typów kwestionariusza wywiadu, miały one wiele wspólnych cech. I tak, w dwu przypadkach lista pytań była sformułowana w odniesieniu do określonych problemów badawczych, a pytania miały charakter otwarty. Posłużyły do zebrania następujących informacji:

❖ w I wersji (dla nauczycieli i logopedów):

A. zakres i źródła wiedzy o współczesnym systemie opieki logopedycznej – 11 pytań;

- znaczenie terminów „opieka, system opieki logopedycznej”, rodzaje działań instytucji świadczących taką opiekę; źródła informacji, zasób wiedzy respondentów dot. mowy, logopedii.

❖ w II wersji:

A. zakres dotychczasowych doświadczeń związanych z usługami świadczonymi w obrębie systemu opieki logopedycznej – 8 pytań

- osoby korzystające z opieki logopedycznej, wiek pacjenta; przyczyna skierowania; podjęte rodzaje działań; instytucje współpracujące, wspomagające opiekę nad dzieckiem;

B. Ocena jakości i zakresu funkcjonowania systemu opieki logopedycznej (pytania tej części wywiadu bardzo zbliżone treściowo dla obu wersji)

**I wersja**

**12 pytań**

- usatysfakcjonowanie z działania systemu opieki logopedycznej,
- jego wady i zalety,
- jakość usług logopedycznych ,
- wyodrębnienie różnic w opiece organizowanej przez MEN i MZ,

**II wersja**

**8 pytań**

- pomoc logopedyczna świadczona w miejscu zatrudnienia respondenta,
- z zakresu opieki logopedycznej;
  - doskonalenie umiejętności, poszerzanie wiedzy z ww. problematyki;

C. oczekiwania społeczne wpływające na kształt i modyfikacje systemu opieki logopedycznej (pytania tej części wywiadu zbliżone treściowo dla obu wersji)

**I wersja**

**7 pytań**

- czynniki, które ukształtowały i modyfikują obecny system opieki (negatywny, pozytywny wpływ);
- oczekiwania dotyczące przyszłego modelu opieki logopedycznej
- specyficzne możliwości społeczeństwa Górnego Śląska i ich ewentualny wpływ na system opieki logopedycznej.

**II wersja**

**4 pytania**

Kwestionariusze wywiadów w obydwu wersjach w części I zawierały pytania metryczne dotyczące samych badanych.

Rejestrowane były zachowania werbalne respondenta w trakcie udzielania odpowiedzi (prośba o pomoc, uwagi dot. tematyki) oraz niewerbalne (wahanie, śmiech itp.). Zebrane w ten sposób informacje pozwoliły potwierdzić trafność odpowiedzi respondenta, posłużyły również weryfikacji trafności pytań wywiadu. Ważne było także odnotowanie atmosfery badania tj. czynników sprzyjających lub utrudniających dialog, czasu trwania rozmowy, nastawienia respondenta do przeprowadzającego wywiad itp. Uzyskanie trafnych spostrzeżeń sprawiło, że wywiad zyskał na wiarygodności i wartości.

- 3) **metody statystyczne** – zostały zastosowane do opisu wyników badań w postaci tabel liczebności i proporcji (wyrażonych w procentach),

wykresów słupkowych, co pozwala na liczbowe i wizualne porównania. Wykorzystany został również test badający istotność różnic występujących w opiniach nauczycieli, logopedów i rodziców. Ze względu na próbę liczącą 52 osoby w każdej grupie badawczej posłużyłam się testem  $\chi^2$ . Test  $\chi^2$  został również wykorzystany do badania istotności różnic w parach takich grup: rodzice-nauczyciele, rodzice-logopedzi, nauczyciele-logopedzi oraz do badania zależności między odpowiedziami dotyczącymi poszczególnych zagadnień, a grupami rodziców, nauczycieli, logopedów, wskazującymi je. Przyjęłam jako poziom istotności  $p=0,05$ . W przypadku, gdy liczebność w którejś z rubryk była mniejsza od 10 zastosowałam test  $\chi^2$  z poprawką Yates'a. Test ten w postaci hipotezy zerowej zakłada brak istnienia różnic i odpowiednio niezależność formułowanych opinii od grup je podających. Porównanie otrzymanej z wyników badań wartości z odpowiednią wartością w tablicach statystycznych pozwala odrzucić hipotezę zerową i przyjąć hipotezę alternatywną o istnieniu różnicy lub nie pozwala na przyjęcie na przyjęcie hipotezy zerowej.

- 4) **studium przypadków**, jako egzemplifikacja wyników badań uzyskanych dzięki dwóm pierwszym metodom<sup>87</sup>. Analizie poddałam jednostkowe losy dzieci, z różnymi zaburzeniami mowy (w niektórych przypadkach zintegrowane z szerszą jednostką nozologiczną), korzystających z funkcjonującego na terenie Górnego Śląska systemu opieki logopedycznej. Dokonałam opisu badanych z zamiarem sporządzenia diagnozy zebranych przypadków, wskazania hipotetycznych prognoz rozwoju sytuacji oraz zaplanowania (i zrealizowania u niektórych jednostek) działań terapeutycznych. Prezentacja osób z zaburzeniami mowy dokonana została z uwzględnieniem różnych aspektów analizowanego problemu (pedagogicznego, psychologicznego,

---

<sup>87</sup> por.: Janeczko R.: Niektóre problemy diagnostyki pedagogicznej w metodzie indywidualnych przypadków. W: Metodologia pedagogiki społecznej, red. Z. Wroczyński, T. Pilch. Wrocław 1974; Marynowicz-Hetka E.: Praca socjalno-wychowawcza z rodziną niepełną. Warszawa 1980.; Nowak A.: Metoda biograficzna w badaniach pedagogicznych. W: Orientacje w metodologii badań pedagogicznych. Kraków 1998.

logopedycznego, medycznego) oraz rozmaitych perspektyw (społecznej, prawnej, edukacyjnej).

Techniki zbierania materiału badawczego były oparte na:

- KOMUNIKOWANIU SIĘ POŚREDNIM:
  - *wywiad kwestionariuszowy* – przeprowadzony z rodzicami, opiekunami dziecka<sup>88</sup> z wykorzystaniem narzędzia:  
*„Karta wywiadu logopedycznego” oprac. I. Styczek* - posłużyła do zbierania podstawowych informacji o rodzinie, rozwoju dziecka, aktualnym stanie zdrowia badanego oraz początkach zaburzeń mowy<sup>89</sup> (patrz Aneks nr 7).
  - *obserwacja* (otwarta i systematyczna, bezpośrednia) – dotyczyła ogólnych reakcji i zachowań badanego ze szczególnym uwzględnieniem zachowań werbalnych, dokonywana podczas diagnozy i spotkań terapeutycznych w oparciu o arkusz obserwacyjny:  
*„Arkusze obserwacji dziecka” oprac. własne* - posłużyła rejestracji zachowań dziecka podczas zajęć logopedycznych; uwzględniono zachowania pozawerbalne, werbalne, umiejętność czytania i pisanania<sup>90</sup> (patrz Aneks nr 8).
  - *analiza dokumentów* dot. dziecka tj. diagnozy lekarskie: neurologiczne, audiologiczne, psychiatryczne, orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej, standaryzowane testy psychologiczne (m. in. Test do badań inteligencji Wechslera, Skala rozwoju psychomotoryki dzieci 0 - 3 letnich Brunet- Lazine, Skala L. Termana i M. Merrill do badania inteligencji), testy pedagogiczne (np. Test dojrzałości szkolnej B. Wilgockiej-Okoń, Testy czytania i pisanania dla klas I – III Straburzyńskiej, Śliwińskiej), testy logopedyczne (test słuchu dokonywany Komputerowym Systemem Powszechnych Badań Słuchu

---

<sup>88</sup> Wzorowany na „Karcie wywiadu logopedycznego” oprac. I. Styczek W: Styczek I. Logopedia. Warszawa 1979, s. 221-223; por. „Wywiad biologiczno-środowiskowy do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy”, oprac. B. Ročławskiego, W. Fedorowską, B. Wardowską; W: B. Ročławski, W. Fedorowska, B. Wardowska: Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy. Gdańsk 1995.

<sup>89</sup> Op. cit., s. 221-223.

<sup>90</sup> Kwestionariusz sporządzono z wykorzystaniem materiałów Tomczak J., Ziętara R.: Kwestionariusz diagnozy i narzędzia badawcze w terapii pedagogicznej. Kraków 2005, s. 9-13.

„Słyszę...”), opinie wychowawców, nauczycieli, świadectwa szkolne, wypisy szpitalne itd.

– KOMUNIKOWANIU SIĘ BEZPOŚREDNIM<sup>91</sup>:

- *niestandaryzowane* – swobodne, kierowane rozmowy;
- *standaryzowane* – służące ocenie mowy (mówienia i rozumienia), czyli systemowej sprawności językowej - wykorzystano narzędzia:

„*Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji*” D. Antos, G. Demel i I. Styczek<sup>92</sup> - kwestionariusz zawiera zestaw obrazków, których nazwy dobrane są tak, by umożliwiły sprawdzenie poprawności wszystkich fonemów języka polskiego w różnych pozycjach wyrazu i sąsiedztwach artykulacyjnych ;

„*Kwestionariusz obrazkowy do badania słuchu fonemowego i fonetycznego* - służy określeniu poprawności funkcjonowania słuchu fonemowego po dokonanych badaniach ortofonicznych. Do badania wybiera się zaburzone fonemy w celu określenia umiejętności różnicowania słuchowego, fonemu błędnie realizowanego od poprawnego oraz różnych opozycji badanego fonemu<sup>93</sup>,

„*Karta badania mowy*” oprac. Z. Tarkowski - służy do zapisu informacji pozwalających na sporządzenie holistycznej i wieloaspektowej oceny rozwoju mowy i jej funkcjonowania<sup>94</sup> (patrz Aneks nr 4).

„*Karta badania motoryki artykulacyjnej*” oprac. M. E. Minczakiewicz - pozwala na orientacyjne określenie poprawności budowy anatomicznej artykulatorów oraz ich sprawności<sup>95</sup> (patrz Aneks nr 5).

---

<sup>91</sup> Według J. Lutyńskiego mamy do czynienia z dwiema grupami źródeł danych biograficznych: standaryzowanymi i niestandaryzowanymi. W ich obrębie wyróżniamy techniki oparte na obserwacji oraz oparte na wzajemnym komunikowaniu się: bezpośrednim i pośrednim (pisemnym). J. Lutyński: *Metoda biograficzna i sposoby otrzymywania materiałów w badaniach socjologicznych*. Przewodnik polski. (W): J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.) *Metoda biologiczna w socjologii*. Warszawa – Poznań 1990, s. 83-90.

<sup>92</sup> Antos D., Demel G. Styczek J.: *Jak usuwać seplenię i inne wady wymowy*. Warszawa 1978; por. Nowak J. E.: *Wybrane problemy logopedyczne*, Bydgoszcz 1993.

<sup>93</sup> Rocławski B.: *Słuch fonemowy i fonetyczny*. Gdańsk 1994, Raclawski B.: *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. Warszawa 1981; Styczek I.: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego*. Komentarz i tablice. Warszawa 1982.

<sup>94</sup> zaczerpnięta z PTL - Tarkowski Z.: *Przesiewowy test logopedyczny*. Lublin 1992; jedna z wielu propozycji zapisu informacji z przeprowadzonego badania logopedycznego.

<sup>95</sup> Minczakiewicz M. E.: *Logopedia. Mowa - rozwój - zaburzenia - terapia*. Kraków 1997, s. 210 - 211.

„Zestaw wyrazów do badania ostrości słuchowej u dzieci” - orientacyjne badanie słuchu, na bazie specjalnie dobranych zestawów wyrazów, pozwala na sprawdzenie ostrości słuchu fizycznego oraz podjęcie dalszych działań<sup>96</sup> (patrz Aneks nr 6).

„Skala do badania mowy dziecka z niedosłuchem, mowy o typie afazji - AFA - skala”<sup>97</sup> - narzędzie do badania mowy dziecka afatycznego (patrz Aneks nr 12). Badanie opiera się na obserwacji zachowania dziecka w sytuacji zaplanowanej, w której za pomocą materiałów werbalnych i graficznych prowokujemy reakcje dziecka, by następnie je rejestrować i oceniać. Oceniamy sprawność językową i komunikacyjną dziecka w dziewięciu próbach:

I zabawa pluszakami,

II rozumienie,

III nazywanie,

IV nazwy kolorów,

V powtarzanie,

VI rozumienie poleceń,

VII, VIII rozumienie zdań; mowa czynna,

IX mowa czynna.

Wybór drogi postępowania badawczego był podyktowany specyfiką badanego przypadku. Badacz musiał ją obrać tak, by mógł jak najlepiej zrozumieć i jak najwięcej dowiedzieć się o badanej osobie.

Przedstawione w pracy indywidualne przypadki dzieci z zaburzeniami mowy mają stanowić egzemplifikację funkcjonowania systemu opieki logopedycznej na terenie województwa śląskiego. Przypadki te zostały wybrane ze względu na ich specyficzne deficyty rozwojowe (zgodnie z przyjętą klasyfikacją zaburzeń mowy) by w czytelny sposób móc przedstawić interakcje powstałe pomiędzy instytucjami, osobami, które tworzą system oraz zanalizować zaistniałe zależności.

---

<sup>96</sup> Styczek I.: *Badanie i kształtowanie...*, s. 22-23.

<sup>97</sup> Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L.: *AFA-Skala. Jak budować mowę dziecka afatycznego*. Kraków 2005. Autorki powyższej książki dokonały opracowania „Afa-skali”.



Końcowy etap metody objął także działanie mające na celu interpretowanie poznanej rzeczywistości poprzez pokazanie podobieństw i różnic pomiędzy zbadanymi przez siebie przypadkami, a tymi, które zostały wcześniej opisane w literaturze<sup>98</sup>.

#### **4. Przebieg i organizacja badań z określeniem próby badawczej.**

W doborze terenu i próby badawczej do zasadniczej części badań, która opiera się na technice wywiadu jakościowego zastosowano metodę doboru celowego – próba celowa łatwo dostępna - uwzględniającą kryteria:

- teren badań ograniczał się do obszaru Górnego Śląska;
- badania przeprowadzone były z wybranymi grupami osób tj. logopedzi, nauczyciele przedszkoli i szkół podstawowych oraz rodzice dzieci tych etapów edukacyjnych;
- powyżej wymienione osoby związane (świadczyły bądź korzystały z usług) były z instytucjami tj. przedszkola, szkoły podstawowe, szpitale, przychodnie MZ.

Populacja badawcza podzielona została na 3 grupy (w każdej po 52 respondentów) w sumie 156 osób:

1. nauczyciele przedszkoli i szkół podstawowych – kierujący dzieci z zaburzeniami mowy do stosownych instytucji (osób świadczących pomoc logopedyczną w ramach systemu opieki logopedycznej);
2. logopedzi – osoby zawodowo zajmujące się dziećmi i dorosłymi w pełnym wymiarze działań logopedycznych (logopedia wychowawcza, korekcyjna, artystyczna, surdologopedia), zatrudnieni w placówkach oświatowych lub służby zdrowia;
3. rodzice dzieci korzystających z pomocy logopedycznej – osoby najbliższe dziecku, stanowiące wzorzec komunikacji werbalnej, będące koordynatorami i współwykonawcami działań logopedycznych.

---

<sup>98</sup> Konarzewski K.: Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna. Warszawa 2000; Sobocki M.: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Kraków 1999; Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Warszawa 2001.

W sumie przeprowadziłam 173 wywiady, z których, ostatecznie po odrzuceniu niepełnych - brak odpowiedzi na część pytań spowodowany koniecznością przerwania wywiadu i niemożliwością uzupełnienia go w innym terminie zakwalifikowałam 156 wywiadów, z których informacje posłużyły do dalszych opracowań.

Ukształtowana ostatecznie próba badawcza miała pod względem liczebności oraz głównych cech demograficznych (wykształcenie, płeć, wiek, miejsce pracy, staż pracy) stanowić próbkę dla odpowiadających im populacji. Po przeprowadzeniu badań nastąpiło kodowanie i porządkowanie zebranych materiałów oraz analiza ilościowa, jakościowa i statystyczna.

W doborze terenu i próby badawczej do kolejnej części badań, w której wykorzystana została metoda studium przypadków, zastosowany został również dobór celowy. Teren, z którego wywodziły się konkretne przykłady pacjentów z zaburzeniami mowy ograniczony został do obszaru województwa śląskiego. Próba badawcza także dobrana została w sposób celowy. Jest to dopuszczalne jak pisze Denzin: „...jeśli interesują nas przypadki,... nieczęsto spotykane, to modele próby nielosowej są właściwe”<sup>99</sup>. W przeprowadzonych badaniach podstawowym kryterium doboru było *wystąpienie i zdiagnozowanie u dziecka zaburzenia mowy*, które wymagało zastosowania odpowiednich zabiegów pomocowych świadczonych przez funkcjonujący obecnie system opieki logopedycznej. Drugim kryterium był etap edukacyjny, na którym znajdowało się dziecko.

Do badań wybrałam w sumie 10 dzieci, w tym:

- 3 dzieci uczęszczało do przedszkola (w tym z oddziałami integracyjnymi – 1 przedszkolak);
- 7 dzieci uczęszczało do szkoły podstawowej (masowej – 3 uczniów, z oddziałami integracyjnymi – 2 dzieci, do szkoły podstawowej specjalnej – 2 chłopców).

Płeć i wiek nie stanowiły czynnika znaczącego przy rozpatrywanym zagadnieniu. Przy dokonywaniu pogrupowania indywidualnych przypadków posłużyłam się zaproponowaną przez S. Grabiasa klasyfikacją zaburzeń mowy uwzględniającą

---

<sup>99</sup> Denzin N. K.: *The Reserch Act*; Aldine Public. Co. , Chicago 1970, s. 240. I Hellig: *Metoda badań biograficznych (W): Kultura i Społeczeństwo* 1985/3, s. 94-95 „...wnioskujemy nie na zasadzie prawdopodobieństwa, lecz na zasadzie wiarygodności”.

postępowanie logopedyczne<sup>100</sup>. Ów badacz wyróżnił trzy zasadnicze grupy zaburzeń wraz z odpowiadającą im procedurą logopedyczną:

1. zaburzenia mowy związane z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi (procedurą logopedyczną jest budowanie kompetencji językowej i kulturowej), usprawnianie realizacyjne jest procedurą wtórną:
  - głuchota i niedosłuch – 2 dzieci,
  - alalia i dyslalia – 2 dzieci,
  - oligofazja – 2 dzieci,
2. zaburzenia mowy związane z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych, przy zdobytych kompetencjach (procedurą logopedyczną jest usprawnianie realizacji różnych poziomów systemu komunikacyjnego):
  - a) zaburzenia realizacji fonów;
    - dysglosja – 0
  - b) zaburzenia realizacji ciągu fonicznego:
    - mowa bezkrtaniowców – 0
    - gielkot – 0
    - jąkanie – 2 dzieci
  - c) zaburzenia realizacji fonów i ciągu fonicznego:
    - anartria, dyzartria – 1 dziecko
- 3) zaburzenia mowy związane z rozpadem systemu komunikacyjnego (procedurą logopedyczną jest odbudowanie wszystkich typów kompetencji i usprawnianie realizacji):
  - afazja – 1 dziecko,
  - schizofazja – 0.

Przeprowadziłam badania dotyczące dziesięciorga dzieci. Spotykałam się z nimi na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bytomiu, uczestnicząc czynnie w realizowanej terapii logopedycznej. Do poniższego opracowania wybrałam analizy trójki dzieci z różnymi deficytami mowy.

---

<sup>100</sup> Grabias S.: Mowa i jej zaburzenia (W): Audiofonologia 1997, t. 10, s. 32 – 34.

Próba ta nie byłaby reprezentatywna przy zastosowaniu badań ilościowych, jest jednak dopuszczalna w badaniach jakościowych. Zestawione powyżej przykłady zaburzeń mowy stanowią dowód działań systemu opieki logopedycznej i jego plastyczności w reagowaniu na specyficzne potrzeby społeczne.

Badania zmierzające do przedstawienia specyfiki funkcjonowania systemu opieki logopedycznej w naszym województwie, w oparciu o konkretne przypadki dzieci z zaburzeniami mowy, prowadzone były od czerwca 2005 do grudnia 2006 roku. Realizowane były na terenie kilku poradni psychologiczno-pedagogicznych, logopedycznych, w kilku przedszkolach, w tym z oddziałami integracyjnymi, w szkołach podstawowych masowych i z oddziałami integracyjnymi, a także w szkołach podstawowych dla dzieci z upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego w obrębie Górnego Śląska.

### **5. Charakterystyka badanych grup respondentów.**

Na podstawie analiz dokonanych z informacji zebranych z części metrycznej wywiadów przeprowadzonych z nauczycielami, logopedami i rodzicami, dokonałam charakterystyk grup osób objętych badaniami.

Wśród cech, które były przedmiotem zainteresowania w trzech grupach respondentów wyróżniłam: płeć, wiek, wykształcenie.

**Tabela nr 1.** Zróżnicowanie respondentów w poszczególnych grupach ze względu na płeć.

płeć \ Grupa respondentów	Nauczyciele		Logopedzi		Rodzice		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobieta	52	100,00	49	94,00	44	85,00	145	92,94
Mężczyzna	0	0,00	3	6,00	8	15,00	11	70,50
Razem	52	100,00	52	100,00	52	100,00	153	100,00

Jak wynika z tabelarycznego zestawienia danych dotyczących płci 100% nauczycieli to kobiety. Wśród logopedów biorących udział w badaniach było 3 mężczyzn (6%). Rodzice, z którymi przeprowadziłam wywiad to także w większości kobiety – 44 osoby (85%). Feminizacja zawodu nauczyciela w polskiej szkole podstawowej była wyraźnie zaznaczona, także w przeprowadzonych badaniach. Podobnie sytuacja wygląda w grupie logopedów. Wśród rodziców, którzy wypowiedzieli się na temat opieki logopedycznej świadczonej wobec ich dzieci było 8 mężczyzn. Rodzice to głównie ludzie młodzi, czynni zawodowo, którzy obowiązki rodzicielskie dzielili ze swoimi życiowymi partnerami. Ogółem w badanej populacji przebadanych zostało 92,94% kobiet i 7,06% mężczyzn.

**Tabela nr 2.** Wiek badanych osób w poszczególnych grupach.

wiek	Grupa respondentów		Nauczyciele		Logopedzi		Rodzice		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
do 30 lat	6	12,00	2	4,00	13	25,00	21	13,46		
31-40 l.	26	50,00	27	52,00	26	50,00	79	50,64		
41-50 l.	18	35,00	21	40,00	10	19,00	49	31,41		
51-60 l.	2	4,00	2	4,00	3	6,00	7	4,48		
61 lat i powyżej	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Razem	52	100,00	52	100,00	52	100,00	156	100,00		

Rozkład wskazań dotyczących wieku w poszczególnych grupach był podobny, dla osób będących między 31 a 40 rokiem życia i stanowi po około 50% respondentów. Bardzo podobnie wygląda odsetek tego wskazania w poszczególnych przedziałach wiekowych dla nauczycieli i logopedów. Osób do 30 roku życia było więcej wśród nauczycieli – 12% niż wśród logopedów 4%, ale tyle samo było w obu grupach osób czynnych zawodowo między 51 a 60 rokiem życia – 4%. W grupie rodziców 25% badanych to osoby bardzo młode (do 30 lat) i nieliczną grupę (21%), w porównaniu z nauczycielami (36%) i logopedami (42%), tworzyły osoby od 41 do 50 lat. Ogółem najliczniejszą grupę (50,64%) stanowiły osoby w przedziale wiekowym 31 - 40 lat, najmniej w badanej populacji było osób w wieku 51 - 61 lat.

**Tabela nr 3.** Zróżnicowanie respondentów ze względu na poziom wykształcenia.

wykształcenie \ Grupa respondentów	Nauczyciele		Logopedzi		Rodzice		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
wyższe	51	98,00	52	100,00	5	10,00	108	69,23
średnie	1	2,00	0	0,00	15	29,00	16	10,25
zawodowe	0	0,00	0	0,00	21	40,00	21	13,46
podstawowe	0	0,00	0	0,00	11	21,00	11	7,05
Razem	52	100,00	52	100,00	52	100,00	153	100,00

Wyraźne różnice uwidaczniają się w prezentowanym poziomie wykształcenia (tabela nr 3) badanych osób.

Nauczyciele w 99%, a logopedzi w 100 % to ludzie, którzy legitymowali się wykształceniem wyższym. Inaczej zupełnie przedstawiał się ów rozkład wykształcenia w grupie rodziców. Osoby z wyższym wykształceniem stanowiły 10% badanej populacji. Najliczniejszą część reprezentowali ludzie z wykształceniem zawodowym 42%, a co najsmutniejsze, aż 21% spośród tej grupy było osobami z wykształceniem podstawowym (nie zawsze pełnym). Ogółem 69,23% badanych to osoby z wyższym wykształceniem, 7,05% to grupa respondentów z wykształceniem podstawowym. Widoczne były znaczne dysproporcje we wskazaniach ogólnych i szczegółowych określających poziomy wykształcenia badanych osób.

Pozostałe wskaźniki metryczne są wspólne dla grupy nauczycieli i logopedów, a odrębne dla grupy badanych rodziców, których dzieci uczęszczają na zajęcia logopedyczne.

Charakteryzując specyficzne cechy respondentów z grupy logopedów na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, iż były to osoby zatrudnione głównie w poradniach psychologiczno-pedagogicznych – 19 osób, w szkołach podstawowych w tym z oddziałami integracyjnymi i w szkołach specjalnych - 17 osób, w przedszkolach, poradniach logopedycznych, wielospecjalistycznych pracowało 9 osób. Znaczący był fakt, iż logopedzi pracowali zazwyczaj w dwóch instytucjach lub nawet trzech w niepełnym wymiarze godzin. To zjawisko miało swoje odzwierciedlenie w przyporządkowaniu do resortu oświaty lub/i zdrowia. Tu również

często (7 osób z badanej grupy) logopedzi pracowali w placówkach obu Ministerstw. Osoby zatrudnione na stanowisku logopedy, to także osoby o szerokich kwalifikacjach – 100% posiadało prócz dyplomu z podstawowej dziedziny studiów świadectwo ukończenia studiów podyplomowych, 41 osób miało dwa certyfikaty studiów podyplomowych lub kursów kwalifikacyjnych, a 18 logopedów trzy takie zaświadczenia. Kierunki dodatkowych kwalifikacji u większości respondentów ściśle łączyły się z wykonywanym zawodem stwarzając szerokie możliwości oddziaływań terapeutycznych.

Rodzice dzieci objętych opieką logopedyczną to ludzie posiadający różne kwalifikacje zawodowe – 44 osoby. W badanej grupie było 8 osób bez zawodu, a w całej tej populacji aż 26 osób niepracujących (czyli 50%). Czterdzieści osób żyło w pełnych rodzinach, a 12 w niepełnych. Rodzice wskazali, iż dzieci objęte zajęciami logopedycznymi to głównie jedynacy - 40 osób. Po dwoje dzieci z 10 rodzin objętych było opieką logopedyczną, a w 2 przypadkach terapia logopedyczna świadczona była trójce dzieci z jednej rodziny. Warunki mieszkaniowe badani określali w 50% jako dobre, nikt z respondentów nie ocenił swojej sytuacji socjalno-bytowej jako bardzo złej.

Wszyscy nauczyciele zatrudnieni byli w resorcie edukacji, z czego 27 osób pełniło funkcję wychowawcy przedszkolnego, a 26 osób to nauczyciele zintegrowanej edukacji. W badanej grupie była jedna osoba pracująca w tych obu typach placówek. W masowych przedszkolach pracowało 19 osób, sześciu w przedszkolach z oddziałami integracyjnymi, a dwie w przedszkolach specjalnych. W szkole podstawowej masowej zatrudnionych było 18 nauczycieli. Spośród badanej grupy respondentów, czterech pracowało w szkole z klasami integracyjnymi, a czterech w specjalnej szkole podstawowej dla dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. Nauczyciele legitymowali się szerokimi kwalifikacjami. Oprócz dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów magisterskich - 98%, w badanej grupie 48 osób posiadało świadectwo ukończenia studiów podyplomowych, 30 nauczycieli ukończyło dwie, a 15 badanych trzy formy kształcenia nadające dodatkowe kwalifikacje. Studia podyplomowe, kursy kwalifikacyjne zazwyczaj stwarzały możliwość wzbogacenia swego podstawowego warsztatu pracy.

## **ROZDZIAŁ III**

### **ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.**

#### **Część I**

#### **Studium historyczne**



### III.1.

## **Pierwsze specjalistyczne ośrodki pomocy logopedycznej na Górnym Śląsku.**

"Za początek logopedii w Polsce przyjmuje się datę powstania pierwszego ustrukturalizowanego warsztatu logopedycznego, a mianowicie placówki założonej przez dra Władysława Ołtuszewskiego (1892)<sup>101</sup>.

Wszystko, co poprzedza tę datę G. Demel przyjmuje za "prehistorię". Tę prehistorię logopedii tworzyli głównie ludzie przejezdni, którzy zatrzymywali się w większych miastach polskich i zdobywali klientelę poprzez reklamę prasową.

O lekarzu wędrownym donosił np. "Kurier Warszawski" z 1874 roku. Był to Emil Denhard, kierownik zakładu dla jąkających się w Westfalii. Przyjmował on pacjentów korzystając z gościnności dra Kazimierza Rozentala na Nowym Mieście. Praktykę tę prowadził przez kilka miesięcy, przyjął ponad stu pacjentów<sup>102</sup>.

Prehistorię tworzą również rozproszone działania podejmowane w związku z rozwojem sztuki oratorskiej, homiletyki, teatru szkolnego itp. Troskliwie pielęgnowane są one w szkołach jezuickich, pijarskich, a także w niektórych szkołach wyrosłych z dorobku Komisji Edukacji Narodowej. Elementy logopedyczne odnaleźć można także w pracy nauczycieli żywego słowa, którzy prowadząc naukę deklamacji i dykcji korygowali wadliwą wymowę. Takim nauczycielem była np. Alojza Traugutt, córka ostatniego dyktatora powstania styczniowego. "Panna Alojza korygowała wymowę dziewczynek, uczyła poprawnego i wyrazistego czytania przemawiania oraz deklamowania wierszem i prozą..."<sup>103</sup>.

---

<sup>101</sup> Demel G.: Próby doskonalenia systemu pomocy logopedycznej (w świetle potrzeb dziecka szkolnego) Praca doktorska 1974, maszynopis - w Bibliotece Zakładu Pedagogiki Rewalidacyjnej U.W. a także Zakładu UMCS w Lublin, s. 18; por Demel G.: Władysław Ołtuszewski. W: Logopedia 1975/12; Ołtuszewski W: Higiena mowy. Warszawa 1896; Ołtuszewski W.: Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach (niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie) Warszawa 1895; Ołtuszewski W.: Zboczenia Mowy. Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie. Warszawa 1902.

<sup>102</sup> Prus B.: Kroniki. Warszawa 1956. Tom I, s. 274.

<sup>103</sup> Wawrzykowska-Wierciochowa D: Kościuszkowa prawnuka. Warszawa 1974, s. 57.

Początki teorii i praktyki logopedycznej oraz instytucjonalizacja polskiej logopedii miały miejsce w ośrodkach: warszawskim, krakowskim, wileńskim, lubelskim i śląskim<sup>104</sup>.

### ***1. Poradnia Logopedyczna przy Instytucie Fonetycznym w Katowicach.***

Pionierem ruchu logopedycznego na Górnym Śląsku w okresie międzywojennym był ksiądz prof. dr Stanisław Wilczewski<sup>105</sup>.

Za datę rozpoczęcia szeroko zakrojonej pracy w tym zakresie należy uważać rok 1915<sup>106</sup>. Ksiądz Stanisław Wilczewski przeprowadził wtedy wśród księży ówczesnej diecezji wrocławskiej ankietę, z analizy której wynikało, że większość z nich ma "niedomagania głosowe" (mimo zdrowych narządów mowy). Występują one na skutek nieprawidłowego używania narządów mowy, przez co ich wydajność i żywotność w pracy jest niższa.

Lekarze laryngolodzy potwierdzili hipotezę ks. S. Wilczewskiego, iż wiele schorzeń głosowych powstaje na skutek nieprawidłowego używania, eksploatacji narządów mowy, a leczenie farmakologiczne nie daje rezultatu.

Ks. S. Wilczewski udowodnił więc, że księża już podczas studiów powinni przechodzić specjalne przeszkolenie fonetyczne. To stało się pretekstem do podjęcia studiów w tej dziedzinie.

W roku 1916 rozpoczął studia w Państwowym Laboratorium Fonetycznym Uniwersytetu w Hamburgu<sup>107</sup> (kierowanego przez prof. Panconcelli Calzia) poświęcone fonetyce eksperymentalnej i wyszkoleniu głosów, także w wypadkach patologicznych<sup>108</sup>. Studia te zakończył w roku 1921 obroną pracy doktorskiej „Phonoprosotische und Phonotopische Untersuchungen von Lippenlanten” (Stopień i miejsce dźwięczności spółgłosek wargowych).

---

<sup>104</sup> Ze względu na ograniczoną objętość niniejszego opracowania przedstawiam tylko literaturę w wyborze dotyczącą poszczególnych ośrodków teorii i praktyki logopedycznej w Polsce (zob. wykaz literatury).

<sup>105</sup> Patrz Szramek E.: Instytut Fonetyczny w Katowicach. W: Rocznik Towarzystwa Przyjaciół Nauk na Śląsku 3/1931 - 6/1938.

<sup>106</sup> Basista W.: Ks. Wilczewski (w 60 rocznicę pracy fonetycznej i logopedycznej) W: Tygodnik Powszechny 31.08.1975.

<sup>107</sup> Tam też studiowali czołowi polscy językoznawcy, jak Tytus Boni, Halina Koneczna, Maria Dłuska, Witold Doroszewski i in.

<sup>108</sup> Basista W.: Ks. Wilczewski..., s. 23-25.

Pomimo propozycji pozostania w Hamburgu wrócił do kraju. Po plebiscycie w 1922 roku osiadł w Katowicach, by służyć odradzającej się Ojczyźnie w dziedzinie dotąd zaniedbanej. Równoległe z rozpoczętą organizacją działalności logopedycznej na Śląsku w latach 1924-1927 studiował psychologię mowy oraz fonetykę polską w Uniwersytecie Warszawskim. Studia te były uzupełnieniem poprzednio odbytych w Hamburgu, a także umożliwiły mu zapoznanie się z naukową terminologią w języku polskim powyższych zagadnień.

W 1922 roku założył w Katowicach Instytut Fonetyczny – Poradnię Logopedyczną przy ul. Poniatowskiego 34<sup>109</sup>. W placówce tej zajmował się poza korekcją zaburzeń mowy i głosu podnoszeniem techniki żywego słowa. Instytut wyposażony był w odpowiedni sprzęt badawczy, jak: pneumograf, fonograf Edisona, laryngoskop, spirometr, kymograf, stroboskopowy labiograf i inne. Prowadził tu także badania z zakresu fonetyki eksperymentalnej, ogólnej i stosowanej uwzględniając główne problemy logopedyczne.

Jerzy Skwara w artykule „Alchemia mowy” opisując pracownię księdza S. Wilczewskiego zwrócił uwagę na fakt, że przez tę Poradnię „przez lata przeszły setki ludzi, którym przywracał ksiądz doktor radość czystej mowy”<sup>110</sup>. Pomoce, aparaturę, narzędzia, preparaty służące księdzu w pracy terapeutycznej, powyższy autor przyrównał do przyrządów średniowiecznego alchemika. Podobieństwo było jednak tylko pozorne, czytamy bowiem dalej: „Ksiądz Wilczewski nie poprzestaje na stosowaniu w swych badaniach tylko wynalezionych poprzednio aparatów (...) służących do pomiaru ruchów oddechowych, drgań pochodzących bezpośrednio z ust i nosa przy mówieniu. Dziełem księdza Wilczewskiego jest aparat do mierzenia ruchu warg przy mówieniu – labiograf. Wynalazł go w roku 1922, a jeszcze obecnie fonetyczna literatura zagraniczna pisze o tym wynalazku”<sup>111</sup>. Informacje te potwierdzają wielkie zaangażowanie Wilczewskiego oraz nieustanne poszukiwanie lepszych, skuteczniejszych metod, narzędzi diagnozy i terapii logopedycznej.

---

<sup>109</sup> Por. M. Chęciek, J. Nowakowska-Kempna: Z historii logopedii na Śląsku. W: Logopedia 23/1996. Powyżsi autorzy uznają datę założenia Instytutu Logopedycznego za początki logopedii śląskiej z okresu przedwojennego.

<sup>110</sup> Skwara J.: Alchemia mowy. O działalności księdza prof. dr Stanisława Wiczewskiego. W: Gość Niedzielny z dnia 30.01.1955, nr 5, s. 6.

<sup>111</sup> Op.cit., s. 6.

W latach 50 i 60 Instytut wyspecjalizował się w prowadzeniu (z wykorzystaniem badań - Ch. van Ripera) terapii jękających się.

Ks. dr Stanisław Wilczewski na kursach oświatowych organizowanych wówczas przez Towarzystwo Czytelni Ludowych prowadził wykłady z ćwiczeniami pod tytułem „Technika żywego słowa”.

Przedstawiał zagadnienia dotyczące techniki mówienia i błędów wymowy, szerzył kulturę żywego słowa także poprzez organizowanie teatrów żywego słowa i publikacje z zakresu fonetyki i logopedii.

Angażując się w organizowanie szkolnictwa polskiego na terenie Katowic, został zatrudniony w Męskim Gimnazjum im. Adama Mickiewicza na etacie katechety, uczył oprócz religii również języka polskiego, propedeutyki filozofii i estetyki wymowy. Pracował tam do 1927 roku.

Od roku 1927<sup>112</sup> prowadził na zlecenie ówczesnego Wydziału Oświecenia Publicznego kursy profilaktyczne z zakresu higieny głosu i mowy w Państwowym Seminarium Nauczycielskim (męskim) w Mysłowicach, Tarnowskich Górach, Pszczynie, Nowej Wsi a od 1929 roku także w Śląskim Seminarium Duchownym w Krakowie na prośbę ks. bp. Lisieckiego<sup>113</sup>.

W przemówieniu inauguracyjnym wygłoszonym przez S. Wilczewskiego w Państwowym Seminarium Nauczycielskim męskim w Mysłowicach, przy okazji wprowadzenia nowego przedmiotu nauczania „Sztuka higienicznego mówienia” prelegent zwrócił uwagę na kilka aspektów pracy nauczyciela. Podkreślał, że „głos jest najniezbędniejszym narzędziem przy spełnianiu wzniosłej naszej służby, (...) Sprostac musi olbrzymim wprost wysiłkom”<sup>114</sup>. Nauczenie się racjonalnego wykorzystywania swojego narzędzia pracy było możliwe dzięki uczestnictwu w zajęciach ks. S. Wilczewskiego, szczególnych, gdyż „odbędzie się takie wykształcenie, po raz pierwszy w tym seminaryjum, po raz pierwszy w naszym województwie, po raz pierwszy w Polsce”<sup>115</sup>

---

<sup>112</sup> Wernic D.: Głos, instrument niedoceniony. W: Kierunki Nr 21. Warszawa - Kraków 25.05.1975.

<sup>113</sup> por. Wilczewski S.: Wyzkolenie fonetyczne jako nowy przedmiot o zasadniczym znaczeniu dla kształcenia nauczycieli. Sprawozdanie z 15-lecia pracy w Państwowym Seminarium Nauczycielskim w Pszczynie. Katowice 1937.

<sup>114</sup> Wilczewski S.: Przemówienie inauguracyjne. W: Kuźnica Ducha II/III 1929 r., nr 4, s. 3.

<sup>115</sup> Op.cit., s.4

W 1930 roku ks. S. Wilczewski na zaproszenie Dyrekcji Państwowego Konserwatorium Muzycznego w Katowicach objął wykłady "higieny mowy" z uwzględnieniem fizjologii akustyki fonetyki eksperymentalnej<sup>116</sup>. Przedmiot ten był obowiązkowy. Rosło zainteresowanie władz oświatowych sprawami opieki nad głosem<sup>117</sup>.

W komunikacie Wydziału Oświecenia Publicznego, z dnia 15.05.1931 roku przeczytać można na temat fonastonii, która występuje u wielu nauczycieli. Podane są jej prawdopodobne przyczyny oraz sposoby przewycięzania. Jak czytamy dalej w Dzienniku: „Najskuteczniejszą pomocą jest kurs t. zw. higieny mowy, która to nauka usiłuje osiągnąć maksimum wyników (głos wyraźny, silny, trwały) przy minimum wysiłku”. Kurs fonetyczny dla czynnych nauczycieli miał być prowadzony przez ks. dr S. Wilczewskiego – jak podaje Dziennik – w formie kursów zbiorowych (do 20 uczestników) i kursów indywidualnych (do 4 uczestników). Zajęcia były zaplanowane w Poradni ks. Wilczewskiego w Katowicach. W prezentowanym tekście urzędowym podano: „Higiena mowy służy nie tylko nauczycielowi samemu, wyrabiając jego instrument zawodowy, lecz daje mu możliwość ochrony od wad głosowych dziatwy (...) Ponadto nauka ta przyczynia się do podniesienia kultury ojczystego języka i śpiewu. Dlatego Wydział Oświecenia Publicznego zaleca nauczycielstwu udział we wspomnianych kursach”<sup>118</sup>.

Wydział Oświecenia Publicznego Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego otworzył w 1934 roku bezpłatną fonetyczną poradnię leczniczą dla nauczycieli i młodzieży powierzając kierownictwo ks. S. Wilczewskiemu.

W komunikacie zamieszczonym w gazecie Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego z 1934 roku napisano, iż: ...poradnia fonetyczna w Instytucie Fonetycznym ks. S. Wilczewskiego udzielać będzie bezpłatnych porad:

- a) nauczycielom dotkniętym fonestenią, zawodową chorobą nauczycielstwa, powstałą w skutek nieumiejętnego używania narządów mowy,

---

<sup>116</sup> Szramek E.: Instytut Fonetyczny..., 1931/3.

<sup>117</sup> Komunikat w sprawie kursów fonetycznych dla nauczycieli. W: Dziennik Urzędowy Wydziału Oświecenia Publicznego Województwa Śląskiego. Katowice, 15V1931, nr 5.

<sup>118</sup> Op.cit.

- b) młodzieży szkolnej posiadającej wadliwą wymowę (jąkanie, seplenienie, niewyraźna wymowa itp.)<sup>119</sup>.

Znalazła się także wskazówka odnosząca się do rodziców, którym ...należy uświadomić, że wadliwa wymowa utrudnia dzieciom naukę szkolną, a w przyszłości przeszkadzać im może w samodzielnym życiu<sup>120</sup>.

Na wniosek ks. Stanisława Wilczewskiego Wydział Oświecenia Publicznego nawiązał współpracę z laryngologami w sprawie badań uczniów i kandydatów do zawodu nauczycielskiego. Ich zadaniem było stwierdzenie i usunięcie ewentualnych anomalii, które mogłyby utrudnić prawidłowe wyszkolenie głosu u powyższych grup<sup>121</sup>. Poprzez tę pracę laryngologodzy wypełnili lukę w opiece higienicznej nad młodzieżą.

Ks. dr Stanisław Wilczewski swą szeroką wiedzę i doświadczenie wykorzystywał także wygłaszając referaty na zjazdach naukowych w kraju i na kongresach międzynarodowych. Uczestniczył m. in. w 1930 roku w kongresie Międzynarodowego Stowarzyszenia dla Fonetyki Eksperymentalnej w Bonn, w 1932 w Międzynarodowym Kongresie Fonetycznym w Amsterdamie<sup>122</sup>. Tę ożywioną działalność przerwała wojna.

Po wojnie, w 1948 roku Instytut Fonetyczny wznowił swoją działalność. W latach 1950 do 1963 ks. Stanisław Wilczewski prowadził wykłady i ćwiczenia z zakresu higieny i estetyki mowy w Seminarium Śląskim w Krakowie. Na wniosek Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach w 1973 roku przeprowadził kurs dokształcający dla logopedów z województwa katowickiego w zakresie rehabilitacji jąkania<sup>123</sup>. Podobne kursy przeprowadzał w latach 1974 i 1975 dla logopedów z innych województw.

W całej działalności ks. dra S. Wilczewskiego<sup>124</sup> zarówno tej sprzed, jak i powojennej, można wyróżnić 3 dziedziny zainteresowań:

---

<sup>119</sup> Szramek E.: Instytut Fonetyczny... 1931/4, patrz: U. W. Śl. Wydział Oświaty Publicznej: Komunikat o fonetycznej poradni leczniczej W: Gazeta Urzędowa Województwa Śląskiego, dział Administracji Szkolnej. Katowice, 3X1936 r., nr 10, poz. 219.

<sup>120</sup> Op.cit., s. 35-36 w Instytucie Fonetycznym z ks. Wilczewskim współpracowali: asystent logopedy, instruktor, lekarz laryngolog, lekarz neurolog i inżynier radioelektryk.

<sup>121</sup> Op.cit., s. 36-37.

<sup>122</sup> Op.cit., s. 37.

<sup>123</sup> Basista W.: Ks. S. Wilczewski (w 60 rocznicę pracy fonetycznej i logopedycznej) W: Tygodnik Powszechny 31.08.1975.

<sup>124</sup> Por.: I. Karkosz: Stanisław Wilczewski - pionier logopedii w Polsce. W: Chowania 1993, t. 1, s. 52-58.

1. fizjologia głosu - wypracował metodę służącą zapobieganiu schorzeniom głosu i walczył o włączenie do programu kształcenia nauczycieli obowiązkowego wyszkolenia fonetycznego,
2. kultura żywego słowa - wypracował własny system poprawnej wymowy polskiej; zakładał w uczelniach, w których pracował teatry żywego słowa,
3. patologia głosu - zajmował się przede wszystkim zaburzeniami mowy w płaszczyźnie suprasegmentalnej i segmentalnej; opracował skuteczną metodę usuwania jąkania<sup>125</sup>.

Ad.1.

Opracowana przez ks. S. Wilczewskiego metoda zapobiegająca schorzeniom głosu polegała na zharmonizowaniu pracy aparatu oddechowego i głosowego na bazie podparcia oddechowego przy rozluźnionych mięśniach narządu głosu. Troską o narząd głosu uzasadniał potrzebę współpracy z lekarzem laryngologiem. S. Wilczewski wielokrotnie występował także z projektem wprowadzenia obowiązkowego przygotowania fonetycznego z higieny głosu do zakładów kształcących przyszłych mówców, a przede wszystkim nauczycieli<sup>126</sup>.

Wyniki ankiety przeprowadzonej w Niemczech w 1929 r. mobilizowały ks. S. Wilczewskiego do działań, wykazały, że ponad 50% nauczycieli cierpiało na fonastenię. S. Wilczewski w artykule pt. "Wyszkolenie fonetyczne jako nowy przedmiot o zasadniczym znaczeniu dla kształcenia nauczycieli pisał: "Wiedza /**treść**/, zdolności pedagogiczne /**metoda**/, głos /**instrument**/ to trzy pierwiastki równorzędne, których synteza wytwarza typ nauczyciela umiającego sprostać olbrzymim wymaganiom doby obecnej<sup>127</sup>.

---

<sup>125</sup> Por.: Ks. S. Wilczewski: Teoretyczne założenia i metoda usuwania jąkania. W: Logopedia 1967/7.

<sup>126</sup> Z myślą o duchownych opracował „Program i metodę fonetyczno-higienicznego wyszkolenia alumnów. Kielce 1929. Zawarł w nim najistotniejsze wskazania dotyczące posługiwania się i dbania o narząd głosu. Najważniejszą zasadą, ideą przewodnią programu było „osiągnąć najlepsze wyniki przy najmniejszych wysiłkach”. Podstawowe części tego programu wydzielone zostały przy wyodrębnianiu niezbędnych składników tworzących głos, mowę: „Temi składowymi pierwiastkami są: oddychanie, rezonans, artykulacja (ORA)” (Op.cit. s. 4). W programie zamieszczony został opis składowych zagrożeń, na jakie są one narażone oraz propozycje ćwiczeń stymulujących ich funkcjonowanie. W programie Książdz zaproponował korzystanie z konkretnych metod (Op.cit., s. 9-11)

<sup>127</sup> Sprawozdanie z 15-lecia pracy w Państwowym Seminarium Nauczycielskim w Pszczynie. Katowice 1937.

Obecnie dzięki staraniom ks. S. Wilczewskiego fonetyka jest przedmiotem obowiązującym we wszystkich seminariach duchownych w Polsce.

Ad. 2.

Wypracował własny system uczenia poprawnej wymowy polskiej. Znany był na Śląsku jako wybitny mówca. Dla szerzenia kultury żywego słowa zakładał i prowadził teatry żywego słowa. Przygotował wykładowców fonetyki pastoralnej.

W artykule „Higiena mowy” zamieszczonym w „Kurierze Warszawskim” S. Wilczewski podkreślał: „Techniczne wyćwiczenie głosu winno być pierwszym i nieodzownym warunkiem dla każdego, kto pragnie wrażenia przelewać w umysły innych”<sup>128</sup>. A dalej jeszcze zwracał się z apelem „Pragnąć szczerze należałoby (...), abyśmy więcej uwagi poświęcali naszej pięknej mowie ojczystej, tak mało dziś jeszcze cenionej, mimo jej wielkiej słodyczy, bogactwa i mocy (...) Umiejętność władania głosem i mową stanowić powinna jedną z zasadniczych cech dobrego Polaka!”<sup>129</sup> W słowach tych drzemie nie tylko troska o piękno mowy, szacunek do języka ojczystego, ale i patriotyzm, który ks. S. Wilczewskiego zachęcał do działania.

Ad.3.

W dziedzinie patologii mowy zajmuje się fonestenią jako zawodową chorobą nauczycieli i księży, ale także innymi wadami mowy (seplenienie, rynolalia), ale przede wszystkim jękaniem. Opracował skuteczną metodę usuwania jękania, jej punktem wyjścia było stwierdzenie, że w czasie śpiewu jękanie nie występuje, ponieważ do istoty śpiewu należy zjawisko wydłużania samogłosek. Wydłużanie samogłosek w czasie mówienia również korzystnie wpływa na płynność mowy. Połączenie rehabilitacji psychicznej z odpowiednimi indywidualnymi ćwiczeniami wymowy przy współpracy osoby towarzyszącej oraz potraktowanie całości leczenia jako sprawy rodziny i społeczności przynosiło bardzo dobre rezultaty<sup>130</sup>.

Doniosłe zadanie spełniał Instytut Fonetyczny w okresie do 1939 r., kiedy był jedyną placówką logoterapeutyczną na terenie Górnego Śląska, oraz po wojnie, gdy tych

---

<sup>128</sup> Wilczewski S.: „Higiena mowy”. W: Kurier Warszawski z dnia 4XII1927 r.

<sup>129</sup> Op.cit..

<sup>130</sup> Wyniki swych badań nad jękaniem ks. S. Wilczewski opublikował w artykule: Teoretyczne zagadnienia... W: Logopedia 1967 nr 7. Zaprezentował sposoby usuwania jękania przy wykorzystaniu: terapii fizjologicznej, terapii fizjologiczno-psychologicznej (s. 106-108), podał specjalne wskazania pedagogiczne niezbędne dla powodzenia terapii jękania (s. 108-109), a w zakończeniu opisał zastosowania tejsze metody w szkolnictwie.



placówek było niewiele. Po II wojnie światowej Instytut Fonetyczny był placówką funkcjonującą na zasadach prywatnej poradni specjalistycznej. Koszty leczenia pokrywał głównie miejski wydział zdrowia. W latach sześćdziesiątych dodatkową działalnością Instytutu było prowadzenie praktyk dla słuchaczy pierwszego w Polsce Podyplomowego Studium Logopedycznego, funkcjonującego w Uniwersytecie M. Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Tu także swe pomysły w tworzeniu tej placówki wniósł S. Wilczewski.

W uznaniu zasług na polu pracy fonetycznej i logopedycznej 89-letniemu S. Wilczewskiemu przyznana została "Śląska Nagroda im. Juliusza Ligonia".

Ksiądz Stanisław Wilczewski zmarł w wieku 94 lat (12.06.1980 r.) w Katowicach. Tu też, na cmentarzu przy ul. Sienkiewicza znajduje się jego grób, z wyrytym na płycie nagrobnej napisem *Effeta*, który oznacza w języku aramejskim „otwórz się” (w rozumieniu: „bądź zdolny do mówienia!”).

Kontynuatorem dzieła ks. Wilczewskiego jest obecnie ks. Władysław Basista. Współcześnie mimo znacznej ilości poradni logopedycznych do ks. Wł. Basisty zgłaszają się pacjenci z województwa i całego kraju, dzieci przedszkolne, uczniowie szkół podstawowych, średnich, studenci i osoby starsze z prośbą o skuteczną pomoc logopedyczną.

## **2. Ośrodki dla niedosłyszących i głuchych.**

W pierwszych latach po odzyskaniu niepodległości na polskim Górnym Śląsku nie było szkoły dla głuchych, ponieważ Racibórz, który dotychczas kształcił dzieci głuche z tego terenu pozostał po stronie Niemiec. Dzieci te posyłano więc do Zakładu Głuchych w Kościanach w Wielkopolsce.

#### a. Zakład dla głuchoniemych w Raciborzu.

Historia dzisiejszego **Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Niedosłyszących i Słabosłyszących** w Raciborzu sięga XIX wieku, kiedy to grupa przyjaciół dzieci głuchoniemych w 1836 roku, dysponując skromnymi funduszami przystąpiła do zorganizowania dla nich zakładu na terenie miasta Raciborza. Na podjęcie tej decyzji miały wpływ dwie zasadnicze przyczyny: pierwsza - narastająca liczba młodzieży głuchoniemej na tym terenie, druga - trudności w skierowaniu tej młodzieży do Zakładu Głuchoniemych we Wrocławiu.

Pierwsze lata istnienia zakładu przypadające na lata 1836-40 obfitowały w wiele trudności i tylko dzięki samozaparciu i poświęceniu organizatorów zakładu doprowadzono do zrealizowania podjętych zamierzeń. Braki lokalowe, a przede wszystkim braki funduszy sprawiły, że pierwszą grupę przyjętych czterech głuchych wychowanków ulokował w swoim własnym mieszkaniu nauczyciel tego zakładu Edward Weinhold.

Początek XX wieku to okres największego wzrostu liczby wychowanków w zakładzie ich liczba osiągnęła wówczas 430 wychowanków uczących się w 38 klasach pod kierunkiem 40 nauczycieli. Z chwilą wybuchu I wojny światowej odebrano zakładowi nowy gmach, który od tej pory nigdy do zakładu nie powrócił. Jednocześnie znacznie pogorszyły się warunki bytowe wychowanków. W czasie II wojny światowej zakład w dużej części został zniszczony. Mimo wyniszczenia i zrujnowania 5 sierpnia na polecenie Kuratorium Śląskiego Okręgu Szkolnego w Katowicach Adam Szymczak pierwszy powojenny dyrektor zakładu podjął się misji mającej na celu reaktywowanie szkoły dla głuchych. Mając do dyspozycji pokaźne kredyty przydzielone przez Fundusz Odbudowy Szkół w Katowicach, w krótkim czasie, bo do 15 lipca 1949 roku, doprowadził do odremontowania spalonej części zakładu. Oficjalne rozpoczęcie działalności zakładu nastąpiło 15 lutego 1950 roku. W roku szkolnym 1949/50 przybywało na stałe 70 dzieci głuchych. W miarę napływu dzieci do zakładu zwiększała się również ilość zatrudnianych w nim pracowników pedagogicznych do liczby 26 osób. W czerwcu 1950 roku starostwo oddało Zakładowi budynek przy

obecnej ulicy Wojska Polskiego, co znacznie poprawiło warunki socjalne oraz warunki pracy z młodzieżą niesłyszącą. Uczniowie uczyli się następujących zawodów: krawiectwa damskiego, krawiectwa męskiego, tkactwa, stolarstwa oraz szewstwa. W 1951 roku było już 172 wychowanków, a w 1955 roku opuściło zakład pierwszych 14 absolwentów.

Od początków istnienia powojennego zakładu palącą potrzebą stała się budowa własnych warsztatów szkolnych, ponieważ dotychczasowe pomieszczenia zastępcze nie spełniały należytych warunków – były ciasne, ciemne i nie gwarantowały warunków pełnego bezpieczeństwa, efektywnego kształcenia zawodowego. W 1960 roku udało się zrealizować dotychczasowe zamierzenia. Wybudowano budynek z przeznaczeniem na warsztaty szkolne, w których młodzież zaczęła odbywać praktyczną naukę zawodu oraz zajęcia z przedmiotów zawodowych. W roku 1994 powołano do życia szkołę średnią, 5 – letnie technikum dla niesłyszących kształcące w kierunku gastronomicznym i od 1999 roku poligraficznym. Młodzież kończąca ZSZ ma możliwość uzupełnić wykształcenie uczęszczając (od 2001 roku) do 3 – letniego technikum kształcącego w zawodach: technik technologii drewna, technik technologii żywności, technik poligraf. W 2002 r. w zakładzie przebywało 288 dzieci, w tym w Szkole Podstawowej 50 uczniów, w Gimnazjum - 68, w ZSZ - 87, w Technikum - 83. Większość dzieci mogła skorzystać z miejsca w internacie (240 miejsc) oraz wyżywienie w szkolnej stołówce. Zakład zatrudniał 112 nauczycieli i wychowawców<sup>131</sup>.

#### b. Śląski Zakład dla Głuchych w Rybniku oraz Lublińcu.

Poradnie, ośrodki szkolno-wychowawcze dla głuchych i niedosłyszących, w których nauczyciele korygowali wady mowy i głosu, należały do głównych placówek, z których wywodzili się logopedzi. Na Śląsku takie placówki funkcjonowały w Rybniku i Lublińcu.

---

<sup>131</sup> Opracowano na podstawie informacji zawartych w kronikach OSWniS w Raciborzu.

Na uwagę zasługuje postać dra Kazimierza Głogowskiego (ur. w 1897 roku, zmarł 6.01.1987 r.), który stał się głównym organizatorem opieki logopedycznej na Górnym Śląsku po II wojnie światowej, ale który swą działalność w tym kierunku rozpoczął już znacznie wcześniej.

Kazimierz Głogowski<sup>132</sup> po zakończeniu studiów pedagogicznych, uwieńczonych w 1928 r. doktoratem był przez szereg lat nauczycielem w szkole dla dzieci głuchych (czas wolny poświęcał pracom naukowym z zakresu patologii mowy).

W pracy K. Głogowskiego zaznacza się działalność dydaktyczna, naukowa i praktyka logopedyczna. Brał czynny udział w zjazdach naukowych organizowanych w kraju i za granicą. Poznał funkcjonowanie ośrodków dla dzieci głuchych w Czechosłowacji, Niemczech, Austrii, Szwajcarii, a zebrane doświadczenia wykorzystał w swojej działalności. Prowadził cykle wykładów dla pielęgniarek zatrudnionych w żłobkach, wychowawczyń przedszkoli, studentów akademii medycznych, lekarzy, psychologów, nauczycieli i rodziców dotyczący psychologii, rozwoju i patologii mowy.

W 1935 roku powierzono mu stanowisko dyrektora Zakładu dla Głuchych w Rybniku, który w tym samym roku przeniesiono do Zakładu w Lublińcu. Główną dziedziną jego zainteresowań było dziecko głuchonieme, jego psychika, mowa i życie w społeczeństwie.

K. Głogowski występował także z referatami na Kongresach Międzynarodowego Towarzystwa Logopedycznego i Foniatrycznego. Opublikował wiele prac systematyzując i upowszechniając swoje dokonania<sup>133</sup>.

K. Głogowski chciał stworzyć wzorcową placówkę dydaktyczno-wychowawczą o charakterze naukowym. Dążenia te miały swe odzwierciedlenie w redagowanych przez niego i wydawanych Rocznikach Śląskiego Zakładu dla Głuchych. Z chwilą wybuchu wojny praca ta została przerwana i podjęta po odzyskaniu wolności.

Był związany z pracą placówek opieki logopedycznej na Śląsku, między innymi z dwoma Zakładami dla Głuchych.

---

<sup>132</sup> Łyżyczka J.: Sylwetki naukowe pionierów logopedii i dyscyplin pogranicznych. Dr K. Głogowski (maszynopis).

<sup>133</sup> Wykaz prac K. Głogowskiego (w wyborze) podaję w aneksie.

W dniu 13.IV.1926 r. Śląska Rada Wojewódzka w Katowicach powzięła uchwałę utworzenia zakładu dla dzieci głuchych w pawilonach przy Szpitalu Psychiatrycznym w Rybniku.

„Śląska Rada Wojewódzka na podstawie § 31 Rozporządzeń wykonawczych do Ustawy o opiece społecznej z dnia 8 III 1871 r. (G.S.S. 130) i 11 VIII 1891 r. (G.S.S. 300) i Ustawy z dnia 7 VIII 1911 r. w przedmiocie szkolenia dzieci głuchoniemych i ociemniałych, jak również opierając się na przewidzianych w budżecie województwa śląskiego na rok 1926 dział IX § 14 kredytach uchwała:

W pawilonie przy zakładzie psychiatrycznym w Rybniku mających być oddane do dyspozycji Wydziału P.O. tworzy się Zakład dla Głuchoniemych. Powołanie do życia tego Zakładu pod względem finansowym, administracyjnym i szkolnym porucza się Panu Wojewodzie<sup>134</sup>. Pod powyższą uchwałą podpisał się Radca Wojewódzki Kierownik Biura Śląskiej Rady Wojewódzkiej dr Dworzański.

Funkcję pierwszego dyrektora Zakładu dla Głuchoniemych w Rybniku do 1931 r. piastował Marian Dudek-Ziemianowski. Następnie obowiązki kierownicze pełnił nauczyciel głuchoniemych Leopold Roik<sup>135</sup>.

„W budynku Zakładu Psychiatrycznego szkoła głuchoniemych mieściła się przez 9 lat. Ciasne normy zakładu w Rybniku nie pozwoliły na pomieszczenie wszystkich głuchoniemych Śląska<sup>136</sup>. Pod tym stwierdzeniem redaktor Rocznika podaje zestawienie przedstawiające stan wychowanków w kolejnych latach pracy Zakładu:

Rok:	Chłopcy	Dziewczęta	Razem
1927	25	20	45
1928	40	32	75
1929	41	39	80
1930	45	40	85
1931	44	37	81
1932	56	44	100
1933	53	46	99
1934	53	50	103

---

<sup>134</sup> Rocznik I Śląskiego Zakładu dla Głuchych w Lublińcu. Redakcja dr K. Głogowski, Dyrektor Zakładu. Lubliniec 1937, s. 91-92.

<sup>135</sup> Op. cit. s.92.

<sup>136</sup> Op. cit. s. 93.

Jak wskazują dane z powyższego zestawienia następował stały wzrost ilości podopiecznych.

Ciasne pomieszczenia nie pozwalały na przyjęcie wszystkich dzieci do zakładu, dla tego postanowiono wybudować na Śląsku nowoczesny zakład dla głuchoniemych w Lublińcu. Zakład dla Głuchych w Rybniku pracował od 1927 do 1935 roku. Następnie został „wchłonięty” przez powstałą placówkę w Lublińcu.

Historia **Ośrodka dla Niesłyszących i Słabosłyszących w Lublińcu**<sup>137</sup> sięga roku 1928. Wtedy to z inicjatywy Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach rozpoczęto prace koncepcyjne związane z jego budową. Brała w nich udział m.in. Maria Grzegorzewska (1888-1967), ówczesny dyrektor Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Prace budowlane, rozpoczęły się w 1929 r. a zakończono je na wiosnę 1935 roku.

Śląski Zakład dla Głuchoniemych w Lublińcu (taką nazwę nosiła wówczas placówka) 1 kwietnia 1935 roku przekazany został do użytkowania. „Zakład ten zbudowany został w formie nowoczesnego miasteczka... Zajmuje on 10 ha powierzchni terenu leśnego, leżącego w pobliżu parku i kąpieliska miejskiego, oddalonego o 2,5 km od centrum miasta Lublińca”<sup>138</sup>. I jak czytamy dalej w Kronice Śląskiego Zakładu „na zabudowania... składały się piękne pawilony, jasne sale lekcyjne szkoły podstawowej, warsztaty przysposobienia zawodowego, internaty chłopców i dziewcząt, sala gimnastyczna, budynki gospodarcze, administracyjne oraz portiernia”<sup>139</sup>.

Placówka uznawana była za nowoczesną i najładniejszą w owym okresie w Europie pod względem architektonicznym, zaprojektowana i wybudowana z myślą o specjalnych potrzebach edukacyjno-wychowawczych dziecka z wadą słuchu. W dniu 23 kwietnia 1935 roku, po wielkanocnej przerwie świątecznej 102 wychowanków niesłyszących, pobierających do tej pory naukę w Śląskim Zakładzie dla Głuchoniemych w Rybniku przeniesionych zostało do Lublińca.

---

<sup>137</sup> Ziótek K., Machoń H.: Zespół Ośrodków Specjalnych dla niesłyszących i słabosłyszących w Lublińcu. Przeszłość - dzień dzisiejszy - przyszłość. Lubliniec 2002 r.; Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Niesłyszących i Słabosłyszących „Informator” oprac. Ewa Jeziorska, Kazimierz Ziótek, Henryk Machoń. Lubliniec 2006.

<sup>138</sup> Historia Zasadniczej Szkoły Zawodowej w Państwowym Zakładzie Wychowawczym dla dzieci głuchych nr 1 w Lublińcu. Opracował: Moroń Mateusz - Kierownik Warsztatów Szkoły Zawodowej. Lubliniec, listopad 1959 r. [Kronika, album szkoły], s. 2.

<sup>139</sup> Op. cit. s. 3.

„W cichej i pełnej zaparcia w siebie pracy usuwa się straszne następstwa głuchoty, usuwa się niemotę, która bez pomocy szkoły zakułaby duch dziecka na zawsze w kajdany niedorozwoju umysłowego. Dzień w dzień o godzinie 8 rano rozpoczyna się nauka w szkole w 12 klasach, w każdej od 10 do 13 uczniów. Szkoła rozwija swych wychowanków, ciesząc się ich rozwojem, ciesząc się również każdym zdaniem samodzielnie przez głuchego ucznia wypowiedzianym”<sup>140</sup>.

Organizacja dnia, roku szkolnego, przeznaczenie kolejno opisanych budynków Zakładu dokładnie przedstawione są w artykule, z którego pochodzi powyższy cytat. Skrupulatne zaplanowanie zajęć ma służyć wychowaniu, rozwijać wychowanków, a także współpracę z domem rodzinnym. „Zakład nie jest tylko szkołą, ale także domem. Zakład musi w zastępstwie rodziców dzieci wychowywać”<sup>141</sup>.

Zgodnie z postanowieniem Ustawy z dnia 25 I 1937 r. o Śląskim Zakładzie dla Głuchych w Lublińcu, w artykule 1 możemy przeczytać, iż jest on „...wojewódzkim zakładem opiekuńczo-wychowawczym. Opiekuńczo - wychowawcze zadania spełnia zakład przez wykonywanie nad dziećmi głuchoniemymi całkowitej opieki w internacie zakładowym oraz udzielanie dzieciom głuchoniemym nauki w zakresie powszechnej szkoły specjalnej w szkole zakładowej”<sup>142</sup>. A dalej mamy wskazania dotyczące wychowanków: „Do Śląskiego Zakładu dla Głuchoniemych mogą być przyjmowane dzieci głuchonieme bez różnicy pod względem płci i wyznania, w wieku od 7 do 13 lat”<sup>143</sup>.

Regulamin Śląskiego Zakładu w § 2 podaje zadania, które placówka spełnia, a także określa maksymalną ilość przebywających w niej wychowanków: „...nie może przekroczyć liczby 300”<sup>144</sup>.

Pierwszym dyrektorem Śląskiego Zakładu dla Głuchoniemych w Lublińcu został dr Kazimierz Głogowski (1897-1988), który objął to stanowisko w wyniku konkursu. Odbierając nominację od ówczesnego Wojewody Śląskiego dr. Michała Grażyńskiego, nowy dyrektor usłyszał jednocześnie słowa, które mocno utkwily mu w sercu i stały

---

<sup>140</sup> Głogowski K.: Wędrowka po Zakładzie dla Głuchych w Lublińcu. W: Rocznik I Śląskiego Zakładu dla Głuchoniemych w Lublińcu. Red. Dr K. Głogowski - Dyrektor Zakładu. Lubliniec 1937, s. 32.

<sup>141</sup> Op. cit. s. 37.

<sup>142</sup> Op. cit. s. 93.

<sup>143</sup> Op. cit. s. 94.

<sup>144</sup> Op. cit.

się przesłaniem jego pracy. Wyrażały one pragnienie Wojewody, by Zakład w Lublińcu był placówką na europejskim poziomie nie tylko pod względem architektonicznym, ale i dydaktyczno-naukowym.

Przesłanie to jest ciągle aktualną wartością, urzeczywistnianą w istniejących warunkach dla dobra dziecka z wadą słuchu, jak i całego społeczeństwa, do życia, w którym jest ono przygotowywane.

W latach 1935-1939 w ówczesnym Zakładzie przebywało od 102 do 130 wychowanków, których nauczało i wychowywało 12 nauczycieli i 6 wychowawców, np. w roku szkolnym 1936/37 w klasach I-VII Szkoły Podstawowej naukę pobierało 129 wychowanków.

W okresie międzywojennym wychowankowie placówki oprócz wiedzy ogólnej, przechodzili przysposobienie w różnych zawodach rzemieślniczych. Chłopcy uczyli się ślusarstwa, szewstwa, introligatorstwa, zecerstwa i krawiectwa, a dziewczęta gotowania, prania, szycia i prasowania.

„W przeciągu trzech lat każdy chłopiec przejdzie obowiązkowo wszystkie warsztaty, zaznajamiając się z obróbką drzewa, skóry, tkanin, papieru, tektury, żelaza, blachy i szkła. W ten sposób każdy chłopiec rozwija swoją inteligencję praktyczną, nabiera wprawy i zręczności, a szkoła obserwując go przy pracy podczas obróbki różnorodnego materiału, może orzec, do jakiego zawodu, albo jakiej kategorii zawodów należy chłopca przekazać”<sup>145</sup>.

Dbano też o rozwój fizyczny wychowanków. Jedną z nowocześniejszych budowli w tym czasie w Zakładzie była sala gimnastyczna. Na stosunkowo dużym terenie placówki wybudowano także stadion sportowy z boiskiem do gry w piłkę nożną, bieżnią i skoczniami do uprawiania lekkoatletyki, a także korty tenisowe.

Na przepływającym przez teren Zakładu strumieniu zbudowano zbiornik wodny, na którym w okresie letnim urządzano kąpielisko i uczono dzieci pływania, a zimą tworzone tam lodowisko.

Dyrektor Zakładu dbał także o ścisłą współpracę z rodzicami swoich wychowanków.

„Współpraca z rodzicami ma ułatwić i pomóc nam w zupełnym pozyskaniu przez nas

---

<sup>145</sup> Głogowski K.: Wędrówka po Zakładzie ... s. 35.



dziecka, oraz ma dom rodzicielski pozyskać bez reszty dla naszego wysiłku”<sup>146</sup>. Na stronach Rocznika II Śląskiego Zakładu K. Głogowski publikował listy rodziców i starał się rzeczowo na nie odpowiadać.

W dniu 1 września 1939 roku, gdy rano niemieckie oddziały Wehrmachtu wkraczały do Lublińca, polskie dzieci niesłyszące, wraz z nauczycielami i wychowawcami, zmuszone zostały do opuszczenia swojego miejsca nauki i wypoczynku, by podzielić tragiczny los całego Narodu.

Władze hitlerowskiej III Rzeszy pierwotnie przeznaczyły Zakład na potrzeby kształcenia niemieckich dzieci głuchych. Planowano m.in. przenieść do Lublińca Zakład dla Głuchoniemych z Raciborza, funkcjonujący w okresie międzywojennym w granicach Niemiec. Później odstąpiono od tego zamiaru, uruchamiając w 1940 roku w Zakładzie ośrodek (Nationalpolitische Erziehungsanstalt) dla młodzieży hitlerowskiej.

Po oswobodzeniu Lublińca w styczniu 1945 roku, do nietkniętego pożogą wojenną Zakładu wrócili, zarówno jego pierwszy dyrektor, jak też inni pracownicy, którzy przeżyli wojnę. Przyjechali również dotychczasowi wychowankowie, którzy ocalili podczas wojny. Wszyscy oni włożyli ogrom pracy i energii w przywrócenie funkcjonowania placówki i ochronę pozostałego w nim dobytku przed szabrownikami.

„Ciężkie były początki nauki po wyzwoleniu Lublińca. Nauka w Śląskim Zakładzie dla Głuchych w Lublińcu odbywała się w prawie gołych klasach i bez żadnych pomocy naukowych. Odczuwało się brak pulpitów, stołów, krzeseł, tablic, kredy, podręczników. Uczniowie posiadali tylko zeszyty i ołówki”<sup>147</sup>.

10 kwietnia 1946 roku Zakład, który przed wojną był instytucją samorządową podlegającą Śląskiej Radzie Wojewódzkiej, został upaństwowiony. Przyczyniło się to rozwiązania problemów finansowo-zaopatrzeniowych i organizacyjnych. Wraz z upaństwowieniem zmieniła się dotychczasowa nazwa placówki na Państwowy Zakład Wychowawczy dla Dzieci Głuchych Nr 1 w Lublińcu. W styczniu 1961 roku patronem Zakładu został wybrany syn powstańca śląskiego i były pracownik Zakładu, działacz Związku Harcerstwa Polskiego - Konrad Mańka (1915-1942).

---

<sup>146</sup> Rocznik II Śląskiego Zakładu dla Głuchoniemych w Lublińcu. Red. K. Głogowski. Lubliniec czerwiec 1938, s. 9.

<sup>147</sup> Historia Zasadniczej Szkoły Zawodowej w Państwowym... s. 4.

Po raz kolejny lubliniecka placówka szkolno - wychowawcza dla dzieci i młodzieży z uszkodzeniem słuchu, które z racji swej niepełnosprawności nie mogły uczęszczać do przedszkoli i szkół masowych w miejscu zamieszkania, zmieniła nazwę 1970 roku na Ośrodek Szkolno-Wychowawczy Nr 1 dla Nieślyszących im. Konrada Mańki, tak było do 1995 r.

W roku 1995 lubliniecki Ośrodek obchodził jubileusz 60-lecia działalności. Z tej okazji odbyło się szereg uroczystości okolicznościowych. Przyniosło to wymierne efekty dydaktyczno - wychowawcze i ekonomiczne oraz sprawiło, że Ośrodek wyraźniej zaistniał na oświatowej mapie województwa i kraju.

A od 1 października 1996 roku placówka przyjęła nową nazwę Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy Nr 1 dla Nieślyszących i Słabosłyszających im. Konrada Mańki w Lublińcu.

Z nowym rokiem szkolnym 2000/2001 dwie lublinieckie placówki, o bogatych tradycjach edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu, które funkcjonowały dotąd samodzielnie: Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 1 dla Nieślyszących i Słabosłyszających im. Konrada Mańki i Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Nieślyszących nr 2 im. Janusza Korczaka rozpoczęły działalność w ramach wspólnej struktury organizacyjnej, tworząc Zespół Ośrodków Specjalnych.

Pozwolę sobie w tym miejscu umieścić kilka zdań przedstawiających drugą z placówek dla dzieci głuchych.

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci nr 2 w Lublińcu powstał w oparciu o Zarządzenie Ministra Oświaty z dnia 25 IX 1951 r., jako forma realizacji uchwały o powszechności nauczania głuchych. Postawione przed placówką zadania wszechstronnego rozwoju wychowanków - dzieci głuchych, upośledzonych umysłowo oraz rewalidacji w dostępnym dla nich zakresie realizował od 1 sierpnia 1952 roku. Ośrodek ten był placówką wyjątkową, nowego typu, gdyż tu po raz pierwszy w kraju zetknięto się z problemem zorganizowanej rewalidacji dzieci głuchych i upośledzonych umysłowo<sup>148</sup>. Od początku działalności poszukiwano skutecznych metod nauczania i wychowania. Nie było, bowiem ministerialnego programu dla

---

<sup>148</sup> Ziótek K., Machoń M.: Zespół Ośrodków dla Nieślyszących i Słabosłyszających w Lublińcu. Przeszłość - dzień dzisiejszy - przyszłość. Lubliniec 2002, s. 28 - 29.

szkoły tego typu. W 1962 r. w oparciu o dziesięcioletnie doświadczenie pedagogów szkoły, pod kierunkiem instruktora Ośrodka Metodycznego, powstał program nauczania dla wszystkich klas szkoły specjalnej dostosowany do możliwości dzieci głuchych z równoczesnym upośledzeniem umysłowym<sup>149</sup>.

W strukturach Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Głuchych znajdował się także internat. Został otwarty w 1952 r. wraz z całą placówką i umieszczony w tym samym budynku. Początkowo warunki były trudne, a wynikało to z trudności lokalowych. Grupy były liczne, o dużej rozpiętości poziomu umysłowego i fizycznego oraz ze znacznym zróżnicowaniem wieku. Ilość wychowanków w grupie zawierała się od 14 w najmłodszych grupach do 25 dzieci w najstarszych. Stan ten trwał przez lata.

Patronem Ośrodka wybrano Janusza Korczaka. Jego dzieła umożliwiły rewizję procesu nauczania i wychowania głuchych upośledzonych umysłowo pod kątem Jego idei. Wyrazem realizacji Jego założeń dotyczących wychowania, a odnoszących się do samorozwoju i samowychowania była dobrze zorganizowana praca samorządu wychowanków. Organizowano także, na wzór korczakowski, raz w miesiącu apele społeczności Placówki<sup>150</sup>. Ta idea przetrwała do dnia dzisiejszego.

Od sierpnia 1952 r. do Ośrodka przybywali wychowankowie, którzy pozostawali w nim by uczyć się tu i mieszkać przez cały okres edukacji w szkole. W październiku 1952 r. wychowanków było 80, a w czerwcu roku następnego już około 140. Kierowani byli przez Ośrodek Selekcji Dzieci z Wadami Mowy i Słuchu w Warszawie oraz przenoszeni z istniejących zakładów dla dzieci głuchych o normalnym rozwoju intelektualnym, przyjeżdżali ze wszystkich województw Polski<sup>151</sup>. I tak jest po współczesność. Wychowankowie przebywają w Ośrodku przez dziesięć miesięcy w roku. Niestety, część rodziców ogranicza się do przywiezienia dzieci do placówki i odebrania na wakacje letnie. Kontakt z rodzicami dzieci jest utrudniony ze względu na znaczne rozproszenie rodzin po terenie kraju<sup>152</sup>.

---

<sup>149</sup> Op. cit., s. 30.

<sup>150</sup> Op. cit., s. 50 - 51.

<sup>151</sup> Op. cit., s. 67 - 68.

<sup>152</sup> Kronika Zakładu Dzieci Głuchych w Lublińcu. Lubliniec 1995, s. 11.

Zespół Ośrodków Specjalnych w Lublińcu, to nowa, samorządowa placówka, która połączyła w jedno dwie bardzo specyficzne. Ustanowiona decyzją Rady Powiatu Lublinieckiego na posiedzeniu w dniu 17 kwietnia 2000 r., została zlokalizowana w obiektach malowniczo położonego Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego nr 1 dla Nieśłyszących i Słabosłyszących im. Konrada Mańki. Zespół Ośrodków stanowił największą placówkę szkolno-wychowawczą dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej słuchowo w Polsce, zarówno pod względem obszaru, na który był zlokalizowany, jak liczby wychowanków. Na terenie o powierzchni 10 hektarów, wkomponowanym w duży, sosnowy kompleks leśny, oprócz szkół, internatów i warsztatu szkolnego znalazły się: sala gimnastyczna, siłownia, jadalnia na 200 miejsc, budynek administracji, budynki gospodarcze, szklarnie, nowoczesne, ekologiczne kotłownie, budynki mieszkalne oraz rozległe tereny rekreacyjno-sportowe. Budynek Szkoły Podstawowej i Gimnazjum wyposażony został w podjazdy dla wózków inwalidzkich i windy, które to likwidowały bariery architektoniczne dla osób z niepełnosprawnością ruchową.

Od 1 września 2004 roku placówka przyjęła nazwę Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Nieśłyszących i Słabosłyszących w Lublińcu.

Liczba uczniów w Ośrodku objętych kształceniem i wychowaniem specjalnym na poszczególnych poziomach nauczania w latach 2000 – 2005 prezentuje tabela nr 4.

**Tabela nr 4.** Liczba uczniów w Ośrodku lublinieckim na poszczególnych poziomach nauczania w latach 2000 – 2005.

Rok szkolny	Liczba uczniów ogółem				
	Szkoła Podstawowa	Gimnazjum	ZSZ	Technikum Zawodowe	Policealna Szkoła Zawodowa
2000/2001	75	46	175	38	-
2001/2002	64	64	123	46	-
2002/2003	56	54	106	57	-
2003/2004	47	51	77	67	-
2004/2005	40	31	86	52	-

Na przestrzeni 70 lat funkcjonowania Ośrodka liczba absolwentów Szkoły Podstawowej wyniosła 1174<sup>153</sup>, Gimnazjum - 66, ZSZ - 1982, Technikum – 73. Ogółem Ośrodek poszczycić się może 3295 absolwentami.

Obecnie placówka przeznaczona jest dla dzieci i młodzieży z uszkodzeniem słuchu w wieku od 3 do 18 lat, które z racji swej niepełnosprawności nie mogą uczęszczać do szkół i przedszkoli w miejscu zamieszkania, a dla uczniów kontynuujących naukę w szkole średniej do 24 roku życia.

Głównym zadaniem Ośrodka jest zapewnienie uczniom takiego poziomu przygotowania ogólnego, zawodowego i społecznego, by w miarę swych możliwości, byli zdolni do samodzielnego życia w rodzinie, w środowisku i społeczeństwie, w którym przyjdzie im funkcjonować, jako osobom dorosłym. Zadanie to jest realizowane w placówce zgodnie z zasadami współczesnej pedagogiki przy wykorzystaniu metod dostosowanych do specjalnych potrzeb edukacyjnych wynikających z niepełnosprawności uczniów.

Dla realizacji tych zadań w ramach organizacyjnych Ośrodka w Lublińcu funkcjonują:

- Szkoła Podstawowa Specjalna nr 6 dla Niesłyszących i Słabosłyszących;

<sup>153</sup> Bez absolwentów SOSW nr 2.

- Szkoła Podstawowa Specjalna nr 2 dla Nieślyszących Upośledzonych w Stopniu Lekkim, Umiarkowanym i Znacznym;
- Gimnazjum Specjalne nr 5 dla Nieślyszących i Słaboslyszących;
- Gimnazjum Specjalne nr 6 dla Nieślyszących Upośledzonych w Stopniu Lekkim, Umiarkowanym i Znacznym;
- Policealna Szkoła Zawodowa Specjalna dla Nieślyszących i Słaboslyszących;
- Technikum Specjalne nr 4 dla Nieślyszących i Słaboslyszących
- Technikum Uzupełniające Specjalne dla Nieślyszących i Słaboslyszących
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa Specjalna nr 3 dla Nieślyszących i Słaboslyszących, upośledzonych umysłowo oraz ze sprzężeniami;
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa Specjalna nr 4 dla Upośledzonych Umysłowo w Stopniu Lekkim;
- Internat dziewcząt i chłopców;
- Warsztaty Szkolne;
- Biblioteka.

W zależności od potrzeb i możliwości Ośrodka w ramach organizacyjnych szkół podstawowych mogą także funkcjonować oddziały przedszkolne dla dzieci od 3 do 6 lat.

Organem prowadzącym Ośrodek jest Powiat Lubliniecki, a organem nadzorującym Śląski Kurator Oświaty w Katowicach.

Szkoła podstawowa i gimnazjum wyposażone są w aparaturę słuchową i inne urządzenia wspomagające rozwój mowy dziecka oraz środki audiowizualne. W placówkach tych zatrudnieni są dodatkowo pedagog szkolny, psycholog oraz logopedzi. Uczniowie uczęszczają na indywidualne zajęcia rewalidacyjne, zajęcia logopedyczne oraz gimnastykę korekcyjną. Zajęcia odbywają się w pracowniach przedmiotowych wyposażonych w specjalistyczne pomoce dydaktyczne. Zajęcia umiejscowione są w gabinetach: języka polskiego, angielskiego i niemieckiego, matematycznym, biologicznym, geograficznym, historycznym, fizyczno -chemicznym oraz pracowniach komputerowych z dostępem do Internetu.

Na terenie Ośrodka prowadzone są terapie specjalistycznym sprzętem, który umożliwia pracę z uczniami Metodą Tomatisa oraz EEG BFB.

W ramach zajęć dodatkowych istnieje możliwość rozwijania indywidualnych uzdolnień w kołach zainteresowań oraz zespołach artystyczno-terapeutycznych.

Wśród absolwentów gimnazjum, pragnących dalej kontynuować naukę i zdobyć średnie wykształcenie, dużym powodzeniem cieszy się Technikum Specjalne w zawodach: technik poligraf, technik technologii odzieży, kucharz.

Uczniowie niepełnosprawni słuchowo mają możliwość kontynuowania nauki w trzyletniej Zasadniczej Szkole Zawodowej, w której mogą zdobyć zawód: krawca, ślusarza, introligatora, kucharza małej gastronomii, po ukończeniu, której mogą dalej kształcić się w Technikum Uzupełniającym Specjalnym. W ramach nauczania i wychowania integracyjnego do zasadniczej szkoły zawodowej przyjmowana jest także młodzież słyszcząca specjalnej troski oraz młodzież niesłysząca z dodatkowymi upośledzeniami. Zajęcia z informatyki w ZSZ i Technikach odbywają się w nowoczesnych i dobrze wyposażonych pracowniach komputerowych.

Po skończonych zajęciach w szkołach większość uczniów wraca do internatu. Pozostali dojeżdżają codziennie do rodzinnego domu. Obecnie w internacie mieszka około 130 wychowanków z całej Polski. Internat jest ich drugim domem, który zaspokaja potrzeby dzieci i młodzieży w zakresie opieki, nauki, wypoczynku i zabawy. Podczas zajęć internatowych najwięcej czasu poświęca się utrwalaniu wiedzy zdobytej w szkole i doskonaleniu mowy komunikatywnej wychowanków oraz szeroko pojętej kulturze fizycznej. Dzięki harmonijnej współpracy szkół, internatu i domu rodzinnego uczniów możliwe jest osiągnięcie znaczących sukcesów w pracy dydaktyczno-wychowawczej z dziećmi i młodzieżą specjalnej troski edukacyjnej.

W kształceniu dzieci z wadą słuchu wykorzystywane są specjalne zasady i metody nauczania. Praca z dzieckiem niesłyszącym i słabosłyszącym wymaga od nauczyciela wiele cierpliwości, uporu i życzliwości. Efekty jego działań przychodzą z trudem i bardzo powoli. Do niedawna w polskiej pedagogice głuchych niepodzielnie panowała *metoda oralna*. Dopiero od końca lat osiemdziesiątych oprócz tej metody zaczęto równolegle wykorzystywać *metodę migową*.

Obecnie w nauczaniu niesłyszących najczęściej stosuje się amerykańską metodę tzw. „*totalnej komunikacji*”. Jej istotą jest korzystanie na zajęciach z wielorakich środków porozumiewania się, tj. mowy, migów, daktylografii, pisma, mimiki, fonogestów, w

celu jak najpełniejszego dotarcia do uczniów z wadą słuchu i nawiązania z nim w miarę pełnego kontaktu. Tam, gdzie jest to możliwe rozwija się u niesłyszących mowę oraz odczytywanie przez nich mowy z ust, co ułatwia im później funkcjonowanie w środowisku ludzi słyszących.

W Ośrodku na szeroką skalę wprowadza się komputeryzację. Skomputeryzowano dotąd biura, bibliotekę szkolną, gabinet logopedyczny, utworzono nowoczesne pracownie komputerowe w szkole zawodowej i gimnazjum, z dostępem do Internetu.

Dziedzictwo Ośrodka zobowiązuje. Zdają sobie z tego sprawę wszyscy jego pracownicy, stąd ich ogromne zaangażowanie w codziennej pracy dla dobra dzieci i młodzieży niepełnosprawnej słuchowo<sup>154</sup>.

### ***3. Placówki świadczące opiekę logopedyczną na Górnym Śląsku.***

#### **a. Placówki podległe resortowi zdrowia.**

Oprócz Instytutu Fonetycznego od 1949 roku rozpoczęła funkcjonowanie w Katowicach także **Poradnia Zaburzeń Mowy przy Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego**. Jej kierownikiem był wspomniany wcześniej Kazimierz Głogowski, który podejmował próby rozszerzenia działalności Poradni organizując stopniowo inne tego typu placówki.

K. Głogowski był surdopedagogiem, surdologopedią, ale także ortofonikiem. W tym nowym miejscu pracy nauka poprawnej wymowy osób z zaburzeniami komunikacji językowej stała się nowym, pokrewnym przedmiotem jego zawodowych i badawczych zainteresowań. Wyniki tych badań i bogate zawodowe doświadczenia z tego zakresu publikował on w licznych artykułach prasowych, referatach i odczytach wygłoszonych na wielu specjalistycznych konferencjach krajowych i zagranicznych, sympozjach oraz spotkaniach z rodzicami dzieci o nieprawidłowym rozwoju mowy i wadach wymowy.

Kierując katowicką poradnią ortofoniczną dr K. Głogowski nie zaprzestał dotychczasowej aktywności i pedagogicznej troski o niesłyszących. Zajmował się

---

<sup>154</sup> A. Kiser, Dobra marka, Dziennik Zachodni Nr 16 z 19 kwietnia 2002 r., s. 5



m. in. poradnictwem i ćwiczeniami logopedycznymi z dziećmi głuchymi. Organizował i prowadził kursy dla głuchych analfabetów. Był współorganizatorem Wojewódzkiego Oddziału Polskiego Związku Głuchoniemych i ich Przyjaciół w Katowicach oraz przez pewien okres dyrektorem Biura tego stowarzyszenia. Uznając edukację rodziców za jeden z istotnych warunków efektywnego procesu rozwoju dziecka z uszkodzonym słuchem i przygotowania go do optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie K. Głogowski współorganizował w 1959 r. pierwszą w Polsce poradnię dla tej grupy rodziców przy wspomnianym wyżej Śląskim Oddziale Związku Głuchych w Katowicach oraz przygotował cieszący się dużym zainteresowaniem poradnik dydaktyczny dla rodziców zatytułowany: „Rodzice i dziecko. Kurs korespondencyjny”. **Poradnia dla Rodziców Dziecka Głuchego** finansowana była przez Wydział Oświaty. Do zasadniczych jej celów należało nauczanie mowy dźwiękowej dzieci przedszkolnych. Zajęcia prowadzili bezpłatnie wykwalifikowani nauczyciel dzieci głuchych. O dobrych efektach pracy w tej placówce świadczył fakt ukończenia szkoły dla dzieci słyszących przez 4 pacjentów tej poradni<sup>155</sup>. W 1961 r. Poradnię rozwiązano z powodu trudności lokalowych i braku kadry pedagogicznej. W latach 1959 - 1960 dr Kazimierz Głogowski, będąc uznanym autorytetem w polskiej surdopedagogice i posiadając wielki szacunek w środowisku niesłyszących uczestniczył w trzech kongresach Światowej Federacji Głuchych. W 1963 r., przygotowywał, we współpracy z innymi badaczami państw europejskich parających się problematyką dziecka niesłyszącego, projekt „Biuletynu Biograficznego”, który obejmował ówczesny stan piśmiennictwa dotyczący wykorzystania kodów manualnych w kształceniu dzieci głuchych. K. Głogowski swoje zainteresowania naukowe skupiał na dwóch problemach logopedycznych:

1. surdopedagogice - opracował zagadnienia dotyczące psychologii i porozumiewania się dziecka głuchego oraz kształcenia zawodowego i adaptacji społecznej człowieka głuchoniemego<sup>156</sup>,

---

<sup>155</sup> Służyńska L.: Zanim powie mam. W: Trybuna Robotnicza 8.05.1960 r.

<sup>156</sup> por. Głogowski K.: Dobór zajęć i zawodów dla głuchoniemych. Katowice 1952; Głogowski K.: Środowisko warunkujące rozwój mowy dziecka głuchoniemego. W: Szkoła Specjalna 1961/1; Głogowski K.: Walka szkoły dla głuchych z kalectwem niemoty. W: Świat Głuchych 1966/2.

2. patologii mowy - analizował problemy rehabilitacji mowy u osób jąkających się<sup>157</sup>.

Był członkiem Polskiej Akademii Nauk, aktywnie zaangażowany w prace Komisji Nauk Psychologicznych katowickiego oddziału.

W 1978 r. dr K. Głogowski przeszedł na zasłużoną emeryturę. Będąc w sędziwym wieku nie przerwał jednak dotychczasowej, wieloletniej owocnej aktywności zawodowej. Z właściwą sobie energią, zaabsorbowany był niemal do końca problemami ortofoniczno-logopedycznej i troską o prawidłowy rozwój mowy fonetyczno-artykulacyjnej i osobowości niepełnosprawnego dziecka.

Zmarł w styczniu 1988 r. w wieku 90 lat. Pochowany został na cmentarzu w Katowicach, w kwaterze zasłużonych<sup>158</sup>.

Jak już wyżej wspomniano, K. Głogowski zorganizował pierwszą w naszym regionie Poradnię Ortofoniczną, na wzór której w następnych latach powołano kolejne poradnie w Bielsku, Częstochowie, Gliwicach, Pszczynie, Tarnowskich Górach, Zabrze. Na przełomie lat 60 i 70-tych do placówek służby zdrowia zajmujących się opieką logopedyczną należały:

- poradnie ortofoniczne - poradnie zaburzeń mowy; funkcjonowały, jako samodzielne komórki przy przychodni i poradni zdrowia psychicznego lub przy przychodni specjalistycznej, poradnie te przyjmowały pacjentów z zaburzeniami mowy warunkowanymi np. nieprawidłowościami w budowie anatomicznej i chorobami narządów mowy; z uszkodzeniami aparatu słuchowego, centralnego i obwodowego układu nerwowego, upośledzeniem umysłowym itp.
- poradnie foniatryczne - poradnie zaburzeń głosu; przyjmowały pacjentów z uszkodzeniami aparatu głosu i słuchu uwarunkowanymi funkcjonalnie lub organicznie.

Obecnie poradnie ortofoniczne i foniatryczne połączyły swój zakres oddziaływania i w większości funkcjonują pod nazwą poradni logopedycznych. Nie mniej jednak można nadal spotkać się z powyższymi specjalistycznymi nazwami, określającymi specyfikę świadczonych usług.

---

<sup>157</sup> Głogowski K.: Jąkanie w aspekcie zintegrowanej osobowości. W: Logopedia 1969/8/9.

<sup>158</sup> Ziółek K., Machoń H.: Zespół Ośrodków dla... s. 26 -27.

Na wyróżnienie wśród placówek służby zdrowia zasługuje **Poradnia Logopedyczna przy Wojewódzkim Zespole Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży** w Katowicach. Poradnia ta świadczyła pomoc osobom od 3 do 19 roku życia z terenu dawnego województwa katowickiego. Miła charakter konsultacyjny, leczniczy i rehabilitacyjny. W roku szkolnym 1982/83 pracownicy poradni, wykwalifikowani logopedzi, prowadzili szkolenia dotyczące rozpoznawania i postępowania dla personelu pielęgniarstwo - higienicznego zatrudnianego w placówkach oświatowych. W tym czasie przeprowadzono dziewięć siedmiodniowych kursów przeszkalając 713 osób.

Funkcjonująca do dziś, przy ulicy Powstańców 31, Placówka oferuje usługi między innymi w Poradniach: logopedycznej, neurologicznej, laryngologicznej, zaburzeń i wad rozwojowych, audiometrii i innych.

Interesującą problematyką zajmowała się inna śląska placówka - **Zakład Ortodontji Śląskiej Akademii Medycznej** w Zabrze. Prowadzone tu było (i jest nadal) leczenie zespołowe dzieci z wadą wrodzoną - rozszczepem podniebienia. Oprócz działalności terapeutycznej placówka ta zajmowała się pracą naukowo-badawczą.

#### b. Placówki podległe resortowi oświaty.

Istotnym uzupełnieniem działań logopedycznych, podejmowanych przez instytucje i osoby podległe resortowi zdrowia, były placówki oświatowe.

Próby niesienia pomocy logopedycznej w szkołach były podejmowane przez **Szkołną Poradnię Psychologiczno-Lekarską** w Katowicach. Poradnia została otworzona w 1933 r., „jako warsztat pracy psychologa szkolnego przy Śląskim Urzędzie Wojewódzkim”<sup>159</sup>. Na łamach "Spraw Szkolnych na Śląsku" napisano: "Poradnia zajmuje się wszystkimi dziećmi, które sprawiają jakikolwiek rodzaj trudności w wychowaniu i nauczaniu, zarówno w szkole jak i w domu. Do Poradni należy kierować dzieci i młodzież (...) z wadami wymowy (jąkanie, zacinięcie, seplenienie

---

<sup>159</sup> „Sprawy Szkolne na Śląsku”, dodatek do miesięcznika „Chowanna” z 1933 r., dot.: „Pomoc logopedyczna Szkolnej Poradni Psychologiczno-Lekarskiej w Katowicach.”

itp.)"<sup>160</sup>. W sprawozdaniu z działalności Poradni w roku szkolnym 1937/38 podano zestawienie wyszczególniające przyczyny kierowania do niej dzieci. Statystyka przedstawiała się następująco: na 150 pacjentów tylko 10 skierowano z powodu zaburzeń mowy i słuchu<sup>161</sup>.

We wrześniu 1968 roku w **Okręgowej Poradni Wychowawczo-Zawodowej**<sup>162</sup> (następnie Wojewódzkiej Poradni Wychowawczo-Zawodowej) zatrudniono logopedę na potrzeby Katowic i poradni funkcjonujących w województwie. Zasadnicze zadania Poradni w tym względzie koncentrowały się na:

- rozpoznaniu potrzeb logopedycznych dzieci ze szkół katowickich,
- zorganizowaniu opieki logopedycznej w placówkach terenowych.

Badania przeprowadzone w 1968 r. przez Poradnię w katowickich szkołach wykazały, że 86,4% dzieci z zaburzeniami mowy nie było objętych opieką logopedyczną. Po powołaniu gabinetu logopedycznego objęto opieką dzieci z deficytami komunikacji językowej o podłożu organicznym.

Okręgowa Poradnia w Katowicach wypełniała również drugie zadanie werbując i przygotowując pracowników do prowadzenia reedukacji dzieci z zakłóceniami mowy w poradniach miejskich (Będzin, Bytom, Tychy, Tarnowskie Góry, Mysłowice), zachęcała do podejmowania nauki w Podyplomowym Studium Logopedii<sup>163</sup>.

Badania przeprowadzone w przedszkolach na terenie Katowic w 1969 r. w grupach 5 - 6-latków ujawniły, że 25% dzieci miało różnego typu nieprawidłowości mowy. Nie skorygowane w wieku przedszkolnym wady utrwały się w ośrodkowym układzie nerwowym, jako szkodliwe nawyki<sup>164</sup>. Uwzględniając powyższe fakty Okręgowa Poradnia Wychowawczo-Zawodowa wspólnie z Inspektorem Oświaty podjęła działania poszerzające działalność logopedyczną przedszkoli, wykraczające poza ramy programu wychowania przedszkolnego. W 1970 r. powołano w Katowicach, jako

---

<sup>160</sup> Op.cit., s. 11.

<sup>161</sup> „Chowanna” 1939/3. „Sprawozdanie z działalności Poradni Psychologiczno-Lekarskiej w Katowicach,s.40-45.

<sup>162</sup> Łyżyczka I.: Organizacja pracy z dziećmi z wadami wymowy w Okręgowej Poradni Wychowawczo-Zawodowej w Katowicach. W: Chowanna. Katowice 1972, s. 361.

<sup>163</sup> Op. cit., s. 361.

<sup>164</sup> Łyżyczka I.: Korekcja wymowy dzieci w grupach logopedycznych w przedszkolu. W: Zagadnienia Wychowawcze, a Zdrowie Psychiczne. 1975 nr 4, s. 75.

pierwsze w Polsce, trzy eksperymentalne *ogniska logopedyczne*<sup>165</sup>. Rok później funkcjonowały już w kilkunastu przedszkolach na terenie Katowic.

Okręgowa Poradnia wraz z Inspektoratem Oświaty w Katowicach w roku szkolnym 1970/71 prowadziła pracę korekcyjną wad mowy w grupach, w dwóch formach:

- w grupach wyłanianych z dzieci przedszkolnych,
- w ogniskach logopedycznych (wyrównawczych) obejmujących dzieci, które nie uczęszczały do przedszkola, a miały niebawem podjąć naukę<sup>166</sup>.

Reedukację prowadziły nauczycielki przedszkoli przeszkolone w ramach 10-dniowego kursu przez Okręgową Poradnię Wychowawczo-Zawodową. Program szkolenia obejmował zajęcia teoretyczne i praktyczne z zakresu problematyki logopedycznej. Logopeda z Poradni Okręgowej hospitał zajęcia i czuwał nad doбором metod pracy, konsultował trudniejsze przypadki<sup>167</sup>. Ta forma korekcji zaburzeń mowy dzieci przedszkolnych powiodła się, 42,6% dzieci uzyskało bardzo dobre rezultaty korekcji wad, a dobre 33,8% przedszkolaków<sup>168</sup>. Katowicki Inspektorat Oświaty upowszechnił tę formę pracy na inne przedszkola, tak, że w roku 1973/74 prowadzono 27 grup logopedycznych, a w 1974/75 już 40 takich zespołów<sup>169</sup>.

Praca korekcyjna prowadzona przez przeszkolone nauczycielki przedszkolne w ramach godzin ponadwymiarowych była bardzo wskazana (szkoda, że obecnie nie jest realizowana). Rozwiązywano w ten sposób profilaktyczne problemy dzieci z wadami wymowy w szkole podstawowej, zapobiegając ewentualnym trudnościom w nauce czytania i pisania. Ten model pracy logopedyczno - reedukacyjnej był prowadzony tylko w niektórych miastach: Katowicach, Mysłowicach, Sosnowcu - uwzględniając korzyści płynące z powyższej działalności należało go wówczas upowszechnić<sup>170</sup>. Myślę, iż we współczesnej rzeczywistości ta praktyka miałaby swe uzasadnienie i zwolenników wśród wychowawców przedszkolnych, logopedów, rodziców przedszkolaków. Praca, nad kształceniem mowy dziecka prowadzona

---

<sup>165</sup> Nicpoń W.: Mowa Ne trawa. W: Dziennik Zachodni. 8-9.09.1974 r.

<sup>166</sup> Łyzyczka I.: korekcja... s. 76.

<sup>167</sup> Op. cit., s. 77.

<sup>168</sup> Op. cit., s. 80.

<sup>169</sup> Informator o placówkach opieki leczenia i korekcji mowy w województwie katowickim. Instytut Kształcenia Nauczycieli i Badań Oświatowych, Okręgowa Poradnia Wychowawczo-Zawodowa w Katowicach. Katowice, maj 1974.

<sup>170</sup> Op. cit., s. 17.

w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego wieku przez nauczycielki przedszkola, w ramach ranków i zajęć popołudniowych, przynosiła zdecydowanie niższe efekty, niż działania podejmowane w godzinach ponadwymiarowych przez wychowawczynie (po kursie), pod kierunkiem logopedy<sup>171</sup>.

Podobną formę pomocy prowadzili także na terenie naszego województwa nauczyciele szkół specjalnych dla dzieci z obniżonym ilorazem inteligencji. Programy tych szkół przewidywały godziny pracy na indywidualne i zespołowe ćwiczenia dla uczniów z trudnościami w realizacji mowy<sup>172</sup>. W szkołach specjalnych tworzone zespoły korekcyjno-wyrównawcze, w których prowadzono terapię 2 lub 3 razy tygodniowo<sup>173</sup>. W roku szkolnym 1974/75 na 47 szkół specjalnych działających w naszym regionie, 40% zapewniało opiekę logopedyczną swoim uczniom, a 20% prowadziło gabinety logopedyczne z podstawowym wyposażeniem. Zajęcia terapeutyczne prowadzili bezpłatnie nauczyciele tychże szkół, przeszkoleni na kursach logopedycznych<sup>174</sup>.

W marcu 1974 r. Poradnia Wychowawczo-Zawodowa zorganizowała, współpracując z Wydziałem Oświaty i Wychowania w Katowicach, grupę specjalną w przedszkolu nr 52 w Katowicach. Terapię logopedyczną prowadził logopeda i psycholog, zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin. Podobną grupę powołano w 1975 roku w przedszkolu w Świętochłowicach, gdzie logopeda pracował 4 godziny tygodniowo<sup>175</sup>. Obecnie w szkołach specjalnych dla dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim prowadzi się zajęcia terapii logopedycznej w ramach zajęć rewalidacji indywidualnej. Wojewódzka (wcześniej Okręgowa) Poradnia Wychowawczo-Zawodowa w Katowicach niosła pomoc nauczycielom szkół specjalnych, przedszkoli, w planowaniu i organizowaniu opieki logopedycznej na terenie ich placówek. Logopedzi Poradni prowadzili konsultacje z nauczycielami, dotyczące trudnych przypadków zaburzeń mowy oraz współpracowali ze szkołami i przedszkolami w prowadzeniu badań psychologicznych, pedagogicznych i logopedycznych.

---

<sup>171</sup> Łyżyczka I.: Korekcja..., s. 81.

<sup>172</sup> .

<sup>173</sup> Op. cit.

<sup>174</sup> Omylińska U.: Opieka logopedyczna w województwie katowickim. W: Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 1981 nr 3.

<sup>175</sup> Op. cit.

Okręgowa potem Wojewódzka Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna działa nieprzerwanie od wielu lat, obecnie swe zadania realizuje pod szyldem Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna. Działa na rzecz dzieci i młodzieży z dysfunkcjami rozwojowymi, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci:

- z zaburzeniami zmysłów,
- z zaburzeniami mowy,
- z zaburzeniami rozwoju psychofizycznego, upośledzeniami umysłowymi, z dysfunkcjami narządu ruchu, z zaburzeniami psychiatrycznymi (w tym z autyzmem), ze sprzężonymi zaburzeniami rozwoju i chorobami przewlekłymi,
- ze specyficznymi trudnościami w nauce wynikającymi z dysfunkcji OUN.

Celem statutowym Poradni jest wspomaganie rozwoju dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych oraz podejmowanie działań z myślą o ich przyszłości.

W Poradni zatrudnieni są psycholodzy, pedagodzy, logopedzi, doradcy zawodowi, rehabilitant i lekarze konsultanci. Swą ofertę pomocy Placówka kieruje wobec dzieci i młodzieży, nauczycieli i pedagogów, rodziców i opiekunów. Prowadzone jest również doradztwo zawodowe. Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna stawia sobie za cel podnoszenie świadomości społeczeństwa lokalnego, dotyczącej problemów dzieci i młodzieży z różnorodnymi zaburzeniami w rozwoju psychofizycznym oraz integrowanie wszystkich środowisk związanych z ich edukacją, opieką medyczną i pomocową. Działalność ta jest realizowana poprzez organizowanie na terenie Poradni konferencji, Akcji Plakatowych oraz Dni Otwartych, skupiających specjalistów różnych dyscyplin, pedagogów i terapeutów oraz rodziców i opiekunów dzieci z problemami w rozwoju.

## III.2.

### **Modyfikacja systemu pomocy logopedycznej na Górnym Śląsku po II wojnie światowej.**

#### ***1. Model Benedykta Dylewskiego i jego wpływ na projekty funkcjonowania systemu opieki logopedycznej.***

Analizę systemu opieki logopedycznej w Polsce należy rozpocząć od tego, co Genowefa Demel nazywa tradycjami rodzinnymi, gdyż jak wskazują źródła historyczne wiele problemów, na które współcześnie napotykamy zostało już wcześniej skutecznie rozwiązanych. G. Demelowa wskazuje na fakt, że „znajdziemy w naszych dziejach ojczystych godne uwagi i kopiowania wzory w dziedzinie kształcenia kadry pomocniczej, budowy terenowej sieci pomocy logopedycznej, reguł jej funkcjonowania w tzw. poziomie i pionie, słowem całą kopalnię zapomnianych idei i ciekawych wzorów. Znajomość historii oszczędza, więc niepotrzebnego trudu, sprawia, że każde pokolenie budować może świadomie na dorobku poprzednich generacji bez pseudokrytyki i pseudonowatorstwa”<sup>176</sup>.

Przykładem takich konstruktywnych rozwiązań jest metoda ręczno-ustnych znaków komunikacyjnych wspomagających proces nauczania dzieci mowy. Opracował ją i starał się wprowadzić Jan Sistrzyński już w 1817 r. Władysław Ołtuszewski, twórca polskiej foniatryi, już w 1900 r. proponował przy szkołach masowych powołać specjalne klasy, w których mogłyby się uczyć dzieci jąkające.<sup>177</sup>

Współtwórcą przedwojennego systemu opieki nad dziećmi z zaburzeniami mowy był lekarz Benedykt Dylewski. Jego nowatorskie rozwiązania w zakresie organizacji placówek pomocy logopedycznej, kształcenia kadr oraz wnioski wypływające z

---

<sup>176</sup> Demel G.: Przedszkola – podstawowe ogniwo pomocy logopedycznej. W Logopedia 1978, nr 13, s. 61.

<sup>177</sup> por. Logopedia, pod red. G. Jastrzębowskiej, T. Gałkowskiego. Opole 199, s. 220; Ołtuszewski W.: Zboczenia mowy: niemota, belkotanie, mowa nosowa i jąkanie. Warszawa 1902; Ołtuszewski W.: Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach (niemota, belkotanie, mowa nosowa, jąkanie itd..) oraz higiena mowy. Warszawa 1905; Ołtuszewski W.: Osiem przyczynków do nauki o zboczeniach mowy. W: Medycyna 1893-1902 nr 21-30.



przeprowadzanych badań, są bogatym aczkolwiek nie w pełni wykorzystanym rodzimym źródłem.

Przed drugą wojną światową, w latach 1930-1935, B. Dylewski opowiadał się za wprowadzeniem modelu pełnej opieki logopedycznej. Głównym założeniem tego systemu było współdziałanie dyplomowanych logopedów i rodziców dzieci z zaburzeniami mowy wsparte pomocą tzw. ogniwa pośredniego, czyli odpowiednio przygotowanych nauczycieli. Model zaproponowany przez autora zakładał rozłożenie zadań związanych z opieką nad mową dziecka na większą ilość osób ze środowiska wychowawczego dziecka. to z kolei podnosiło spójność, systematyczność, ciągłość oddziaływań terapeutycznych, pozwalało na ujednoczenie przebiegu procesu logoterapii i pozytywnie rokowało o wynikach oddziaływań.

Do najważniejszych osiągnięć B. Dylewskiego należało<sup>178</sup>:

- organizowanie kursów z zakresu logopedii dla lekarzy i nauczycieli;
- zorganizowanie pierwszych w Polsce klas (oddziałów) dla dzieci z wadami wymowy i głosu,
- zorganizowanie centralnej szkolnej przychodni "fonologicznej", która kontrolowała i koordynowała pracę logopedów szkolnych,
- propagowanie modelu opieki logopedycznej opierającej się na nauczycielach klas I-III szkół podstawowych, którzy prowadzili reedukację na lekcjach lub po ich zakończeniu<sup>179</sup>,
- popularyzowanie wiedzy logopedycznej poprzez liczne publikacje<sup>180</sup>, szkolenia i odczyty.

Podstawowym twierdzeniem B. Dylewskiego, było to, że terapia dzieci z wadami wymowy prowadzona jako zajęcia pozalekcyjne w poradni, jest mniej efektywna niż praca z uczniem na terenie szkoły, nawet jeżeli jest prowadzona jedynie przez przeszkolonego w tym zakresie nauczyciela. Jego zdaniem reedukacja prowadzona w poradniach wymagająca od uczniów dojścia do placówki, co powoduje,

---

<sup>178</sup> Dylewski B.: Organizacja walki z wadami mowy i głosu. W: Szkoła Specjalna. 1947/48 nr 17, a także I. Styczek: Logopedia. Warszawa 1980, s. 17-18.

<sup>179</sup> Proponował by każda szkoła miała swego logopedę (nazywa tych pedagogów - fonologami).

<sup>180</sup> M. in.: B. Dylewski: Wady wymowy i ich leczenie na terenie szkoły. W: Szkoła Specjalna 1930/7; B. Dylewski: Badania nad rolą podniebienia miękkiego w mowie i śpiewie. W: Polski Przegląd Otolaryngologiczny 1928, s. 1-2.

iż uczęszczają oni na zajęcia nieregularnie lub rezygnują wręcz z terapii po kilku wizytach. Dylewski dowodzi proponowanymi rozwiązaniami opartymi na szeroko zakrojonych badaniach i licznych ekspertyzach jak ważna w pracy terapeutycznej jest jej ciągłość i systematyczność.

W modelu proponowanym przez B. Dylewskiego (popieranym i modernizowanym przez G. Demel i L. Kaczmarka), w którym funkcjonowało ogniwo pośrednie (tzw. asystenci logopedyczni) pomiędzy specjalistami a rodzicami. Zakładano, iż w takich warunkach praca logopedy jest kontynuowana zarówno w domu rodzinnym jak i w szkole. Taka współpraca wpływała korzystnie na efekty terapii i czyniła kolejne ogniwa tego modelu współodpowiedzialne za przebieg procesu terapeutycznego. B. Dylewski planował upowszechnić swój model systemu opieki logopedycznej na cały kraj, był gotów przeszkolić odpowiednią liczbę nauczycieli by wdrożyć go w życie<sup>181</sup>.

## ***2. Model Genowefy Demel i jego znaczenie dla współczesnego systemu opieki logopedycznej.***

Genowefa Demel popierała zaproponowany przez Dylewskiego model opieki logopedycznej. Była przekonana do słuszności i trafności rozwiązań organizacyjnych systemu, pisała, iż: "godziny pracy logopedy zaowocują wielokrotnością godzin realizowanych przez tych, których przekonał, poinstruował i nakłonił do współdziałania, tj.: nauczycieli, rodziców, aktywu społecznego"<sup>182</sup>.

G. Demel działała prężnie w ośrodku warszawskim. Na bazie zdobytych tam doświadczeń opracowała model pracy logopedycznej (na przykładzie Wojewódzkiej Przychodni Higieny Szkolnej), dążąc do rozwiązania problemów logoterapii w skali województwa. Mając na uwadze potrzebę pomocy dzieciom najbardziej zaniedbanym uważała, iż należy przełamać tradycyjny styl pracy placówek logoterapeutycznych, stworzyć warunki umożliwiające dotarcie do logopedy osób, które mieszkały z dala od Poradni Logopedycznej umiejscowionej w centrum województwa.

---

<sup>181</sup> Kaczmarek L.: Stan, rozwój i perspektywy logopedii w Polsce. W: Studia Logopedyczne. Lublin 1976.

<sup>182</sup> Demel G.: Przedszkole - podstawowe ogniwo pomocy logopedycznej. W: Logopedia 1978, nr 13.

W „wyjściowym” modelu opieki logopedycznej z usług Poradni mogły korzystać jedynie dzieci z zamożnych rodzin. Pojedyncza Poradnia Specjalistyczna, funkcjonująca na terenie województwa nie była w stanie zagwarantować odpowiedniej, stałej, systematycznej opieki logopedycznej dla wszystkich osób z problemami mowy (ograniczenia lokalowe i kadrowe). Terminy konsultacji był odległe, a wizyty rzadkie. Rodziców dzieci z zaburzeniami mowy nie było stać na kosztowne dojazdy do Wojewódzkiej Poradni Higieny Szkolnej. Stąd świadczona pomoc była nieadekwatna do rzeczywistych potrzeb. Do zadań Poradni należała również współpraca z lekarzem szkolnym, który na terenie szkoły podejmował wysiłki w celu przeciwdziałania i korygowania wadom mowy u uczniów. Jednak tu również odległość pomiędzy Wojewódzką Poradnią, a poszczególnymi placówkami szkolnymi powodowała, iż kontakty lekarzy i pielęgniarek szkolnych z logopedami były ograniczone. Z domem rodzinnym dziecka lekarz szkolny nie był zobowiązany do współpracy. Istniała, więc rozbieżność między prawem dziecka do zdrowia, a realną możliwością realizacji tego prawa. Zaproponowała, więc nowy, rozwinięty model systemu pomocy logopedycznej, który wskazywał jak można rozwiązać problemy logopedii w skali województwa. Centrum tego modelu stanowił punkt logopedyczny, który koordynował pracę domu, szkoły, lekarza szkolnego.

Punkty logopedyczne organizowane były przy powoływanych Poradniach Międzyszkolnych, te z kolei przy Poradniach Obwodowych. Takie ulokowanie punktów logopedycznych pozwalało na szeroką współpracę z wieloma specjalistami. Wojewódzka Poradnia Higieny Szkolnej stała się ośrodkiem konsultacyjnym, szkoleniowym dla kadry pracującej „w terenie”, a także była instytucją nadzorującą pracę logoterapeutów. Swoją ofertę instruktazowo-szkoleniową Poradnia Wojewódzka kierowała głównie do osób, które miały zajmować się prowadzeniem terapii punktach logopedycznych. Szkolenie przybierało formę warsztatów, na terenie poradni bądź organizowane było w postaci kolonii logopedycznych. Dla dzieci z deficytami mowy, w celu zintensyfikowania oddziaływań organizowano turnusy logopedyczne zasilane przez kadrę specjalistów z Wojewódzkiej Poradni i Punktu Logopedycznego.

Dzięki powołaniu Poradni Międzyszkolnych z punktami Logopedycznymi udało się zdecentralizować opiekę logopedyczną. Dzieci z zaburzeniami mowy mogły korzystać

z usług Punktów Logopedycznych, które znajdowały się w pobliżu ich miejsca zamieszkania.

„Z walorów pierwowzoru zachowano strukturę wieloporadniczą, zapewniając tym samym każdemu specjalistę mocne oparcie diagnostyczno-terapeutyczne i wzajemną konsultację wewnątrzprzychodnianą. Logopeda (tj. logoterapeuta) mógł tu korzystać ze współpracy foniatry, audiologa, psychoneurologa, a nawet ortodonta i okulisty. Każdy pacjent, niezależnie od bezpośredniej przyczyny, która go sprowadziła, badany był wszechstronnie, przy czym centralną rolę grało badanie ogólne w gabinecie patofizjologii rozwoju”<sup>183</sup>. Do nowych form, które Przychodnia opracowała i wcieliła w życie należało<sup>184</sup>:

Organizowanie terenowej sieci punktów logopedycznych w oparciu o powstające Poradnie Międzyszkolne przy Przychodniach Obwodowych,

- zabezpieczenie wysokiego poziomu pracy punktu logopedycznego (wyszkolenie osoby prowadzącej terapię - nauka podczas specjalnych koloni i w Poradni),
- organizowanie (wraz z Kuratorem Szkolnym) 6-tygodniowych turnusów logopedycznych, których zadaniem była dodatkowa intensyfikacja korekcji mowy,
- udzielanie rodzicom praktycznych wskazówek dotyczących kontynuacji ćwiczeń logopedycznych w domu.

„Po kryzysie 1972 roku<sup>185</sup> model ten załamał się i jako całość przeszedł do historii. Pozostały cenne pomysły i doświadczenia oraz terenowa kadra do wykorzystania. Model ten był nie do udźwignięcia przez resort zdrowia, nie znaczy to, aby nie mógł funkcjonować pod egidą resortu oświaty, a jeszcze lepiej - przy ich współdziałaniu”<sup>186</sup>.

G. Demel nawiązała wtedy kontakt ze szkołami, a szczególną opieką logopedyczną otoczyła dzieci nauczania początkowego. Szybko doszła jednak do wniosku, iż pomoc

---

<sup>183</sup> Kaczmarek L.: Stan, rozwój i perspektywy..., s. 56.

<sup>184</sup> Demel G.: Organizacja terenowej sieci logopedycznej i formy intensyfikacji korekcji mowy. W: Logopedia 1967, s. 7.

<sup>185</sup> W 1972 roku nastąpił kryzys logoterapii w obrębie resortu zdrowia (regulacja płac). Pracowników tzw. korektywy obarczono etatem 36 + 6 godzin ( w resorcie oświaty 24 godz. pracy tygodniowo). Nastąpił masowy odpływ pracowników z placówek służby zdrowia. Po tych wydarzeniach doszło do międzyresortowej uchwały Ministerstwa Oświaty i Wychowania oraz Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Na mocy tego dokumentu rolę wiodącą w zakresie logoterapii powierzono resortowi oświaty, a szczególnie poradniom wychowawczo-zawodowym. Pozostały jednak (w zmniejszonej ilości) komórki logopedyczne w pionie medycyny szkolnej oraz w poradnictwie zdrowia psychicznego.

<sup>186</sup> Demel G.: Próby doskonalenia systemu pomocy opieki logopedycznej w świetle potrzeb dziecka szkolnego. Praca doktorska. 1974, s. 123.

tej grupie obarczona jest "błędem późnej pomocy", gdyż nadchodzi ona dopiero wtedy kiedy ucznia spotkały już niepowodzenia szkolne. Przesunęła więc główny ciężar pracy logopedycznej (profilaktycznej i korekcyjnej ze szkół na przedszkola i ogniska przedszkolne)<sup>187</sup>.

### ***3. Wielospecjalistyczny model opieki logopedycznej Leona Kaczmarka jako podstawa aktualnego systemu pomocy logopedycznej.***

Problematyką opieki logopedycznej zajmował się także wspomniany wcześniej Leon Kaczmarek. Na podstawie szczegółowej analizy systemów opieki logopedycznej w innych krajach sformułował zadania logopedii<sup>188</sup> oraz nakreślił strukturę systemu pomocy dzieciom z zaburzeniami mowy w Polsce<sup>189</sup>.

W swoim pierwszym projekcie L. Kaczmarek przedstawia "opiekę nad wymową dziecka normalną, jak i specjalną, dotyczącą umysłowo niedorozwiniętych i głuchych"<sup>190</sup>. Każda z form opieki, zarówno normalna jak i specjalna, odnosiła się do rodziny dziecka z zaburzoną mową. Rodzina jest „łącznikiem” dziecka z poradnią foniatryczną:

- w opiece normalnej świadczonej dzieciom z zaburzoną mową, ale bez dodatkowych sprzężeń, a przedszkolami, dziecięciami, szkołą,
- w opiece specjalnej, kierowanej do dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, niedosłyszących i głuchych, a przedszkolami i szkołami specjalnymi (dla osób upośledzonych umysłowo lub głuchych i niedosłyszących).

Leon Kaczmarek w modelu opieki nazwanej "normalną" podkreśla - oprócz roli rodziny - zasadnicze znaczenie przedszkola i szkoły podstawowej. Wówczas już (1960 r.) zwracał uwagę na to, że "konieczność obznajomienia nauczyciela z wadami wymowy i głosu oraz zasadami ich zwalczania nie podlega dyskusji. Opanowanie ich

---

<sup>187</sup> Demel G.: O ściślejszą współpracę logopedy i lekarza szkolnego, nauczyciela wf. W: Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna. 1965/2.

<sup>188</sup> Kaczmarek L.: O przedmiocie i zadaniach logopedii. W: Logopedia 1962/4; L. Kaczmarek: Przedmiot logopedii, t. 1, W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Lublin 1991.

<sup>189</sup> Por. L. Kaczmarek: Opieka nad wymową dziecka w Polsce. W: Logopedia 1962/1; L. Kaczmarek: Model opieki logopedycznej. Gdańsk 1991.

<sup>190</sup> Kaczmarek L.: Opieka nad wymową... s. 7.

pomoże mu nie tylko w likwidowaniu lżejszych wad, ale skłoni go również, by w czas zapobiegał nieodpowiedniemu odnoszeniu się uczniów wobec np. jękającego się kolegi. Ścisła współpraca w tym względzie nauczyciela z lekarzem szkolnym i poradnią foniatryczną rozumie się sama przez się. Jako oczywisty należy też przyjąć postulat, aby nauczyciel w oparciu o dobrą znajomość fonetyki prowadził kształcenie powierzonych mu dzieci przez systematyczne stosowanie ćwiczeń ortofonicznych"<sup>191</sup>. Kaczmarek podkreślał fakt, iż nauczyciele zasadniczo nie mają w tym zakresie odpowiedniego przygotowania, a poradnie foniatryczne mają niewystarczający zasięg. Jeszcze raz zostały potwierdzone mankamenty dotychczasowych modeli opieki logopedycznej dostrzeżone wcześniej przez B. Dylewskiego (mało efektywna praca poradni) oraz G. Demel (zbyt późne diagnozowanie i rozpoczynanie terapii). Kolejną próbę zmodernizowania systemu opieki logopedycznej podjął L. Kaczmarek w 1991 roku. Jest to model opieki wielopoziomowej włączony do systemu edukacyjnego. Jak pisze sam autor, "chodzi w nim o ustalenie i wykorzystanie w praktyce warunków właściwego kształtowania się i rozwijania wszystkich czterech aspektów porozumiewania się językowego słownego (mowy), a także w pewnym zakresie pisemnego (pisanie i czytanie), od poziomu najniższego (prenatalnego) do najwyższego (dorosłego)"<sup>192</sup>.

Te podkreślane przez Kaczmarka aspekty to:<sup>193</sup>

1. aspekt embrionalny - obejmuje badania nad uwarunkowaniami dotyczącymi kształtowania się mowy i stosowania ich rezultatów (system nowoczesnej profilaktyki, skutecznego zapobiegania zaburzeniom mowy);
2. aspekt patologiczny - dotyczy usuwania różnorodnych zaburzeń mowy, a także zakłóceń pisania i czytania;
3. aspekt społeczny - zakłada poznanie i likwidowanie psychicznych oraz społecznych następstw powyższych zaburzeń;
4. aspekt artystyczny - odnosi się do kultury żywego słowa potocznego, publicystycznego oraz artystycznego zarówno w słowie jak i w śpiewie.

---

<sup>191</sup> Op. cit., s. 9.

<sup>192</sup> Kaczmarek L.: Model opieki logopedycznej. s. 5.

<sup>193</sup> Op. cit., s. 5-6.

Zadaniem opieki logopedycznej jest rozwijanie powyższych aspektów zgodnie z przebiegiem rozwoju mowy. Ten rozwój mowy L. Kaczmarek dzieli na sześć okresów i wyróżnia sześć faz opieki logopedycznej:

- I - prenatalną,
- II - żłobkową,
- III - przedszkolną,
- IV - wczesnoszkolną,
- V - szkolną,
- VI -fazę wieku dorosłego.

Każdą z nich powyższy autor, bardzo dokładnie charakteryzował uzupełniając opisy bogatą literaturą. Przedstawia także zagrożenia występujące w każdym z tych okresów i dokonuje przeglądu zaburzeń mowy na tych etapach<sup>194</sup>.

L. Kaczmarek opracował także schemat dotyczący kształcenia kadry rewalidacyjnej, do której zaliczył<sup>195</sup>:

- rodziców;
- opiekunów w żłobkach, domach małego dziecka, pogotowiach opiekuńczych,
- nauczycieli: przedszkola, szkoły podstawowej (zwłaszcza klas pierwszych i pracujących w zespołach wyrównawczo-korekcyjnych), szkoły specjalnej dla głuchych i niedosłyszących, szkoły specjalnej dla umysłowo upośledzonych w stopniu lekkim oraz tzw. szkół życia,
- logopedów.

Wymieniony autor wyznaczył im konkretne zadania różnicując propozycje treści kształcenia w zależności od potrzeb danej fazy opieki logopedycznej.

Leon Kaczmarek wyróżnił osiem działów, które obejmuje z teoretycznego punktu widzenia logopedia (patrz rozdział I) i w oparciu o tę klasyfikację, mając na względzie praktyczne wdrożenie powyższych działów w życie i zaspokojenie w ten sposób potrzeb społecznych, autor ten wyodrębnił w logopedii cztery specjalizacje zawodowe:

1. logopedię wychowawczą,
2. surdologopedię,

---

<sup>194</sup> Op. cit., s. 6-18.

<sup>195</sup> Op. cit., s. 18-23.

3. logopedię korekcyjną,
4. logopedię artystyczną (patrz rozdział I).

Leon Kaczmarek podkreślał, iż logopedia powinna zaspokajać szerokie potrzeby społeczne. Specjalizacjom zawodowym podporządkował, więc konkretne grupy osób ze specyficznymi potrzebami i oczekiwaniami dotyczącymi ich komunikacji językowej. Obszary zainteresowań ów autor wyznacza następująco:

- ⇒ powyżej normy ⇒ logopedia artystyczna – pomoc świadczona uczniom klas starszych szkoły podstawowej i średniej, a także osobom dorosłym, uprawiającym zawody wymagające szczególnych umiejętności komunikacyjnych;
- ⇒ w normie ⇒ logopedia wychowawcza – opieką objęte wszystkie dzieci przedszkolne w normie, jak i niepełnosprawne (intelektualnie, fizycznie);
- ⇒ poniżej normy ⇒ logopedia korekcyjna – oddziaływaniami terapeutycznymi obejmuje dzieci przedszkolne, ze szkół masowych w normie intelektualnej fizycznej lub z przedszkoli i szkół specjalnych z upośledzeniem umysłowym lub uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego
  - ⇒ surdologopedia – zajmuje się dziećmi, młodzieżą i dorosłymi z uszkodzonym słuchem.

Określenie „powyżej normy” dotyczy poziomu kompetencji i sprawności realizacyjnych, które wykraczają poza przeciętność, „norma” to poziom umiejętności językowych prezentowany przez zasadniczą część społeczności. Termin „poniżej normy” charakteryzuje poziom komunikacyjny, w którym występują zaburzenia lub zakłócenia językowe wielorako uwarunkowane.

W swojej propozycji systemu opieki logopedycznej każdej ze specjalności logopedii stosowanej wyznacza zadania oraz przypisuje ośrodki (ośrodki diagnostyczno-terapeutyczne), które te zadania mają realizować.

I tak, wśród zadań przewidywanych dla logopedii wychowawczej wymienia:

- stworzenie dogodnych warunków do kształtowania się mowy zarówno u dzieci w normie, jak i niepełnosprawnym (umysłowo i fizycznie),



- zapobieganie zaburzeniom mowy i głosu oraz trudnościom pisania i czytania.

Placówkami powołanymi do ich wypełniania są:

- A. instytucje pracujące z dzieckiem bezpośrednio: dom rodzicielski, towarzystwa, poradnie: psychologiczno –pedagogiczne, specjalistyczne, domy małego dziecka, domy dziecka, żłobki, przedszkola i szkoły zarówno masowe, jak i integracyjne czy z oddziałami/klasami integracyjnymi, szkoły i przedszkola specjalne;
- B. instytucje pracujące dla dziecka bezpośrednio: szkoły, placówki kształcenia i doskonalenia zawodowego nauczycieli i wychowawców.

Zadania związane z likwidowaniem zaburzeń porozumiewania się językowego (słownego i pisemnego) przypisuje L. Kaczmarek logopedii korekcyjnej. Ten cel wdrażany jest przez:

- ośrodki prowadzące rewalidację: rodzina, poradnie rewalidacyjne, przedszkola i szkoły zarówno masowe, jak i integracyjne czy z oddziałami/klasami integracyjnymi, instytucje wychowawczo-kształcące, tzw. szkoły życia (obecnie OREW), gabinety, ambulatoria rewalidacyjne w szpitalach i klinikach;
- ośrodki wspomagające profesjonalnie m.in. poradnie ortodontyczne, laryngologiczne, pediatryczne, audiologiczne poradnie zdrowia psychicznego;
- ośrodki wspomagające społecznie np. ośrodki, poradnie, centra prowadzące terapię psychologiczną, pedagogiczną; terapię indywidualną, grupową, rodzinną (MOPR, świetlice środowiskowe);
- ośrodki wspomagające powołane przez stowarzyszenia, fundacje; instytucje pozarządowe.

Surdologopedia w naszym kraju ma bogate doświadczenia praktyczne i teoretyczne. Realizuje zadanie dotyczące uczenia (kształcenia, rozwijania) dzieci z deficytem słuchu oraz:

- intelektualnie w normie - komunikacji językowej słownej (mowy) bez uchybień dykcyjnych i prozodycznych oraz pisemnej (pisania i czytania),
- z niesprawnością umysłową w stopniu lekkim - porozumiewania się językowego zbliżonego do normalnego,

- z niesprawnością umysłową w stopniu umiarkowanym (i znacznym) - porozumiewania się językowego przynajmniej dla potrzeb życia codziennego,
- z upośledzonym wzrokiem (głuchoniewidomych) - porozumiewania się językowego.

Zadania powyższe realizowane są przez:

- ośrodki prowadzące rewalidację: rodzina, poradnie, przedszkole i szkoła masowa, klasy specjalne w szkole masowej, szkoła specjalna dla głuchych (a także dla upośledzonych umysłowo), ośrodek szkolno-wychowawczy dla głuchoniewidomych (i inne jego warianty);
- ośrodki wspomagające profesjonalnie (wspomniane powyżej);
- ośrodki wspomagające społecznie (wymienione przy logopedii korekcyjnej, ukierunkowane na osoby niedosłyszące i głuche).

Szczególne zadanie opieki nad mową realizuje czwarta ze specjalności logopedii stosowanej – logopedia artystyczna zwana kulturą żywego słowa. Jej zadaniem jest zajmowanie się poprawnością wymawianiową wypowiedzi, potocznej, publicystycznej i artystycznej. Zajmuje się rozwijaniem wyrazistości dykcji, funkcją akcentu, rytmu komunikatów werbalnych. Jej zadania realizowane są przez:

- ⇒ osoby i instytucje działające na 4 poziomach kultury żywego słowa:
  - I poziom: dom, przedszkole,
  - II poziom: przedszkole, szkoła (nauczyciele klas nauczania początkowego, zespołów korekcyjno-wyrównawczych,
  - III i IV poziom nauczyciele wyższych klas szkoły podstawowej i średniej (gł. poloniści),
- ⇒ profesjonalne ośrodki:
  - kształcące (np.. szkoły teatralne i filmowe),
  - opieki nad aparatem artykulacyjnym, głosowym, słuchowym (np. poradnie psychologiczno-pedagogiczne, poradnie laryngologiczne, audiologiczne, foniatryczne itd.)
- ⇒ ośrodki wspomagające amatorskie (np. kółka teatralne przy szkołach, MDK).

W obrębie wszystkich 4 specjalizacji funkcjonują wspólne filary opieki logopedycznej: rodzina, poradnia rewalidacyjna i przedszkole/szkoła<sup>196</sup>. Kaczmarek podkreśla, że "... ich zintegrowana współpraca, nadto nieodłącznie niezłomna wola i wytrwała dążność podopiecznego do osiągnięcia statutu pełnowartościowego członka powszechnej społeczności, stanowią o jej efektywności."<sup>197</sup>.

Autor dostrzega problemy funkcjonowania opieki logopedycznej<sup>198</sup> w Polsce. Jego zdaniem wymaga ona wszechstronnego poszerzania i pogłębiania zarówno naukowego jak i praktycznego. Prezentowany przez niego model miał te braki zniwelować. Zakłada on:

- "...wykorzystywanie w działaniu profilaktycznym znajomości mechanizmu i czasu opanowania przez dziecko mowy,
- podjęcie natychmiastowego postępowania rewalidacyjnego w przypadku pojawienia się w mowie odchyień od normy,
- formowanie właściwej, dla zapobieżenia niepożądanym następstwom psychicznym i społecznym, postawy wychowawców wobec dziecka z anomaliami językowego porozumiewania się,
- upowszechnianie nauczania rodziców i amatorów, wyrabianie w nauczycielach (przedszkola i szkoły) oraz w instruktorach zespołów amatorskich nawyku systematycznego i stałego krzewienia, a w profesjonalistach (w spikerach radiowych i telewizyjnych oraz w aktorach) nadto uintensywnionego uprawiania kultury żywego słowa, tak potocznego i publicystycznego, jak i artystycznego"<sup>199</sup>.

Zdaniem L. Kaczmarka ze względu na rosnące zapotrzebowanie społeczne na te usługi, znacznie rozbudowano logopedię korekcyjną jednak jej działania są wciąż niezadowolające. Brak w jej organizacji i metodach pracy niezbędnych dla ich skuteczności przesłanek tj. wczesności, intensywności i kompleksowości. Jedyne w jej zakresie postuluje się profilaktyczność i ofensywność. Również logopedia wychowawcza jest niedoceniana, a artystyczna jest uprawiana właściwie tylko

---

<sup>196</sup> Kaczmarek wyznacza dla każdego filaru szczegółowe zadania, patrz: Kaczmarek M.: Model opieki ... s. 29.

<sup>197</sup> Op. cit., s. 29.

<sup>198</sup> Patrz: Op. cit., s. 33-34; G. Jastrzębowska: Logopedia..., s. 227-230

<sup>199</sup> M. Kaczmarek: Model opieki..., s. 33.

okazjonalnie. Surdologopedia, która istnieje w Polsce, jako składowa surdopedagogiki od 1820 roku, wymaga gruntownej reorganizacji<sup>200</sup>.

#### **4. Holistyczny model logoterapii Krystyny Błachnio.**

Zaprezentowane wcześniej modele opieki logopedycznej swe założenia głównie czerpały z praktycznych doświadczeń. W systemie zaproponowanym przez L. Kaczmarka wyraźnie widoczne jest łączenie treści wynikających z praktyki logopedycznej z osiągnięciami teoretycznymi współczesnej logopedii.

Innym przykładem praktycznego odniesienia teorii logopedii jest ogólny system usuwania zaburzeń mowy funkcjonujący pod nazwą „system logoterapii S-E-I” skonstruowany przez Krystynę Błachnio w 1987 roku. Owa autorka syndromowość i systemowość w logopedii uznała za podstawowe podejście diagnostyczne-terapeutyczne i profilaktyczne w zakresie zaburzeń mowy. Wieloletnia praca badawcza pozwoliła jej na pozytywną weryfikację zarówno kliniczną jak i teoretyczną klasycznego podejścia logopedycznego, a więc i postrzegania syndromowo-systemowego. W oparciu o powyższe wnioski w książce „Vademecum logopedyczne” z 2001 roku autorka ta nazwę opracowanego przez nią modelu terapii logopedycznej uzupełnia określeniem holistyczny, gdyż taki jest on w swej istocie od początku.

Na podstawy holistycznej koncepcji systemu logoterapii S-E-I złożyły się wybrane zagadnienia z obszaru nauk, z których dorobku logopedia korzysta. Poniżej przedstawione zostały zasadnicze przesłanki naukowe i ich zastosowanie<sup>201</sup>.

<b>Zagadnienia zaczerpnięte z różnych dziedzin naukowych</b>	<b>Cel, zastosowanie, przesłanki w systemie logoterapii</b>
• relacje mowa – język	→ zrozumienie specyfiki dydaktyki logopedycznej
• teorie nauczania – uczenia się	
• teorie rozwoju osobowości	→ uzyskanie profilu metodyki logopedycznej
• teorie poznania ludzkiego	→ uzasadnienie doboru i konfiguracji treści

<sup>200</sup> Op. cit., s. 23-24.

<sup>201</sup> Błachnio K.: Vademecum..., Poznań 2001, s. 172-173

## dydaktycznych logoterapii

- psychologiczne kategorie aktywności i motywacji → uwzględnienie w logoterapii zagadnień dotyczących efektywności dydaktycznej  
uzmysłowienie ich znaczenia
- intelekt i emocje → w ujawnianiu przez pacjenta postawy spontanicznej i kreatywnej w toku logoterapii i po jej zakończeniu
- ogólna dydaktyka języka → znaczenie dla dydaktyki w logoterapii
- wiedza ogólna o motoryce człowieka i morfologii ruchu → uświadomienie ich roli jako czynnika wspomagającego logopedyczne pokonywanie defektów mowy
- kultura fizyczna

Wymienione powyżej w zarysie naukowe podstawy systemu S-E-I świadczą o systemowości, kompleksowości i holistyczności koncepcji, która obejmuje:

1. pacjenta i logopedę w interakcjach słownych i pozasłownych;
2. proces nauczania – uczenia się pożądanych zachowań językowych,
3. współczynniki: cele, treści, metody, zasady, formy, środki dydaktyczne, bazę materialną oraz czynniki (egzo- i endogenne) determinujące<sup>202</sup>.

Podejście logopedyczne, które uwzględnia wnikliwą analizę syndromu zaburzeń mowy (a nie tylko opis izolowanych elementów na przykład artykulacyjnych), stwarza pełniejsze – holistyczne spojrzenie diagnostyczne i terapeutyczne.

Krystyna Błachnio zauważa, iż analiza syndromowa w logopedii (wydzielenie symptomu podstawowego – lingwistycznego i symptomów pozostałych) ułatwia logopedzie nie tylko obserwację, analizę i opis symptomów występujących u pacjenta, ale również pozwala na wybór właściwych konsultacji specjalistycznych (badania dodatkowe). Logopeda w holistycznym podejściu do diagnozy powinien rozważyć, po wyodrębnieniu podstawowego symptomu lingwistycznego, symptomy towarzyszące:

- symptom psychologiczny (np. nadpobudliwość psychomotoryczna, apatia, osłabiona pamięć, brak koncentracji uwagi);

---

<sup>202</sup> Op. cit., s. 173.

- symptom ortodontyczny (np. zaburzenia zębowo-twarzowo-szczękowe),
- symptom pediatryczny (np. zaburzenia psychofizyczne uwarunkowane różnymi czynnikami),
- symptom neurologiczny (np. zmiany organiczne mózgu, dystonia wegetatywna, niedojrzałość tkanki nerwowej)
- symptom otolaryngologiczno-foniatryczny (np. nieprawidłowości anatomiczno-funkcjonalne nosa, uszu, gardła, krtani)
- symptom ortodontyczny (np. zaburzenia zębowo-twarzowo-szczękowe)

Po dokonaniu analizy występowania złożonego zestawu symptomów obocznych logopeda jest w stanie zaplanować odpowiednie typy działań, które będą niwelować deficyty związane z zaburzeniami mowy, a także harmonijnie oddziaływać na całą osobowość pacjenta.

Stosując w logopedii, zaproponowane przez K. Błachnio, podejście systemowo-syndromowo-kompleksowe postrzegamy ją, jako:

- proces,
- specyficzną dydaktykę języka,
- system o współczynnikach S-E-I, w którym:
  - ✓ S – to spontaniczność zachowań językowych i pozajęzykowych pacjenta logopedycznego, stymulowana metodycznie na kolejnych etapach logoterapii<sup>203</sup>, służąca kreatywności językowej oraz sprzyjająca odpowiedniej postawie emocjonalnej i intelektualnej;
  - ✓ E – to emocjonalność, która ujmowana jest, jako wyzwolenie pozytywnych reakcji emocjonalnych: w kontaktach z logopedą,

---

<sup>203</sup> por. Błachnio K.: Struktura i dynamika logoterapii. Poznań 1987, s. 160-216. Logoterapia to dynamiczny proces obejmujący cztery podstawowe grupy działań, które pozwalają na wyróżnienie czterech etapów:

1. DIAGNOZOWANIA – nastawiony na rozpoznanie stanu mowy pacjenta na tle obowiązujących norm społeczno-psychofizjologicznych użycia języka;
2. UCZULANIA – dążenie do ukształtowania i starannego opracowania określonej umiejętności językowej, niezbędnej pacjentowi do społecznego komunikowania się; występuje tu faza prezentacji form wzorcowych izolowanych (OWI) i faza reprodukcji (OKI); w stanach logopedycznych, które wymagają równoległej interwencji lekarskiej, psychologicznej lub innej uwzględnia się na tym etapie, ogniwo pomocy specjalnej (OPS);
3. UTRWALANIA – kształtowanie nawyku (manipulacyjnego lub kreatywnego), jako dalszej pragmatycznej konsekwencji umiejętności lingwistycznej czy paralingwistycznej; następuje także wypracowanie cech umożliwiających swobodne użycie danej formy językowej lub niejęzykowej w akcie mowy (w kontekstach np. w sylabach, wyrazach, zdaniach, opowiadaniach itp.);
4. KONTROLI – określenie stopnia awansu językowego pacjenta na tle jego zachowań paralingwistycznych, powstałego w wyniku metodycznego postępowania logoterapeutycznego.

z materiałem dydaktycznym (metody, formy, środki), a także w relacjach z szerokim środowiskiem – personel placówki leczniczej, rodzina, rówieśnicy (⇒ obniżenie napięcia psychicznego, zwiększenie motywacji do ćwiczeń, poprawa koncentracji uwagi, pamięci, spostrzegania);

- ✓ **I** – to intelektualność, postrzegana, jako odwoływanie się do sfery umysłowej pacjenta w celu optymalnego przyswojenia i zapamiętania przez niego materiału językowego, wyzwolenia kreatywności językowej, ukształtowaniu umiejętności i nawyków motoryki narządów mowy<sup>204</sup>.

Wyżej wymienione trzy podstawowe współczynniki logoterapii nie występują w izolacji, ale znakomicie się uzupełniają. Składnikami S, E, I nasycone są wszystkie elementy holistycznego systemu dydaktycznego logoterapii (tzn. treści i środki dydaktyczne oraz relaksacyjne, metody, formy, etapy). Wszystko to tworzy funkcjonalną strukturę logoterapii.

Wyrazem graficznym ogólnego algorytmu logoterapii jest model kolisty, który przedstawia zależność pomiędzy procesem logopedycznym, a stanem mowy. K. Błachnio prezentuje w ten sposób wpływ dydaktyki logopedycznej (cztery etapy logoterapii ze stosownie dobranymi grupami działań) na zmiany dokonujące się w stanie mowy osoby z jej zaburzeniami. Pacjent stopniowo przechodzi od objawów patologii (defektów i deficytów mowy) do nowych umiejętności i nawyków językowych oraz pozajęzykowych, aby w końcowym rezultacie zbliżyć się do normy (uzusu) lub ją osiągnąć.

Osoba, u której występują zaburzenia komunikacji językowej w pierwszym etapie logoterapii poddawana jest rozpoznającym jej stan mowy. Przeprowadza się więc: obserwację, anamnezę, badanie mowy, badanie dodatkowe by uzyskać pełną diagnozę. Ta z kolei pozwala na rozpoczęcie etapu uczulania, czyli prezentację izolowanych i ich reprodukcję. Pacjent zostaje „wyposażony” w nową umiejętność dotyczącą realizacji dźwięków mowy. Umiejętność tę rozwija podczas dalszej pracy logopedycznej – etap utrwalania – automatyzując i włączając wypracowaną formę językową (i niejęzykową) do kontekstu. Wówczas umiejętność staje się nawykiem, a stan mowy ulega wyraźnej poprawie. Ostatni etap ekspresji kontrolnej dotyczy

---

<sup>204</sup> Błachnio K. Vademecum... 2001 s. 174-175.

sprawdzenia skuteczności zastosowanej metodyki usuwania zaburzeń mowy w przypadku konkretnej jednostki. Ustąpienie w toku logoterapii nieprawidłowości mówienia lub rozumienia i osiągnięcia normy pozwala zakończyć terapię.

Wówczas można mówić o realizacji celów logoterapii i wypełnieniu jej zadań<sup>205</sup>.

Elementy systemowej koncepcji logoterapii S-E-I integrują na poziomie interdyscyplinarnym przesłanki nauk pogranicznych logopedii. Są adekwatne do stwierdzanych potrzeb logopedycznych. Koncepcja ta w swoich podstawach zobowiązuje do poszanowania pacjenta logopedycznego i jego najbliższych, do terapeutycznego uznania i wykorzystania jego naturalnych związków z otoczeniem społecznym, przyrodniczym i kulturowym, co powinno mieć swoje odniesienie w elementach systemu dydaktycznego logoterapii<sup>206</sup>.

Logopedię holistyczną, a tym samym funkcjonującą w jej ramach system logoterapii, powinno cechować specyficzne tzn. całościowe podejście do zagadnień diagnostyki, terapii i profilaktyki. Krystyna Błachnio wskazuje na zasadnicze przesłanki takiego stanowiska i wyróżnia kilka niezbędnych elementów postępowania:

1. prowadzenie syndromowej analizy zaburzeń mowy pozwalającej wydzielić symptom podstawowy oraz symptomy współwystępujące, co stanowi punkt wyjścia do rozpoczęcia prawidłowego procesu diagnostyczno – terapeutycznego ( błądem jest ograniczenie się do opisu objawów);
2. podejście kompleksowe włączające wielospecjalistyczne nurty konsultacyjno – lecznicze w celu wspólnego pokonania defektu mowy i nieprawidłowości współtowarzyszących oraz osiągnięcia optymalnego efektu logopedycznego pozwalającego pacjentowi włączenie do normalnego życia (słabością jest przystosowywanie pacjenta od początku do życia z defektem);

---

<sup>205</sup> Op. cit., s. 100-103. *Ogólny algorytm logoterapii* to postępowanie dydaktyczne według ustalonej ogólnie kolejności działań specjalistycznych w celu osiągnięcia określonej efektywności tych działań. Algorytmizacja w logoterapii pozwala wyróżnić *algorytm szczegółowy* dotyczący poszczególnych jednostek diagnostycznych (np. dyslalii, jąkania i innych), a także *algorytm osobniczy* odnoszący się do konkretnego pacjenta z zaburzeniami mowy.

<sup>206</sup> Op. cit., s.176,



3. zastosowanie systemu działań logopedycznych umożliwiających opanowanie aspektu komunikacyjnego w czynnościach mowy, (nie ograniczanie się jedynie do metod sprzyjających korekcy pojedynczych elementów językowych);
4. maksymalne wykorzystanie w algorytmie postępowania logopedycznego zachowanych możliwości psychofizycznych pacjenta, kształtowanie nowych w oparciu o własną wiedzę, ale i empatię i intuicję;
5. akceptacja osobowości pacjenta, połączona z taktowną korektą jego zachowań pozajęzykowych, niewłaściwych z punktu widzenia działań logoterapeutycznych oraz z uwagi na perspektywiczne jego funkcjonowanie w społeczeństwie;
6. ciągle podejmowanie prób aktywizowania pacjenta i życzliwa pedagogizacja jego najbliższych;
7. świadoma i systematyczna troska logopedy o podnoszenie poziomu własnej kultury terapeutycznej;
8. uwzględnianie w terapii logopedycznej, oprócz metod i technik opartych na wiedzy naukowej, także moralnej interwencji w ogólny porządek organizmu pacjenta (np. troska o racjonalne odżywianie, estetyka otoczenia, szacunku dla siebie i innych ludzi).<sup>207</sup>

Realizacja powyższych wskazań stwarza szansę na całościowe podejście do problemów pacjenta z zaburzeniami komunikacji językowej, jednak ich wdrożenie w życie wymaga świadomości i woli zainteresowanych osób w zakresie odpowiedniego działania logopedycznego (diagnostycznego, dydaktycznego, profilaktycznego).

---

<sup>207</sup> Op. cit., s. 176-177

## **ROZDZIAŁ III**

### **ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.**

#### **Część II**

#### **Studium empiryczne**

### **III.3.**

#### **Zakres i źródła wiedzy o współczesnym systemie opieki logopedycznej w opiniach nauczycieli i logopedów**

Pierwsza część wywiadu, który przeprowadziłam wśród 52 nauczycieli i 52 logopedów, dotyczyła wiedzy, jaką posiadają respondenci na temat funkcjonującego współcześnie w naszym kraju systemu opieki logopedycznej. Określenie zasobu wiedzy, jej poprawności teoretycznej, a także prześledzenie źródeł, z których badani czerpią ową wiedzę, stanowiło podstawę do dalszych rozważań o jakości funkcjonowania opieki logopedycznej.

Każdej z badanych osób zadałam 11 pytań otwartych z przygotowanego kwestionariusza wywiadu. Uzyskane odpowiedzi starałam się grupować uwzględniając zawartą w treści intencję jej autora, a także poczynione ustalenia teoretyczne.

##### ***1. Podstawowe pojęcia systemu opieki logopedycznej w definicjach konstruowanych przez respondentów.***

Nauczyciele i logopedzi poproszeni zostali o zdefiniowanie pojęcia „opieka logopedyczna”. Uzyskane wyniki obrazuje tabela nr 5. Przedstawiają one aspekt teoretyczny tego terminu.

**Tabela nr 5.** Definicje terminu „opieka logopedyczna” formułowane przez nauczycieli i logopedów.

Lp.	Znaczenia terminu "opieka logopedyczna" (w aspekcie teoretycznym)	Nauczyciele		Logopedzi		różnice
		odp.	%	odp.	%	
1.	szerokie: opieka logopedyczna to system określony normami prawnymi, regulującymi jego funkcjonowanie i organizację na terenie danego kraju, zorganizowany by sprawować opiekę nad mową dzieci i dorosłych	4	7,69	9	17,31	$\chi^2=2,2$ ; df=1; p>0,05
2.	wąskie: wszelkie działania/usługi logopedyczne praktyczne i teoretyczne kierowane do jednostki i społeczeństwa	48	92,31	43	82,69	
Razem		52	100	52	100	

Indywidualne odpowiedzi respondentów były zróżnicowane pod względem treściowym. Wyniki analizy statystycznej, dotyczącej formułowania terminu „opieka logopedyczna” przez nauczycieli i logopedów nie dają podstaw do oceny różnic pod względem statystycznym ( $\chi^2=2,2 < 3,84$ ).

Korzystając z ustaleń terminologicznych, które dokonane zostały przez K. Błachnio i G. Jastrzębowską (patrz rozdział I. 3.) wyodrębniłam dwie grupy odpowiedzi. Nauczyciele w 4 (7,69%) przypadkach wskazali na szerokie znaczenie terminu „opieka logopedyczna”. Definiowali je między innymi w następujący sposób:

- „to zespół instytucji i osób współpracujących ze sobą, których zadaniem jest diagnozowanie wszelkich zaburzeń mowy oraz opracowywanie programowych oddziaływań profilaktycznych, terapeutycznych”,
- „zorganizowana praca zespołów ludzi dla osób wymagających pomocy w obrębie mowy (komunikacji językowej – dop. M. K.-K.)”.

W grupie badanych logopedów 9 (17,31%) odpowiedzi odnosiło się do szerokiego określenia „opieki logopedycznej”. Definicje te brzmiały na przykład tak:

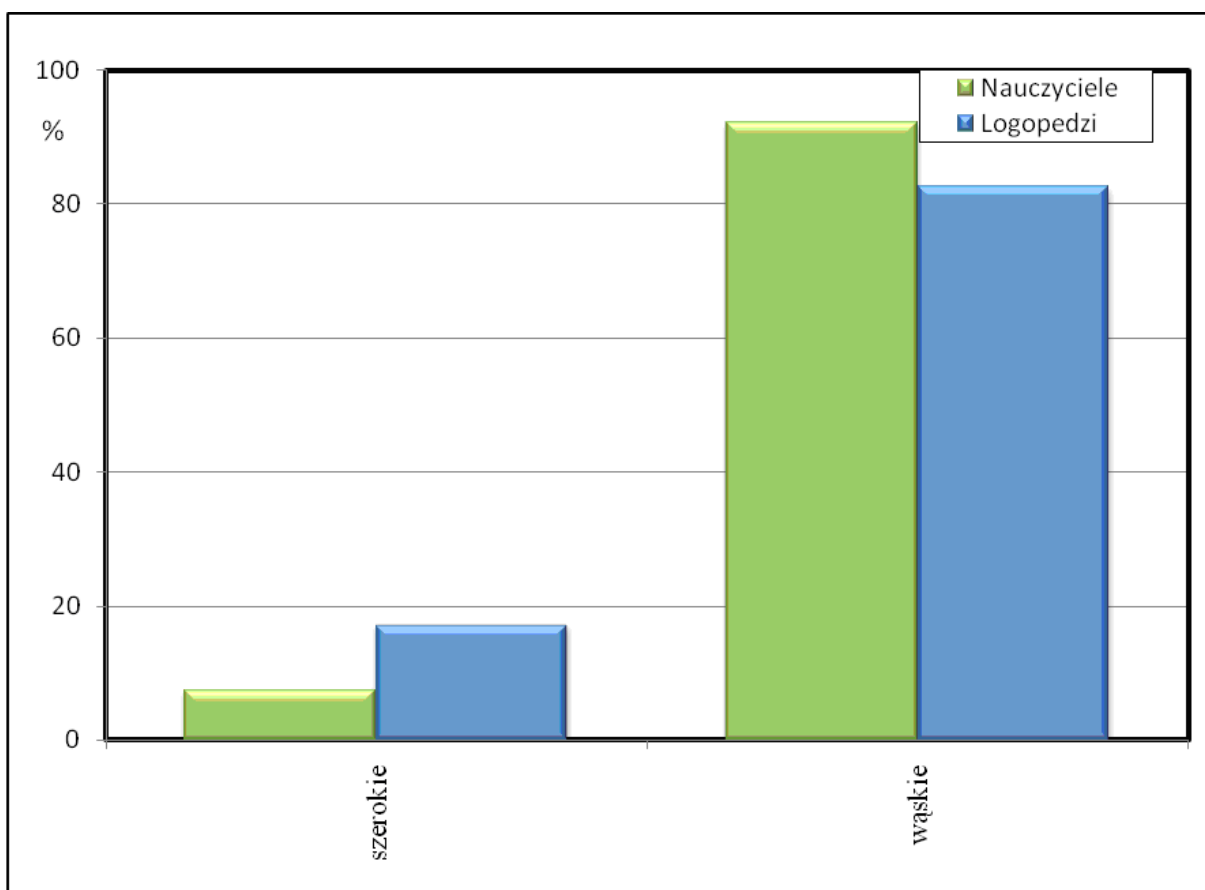
- „wszelka pomoc osobom w ulepszaniu komunikacji językowej świadczona przez różne osoby i instytucje, zgodnie z przepisami określonymi przez MEN i MZ”,

- „to system oddziaływań logoterapeutycznych na pacjenta; opiekę tę sprawują osoby dysponujące odpowiednimi kwalifikacjami zgodnie z przyjętymi przepisami prawnymi”.

Charakterystyki terminu „opieka logopedyczna” podawane przez respondentów w szerokim ujęciu wskazały, iż

- „pomoc, oddziaływanie, praca” świadczona jest przez osoby, instytucje, zespoły ludzi;
- działalność ta jest zorganizowana między innymi zgodnie z przepisami prawa, nastawiona na współpracę pomiędzy ogniwami systemu,
- opieka logopedyczna obejmuje osoby wymagające różnorodnej pomocy w celu usprawnienia porozumiewania językowego.

Zdecydowana większość badanych z obu podgrup, „opiekę logopedyczną” utożsamia z jej wąskim zakresem znaczeniowym - patrz wykres 1.



**Wykres nr 1.** Definicje terminu „opieka logopedyczna” formułowane przez nauczycieli i logopedów.

Określając pojęcie „opieka logopedyczna” 48 (92,31%) nauczycieli i 43 (82,69%) logopedów uwzględnia, że:

- są to wszelkiego rodzaju działania specjalistyczne (praktyczne, diagnostyczne, teoretyczne, instruktażowe, popularyzatorskie),
- działania składające się na logopedyczny proces eliminowania zaburzeń mowy,
- działania, które w metodyczny sposób wspomagają jednostkę, społeczeństwo, łagodząc skutki zakłóceń, zaburzeń procesu porozumiewania się.

Poniższe składowe precyzują wąską definicję „opieki logopedycznej”, znajdują się w odpowiedziach udzielanych przez nauczycieli, na przykład:

- „...działania terapeutyczne, diagnostyczne, profilaktyczne zmierzające do zapobiegania, ograniczania, usuwania zaburzeń procesu porozumiewania się”,
- „...praca nad rozwojem, doskonaleniem, korygowaniem mowy, kształtowaniem prawidłowej mowy dziecka, dorosłego”,
- „...diagnostyczno-terapeutyczne oddziaływania osób posiadających odpowiednie kwalifikacje na osoby, u których wystąpiły zaburzenia mowy, spowodowane różnymi przyczynami”.

W odpowiedziach logopedów odnajdziemy podobne sformułowania, na przykład:

- „...to działania diagnostyczne, terapeutyczne i profilaktyczne oraz propagujące wiedzę logopedyczną”,
- „...profilaktyka, korekcja, rehabilitacja osób z zaburzeniami mowy od 1 roku życia do 100 lat”,
- „...zapobieganie zaburzeniom mowy i głosu przez kształtowanie i nauczanie mowy, usuwanie wad”.

Definicje „opieki logopedycznej” podane przez respondentów rozważyć można także w aspekcie praktycznych rozwiązań systemowych. L. Kaczmarek wyodrębnił bowiem cztery specjalizacje zawodowe, którym przypisał do realizacji konkretne działania logopedyczne (patrz rozdz. I). I tak wyróżnić można:

- logopedię wychowawczą – z zadaniami w zakresie profilaktyki, stymulacji rozwoju mowy,
  - według nauczycieli – „opieka logopedyczna” to „pomoc” świadczona

osobom (dopis. M. K.-K.) w porozumiewaniu się”, „...specjalistyczne działania podejmowane dla przeciwdziałania i rozwiązywania problemów z mową” i inne;

- według logopedów – „...wszechstronne monitorowanie rozwoju mowy dziecka”, „opieka nad mową od poczęcia do późnej starości”,
- surdologopedię – kształtowanie mowy u osób głuchych, niedosłyszących i głuchoniemych; obie grupy uwzględniły powyższych odbiorców opieki logopedycznej,
- logopedię korekcyjną – cele związane z usuwaniem/korekcją zaburzeń mowy, głosu, ale i przełamywaniem trudności w umiejętnościach czytania, pisania. Działania dotyczące korygowania, usuwania deficytów i zaburzeń mowy, głosu są najczęściej wymieniane w definicjach formułowanych zarówno przez logopedów, jak i nauczycieli. W pojedynczych charakterystykach „opieki logopedycznej” respondenci wyróżnili trudności z przyswojeniem umiejętności szkolnych, jako konsekwencję zaburzeń mowy,
- logopedia artystyczna – z zadaniami w zakresie krzewienia kultury żywego słowa. Dwóch logopedów podało, że „opieka logopedyczna to działania na rzecz osób artystycznie, publicystycznie wykorzystujących swą mowę”. Jeden z nauczycieli podkreślił natomiast, iż „opieka logopedyczna to doskonalenie poprawności mowy, troska o jej piękno”.

Ze względu na złożoność podanych przez respondentów definicji (uwzględniający aspekt praktyczny opieki logopedycznej), a tym samym „zachodzenie” na siebie zakresów działań logopedycznych, zrezygnowałam z prezentacji powyższych treści w ujęciu ilościowym, by uniknąć błędów interpretacyjnych.

Kolejne pytanie wywiadu stanowiło uszczegółowienie, doprecyzowanie definiowanego terminu „opieka logopedyczna”. Respondenci określili części składowe polskiego systemu opieki logopedycznej. Odpowiedzi badanych w ujęciu liczbowym przedstawia tabela nr 6.

**Tabela nr 6.** Ogniw polskiego systemu opieki logopedycznej wyróżnione przez respondentów.

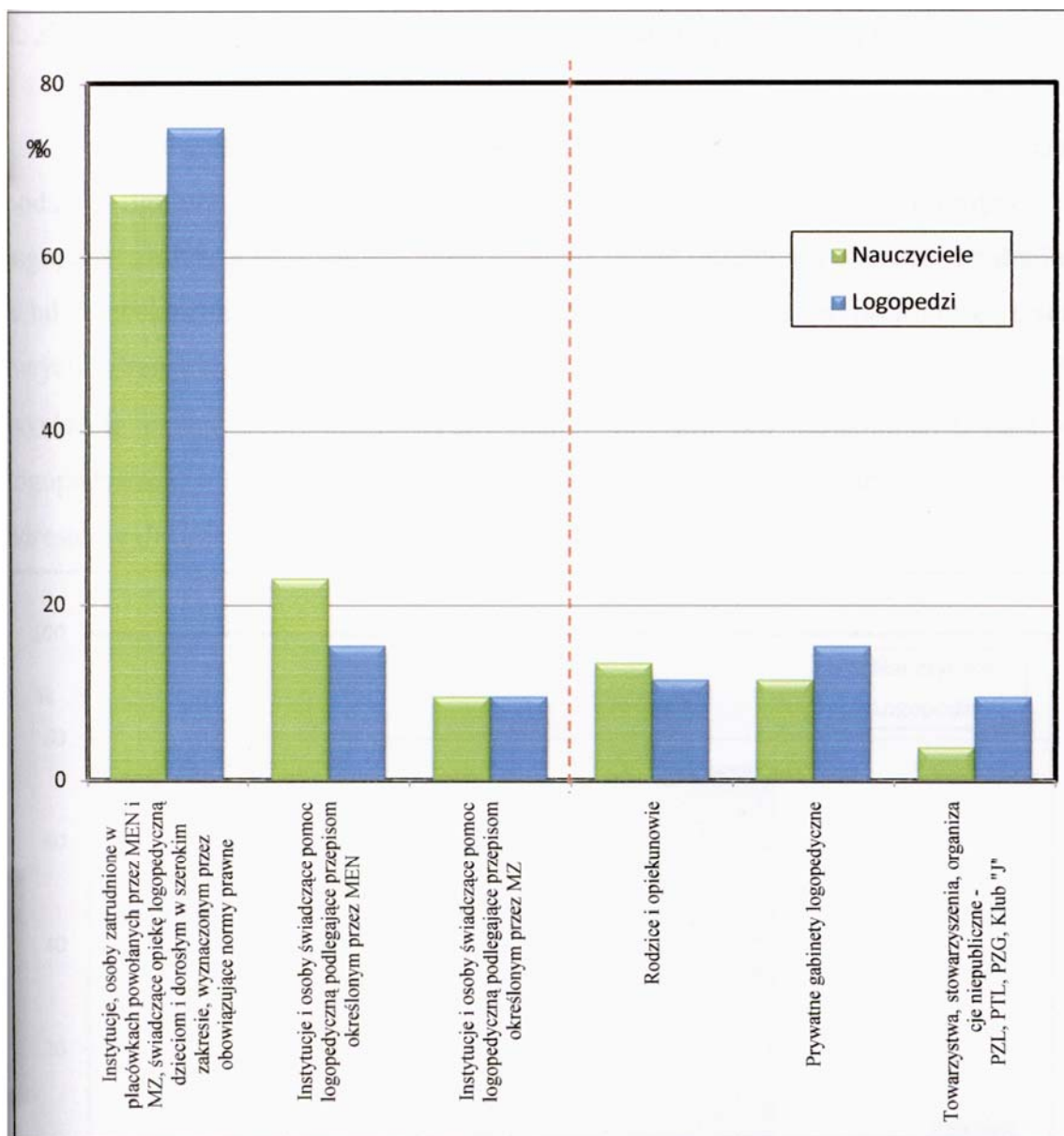
Lp.	Ogniwa	Nauczyciele		Logopedzi		różnice
		N	%	N	%	
1.	Instytucje, osoby zatrudnione w placówkach powołanych przez MEN i MZ, świadczące opiekę logopedyczną dzieciom i dorosłym w szerokim zakresie, wyznaczonym przez obowiązujące normy prawne	35	67,31	39	75,00	$\chi^2 = 0,96$ df = 1
2.	Instytucje i osoby świadczące pomoc logopedyczną podlegające przepisom określonym przez MEN	12	23,08	8	15,38	
3.	Instytucje i osoby świadczące pomoc logopedyczną podlegające przepisom określonym przez MZ	5	9,62	5	9,62	
4.	Rodzice i opiekunowie	7	13,46	6	11,54	$\chi^2 = 0,92$ df = 1
5.	Prywatne gabinety logopedyczne	6	11,54	8	15,38	
6.	Towarzystwa, stowarzyszenia, organizacje niepubliczne - PZL, PTL, PZG, Klub „J”	2	3,85	5	9,62	

Z otrzymanych wyników nie można wnioskować o istnieniu różnic statystycznie istotnych w odniesieniu wyróżnionych przez badanych nauczycieli i logopedów ogniwach polskiego systemu opieki logopedycznej.

Nauczyciele – 35 osób (67,3%) i logopedzi – 39 osób (75%) za zasadnicze ogniwo polskiego systemu opieki logopedycznej uznali instytucje, osoby funkcjonujące zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Edukacji Narodowej i/lub Ministerstwa Zdrowia świadczące opiekę logopedyczną dzieciom i dorosłym. Udzielone odpowiedzi są zgodne z faktycznym stanem regulacji prawnych określających zasady organizacji, funkcjonowania i współpracy poszczególnych struktur tego systemu. Kolejne dwa ogniwa systemu przypisane zwierzchnictwu MEN lub MZ połowicznie jedynie oddają faktyczny zakres działania systemu pomocy logopedycznej.

W powyższej tabeli i na wykresie nr 2 przedstawione zostały trzy kolejne struktury charakteryzowanego systemu, które funkcjonują zgodnie z określonymi normami prawnymi, współdziałają z pozostałymi ogniwami tworząc całość i wyznaczając zakres i poziom opieki logopedycznej.



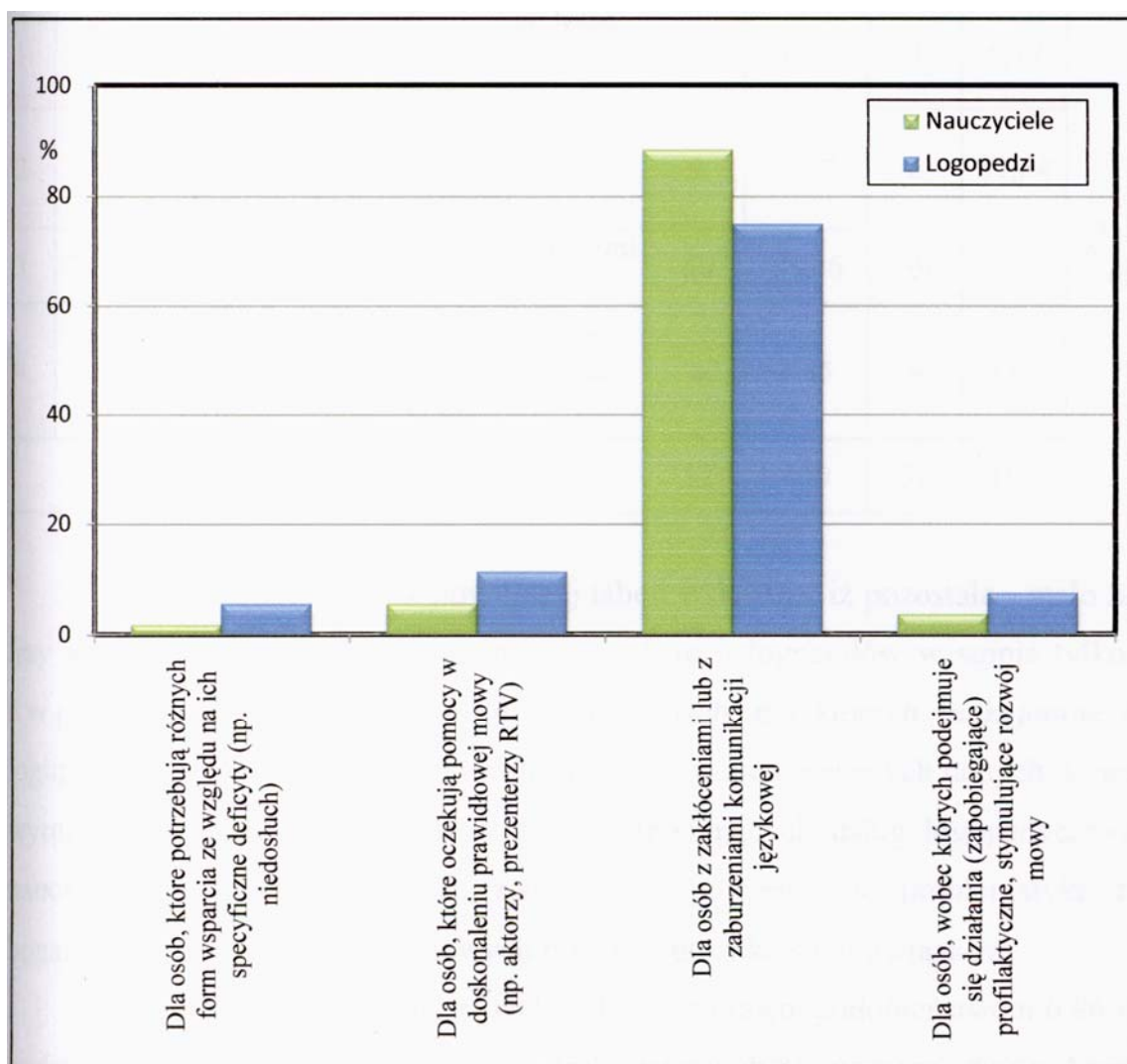


**Wykres nr 2.** Ogniwa polskiego systemu opieki logopedycznej wyróżnione przez respondentów.

Rodzice i opiekunowie, logopedzi świadczący pomoc w gabinetach prywatnych, a także towarzystwa, organizacje niepubliczne były wymieniane przez badanych respondentów, jako ogniwa uzupełniające, „uszczelniające” podstawową strukturę opisywanego systemu.

## 2. Zakres wiedzy badanych o funkcjonowaniu współczesnego s.o.l.

Przedstawiając charakterystykę terminu „opieka logopedyczna”, a następnie podając ogniwa składowe systemu respondenci określali już odbiorców usług logopedycznych, a tym samym podejmowali próbę określenia obszaru działania s.o.l., a także wskazywali na zakres wiedzy jaki posiadają o tym problemie. Uściślenie owych adresatów działań opieki logopedycznej nastąpiło w pytaniu trzecim. Badani wyróżnili cztery różnoliczne grupy osób, dla których powołana została opieka logopedyczna. Owe dysproporcje ilościowe pomiędzy wyodrębnionymi grupami adresatów dobrze uwidacznia wykres nr 3.



**Wykres nr 3.** Osoby, dla których został powołany/funkcjonuje system opieki logopedycznej wyróżnione przez badanych

Najlicniejszą grupę odbiorców usług logopedycznych stanowią osoby, u których występują zakłócenia lub zaburzenia w obrębie komunikacji językowej. Tę grupę wymieniło 46 nauczycieli (88,46%) i 39 logopedów (75%). Jest to wynik, który potwierdza opisane teoretycznie twierdzenie, iż opieka logopedyczna w naszym kraju kojarzona jest przede wszystkim z oddziaływaniami korekcyjnymi, rehabilitacyjnymi, reedukacyjnymi.

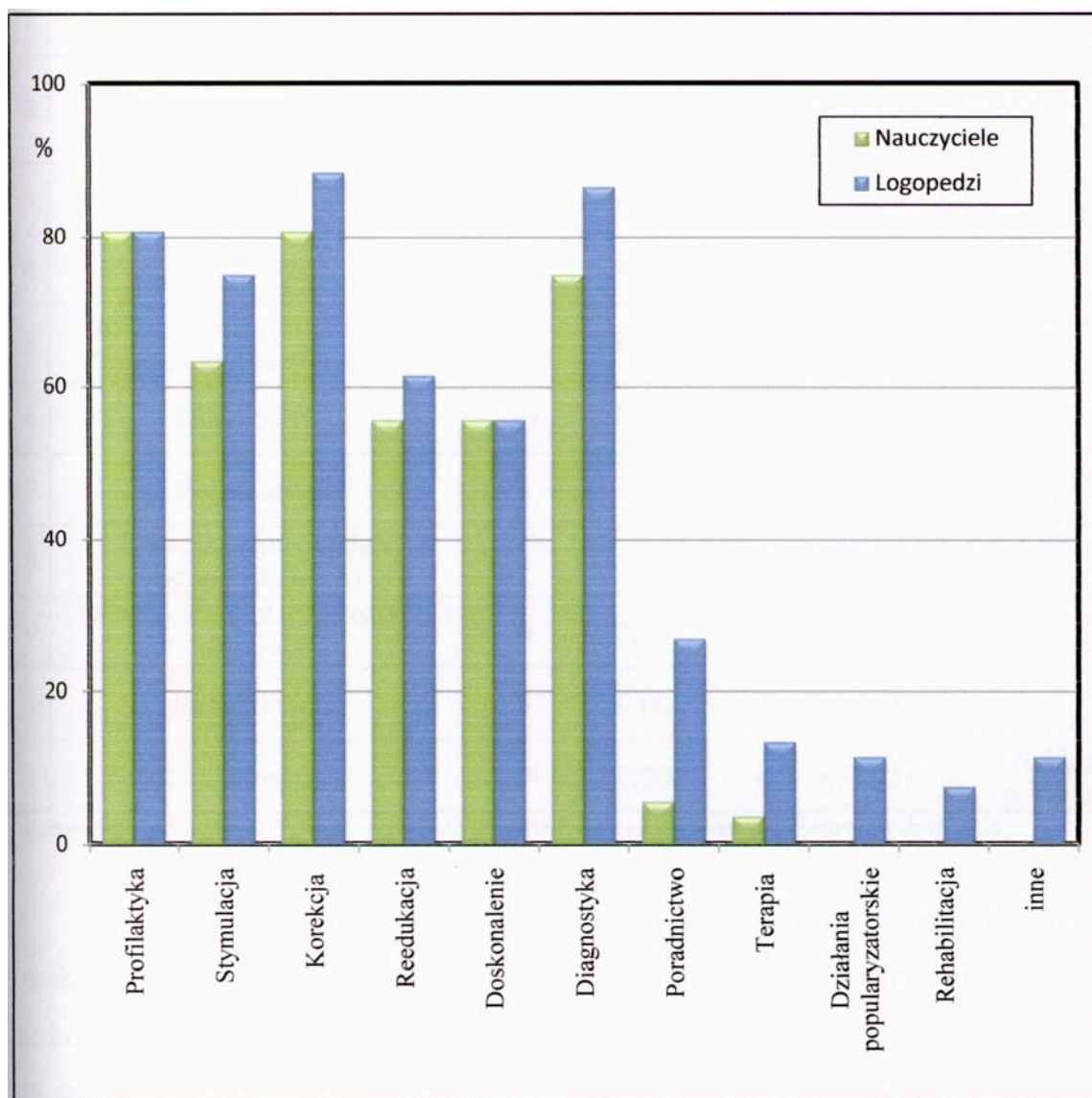
**Tabela nr 7.** Osoby, dla których został powołany/funkcjonuje system opieki logopedycznej wyróżnione przez badanych

Lp.	Osoby objęte systemem opieki logopedycznej	Nauczyciele		Logopedzi		różnice
		N	%	N	%	
1.	Dla osób, które potrzebują różnych form wsparcia ze względu na ich specyficzne deficyty (np. niedosłuch)	1	1,92	3	5,77	$\chi^2 = 0,86;$ df = 1
2.	Dla osób, które oczekują pomocy w doskonaleniu prawidłowej mowy (np. aktorzy, prezenterzy RTV)	3	5,77	6	11,54	
3.	Dla osób z zakłóceniami lub z zaburzeniami komunikacji językowej	46	88,46	39	75,00	
4.	Dla osób, wobec których podejmuje się działania (zapobiegające) profilaktyczne, stymulujące rozwój mowy.	2	3,85	4	7,69	
Razem		52	100	52	100	

Dane zamieszczone w powyższej tabeli wskazują, iż pozostałe - mało liczne - trzy grupy adresatów działań logopedycznych to u logopedów w sumie tylko 25%, a w grupie nauczycieli razem niespełna 12% osób, dla których funkcjonuje opieka logopedyczna. Dostrzec można pewną zależność w analizowanych danych. Logopedzi wymieniają 2 razy większe grupy osób potrzebujących usług logopedycznych niż nauczyciele. Wynikać to może z szerszego spojrzenia na problematykę mowy, bogatszych doświadczeń zawodowych oraz innego zakresu obowiązków.

Zastosowane obliczenia  $\chi^2$  wykazały, że z prawdopodobieństwem 0,86 nie ma podstaw do odrzucania hipotezy  $H_0$  o braku istotnych różnic pomiędzy wskazaniem nauczycieli i logopedów dotyczącymi wyróżnienia osób, dla których został powołany system opieki logopedycznej.

Jak wskazuje wykres 4, przypuszczenia o szerszym spektrum czynności logopedów niż nauczycieli, potwierdzone zostały danymi liczbowymi określającymi zakresy tychże działań podejmowanych przez nauczycieli i logopedów, w ramach systemu opieki logopedycznej.



**Wykres nr 4.** Deklarowany przez respondentów zakres działań podejmowanych w ramach systemu opieki logopedycznej.

Na wykresie wyraźnie przeważają i górują niebieskie słupki wskazujące procentowe zaangażowanie logopedów w działania na rzecz opieki logopedycznej. Dane liczbowe przedstawiam w tabeli nr 8.

**Tabela nr 8.** Deklarowany przez respondentów zakres działań podejmowanych w ramach systemu opieki logopedycznej.

Lp.	Podejmowane działania	Nauczyciele		Logopedzi		różnice
		N	%	N	%	
1.	Profilaktyka	42	80,77	42	80,77	$\chi^2 = 0,0$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
2.	Stymulacja, wspomaganie, rozwijanie kompetencji językowej i komunikacyjnej	33	63,46	39	75,00	$\chi^2 = 1,63$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
3.	Korekcja – usuwanie deficytów zaburzeń	42	80,77	46	88,46	$\chi^2 = 0,37$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
4.	Reedukacja	29	55,77	32	61,54	$\chi^2 = 0,36$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
5.	Doskonalenie (podnoszenie kompetencji językowych)	29	55,77	29	55,77	$\chi^2 = 0,0$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
6.	Diagnostyka	39	75,00	45	86,54	$\chi^2 = 2,23$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
7.	Poradnictwo	3	5,77	14	26,92	$\chi^2 = 6,17$ , $df = 1$ , $p = 0,013$
8.	Terapia (ogół działań logopedycznych)	2	3,85	7	13,46	$\chi^2 = 1,95$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
9.	Działania popularyzatorskie, naukowe	0	0,00	6	11,54	$\chi^2 = 4,42$ , $df = 1$ , $p = 0,035$
10.	Rehabilitacja	0	0,00	4	7,69	$\chi^2 = 2,34$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
11.	inne	0	0,00	6	11,54	$\chi^2 = 4,42$ , $df = 1$ , $p = 0,035$

\* Respondenci z badanych grup mogli wskazać wiele (więcej niż jedno) podejmowanych działań

Powyższe zestawienie pokazuje, iż logopedzi deklarują podejmowanie działań korekcyjnych (88,46%), diagnostycznych (86,54%), stymulacyjnych (75,0%), reedukacyjnych (61,54%), a także związanych z poradnictwem (26,92%) i terapią (13,46%) w wymiarze przekraczającym (czasem znacznie, np. poradnictwo - różnica 21%) wskazania nauczycieli. Wyłącznie logopedzi podejmowali działania popularyzatorskie (6%), rehabilitacyjne (4%) oraz „inne” (6%) tzn. samodoskonalące, dotyczące kultury żywego słowa. Ta przewaga ilościowa realizowanych działań logopedów do nauczycieli wynika z różnych ról zawodowych pełnionych przez te dwie grupy badawcze w systemie opieki logopedycznej, innego zakresu przygotowania teoretycznego i praktycznego w ramach ukończonych form kształcenia,

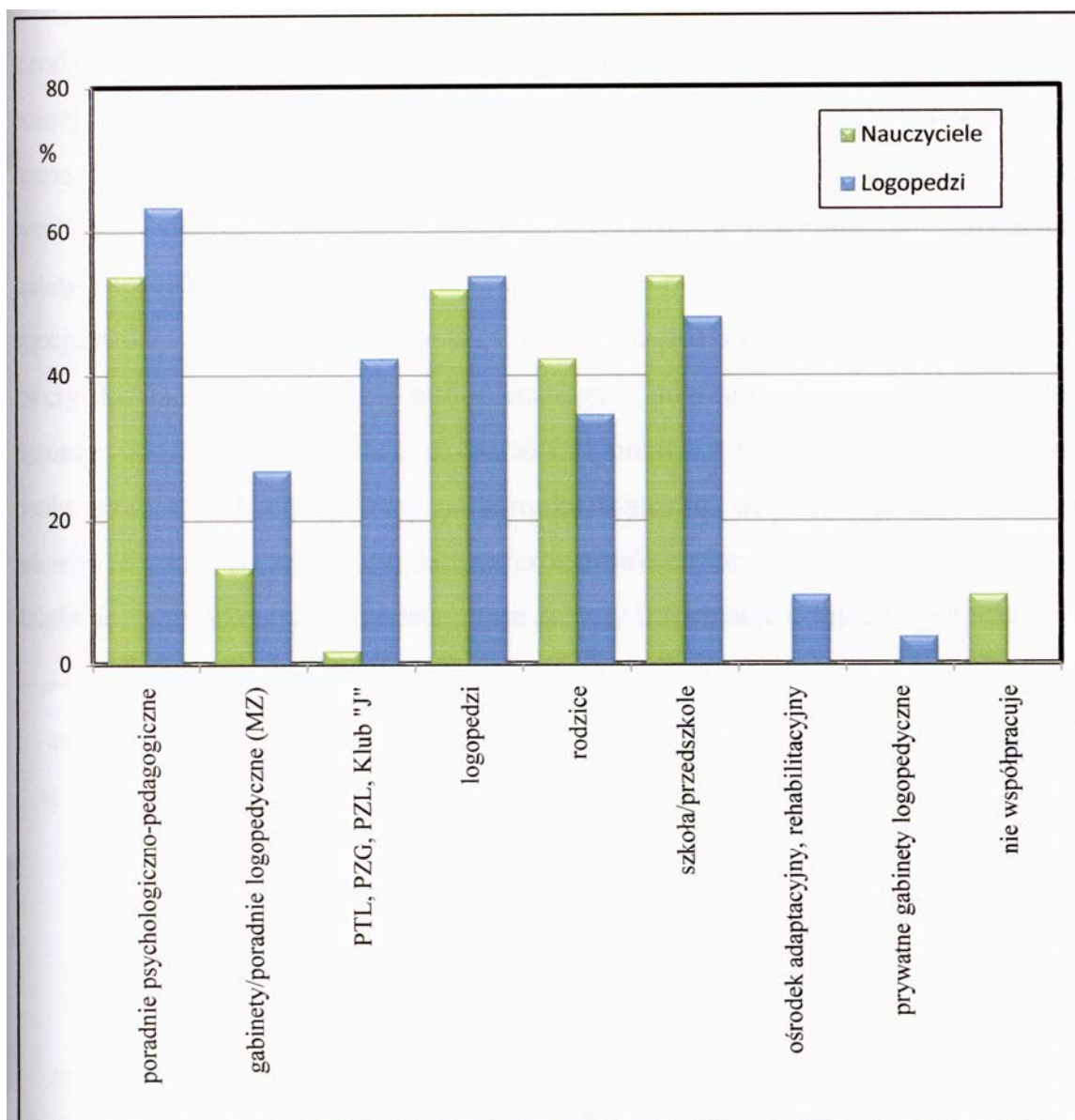
doskonalenia zawodowego, a także z innych czynników, o których będzie jeszcze mowa.

Znamienne dla badanych grup respondentów jest osiągnięcie jednakowych wskaźników dla działań dotyczących profilaktyki (80,77%) oraz doskonalenia niezaburzonej mowy podopiecznych (55,77%). Podsumowując analizowane dane należy skonstatować, że paleta działań deklarowanych jako podejmowane zarówno przez logopedów i nauczycieli jest bardzo bogata i sędzę, że może w znacznej mierze zabezpieczyć społeczne potrzeby na opiekę logopedyczną.

Wyniki statystyczne z obliczenia  $\chi^2$  prezentujące deklarowane, jako podejmowane przez nauczycieli i logopedów podejmowane działania, wymienione w rubrykach: 1 – profilaktyka, 2 – stymulacja, 3 - korekcja, 4 - reedukacja, 5 - doskonalenie, 6 – diagnostyka, 8 - terapia, 10 - rehabilitacja wskazują, iż nie ma podstaw do odrzucenia ani potwierdzenia hipotezy o braku różnic w wypowiedziach badanych grup. Natomiast z działań takich jak: poradnictwo, działania popularyzatorskie, a także „inne” aktywności dotyczące opieki logopedycznej, uzyskane wyniki wskazują, iż należy odrzucić  $H_0$  i przyjąć  $H_1$ , co oznacza, że różnica w deklarowanych przez logopedów i nauczycieli wymienionych działaniach była istotna na poziomie 0,05.

Respondenci prócz deklarowanych działań podejmowanych na rzecz systemu opieki logopedycznej wypowiedzieli się również na temat osób i instytucji, z którymi współpracowali oraz określili cele tej współpracy. Powyższe treści w ujęciu liczbowym przedstawiłam w tabeli, którą umieściłam w aneksie (patrz Aneks nr 3). W tym miejscu przytoczę wygenerowane z tej tabeli dane w postaci wykresów. Wykres 5 przedstawia zestawienie ilościowe osób i instytucji, z którymi respondenci deklarowali współpracę.

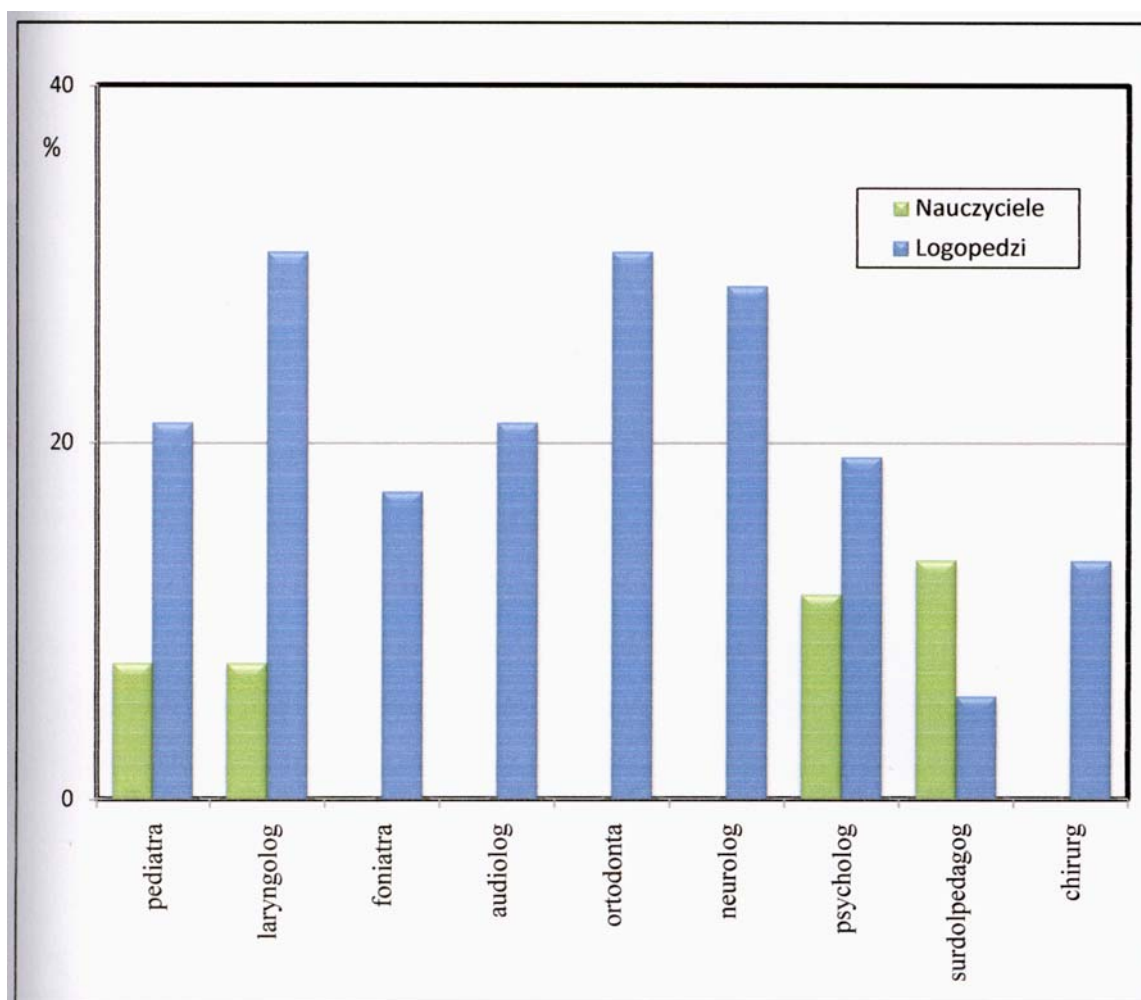




**Wykres nr 5.** Osoby i instytucje, z którymi respondenci deklarowali współpracę.

Wyniki wskazują, iż najczęściej wymienianymi instytucjami, z którymi podejmowali wspólne działania logopedzi (63,46%) i nauczyciele (53,85%) były poradnie psychologiczno-pedagogiczne, następnie inni logopedzi zatrudnieni w placówkach oświatowych, niepublicznych. Z tą grupą współpracę zgłosiło 53,85% badanych logopedów i 51,92% badanych nauczycieli. Pomyślnie w opiniach badanych logopedów (48,08%) i nauczycieli (53,85%) układała się współpraca ze szkołami i przedszkolami oraz zatrudnionymi tam nauczycielami, wychowawcami. Logopedzi wymienili stowarzyszenia, związki (42,31%) logopedów, ośrodki adaptacyjne (9,62%), prywatne gabinety logopedyczne (3,85%) jako instytucje, z którymi wspólnie

podejmują działania. Współpraca nauczycieli (42,31%) i logopedów (34,62%) z rodzicami oscyluje w granicach przeciętnej, jednak uwzględniając bliskość emocjonalną dziecka i rodzica ta współpraca wydaje się być niedoceniana przez respondentów. W grupie badanych 5 nauczycieli przyznało, iż nie podejmuje współpracy dotyczącej opieki nad mową z osobami ani instytucjami. Uzupełnieniem palety osób i instytucji, z którymi współpracują pośrednio badani jest szeroka grupa specjalistów. Zarówno logopedzi, jak i nauczyciele do celów poszerzenia, zweryfikowania diagnozy podopiecznego powinni korzystać z informacji przekazywanych przez tychże ekspertów. Kontakt z nimi często odbywa się przez osoby trzecie (rodziców, którzy podejmują ostateczną decyzję o podjęciu konsultacji; lekarzy rodzinnych, którzy wydają skierowania), co utrudnia konstruktywne i szybkie działanie. Na wykresie 6 przedstawione zostały informacje o tejże współpracy.

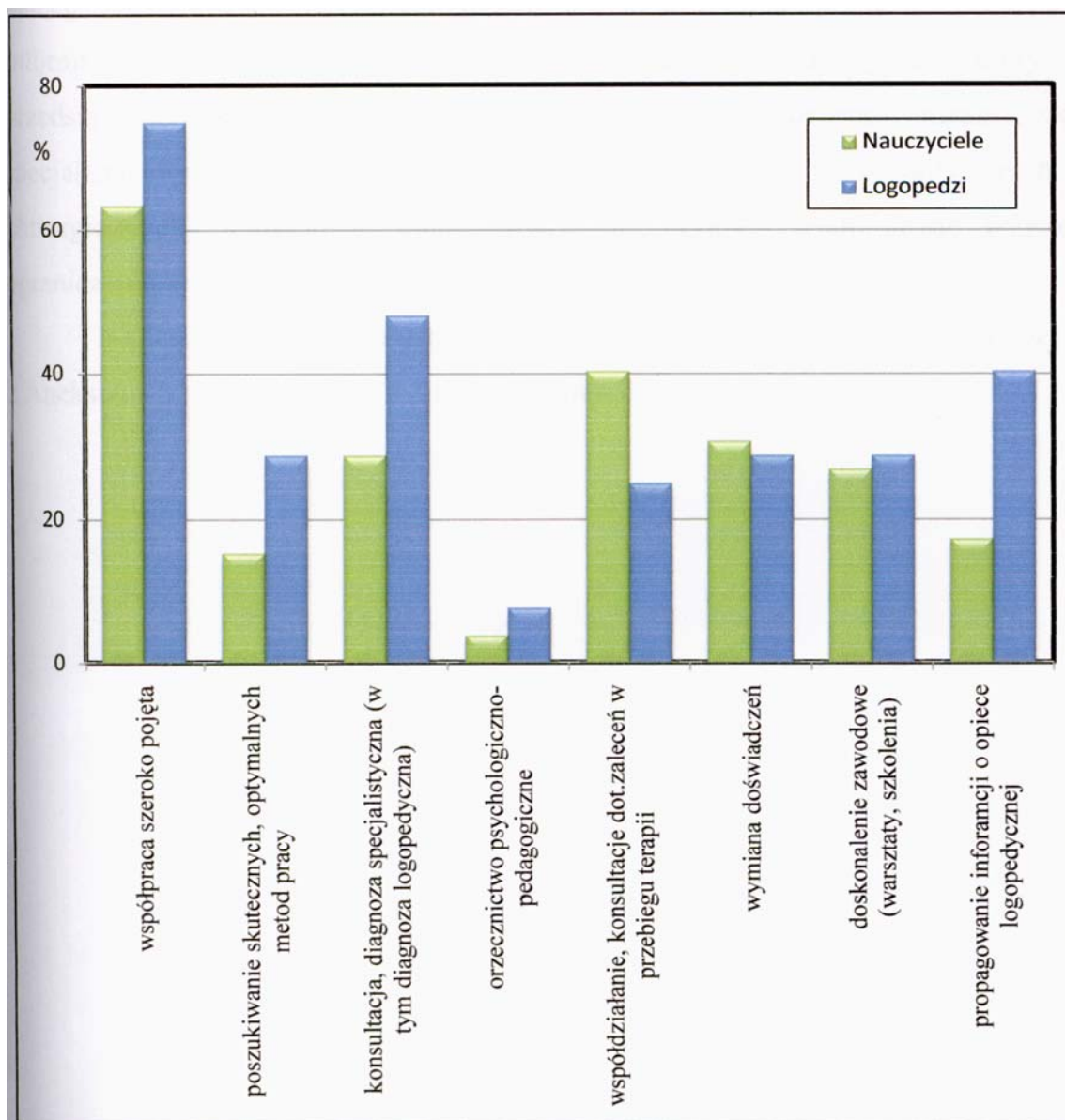


**Wykres nr 6.** Specjaliści, z którymi respondenci deklarowali współpracę w ramach systemu opieki logopedycznej



I jak łatwo zauważyć współpracę z wieloma ekspertami podejmują głównie logopedzi; nauczyciele podali, że współpracują z surdopedagogiem (13,46%), psychologiem (11,54%), a także z pediatrą i laryngologiem (po 7%). Logopedzi najczęściej wyróżniali laryngologa i ortodontę (31%), następnie neurologa (29%), a także pediatrę i audiologa (21%). Uwzględniając postulowane przez K. Błachnio holistyczne podejście do procesu diagnozy i terapii mowy dziecka, analizę wielosyndromową (patrz rozdz. III. 4) wykazać można, że ilość wyróżnionych przez respondentów profesji specjalistów oraz odsetek procentowy dotyczący współpracy z nimi jest niski. Nie gwarantuje realizacji wspomnianych założeń teoretycznych.

Jakie cele dotyczące opieki logopedycznej realizują badani nauczyciele i logopedzi podejmując współpracę z wymienionymi wyżej instytucjami i osobami? Odpowiedź na to pytanie przedstawia wykres 7 utworzony w oparciu o dane z tabeli zaprezentowanej w Aneksie nr 3.



**Wykres nr 7.** Deklarowane przez badanych cele współpracy z ogniwami systemu opieki logopedycznej

Wykres 7 pokazuje, że największy odsetek odpowiedzi logopedów (75%) i nauczycieli (63%) dotyczył realizacji szeroko pojętej współpracy. Podejmowane działania ukierunkowane były więc na osiągnięcie wielu celów szczegółowych. Istotnym dążeniem realizowanym przy udziale kilku ogniw systemu logopedycznego, w tym także logopedów (48%) i nauczycieli (29%) było konsultowanie, diagnozowanie specjalistyczne. Nauczyciele deklarowali, wśród ważnych celów współpracy, między innymi chęć korzystania z pomocy dotyczącej zaleceń w przebiegu terapii (40%) oraz wymianę doświadczeń między osobami realizującymi

opiekę logopedyczną (31%). Logopedzi wymienili współpracę w propagowaniu informacji o opiece logopedycznej (40%), a także dodatkowy cel, który został przedstawiony tylko przez tę grupę badawczą. Dotyczy on przeprowadzania, zlecenia specjalistycznych zabiegów (np. laryngologicznych, ortodontycznych czy chirurgicznych). Zabiegi te mają zniwelować deficyty anatomiczne wywołujące ograniczenia w możliwościach komunikacji językowej.

Na bazie powyższych ustaleń jakościowych, zebrane dane z wyjściowej tabeli z Aneksu nr 3 poddałam analizie statystycznej.

**Tabela nr 9.** Cele współpracy deklarowane przez nauczycieli i logopedów z ogniwami systemu opieki logopedycznej.

Cel  ogniwo s.o.l.	współpraca szeroko pojęta				poszukiwanie skutecznych, optymalnych metod pracy				konsultacja, diagnoza specjalistyczna (w tym diagnoza logopedyczna)				orteznictwo psychologiczno-pedagogiczne				zalecenia dot. przebiegu terapii				wymiana doświadczeń				doskonalenie zawodowe (warsztaty, szkolenia)				wykonywanie zabiegów specjalistycznych				propagowanie informacji o opiece logopedycznej			
	Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
Specjaliści - nielogopedzi	6	11,54	32	61,54	0	0,00	0	0,00	7	13,46	35	67,31	0	0,00	3	5,77	8	15,38	4	7,69	0	0,00	4	7,69	0	0,00	6	11,54	0	0,00	10	19,23	0	0,00	4	7,69
Instytucje	28	53,85	39	75,00	8	15,38	15	28,85	15	28,85	24	46,15	2	3,85	4	7,69	21	40,38	13	25,00	16	30,77	15	28,85	14	26,92	15	28,85	0	0,00	0	0,00	9	17,31	25	48,08
Różnice	$\chi^2 = 11,67,$ df = 1				-				$\chi^2 = 4,86,$ df = 1				$\chi^2 = 1,29,$ df = 1				$\chi^2 = 0,09,$ df = 1				$\chi^2 = 3,80,$ df = 1				$\chi^2 = 4,83,$ df = 1				-				$\chi^2 = 1,39,$ df = 1			

Analizując wyniki statystyczne, zawarte w tabeli 9, z obliczeń  $\chi^2$  prezentujące cele współpracy deklarowane przez nauczycieli i logopedów ze specjalistami nie będącymi logopedami oraz z instytucjami s.o.l. wynika, iż dla celów:

- poszukiwanie optymalnych metod pracy;
- orzecznictwo psychologiczno-pedagogiczne;
- zalecenia dotyczące przebiegu terapii;
- wykonywanie zabiegów specjalistycznych;
- propagowanie informacji o opiece logopedycznej

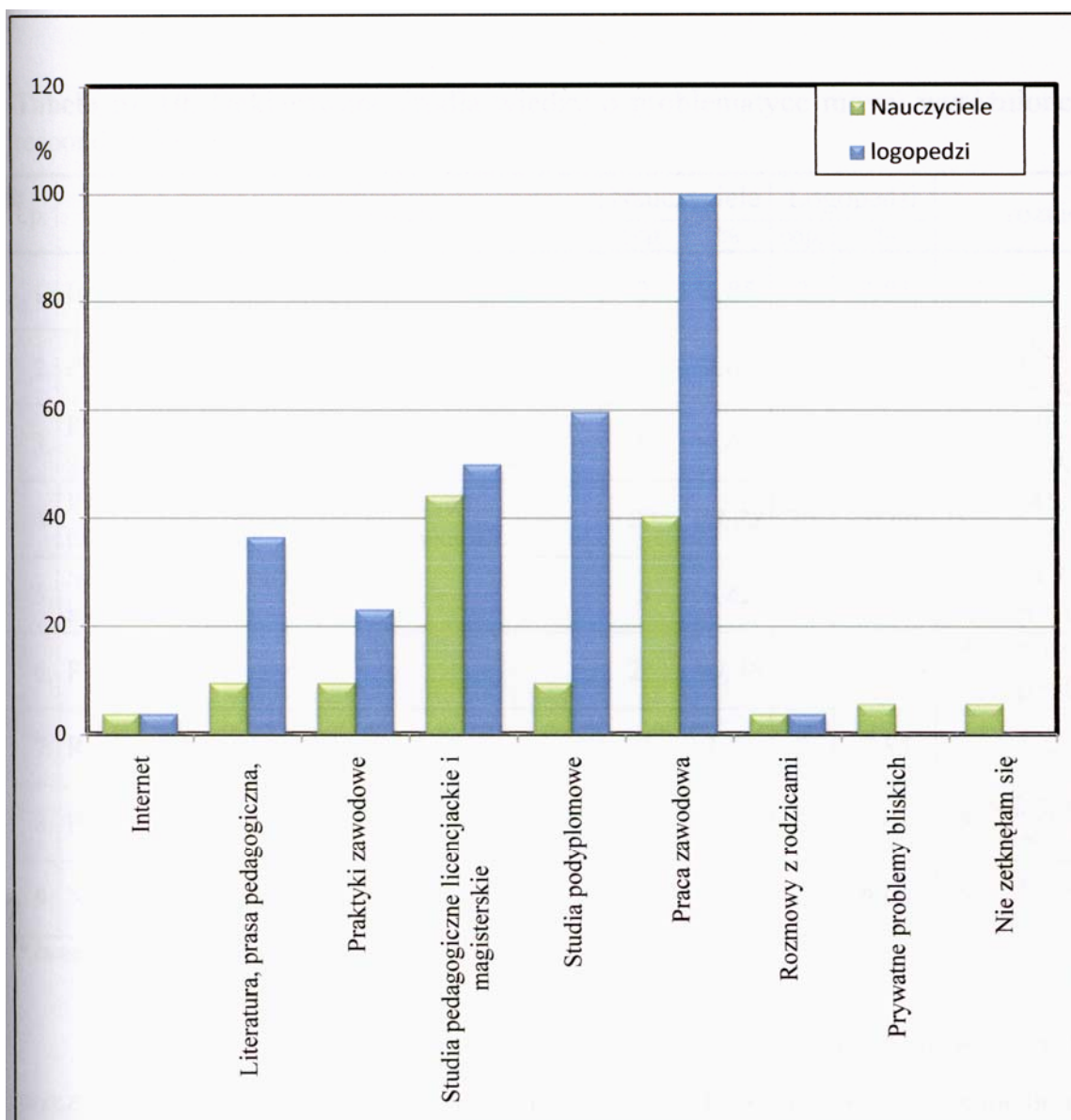
nie ma podstaw do odrzucenia ani potwierdzenia hipotezy  $H_0$  o braku istotności różnic w wypowiedziach badanych grup respondentów. Natomiast w działaniach dotyczących realizacji innych celów tj.:

- współpraca szeroko pojęta;
- konsultacje, diagnoza specjalistyczna,
- wymiana doświadczeń,
- doskonalenie zawodowe,

uzyskane wyniki wskazują, iż należy odrzucić  $H_0$  i przyjąć  $H_1$ , co oznacza że różnice w deklarowanych przez logopedów i nauczycieli celach współpracy z konkretnymi ogniwami s.o.l. były istotne na poziomie 0,05. Logopedzi częściej niż nauczyciele deklarowali cele współpracy z ogniwami s.o.l., a ta dysproporcja jest statystycznie istotna.

### ***3. Źródła wiedzy respondentów o zagadnieniach mowy.***

Wśród deklarowanych źródeł wiedzy o zagadnieniach dotyczących mowy 100% badanych logopedów czerpie wiedzę ze swej pracy zawodowej, wynika to ze specyfiki wykonywanej profesji. Analizowane treści przedstawia wykres 8, z którego wynika, iż cennym źródłem wiedzy o zagadnieniach komunikacji językowej były dla logopedów studia podyplomowe – wyróżniło je 60% tej grupy, a tylko 10% nauczycieli.



**Wykres nr 8.** Deklarowane źródła wiedzy o zagadnieniach dotyczących mowy wyróżnione przez respondentów.

Podobne zależności dostrzec można śledząc dane o literaturze, prasie pedagogicznej. Jest ona źródłem informacji dla 36% badanych logopedów i 10% nauczycieli. Zdecydowanie mniej źródeł wiedzy o problematyce mowy wyróżniają nauczyciele. Są oni przygotowani do realizacji innych zadań zawodowych. Stąd 6% z nich przyznaje, że w dotychczasowej edukacji nie zetknęło się z powyższą problematyką, a tyle samo podaje, że źródłem informacji były problemy z mową dotyczące ich bliskich.

**Tabela nr 10.** Deklarowane źródła wiedzy o problematyce mowy wyróżnione przez respondentów.

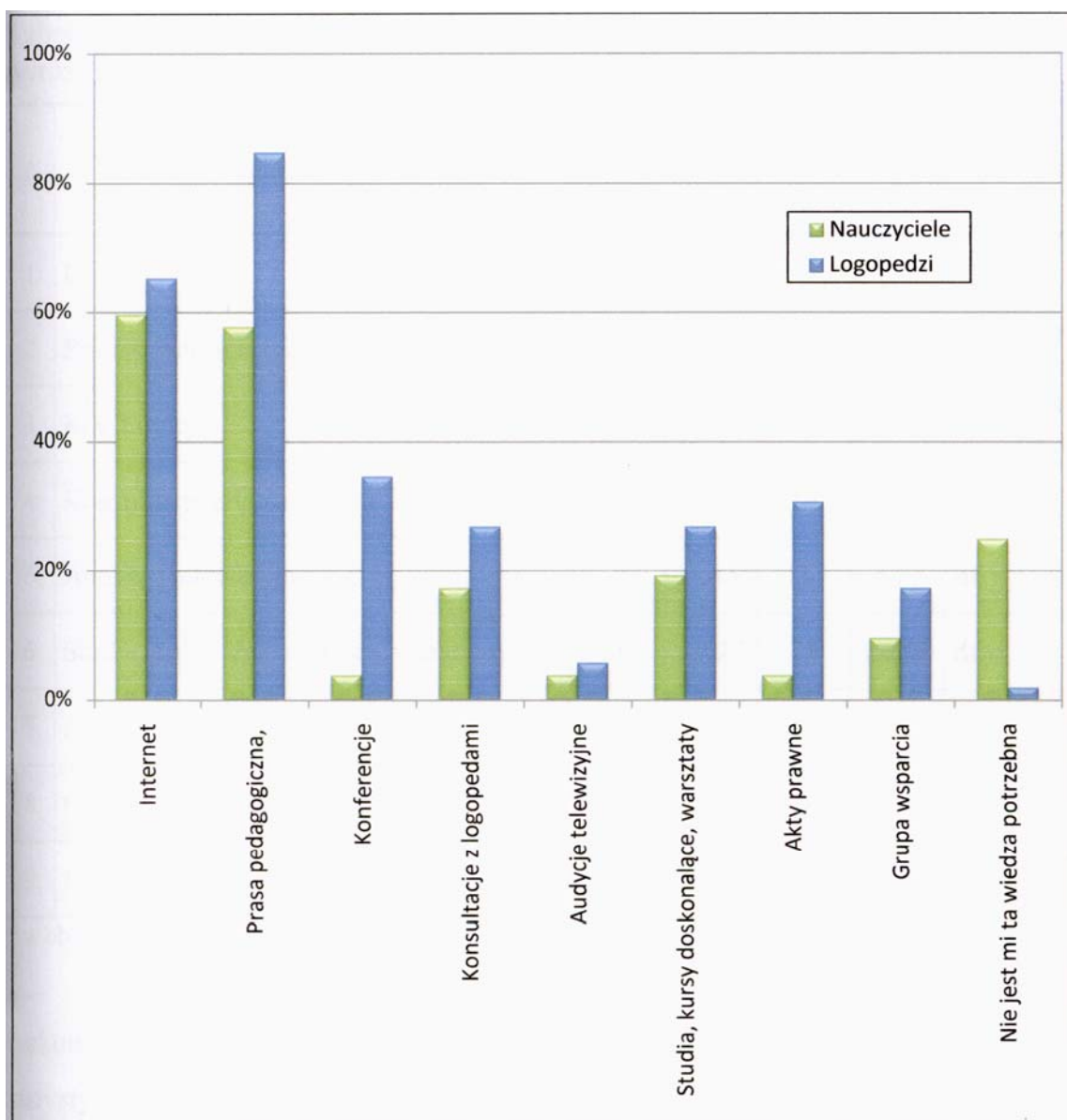
Lp.	Źródła informacji	Nauczyciele		Logopedzi		różnice
		odp.	%	odp.	%	
1.	Internet	2	3,85	2	3,85	-
2.	Prasa pedagogiczna, literatura	5	9,62	19	36,54	$\chi^2=10,52$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
3.	Praktyki zawodowe (w przedszkolu, w grupie 5, 6-latków) w ramach studiów	5	9,62	12	23,08	$\chi^2 = 3,45$ , $df = 1$ , $p > 0,05$
4.	Podczas studiów pedagogicznych, przedmioty: logopedia, fonetyka itp.	23	44,23	26	50,00	$\chi^2 = 3,45$ , $df = 1$ , $p \geq 0,05$
5.	Studia podyplomowe (kursy kwalifikacyjne)	5	9,62	31	59,62	$\chi^2 = 28,72$ , $df = 1$ , $p < 0,05$
6.	Praca zawodowa	21	40,38	52	100,00	$\chi^2 = 37,96^*$ , $df = 1$ , $p < 0,05$
7.	Rozmowy z rodzicami	2	3,85	2	3,85	-
8.	Prywatne problemy bliskich osób	3	5,77	0	0,00	$\chi^2 = 3,9$ , $df = 1$ , $p < 0,05$
9.	Nie zetknęłam się	3	5,77	0	0,00	$\chi^2 = 3,9$ , $df = 1$ , $p < 0,05$

\* zastosowano poprawkę Yates'a

Deklarowana znajomość źródeł informacji o problematyce mowy wyróżniona przez nauczycieli i logopedów wskazuje, iż brak różnicy w odniesieniu do następujących źródeł: Internet, rozmowy z rodzicami. W przypadku prasy, literatury pedagogicznej, studiów podyplomowych, pracy zawodowej traktowanych, jako źródło wiedzy o zagadnieniach komunikacji językowej zaistniałe różnice są istotne statystycznie. W przypadku praktyk zawodowych odbywanych w ramach studiów, a będących źródłem wiedzy o systemie opieki logopedycznej nauczycieli i logopedów, współczynnik  $\chi^2$  jest bliski wartości granicznej, co pozwala przyjąć istnienie różnicy między wskazaniami. Natomiast w pozostałych wskazaniach nie ma podstaw do przyjęcia ani odrzucenia hipotezy o braku różnic.

Tak o źródłach wiedzy, o zagadnieniach komunikacji językowej wypowiedzieli się respondenci. Skąd czerpią więc informacje o zmianach wprowadzanych do istniejącego systemu opieki logopedycznej? Okazuje się, że najliczniej wykazywanym

źródłem bieżących danych o s.o.l. dla logopedów była prasa pedagogiczna (84%), zaś dla nauczycieli Internet (60%) – patrz wykres nr 9.



**Wykres nr 9.** Deklarowane źródła informacji o aktualizacjach istniejącego systemu opieki logopedycznej wyróżnione przez respondentów.

Strony internetowe także dla logopedów są, po prasie, drugim istotnym miejscem zdobywania informacji (65%). Logopedzi dowiadują się o modyfikacjach systemu opieki logopedycznej na konferencjach (35%), czerpią informacje z analizy aktów prawnych (31%), a także konsultują się z innymi logopedami (27%), studiują, uzupełniają wiedzę na kursach (27%). Badani nauczyciele wymienili te same źródła pozyskiwania danych o aktualizacjach systemu opieki logopedycznej, jednak niższy odsetek nauczycieli niż logopedów sięga do tych zasobów. Z grupy badanych



nauczycieli 25% podaje, że wiedza ta nie jest im przydatna w obecnie wykonywanej pracy zawodowej.

**Tabela nr 11.** Deklarowane źródła informacji aktualizacjach istniejącego s.o.l. wyróżnione przez respondentów

Lp.	Źródła informacji	Nauczyciele		Logopedzi		zależności
		odp.	%	odp.	%	
1.	Internet	31	59,62	34	65,38	df = 1, p > 0,05
2.	Prasa pedagogiczna,	30	57,69	44	84,62	$\chi^2 = 9,18$ , df = 1, p < 0,05
3.	Konferencje	2	3,85	18	34,62	$\chi^2 = 15,85$ , df = 1, p < 0,05
4.	Konsultacje z logopedami	9	17,31	14	26,92	df = 1, p > 0,05
5.	Audycje telewizyjne	2	3,85	3	5,77	df = 1, p > 0,05
6.	Studia, kursy doskonalące, warsztaty	10	19,23	14	26,92	df = 1, p > 0,05
7.	Akty prawne	2	3,85	16	30,77	$\chi^2 = 11,35^*$ , df = 1, p < 0,05
8.	Grupa wsparcia	5	9,62	9	17,31	df = 1, p > 0,05
9.	Nie jest mi ta wiedza potrzebna	13	25,00	1	1,92	$\chi^2 = 9,98^*$ , df = 1, p < 0,05

\* w obliczeniach zastosowano poprawkę Yates'a.

Analiza statystyczna danych ilustrujących deklarowane źródła informacji o aktualizacjach istniejącego s.o.l. wskazuje, że w badanych grupach istotne statystycznie okazały się różnice dotyczące uzupełniania wiadomości o zagadnieniach mowy „czerpane” z konferencji naukowych, z aktów prawnych oraz prasy pedagogicznej. Do tych źródeł informacji sięgali głównie logopedzi. Również dla wskazań zasadniczo deklarowanych przez nauczycieli, a wyrażających brak potrzeby zdobywania informacji o opiece logopedycznej należy odrzucić hipotezę  $H_0$  i przyjąć hipotezę  $H_1$ , co interpretować należy, że ujawniona różnica jest istotna na poziomie 0,05. Pozostałe wyniki nie przesądzają o różnicach bądź ich braku w określeniu źródeł wiedzy, do których sięgają nauczyciele i logopedzi by aktualizować informacje o funkcjonowaniu systemu opieki logopedycznej.

Rozważając zakres wiedzy badanych grup respondentów, analizując ich deklaracje dotyczące współpracy z osobami i instytucjami oraz celów tej współpracy skupionych wokół zagadnień opieki logopedycznej, pojawia się pytanie o zakres obowiązków, które są przypisane tym dwom różnym zawodom.

**Tabela nr 12.** Zakres obowiązków dotyczących sprawowania opieki logopedycznej, określany przez nauczycieli i logopedów.

Lp.	Zakres obowiązków	Nauczyciele		Logopedzi		zależności
		odp.	%	odp.	%	
1.	Diagnoza rozwoju mowy	18	34,62	41	78,85	$\chi^2 = 20,72$ , $df = 1$ , $p < 0,05$
2.	Działania profilaktyczne	37	71,15	38	73,08	$df = 1$ , $p > 0,05$
3.	Kierowanie podopiecznych do specjalisty	23	44,23	16	30,77	$df = 1$ , $p > 0,05$
4.	Pedagogizacja rodziców/poradnictwo	9	17,31	13	25,00	$df = 1$ , $p > 0,05$
5.	Współpraca z innymi podmiotami systemu opieki logopedycznej	16	30,77	12	23,08	$df = 1$ , $p > 0,05$

W tabeli przedstawiłam obowiązki, które zadeklarowali respondenci z badanych grup, a przyjąć można, iż są one jednakowe. Analiza statystyczna danych wskazuje, iż występuje tylko jedna, istotna statystycznie (na poziomie 0,05) różnica zakresu obowiązku, a dotyczy ona diagnozy rozwoju mowy. Ten rodzaj działań wpisany jest do podstawowych zadań stawianych logopedzie, bez względu na instytucje, w której jest zatrudniony. O pozostałych obowiązkach wskazanych przez nauczycieli i logopedów, przedstawionych w tabeli, a rozpatrywanych statystycznie, nie ma podstaw do potwierdzenia, ani odrzucenia istotności różnic zawartych w wypowiedziach.

Do podstawowych obowiązków zarówno nauczycieli (71%), jak i logopedów (73%) należą działania profilaktyczne związane z monitorowaniem rozwoju mowy dzieci, troską o jego stymulację. Diagnoza rozwoju mowy to kolejne obowiązkowe zadanie logopedy deklarowane przez 79% przedstawicieli tej grupy respondentów. Oceny rozwoju mowy dokonują także nauczyciele (35%), jednak jej zakres jest zdecydowanie węższy. Jest on ograniczony do wstępnego zdiagnozowania ewentualnych deficytów mowy dziecka, które nauczyciel może zarejestrować

porównując rozwój mowy konkretnego dziecka z poziomem prezentowanym przez grupę dziecięcą, odpowiadającą mu wiekiem i poziomem rozwoju.

Oprócz wspólnych zakresów obowiązków, które wyróżnili badani, każda z grup zawodowych zadeklarowała dodatkowo, specyficzne tylko dla niej zadania.

Nauczyciele:

1. Dbłość o wzorcową artykulację, wysoki poziom komunikacji językowej prezentowany przez nauczyciela – 4 przypadki (7,69%),
2. Systematyczne dokształcanie się – 3 przypadki (5,77%),

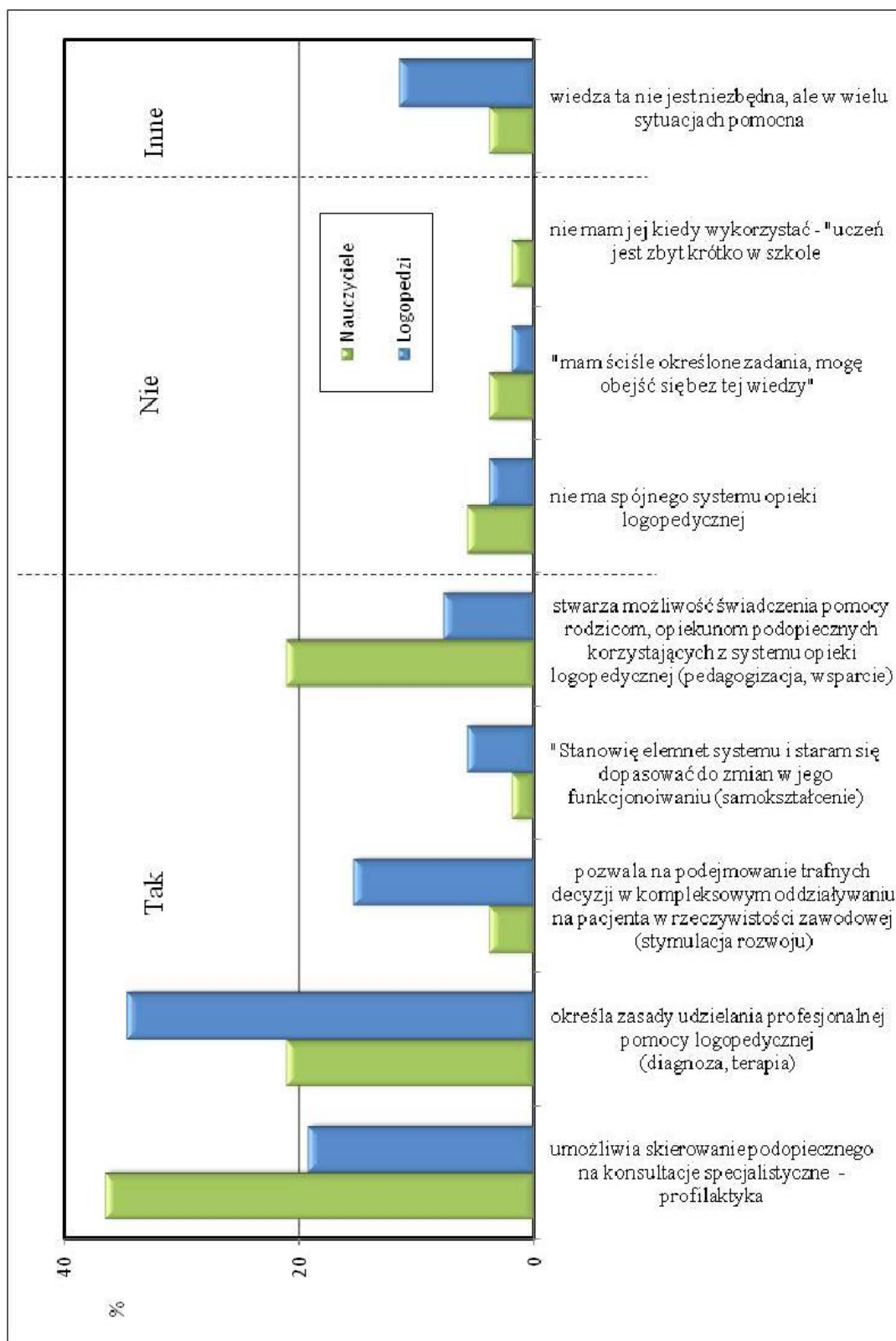
Logopedzi:

1. Prowadzenie terapii logopedycznej (rewalidacja, rehabilitacja, korekcja) – 43 przypadki (82,69%)
2. Wydawanie opinii o stanie mowy dziecka – 5 przypadków (9,62%),
3. Działania popularyzatorskie – 3 przypadki (5,77%),
4. Prowadzenie dokumentacji logopedycznej – 7 przypadków (13,46%),
5. Troska o wyposażenie gabinetu logopedycznego – 8 przypadków (15,38%).

Zakres obowiązków nauczyciela oraz logopedy określają przepisy organizacyjno-prawne (patrz rozdz. I. 5.). I te obowiązki, które zostały wymienione przez respondentów są z nimi zgodne, jednak nie przedstawiają kompletnej listy zadań. Dwie osoby z zbadanej grupy nauczycieli podało, iż „w zakresie opieki nad mową dzieci nie ma konkretnie sprecyzowanych obowiązków”. Powyższa wypowiedź, niestety, stanowi potwierdzenie faktu braku znajomości swoich obowiązków, a w konsekwencji tego, nie wypełniania zadań dotyczących opieki nad mową (skutecznego funkcjonowania w systemie opieki logopedycznej).

Z różnorodności udzielanych odpowiedzi na kolejne pytanie wywiadu wynika, iż respondenci w racjonalny sposób ocenili przydatność wiedzy o zasadach funkcjonowania systemu opieki logopedycznej. Przydatność tej wiedzy potwierdziło 85% nauczycieli i 83% logopedów. Z grupy badanych nauczycieli 19 podało, iż wiedza ta umożliwia skierowanie podopiecznego na właściwe konsultacje specjalistyczne. Najpopularniejszym uzasadnieniem potrzeby tej wiedzy w grupie logopedów (18 osób) było stwierdzenie faktu, iż „określa ona zasady udzielania

profesjonalnej pomocy logopedycznej”. Pozostałe argumenty „za” prezentuje wykres nr 10. Tabela nr 13 jest podsumowaniem ocen respondentów o przydatności wiedzy o s.o.l. i posłużyła do ustaleń statystycznych.



**Wykres nr 10.** Przydatność wiedzy o zasadach funkcjonowania systemu opieki logopedycznej w ocenie respondentów

**Tabela nr 13.** Przydatność wiedzy o zasadach systemu opieki logopedycznej w ocenie respondentów

Lp.	Przydatność wiedzy o systemie opieki logopedycznej	Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnice
		N = 52		N = 52		N = 104		
		odp.	%	odp.	%	odp.	%	
1.	Tak	44	84,61	43	82,69	87	90,48	$\chi^2 = 3,01,$ $df = 2,$ $p < 0,05$
2.	Nie	6	11,54	3	5,77	9	17,30	
3.	Inne	2	3,85	6	11,5	8	7,90	
Razem		52	100,00	52	100,00	104	100,00	

Analizując wynik uzyskany z obliczenia  $\chi^2$  należy uznać, iż nie ma w tym przypadku podstaw do odrzucenia hipotezy  $H_0$  o braku istotności różnic w wypowiedziach badanych grup. Różnice w deklaracjach dotyczących przydatności wiedzy o zasadach funkcjonowania s.o.l. w grupie nauczycieli i logopedów opisane zostały jakościowo.

Część respondentów podaje argumenty podważające przydatność wiedzy o funkcjonowaniu systemu opieki logopedycznej, gdyż twierdzi, iż nie istnieje taki spójny system (6% nauczycieli, 4% logopedów było tego zdania). Wyróżnione zostały również grupy: 4% nauczycieli, 11% logopedów, którzy prezentują odmienny pogląd na ten temat. Twierdzą, że wiedza powyższa „nie jest niezbędna. ale w wielu sytuacjach (zawodowych – dop. M. K-K.) bywa pomocna”.

W dalszej części wywiadu poprosiłam respondentów o dokonanie subiektywnej oceny posiadanego stanu wiedzy o strukturze i funkcjonowaniu systemu opieki logopedycznej. Odpowiedzi ujęłam w 3 kategorie i przedstawiłam na wykresie 10. Dane liczbowe ujęte zostały w zbiorczej tabeli nr 14.

**Tabela nr 14.** Zasób wiedzy badanych na temat struktury i funkcjonowania systemu opieki logopedycznej.

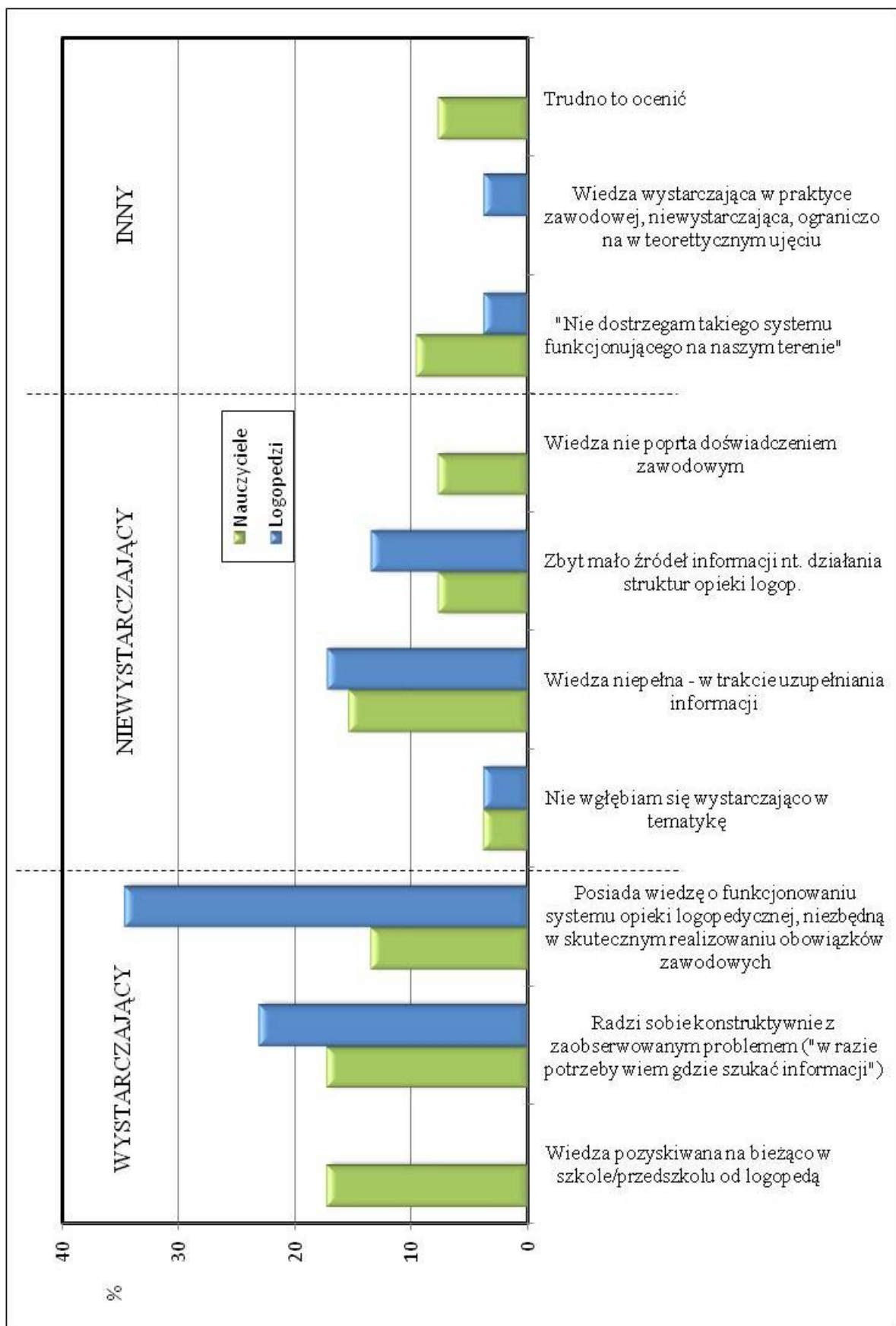
Zasób wiedzy	Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnice
	N	%	N	%	N	%	
Wystarczający	25	48,08	30	57,69	55	52,88	$\chi^2 = 2,378,$ df = 2, p < 0,05
Niewystarczający	18	34,62	18	34,62	36	34,62	
Inny	9	17,31	4	7,69	13	12,50	
Razem	52	100,00	52	100,00	104	100,00	

Dane liczbowe dotyczące deklarowanego przez nauczycieli i logopedów posiadanego zasobu wiedzy o strukturze i funkcjonowaniu s.o.l., w opracowaniu statystycznym wskazują, iż nie ma podstaw do przyjęcia ani odrzucenia hipotezy o braku różnic.

Zasób wiedzy będący przedmiotem powyższego pytania, był oceniany jako „wystarczający” przez 48% badanych nauczycieli oraz 58% logopedów z grupy kontrolnej. Jako „niewystarczający” postrzegany był przez 35% nauczycieli i tyle samo logopedów, choć różnie definiowane były poszczególne „zasoby wiedzy” dookreślające tę kategorię oceny. Kolejne „zasoby wiedzy” zaprezentowane zostały na wykresie 11.

W trzecim wyróżnionym „innym” typie ocen umieściłam następujące sformułowania deklarowanego przez badanych zasobu wiedzy o strukturze i funkcjonowaniu systemu opieki logopedycznej:

- 7% nauczycieli podało, iż trudno go ocenić,
- 4% logopedów stwierdziło, że wystarcza im wiedza, którą stosują w praktyce zawodowej, lecz jest ona „niewystarczająca, ograniczona w teoretycznym ujęciu,
- „nie dostrzegam takiego systemu funkcjonującego na naszym terenie” – w ten sposób wypowiedziało się 10% nauczycieli i 4% logopedów.



Wykres nr 11. Zasób wiedzy badanych na temat struktury i funkcjonowania systemu opieki logopedycznej.

Kwestią zamykającą tę część wywiadu było pytanie dotyczące wiedzy respondentów o typach instytucji, które tworzą system opieki logopedycznej na terenie naszego województwa. Obydwie badane grupy wykazały się dobrą znajomością różnych instytucji, które świadczą usługi logopedyczne. Pełne zestawienie wyników zaprezentowałam w tabeli nr 15.

**Tabela nr 15.** Typy instytucji tworzących system opieki logopedycznej na terenie województwa śląskiego wymieniane przez nauczycieli i logopedów

Lp.	Instytucje	Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnice
		N=52	%	N=52	%	N=104	%	
1.	Szkoły i przedszkola masowe, integracyjne i specjalne (różnych typów) z logopedami	18	34,62	18	34,62	36	34,62	df = 1, p > 0,05
2.	Poradnie psychologiczno-pedagogiczne	30	57,69	39	75,00	69	66,35	df = 1, p > 0,05
3.	Poradnie logopedyczne/gabiny MZ (przy przychodniach specjalistycznych, szpitalach)	28	53,85	36	69,23	64	61,54	df = 1, p > 0,05
4.	Gabinety logopedyczne prywatne	10	19,23	10	19,23	20	19,23	df = 1, p > 0,05
5.	Ośrodki kształcenia i doskonalenia nauczycieli np.. RODN "WOM", Metis	2	3,85	1	1,92	3	2,88	df = 1, p > 0,05
6.	Polski Związek Jąkających się, Polski Związek Logopedyczny, Polski Związek Głuchych, Polskie Towarzystwo Dyslektyczne	8	15,38	11	21,15	19	18,27	df = 1, p > 0,05
7.	Poradnie/ośrodki specjalistyczne (rehabilitacyjne, laryngologiczne, stomatologiczne, foniatryczne, audiologiczne, ortodontyczne)	3	5,77	26	50,00	29	27,88	$\chi^2 = 25,29$ , df = 1, p < 0,05
8.	Ośrodek wczesnej interwencji	1	1,92	6	11,54	7	6,73	df = 1, p > 0,05
9.	Placówki opiekuńczo-wychowawcze, świetlice środowiskowe z logopedami oraz rewalidacyjne, adaptacyjne	3	5,77	7	13,46	10	9,62	df = 1, p > 0,05

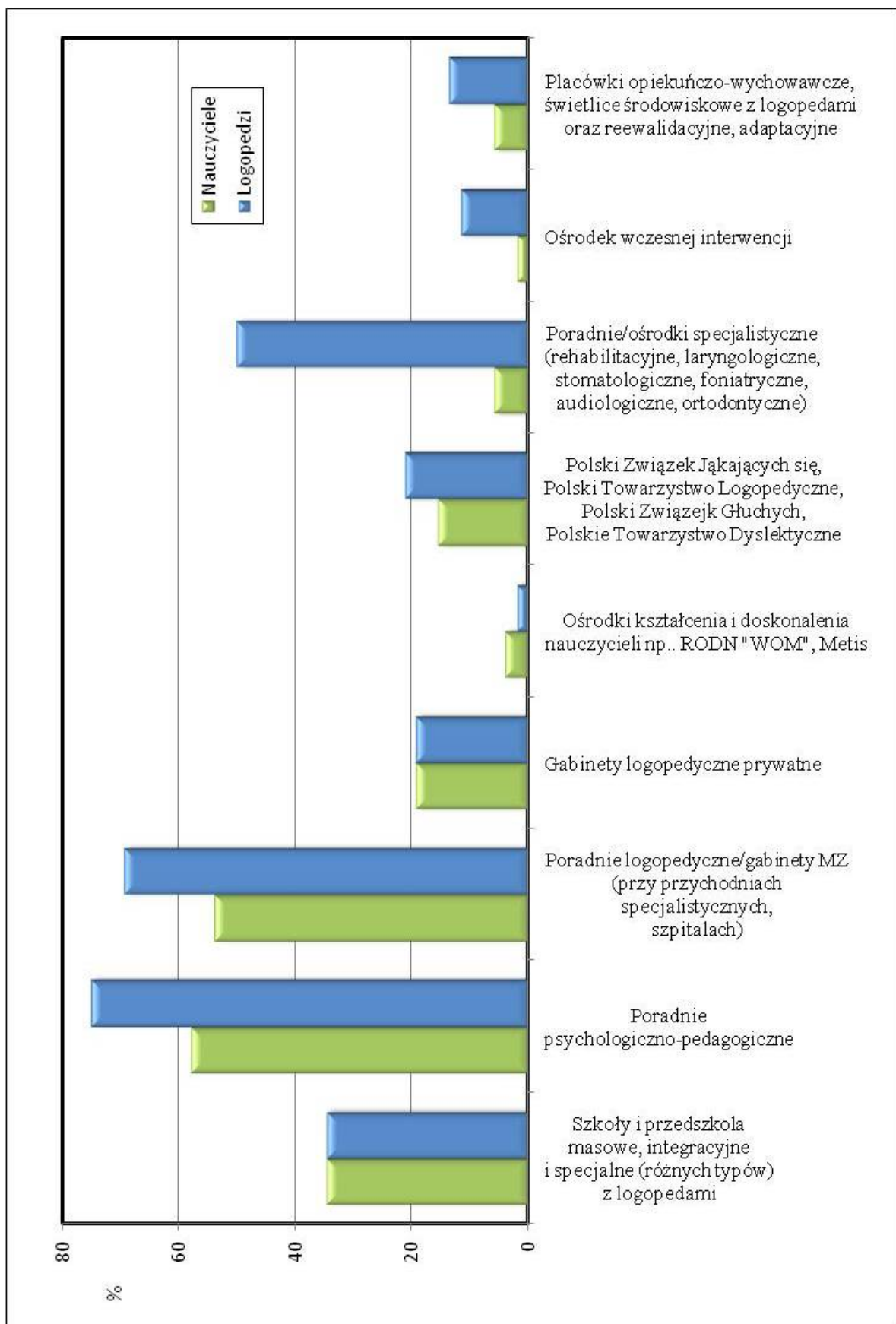
\*Respondenci mieli możliwość podania więcej niż jednej instytucji (dokonania wielokrotnych wskazań).

Analiza statystyczna danych z tabeli nr 15 wykazuje, że w wymienionych przez nauczycieli i logopedów typach instytucji tworzących system opieki logopedycznej w naszym województwie, brak różnic w wypowiedziach badanych w odniesieniu do



większości wskazanych placówek. Jedynie we wskazaniach respondentów odnoszących się do poradni/ośrodków specjalistycznych (pozycja 7 w powyższej tabeli) uzyskany wynik pozwala odrzucić  $H_0$  i przyjąć  $H_1$ , co oznacza, że różnica w uwzględnionych wskazaniach badanych grup była istotna na poziomie 0,05. Logopedzi uprawnieni do kierowania swoich pacjentów na dalsze specjalistyczne konsultacje, leczenie dysponują szerszą wiedzą o funkcjonowaniu specjalistycznych poradni.

Największą popularnością zarówno wśród logopedów - 75% badanych, jak i nauczycieli - 58% badanych cieszą się poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Są one uważane przez badaczy problemu, jak i ustawodawcę (MEN) za podstawowe ogniwo opieki logopedycznej. Na tego typu poradniach, we współczesnej rzeczywistości naszego kraju, spoczywa odpowiedzialność za świadczenie opieki logopedycznej dzieciom młodzieży. Kolejną instytucją, również wskazywaną przez liczne grono logopedów (70%) i nauczycieli (54%), była poradnia (gabinet) logopedyczna przy przychodniach specjalistycznych, szpitalach, czyli instytucjach resortu zdrowia. Placówki powyższe obok poradni psychologiczno-pedagogicznych tworzą zasadniczy filar systemu oddziaływań logopedycznych. Pozostałe instytucje wraz ze wskazaniem procentowym przedstawiłam na wykresie nr 12.



**Wykres nr 12.** Typy instytucji tworzących system opieki logopedycznej na terenie województwa śląskiego wymieniane przez nauczycieli i logopedów

Wymienionych zostało przez badanych dziewięć ogólnych typów instytucji tworzących s.o.l. na Górnym Śląsku. Dwie grupy respondentów wskazały na ich różnorodność, jednak, co widać na wykresie, logopedzi liczniej wskazali te instytucje.

Podsumowując zebrane opinie określające zakres i źródła wiedzy nauczycieli i logopedów o współczesnym systemie opieki logopedycznej należy stwierdzić, że respondenci znają podstawowe pojęcia s.o.l., definiują je głównie w ujęciu praktycznym.

Pełniejszy zakres wiedzy o funkcjonowaniu współczesnego systemu zaprezentowali logopedzi. Ze względu na szeroką paletę działań wyznaczonych obowiązkami zawodowymi, logopedzi, w porównaniu z nauczycielami, częściej sięgają do różnorodnych źródeł, by swą wiedzę o zagadnieniach mowy uzupełnić.

### III.4.

## **Jakość i zakres funkcjonowania systemu opieki logopedycznej w ocenach nauczycieli, logopedów i rodziców.**

Pojęcie jakości wywodzi się z teorii zarządzania, a należy je rozpatrywać w kontekście najnowocześniejszej i akceptowanej na całym świecie koncepcji Całościowego Zarządzania Jakością (TQM - Total Quality Management). Twórca tej koncepcji, E. Deming, określił jakość jako to, co zadawała (a nawet zachwyca) klienta<sup>208</sup>.

Bazując na dokonanych w rozdziale I i III.3. ustaleniach terminologicznych dotyczących pojęć „systemu opieki (pomocy) logopedycznej”, „opieka logopedyczna” podjęłam próbę dookreślenia, na potrzeby niniejszej pracy, wskaźników decydujących o jakości tegoż systemu.

Struktury (ogniwa) systemu opieki logopedycznej, które poprzez określone normy zobowiązane są do zalecanej organizacji, współpracy, funkcjonowania na rzecz opieki nad mową dziecka, dorosłego w danym kraju, stanowiąc będą usługodawcą, dbającego o zaspokojenie oczekiwań swojego klienta.

Jednoznaczne ustalenie, kto jest klientem systemu opieki logopedycznej nie jest zabiegiem prostym. K. Błachnio, G. Jastrzębowska zwraca uwagę na szereg działań podejmowanych w celu zapobiegania, ograniczania, usuwania zaburzeń procesu porozumiewania się oraz łagodzenia ich skutków w wymiarach:

- jednostkowym (np. zaburzenia w funkcjonowaniu emocjonalnym),
- społecznym (koszty działań zmierzających do likwidacji wyżej wymienionego zjawiska).

---

<sup>208</sup> Encyklopedia Pedagogiczna XXI w., t. II, s. 438, por. Dahlgaard J.J., Kristensen K., Kanji G. K.: Podstawy zarządzania jakością. Warszawa 2000; Iwasiewicz A.: Zarządzanie jakością. Warszawa-Kraków 1999.

Po drugie, trudność wynika również z faktu, iż „usługa” opieki logopedycznej skutkuje przez kolejne kilkadziesiąt lat sposobem (poziomem) umiejętności komunikowania się danej jednostki w społeczeństwie.

Tak więc, klientem systemu opieki logopedycznej jest dziecko, jego rodzice (osoby dorosłe i jej bliscy, opiekunowie), ale także całe społeczeństwo, któremu zależy by poszczególni jego członkowie sprawnie i skutecznie mogli się ze sobą porozumiewać.

Poziom jakości systemu opieki logopedycznej wyznaczać będzie więc satysfakcja, zadowolenie klienta (indywidualnego, społecznego) z udzielonej mu pomocy (opieki logopedycznej = usługi).

Przyjmuję trzy poziomy jakości:

#### 1. Wysoki

- pomoc logopedyczna została udzielona wcześniej, kompleksowo, w ujęciu syndromowym i systemowym; terapia przebiegała szybko (w zależności od zaburzeń mowy planowany jest określony czas trwania logoterapii);

#### 2. Przeciętny

- opieka logopedyczna została udzielona, jednak nie spełnia wszystkich wyżej ujętych wymagań, a tylko niektóre z nich; nie zostały więc w pełni zaspokojone potrzeby klienta, a terapia nie spełniła wszystkich założonych celów;

#### 3. Niski

- działania logopedyczne podjęte przez „ogniwa systemu opieki logopedycznej” nie przyniosły spodziewanych efektów, potrzeby pacjenta nie zostały zaspokojone.

O wpływie na indywidualną ocenę jakości usług świadczonych przez system opieki logopedycznej, w moim przekonaniu, mogą świadczyć następujące wskaźniki:

#### I. dostępność:

- równy dostęp do opieki logopedycznej (bez względu na sytuację materialną, czy zajmowaną pozycję społeczną);

#### II. zasoby materialne:

- ilość osób świadczących opiekę logopedyczną (przelicznik osoby niosące pomoc na ilość pacjentów),
- ilość placówek świadczących pomoc logopedyczną, a zapotrzebowanie społeczne,

- teoretyczne metody, formy, cele opieki logopedycznej aktach normatywnych Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia.
- posiadane zaplecze (baza) narzędziowa - środki dydaktyczne, medyczne.

### III. zasoby ludzkie

- możliwości osób świadczących opiekę logopedyczną (wiedza, umiejętności, determinacja w działaniu),
- możliwości pacjenta (determinacja, motywacja, oczekiwania).

Wyżej wymienione wskaźniki wyodrębniłam w oparciu o wyznaczone przez K. Błachnio składowe holistycznej koncepcji ujmowania systemu logoterapii (rozdział I).

Na podstawie wypowiedzi udzielonych w drugiej części wywiadu, jaki przeprowadziłam z trzema grupami respondentów, podjęłam próbę oceny zakresu oraz jakości funkcjonowania systemu opieki logopedycznej. Rodzice, nauczyciele i logopedzi wyrazili swe opinie o systemie, który funkcjonuje na terenie Górnego Śląska, o systemie, którego są ogniwami.

Badani nauczyciele i logopedzi odpowiedzieli na 10 jednobrzmiących pytań. Rodzice dzieci, które korzystały z opieki logopedycznej, wypowiedzieli się w ośmiu kwestiach. W tej grupie badawczej pominięte zostały pytania związane z działaniami podejmowanymi przez respondentów (nauczycieli, logopedów) na terenie instytucji, której są zatrudnieni i tam świadczą usługi z zakresu opieki logopedycznej.

Ze względu na złożoność postawionych w wywiadzie pytań, a także na obszerność i wieloaspektowość odpowiedzi respondentów, analiza uzyskanego materiału badawczego opracowana została w ujęciu jakościowym i ilościowym.

## 1. Jakość funkcjonowania systemu opieki logopedycznej.

Celem moich dociekań dotyczących współczesnego systemu opieki logopedycznej działającego na Górnym Śląsku była próba wyznaczenia jakości jego funkcjonowania i określenie zakresu jego działania.

Analizując wypowiedzi badanych dotyczące ich satysfakcji, jaką deklarują oceniając funkcjonujący w naszym województwie s.o.l. okazuje się, iż 51% wszystkich respondentów jest zadowolona z jego działania. Nieusatysfakcjonowanych pracą s.o.l. jest 40% osób, a 9% badanych twierdzi, że „trudno to jednoznacznie ocenić”. Rozkład ilościowy odpowiedzi w poszczególnych grupach przedstawia tabela 16.

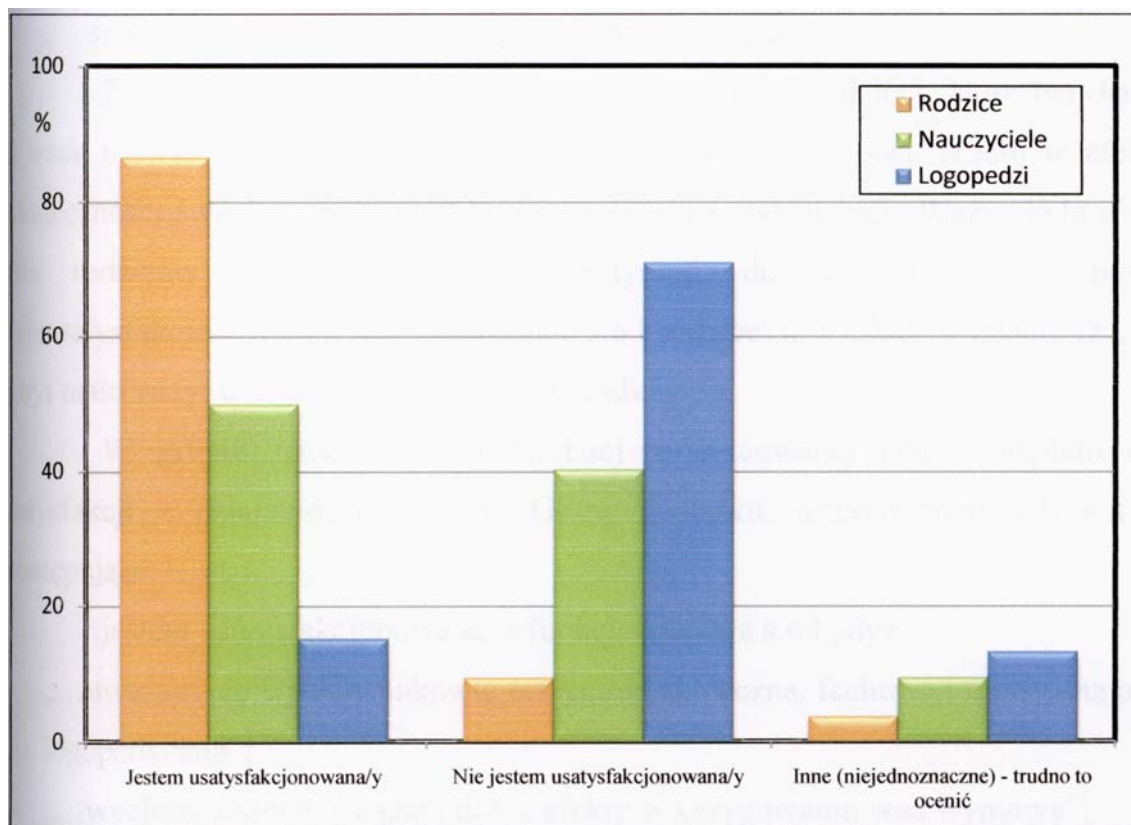
**Tabela nr 16.** Oceny respondentów dotyczące satysfakcji z funkcjonującego w naszym województwie systemu opieki logopedycznej.

Respondenci Zadowolenie	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		zależności
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Jestem usatysfakcjonowana/y	45	86,56	26	50,00	8	15,38	79	50,64	$\chi^2 = 53,05,$ $df = 4,$
Nie jestem usatysfakcjonowana/y	5	9,61	21	40,38	37	71,15	63	40,38	
Inne (niejednoznaczne) - trudno to ocenić	2	3,84	5	9,61	7	13,46	14	8,97	
Ogółem	52	100,00	52	100,00	52	100,00	156	100,00	

Zastosowane obliczenia  $\chi^2$ , prezentujące oceny trzech grup respondentów świadczące o ich satysfakcji z funkcjonującego s.o.l. wykazały, iż należy odrzucić  $H_0$  i przyjąć  $H_1$ , która oznacza, że istnieje zależność między odczuwaną satysfakcją a przynależnością do jednej z grup badanych osób. Zależność ta uwidoczniła się najmocniej między rodzicami, wśród których 86,56% było usatysfakcjonowanych, a logopedami, gdzie 71% nie odczuwało zadowolenia z funkcjonowania s.o.l. Zależność powyższa, jak potwierdził to test  $\chi^2$  do badania istotności zależności

w parach, była istotna statystycznie ( $\chi^2=49,86$ ,  $df=1$ ). Pozostałe zależności obliczone dla rodziców i nauczycieli ( $\chi^2=14,83$ ) oraz nauczycieli i logopedów (12,63) także powyższą zależność potwierdzają. Wystąpiła również wyraźna zależność w analizowanej parze grup: rodzice-logopedzi, a określeniem braku satysfakcji z funkcjonowania s.o.l. ( $\chi^2=38,38$ ,  $df=1$ ). W pozostałych parach ta zależność była również istotna statystycznie, lecz na niższym poziomie (rodzice-nauczyciele -  $\chi^2=11,54$ ; nauczyciele-logopedzi -  $\chi^2=9,98$ ).

Jak widać suma ocen wszystkich badanych wskazuje, iż co druga osoba jest usatysfakcjonowana działaniami s.o.l. Myślę, że ten rezultat nie jest zbyt optymistyczny. Różnie w poszczególnych grupach badawczych owo „zadowolenie” z funkcjonowania systemu jest deklarowane. Z danych ujętych w tabeli wynika, iż średnie wyniki uzyskane od trzech badanych grup są tożsame ze wskazaniami podanymi przez nauczycieli. W tej grupie połowa respondentów była zadowolona z działania s.o.l., 40% nie, a 9% nie była w stanie podać jednoznacznej oceny. Zupełnie inaczej przedstawiają się dane ilustrujące oceny wyrażane przez rodziców i logopedów. Tę różnorodność ocen uwidacznia wykres 13.



**Wykres nr 13.** Oceny respondentów dotyczące ich zadowolenia z funkcjonowania s.o.l. na Górnym Śląsku



Wykres powyższy pokazuje, iż w grupie badanych rodziców - 86% spośród nich twierdziło, że jest zadowolonych z funkcjonowania s.o.l., 10% osób było przeciwnego zdania, 4% nie zajęło jednoznacznego stanowiska. Rozkład ocen, niemalże odwrotny do powyższego, ukształtował się w grupie badanych logopedów. Tu, aż 71% osób nie było usatysfakcjonowanych funkcjonowaniem s.o.l., 15% oceniło jego działania jako dające zadowolenie, natomiast 13% badanych nie było w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Tak bardzo zróżnicowane oceny w całej badanej populacji, a także wśród badanych grup (patrz nauczyciele 50/40%), warunkowane są różnorako. W tym miejscu pozwolę sobie przytoczyć kilka uzasadnień prezentowanych stanowisk.

Wśród powodów, którymi rodzice argumentowali zadowolenie z funkcjonowania s.o.l. było najczęściej wymieniane:

jestem usatysfakcjonowany, bo:

- „dostrzegam rozwój mowy dziecka, wyraźnie zmniejsza się jego wada mowy”;
- „...osoby i instytucje chętnie udzielają pomocy logopedycznej”
- „...świadczona pomoc jest skuteczna i wystarczająca”.

Zadowolenie z s.o.l. deklarowane przez rodziców dzieci, które borykały się z wadą mowy, jak wynika z cytowanych wypowiedzi, ma swe źródło w efektach, skuteczności świadczonych ich dzieciom usług logopedycznych. Ważne było również dla rodziców podejście osób i instytucji do niesienia tejże pomocy. Nieusatysfakcjonowani z funkcjonowania s.o.l rodzice, to Ci, którzy podali, iż „...jest zbyt mało wizyt u logopedy”, „...są zbyt rzadkie”.

W grupie nauczycieli, najbardziej zróżnicowanej pod względem oceny satysfakcji z działalności s.o.l. na Górnym Śląsku, uzasadnienia tych not były następujące:

jestem usatysfakcjonowana, z funkcjonowania s.o.l gdyż:

- „...uważam, że wychowankowie otrzymują skuteczną, fachową i niezbędną pomoc logopedyczną”;
- „...wychowankowie osiągają dobre efekty w korygowaniu wad wymowy”;
- „...nie ma trudności w korzystaniu z usług systemu opieki logopedycznej”.

Niezadowolenie z działalności s.o.l. nauczyciele argumentowali podając między innymi takie informacje:

Nie jestem usatysfakcjonowany z funkcjonującego w naszym regionie s.o.l. gdyż:

- „...są zbyt długie terminy oczekiwania na wizytę u logopedy”;
- „...jest za mało placówek świadczących pomoc oraz niewielu zatrudnionych logopedów”;
- „...jest podawanych mało informacji na temat (osób, instytucji, systemu – dopis. M.K.K.) opieki logopedycznej”.

Nauczyciele zadowoleni z funkcjonowania na Śląsku s.o.l. zwrócili uwagę na skuteczność, fachowość świadczonej opieki, jej efektywność oraz dostępność. Ta ostatnia, przez część respondentów postrzegana jako atut dla innych nauczycieli była argumentem, dla potwierdzenia braku zadowolenia z działalności s.o.l. Myślę, że ten rozdźwięk w ocenie dostępności do opieki logopedycznej może być spowodowany zastosowaniem różnych rozwiązań na terenie poszczególnych miast, gmin. Część respondentów wypowiadała się pozytywnie o zatrudnionych w ich placówkach (przedszkolach, szkołach) logopedach, inni nauczyciele zwracali uwagę na brak dostępności do specjalistycznej pomocy logopedycznej wynikający z konieczności korzystania z pomocy logopedycznej poza macierzystą placówką.

Zbyt mało logopedów zatrudnionych w instytucjach (głównie wskazywane placówki MEN, rzadziej MZ) sprawujących opiekę nad mową pacjenta oraz niewystarczająca ilość godzin przeznaczona na pomoc logopedyczną to dwa podstawowe zarzuty (powiązane ze sobą), które wymienili niezadowoleni z funkcjonującego obecnie s.o.l. logopedzi (71%). Ta grupa respondentów szczególnie mocno podkreśliła fakt braku możliwości zaspakajania w pełni potrzeb logopedycznych pacjentów. Ograniczenia powyższe wynikają z braku etatów logopedycznych w placówkach MEN i MZ, zatrudniania specjalistów w niepełnym wymiarze godzin oraz w przeciążaniu logopedów niewspółmierną ilością pacjentów do ilości godzin wynikających z etatu. Oprócz wymienionych argumentów logopedzi swój brak satysfakcji z działalności s.o.l. uzasadniali:

- brakiem/ograniczoną ilością poradni dla osób dorosłych, którzy chcieliby/powinni korzystać ze świadczeń logopedycznych;
- „słabą wymianą informacji między specjalistami” różnych profesji, którzy współdziałają na rzecz diagnozy i terapii mowy indywidualnego pacjenta

Nieliczna grupa usatysfakcjonowanych logopedów (15%) oceniła, że potrzeby społeczne na tę opiekę są zaspokojone, „system działa dobrze, gdyż obejmuje coraz więcej osób potrzebujących”, a także „istnieje możliwość wyboru placówki świadczącej opiekę logopedyczną”.

Ten wysoki odsetek logopedów niezadowolonych z działania s.o.l. jest tym bardziej smutny, iż osoby z tej grupy badawczej potwierdziły argumenty wymieniane przez pozostałych respondentów, a dodatkowo to właśnie na tych specjalistach spoczywa głównie zadanie realizowania zadań przewidzianych w s.o.l.

Kolejne dwa pytania wywiadu skierowane do respondentów miały dookreślić podłoże wystawionych ocen s.o.l., tym samym dając możliwość wglądu w jakość systemu. Badani zostali poproszeni o wymienienie atutów współczesnego modelu opieki logopedycznej i jak wskazują dane przedstawione w tabeli nr 17, 22% osób miało z tym trudności i stwierdziło, iż nie dostrzega takowych zalet.

**Tabela nr 17.** Atuty współczesnego modelu opieki logopedycznej w opiniach respondentów

Lp.	Atuty	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnice
		N	%	N	%	N	%	N	%	
1.	Nie dostrzegam	5	3,20	18	11,53	11	7,05	34	21,79	$\chi^2 = 12,65$ , df = 2
2.	Dostępność dla szerokiego grona zainteresowanych	11	21,15	19	36,53	16	30,76			$\chi^2 = 3,02$ , df = 2
3.	Bezpłatność świadczonych usług logopedycznych	4	7,69	2	3,84	7	13,46			$\chi^2 = 3,19$ , df = 2
4.	Fachowe podejście do problemu zaburzeń mowy - dobre przygotowanie zawodowe logopedów	13	25,00	4	7,69	5	9,61			$\chi^2 = 13,02$ , df = 2
5.	Profilaktyka	1	1,92	2	3,84	5	9,61			$\chi^2 = 3,22$ , df = 2
6.	Wczesna diagnoza	3	5,76	3	5,76	6	11,53			$\chi^2 = 0,08$ , df = 2
7.	Wzrastająca świadomość społeczna problemu	2	3,84	12	23,07	8	15,38			$\chi^2 = 11,09$ , df = 2
8.	Działania propagujące opiekę logopedyczną	1	1,92	2	3,84	5	9,61			$\chi^2 = 16,00$ , df = 2
9.	Różnorodne formy i metody terapii	10	19,23	5	9,61	4	7,69			$\chi^2 = 15,49$ , df = 2

\* Kategorie ujęte w tabeli wyróżnione były przez pojedynczych respondentów wielokrotnie, stąd brak podsumowań zbiorczych

W powyższej tabeli przedstawione zostały atuty s.o.l, które dostrzeżone zostały przez badanych we wszystkich grupach. Nie jest to jednak pełna lista, gdyż uzupełniają ją zalety specyficzne, wyodrębnione przez kolejne „typy” badanych.

Analiza statystyczna powyższych wyników przedstawionych w tabeli wskazuje na istnienie różnic istotnych statystycznie we wskazaniu dotyczącym wypowiedzi respondentów, którzy deklarowali, że nie dostrzegają atutów współczesnego s.o.l. Należy także odrzucić  $H_0$  i przyjąć  $H_1$ , oznaczającą istotność różnic w wymienionych przez nauczycieli, logopedów i rodziców następujących atutach: fachowe podejście do problemu zaburzeń mowy, wzrastająca świadomość społeczna, działania propagujące opiekę logopedyczną oraz stosowanie różnorodnych form i metod terapii.

Natomiast w pozostałych wskazaniach nie ma podstaw do przyjęcia ani odrzucenia hipotezy o braku różnic.

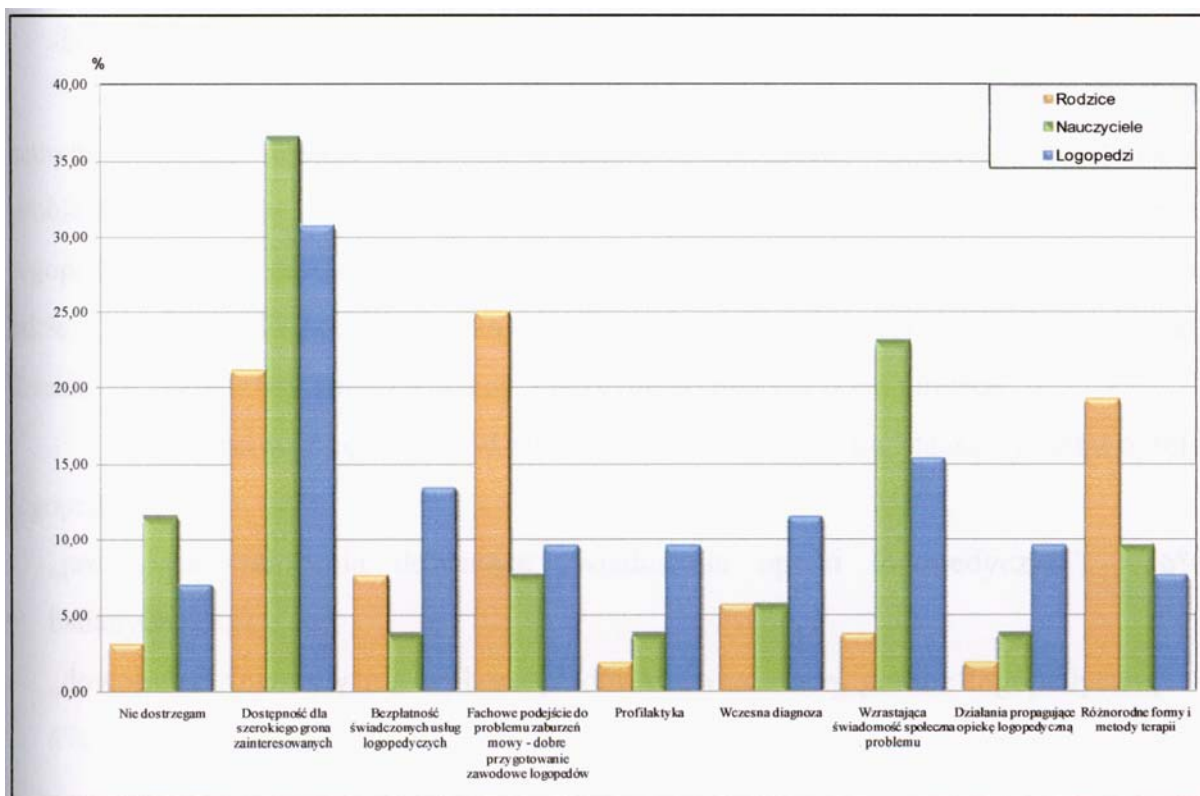
Analiza danych testem  $\chi^2$  do badania istotności różnic w parach respondentów wykazała, że wystąpiła istotna statystycznie różnica pomiędzy wypowiedziami rodziców i nauczycieli we wskazaniu dotyczącym „nie dostrzegania” atutów s.o.l. (rodzice - nauczyciele,  $\chi^2=8,04$ ,  $df=1$ ). Różnica taka ujawniona została w powyższych parach badanych również dla atutów tj. „fachowe podejście do problemu zanurzeń mowy (rodzice-nauczyciele;  $\chi^2=4,5$ ,  $df=1$ ) oraz „wzrastająca świadomość społeczna problemu”(rodzice-nauczyciele;  $\chi^2=6,69$ ,  $df=1$ ). W pozostałych parach danych wyniki nie pozwalały na odrzucenie  $H_0$  o braku różnic.

Jako bezsprzeczny atut respondenci wyróżnili dostępność s.o.l. dla szerokiego grona zainteresowanych. Tę zaletę wyróżniło 36,53% nauczycieli, 30,76% logopedów i 21,15% rodziców. Zestawiając powyższą argumentację dotyczącą ich braku satysfakcji z funkcjonującego współcześnie s.o.l., gdzie jednym z wiodących zarzutów był brak pełnej dostępności dla pacjentów, można dostrzec pewną sprzeczność. Część logopedów jednak wyróżniając wśród zalet s.o.l. dostępność wzięło pod uwagę nie tylko warunki materialne (ilość placówek świadczących pomoc logopedyczną), organizacyjne (ilość etatów w wymienionych instytucjach) czy społeczne (ilość pacjentów przypadających na jednego logopeda), ale swoje możliwości. Analizując bowiem część metryczną dotyczącą wykształcenia logopedów należy przyznać, iż są bezsprzecznie specjalistami mogącymi w profesjonalny sposób świadczyć opiekę dla bardzo szerokiego grona pacjentów. Potwierdzeniem tych możliwości jest szeroki wachlarz ukończonych studiów podyplomowych i kursów (kwalifikacyjnych, doskonalących), którymi się legitymują. Tak więc owa dostępność deklarowana była przez logopedów przy uwzględnieniu ich własnych zasobów – przygotowania metodycznego i merytorycznego.

Przyglądając się wyodrębnionym przez respondentów kolejnym zaletom s.o.l. powyższa argumentacja logopedów znajduje swoje potwierdzenie wśród odbiorców usług logopedycznych. Rodzice dzieci z zaburzeniami mowy – 25,00% osób, jako główny atut wymienili „fachowe podejście do problemu zaburzeń mowy – dobre przygotowanie zawodowe logopedów”, na drugim miejscu podawali dostępność

(21,15%). Z grupy badanych - 19,23% rodziców wśród zalet wymienia także stosowanie różnorodnych form i metod terapii. Na ten aspekt również nauczyciele (9,61%) zwrócili uwagę.

Nauczyciele (23,07%) i logopedzi (15,38%) wśród atutów s.o.l. wymieniają jako kolejno po dostępności, „wzrastającą świadomość społeczną problemu”. Respondenci wywodzący się z grupy logopedów potraktowali jako zaletę bezpłatność świadczonych usług logopedycznych (13,46%), wczesną diagnozę (11,53%), a także działania propagujące opiekę logopedyczną (9,61%). Pozostali rozmówcy wymieniają powyższe atuty, jednak w zdecydowanie niższym odsetku. Dysproporcje owe obrazuje wykres nr 14.



**Wykres nr 14.** Atuty współczesnego modelu opieki logopedycznej w opiniach respondentów.

Na wykresie 14 wspólną dla respondentów listę z zaletami s.o.l. uzupełniają atuty wymienione przez poszczególne grupy badanych.

Badani rodzice, jako atuty traktują między innymi:

- wysoką skuteczność świadczonej pomocy logopedycznej (widoczne efekty pracy) – 36% badanych;
- „miłą, sympatyczną atmosferę na zajęciach, która sprzyja zaangażowaniu się dziecka w pracę” - 19% badanych;
- „rzetelność, systematyczność udzielanej pomocy” – 8% badanych;
- „możliwość uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych wraz z dzieckiem” – 6% badanych.

Nauczyciele zwrócili uwagę na nieco inną „kategorię zalet” i ze specyficznych wymienili:

- pedagogizację rodziców, „prowadzenie pedagogiczno-logopedycznych warsztatów dla rodziców” – 4% badanych;
- „gabinety logopedyczne na terenie szkół” – 4% badanych.

Badani nauczyciele uwypuklili potrzebę pedagogizacji rodziców, ale tym samym zwrócili uwagę na podnoszenie świadomości społecznej dotyczącej problematyki mowy oraz profilaktykę jej zaburzeń. Atutów działania gabinetu logopedycznego w szkole należy upatrywać nie tylko w łatwości dostępu do niego, ale także, co podkreślili badani, troską o dobre samopoczucie ucznia „...nie narażamy dziecka na dodatkowy stres związany z przychodzeniem w obce miejsce”.

Logopedzi wymienili wśród atutów funkcjonującego na Śląsku systemu opieki logopedycznej:

- „pozytywne założenia dotyczące świadczenia opieki logopedycznej” – 6% badanych;
- „dowolność dokonywania wyboru placówki świadczącej pomoc logopedyczną” – 6% badanych;
- „wpisanie do rejestru zawodów logopedy” – 2% badanych

Powyższe zalety s.o.l., wyróżnione przez logopedów świadczą o dostrzeżeniu przez tę grupę, korzystnych założeń i rozwiązań teoretycznych oraz prawnych (organizacyjnych), dotyczących działającego modelu. Rodzice i nauczyciele atutów dopatrywali się głównie w działaniach dydaktycznych i wychowawczych (np. profilaktyka zaburzeń).

Respondenci zapytani zostali o mankamenty, z którymi w ich ocenie boryka się nasz system opieki logopedycznej. Ich zestawienie ujęte zostało w tabeli nr 18.

**Tabela nr 18.** Braki s.o.l. wyodrębnione przez respondentów

Lp.	Respondenci Braki	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnice
		N	%	N	%	N	%	N	%	
1.	Nie ma braków - nie dostrzegam	8	15,38	7	13,46	0	0,00	15	9,61	$\chi^2=8,41$ , df=2
2.	Niskie nakłady finansowe	4	7,69	18	34,61	23	44,23			$\chi^2=18,18$ , df=2
3.	Brak wystarczającej ilości zatrudnionych logopedów	11	21,15	23	44,23	20	38,46			$\chi^2=6,63$ , df=2
4.	Brak wystarczającej ilości placówek świadczących opiekę logopedyczną	5	9,61	7	13,46	12	23,07			$\chi^2=8,93$ , df=2
5.	Odległe terminy wizyt u specjalisty - logopedy (rzadkie spotkania)	32	61,53	14	26,92	15	28,84			$\chi^2=16,54$ , df=2
6.	Zbyt późna diagnoza - słaba profilaktyka	5	9,61	8	15,38	5	9,61			-
7.	Ograniczona współpraca pomiędzy ogniwami systemu opieki logopedycznej	10	19,23	3	5,76	7	13,46			$\chi^2=4,25$ , df=2
8.	Zła organizacja struktur systemu (brak jednoznacznych regulacji prawnych)	3	5,76	4	7,69	13	25,00			$\chi^2=10,43$ , df=2
9.	Braki w wyposażeniu w pomoce dydaktyczne	10	19,20	8	15,38	9	17,30			-

Wyniki analiz statystycznych dotyczących wskazanych przez respondentów z poszczególnych grup badawczych, braków występujących w s.o.l. wskazują, iż występuje istotność różnic w udzielonych przez badanych odpowiedziach. Różnica ta istotna statystycznie jest dla wskazań:

- s.o.l. nie ma braków,
- niskie nakłady finansowe,
- niewystarczająca ilość placówek świadczących opiekę logopedyczną,
- odległe terminy wizyt u logopedy,
- zła organizacja struktur s.o.l.



W pozostałych, wyróżnionych przez badane grupy mankamentach s.o.l. nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy  $H_0$  o braku różnic, ani też do jej przyjęcia.

Obliczenia przeprowadzone testem  $\chi^2$  do badania istotności różnic w parach - grupach respondentów wykazała, że występują istotne statystycznie różnice między odpowiedziami dotyczącymi poszczególnych dostrzeganych braków s.o.l., a parami grup respondentów, które je wskazują. Różnice takie odnotowano przy analizie danych z grup rodzice-nauczyciele dla następujących mankamentów s.o.l.:

- niskie nakłady finansowe ( $\chi^2=9,74$ ,  $df=2$ ),
- brak wystarczającej ilości zatrudnionych logopedów ( $\chi^2=6,29$ ,  $df=2$ ),
- odległe terminy wizyt u logopedy ( $\chi^2=12,63$ ,  $df=2$ )

Hipotezę  $H_0$  o braku istotnych różnic należy również odrzucić dla wskazań obliczonych w parach rodzice-logopedzi we wskazaniach dotyczących:

- „nie dostrzegania” baraków s.o.l. ( $\chi^2=6,64$ ,  $df=2$ ),
- niskich nakładów finansowych ( $\chi^2=16,21$ ,  $df=2$ ),
- odległych terminów wizyt u logopedy ( $\chi^2=11,22$ ,  $df=2$ )

W badanej grupie ogółu respondentów 9,61% osób wypowiedziało się, iż nie dostrzega mankamentów s.o.l. działającego na Górnym Śląsku, w tym 15,38% stanowili rodzice, a 13,46% nauczyciele. Logopedzi z badanej populacji wykazali natomiast liczne braki s.o.l.

W badanych grupach respondentów wyodrębniłam 9 wspólnych kategorii deficytów, a oprócz nich każda z podgrup wskazała dodatkowo na specyficzne mankamenty s.o.l.

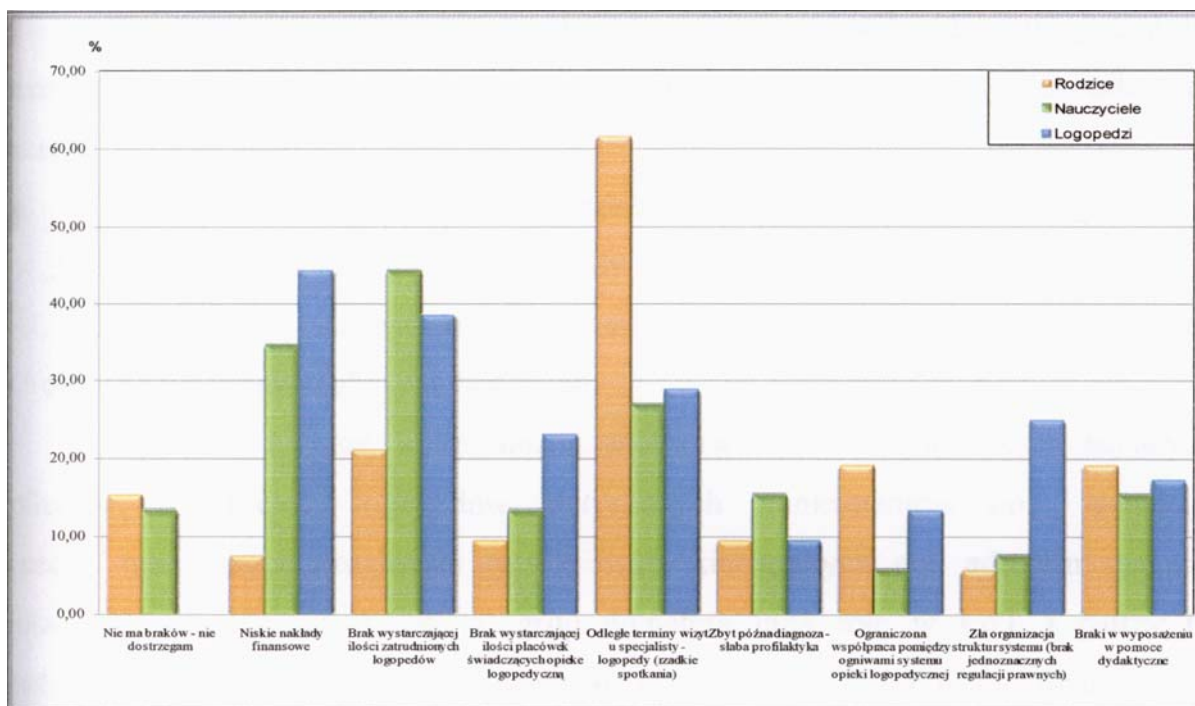
Pomimo wspólnego dostrzegania wielu braków systemu opieki logopedycznej dane liczbowe w poszczególnych grupach różnie się rozkładają i nie można wskazać nadrzędnego mankamentu wspólnego dla ogółu.

Najistotniejszym brakiem s.o.l. wskazywanym przez 61,53% rodziców były odległe terminy wizyt u specjalisty – logopedy. Ten brak wyróżniło 26,92% nauczycieli i 28,84% logopedów, czyli dwa razy mniejszy odsetek niż w grupie badanych rodziców. Z kolei 44,23% nauczycieli wymieniło jako zasadniczy mankament s.o.l. brak zatrudnienia wystarczającej ilości logopedów. Był on podawany przez podobną ilość logopedów – 38,46% oraz o połowę mniejszą grupę rodziców

(21,15%). W badanej grupie, 44,23% logopedów za podstawowy deficyt uznało niskie nakłady finansowe przeznaczone na opiekę logopedyczną. Z tym poglądem zgodziło się 34,61% nauczycieli i tylko 7% badanych rodziców. Pośród mankamentów s.o.l. wskazanych przez respondentów badanych grup, wysoką frekwencyjnością wyróżnia się jeszcze:

- w grupie rodziców –
- 19% osób podało „ograniczoną współpracę pomiędzy ogniwami systemu opieki logopedycznej”;
- w grupie nauczycieli –
- 15% badanych wymieniło jako deficyt „zbyt późną diagnozę rozwoju mowy” i tyle samo „braki w wyposażeniu w pomoce dydaktyczne (ten ostatni wyróżniło również 17% logopedów);
- w grupie logopedów –
- 25% respondentów wskazało na „złą organizację struktur systemu” (brak skutecznych regulacji prawnych) oraz, co wcześniej sygnalizowała ta grupa, 23% osób wyróżniło „brak wystarczającej ilości placówek świadczących opiekę logopedyczną.

Szczegółowe wskazania dotyczące mankamentów s.o.l. dostrzeganych przez respondentów, a także zależność i różnice ilościowe w poszczególnych grupach badawczych obrazuje wykres nr 15.



**Wykres nr 15.** Braki s.o.l. wyodrębnione przez respondentów.

Jak widać z powyższego wykresu oprócz wyżej scharakteryzowanych braków s.o.l. wspólnych dla całej badanej populacji, w poszczególnych frakcjach osoby pytane przedstawiły inne, specyficzne mankamenty s.o.l. I tak, rodzice stwierdzili, iż bolączką aktualnego systemu jest:

- brak odpowiedniego podejścia (czasem całkowity brak uwagi, troski) specjalisty (lekarza – pediatry) do dziecka – 13% badanych;
- brak pomocy w przedszkolu/szkole dla dzieci ze sprzężonymi zaburzeniami – 7% badanych;
- niedokładne działania diagnostyczne przeprowadzone przez specjalistów – 7% badanych.

Nauczyciele do deficytów zakwalifikowali:

- brak bezpośredniego dostępu do specjalistów (logopedów) na terenie placówki (przedszkola/szkoły) – 19% badanych;
- brak u rodziców świadomości występującego u ich dziecka zaburzenia mowy – 11% badanych.

Na powyższy mankament wskazywali również logopedzi, dobitniej jednak go określając jako „bagatelizowanie problemu zaburzonej mowy dzieci przez rodziców, lekarzy” – 19% badanych.

Logopedzi do wad s.o.l. zaliczyli także:

- „brak ognia spajającego pracę logopedy i rodzica” – 6% osób;
- „brak jednolitego stanowiska teoretycznego dotyczącego s.o.l. wśród różnych ośrodków naukowych” – 4% badanych.

Myślę, iż różnice, które można zaobserwować w stanowiskach badanych rodziców, nauczycieli, logopedów, dotyczących mankamentów s.o.l., wynikają z często odmiennych oczekiwań tychże osób, kierowanych pod adresem systemu pomocy logopedycznej. Każda z grup wypełnia inną rolę w s.o.l. i patrzy na funkcjonujący model opieki przez pryzmat własnych doświadczeń, możliwości bądź ograniczeń.

W kolejnym pytaniu respondenci poproszeni zostali, już bezpośrednio, o dokonanie oceny jakości świadczonych usług logopedycznych w funkcjonującym systemie opieki logopedycznej. Uzyskane dane ilościowe przedstawiłam w tabeli nr 19.

**Tabela nr 19.** Ocena jakości usług logopedycznych świadczonych w s.o.l. w świetle odpowiedzi respondentów.

Lp.	Jakość	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		zależności
		N	%	N	%	N	%	N	%	
1.	Wysoka	37	71,15	13	25,00	20	38,46	70	44,87	$\chi^2 = 18,16,$ $df = 4$
2.	Przeciętna	7	13,46	23	44,23	22	42,31	52	33,33	
3.	Niska	3	5,76	7	13,46	6	11,53	16	10,25	
4.	Nie mam zdania	5	9,61	9	17,30	4	7,69	18	11,53	
Razem		52	100,00	52	100,00	52	100,00	156	100,00	

Analiza statystyczna danych, świadczących o wskazanych przez grupy respondentów ocenach jakości usług logopedycznych wykazała, że istnieją zależności między wyznaczoną oceną jakości, a przynależnością do konkretnej grupy badanych.

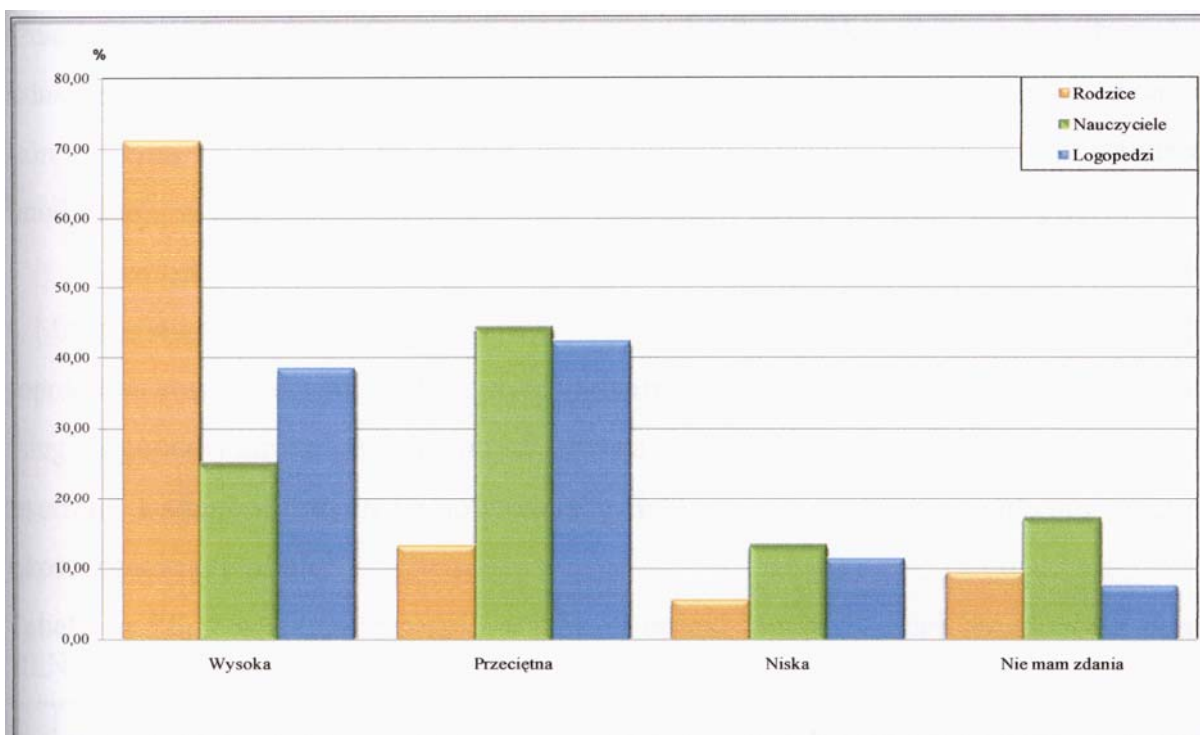
Zależności te zbadane testem  $\chi^2$  pozwoliły na ujawnienie istotnych statystycznie zależności, które wystąpiły między parami badanych grup respondentów a ich odpowiedziami dotyczącymi oceny jakości usług s.o.l. Wyraźna zależność wystąpiła pomiędzy wysoką oceną jakości s.o.l. a przynależnością do grupy rodzice-nauczyciele ( $\chi^2=22,19$ ,  $df=1$ ) i analogicznie dla grupy rodzice -logopedzi ( $\chi^2=11,22$ ,  $df=1$ ). Wystąpiła również istotna zależność między deklarowaną przeciętną oceną jakości usług logopedycznych, a przynależnością do grupy rodzice-nauczyciele ( $\chi^2=9,37$ ,  $df=1$ ). Nie było istotnych różnic we wskazaniach dotyczących niskiej jakości.

Z powyższych zestawień tabelarycznych i zestawień statystycznych wynika, iż 44,87% badanej populacji wysoko ocenia jakość usług świadczonych w obrębie s.o.l. Najbardziej usatysfakcjonowaną z jakości świadczeń grupą byli rodzice, wśród których aż 71,15% badanych przyznało najwyższą notę. Z odpowiedzi 33,33% wszystkich badanych wynika, iż jakość działań logopedycznych określana jest jako przeciętna. Tak oceniło s.o.l. 44,23% nauczycieli i 42,31% logopedów. Dane te prowadzą do pewnych uogólnień.

Zasadnicza część nauczycieli, tj. 44,23% badanych oceniło jakość usług logopedycznych jako „przeciętną”, 25% oceniło ją wysoko, a 13,46% - nisko. Był to zarazem najniższy odsetek wskazań niskiej jakości s.o.l. wśród badanych grup.

Badani logopedzi jakość świadczeń ocenili inaczej niż rodzice i nauczyciele. Niemalże równo rozłożyły się w tej grupie oceny wskazujące wysoką – 38,46% i przeciętną – 42,31% jakość działania s.o.l. Nisko oceniło ową jakość 11,52% badanych, a 7,86% nie zajęło stanowiska w tej sprawie.

Różnice i podobieństwa w deklarowanych przez badane grupy ocenach jakości usług logopedycznych obrazuje wykres nr 16.



**Wykres nr 16.** Ocena jakości usług logopedycznych świadczonych w s.o.l. w świetle odpowiedzi respondentów

Jak widać, w uzasadnieniach wysokiej oceny jakości można odnaleźć wcześniej podane przez przedstawicieli grupy respondentów atuty s.o.l. (pozytywne efekty pracy, fachowe i skuteczne podejście do problemu zaburzeń mowy), a także stwierdzenia dotyczące subiektywnej satysfakcji wynikającej z funkcjonowania systemu. Podobnie przedstawia się argumentacja niskiej oceny jakości – w tym przypadku przytaczane są kolejne mankamenty s.o.l.

Interesujące są natomiast uzasadnienia podane przez respondentów dla poparcia oceny przeciętnej:

- „mała ilość spotkań z logopedą, mogło by być więcej, skróciłby się wówczas czas terapii” – 3% rodziców;
- „konsultacja logopedyczna jest przeprowadzona po długim okresie oczekiwania na nią” – 6% nauczycieli;
- „dobre przygotowanie merytoryczne logopedów do pracy nie zawsze dobra praca – przeciążenie ilością pacjentów, godzin” – 9% logopedów.

Sądzę, iż wskazane przez respondentów oceny jakości świadczonych usług logopedycznych można uznać za pozytywne. Biorąc pod uwagę, iż prawie 45% określiło tę jakość jako wysoką, a 33% badanych wskazało, iż jest ona przeciętna. To

oznacza taką, która przystaje w pewnym stopniu do oczekiwań swoich odbiorców, jednak nie zaspakaja w pełni ich potrzeb. Wskazane byłoby więc podjęcie działań, które wpłyną pozytywnie na jakość usług logopedycznych, podniosą ich standard, zmodyfikują w taki sposób by wychodziły naprzeciw oczekiwaniom społecznym.

Uwzględniając fakt funkcjonowania s.o.l. w obrębie dwóch ministerstw tj. Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN) i Ministerstwa Zdrowia (MZ), poprosiłam respondentów, w kolejnym pytaniu wywiadu, o dokonanie oceny jakości usług logopedycznych świadczonych przez osoby i instytucje podlegające tym resortom. Badani w swych wypowiedziach deklarowali, z czego ewentualne różnice jakości opieki wynikają.

**Tabela nr 20.** Postrzeganie różnic w jakości opieki logopedycznej świadczonej przez MEN i MZ wyodrębnione przez badanych

Lp.	Różnice w jakości	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		zależności
		N	%	N	%	N	%	N	%	
1.	Tak	12	23,07	6	11,53	23	44,23	41	26,28	$\chi^2 = 18,16,$ $df = 4$
2.	Nie	23	44,23	25	48,07	10	19,23	58	37,19	
3.	Nie mam zdania	17	32,69	21	40,38	19	36,53	57	36,53	
Razem		52	100,00	52	100,00	52	100,00	156	100,00	

Wyniki uzyskane z obliczeń  $\chi^2$  wskazują na istnienie zależności istotnych statystycznie pomiędzy deklarowanymi różnicami w ocenie jakości opieki logopedycznej świadczone przez instytucje podległe resortowi oświaty lub zdrowia, a przynależnością do jednej z badanych grup.

Zależności te ujawnione zostały pomiędzy wskazaniem dotyczącym różnic w jakości opieki logopedycznej świadczonej przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ministerstwo Zdrowia a parami grup respondentów: nauczyciele i logopedzi ( $\chi^2=12,24,df=1$ ) oraz rodzice i logopedzi ( $\chi^2=5,21, df=1$ ). Istnieje również zależność między opinią, zgodnie z którą „nie występują różnice” w jakości opieki logopedycznej realizowanej przez dwa różne resorty a parami badanych grup

respondentów tj. nauczyciele-rodzice ( $\chi^2=9,69$ ,  $df=1$ ) oraz rodzice-logopedzi ( $\chi^2=7,5$ ,  $df=1$ ).

Dane zawarte w tabeli 20 wskazują, że jedna czwarta badanych podała fakt występowania różnic w jakości usług logopedycznych wynikający z różnej przynależności resortowej osób ją świadczących. Nie dostrzegło takich różnic 37,19% respondentów, a 36,53% nie wypowiedziało się w tej kwestii jednoznacznie. Ową niemożność zajęcia stanowiska uzasadniali brakiem wystarczającej wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania s.o.l. we wskazanych Ministerstwach.

Najwięcej argumentów świadczących o różnicach w poziomie jakości usług logopedycznych wskazali badani logopedzi – 44,23% osób (23,07% rodziców i 11,53% nauczycieli). Uwzględnili między innymi następujące różnice:

- „logopedzi zatrudnieni w placówkach Ministerstwa Zdrowia mają łatwiejszy dostęp do specjalistycznych konsultacji lekarskich (6%);
- „lepiej wyposażone w pomoce dydaktyczne są gabinety terapeutów w MEN (3%);
- „różna ilość godzin pracy: w MEN 20, w MZ 40 godzin” (3%) w bezpośrednim kontakcie z pacjentem;
- „jakość podobna, różna jest specyfika pracy wykonywanej przez logopedę ze względu na specyficzne potrzeby pacjenta np. odmienne w szkole i w szpitalu” (3%);
- „jakość porównywalna, różne nakłady finansowe oraz mniejsza dostępność do logopedy zatrudnionego w placówce MZ” (3%).

Wśród rodziców – 23,07% badanych wskazało na różnice poziomu świadczonych usług wynikające przede wszystkim z odmiennego podejścia do pracy z dzieckiem. „Logopedzi zatrudnieni w instytucjach podległych MEN są lepiej przygotowani do pracy z dzieckiem” – tak stwierdziło 15% rodziców, którzy docenili umiejętność nawiązywania dobrego kontaktu logopedy z dzieckiem, stworzenie odpowiedniej atmosfery na zajęciach.

Rodzice wskazali jeszcze na różnice wynikające z ograniczonego dostępu do informacji o możliwości korzystania z pomocy logopedycznej w instytucjach MZ (3%) oraz lepszym wyposażeniu w pomoce dydaktyczne gabinetów logopedycznych w placówkach MEN (3%).



Badani nauczyciele wskazali na dwie różnice, które mają wpływ na jakość usług logopedycznych:

- „instytucje MEN i MZ są różnie finansowane” (3%);
- „występują różnice w kwalifikacjach logopedów zatrudnionych w dwu resortach – MZ zatrudnia logopedów tylko z pełnymi uprawnieniami do wykonywania zawodu, MEN – także logopedów szkolnych, którzy mają ograniczony zakres uprawnień” – 6% badanych.

Było to ostatnie pytanie charakteryzujące jakość funkcjonowania współczesnego systemu opieki logopedycznej.

W kolejnych rozdziałach staram się pracy przedstawić sugestie respondentów dotyczące wprowadzenia zmian, które mogą przyczynić się do podniesienia owej jakości usług.

Jakość, efekty diagnozy i terapii, jak wynika z powyższych ustaleń, zależą od wspólnie podejmowanych i realizowanych przez logopedów, rodziców i nauczycieli działań. Dodatkowo należy uwzględnić oddziaływanie przeróżnych czynników i uwarunkowań, które wpływają pozytywnie bądź zakłócają owe procesy.

## ***2. Zakres funkcjonowania systemu opieki logopedycznej***

W pierwszej części niniejszego rozdziału przedstawiłam opinie rodziców, nauczycieli i logopedów, którzy wypowiedzieli się na temat jakości świadczonych w s.o.l. usług. W tym miejscu pragnę zająć się analizą odpowiedzi, jakie uzyskałam od respondentów na pytania związane z zakresem działania s.o.l.

Odpowiedzi respondentów udzielone w wywiadzie pozwoliły przedstawić zakres działania systemu w rozumieniu dookreślenia kręgu osób, dla których ów system funkcjonuje oraz wyznaczenia konkretnych działań pomocowych podejmowanych przez osoby i instytucje s.o.l.

Respondenci rozpoczęli ocenę zakresu funkcjonowania - działania systemu opieki logopedycznej od udzielenia odpowiedzi na następujące pytanie: „Czy w Pani/a przekonaniu wszystkie osoby potrzebujące opieki logopedycznej otrzymują ją?”.

Uzyskane odpowiedzi zostały przedstawione w postaci danych liczbowych w tabeli nr 21.

**Tabela nr 21.** Ocena zakresu pomocy logopedycznej w świetle udzielanych przez respondentów wypowiedzi.

Lp.	Grupa Pełny zakres pomocy logopedycznej	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		zależności
		N	%	N	%	N	%	N	%	
1.	Tak	27	51,92	16	30,76	12	23,07	55	35,25	$\chi^2 = 18,16,$ df = 4
2.	Nie	21	40,38	32	61,53	34	65,38	87	55,76	
3.	Inne	4	7,69	4	7,69	6	11,53	14	8,97	
Razem		52	100,00	52	100,00	52	100,00	156	100,00	

Uzyskane wyniki obliczeń statystycznych  $\chi^2$  wskazują, iż należy odrzucić  $H_0$ , a przyjąć  $H_1$ , gdyż występuje zależność istotna statystycznie pomiędzy oceną zakresu opieki logopedycznej a przynależnością do jednej z badanych grup. Zależności te wykazują, że odmiennie oceniają możliwości uzyskania przez pacjenta pomocy logopedycznej rodzice, nauczyciele, logopedzi, a różnice w ich ocenach wiążą się bezpośrednio z zakwalifikowaniem do konkretnej grupy respondentów.

Wyniki analiz testem  $\chi^2$  ujawniły występowanie istotnych statystycznie zależności pomiędzy oceną zakresu działań pomocy logopedycznej, a wskazaniem konkretnej grupy respondentów w rozpatrywanej ich parze. Zależność taka wystąpiła między wynikami nadanych par grup rodziców i nauczycieli ( $\chi^2=4,8$ , df=1) oraz rodziców i logopedów ( $\chi^2=9,23$ , df=1), we wskazaniu dotyczącym istnienia możliwości uzyskania pomocy logopedycznej. Pomędzy ocenami wyrażającymi brak możliwości pozyskania usług logopedycznych, a wskazaniem poszczególnych grup respondentów również wystąpiły istotne statystycznie zależności, ujawniły się one dla par: rodzice-nauczyciele ( $\chi^2=4,66$ , df=1) i rodzice-logopedzi ( $\chi^2=6,52$ , df=1)

Jak wynika z powyższego zestawienia tabelarycznego i analizy statystycznej 35,25% respondentów podało, iż osoba potrzebująca pomocy logopedycznej może ją uzyskać. Odmiennego zdania było 55,76% badanych, czyli ponad połowa respondentów, a 8,97% nie zajęło w tej kwestii jednoznacznego stanowiska.

W grupie nauczycieli 61,53%, a w grupie logopedów 65,38% badanych wypowiedziało się, iż nie wszystkie osoby, które potrzebują wsparcia ze strony s.o.l. mogą na nią liczyć. Nauczyciele argumentowali swoje opinie następująco:

- „rodzice często bagatelizują problem zaburzeń mowy i nie zgłaszają się do specjalisty” – 29% badanych;
- „w poradniach jest zatrudnionych zbyt mało logopedów” – 15% osób;
- „brak świadomości korzyści płynących z pomocy logopedycznej np. zapobieganie niepowodzeniom szkolnym” – 13% badanych;
- „zbyt późno diagnozuje się dzieci i rozpoczyna terapię” – 8% badanych;
- „brak wystarczającej wiedzy wśród rodziców i nauczycieli o instytucjach świadczących pomoc logopedyczną” – 8% osób.

Logopedzi uzasadniając brak pełnej dostępności do s.o.l. dla wszystkich potrzebujących podali sformułowania podobne do tych, które przytaczane były przez nauczycieli. Tak więc, wskazywali na brak wystarczającej ilości logopedów zatrudnionych w placówkach – 15% badanych, bagatelizowanie problemu zaburzeń mowy nie tylko przez rodziców, ale nauczycieli i lekarzy – 13% osób. Zwrócili także uwagę na następujące aspekty:

- „pacjenci podejmują terapię, ale szybko się zniechęcają i zaprzestają uczestnictwa w niej” – 13% osób;
- „niektóre osoby są nieświadome swoich zaburzeń, nie dostrzegają wad, nie poszukują więc pomocy” – 13% osób;
- „dorośli mają ograniczone możliwości uzyskania pomocy, porady logopedycznej” – 13% badanych;
- „ograniczona informacja ze strony lekarza o potrzebie i możliwościach rehabilitacji logopedycznej” – 11% osób.

Wiele spośród wymienionych argumentów podanych już zostało jako uzasadnienie tezy o ograniczonych możliwościach w zakresie dostępu do s.o.l.

wszystkich potrzebujących. Nie mniej jednak nauczyciele wykazali się perspektywicznym spojrzeniem na problem zaburzeń mowy i zwrócili uwagę na fakt traktowania terapii logopedycznej, jako profilaktyki wtórnych zaburzeń szkolnych. Logopedzi wymienili zniechęcenie, brak motywacji u pacjentów w kontynuowaniu terapii, który zawężył zakres dostępności do opieki logopedycznej.

Rodzice dzieci z zaburzeniami mowy w porównaniu z nauczycielami i logopedami zdecydowanie przychylniej oceniają zakres działań s.o.l. wobec pacjenta. W tej grupie respondentów 40,38% badanych poddało w wątpliwość szeroki zakres działalności s.o.l. Oprócz ograniczeń wymienianych przez wcześniej scharakteryzowane podgrupy badanych (braki kadrowe, bagatelizowanie problemu zaburzeń mowy), rodzice wyróżnili także dodatkowe. Wskazali na brak pełnej dostępności świadczeń logopedycznych dla osób dorosłych np. po urazach, wylewach – 7,69% badanych oraz dla dzieci w szkołach, gdzie choć jest zatrudniony logopeda może on objąć opieką jedynie część dzieci wymagających takiej pomocy – 4% badanych. Nieco ponad połowa bo 51,92% grupy badanych rodziców podało, że zakres działania s.o.l. jest na tyle szeroki, iż wszyscy potrzebujący opieki mogą ją uzyskać. Swoje oceny argumentowali następująco:

- „jest pełna dostępność do placówek świadczących pomoc logopedyczną” – 21% badanych;
- „osoba potrzebująca pomocy logopedycznej może ją uzyskać, musi tylko chcieć się po nią zgłosić” – 21% badanych.

Uzasadnienie wyróżnione przez rodziców było zbieżne z tym, które podawali respondenci z dwu pozostałych grup, jednak uczyniło to znacznie mniej osób w tych grupach.

Kolejne dwa pytania, określające zakres funkcjonowania s.o.l., skierowane zostały do nauczycieli i logopedów z wyłączeniem rodziców. Pytania dotyczyły bowiem opieki logopedycznej – jej zakresu – świadczonej w instytucjach, w której zatrudnieni byli respondenci oraz kręgu odbiorców tychże działań.

Zakres opieki logopedycznej realizowany w instytucjach, w których pracują badani respondenci ilościowo zaprezentowany został w tabeli nr 22.

**Tabela nr 22.** Formy opieki logopedycznej świadczonej placówkach, w których pracują respondenci.

Lp.	Formy opieki logopedycznej	Respondenci		Logopedzi		Razem		Różnice
		N=52	%	N=52	%	N=104	%	
1.	Nie jest świadczona w placówce	10	19,23	0	0,00	10	9,61	$\chi^2 = 8,90^*$ , df = 1
2.	Opieka w szerokim zakresie (profilaktyka, diagnoza, terapia i inne)	26	50,00	30	57,69			$\chi^2 = 0,52$ , df = 1
3.	Opieka nad dzieckiem i młodzieżą o specjalnych potrzebach (wady sprzężone); niedosłuch, upośledzenie umysłowe	6	11,53	17	32,69			$\chi^2 = 5,58$ , df = 1
4.	Poradnictwo logopedyczne - spotkania informacyjno-szkoleniowe	3	5,76	7	13,46			$\chi^2 = 1,00$ df = 1
5.	Opieka logopedyczna uzależniona od indywidualnych potrzeb pacjenta	3	5,76	5	9,61			$\chi^2 = 0$ , df = 1

\* Zastosowano poprawkę Yates'a

Analiza danych wykazuje, iż istotna statystycznie różnica wystąpiła pomiędzy nauczycielami i logopedami odpowiedziach dotyczących braku świadczeń opieki logopedycznej na terenie placówki, w której są zatrudnieni. Podobna statystycznie różnica została ujawniona między grupami respondentów, wskazującymi w zakresie opieki logopedycznej - opiekę nad dziećmi i młodzieżą o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Wyniki w pozostałych wskazaniach zakresu tejże opieki, podane przez badanych, w opracowaniu statystycznym nie pozwalają odrzucić  $H_0$  (nie ma różnic), ani też jej potwierdzić (występują różnice istotne statystycznie).

Wśród badanych nauczycieli 19% wskazało, iż w placówce, w której są zatrudnieni w ogóle nie jest świadczona opieka logopedyczna. Pozostali z tej grupy badawczej, wyznaczyli zakres działań logopedycznych świadczony w szkole bądź przedszkolu. Był on częściowo zbieżny z tym, który został określony także przez

logopedów zatrudnionych w różnych instytucjach podległych resortowi oświaty bądź zdrowia.

Ponad połowa nauczycieli i 57,62% logopedów stwierdziło, iż opieka logopedyczna świadczona była w szerokim zakresie, w wielu formach. Dostrzegalna była w wymienionej przez respondentów ilości usług logopedycznych, także forma skierowana do dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Taką specyficzną pomoc logopedyczną zaobserwowało na terenie swojej placówki 11,53% nauczycieli i 32,69% logopedów. Jest to uwarunkowane przepisami prawa, które dokładnie określa zakres podejmowanych zadań, obowiązki poszczególnych osób zatrudnionych w instytucji, a zarazem stanowiących struktury s.o.l. Podobna zależność dotyczyła wskazań odnoszących się do poradnictwa logopedycznego, czy realizacji indywidualnych potrzeb logopedycznych pacjentów, gdzie nie bez znaczenia pozostaje zakres kompetencji odmienny dla nauczyciela i logopedy.

Nauczyciele wyróżniając zakres opieki logopedycznej w swojej placówce wskazali także osoby, które te działania realizują. Wymienili oni logopedów zatrudnionych w przedszkolach i szkołach (w różnym wymiarze godzin), logopedów szkolnych, a także logopedów, którzy „dochodzą” z poradni psychologiczno-pedagogicznych w ramach realizowanych tzw. „godzin pracy w terenie”. Wśród czynności wchodzących w skład zadań realizowanych w ramach opieki logopedycznej nauczyciele wymieniali również wstępną diagnozę logopedyczną, obserwacje dzieci pod kątem oceny poziomu ich rozwoju mowy, wykrywania ewentualnych deficytów – 10% nauczycieli. Oprócz powyższego zadania 4% nauczycieli świadczy pomoc logopedyczną podczas zajęć korekcyjno-kompensacyjnych w szkołach.

Logopedzi z badanej grupy realizują osobiście wszystkie zadania wchodzące w skład opieki logopedycznej wymienione w powyższej tabeli, a oprócz tego poszerzają swą działalność o pracę popularyzatorską – 4% badanych i pracę edukatorską (związaną z podnoszeniem wyrazistości mowy i kompetencji komunikacyjnych) – 4% logopedów.

Wyznaczenie zakresu działań dotyczących świadczeń opieki logopedycznej wiąże się ściśle z określeniem konkretnych adresatów owych zabiegów. Różnie, z tego powodu, ukształtowały się wskazania w obrębie badanych grup respondentów.

**Tabela nr 23.** Adresaci korzystający z pomocy logopedycznej w placówkach, w których są zatrudnieni respondenci.

Lp.	Adresaci opieki logopedycznej	Respondenci		Logopedzi		Różnice
		N	%	N	%	
1.	dzieci od 0 - 3 r. ż.	0	0,00	6	11,53	$\chi^2 = 6,37, df = 1$
2.	Dzieci przedszkolne	28	53,84	31	59,61	$\chi^2 = 0,35, df = 1$
3.	Dzieci w wieku szkolnym (7 - 15l.)	21	40,38	30	57,69	$\chi^2 = 3,22, df = 1$
4.	Młodzież	10	19,23	16	30,76	$\chi^2 = 1,35, df = 1$
5.	Dorośli pacjenci	0	0,00	16	30,76	$\chi^2 = 18,23^*, df = 1$
6.	Rodzice dzieci	7	13,46	5	9,61	$\chi^2 = 0,38, df = 1$
7.	Nauczyciele - konsultacje dotyczące stymulacji mowy uczniów	7	13,46	2	3,84	$\chi^2 = 3,04, df = 1$
8.	Dzieci z deficytami (niepełnosprawne)	14	26,92	17	32,69	$\chi^2 = 0,41, df = 1$
9.	Nikt nie korzysta	8	15,38	0	0,00	$\chi^2 = 6,64, df = 1$

\* Zastosowano poprawkę Yates'a

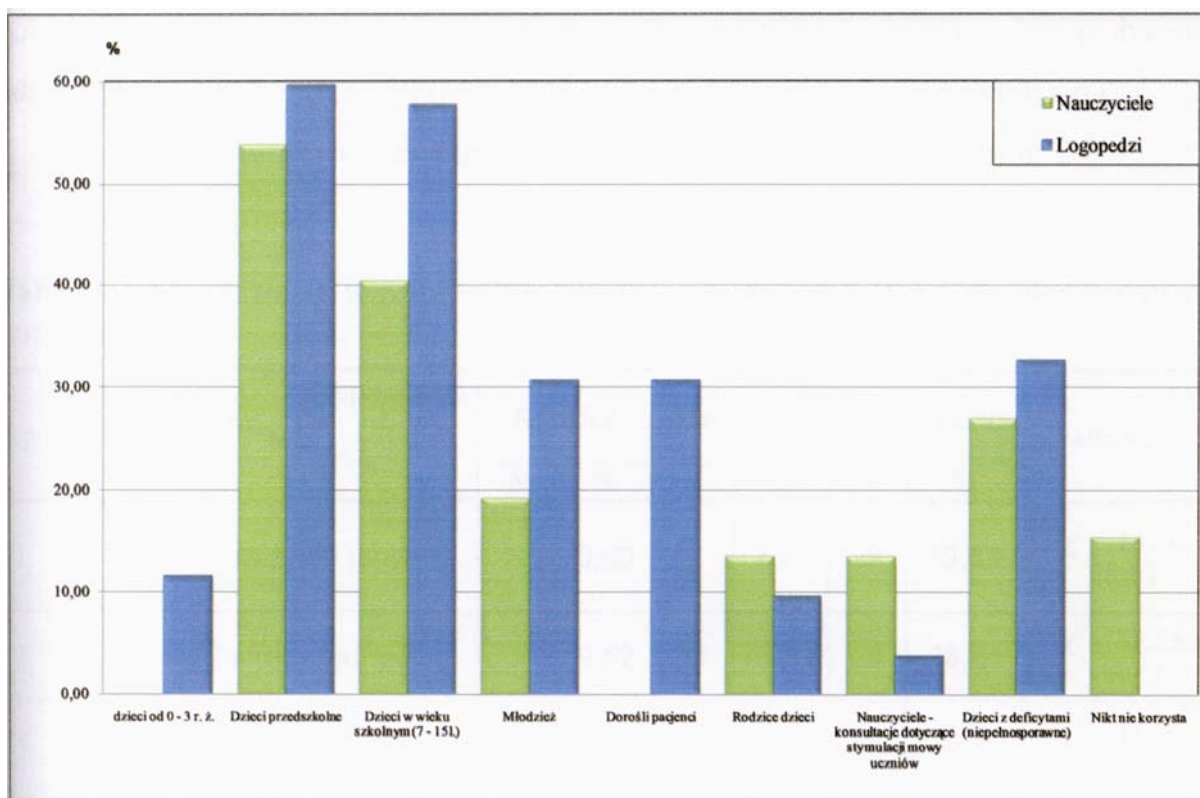
Otrzymane wyniki sugerują, iż analiza wykazała wystąpienie istotnych statystycznie różnic między wynikami podawanymi przez nauczycieli i logopedów w odniesieniu do grup dzieci między 0 - 3 rokiem życia oraz grupy dorosłych pacjentów wyliczonych jako adresatów opieki logopedycznej. Istotna statystycznie była także różnica, która ujawniła dysproporcje w wypowiedziach badanych dotyczącą wskazania przez nauczycieli faktu, zgodnie z którym w placówkach będących ich miejscem zatrudnienia nie mogą wyodrębnić osób, do których kierowano by pomoc logopedyczną. Pozostałe wyniki poddane analizie testem  $\chi^2$  nie wykazały istotnych statystycznie różnic.

W grupie badanych logopedów, wśród adresatów działań logopedów zostały wymienione dzieci do 3 roku życia (11% badanych) oraz dorośli pacjenci (31%),

którzy nie zostali wyróżnieni przez grupę nauczycieli. Ci z kolei - 15% badanych nauczycieli podało, iż w placówce, w której pracują „nikt nie korzysta z opieki logopedycznej”. Takie stwierdzenie, jak sądzę, zbyt pochopnie zostało wypowiedziane przez ową część nauczycieli, gdyż oni sami są zobowiązani określonymi zapisami w podstawach programowych, wydanymi przez MEN do świadczenia opieki nad mową dziecka. Zadania profilaktyki, korekcji logopedycznej są bowiem uwzględnione do realizacji na różnych etapach edukacyjnych, planach pracy poszczególnych placówek, są w zakresie obowiązków nauczycieli, wychowawców. Zapewne więc pomimo braku deklaracji ze strony nauczycieli, realizują oni zadania dotyczące profilaktyki, stymulacji rozwoju mowy, wzbogacania i poszerzania wiedzy i umiejętności dotyczących komunikacji językowej.

Adresaci opieki logopedycznej, najczęściej wymieniani przez obydwie grupy respondentów, to dzieci przedszkolne (53,84% nauczycieli, 59,61% logopedów wskazało tych odbiorców), następnie dzieci w wieku szkolnym (40,25% nauczycieli, 57,69% logopedów), dzieci z deficytami rozwojowymi (27% nauczycieli i 33% logopedów) oraz młodzież (19,23% nauczycieli, 30,76% logopedów). Wyróżnione przez respondentów kategorie odbiorców opieki logopedycznej wraz z ich wskazaniem procentowym prezentuję w postaci wykresu nr 17.





\*Respondenci mogli wyróżnić więcej niż jedną grupę adresatów opieki logopedycznej. Stąd wartości procentowe są obliczane oddzielnie w kategoriach N=52.

**Wykres nr 17.** Adresaci korzystający z pomocy logopedycznej w placówkach, w których są zatrudnieni respondenci.

Dane liczbowe z tabeli nr 23, określające krąg odbiorców opieki logopedycznej są zgodne z założeniami teoretycznymi s.o.l. i potwierdzają je. Głównymi celami s.o.l. są bowiem profilaktyka, stymulacja mowy, korekcja jej zaburzeń, a takie działania realizowane przede wszystkim z osobami od 3 r. ż. do 18/20 lat.

Kolejnym kwestią, kierowaną do respondentów z trzech grup badawczych, było pytanie o zakres opieki nad mową indywidualnie, przez nich samych, świadczonej podopiecznym.

Odpowiedzi, które uzyskałam od respondentów z poszczególnych grup badawczych były zróżnicowane. Te odmienności wynikały z różnych zadań i funkcji, które przypisane są badanym w zakresie świadczenia opieki logopedycznej. O konkretnych zadaniach stawianych do realizacji rodzicom, nauczycielom oraz logopedom w ich trosce o rozwój mowy dziecka/osoby dorosłej pisałam w rozdziale I

powołując się na przepisy prawne gwarantujące opiekę logopedyczną, jak i w podrozdziale II trzeciego rozdziału prezentując teoretyczne modele s.o.l.

Zebrane informacje skategoryzowałam i przedstawiłam w tabeli nr 24.

**Tabela nr 24.** Działania w zakresie świadczenia opieki nad mową podejmowane przez respondentów.

Lp.	Działania	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		zależności
		N	%	N	%	N	%	
1.	diagnoza rozwoju mowy	0	0,00	4	7,69	28	53,85	$\chi^2 = 14,70$ , df = 1
2.	profilaktyka rozwoju mowy	5	9,62	35	67,31	20	38,46	$\chi^2 = 39,35$ , df = 1
3.	współpraca z różnymi specjalistami	34	65,38	15	28,85	20	38,46	$\chi^2 = 15,46$ , df = 1
4.	konsultacje specjalistyczne dotyczące mowy dziecka	7	13,46	8	15,38	7	13,46	$\chi^2 = 0,11$ , df = 1
5.	stymulacja rozwoju mowy	30	57,69	23	44,23	12	23,08	$\chi^2 = 21,48$ , df = 1
6.	(korekcja) terapia	18	34,62	14	26,92	36	69,23	$\chi^2 = 39,35$ , df = 1
7.	nie podejmuję działań	3	5,77	3	5,77	0	0,00	$\chi^2 = 3,12$ , df = 1

Respondenci wyróżnili więcej niż jeden typ działań. Obliczenia procentowe dokonane są dla poszczególnych grup respondentów

Zgodnie z danymi zamieszczonymi w powyższej tabeli należy przyjąć, że wartości uzyskane z obliczeń  $\chi^2$  wskazują, iż występują istotne statystycznie zależności między wskazaniami działań dotyczącymi diagnozy, profilaktyki, stymulacji rozwoju mowy, a także współpracy ze specjalistami i terapii, a wynikami przypisanymi poszczególnym grupom respondentów. Natomiast w pozostałych przypadkach nie ma podstaw do przyjęcia ani odrzucenia hipotezy o braku zależności.

Dane ilościowe przedstawione w tabeli i w analizie statystycznej wymagają uzupełnień jakościowych dotyczących między innymi wyodrębnionych kategorii „działania”.

Najczęściej, przez rodziców dzieci objętych opieką logopedyczną wymieniana była, wśród wskazanych działań, współpraca z różnymi specjalistami (65,38% badanych). Rodzice wymieniali tu zasadniczo współpracę z logopedami – 53% badanych, a 10% rodziców mówiło o wspólnym działaniu z wychowawcą szkolnym/przedszkolnym w zakresie opieki nad mową dziecka.

W grupie badanych nauczycieli 67,31% osób wskazało, iż podejmuje działania dotyczące szeroko pojętej profilaktyki rozwoju mowy. Nauczyciele wyróżnili między innymi:

- ćwiczenia oddechowe, fonacyjne – 19%;
- ćwiczenia narządów mowy – 20%;
- ćwiczenia kształtujące słuch fonematyczny i fonetyczny – 21%;
- ćwiczenia logorytmiczne, kinezylogiczne – 7%.

Powyższe grupy ćwiczeń pedagogiczno-logopedycznych zakwalifikowałam do działalności prewencyjnej, profilaktycznej uwzględniając możliwość ich zastosowania wobec całego zespołu dzieci. Ze względu na ich specyfikę powyższe ćwiczenia z powodzeniem stosowane są przez nauczycieli także w pracy indywidualnej czy grupowej podczas zajęć, których celem jest stymulacja, bądź korekcja rozwoju mowy.

Najczęściej deklarowanym przez logopedów (69,23%) działaniem wykonywanym na rzecz opieki nad mową swych pacjentów była terapia (korekcja) mowy i jej zaburzeń. Na drugim miejscu pod względem frekwencji wskazań, w tej grupie badawczej wyróżniona była diagnoza rozwoju mowy – wymieniło ją 53,85% respondentów.

Analizując uzyskane wyniki należy stwierdzić, iż badani z poszczególnych grup najliczniej wskazywali na te działania, które zgodnie z założeniami modelu s.o.l. L. Kaczmarka i obecnie obowiązującymi przepisami prawnymi są podstawowe dla ról, które pełnią w niniejszych strukturach. Tak więc, zgodnie z tymi ustaleniami rodzice powinni współpracować ze specjalistami świadczącymi profesjonalną opiekę nad rozwojem mowy i jak wskazują wypowiedzi, czynią to. Oprócz powyższego 57,69% badanych rodziców aktywnie stymuluje rozwój mowy swego dziecka, wykonując w domu zalecane przez specjalistów czynności, a także wykonując dodatkowo

ćwiczenia w pisaniu, czytaniu, wspólnym opowiadaniu bajek. W tej grupie badawczej 34,62% rodziców wykonywało działania będące elementami terapii logopedycznej – korekcji zaburzeń mowy, jak również korygowało błędną artykulację swoich dzieci.

L. Kaczmarek nauczycielom przedszkolnym i szkolnym wyznaczył zadanie czuwania nad mową dziecka i tworzenie korzystnych, stymulujących warunków do jej rozwoju. I jak wynika z zebranych odpowiedzi od tej grupy respondentów zadanie to było realizowane. Jak już wcześniej wspomniałam, różnego typu działania profilaktyczne podejmuje 67,31% nauczycieli, 44,23% zadeklarowało podejmowanie działań stymulujących rozwój mowy wychowanków. Zgodnie z wypowiedziami przybierały one formę ćwiczeń z zakresu czytania i pisania, ćwiczeń językowych (semantycznych, syntaktycznych). Ważne z punktu widzenia nauczycieli było także dostarczanie dzieciom wzorów poprawnej wymowy. Nauczyciele – 28,85% badanych – współpracowali ze specjalistami, ta współpraca na rzecz dziecka odbywa się przy współudziale rodziców. Oprócz tego 26,92% nauczycieli realizowało, głównie dzięki informacjom od rodziców, zalecenia terapii logopedycznej.

Swe zadania także właściwie realizowali logopedzi, którzy wymienili terapię (69,23%) i diagnozę (53,85%) mowy, jako dwa najczęściej podejmowane działania na rzecz opieki nad mową. Ta grupa badawcza ma uprawnienia do przeprowadzania właściwego procesu diagnostycznego i terapeutycznego umiejętności komunikacyjnych. Dwie wcześniej charakteryzowane grupy respondentów przeprowadzają badanie orientacyjne, wstępne, które może być przyczynkiem do dalszych, specjalistycznych zabiegów. Podobnie rzecz ma się z procesem terapii zaburzeń mowy. Nauczyciele i rodzice wspomagali więc przebieg terapii zaburzeń mowy, ale osobami odpowiedzialnymi za jej plan, wyznaczenie właściwych kierunków działań byli logopedzi.

Głównym zamierzeniem powyższego podrozdziału było określenie stanu funkcjonowania na Górnym Śląsku systemu opieki logopedycznej. Te ustalenia były możliwe dzięki dokonany przez respondentów wskazaniom poziomów jakości funkcjonowania tej opieki. Owa jakość przez 44,87% badanej populacji uznana została za „wysoką”, a 10,25% respondentów „nisko” oceniło jakość usług logopedycznych. Dokonane obliczenia statystyczne pozwoliły również wnioskować o istniejących

zależnościach między wyznaczoną oceną jakości funkcjonowania s.o.l., a przynależności do konkretnej grupy badawczej.. Swoistym dopełnieniem rozważań dotyczących jakości funkcjonowania było sprecyzowanie zakresów działań s.o.l. Nauczyciele, rodzice i logopedzi dookreślili zakres opieki logopedycznej wyróżniając jej kategorie realizowane w instytucjach, w których pracują, a zadeklarowali konkretne typy działań podejmowanych przez nich samych.

### III.5.

## **Wpływ oczekiwań społecznych na modyfikacje systemu opieki logopedycznej w opiniach nauczycieli, logopedów i rodziców.**

Uwzględniając fakt, iż system opieki logopedycznej funkcjonuje w określonych realiach społecznych, podlega on różnym wpływom ze strony tegoż społeczeństwa. Te oddziaływania są często bezpośrednie, zamierzone (incydentalne, długofalowe) lub pośrednie, niezamierzone. Wszystkie determinują zakres działań s.o.l., jego organizację, wpływają także na jakość świadczonych usług logopedycznych.

Na opiekę logopedyczną, na cały system instytucji i osób zaangażowanych w świadczenie tejże opieki wywiera wpływ złożony zespół czynników, który w mniejszym bądź większym stopniu wyznacza ich funkcjonowanie. Czynniki te za G. Jastrzębowską określam mianem determinantów opieki logopedycznej. Autorka podaje, iż są to czynniki, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na poziom świadczeń i usług logopedycznych<sup>209</sup>.

Na potrzeby niniejszego opracowania starałam się poniżej wyróżnić czynniki - uwarunkowania oddziałujące na opiekę logopedyczną na Górnym Śląsku, modelujące jej zakres i funkcjonowanie.

#### CZYNNIKI (+):

##### *kapitał ludzki*

- wyspecjalizowany i wysoko wykwalifikowany personel, charakteryzujący się mobilnością, dążeniem do podnoszenia kwalifikacji; nagromadzenie ludzi na niewielkim terenie,

##### *ośrodki akademickie*

- wyższe publiczne i niepubliczne szkolnictwo rozwija się w skali całego województwa,

##### *rozwinięta infrastruktura techniczna*

---

<sup>209</sup> Logopedia, pod. red. T. Gałkowskiego i G. Jastrzębowskiej. Opole 2003, s. 219.

- pełna dostępność komunikacyjna, rozwinięta infrastruktura komunikacji informatycznej,

*baza materialna, środki finansowe*

- znaczna ilość placówek resortu edukacji i zdrowia świadczących pomoc logopedyczną, medyczną, pedagogiczną;
- bogata baza środków technicznych, teoretycznych materiałów metodycznych,
- odpowiednie środki finansowe posiadane przez gminy woj. śląskiego i właściwe ich rozdysponowanie,
- pozyskiwane fundusze z Unii Europejskiej.

**CZYNNIKI (-)**

*degradacja środowiska naturalnego*

- rabunkowa eksploatacja złóż węgla kamiennego; zanieczyszczenie środowiska powodujące skutki zdrowotne (alergie, inne choroby),

*bezrobocie*

- wzrost liczby osób pozostających bez pracy i środków do życia; zjawiska patologii społecznej (alkoholizm, bezradność wychowawcza i życiowa)

*niska świadomość problemu zaburzeń mowy*

- nieznaną etiologię zaburzeń mowy i zasad skutecznej interwencji logopedycznej;
- bagatelizowanie problemu przez różne podmioty mające kontakt z dzieckiem;
- brak motywacji do podejmowania wysiłków zmierzających do zmiany sposobu/umiejętności komunikowania się.

W trzeciej części wywiadu poprosiłam respondentów by wypowiedzieli się na temat dostrzeganych przez nich społecznych uwarunkowań s.o.l. funkcjonującego na Górnym Śląsku. Jednakowych sześć pytań skierowałam do grupy badanych nauczycieli i logopedów, natomiast rodzicom zadałam cztery pytania. Ta różnica wynikała z odmiennych funkcji pełnionych przez te grupy społeczne w s.o.l.

Rodzice, nauczyciele i logopedzi określili zjawiska, które ich zdaniem wywołują modyfikacje s.o.l., który współcześnie funkcjonuje na Górnym Śląsku. Nie wszyscy respondenci (36% badanych) byli w stanie sprostać temu zadaniu i wskazać owe społeczne determinanty. Poniższa tabela przedstawia uzyskane informacje.

**Tabela nr 25.** Uwarunkowania społeczne wywołujące modyfikacje s.o.l. w opiniach respondentów.

Lp.	Respondenci Czynnik	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnica
		N=52	%	N=52	%	N=52	%	N=156	%	
1.	nie potrafię wskazać	28	53,85	15	28,85	13	25,00	56	35,90	$\chi^2 = 15,46$ , df = 1
2.	zwiększające się zapotrzebowanie na tę opiekę	4	7,69	28	53,85	20	38,46			$\chi^2 = 25,84$ , df = 1
3.	wzrastająca świadomość rodziców, nauczycieli dot. opieki logopedycznej	8	15,38	9	17,31	10	19,23			$\chi^2 = 0,27$ , df = 1,
4.	nakłady finansowe (z różnych źródeł - państwo, gmina, Unia Europejska)	10	19,23	13	25,00	16	30,77			$\chi^2 = 1,85$ , df = 1,
5.	dostępność do różnorodnych form opieki logopedycznej	4	7,69	2	3,85	17	32,69			$\chi^2 = 19,08$ , df = 1,
6.	normy prawne wyznaczające zasady organizacji i funkcjonowania s.o.l.	2	3,85	5	9,62	14	26,92			$\chi^2 = 12,88$ , df = 1,
7.	rozwój społeczno-polityczny (wykształcenie, otwartość na świat, globalizacja)	5	9,62	8	15,38	7	13,46			$\chi^2 = 0,80$ , df = 1,
8.	wariantowość założeń teoretycznych, naukowych s.o.l.	1	1,92	2	3,85	8	15,38			$\chi^2 = 9,06$ , df = 1,

Respondenci wyróżnili więcej niż jeden typ działań. Obliczenia procentowe dokonane są dla poszczególnych grup respondentów

Wyniki statystyczne z obliczenia  $\chi^2$  prezentujące uwarunkowania społeczne wywołujące modyfikacje s.o.l. wyrażone przez trzy grupy badanych rodziców, nauczycieli, logopedów podane w rubrykach:

3. wzrastająca świadomość rodziców, nauczycieli dot. opieki logopedycznej,
4. nakłady finansowe,
7. rozwój społeczno-polityczny,

wskazują, iż nie ma podstaw do odrzucenia ani potwierdzenia hipotezy o braku istotności różnic wśród wypowiedzi uzyskanych od badanych grup. Natomiast dla wyróżnionych uwarunkowań takich jak:

- zwiększające się zapotrzebowania na opiekę logopedyczną,
- dostępność do różnorodnych form opieki logopedycznej,



- normy prawne wyznaczające zasady organizacji i funkcjonowania s.o.l.,
- wariantowość założeń teoretycznych, naukowych, s.o.l.,

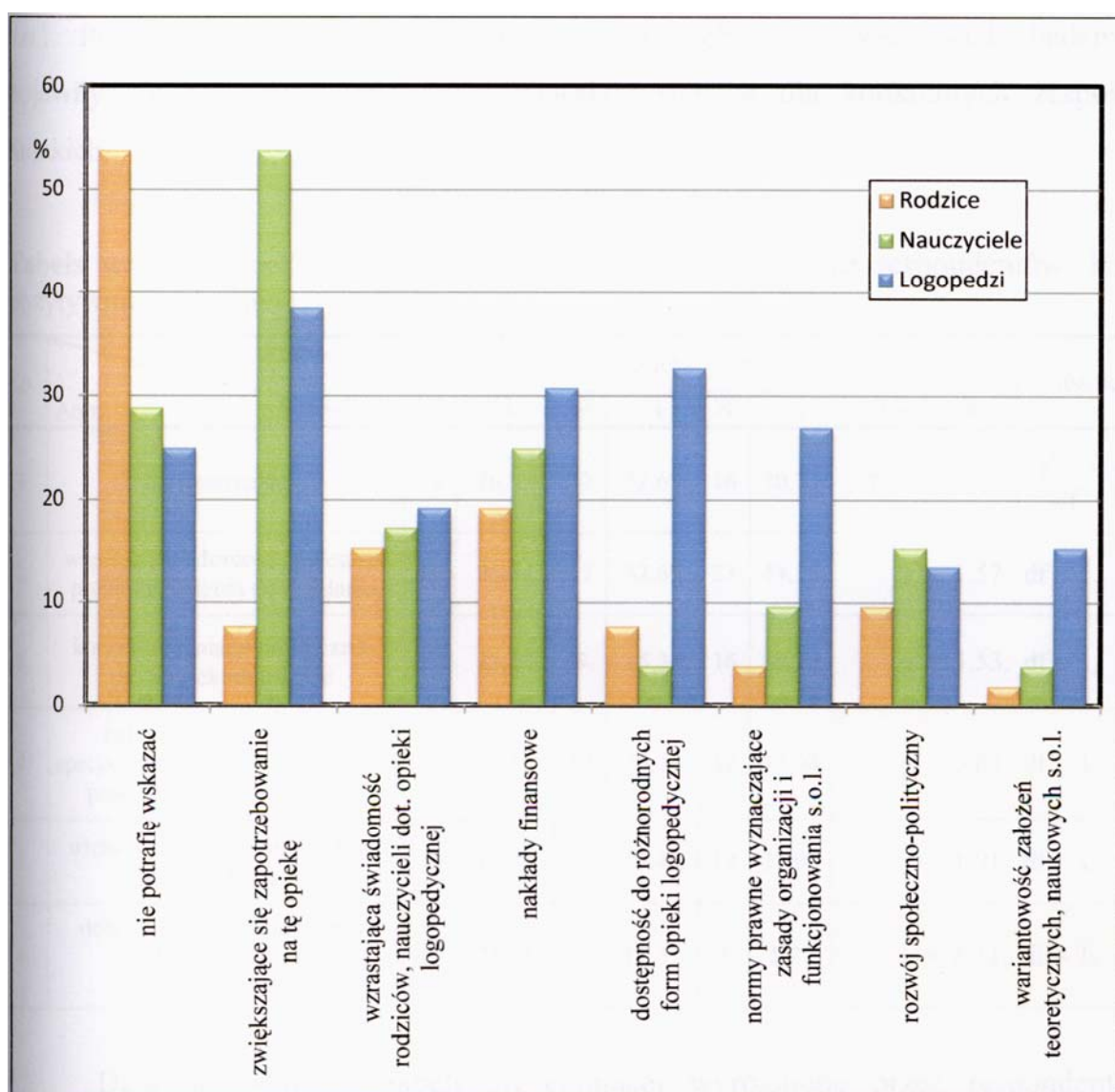
a także dla stwierdzenia „nie potrafię wskazać takich społecznych czynników”, uzyskane wyniki świadczą, iż należy odrzucić  $H_0$  i przyjąć  $H_1$ , co oznacza, że w poszczególnych grupach respondentów wykazane różnice są statystycznie istotne dla powyżej wymienionych uwarunkowań.

Największe trudności z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie wystąpiły w grupie badanych rodziców – 53,85% osób nie wskazało oddziałujących na s.o.l. uwarunkowań społecznych. Wśród odpowiedzi tej grupy wyodrębniających zjawiska społeczne, które modelująco wpłynęły na s.o.l. rodzice najliczniej wymienili zależności od ilości nakładów finansowych (19,23% badanych). Uwzględnili także wpływ wzrostu świadomości społecznej dotyczącej opieki nad mową na kształt s.o.l.

Badani z grup nauczycieli (53,85%) i logopedów (28,85%) w obu zespołach za charakterystyczne zjawisko odciskające swe piętno na s.o.l. uznali zwiększające się zapotrzebowanie na opiekę logopedyczną. Osoby te wypowiedziały się, iż obserwują stale wzrastającą ilość dzieci defektywnie komunikujących się werbalnie. Niezbędne jest więc wypracowanie skutecznych rozwiązań pomocowych. Stąd 25% nauczycieli wskazało na możliwości finansowe państwa, gminy czy Unii Europejskiej jako kolejnego czynnika modyfikująco wpływającego na zakres i jakość funkcjonowania s.o.l. Badani z tej grupy – 15,38% osób – dostrzegli również, iż nastąpił wzrost wykształcenia obywateli, który wynikał z rozwoju społeczno-politycznego państwa i ukierunkował sposób postrzegania umiejętności komunikacyjnych jako niezbędnych do skutecznego funkcjonowania we współczesnej rzeczywistości.

Logopedzi wyróżnili wśród zjawisk społecznych oddziałujących na s.o.l., oprócz wysokiego „popytu” na świadczenie usług logopedycznych i zależność od posiadanych środków finansowych (30,77%), także dostęp do różnorodnych form opieki logopedycznej – 32,69% badanych. Szeroki dostęp do specjalistycznej opieki ułatwia i przyspiesza proces diagnozowania i terapii pacjentów z zaburzeniami językowymi. Interesujący jest fakt, iż ów determinant w dwóch pozostałych grupach został wymieniony w zdecydowanie mniejszym odsetku. Bardzo podobna różnica w ilości wskazań czynników modyfikujących s.o.l. podanych przez logopedów

w stosunku do grupy rodziców i nauczycieli odnosi się do odpowiadających im ilości z zależności wynikających z uregulowań prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania s.o.l. oraz wariantowych rozwiązań teoretycznych, zastosowanych w praktycznej działalności opiekuńczej. Różnice wskazań dotyczących uwarunkowań społecznych wymienionych przez respondentów obrazuje wykres nr 18.



**Wykres nr 18.** Uwarunkowania społeczne wywołujące modyfikacje s.o.l. w opiniach respondentów.

Chcąc dogłębnie przyjrzeć się determinantom opieki logopedycznej w dwu kolejnych pytaniach wywiadu, respondenci wskazywali na pozytywne oraz negatywne aspekty życia społeczności zamieszkującej Górną Śląsk, które wpływają na funkcjonujący tu s.o.l.

Wśród badanych grup respondentów 30,13% osób nie było w stanie dostrzec, a tym samym podać takich czynników społecznych, które w pozytywny sposób wpływały na s.o.l. Ilości procentowe dotyczące tego pytania w trzech grupach badawczych są bardzo podobne i rozkładają się równomiernie.

W wyniku dokonanego zabiegu kategoryzacji wyodrębniłam kilka (dokładnie 5) aspektów, które w ocenach grup badawczych wpływają pozytywnie na s.o.l. Prócz czynników społecznych wyróżnionych przez wszystkich badanych pojawiły się tu także, odpowiedzi charakterystyczne dla konkretnych zespołów ludzkich.

**Tabela nr 26.** Aspekty życia społecznego wyróżnione przez respondentów, które pozytywnie wpływają na s.o.l.

Lp.	Respondenci Atuty	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnice
		N	%	N	%	N	%	N=156	%	
1.	nie dostrzegam	14	26,92	17	32,69	16	30,77	47	30,13	$\chi^2 = 0,41$ , df = 1,
2.	większa świadomość społeczna problemu skłania do działania	19	36,54	17	32,69	23	44,23	$\chi^2 = 1,57$ , df = 1,		
3.	korzystne zmiany polityczno-prawno-ekonomiczne	12	23,08	8	15,38	16	30,77	$\chi^2 = 3,53$ , df = 1,		
4.	pełniejsza informacja o specjalistach i placówkach oraz o problemie zaburzeń mowy	7	13,46	19	36,54	12	23,08	$\chi^2 = 6,83$ , df = 1,		
5.	większy dostęp do logopedów, placówek s.o.l.	8	15,38	7	13,46	12	23,08	$\chi^2 = 1,91$ , df = 1,		
6.	dobra współpraca pomiędzy ogniwami systemu (pedagogizacja)	11	21,15	9	17,31	3	5,77	$\chi^2 = 5,11$ , df = 1,		

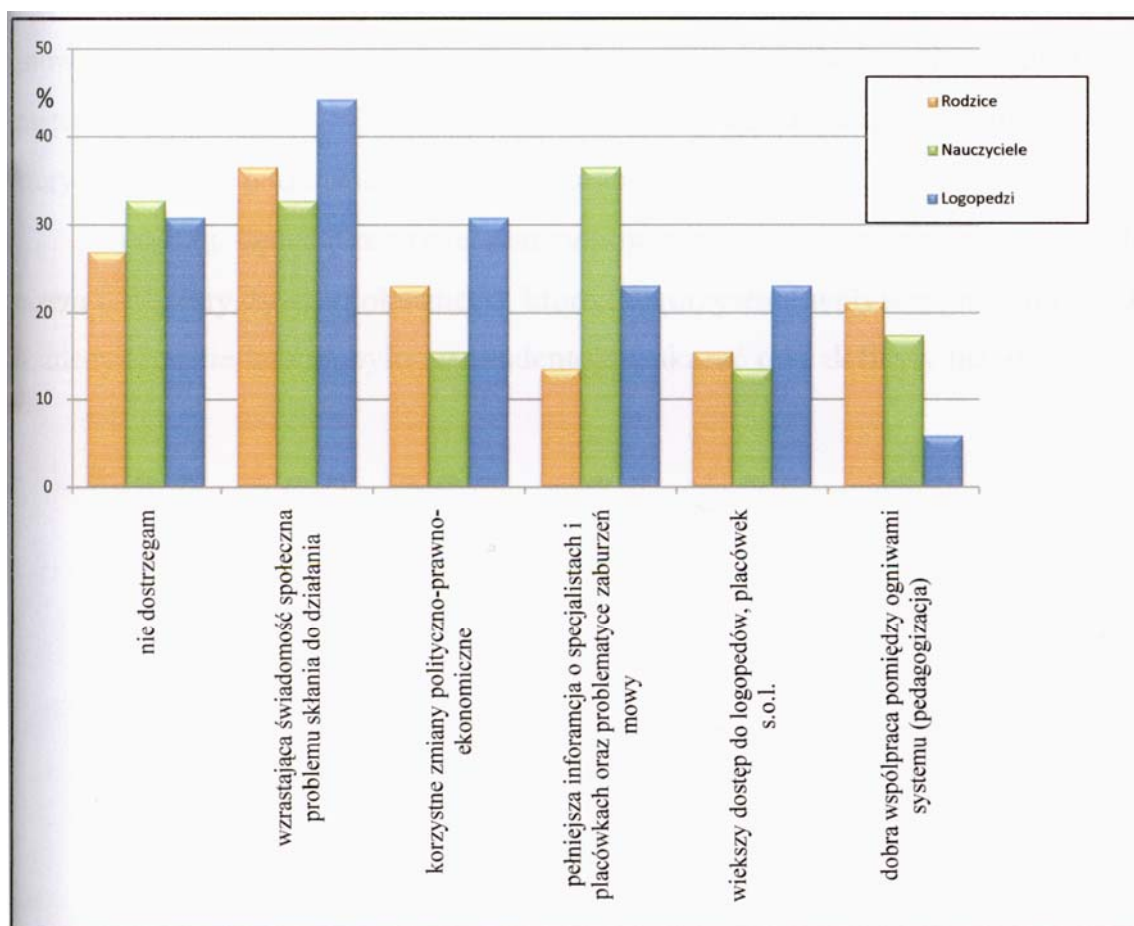
Dane uzyskane w tabeli prezentującej wyróżnione przez respondentów pozytywne aspekty życia społecznego, które mają wpływ na s.o.l. wykazują, iż zaistniałe różnice między wskazaniami nauczycieli, rodziców i logopedów są istotne statystycznie jedynie w dwóch przypadkach tj.:

- pełniejsza informacja o specjalistach i placówkach oraz o problemie zaburzeń mowy,
- dobra współpraca pomiędzy ogniwami systemu.

O pozostałych aspektach, wyróżnionych przez respondentów nie można, na podstawie obliczeń  $\chi^2$ , wnioskować o przyjęciu ani odrzuceniu hipotezy o braku różnic.

Atutem społecznym, który dostrzegło 36,54% rodziców i 44,23% logopedów była „wzrastająca świadomość społeczna problemu zaburzeń mowy, skłaniająca do działania”. Ten aspekt pojawił się także jako istotny dla 32,69% nauczycieli zaraz po wskazanej przez 36,54% badanych „pełniejszej informacji o specjalistach i placówkach oraz problematyce zaburzeń mowy”.

Znaczny odsetek logopedów – 30,77% badanych i 23,08% rodziców zwróciło uwagę na zaistniałe „korzystne zmiany polityczno-prawno-ekonomiczne”, które zaszły w naszym regionie. Pozostałe zależności ilościowe wyróżnione przez badanych przedstawiłam na wykresie nr 19.



**Wykres nr 19.** Aspekty życia społecznego wyróżnione przez respondentów, które mają pozytywny wpływ na s.o.l.

Jak pokazuje powyższy wykres wśród specyficznych dla danej grupy badawczej czynników pozytywnie oddziałujących na s.o.l. w odpowiedziach rodziców znalazły się następujące:

- widoczne pozytywne efekty terapeutycznej „pracy logopedy” – 6% osób;
- „dobre doświadczenia innych rodziców zachęcają do skorzystania ze sprawdzonej opieki logopedycznej” – 6% badanych.

Grupa nauczycieli dostrzega możliwości pozytywnych modernizacji s.o.l. w lansowanym coraz powszechniej przez społeczeństwo naszego regionu „zdrowym stylem życia, trosce o zdrowie” – 6% badanych. Respondenci tej grupy korzystnego wpływu na świadczenie opieki logopedycznej dopatrzili się także w „konkurencji pomiędzy placówkami oświatowymi”, które proponują różnorodną, bogatą ofertę edukacyjną – 4% badanych.

„Prężnie działające środowisko zawodowe logopedów” – 10% badanych; „nowoczesny sprzęt w gabinecie logopedycznym” – 2% badanych, a nawet „moda na zajęcia pozalekcyjne” – 2% osób w opiniach grupy logopedów mogą być atutem, który zaowocuje podniesieniem jakości pracy s.o.l.

Wyniki będące zestawieniem odpowiedzi na kolejne pytanie wywiadu, tym razem o aspekty życia społecznego, które niekorzystnie wpływają na s.o.l., wskazują, iż zdecydowanie łatwiej było respondentom wskazać owe deficyty niż atuty.

**Tabela nr 27.** Aspekty życia społecznego wyróżnione przez respondentów, które negatywnie wpływają na s.o.l.

Lp.	Wady	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnice
		N	%	N	%	N	%	N=156	%	
1.	nie dostrzegam	6	11,54	15	28,85	9	17,31	30	19,23	$\chi^2 = 5,20$ , df = 1
2.	ograniczone finanse z państwa, gminy	8	15,38	14	26,92	13	25,00	$\chi^2 = 2,28$ , df = 1		
3.	niski status finansowy rodzin (bieda, bezrobocie, patologizacja życia)	23	44,23	6	11,54	12	23,08	$\chi^2 = 14,75$ , df = 1		
4.	niewystarczająca ilość zatrudnianych logopedów, placówek	14	26,92	16	30,77	14	26,92	$\chi^2 = 0,25$ , df = 1		
5.	brak odpowiedniej informacji o s.o.l.	5	9,62	6	11,54	0	0,00	$\chi^2 = 6,06$ , df = 1		
6.	"zbyt szybkie tempo życia", niekorzystne zmiany społeczno-ekonomiczne	9	17,31	5	9,62	8	15,38	$\chi^2 = 1,37$ , df = 1		
7.	słaba współpraca między "ogniwami" s.o.l.	11	21,15	3	5,77	13	25,00	$\chi^2 = 7,38$ , df = 1		

Analiza statystyczna danych ilustrujących aspekty życia społecznego wpływające negatywnie na s.o.l. wykazuje, że w trzech grupach badawczych istotne statystycznie okazały się różnice dotyczące:

- niskiego statusu finansowego rodzin
- braku odpowiedniej informacji o s.o.l.,
- słabej współpracy między "ogniwami" s.o.l.

Istotna statystycznie różnica wystąpiła, także pomiędzy wskazanymi przez poszczególne grupy respondentów, a dotycząca braku możliwości wyodrębnienia negatywnych aspektów życia społecznego wywierających wpływ na s.o.l. Pozostałe wskazania nie przesądzają o różnicach bądź ich braku.

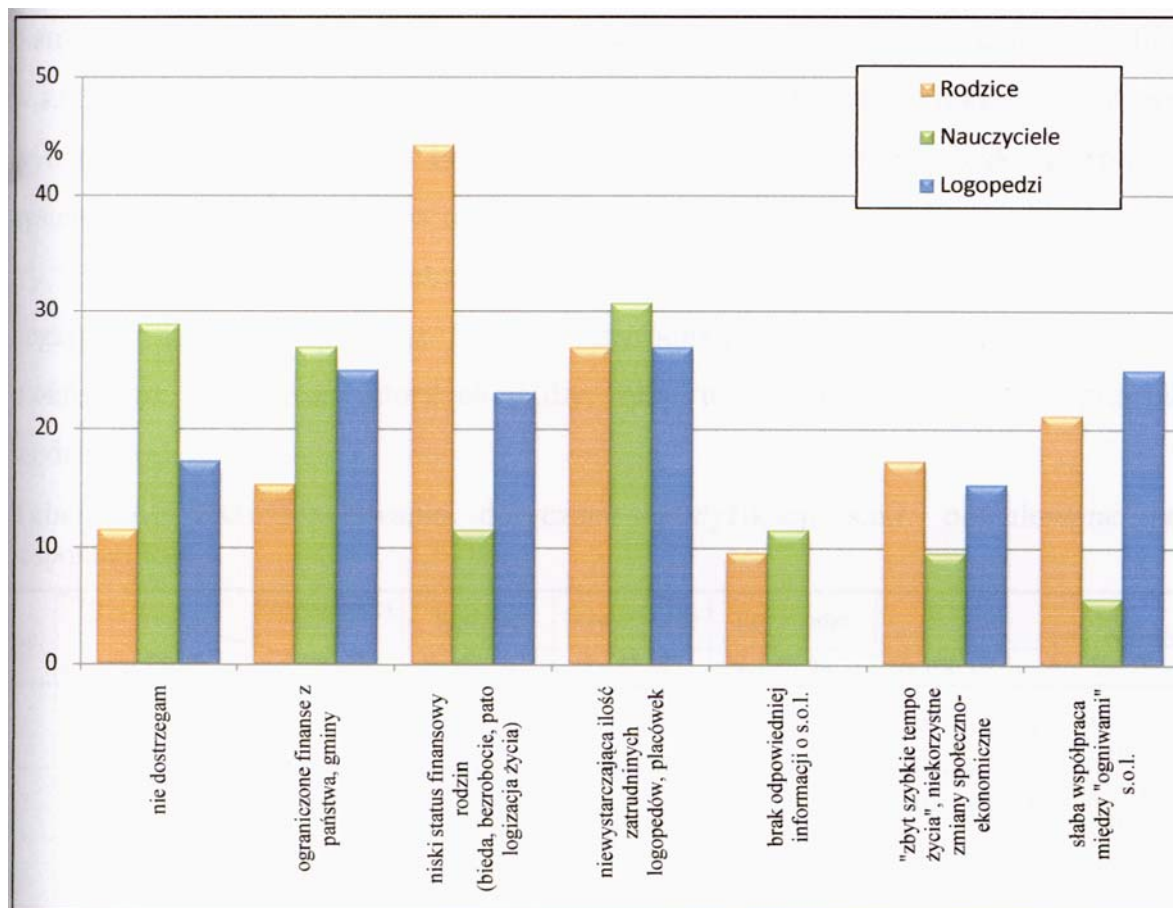
Negatywnych wpływów społecznych nie dostrzega zaledwie 19,23% respondentów, z czego najliczniej reprezentowana grupa to nauczyciele – 28,85% tych badanych nie wyodrębniło negatywów.

Część społecznych czynników wyróżniona przez osoby z badanej grupy była wspólna, jednak wartości procentowe różnie się rozkładają dla poszczególnych wskazań.

„Niski status finansowy rodzin (bieda, bezrobocie, patologizacja życia)” był czynnikiem, który w grupie badanych rodziców wymieniło aż 44,23% osób i był to zarazem najwyższy odsetek spośród wskazanych przez respondentów społecznych deficytów. Kolejnym wymienionym przez 27% badanych rodziców było stwierdzenie dotyczące „niewystarczającej ilości zatrudnionych logopedów i placówek świadczących opiekę logopedyczną”. Ten czynnik był podawany również przez 30,77% nauczycieli i 26,92% logopedów i uzyskał najwyższy (26,92%) odsetek w tych dwu grupach badawczych. Badani nauczyciele zwrócili uwagę na negatywny wpływ „ograniczonych finansów państwa, gminy” na funkcjonowanie s.o.l. Na powyższy problem wskazało również 25% badanych logopedów. Ta grupa respondentów wyróżniła „słabą współpracę między ogniwami s.o.l.” jako mankament społeczny wywierający wpływ na pomoc logopedyczną (25%).

Różnice pomiędzy wskazaniami dotyczącymi poszczególnych czynników społecznych wywołujących zakłócenia w funkcjonowaniu s.o.l. przedstawia wykres nr 20.





**Wykres nr 20.** Aspekty życia społecznego wyróżnione przez respondentów, które negatywnie wpływają na s.o.l.

Przedstawiony wykres pokazuje, że wśród zebranych od respondentów wypowiedzi na temat czynników społecznych negatywnie oddziałujących na s.o.l. w poszczególnych grupach respondentów znalazły się i takie, na które zwróciły uwagę osoby z poszczególnych kategorii badawczych. Rodzice wymienili między innymi:

- „niskie zainteresowanie władz samorządowych potrzebami logopedycznymi dzieci” (8% osób);
- „gwarowe naleciałości językowe” – 5% badanych.

Nauczyciele wyróżnili specyficzne czynniki o negatywnym dla s.o.l. wydźwięku wskazując na:

- „brak zwartej koncepcji rozwoju opieki logopedycznej” – 2% badanych;
- „zbyt duża ilość pacjentów logopedycznych na jednej jednostce lekcyjnej” – 8% osób.

Logopedzi swą uwagę skierowali na zagadnienia organizacyjno-prawne dotyczące różnic w zasadach zatrudniania ich w placówkach Ministerstwa Edukacji



Narodowej i Ministerstwa Zdrowia. Te odmienności często zakłócają modyfikacje w s.o.l. Aktywni terapeuci, którymi byli badani, wspomnieli także o motywacji, wytrwałości pacjentów. I tak, 8% badanych wyróżniło „brak cierpliwości, systematyczności pacjentów w realizowaniu zadań terapii logopedycznej”.

Po szczegółowej analizie czynników społecznych, które w pozytywny lub negatywny sposób wpływają na s.o.l. zwróciłam się do respondentów z prośbą o określenie oczekiwań, które chcieliby, żeby uwzględnione zostały w przyszłym modelu s.o.l.

**Tabela nr 28.** Oczekiwania dotyczące modyfikacji s.o.l. postulowane przez respondentów

Lp.	Oczekiwania	Rodzice		Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnica
		N	%	N	%	N	%	N=156	%	
1.	nie mam zdania na ten temat	2	3,85	4	7,69	1	1,92	7	4,49	$\chi^2 = 2,09$ , df = 1
2.	nie ma potrzeby zmian	7	13,46	2	3,85	1	1,92	10	6,41	$\chi^2 = 6,63$ , df = 1
3.	logopeda zatrudniony w każdym przedszkolu/szkole	20	38,46	19	36,54	13	25,00	$\chi^2 = 2,48$ , df = 1		
4.	więcej etatów dla logopedów - częstsze wizyty	12	23,08	10	19,23	18	34,62	$\chi^2 = 3,50$ , df = 1		
5.	wczesna interwencja/profilaktyka	16	30,77	7	13,46	10	19,23	$\chi^2 = 4,84$ , df = 1		
6.	spójne (na jednoznacznie określonych zasadach) działanie całego s.o.l. i współdziałanie jego ogniw	9	17,31	8	15,38	18	34,62	$\chi^2 = 6,70$ , df = 1		
7.	większa ilość placówek MZ i MEN zatrudniających logopedę - powszechny dostęp dla potrzebujących	21	40,38	15	28,85	16	30,77	$\chi^2 = 1,63$ , df = 1		
8.	łatwiejszy dostęp do informacji o opiece logopedycznej (działania popularyzatorskie)	7	13,46	16	30,77	14	26,92	$\chi^2 = 5,35$ , df = 1		
9.	większe nakłady finansowe na s.o.l.	8	15,38	9	17,31	11	21,15	$\chi^2 = 12,25$ , df = 1		

Wyniki z obliczeń  $\chi^2$  prezentujące oczekiwania dotyczące modyfikacji s.o.l. formowane przez trzy grupy badanych tj. rodziców, nauczycieli i logopedów wyróżnione w rubrykach:

3. logopeda zatrudniony w każdym przedszkolu/szkole,
4. więcej etatów dla logopedów,

7. większa ilość placówek MZ i MEN zatrudniających logopedę,

wykazuje, iż nie ma podstaw do odrzucenia, ani potwierdzenia hipotezy o braku istotności różnic wśród badanych grup respondentów. Powyższy wniosek dotyczy również wskazań, w których badane zespoły osób „nie miały zdania” na temat ewentualnych oczekiwań. Inne znaczenie statystyczne miały natomiast wyniki uzyskane od respondentów, określające następujące oczekiwania:

- realizowanie wczesnej interwencji/profilaktyki,
- spójne działanie całego s.o.l. i jego ogniw,
- łatwiejszy dostęp do informacji o opiece logopedycznej,
- większe nakłady finansowe na s.o.l.

Te dane wskazują, iż należy odrzucić hipotezę  $H_0$  i przyjąć  $H_1$  co oznacza, że wykazane w poszczególnych grupach respondentów różnice są statystycznie istotne dla wyżej wymienionych oczekiwań. Taka zależność dotyczy także stwierdzenia „nie ma potrzeby zmian”. Zaistniałe różnice są istotne statystycznie pomiędzy wskazaniami grupy rodziców i logopedów dla powyższego sformułowania. W badanej grupie 13,46% rodziców i 1,92% logopedów nie dostrzegало potrzeby zmian we współcześnie funkcjonującego s.o.l.

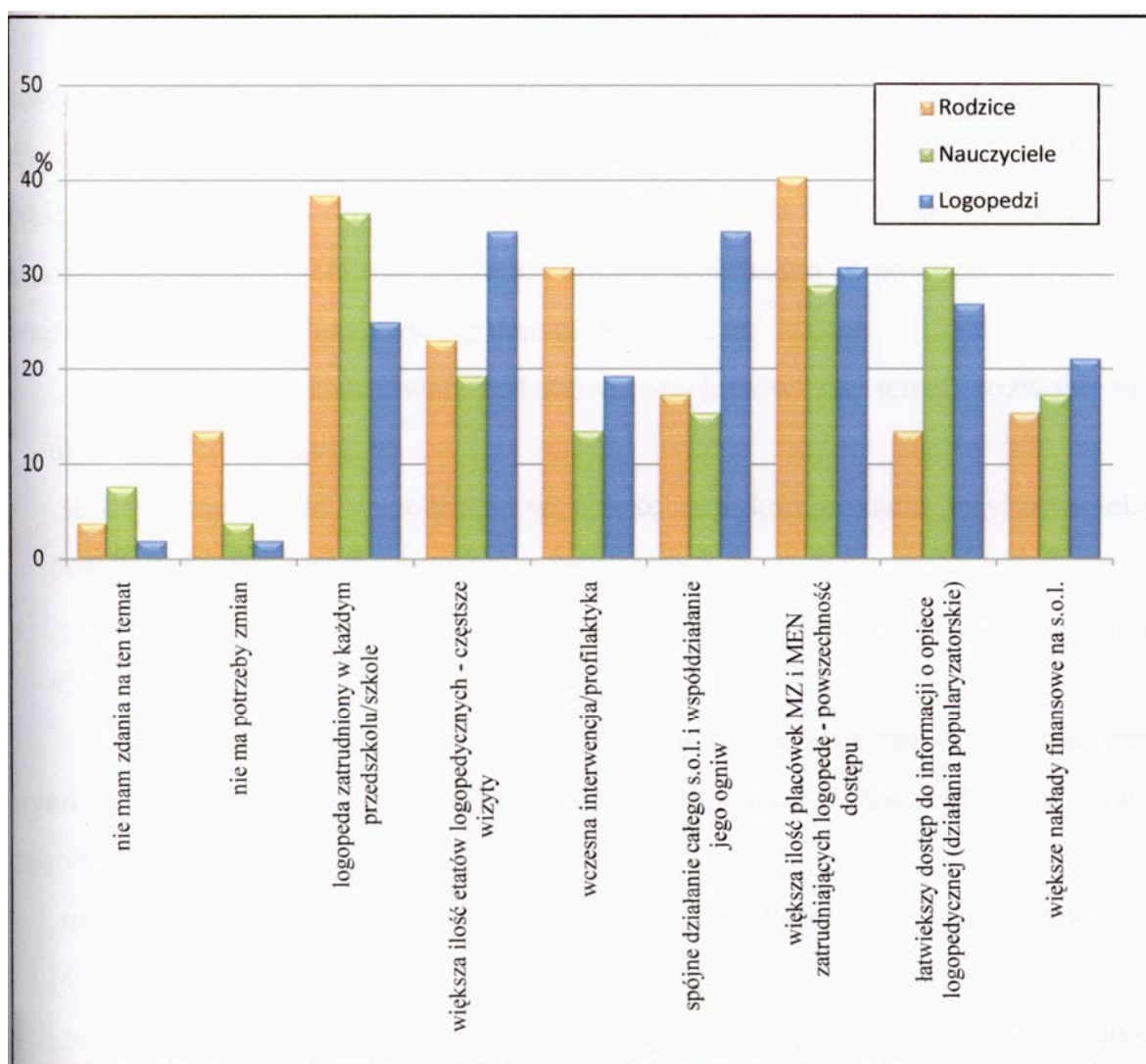
Respondenci podali różne cenne propozycje, których zastosowanie mogłoby zmodernizować współcześnie funkcjonujący model. Były także i takie osoby – 4,49%, które nie zajęły stanowiska w powyższej sprawie. Natomiast 6,41% respondentów stwierdziło, że nie ma potrzeby dokonywania zmian w powołanym do życia s.o.l. Pozostała część respondentów wyróżniła szereg oczekiwań związanych z przekształceniem obecnego s.o.l. w system, w którym w większym stopniu zaspokojone zostaną potrzeby osób korzystających z tejże opieki.

Wśród postulatów, które sformułowali badani rodzice znalazły się między innymi:

- „większa ilość placówek MZ i MEN zatrudniających logopedów – powszechny i łatwy dostęp dla pacjentów” – wymieniło 40,38% osób,
- „logopeda zatrudniony w każdym przedszkolu/szkole” – 38,46% osób,
- „realizacja wczesnej interwencji, profilaktyki” – 30,77% badanych.

Nauczyciele deklarowali, iż oczekują, podobnie jak rodzice, zatrudnienia logopedy w każdym przedszkolu/szkole – 36,54%. Zwrócili uwagę na „ułatwienie dostępu do informacji „o opiece logopedycznej, możliwościach korzystania ze świadczeń” – 30,77% badanych nauczycieli.

„Większa ilość etatów logopedycznych, a tym samym częstsze wizyty pacjentów” to postulat zgłaszany przez 34,62% badanych logopedów. Kolejnymi „oczekiwaniem” tej grupy z identyczną ilością wskazań – 3,462% badanych, było „spójne (na jednoznacznie określonych zasadach) działanie całego s.o.l. i współdziałanie jego ogniw”. Logopedzi, nauczyciele, rodzice wymienili także te postulaty, które były zbieżne dla każdej z charakteryzowanych grup badawczych, ale ich ilościowe wyniki były różne. Te „odmienności ilościowe” obserwowane w grupach badawczych prezentują na wykresie nr 21.



Wykres nr 21. Oczekiwania dotyczące modyfikacji s.o.l. postulowane przez respondentów.

Nietrudno zauważyć, iż odpowiedzi otrzymane na pytanie o oczekiwania badanych, dotyczące przyszłego modelu s.o.l., były bogate treściowo, ciekawe, konstruktywne, uwzględniające wiele aspektów życia społecznego.

W badanej grupie rodziców wyodrębnione zostały, oprócz wcześniej zaprezentowanych wspólnych dla respondentów postulatów, również specyficzne dla tej grupy. Są to między innymi:

- „uczenie dzieci tolerancji dla osób z zaburzoną komunikacją językową” – 6% badanych;
- „powołanie ośrodków świadczących opiekę nad mową, skupiających zespoły różnych specjalistów” – 8% badanych logopedów;
- „praca logopedy w domu pacjenta” – 6% osób.

Nauczyciele (11%) podali, że ze względu na dobro dziecka powinni oni mieć stworzone „większe możliwości decydowania o wysyłaniu podopiecznego na diagnozę/terapię logopedyczną”. W chwili obecnej rodzice (prawni opiekunowie) podejmują decyzję o konsultacjach specjalistycznych i nie są zobowiązani do przedstawienia nauczycielowi wyników dokonanych badań. Z powyższym postulatem wiążą się kolejne problemy wyróżnione przez tę grupę:

- „pedagogizować, instruować rodziców, opiekunów na temat rozwoju mowy dziecka” – 6% badanych;
- „ściślej włączyć do współpracy w opiekę nad komunikacją językową lekarzy pediatrów” – 4% badanych;
- „powołać nadzór i doradztwo merytoryczne w zakresie opieki logopedycznej” – 4% osób.

Logopedzi, a więc grupa wiodąca prym w świadczeniu opieki nad mową, wymieniła specyficzne oczekiwania, często wynikające z doświadczenia, praktyki zawodowej. Były to między innymi:

- „uruchomić klasy szkolne, oddziały przedszkolne dla dzieci z problemem mowy” (4% badanych);
- „powołać organ koordynujący pracami logopedów z bazą danych o pacjencie” (6%);

- „wprowadzić system pracy logopedy w domu chorego” (4%);
- „ujednoczyć zasady zatrudniania, awansowania logopedów w placówkach podległym różnym ministerstwom” (8%);
- „modernizować nasz s.o.l. z wykorzystaniem wzorców innych krajów” (2%).

Propozycje zgłaszane przez grupy respondentów pozwalają na innowacyjne spojrzenie na s.o.l. Pokazują, jak duży potencjał możliwości tkwi w osobach realizujących zadania związane z opieką nad mową i jak wiele jest do wykonania w zakresie modernizowania współczesnego systemu.

By móc wdrażać innowacje, niezbędne są określone środki trwałe, zasoby ludzkie, aktywność do podejmowania działań. Poprosiłam więc respondentów – nauczycieli oraz logopedów, o dokonanie oceny potencjalnych możliwości, którymi dysponuje społeczeństwo Górnego Śląska, aby przekonać się, czy wprowadzenie ulepszeń do s.o.l. jest w ogóle możliwe. Uzyskane dane przedstawiłam w tabeli nr 29.

**Tabela nr 29.** Potencjalne możliwości, którymi w ocenie respondentów dysponuje społeczeństwo Górnego Śląska.

Lp.	Możliwości społeczeństwa	Nauczyciele		Logopedzi		Razem		różnice
		N	%	N	%	N=104	%	
1.	nie dostrzegam takich	26	50,00	22	42,31	48	46,15	$\chi^2 = 0,62$ , df = 1
2.	zaradne władze państwowe, regionu	2	3,85	4	7,69	$\chi^2 = 0,18$ , df = 1		
3.	dobre zaplecze medyczne	3	5,77	5	9,62	$\chi^2 = 0,14$ , df = 1		
4.	wykwalifikowani, skuteczni logopedzi	6	11,54	14	26,92	$\chi^2 = 3,03$ , df = 1		
5.	sieć specjalistycznych poradni, zajmujących się diagnozą i terapią całościowego rozwoju człowieka	5	9,62	6	11,54	-		
6.	liczna grupa specjalistów różnych profesji (potencjał ludzki)	12	23,08	8	15,38	$\chi^2 = 0,54$ , df = 1		
7.	możliwość uzyskania dofinansowania dla opieki logopedycznej z różnych źródeł (budżety miast, EFS)	6	11,54	6	11,54	-		
8.	możliwość doksztalcania się	3	5,77	2	3,85	-		
9.	świadomość społecznych deficytów w funkcjonowaniu s.o.l.	4	7,69	1	1,92	$\chi^2 = 0,84$ , df = 1		

Analiza powyższych danych wskazuje, że potencjalne możliwości, którymi w ocenie respondentów dysponuje społeczeństwo Górnego Śląska, rozpatrywane statystycznie nie dają podstaw do potwierdzenia, ani odrzucenia istotności różnic zawartych między wypowiedziami nauczycieli i logopedów. W przypadku wypowiedzi odnoszącej się do możliwości społecznych dostrzeganych przez badane grupy osób w dysponowaniu „wykwalifikowanymi, skutecznymi logopedami”, współczynnik  $\chi^2$  jest bliski (w porównaniu z pozostałymi wskazaniem w tabeli) wartości granicznej, co pozwala przyjąć istnienie różnicy istotnej statystycznie między wskazaniami.

Wyniki dotyczące potencjalnych możliwości społeczeństwa wyodrębnione przez nauczycieli i logopedów wykazują, iż brak różnicy między wskazaniami tych grup dotyczący stwierdzeń:

- sieć specjalistycznych poradni zajmujących się diagnozą i terapią rozwoju,
- możliwość uzyskania dofinansowania opieki logopedycznej z różnych źródeł,
- możliwość dokształcania się.

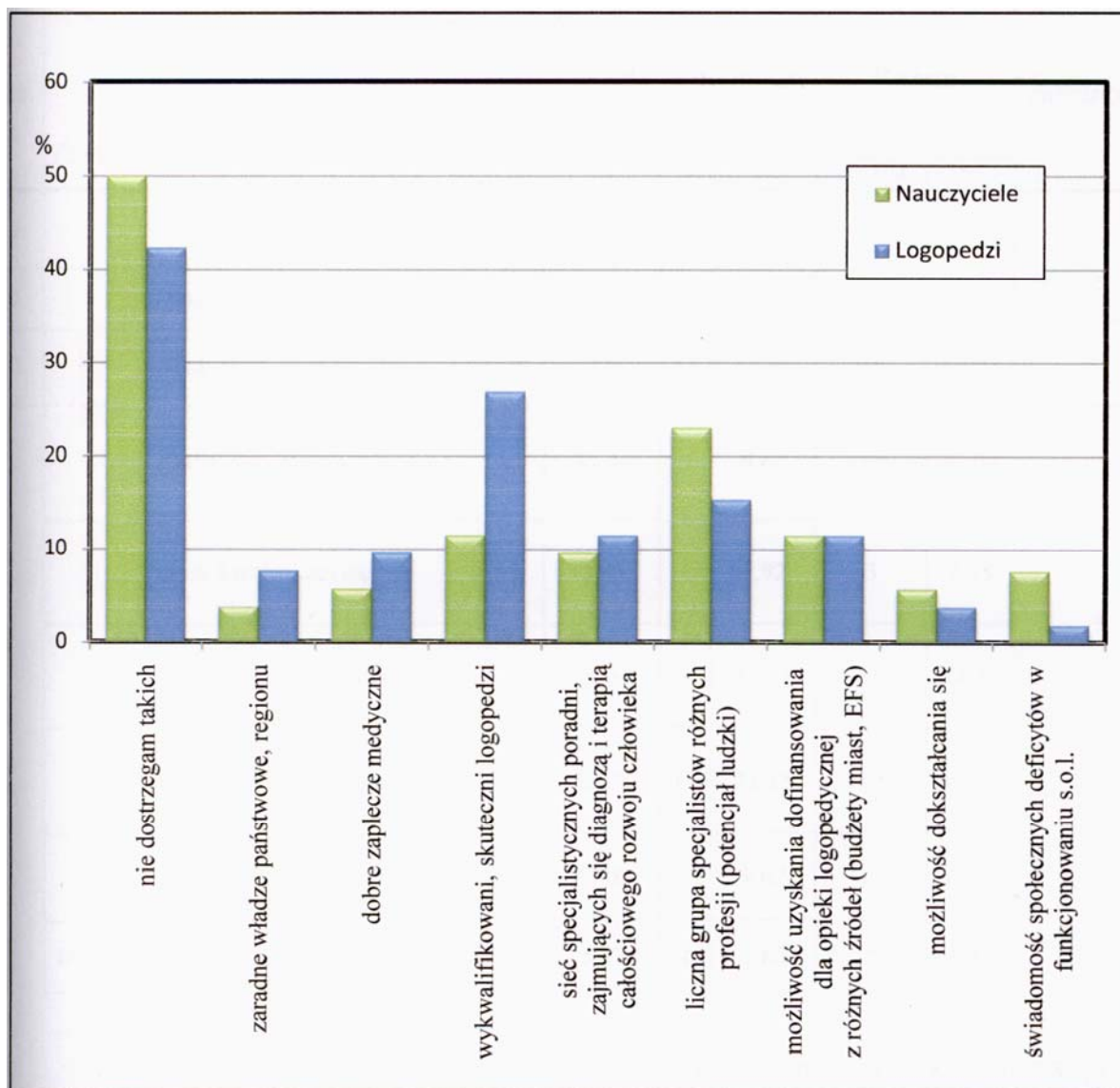
Pokazuje ona, iż prezentowane dane nie są zbyt optymistyczne, gdyż 50% nauczycieli i 42,31% logopedów nie było w stanie dostrzec jakichkolwiek możliwości tkwiących w społeczeństwie naszego regionu.

Pozostała część respondentów wymieniła jednak konkretne wskazania potencjału, które pozytywnie rokują dla modernizacji s.o.l.

Nauczyciele (230,8% badanych) wskazali, iż na obszarze Górnego Śląska funkcjonuje liczna grupa specjalistów różnych profesji. Zgodnie z opinią 11,54% nauczycieli, tutejsza kadra logopedów jest wykwalifikowana i skuteczna w swoich działaniach. Nasz region dysponuje również, jak podało 11,54% badanych, dostępem do różnych źródeł finansowania, co stwarza możliwości pozyskania funduszy na s.o.l.

Badani logopedzi podkreślili, podobnie jak nauczyciele, że społeczne możliwości wynikają zasadniczo z potencjału ludzkiego zgromadzonego na tym terenie. A 11,54% logopedów zwróciło uwagę na istniejącą na Górnym Śląsku sieć specjalistycznych poradni zajmujących się diagnozą i terapią całościowego rozwoju człowieka.

Graficzne zestawienie wskazanych przez respondentów możliwości naszego regionu przedstawia wykres nr 22.



**Wykres nr 22.** Potencjalne możliwości, którymi w ocenie respondentów dysponuje społeczeństwo Górnego Śląska

Wśród możliwości społeczeństwa badane grupy respondentów wyróżniły także „szanse podnoszenia własnych kompetencji – doksztalcanie się”. W tabeli nr 30. przedstawiłam deklaracje nauczycieli logopedów dotyczące planów związanych z podnoszeniem kwalifikacji.

**Tabela nr 30.** Deklarowany przez respondentów zamiar podnoszenia kwalifikacji z zakresu opieki logopedycznej

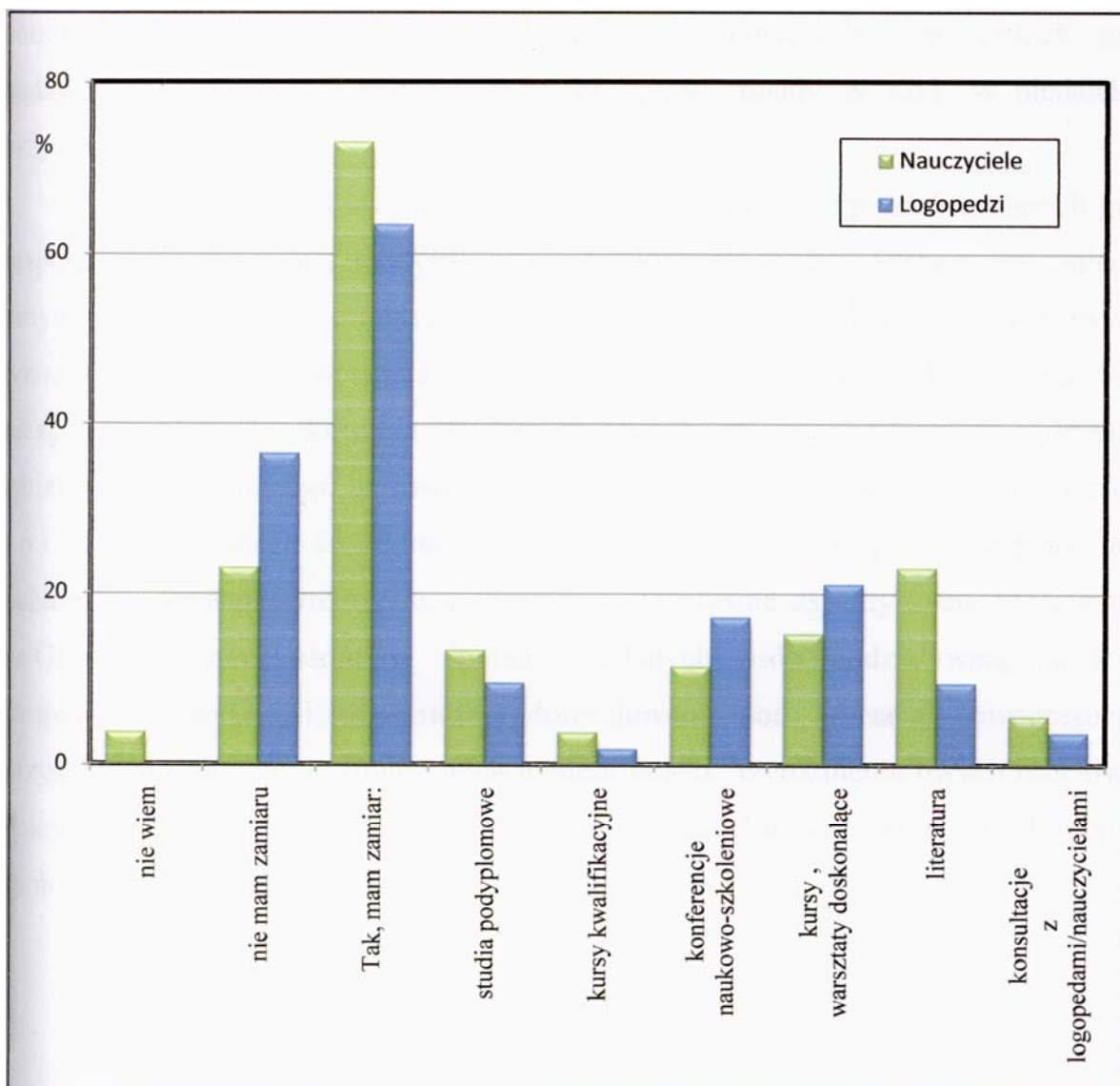
Lp.	Respondenci Zamiar dokształcania się	Nauczyciele		Logopedzi		Razem		zależności
		N	%	N	%	N=104	%	
1.	nie wiem	2	3,85	0	0,00	2	1,92	$\chi^2 = 2,99,$ df = 2
2.	nie mam zamiaru	12	23,08	19	36,54	31	29,81	
3.	Tak, mam zamiar:	38	73,08	33	63,46	71	68,27	
	studia podyplomowe	7	13,46	5	9,62	12	11,54	
	kursy kwalifikacyjne	2	3,85	1	1,92	3	2,88	
	konferencje naukowo-szkoleniowe	6	11,54	9	17,31	15	14,42	
	kursy , warsztaty doskonalące	8	15,38	11	21,15	19	18,27	
	literatura	12	23,08	5	9,62	17	16,35	
	konsultacje z logopedami/nauczycielami	3	5,77	2	3,85	5	4,81	

Zastosowanie obliczenia  $\chi^2$  do wyników prezentujących deklarowany przez dwie grupy respondentów zamiar dokształcania się wykazały, iż nie można odrzucić  $H_0$ , ani też jej przyjąć, co oznacza, że nie można potwierdzić ani zaprzeczyć zależnościom analizowanym w powyższej tabeli.

Dane wskazują, iż 29,81% respondentów nie ma zamiaru podejmować, na chwilę obecną, starań o rozszerzenie swoich kwalifikacji, 68,27% zadeklarowało chęć dalszej nauki, podnoszenia swoich kompetencji. W obu grupach największym zainteresowaniem cieszyły się krótkie formy edukacyjne, poszerzające dotychczasową wiedzę i umiejętności. Chęć uczestnictwa w kursach, warsztatach doskonalących zadeklarowało 15,38% nauczycieli i 21,15% logopedów. Konferencje naukowo-szkoleniowe były wyróżnione przez 11,54% nauczycieli i 17,31% logopedów.



Dane te obrazuje poniższy wykres.



**Wykres nr 23.** Deklarowany przez respondentów zamiar podnoszenia kwalifikacji z zakresu opieki logopedycznej.

Jak wynika z powyższych charakterystyk obie grupy zawodowe deklarują potrzebę systematycznego uzupełniania wiedzy, doskonalenia umiejętności. Nie bez znaczenia wydają się również uzasadnienia podawane głównie przez logopedów, którzy nie wyrazili zamiaru dokończania się. W tej grupie badanych osoby wypowiadały się z żalem o braku możliwości uczestnictwa w formie doskonalenia zawodowego.

Logopedzi, którzy chcieliby się rozwijać, dostrzegają pozytywne efekty takich działań, jednak wspominają o wysokich opłatach za warsztaty, kursy, braku czasu związanego z wykonywaniem pracy w kilku miejscach.

Myślę, że zaangażowanie, nowatorskie podejście i autentyczna chęć niesienia pomocy, którą dostrzega się w udzielanych wypowiedziach wszystkich grup badawczych pozwala mieć nadzieję na korzystne zmiany w s.o.l. w niedalekiej przyszłości.

Opisane powyżej uwarunkowania społeczne, które w opiniach badanych grup respondentów, wywołują modyfikacje s.o.l. były różnorodne. Wskazywały między innymi na powszechne osądy społeczne dotyczące nakładów finansowych, wzrastającego zapotrzebowania na opiekę logopedyczną, ale także uwzględniły niespecyficzne uwarunkowania. Badani stwierdzili, iż przyczynkiem do wdrażania zmian w s.o.l. może być lansowana w świecie wariantowość założeń teoretycznych s.o.l., czy wzrastająca świadomość społeczeństwa dotycząca opieki logopedycznej. Scharakteryzowano wyróżnione, pozytywne i negatywne aspekty życia społecznego na Górnym Śląsku, które w opiniach badanych osób oddziałują na s.o.l. Respondenci wyliczyli oczekiwania formułowane pod adresem nowoczesnego, przystającego do potrzeb społecznych modelu opieki. Wyróżnienia owych oczekiwań dokonali przy uwzględnieniu potencjalnych możliwości, którymi dysponuje społeczność naszego regionu.

### III.6.

## Systemu opieki logopedycznej na Górnym Śląsku w świetle opinii rodziców i analiz indywidualnych przypadków.

Zagadnienie powyższe staram się przedstawić w oparciu o odpowiedzi uzyskane z wywiadu wywiadów, które przeprowadzono z rodzicami w celu zebrania informacji na temat ich opinii o opiece logopedycznej obejmującej ich dzieci. W drugiej części podrozdziału staram się przybliżyć funkcjonowanie współczesnego s.o.l. dokonując prezentacji działań logopedycznych, jakie zostały zrealizowane wobec kilku pacjentów, przedstawiając ów materiał jako studium indywidualnego przypadku.

### *1. Opinie rodziców o usługach świadczonych w obrębie systemu opieki logopedycznej.*

Rodzice, których dzieci brały udział w zajęciach logopedycznych w Poradniach Psychologiczno-Pedagogicznych (w Bytomiu i Katowicach) oraz z Poradni Logopedycznej resortu zdrowia w Bytomiu udzielili odpowiedzi na pytania wywiadu, które dotyczyły zakresu opieki logopedycznej świadczonej przez różne osoby i instytucje ich dzieciom.

**Tabela nr 31.** Ilość dzieci objętych terapią logopedyczną w rodzinach respondentów.

Ilość dzieci korzystających z terapii logopedycznej	Badane rodziny	
	Ilość	
	N	%
1	40	76,92
2	10	19,23
3	2	3,85
ogółem	52	100,00

Badani rodzice wskazali, że w 40 rodzinach (76,92%) opieka logopedyczna świadczona była jednemu dziecku z rodziny. W przypadku 10 rodzin (19,23%) z logoterapii korzystało 2 dzieci z rodziny. Wśród diagnozowanej grupy rodziców, dwoje z nich (3,85% rodzin) zadeklarowało, że trójka ich dzieci brało udział w zajęciach logopedycznych. Dla potrzeb niniejszej pracy, do dalszych analiz, uwzględnione zostały informacje zebrane od rodziców o pojedynczych dzieciach z poszczególnych rodzin korzystających z opieki logopedycznej. Zgromadzony materiał badawczy dotyczył tylko tych dzieci, które w dniu przeprowadzania wywiadu uczestniczyły w terapii logopedycznej. Dokonany zabieg pozwolił na sporządzenie pełniejszej charakterystyki owych pacjentów.

Dane dotyczące wieku i płci dzieci korzystających ze świadczeń s.o.l. ilustruje tabela nr 32.

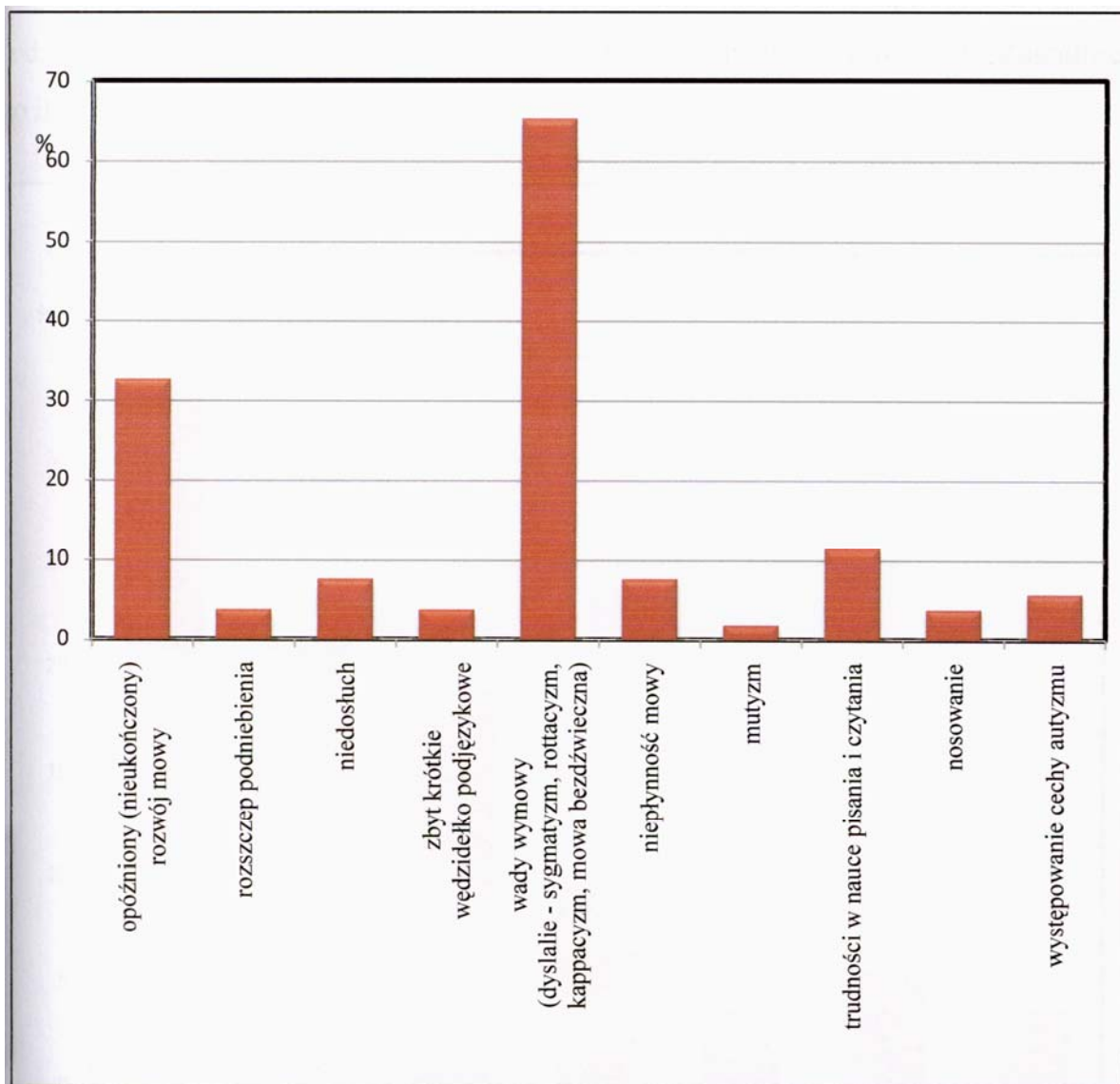
**Tabela nr 32.** Wiek i płeć dzieci wyróżnionych przez ich rodziców, objętych oddziaływaniami s.o.l.

Lp.	Wiek w latach	Płeć	Dziewczynki		Chłopcy		Razem	
			N	%	N	%	N	%
1.	4		0	0,00	4	7,69	4	7,69
2.	5		2	3,85	7	13,46	9	17,31
3.	6		7	13,46	11	21,15	18	34,62
4.	7		3	5,77	7	13,46	10	19,23
5.	8		1	1,92	0	0,00	1	1,92
6.	9		0	0,00	2	3,85	2	3,85
7	10		1	1,92	2	3,85	3	5,77
8	11		1	1,92	1	1,92	2	3,85
9	13		0	0,00	1	1,92	1	1,92
10	14		1	1,92	1	1,92	2	3,85
11	Razem		16	30,77	36	69,23	52	100,00

Zestawienia ujęte w tabeli wskazują, iż dwa razy więcej chłopców (69,23%) niż dziewcząt (30,77%) korzysta z opieki logopedycznej. Dane te potwierdzają ogólnie obserwowane przez badaczy zależności dotyczące frekwencyjności występowania zaburzeń mowy u dzieci. Kolejnym istotnym faktem, na który wskazują liczby jest wiek dzieci korzystających ze świadczeń s.o.l. Okazało się bowiem, iż najkiczniejszą grupę dzieci biorących udział w zajęciach logopedycznych stanowią sześciolatki – 34,62% pacjentów. W tej grupie znalazło się 13,46% dziewcząt i 21,15% chłopców. Mniej licznie prezentowane były zespoły siedmiolatków – 19,23% dzieci i pięciolatków – 17,31% dzieci. Także w tych dwóch grupach wiekowych przeważali chłopcy. Myślę, iż przyczyn, dla których najliczniej reprezentowana była grupa sześciolatków wyróżnić można kilka. Po pierwsze: wszystkie dzieci sześciolatki objęte są obowiązkiem nauki w klasach przedszkolnych – przygotowawczych. Następuje wówczas ocena dotychczasowego poziomu rozwoju mowy dziecka w oparciu o przyjęte wzorce logopedyczne, a także porównanie ich sposobu komunikowania się i artykulacji w odniesieniu do rówieśników z grupy wiekowej. Wychowawca przedszkolny zachęca rodziców dzieci z deficytami mowy do podjęcia terapii logopedycznej. Po drugie: właśnie około 6 roku życia następuje zakończenie procesu rozwoju mowy pod względem artykulacyjnym. Rodzice są w stanie samodzielnie określić ewentualne różnice w poziomie posługiwania się mową ich dziecka i jego rówieśników. Kolejnym powodem, który mobilizuje rodziców i nauczycieli sześciolatków do podjęcia zabiegów logopedycznych wobec dziecka o nieukończonym rozwoju mowy, bądź z jej zaburzeniami jest świadomość nieodległego rozpoczęcia edukacji w klasie pierwszej szkoły podstawowej. Nauczyciele i rodzice zdają sobie sprawę z konsekwencji szkolnych i społecznych, jakie mogą stać się udziałem dziecka, gdy zaburzenie mowy nie zostanie w porę zniwelowane.

Powody, o których pisałam powyżej znalazły częściowo swe potwierdzenie w odpowiedziach rodziców na pytanie o przyczyny objęcia dziecka specjalistyczną opieką logopedyczną.

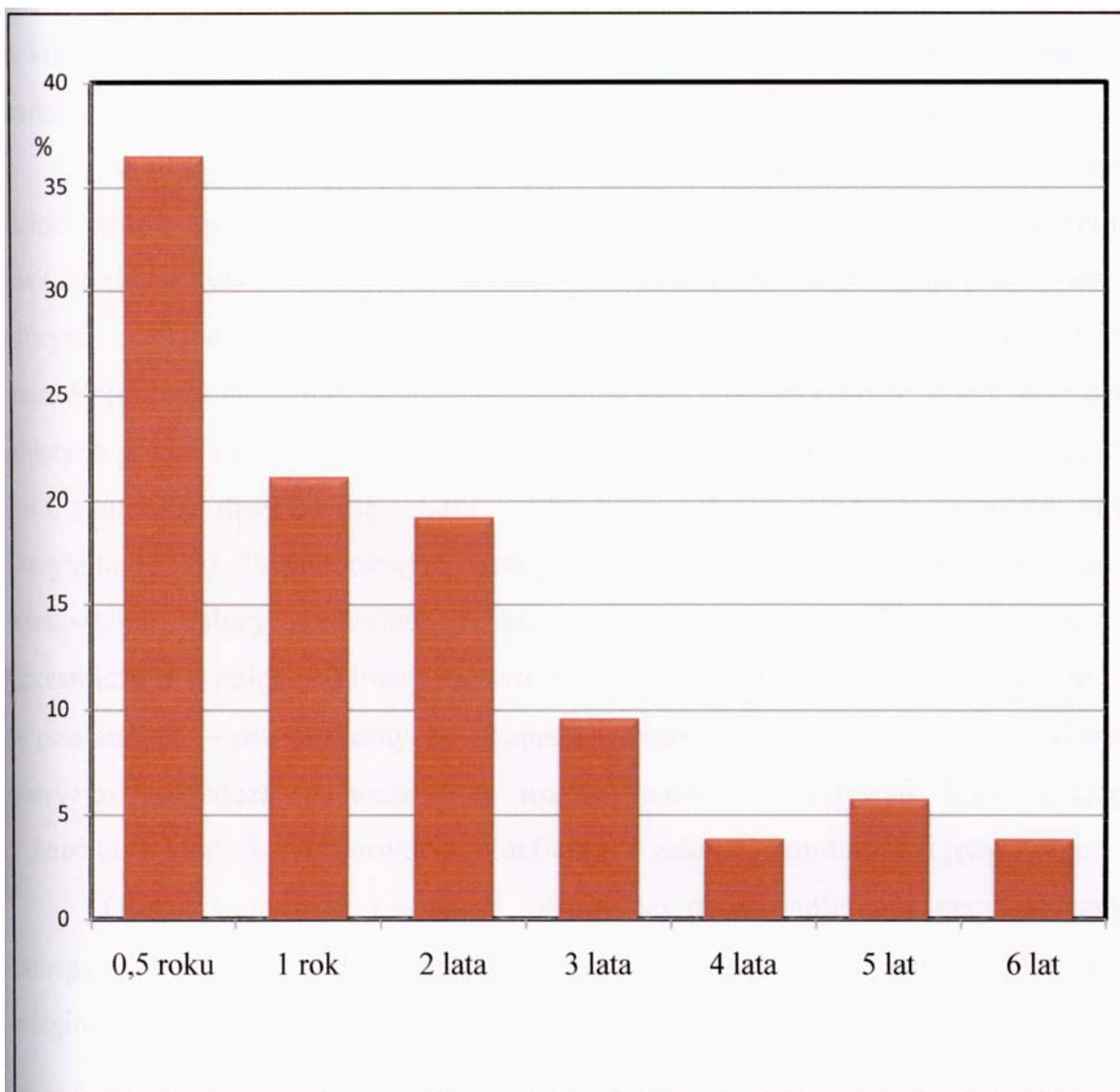
Na wykresie nr 24 przedstawiłam ilościowe ujęcie wyróżnionych przez rodziców deficytów, które uwarunkowały proces działalności logopedycznej.



**Wykres nr 24.** Przyczyny objęcia dziecka opieką logopedyczną.

Rodzice – 65% osób – najczęściej wymieniali zaburzoną wymowę, jako główną przyczynę podjęcia specjalistycznych zabiegów logopedycznych. Wśród specyficznych, mieszczących się w tej grupie wad wymienili: sygmatyzm, rotacyzm, mowę bezdźwięczną, kappacyzm (dyslalia). Opóźniony rozwój mowy (specyficzny i niespecyficzny) był uznany przez 33% badanych za kolejną przyczynę, dla której konieczna była interwencja specjalistyczna. Spośród badanych, 11% rodziców podało, iż trudności w nauce pisania i czytania (dysleksja) również były powodem konsultacji logopedycznych. W zależności od procesu diagnozowania deficytu mowy, od indywidualnych możliwości rozwojowych dziecka, zależy przebieg i czas trwania terapii, rozległość i intensywność działań opieki logopedycznej. Rodzice

w przybliżeniu określili, od którego momentu życia dziecko rozpoczęło korzystanie z działań profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych s.o.l. Zagadnienie to ilustruje wykres 25.



**Wykres nr 25.** Czas trwania terapii logopedycznej dziecka deklarowany przez rodziców.

Dane wskazują, iż najwyższy odsetek dzieci (tj. 36%) uczestniczył w zajęciach logopedycznych pół roku. Kolejne, wysokie ilościowe wskazania dotyczyły dzieci objętych pomocą s.o.l. przez rok – 21% dzieci oraz przez okres dwóch lat -19% pacjentów. Pozostałe wyniki świadczące o dłużej trwającej terapii - 3 lata i więcej – swą frekwencyjność miały zdecydowanie niższą.

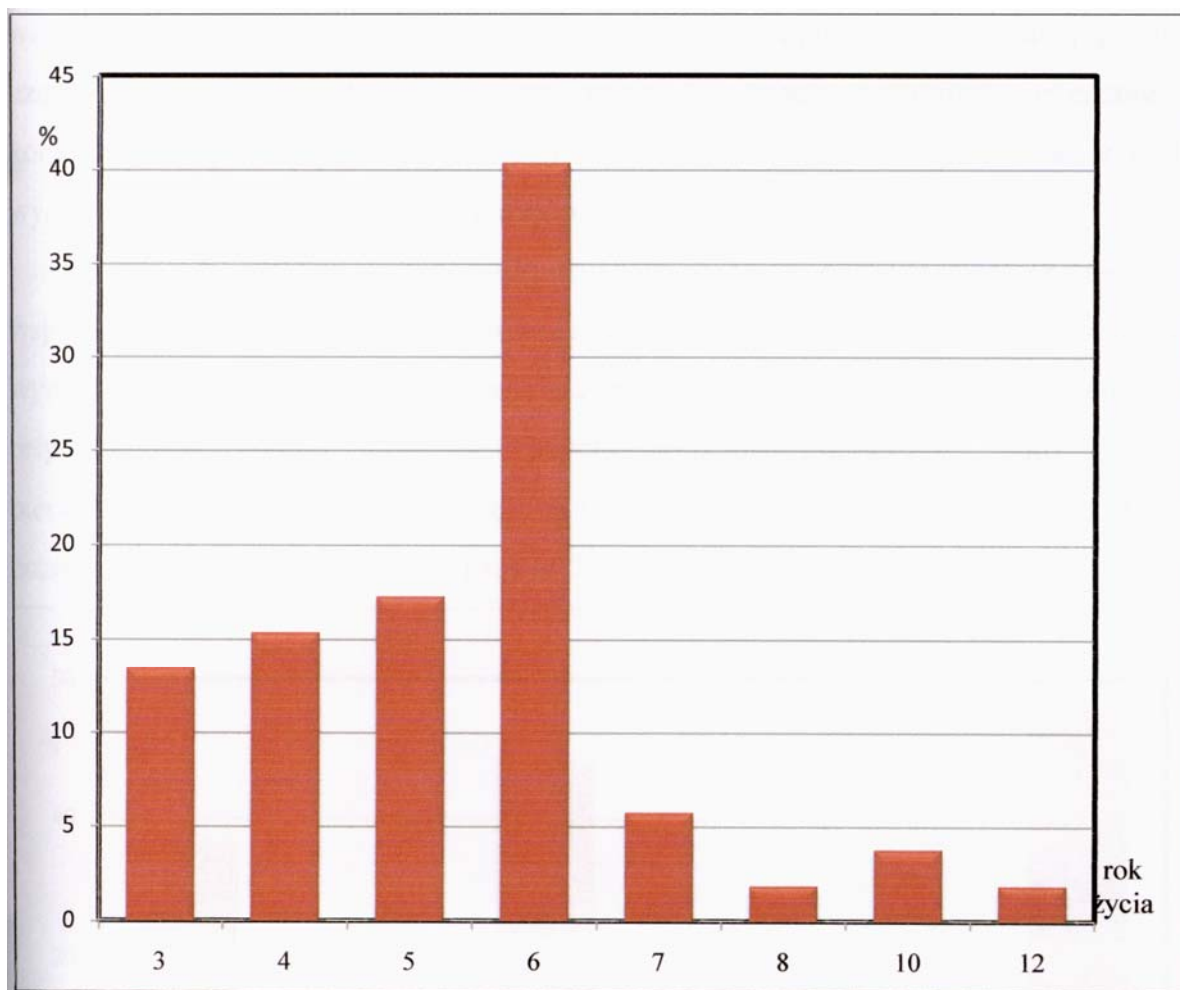
Rodzice dzieci, u których terapia trwała ponad dwa lata, wspominali podczas wywiadu o sprzężonych deficytach rozwojowych występujących u ich dziecka, a tym

samym o wolniejszym tempie nauki i złożoności zabiegów pomocowych. Inni mówili także o niesystematycznym korzystaniu z usług logopedycznych, dłuższych lub krótszych okresach absencji na zajęciach. Istotny jest również fakt, że terapia logopedyczna, której dotychczasowy przebieg był określony i zamknięty w konkretnych ramach czasowych, w przypadkach charakteryzowanych dzieci jest nadal kontynuowana, a jej zakończenia nie można precyzyjnie wyznaczyć.

Analizując informacje od rodziców, które dotyczyły wieku rozpoczęcia przez dzieci terapii logopedycznej, można zauważyć, że najliczniejszą grupą podejmującą owe działania była grupa sześciolatków – 40% dzieci. Prawdopodobne przyczyny, dla których właśnie ta grupa dzieci była wskazywana przez badanych rodziców najczęściej były wcześniej podawane, przy ogólnej charakterystyce, dotyczącej dzieci objętych pomocą logopedyczną. Liczną grupę pacjentów korzystających ze świadczeń s.o.l. stanowiły również pięciolatki – 17% badanych, jak również czterolatki (15%) i trzylatki (13%). Podsumowując dane procentowe tej grupy z pozostałymi grupami wiekowymi, należy stwierdzić, iż ponad dwa razy więcej dzieci sześcioletnich uczestniczyło w zajęciach logopedycznych, w porównaniu z ilością dzieci odnotowaną w pozostałych - przedszkolnych - grupach wiekowych. Nie mniej jednak, wskazania powyższe świadczą o wczesnym rozpoczynaniu oddziaływań logopedycznych z dziećmi, u których zaobserwowano deficyty w zakresie komunikacji językowej.

Obejmowanie dzieci siedmio-, ośmio- czy dziesięcioletnich specjalistycznymi zabiegami s.o.l. było w opiniach badanych rodziców zjawiskiem rzadkim, wręcz marginalnym, co widoczne jest na rycinie nr 26.





**Wykres nr 26.** Wiek rozpoczęcia przez dziecko terapii logopedycznej określony przez rodziców dzieci.

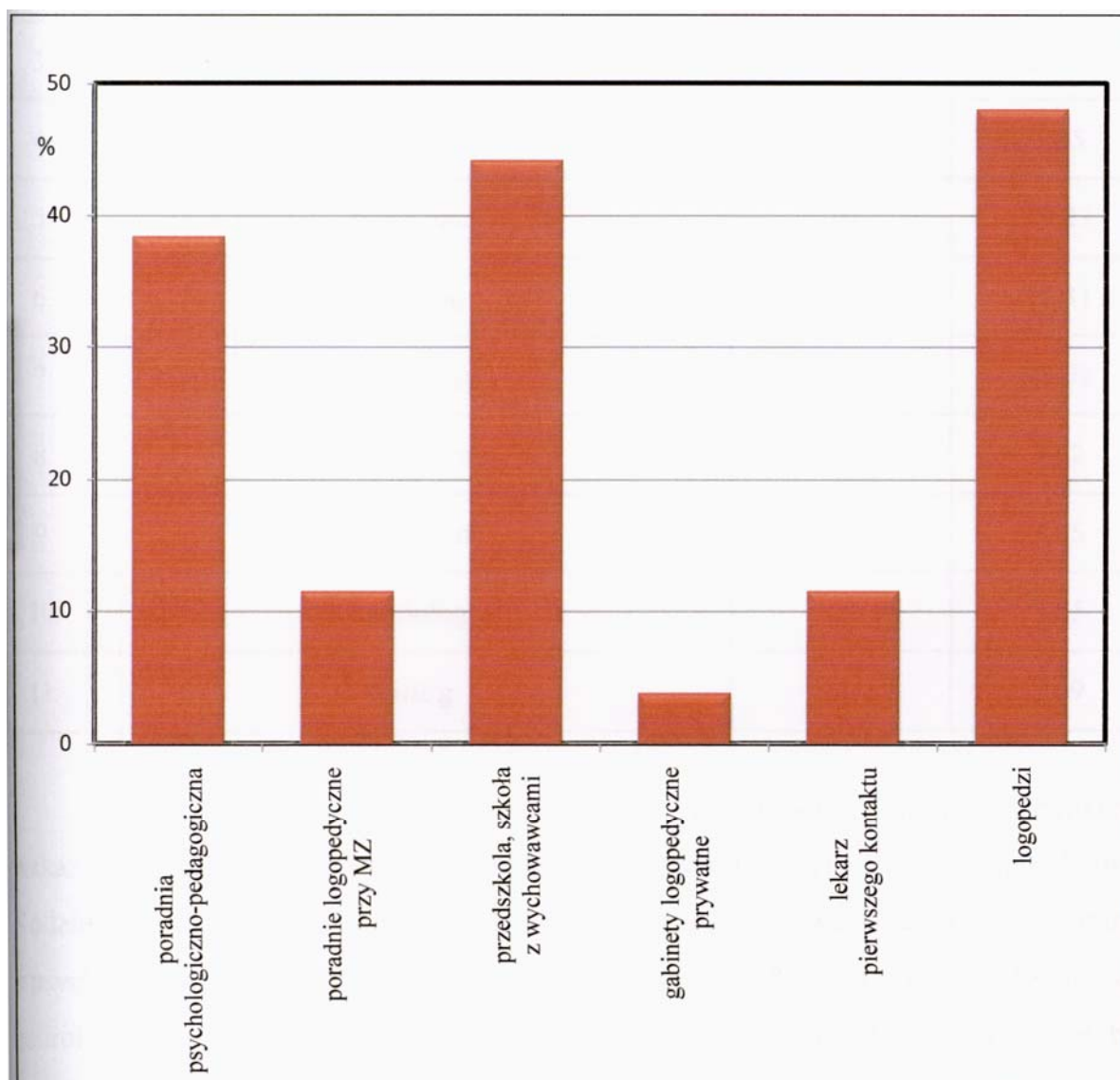
Pacjentów dziesięcio- i dwunastoletnich rozpoczynających proces terapii logopedycznej było niewielu, gdyż pojawienie się na pierwszych zajęciach logopedycznych osoby w wieku szkolnym obarczone jest najczęściej „błędem opóźnionej pomocy”. Na działaniach podejmowanych przez specjalistów wobec dziesięcio- czy dwunastolatka ciąży trud przełamywania nie tylko błędnych, ale i utrwalonych niewłaściwych umiejętności językowych.

Rodzice dzieci objętych działaniami s.o.l. wyróżnili osoby i instytucje, z którymi podejmowali współpracę na rzecz niesienia pomocy w rozwoju mowy. Pozwalam sobie przedstawić uzyskane wyniki obrazujące problem w dwu rozłącznych zestawieniach.

Na pierwszym wykresie prezentuję instytucje oraz osoby, z którymi rodzice nawiązali częsty, dobry, bezpośredni kontakt, który nie był uzależniony, ani też

warunkowany osobami trzecimi, czy zachowaniem wymaganych procedur (np. wizyta uzależniona od posiadanego skierowania). W tabeli natomiast przedstawiłam konkretnych specjalistów, do których rodzice byli kierowani przez nauczycieli – wychowawców, bądź też przez lekarzy pierwszego kontaktu.

Wśród instytucji oraz osób, z którymi rodzice deklarowali bezpośrednią współpracę badani wyróżnili głównie logopedów (48%), następnie 44% osób wymieniło wychowawcę – nauczyciela przedszkolnego, szkolnego. Kolejne 38% respondentów podało poradnię psychologiczno-pedagogiczną, jako jednostki pierwszego kontaktu w sprawach dotyczących zaburzeń mowy. Powyższe oraz pozostałe wskazania ilustruje wykres nr 27.



Respondent miał możliwość wielokrotnego wyboru

**Wykres nr 27.** Osoby i instytucje, z którymi respondenci deklarowali współpracę w ramach s.o.l.

Analizując wskazania liczbowe unaoczniające współdziałanie badanych rodziców ze specjalistami<sup>210</sup> należy zwrócić uwagę na szeroki wachlarz osób prezentujących różne dyscypliny naukowe, z którymi pracowali respondenci. Tabela nr 33 zawiera dane o deklarowanych ilościach konsultacji specjalistycznych.

**Tabela nr 33.** Specjaliści, z którymi badani rodzice deklarowali współpracę w ramach s.o.l.

Lp.	Specjalista	Ilość	
		N	%
1.	stomatolog	15	28,85
2.	pediatra	8	15,38
3.	laryngolog	11	21,15
4.	audiolog	2	3,85
5.	ortodonta	10	19,23
6.	neurolog	9	17,31
7.	psycholog	12	23,08
8.	psychiatra	5	9,62
9.	rehabilitant	2	3,85
10.	kardiolog	2	3,85
11.	chirurg	4	7,69

Wśród specjalistów, z którymi rodzice deklarowali współpracę najczęściej wskazań dotyczyło stomatologa (poradni stomatologicznej) – 29% respondentów. Rodzice często podejmowali także działania na rzecz dziecka z zaburzeniami mowy z psychologiem (23% badanych), laryngologiem (21%), ortodontą (19%), czy neurologiem (17% badanych). Rodzice wskazali na specjalistów, którzy nie byli

<sup>210</sup> Z tej grupy specjalistów wyróżnionych przez badanych rodziców wyłączeni zostali logopedzi, jako osoby rozpoczynające pracę z pacjentem bez konieczności spełnienia dodatkowych wymagań. Specjaliści w tym ujęciu to nie-logopedzi

wymieniani przez wcześniej opisywane grupy respondentów tj. nauczycieli i logopedów. Rodzice podejmowali działania w s.o.l. na rzecz dziecka z psychiatrą (10%), chirurgiem (8%) oraz z rehabilitantem (4%). Jak się okazuje, wielu specjalistów, na pozór nie związanych z mową dziecka wspomagało wydajnie s.o.l.

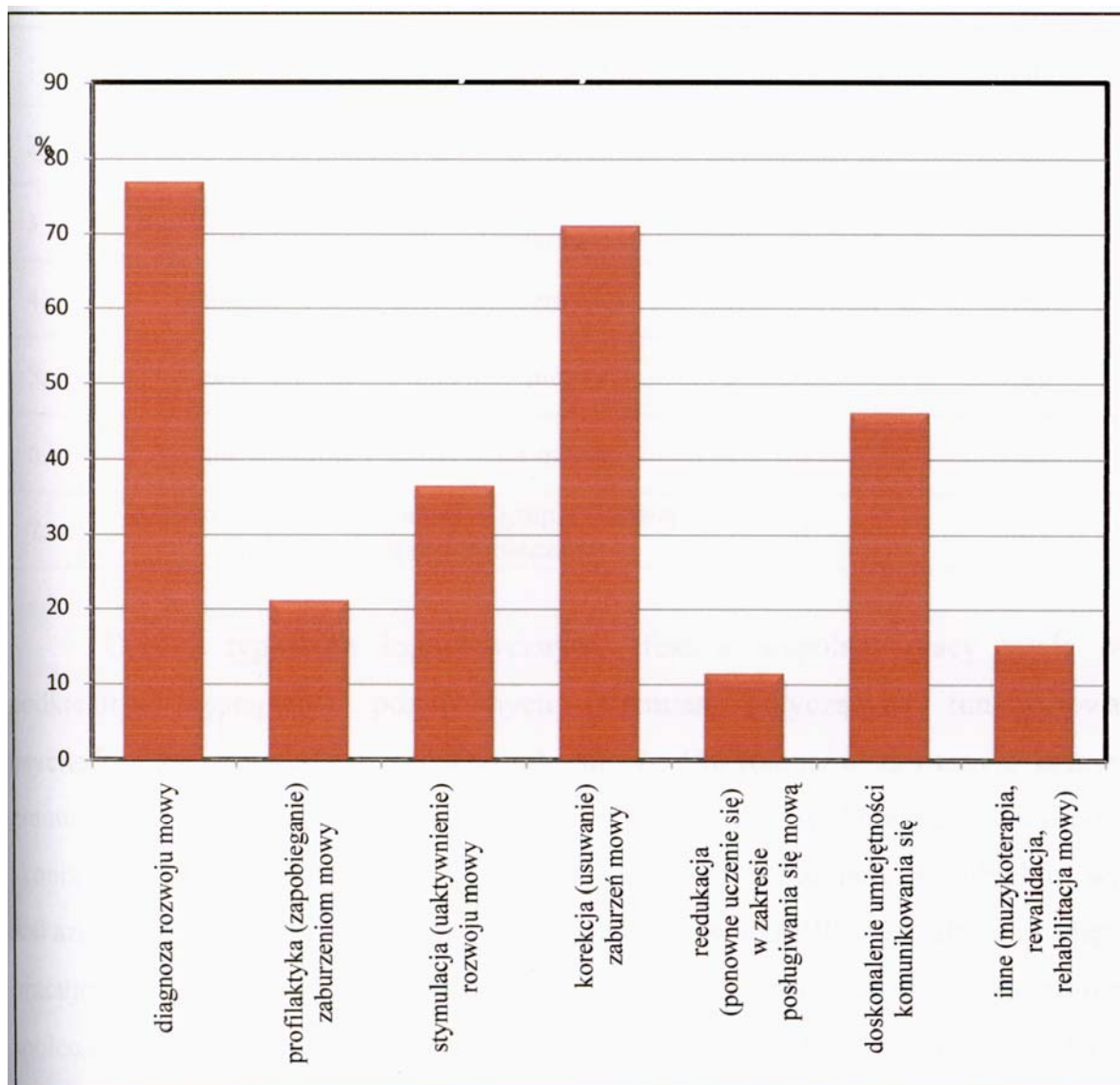
Rodzice, opiekunowie dzieci podejmując współpracę z różnymi instytucjami i osobami/specjalistami realizują zadania wyznaczone im do wypełniania przez założenia organizacyjne s.o.l. Owi respondenci, z którymi przeprowadzono wywiady deklarowali udział w różnych typach oddziaływań zmierzających do podniesienia poziomu funkcjonowania językowego swoich dzieci. Dostrzegali i wymieniali także działania logopedyczne, które zastosowały wobec ich dzieci różne osoby. Ich liczbowy rozkład prezentuję w tabeli 34.

**Tabela nr 34.** Rodzaje działań logopedycznych zastosowane w terapii mowy dzieci.

Lp.	Rodzaje działań	Ilość	
		N	%
1.	diagnoza rozwoju mowy	40	76,92
2.	profilaktyka (zapobieganie) zaburzeniom mowy	11	21,15
3.	stymulacja (uaktywnienie) rozwoju mowy	19	36,54
4.	korekcja (usuwanie) zaburzeń mowy	37	71,15
5.	reedukacja (ponowne uczenie się) w zakresie posługiwania się mową	6	11,54
6.	doskonalenie umiejętności komunikowania się	24	46,15
7.	inne (muzykoterapia, rewalidacja, rehabilitacja mowy)	8	15,38

Jak wynika z danych zestawionych w powyższej tabeli 77% badanych rodziców uznało „diagnozę rozwoju mowy” za pierwszoplanową działalność logopedyczną, co jak wiadomo jest zgodne z metodyką pracy terapeutycznej. Kolejnym (wyrażonym przez 71% badanych), istotnym w ocenie rodziców zabiegiem terapeutycznym była korekcja zaburzeń mowy. Tego rodzaju działalność realizują nie tylko logopedzi, ale

również nauczyciele - wychowawcy, specjaliści różnych profesji oraz sami rodzice. Dane liczbowe zostały zilustrowane na poniższym wykresie

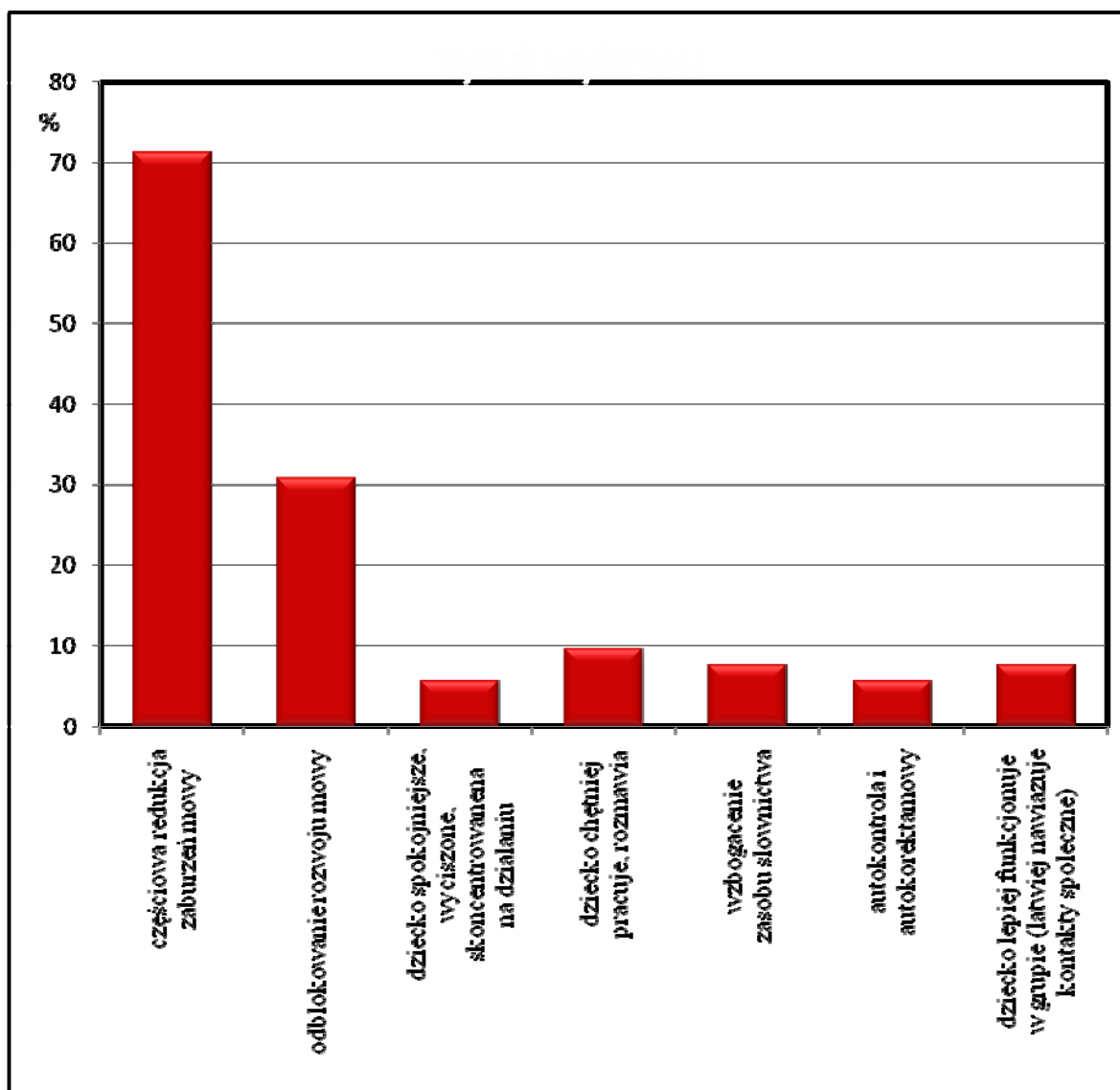


**Wykres nr 28.** Rodzaje działań logopedycznych zastosowane w terapii mowy dzieci.

Badani rzadko wymieniali działania profilaktyczne (21%) i reedukacyjne (11%), które stanowią nieodłączny element funkcjonowania s.o.l.

Kolejne pytanie wywiadu pozwoliło ustalić, iż 100% badanych rodziców dostrzega pozytywne efekty pomocy logopedycznej. Rodzice wymienili zmiany dotyczące stanu komunikacji językowej, jakie zaobserwowali u swego dziecka, a powstałe w wyniku zastosowanego specjalistycznego oddziaływania. Rezultaty te dotyczą bezpośrednio mowy dziecka – redukcji zaburzeń, ale również sfery

emocjonalnej, społecznej, psychofizycznej. Zestawienie tychże dostrzeżonych przez



rodziców osiągnięć terapeutycznych przedstawione zostało na wykresie nr 29.

**Wykres nr 29.** Efekty działań logopedycznych zaistniałe u dzieci wyróżnione w opiniach rodziców.

Z wykresu wynika, iż częściową redukcję zaburzeń mowy u dziecka dostrzegło aż 71% badanych rodziców, natomiast 31% badanych stwierdziło, że nastąpiło u ich dzieci swoiste „odblokowanie” komunikacji językowej. Rodzice tych dzieci podawali, że pod wpływem realizowanych działań logopedycznych, ich dzieci zaczęły chętniej niż dotychczas podejmować rozmowę, komunikować się z otoczeniem za pomocą słowa, a nie tylko pozawerbalnie.

**Tabela nr 35.** Efekty działań logopedycznych zaistniałe u dzieci wyróżnione w opiniach rodziców.

Lp.	Efekty terapeutyczne	Ilość	
		N	%
1.	częściowa redukcja zaburzeń mowy	37	71,15
2.	"odblokowanie" rozwoju mowy	16	30,77
3.	dziecko spokojniejsze, wyciszone, skoncentrowane na działaniu	3	5,77
4.	dziecko chętniej pracuje, rozmawia	5	9,62
5.	wzbogacenie zasobu słownictwa	4	7,69
6.	autokontrola i autokorekta mowy	3	5,77
7.	dziecko lepiej funkcjonuje w grupie (łatwiej nawiązuje kontakty społeczne)	4	7,69

Oprócz typowych logopedycznych efektów wspólnej pracy wiele osób podkreśliło wystąpienie pozytywnych przemian dotyczących funkcjonowania psychofizycznego swych dzieci. Okazało się, że 6% rodziców zauważyło korzystną zmianę w zachowaniu dziecka. Dziecko stało się spokojniejsze, wyciszone, skoncentrowane na działaniu. Kontynuując niejako te zmiany w obrębie wyżej wskazanej sfery, należy wskazać, iż 10% rodziców określiło, iż „dziecko chętniej pracuje, rozmawia”. O zaistniałych pozytywnych zmianach w funkcjonowaniu społecznym dzieci z deficytem mowy powiedziało 8% badanych rodziców. Stwierdzali oni, że dziecko lepiej funkcjonuje w grupie (łatwiej i chętniej nawiązuje kontakty społeczne z rówieśnikami i dorosłymi).

A zatem w opiniach uzyskanych od rodziców dzieci objętych działaniami s.o.l. postulat kompleksowego, syndromowego prowadzenia zabiegów pomocowych, który proponuje K. Błachnio jest na Górnym Śląsku realizowany i przynosi pozytywne rezultaty.

## ***2. Egzemplifikacje działań logopedycznych podejmowanych w systemie opieki logopedycznej - analiza indywidualnych przypadków.***

Stan systemu opieki logopedycznej na Górnym Śląsku został już zasadniczo zaprezentowany w poprzednich podrozdziałach II części pracy. Pisałam, o jakości i zakresie funkcjonowania s.o.l., o źródłach wiedzy i jej zakresie posiadanej przez nauczycieli i logopedów, o oczekiwaniach społecznych dotyczących wprowadzania niezbędnych modyfikacji w organizacji s.o.l. W części pierwszej powyższego podrozdziału nakreśliłam system opieki logopedycznej na podstawie opinii zebranych od rodziców, których dzieci korzystały z usług logopedycznych. Zasadne, a zarazem interesujące z punktu widzenia dokonywanych eksploracji wydaje się zaprezentowanie indywidualnych przykładów dzieci objętych działaniem osób i instytucji skupionych wokół realizacji zadań s.o.l.

Egzemplifikację działań logopedycznych podejmowanych w ramach s.o.l. stanowią trzy opisy dokonane z wykorzystaniem metody indywidualnych przypadków. Analizie podlegały, więc jednostkowe losy dzieci z zaburzeniami mowy z uwzględnieniem ich indywidualnych biografii ludzkich. Chciałam przestawić opracowanie logopedyczno-pedagogicznej diagnozy przypadku oraz rodzaje podjętych działań terapeutycznych. Analizy dokonywane były z uwzględnieniem holistycznego podejścia do diagnozy logopedycznej, które proponuje K. Błachnio.

Takie podejście ułatwia, bowiem analizę i opis deficytów występujących u pacjenta, pozwala na zaplanowanie konstruktywnych działań, uwzględniając całościowe podejście. Korzystając z analizy syndromowej w logopedii opracowanej przez K. Błachnio starałam się uporządkować informacje dotyczące jednostki w schemat przystający dla opisywanych przypadków. Przyjęłam następujący tok opracowania indywidualnego przypadku:

### 1. Identyfikacja problemu

- informacje zebrane w oparciu o „Kartę badania mowy” w opracowaniu Z. Tarkowskiego (Aneks nr 4) z wykorzystaniem różnych narzędzi diagnostycznych stosowanych zależnie od indywidualnych potrzeb pacjenta;



## 2. Geneza i dynamika zjawiska

- analiza dokumentów dotyczących dziecka - diagnoza psychologiczna, pedagogiczna i inna,
- opinia pedagoga, nauczyciela;

## 3. Znaczenie problemu

- dla dziecka, jego środowiska rówieśniczego, rodzinnego, szkolnego;

## 4. Prognoza

- pozytywna, negatywna;

## 5. Propozycje rozwiązania

- wskazania terapeutyczne, plan oddziaływań,
- zrealizowane zajęcia,
- podjęte działania w środowisku na rzecz dziecka;

## 6. Efekty wdrażania rozwiązań

- zmiany uzyskane po wdrożeniu zaplanowanych działań terapeutycznych.

## Przypadek I

*(dziewczynka objęta terapią logopedyczną na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej - tam spotykałam się z dzieckiem od kwietnia do grudnia 2006 r.)*

1. Identyfikacja problemu - dyslalia wieloraka (sygmatyzm i rotacyzm), trudności w nauce.

DANE OGÓLNE (zebrane z wykorzystaniem „Karty badania mowy” - Aneks nr 4)

**Roksana - lat 9** - uczennica klasy III Szkoły Podstawowej w Bytomiu. Urodzona w 1997 roku; wychowuje się w rodzinie pełnej, wielodzietnej - troje rodzeństwa; Roksana jest drugim dzieckiem w rodzinie. Matka bez zawodu - nie pracuje, ojciec - budowlaniec, ma pracę.

Dziewczynka była objęta terapią logopedyczną przez logopedę szkolnego w roku szkolnym 2004/2005; terapia logopedyczna nie była kontynuowana.

- *Budowa i sprawność artykulatorów* (ocena dokonana z wykorzystaniem „Karty badania sprawności artykulatorów - Aneks Nr 5.):

Budowa anatomiczna artykulatorów właściwa. Dziewczynka miała mało sprawne narządy artykulacyjne, występował brak pełnej pionizacji języka, uzębienie stałe z licznymi ubytkami; zaburzenia kinestezji artykulacyjnej.

- *Artykulacja* (ocena dokonana z zastosowanie kwestionariusz obrazkowego do badani artykulacji” D. Antos, G. Demel, I. Styczek):

Dziewczynka deformowała wymowę spółgłosek *sz*, *rz*, (*ż*), *cz*, *dż* w śródgłosie i wygłosie wyrazów. Zniekształcała była również głoska *r*, która w ogóle nie występowała w prawidłowej formie. Występowała skłonność do niechlujnej mowy oraz naleciałości gwarowe.

- *Mowa spontaniczna:*

Dziecko chętnie rozmawiało z dorosłymi, mówiło dużo, treść nie zawsze zachowywała logiczny sens; porozumiewała się głównie przy pomocy pojedynczych wyrazów lub prostych zdań nierozwiniętych.

- *Zakres słownictwa:*

Ubogi zakres słownictwa czynnie stosowanego.

- *Formy gramatyczne i rozumienie wypowiedzi:*

Dziewczynka orientowała się w regułach gramatycznych zakresie mowy biernej tzn. rozumiała sens przekazu słownego niezależnie od zastosowanych w nim reguł gramatycznych. W mowie czynnej występowała tendencja do upraszczania składni; pojawiały się błędy.

- *Słuch fonemowy* (ocena dokonana przy zastosowaniu „Tablic obrazkowych do słuchu fonematycznego” I. Styczek):

Dziewczynka różnicowała słuchowo błędnie realizowane dźwięki mowy z ich odpowiednikami, a także dokonywała rozróżnienia opozycji fonemów (*r*), (*ř*), (*ž*), (*č*), (*dž*). Dokonywała analizy fonemowej wyrazu, powtarzała głoski, sylaby, wyrazy. Problemy sprawiała jej synteza fonemowa wyrazu oraz powtórzenia zdań. Może to świadczyć o deficytach pamięci krótkotrwałej.

- *Głos i oddech:*

Oddech swobodny i regularny, głos w chwilach niepewności słaby, cichy; zasadniczo nie budzący zastrzeżeń.

- *Tempo mówienia:*

Właściwe.

- *Słuch fizyczny* (do badania zastosowana „Zestaw wyrazów do badania ostrości słuchowej u dzieci” I. Styczek - Aneks nr 6.):

Badanie orientacyjne nie wykazało deficytów w tym zakresie, co potwierdza także dokonana obserwacja.

- *Dane z wywiadu z matką dziecka* (wykorzystano elementy z „Wzoru karty wywiadu” I. Styczek - Aneks nr 7.):

W rodzinie dziewczynki nie występowały choroby wrodzone ani genetyczne. Dwoje starszych dzieci: 12 i 10 lat uczęszczało na zajęcia logopedyczne ze względu na wady mowy. Atmosfera w domu pozytywna. Rozwój dziecka w czasie trwania ciąży był prawidłowy, matka nie chorowała, nie przyjmowała leków. Poród normalny, bez powikłań. Stan noworodka dobry. Rozwój mowy następował płynnie, gaworzenie około 8 m. ż., wyrazy 10 - 12 miesiąc życia, zdania - 1,5 roku życia; siadanie około 8 miesiąca życia. Dziecko nie uczęszczało do przedszkola (tylko oddział 0). Stan zdrowia dziecka nie budził niepokoju matki, dostrzegała postępy w nauce, rozwoju zainteresowań. Dziecko ruchliwe, „gadatliwe”, bardzo towarzyskie. Wada wymowy została zdiagnozowana w przedszkolu (oddział 0) - nieukończony rozwój mowy. Wskazała na to zaburzenie wychowawczyni z przedszkola.

Po zebraniu pełnych informacji o dziecku (pozostałe nie opisane dotychczas pojawią się w dalszej części opracowania) stwierdzić należy, iż oprócz zdiagnozowanego zaburzenia mowy - dyslalia wieloraka (sygmatyzm, rotacyzm) wystąpiły deficyty słuchu fonematycznego, komunikacji językowej (gramatyka, logika); zakresu słownictwa.

## 2. Geneza i dynamika zjawiska.

Wychowawca klasy wraz z pedagogiem szkolnym zwrócili się w styczniu 2006 roku do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o diagnozę dziewczynki ze względu na występujące trudności w nauce (Aneks nr A.9/1.).

We wniosku zwrócono uwagę na: trudności w poprawnym budowaniu zdań, błędy ortograficzne, niski poziom techniki czytania, trudności w budowaniu wypowiedzi ustnych, niski poziom umiejętności matematycznych. Stwierdzono, iż trudności mają charakter ciągły. Dziewczynka przejawiała trudności w nauce szkolnej. Miała właściwy stosunek do nauczyciela i kolegów. Była uprzejma, jednak występowały kłopoty z nawiązaniem kontaktów społecznych. Jako środek zaradczy dotychczas stosowany podano - organizowanie dodatkowych zajęć dydaktyczno-wychowawczych z pedagogiem szkolnym i korekcyjno-kompensacyjnych z terapeutą pedagogicznym. W wydanej w kwietniu 2006 r. opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej stwierdzono u dziewczynki niedorozwój umysłowy lekkiego stopnia. W związku z tym obniżona była sprawność myślenia słowno-pojęciowego, jak i koncentracja uwagi i zdolności pamięciowe (Aneks nr A.9/2.). Zaburzenia dotyczyły również percepcji wzrokowej i błędnej artykulacji. Tak więc podstawową przyczyną trudności dziecka w nauce były w opinii Poradni:

- obniżony rozwój umysłowy,
- zaburzenia percepcji wzrokowej,
- wada wymowy.

Wskazania ogólne były następujące:

1. kontynuować terapię logopedyczną,
2. uczęszczać na zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze,
3. objąć stałą pomocą w nauce (ze strony domu),

Szczegółowe wskazania dotyczyły:

- wzbogacania zasobu słownictwa,
- zachęcania do wypowiedziania się,

- ćwiczenia myślowe (segregowanie, przyporządkowywanie, wyodrębnianie różnic, podobieństw),
- rozwijanie spostrzegania wzrokowego,
- usprawnianie percepcji słuchowej,
- motywowanie, chwalenie.

Dziewczynka rozpoczęła w kwietniu terapię logopedyczną w tutejszej Poradni, na zajęcia przychodziła z matką. Matka nie zawsze uczestniczyła w zajęciach. Dziewczynka pracowała chętnie, czyniła postępy w korekcji zaburzeń mowy.

W szkole uczestniczyła w zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych, jednak nie potrafiła sprostać rosnącym wymaganiom dotyczącym wiedzy i umiejętności szkolnych.

Wychowawca zaobserwował, iż dziewczynka przewidując, iż nie poradzi sobie z zadaniami odmawiała ich wykonania, zajmowała się wówczas czymś innym nie związanym z lekcją. Bardzo szybko się dekoncentrowała, wykonywała pracę niestarannie, często nie doprowadzała zadania do końca. Na uwagę reagowała obrażaniem się, nadąsaniem.

Rodzice nie zauważyli niepokojących zmian w zachowaniu córki.

### 3. Znaczenie problemu.

Pozostawienie problemu bez konstruktywnego rozwiązania mogło spowodować złożone, negatywne konsekwencje dla dalszego rozwoju psychospołecznego dziecka, jak również wywołać niekorzystne zmiany w funkcjonowaniu zespołu klasowego, środowiska rodzinnego (np. napięcia, kłótnie, itp.). Problem zdiagnozowany u Roksany miał więc wymiar indywidualny i społeczny. Nie dotyczył on tylko zaburzeń mowy, ale był szerzej uwarunkowany (obniżony poziom rozwoju intelektualnego). Brak działań mógłby skutkować dla dziewczynki:

- utrwaleniem się sygmatyzmu i rotacyzmu,
- nawarstwieniem się trudności w nauce szkolnej,
- obniżeniem poczucia własnej wartości,
- utratą wiary w posiadane możliwości,

- „ucieczką” od źródła kłopotów i napięć, od obowiązków szkolnych itd.

W wymiarze społecznym (szkoła i rodzina):

- zachowanie dziewczynki mogło niekorzystnie wpływać na atmosferę klasową, rodzinną,
- zaburzenia w zachowaniu, które do tej pory występowały marginalnie mogły przybrać na sile (negatywizm szkolny, wagary, agresja werbalna, wycofanie się z kontaktów z rówieśnikami, udział w podkulturze itp.).

-

#### 4. Prognoza.

Negatywna - dziecko odrzuci zaproponowane mu zabiegi reedukacyjne, kompensacyjne, a deficyty intelektualne uniemożliwią promocję do kolejnej klasy.

Pozytywna - pomimo ograniczeń wynikających z upośledzenia lekkiego stopnia dziecko będzie, dzięki stymulacji ze strony szkoły, domu rodzinnego, rozwijać się i we własnym tempie oraz na miarę możliwości opanowywać nowe umiejętności, uzupełniać braki. Powiedzie się realizacja założeń terapii logopedycznej.

#### 5. Propozycja rozwiązań.

Uczennica powinna realizować terapię logopedyczną. Program terapii zakładał:

- wypracowanie pełnej sprawności artykulatorów,
- doprowadzenie do automatyzacji i autokontroli w mowie spontanicznej wymowy głosek szeregu przedniojęzykowo-dziąsłowego,
- wywołanie, a następnie utrwalenie schematu artykulacyjnego głoski *r* i doprowadzenie do jej poprawnej realizacji w wypowiedziach samorzutnych,
- usprawnienie słuchu fonematycznego w zakresie dokonywania syntezy głosek, sylab;
- wzbogacenie słownictwa, itd.

Na indywidualnych bądź zespołowych zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych/dydaktyczno-wyrównawczych powinna być prowadzona praca zmierzająca do usprawnienia percepcji słuchowej, wzrokowej, procesów myślowych.

W zespole klasowym należy stworzyć sprzyjającą atmosferę współpracy i wzajemnej pomocy między dzieckiem - rówieśnikami - wychowawcą. Motywować do działania poprzez dostrzeganie wkładu pracy.

Nawiązywać ścisłą współpracę z domem rodzinnym w celu kontynuowania dydaktyczno-wychowawczych działań poza szkołą.

Dostosować wymagania edukacyjne, wynikające z programu nauczania do indywidualnych potrzeb psychofizycznych dziecka.

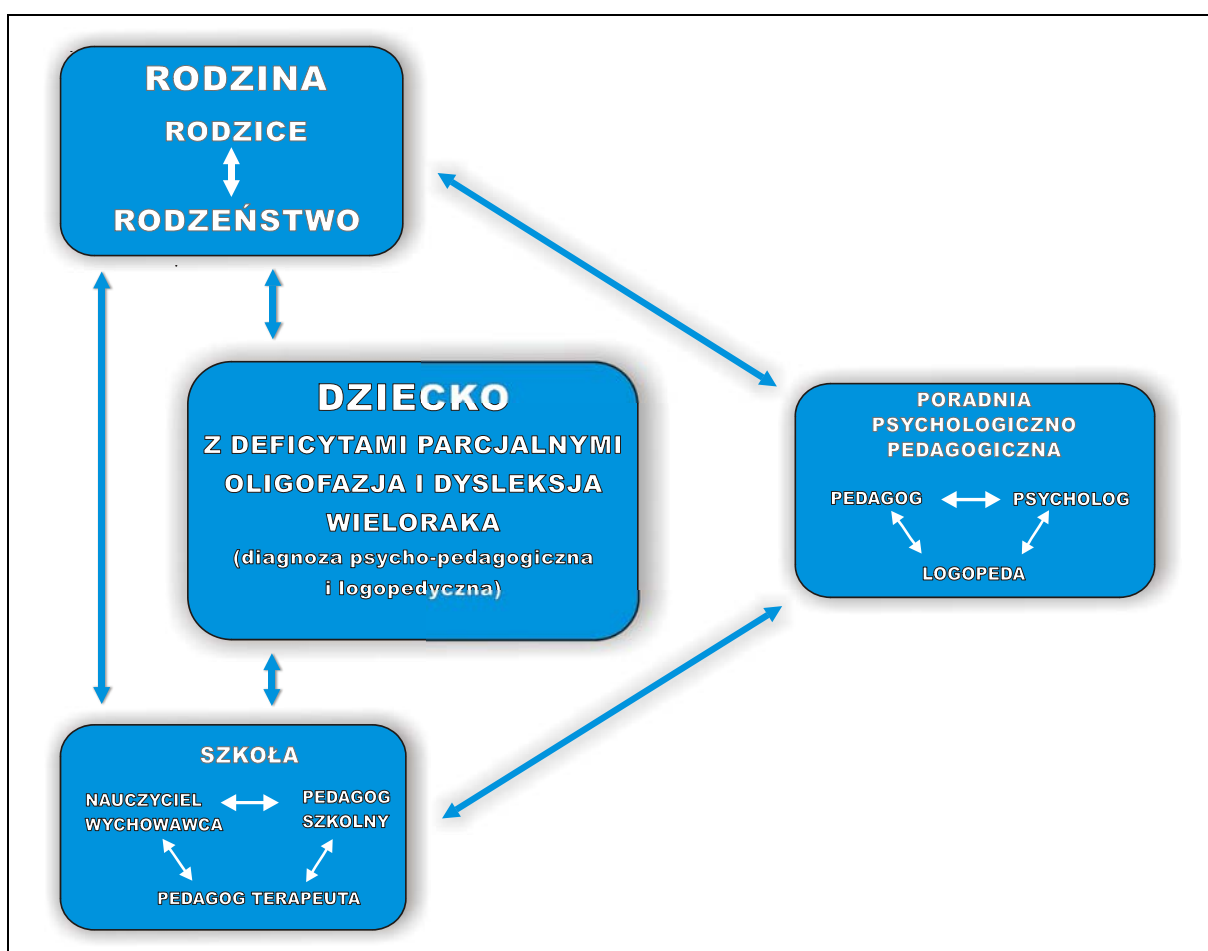
#### 6. Efekty wdrażania rozwiązań.

Zastosowana terapia logopedyczna prowadzona przez 6 miesięcy (z wyłączeniem wakacji) przyniosła pożądane rezultaty. Dziewczynka poprawnie realizuje wszystkie głoski, a pozostałe deficyty udało się częściowo wyeliminować. W ramach terapii sygmatyzmu, a potem rotacyzmu prowadzone były kolejne zajęcia dotyczące korekcji powyższych wad. Do aneksu dołączony został przykładowy scenariusz zajęć, który zrealizowałam z dziewczynką (Aneks nr A.9/3.), a także uzupełniony kwestionariusz obserwacji dziecka dokonanej na tymże spotkaniu (Aneks nr A.9/4.). Pod koniec grudnia 2006 roku dziewczynka ukończyła terapię logopedyczną dotyczącą aspektu artykulacyjnego mowy. Praca nad pozostałymi umiejętnościami miała być kontynuowana.

Roksana uczęszczała na zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, ale nie uczestniczyła w nich chętnie jak wynika z rozmowy z pedagogiem szkolnym. Nie udało się zaangażować do współpracy rodziców. Dziewczynka dobrze czuła się w grupie klasowej, nie miała jednak wielu koleżanek. Niestety, problemy z opanowaniem wiadomości i umiejętności szkolnych zaczęły się nawarstwiać. Wychowawca i pedagog rozważali skierowanie Roksany na ponowne badania do poradni psychologiczno-pedagogicznej i rozstrzygnięcie kwestii jej dalszej drogi edukacyjnej.

## Podsumowanie

W pracę z dzieckiem zaangażowanych było kilka osób, ich wspólne działanie odniosły, choć częściowy, ale pozytywny skutek. Dziecko z zaburzeniami mowy uczęszczające do szkoły podstawowej jest objęte działaniami korekcyjnymi, a dodatkowo ze względu na zdiagnozowany deficyt intelektualny, świadczona jest mu pomoc w szerokim zakresie. Próbując wskazać współdziałanie osób i instytucji na rzecz dziecka skonstruowałam poniższą rycinę.



**Rycina nr 1.** Schemat s.o.l. funkcjonujący dla dziecka z deficytem intelektualnym i zaburzeniem mowy.

Powyższy schemat powstał w wyniku podjętych i ujawnionych działań służących holistycznej diagnozie i terapii. Strzałki łączące trzy instytucje: szkołę, poradnię psychologiczno-pedagogiczną i rodzinę wskazują kierunek podejmowanych



relacji. Podobnie zależności przedstawiono „wewnątrz” instytucji, między osobami wypełniającymi zadania s.o.l. Te relacje powinny być trwałe i dwukierunkowe. W przypadku Roksany nie były one w pełni takie, jakich należałoby oczekiwać.

Przypadek II.

*(chłopiec objęty terapią logopedyczną i surdologopedyczną na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej - tam spotykałam się z dzieckiem od kwietnia do grudnia 2006 r.*

1. Identyfikacja problemu - obustronny niedosłuch znacznego stopnia, opóźniony rozwój mowy.

DANE OGÓLNE (zebrane z wykorzystaniem „Karty badania mowy”- Aneks nr 4)

**Mateusz - lat 6** - wychowanek przedszkola miejskiego z oddziałami integracyjnymi w Bytomiu. Urodzony w 2000 r. wychowuje się w rodzinie pełnej, jest jedynakiem. Matka - wykształcenie średnie - technik handlowiec - obecnie nie pracuje; ojciec - wykształcenie średnie - technik elektryk, pracuje w przedsiębiorstwie prywatnym. Chłopiec był objęty działaniami diagnostyczno-terapeutycznymi w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej od roku 2002. Od pierwszego roku życia objęty opieką poradni audiologicznej (zaopatrzonego w aparaty słuchowe), diagnozowany neurologicznie (Aneks nr 10/2.).

- *Budowa i sprawność artykulatorów* (ocena dokonana w oparciu o Kartę badania sprawności artykulatorów - patrz Aneks nr 5):

Budowa anatomiczna artykulatorów właściwa. Chłopiec ma mało sprawne narządy artykulacyjne; uzębienie mleczne; zaburzenia kinestezji artykulacyjnej.

- *Porozumiewanie się dziecka z otoczeniem:*

Dziecko porozumiewało się z otoczeniem za pomocą gestu, mimiki twarzy i wyrazów dźwiękonaśladowczych. Pojawiały się też wokalizy naśladowujące rozmowę z drugą osobą. Chłopiec miał kontakt w domu ze słyszącymi rówieśnikami. Nie kontaktował się do tej pory z osobami niesłyszącymi.

- *Rozumienie mowy otoczenia:*

Dziecko rozumiało mowę, gdy patrzyło na usta mówiącego, wówczas, gdy były to proste polecenia. Chłopiec rozumiał proste słowa poparte gestem. Wydawał nieartykułowane dźwięki, próbując naśladować mowę - rzadkie wokalizy.

Z uwagi na występujący deficyt słuchu fizycznego, a co za tym następuje opóźnienie rozwoju mowy, nie było możliwe określenie zakresu słownictwa, poprawności stosowania form gramatycznych i artykulacyjnych słuchu fonematycznego, czy tempa mówienia.

- *Głos i oddech:*

Głos tubalny, bez modulacji, wydawane dźwięki głośnie; oddech regularny, swobodny.

- *Słuch fizyczny:*

Z dokonanych analiz dokumentacji dziecka zgromadzonej w poradni psychologiczno-pedagogicznej wynikało, iż u chłopca stwierdzono niedosłuch obustronny stopnia znacznego (Aneks A.10/6.)

- *Dane z wywiadu z matką dziecka (zebrane na podstawie Kwestionariusza wywiadu I. Styczek - Aneks nr 6 oraz uzupełnione o analizę wywiadu o dziecku przeprowadzonego w poradni psychologiczno-pedagogicznej - Aneks nr 10/1):*

W rodzinie chłopca nie występowały wady słuchu ani też inne choroby genetyczne czy wrodzone. Atmosfera w domu pozytywna, sprzyjająca rozwojowi dziecka. Rozwój dziecka w czasie ciąży przebiegał prawidłowo, matka nie chorowała, jednak doznała urazu zewnętrznego brzucha. Poród był przedwczesny, rozwiązany przez cesarskie cięcie w 35 tygodniu ciąży. Dziecko w inkubatorze, a następnie poddane fototerapii ze względu na nasiloną żółtaczkę fizjologiczną. Chłopiec zaczął raczkować mając 8 - 9 miesięcy, siadać w 10 miesiącu życia, a chodzić w 16 miesiącu życia. Rozwój mowy nie postępował płynnie i dziecko głużyło około 5-6 miesiąca życia, nie było gaworzenia, trudno mówić o pojawieniu się pierwszych wyrazów. Stan rozwoju mowy niepokoił rodziców, podjęli więc działania zmierzające do wyjaśnienia przyczyn braku rozwoju mowy - konsultacja pediatryczna, laryngologiczna i audiologiczna.

## 2. Geneza i dynamika zjawiska.

Rodzice dziecka zaniepokojeni obserwowanymi objawami wskazującymi na zaburzenia percepcji słuchowej (np. dziecko nie reagowało na dźwięk upadającego przedmiotu, nie odwracało wzroku w kierunku źródeł dźwięku) skonsultowali się z pediatrą i laryngologiem. Dokonano diagnozy neurologicznej wyników badań MR głowy rezonansem magnetycznym (Aneks nr A.10/2.), stwierdzając wadę rozwojową OUN z grupy zaburzeń migracji neuronowej - badanie przeprowadzono, gdy dziecko miało 7 miesięcy.

Chłopiec został zgłoszony do poradni psychologiczno-pedagogicznej i od października 2002 r., jak przeczytać można w indywidualnej karcie terapii chłopca, uczestniczy w indywidualnych zajęciach rozwijających sprawność językową i słuchową (wychowanie językowe i słuchowe). W 2003 roku zbadany w celu dokonania diagnozy psychologicznej i wydania opinii (Aneks A.10/4.). W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono rozwój umysłowy w granicach przeciętnej w odniesieniu do populacji dzieci głuchych I.I.=85 w Międzynarodowej Wychowaniowej Skali Leitera. W odniesieniu do populacji ogólnej uzyskany w teście wynik I.I.=79 wskazywał na rozwój umysłowy niższy niż przeciętny. W opinii znalazła się również uwaga dotycząca rozwoju mowy chłopca, a określająca zmianę w sposobie komunikacji - powtarzanie sylab oraz rejestrująca zwiększoną koncentrację uwagi na ustach mówiącego (Aneks nr A.10/4.). Arkusz obserwacji dziecka podczas badania psychologicznego świadczy o pozytywnym nastawieniu dziecka do dorosłych i stawianych zadań (Aneks nr A.10/5.).

Kolejnym krokiem w pomocowym postępowaniu poradni psychologiczno-pedagogicznej było wydanie rodzicom opinii potwierdzającej u Mateusza niedosłuch obustronny znaczny. We wskazaniach umieszczono uwagę, że chłopiec wymagał korekcji słuchu poprzez urządzenia wzmacniające bodźce akustyczne. Dokonanie powyższego wskazania, zaopatrzenie dziecka w system FM, jak twierdzi podpisany pod opinią surdopedagog wpłynęło pozytywnie na rozwój mowy i przebieg rehabilitacji słuchu (Aneks A.10/3.).

### 3. Znaczenie problemu

Pozostawienie problemu bez konstruktywnego rozwiązania mogło spowodować złożone negatywne skutki dla dalszego rozwoju psychospołecznego dziecka, jak również wywołać niekorzystne zmiany emocjonalne u chłopca. Problem występujący miał wymiar indywidualny i społeczny. Brak działań mógł skutkować:

- brakiem rozwoju mowy,
- brakiem możliwości nawiązywania werbalnych relacji z otoczeniem,
- niemożliwością konstruktywnego i samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie,
- problemami psychologicznymi wynikającymi z obciążeń związanych z opieką nad dzieckiem,
- zamknięciem możliwości normalnego rozwoju i nauki.

### 4. Prognoza

Negatywna - dziecko odrzuci zaproponowane zabiegi stymulacji językowo-słuchowej, nie będzie następował rozwój komunikacji językowej pomimo aparatownia i podejmowania działań kompensacyjno-reedukacyjnych.

Pozytywna - mimo ograniczeń wynikających z obustronnego niedosłuchu znacznego stopnia, dziecko będzie rozwijać się i doskonalić kompetencje komunikacyjne, dzięki zabiegom stymulacyjnym ze strony domu rodzinnego i zespołu specjalistów. Pozwoli to na rozwój umiejętności społecznych oraz rozwój intelektualny, emocjonalny, kształtowanie wrażliwości słuchowej i mowy.

### 5. Propozycje rozwiązań

Ze względu na zdiagnozowany znaczny ubytek słuchu w 2003 r. wydano orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (Aneks A.10/6.). Poradnia psychologiczno-pedagogiczna skierował Mateusza do oddziału przedszkolnego dla

dzieci z wadą słuchu, gdzie kształcenie dziecka odbywało się w grupie integracyjnej. Decyzja ta została wydana na trzy kolejne lata edukacji przedszkolnej - do 2005/2006 r. (Aneks A.10/6.).

Dziecko uczęszczając do przedszkola znajdowało się pod stałą opieką surdopedagoga, logopedy i psychologa. Dodatkową opiekę nad chłopcem i jego rodziną sprawował surdopedagog z poradni psychologiczno-pedagogicznej. Zespół orzekający określił wówczas możliwości rozwojowe i potencjał dziecka oraz podał konkretne zalecenia. Wskazał między innymi objęcie dziecka indywidualnymi zajęciami korekcyjno-kompensacyjnymi, a w ich ramach:

- prowadzenie z dzieckiem treningu słuchowego w celu maksymalnego wykorzystania aparatu słuchowego,
- ćwiczenie koncentracji na twarzy osoby mówiącej,
- kontynuowanie terapii logopedycznej,
- stymulowanie procesów poznawczych.

Nieodzownym było także, stworzenie odpowiednich warunków w grupie rówieśniczej, korzystnych dla odbioru mowy i obserwacji przez dziecko otoczenia.

W kwietniu 2006 r. Mateusz został zdiagnozowany ponownie w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu uaktualnienia diagnozy rozwoju. W wyniku przeprowadzonych badań zespół orzekający zaproponował odroczenie chłopca od obowiązku szkolnego w roku szkolnym 2006/2007 i kontynuowanie kształcenia w oddziale przedszkolnym w grupie integracyjnej (Aneks nr A.10/7.). Rodzice chłopca zgodzili się z opinią, Mateusz pozostał w przedszkolu. Weryfikacja diagnozy rozwoju psychofizycznego dziecka miała być dokonana wiosną 2007 r.

## 6. Efekty wdrażania rozwiązań

Zastosowane wczesne działania diagnostyczne (w 1 roku życia) pozwoliły na podjęcie szybkiej interwencji dotyczącej ograniczania skutków ubytku słuchu i aparatownia narządów słuchu. Dziecko i rodzice od października 2002 r. uczestniczą w zajęciach rozwijających sprawność językową i słuchową dziecka oraz doskonałą techniki porozumiewania się z dzieckiem z deficytem słuchu. Od kwietnia 2003 r.

chłopiec rozpoczął edukację przedszkolną w przedszkolu miejskim, w oddziale integracyjnym, gdzie ma zapewnioną stałą, fachową pomoc. W kwietniu 2006 r., po ponownej diagnozie dziecko otrzymało orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej, na podstawie którego zaleca się odroczenie go od obowiązku szkolnego w roku 2006/2007 (Aneks A.10/6.). Dokonana diagnoza pozwala przybliżyć osiągnięte rezultaty dotychczasowej pracy terapeutycznej z dzieckiem:

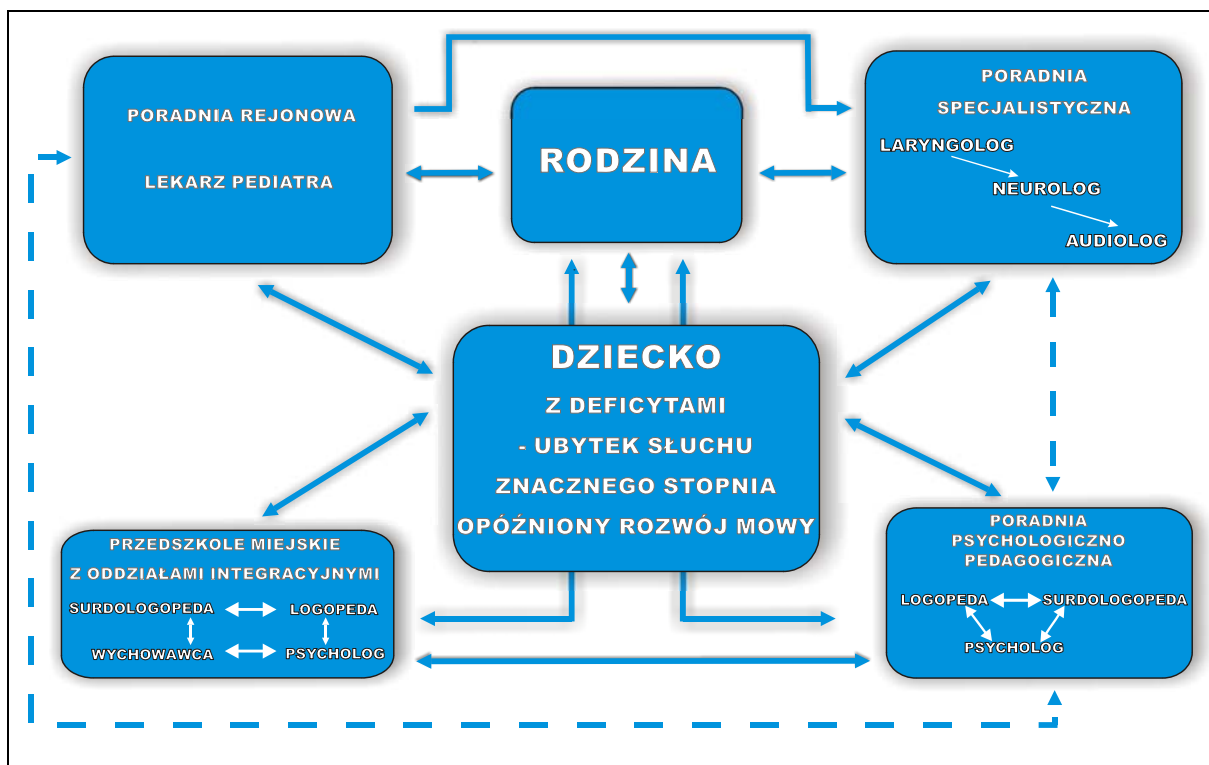
- badanie psychologiczne wykazało przeciętny poziom rozwoju umysłowego w sferze pozawerbalnej w odniesieniu do populacji dzieci głuchych,
- badanie pedagogiczne ujawniło, iż chłopiec nie osiągnął wystarczającego poziomu dojrzałości szkolnej, aby rozpocząć naukę w I klasie szkoły podstawowej,
- w sferze grafopercepcji, porównywanie liczebności zbiorów osiągnął dobre opanowanie umiejętności,
- obustronny niedosłuch znacznie obniża rozwój komunikacji zarówno werbalnej jak i gestomimicznej; mimo to chłopiec powtarza proste wyrazy jednosylabowe, reaguje na własne imię.

Rozmowa z matką pozwoliła na potwierdzenie dotychczasowych efektów terapii. Matka wskazała także, na zdecydowaną poprawę relacji Mateusza z rówieśnikami i dorosłymi, na rozwój umiejętności społecznych umożliwiających współdziałanie z innymi (chętnie chodzi do przedszkola). Wyróżniła także, większą samodzielność dziecka, zaradność w działaniu. W przeprowadzonych przeze mnie zajęciach (Aneks nr A.10/8.) chłopiec chętnie uczestniczył, był pogodny i choć nie wszystkie zadania wykonał poprawnie podejmował próby i czerpał satysfakcję z osiągniętych efektów. Reakcje chłopca na zajęciach przedstawia Arkusz obserwacji dziecka (Aneks nr A.10/9.).

## 7. Podsumowanie

W pracę z dzieckiem zaangażowanych było wiele osób, zarówno rodzice, jak i przedstawiciele różnego rodzaju specjalności zawodowych. Ich wspólne działania odniosły pozytywny skutek. Terapia surdologopedyczna, psychopedagogiczna jest nadal realizowana i zapewne przy obserwowanym dużym zaangażowaniu rodziców

będzie kontynuowana. Próbując graficznie przedstawić osoby i instytucje zaangażowane w pomoc Mateuszowi oraz występujące między nimi relacje skonstruowałam poniższą rycinę.



**Rycina nr 2.** Schemat s.o.l. funkcjonujący dla opisanego wyżej dziecka ze zdiagnozowanym ubytkiem słuchu.

Schemat współpracy instytucji i osób powstał w wyniku dokonanych analiz materiału badawczego dziecka z deficytem słuchu. Strzałki wskazują połączenia - kierunki współpracy poszczególnych ogniw systemu. Linie ciągłe świadczą o właściwym, ciągłym i bezpośrednim kontakcie pomiędzy strukturami - elementami powyższego systemu. Linie przerywane przedstawiają jedynie częściową współpracę, głównie opartą o przekaz informacji przez osoby trzecie, w tym wypadku rodziców.

Przypadek III.

*(chłopiec objęty terapią logopedyczną - na terenie poradni psychologiczno-pedagogicznej - tam spotykałam się z dzieckiem od stycznia do czerwca 2006 r.*

1. Identyfikacja problemu - specyficzne zaburzenia mowy i języka, afazja rozwojowa, ekspresyjna

DANE OGÓLNE (zebrane z wykorzystaniem Karty badania dziecka - Aneks nr 4)

**Kamil - lat 9** - uczeń klasy I szkoły podstawowej z oddziałami integracyjnymi w Bytomiu. Urodzony w listopadzie 1997 r., wychowuje się w rodzinie wielodzietnej, jest trzecim, najmłodszym dzieckiem. Rodzina pełna, rodziców z wykształcenie średnim, lecz niepracujący. Chłopiec został zgłoszony do poradni psychologiczno-pedagogicznej przez matkę z powodu braku mowy w wieku 4,5 lat. Posługiwał się tylko gestem i kilkoma wyrazami dźwiękonaśladowczymi. Wcześniej, diagnoza ani terapia medyczna, czy logopedyczna nie były podejmowane.

- *Budowa i sprawność artykulatorów* (ocena dokonana 18.01.2006 r. z wykorzystaniem Karty badani sprawności artykulatorów - patrz Aneks nr 5):

Budowa anatomiczna artykulatorów nie budzi zastrzeżeń. Jednak ich sprawność jest obniżona - dziecko nie uzyskało pełnej pionizacji języka. Zaburzona jest również kinestezja artykulacyjna.

- *Artykulacja, mowa spontaniczna, zakres słownictwa, słuch fonemowy, formy gramatyczne i rozumienie wypowiedzi* (zostało zdiagnozowane z wykorzystaniem „Skali do badania mowy dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji - AFA-Skala” (Aneks nr 12).

Rezultaty diagnozy zebrane zostały w protokół badania mowy „AFA-Skala (Aneks nr A.11/1.). Wynika z nich, iż chłopiec na dobrym poziomie rozwinięte miał „rozumienie” rzeczowników, czasowników, przymiotników, przysłówków, liczebników oraz zaimków występujących w teście. Rozumiał poprawnie także nazwy określające kolory.

Drugim obszarem diagnozy „AFA -Skali” było „powtarzanie”. Kamil potrafił powtórzyć głoski, sylaby otwarte i zamknięte, wyrazy złożone z sylab otwartych.



Trudności pojawiły się z artykulacją wyrazów wielosylabowych, wyrazów zawierających zbitki spółgłoskowe. Dodatkowym problemem pojawiającym się przy powtarzaniu były nieprawidłowe realizacje głosek *r* (brak, zastępowanie); *sz, ż, cz, dż* (zniekształcenie); *s, z, c, dz* (zmiękczenie), które wynikały z obniżonej sprawności narządów mowy.

Wyraźne trudności nastąpiły w zakresie „nazywania”. Chłopiec mylił słowa o podobnym przeznaczeniu, problemów nastroczało mu przypomnienie sobie nazwy przedmiotu, czynności. Nie występowały deficyty w nazywaniu liczebników, przysłówków i zaimków. „Mowa czynna” - ostatni obszar diagnostyczny sprawiał dziecku znaczne trudności. Bezbłędnie chłopiec wskazywał osoby i przedmioty na ilustracji, jednak jego odpowiedzi na pytania były krótkie, niegramatyczne. Potrafił właściwie ułożyć kolejność obrazków historyjki obrazkowej uwzględniając ich zależności przyczynowo-skutkowe, nie był w stanie opowiedzieć o tych zdarzeniach, pomimo zachęty, nakierowania ze strony prowadzącego badanie. Opisane objawy wskazują na występowanie afazji rozwojowej i taką diagnozę postawiono również pół roku temu, po złożonych, wzajemnie uzupełniających się badaniach.

- *Głos i oddech:*

Głos cichy, oddech płytki.

- *Tempo mówienia:*

Zwolnione.

- *Słuch fizyczny:*

Badanie orientacyjne ostrości słuchowej (Aneks nr 6), które przeprowadziłam, nie wskazywało na jakiegokolwiek niepokojące reakcje. Dziecko wskazywało żądane części ciała. Podobnie wykazały kilka razy powtórzone badania słuchu programem „Słyszę” w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bytomiu (Aneks nr A.11/2.). Wynik testu był zadawalający, co oznacza, iż badane dziecko nie ma prawdopodobnie problemów ze słuchem.

- *Dane z wywiadu z matką dziecka* (zebrane na podstawie Wzoru karty wywiadu - Aneks nr 7 oraz Kwestionariusza wywiadu o dziecku z dokumentacji poradni psychologiczno-pedagogicznej - Aneks nr A.11/3.).

W rodzinie chłopca nie występowały wrodzone ani genetyczne wady, nie stwierdzono także niepokojących zmian dotyczących reakcji słuchowych. Ciąża przebiegała bez problemów, matka nie chorowała, nie przyjmowała leków, nie doznała fizycznych urazów. Poród o czasie prawidłowy, stan noworodka dobry (Apg 10). Dziecko zaczęło siadać w 5 m. ż., raczkować w 7 m. ż., a w wieku 8 miesięcy chodzić. Zaczął mówić „mama” przed pierwszym rokiem życia. W wieku 18 miesięcy znacznie zmniejszyła się ilość słów wypowiedzianych, a kiedy skończył dwa lata przestał mówić. Kamil jest dzieckiem praworęcznym. Na podstawie danych zgromadzonych z wywiadu, obserwacji, badania słuchu, badań psychologicznych i pedagogicznych trudno było jednoznacznie określić zaburzenie mowy, znaleźć jego przyczyny.

## 2. Geneza i dynamika zjawiska.

Dziecko zgłoszone przez matkę do poradni psychologiczno-pedagogicznej w wieku 4,5 lat nie porozumiewało się mową werbalną. Diagnozę rozwoju przeprowadził logopeda. Na podstawie zapisu w „Karcie mowy dziecka” dowiedziałam się, iż zgodnie z pierwszą diagnozą logopedyczną z dnia 18.01.2001 r. chłopiec w komunikacji językowej posługiwał się zasadniczo gestem. Słownik był bardzo ubogi, ograniczał się do wyrazów: *mama, baba, lala*. Podczas wymawiania/powtarzania patrzył na usta osoby dorosłej. Dysponował ubogim zasobem wyrazów dźwiękonaśladowczych. Powtarzał głoski *p, b, m, l*, wszystkie samogłoski. Zgryz prawidłowy. Wówczas też logopeda zapisał w uwagach by przeprowadzić badanie poziomu słuchu.

Kolejne zapisy to przebieg działań realizowanych na poszczególnych zajęciach indywidualnej terapii logopedycznej. Logopeda starał się ustalić artykulację najpierw głosek, które jako pierwsze pojawiają się (rozwojowo) w mowie dziecka. Ćwiczenia dźwiękonaśladowcze, łączenie głosek *p, b, t, d, w, f, m, n, k, g* oraz ich zmiękczeń z samogłoskami, tworzenie prostych wyrazów, wskazywanie i nazywanie obrazków, ćwiczenia Dennisona, to główne zabiegi stosowane z dzieckiem. Wskazania do kontynuacji ćwiczeń były po zajęciach przekazywane rodzicom do realizacji w domu. Efekty były niezadowolające pomimo wysiłków wkładanych

w pracę z chłopcem. Badanie słuchu wykluczyło przyczynę trudności w rozwoju mowy ubytkami słuchu fizycznego. W czerwcu 2003 r., w karcie mowy widniał zapis, iż zaobserwowano zmianę na korzyść w rozwoju mowy. Dziecko wówczas utrzymywało wyrazy z sylabą otwartą i zaczęło podejmować próby artykulacji wyrazów o schemacie sylaba otwarta plus zamknięta. W uwagach logopedy widniała adnotacja, iż chłopiec nadal musi patrzeć na usta mówiącego, by właściwie powtórzyć wyraz. W sierpniu 2003 r. zespół orzekający Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej wydał opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (Aneks nr A.11/4.). W opinii czytamy, że decyzja ta obowiązuje do czasu podjęcia nauki w szkole.

W diagnozie dziecka podano informację o dotychczasowym przebiegu terapii logopedycznej oraz pracy korekcyjno-kompensacyjnej realizowanej na terenie grupy integracyjnej w przedszkolu miejskim. Konkluzja była następująca: „wielomiesięczna obserwacja i nikłe postępy dziecka sugerują zaburzenia rozwoju mowy o typie alalii”\*. Wyniki badań psychologicznych, które przeprowadzono metodami pozawerbalnymi, nie były jednoznaczne. Niemniej stwierdzono, iż opóźniony był poziom rozumowania, natomiast dobrze rozwinięta analiza i synteza wzrokowa. Odnotowano również opóźnienia w rozwoju emocjonalnym.

W zaleceniach zespół orzekający Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej zaproponował wczesne wspomaganie rozwoju dziecka prowadzone indywidualnie na terenie przedszkola. W ramach tego wskazania proponuje się pozostawienie Kamila w grupie pięcioletków i kontynuowanie terapii logopedycznej.

Terapia logopedyczna była kontynuowana na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, a także podczas indywidualnych zajęć w przedszkolu. I jak wynika z zapisu w „Karcie mowy dziecka” z 14.IX 2004 r. w badaniu logopedycznym stwierdzono, iż następuje rozwój mowy, gdyż dziecko znało i posługiwało się większym (niż na początku terapii) zasobem wyrazów, zaczęły pojawiać się głoski przedniojęzykowo-dziąsłowe. Brak było głoski *r*, a szereg głosek *s*, *z*, *c*, *dz* był realizowany jak ich zmiękczone odpowiedniki. Rozpoczęto pracę nad wywołaniem głoski *s*, którą kontynuowano na kolejnych zajęciach. Kamil został również włączony

---

\* Opinia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bytomiu z dnia 21.08.2003 r., s. 2 (Aneks Nr A.11/4.).

do grupy terapeutycznej działającej na terenie poradni dla dzieci z zaburzeniami mowy, jednak nie korzystał często z tych zajęć.

Diagnoza rozwoju dziecka została poszerzona o informacje uzyskane w wyniku przeprowadzenia dnia 16.06.2005 r. badań neurologicznych na Oddziale Neurologii Dziecięcej w chorzowskim Centrum Pediatrii (Aneks nr A.11/5.). Przeprowadzono badanie MR głowy (rezonans magnetyczny), EEG, dokonano konsultacji audiologicznej, okulistycznej i kardiologicznej.

W epikryzie podano, iż chłopiec (wówczas 7 letni) rozwijał się poprawnie ruchowo z opóźnionym rozwojem mowy. Zgodnie z opinią psychologa Centrum Pediatrii z dnia 4.03.2005 r. stwierdzono dysharmonijny rozwój poszczególnych funkcji. Podane były końcowe wyniki uzyskane z wykorzystaniem w badaniach testu WISC-R. Wynikało z nich, iż prawidłowo rozwinięte jest myślenie na materiale pozawerbalnym, a szczególnie dobrze rozwinięta jest spostrzegawczość I.I. =106 (w skali bezsłownej WISC-R). Znacznie słabiej rozwinięte jest rozumowanie słowne (wynik uzyskany w skali słownej WISC-R - I.I.=63 jest na poziomie niedorozwoju lekkiego stopnia). Ogólnie chłopiec funkcjonuje na poziomie niższym niż przeciętny (I.I.=82 w skali pełnej).

Orzeczono wystąpienie afazji rozwojowej. Badania neurologiczne nie wykazały zespołu neurologicznego. W badaniu okulistycznym stwierdzono zez naprzemienny, kardiologicznie bez cech wad serca, audiologicznie słuch prawidłowy. W podsumowaniu czynności diagnostycznych zapisano, iż nie stwierdzono organicznej neurologicznej przyczyny zaburzeń mowy.

Zalecono dalszą systematyczną kontrolę w Poradni Neurologii Dziecięcej, stałą opiekę psychologa i logopedy oraz kontrolę okulistyczną. W oparciu o powyższe ustalenia, a także opinię logopedy, psychologa z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej i opinię logopedy, psychologa, wychowawcy, pracujących z dzieckiem na terenie przedszkola z oddziałami integracyjnymi zespół orzekający Poradni 15.09.2005 r. wydał orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego Kamila.

### 3. Znaczenie problemu

Brak próba podjęcia konstruktywnych działań w celu rozwiązania problemu zaburzeń mowy i języka występującego u chłopca mógł spowodować niekorzystne konsekwencje jednostkowe i społeczne. Planując terapię logopedyczną dziecka z afazją<sup>211</sup> należy brać pod uwagę wszystkie jego ograniczenia. Stymulując rozwój mowy trzeba jednocześnie starać się ograniczać wpływ czynników utrudniających ten proces tzn. wpływać na postawy najbliższego otoczenia dziecka (wypracować: akceptację, troskę, nastawienie na pozytywne wzmocnienie dziecka), uwzględniać specyficzne cechy emocjonalne i zachowania społeczne dziecka.

### 4. Prognoza

Negatywna - dziecko i jego rodzina nie będą kontynuować intensywnych zabiegów związanych ze stymulacją mowy. Dziecko nie wypracuje wówczas umiejętności językowych niezbędnych do skutecznego porozumienia się w społeczeństwie.

Pozytywna - wielokierunkowe działania doskonalące i poszerzające umiejętności językowe połączone z równoległą nauką czytania i pisania oraz terapią psychologiczną pozwolą dziecku na rozwój komunikacji językowej. Aktywność ogniw systemu opieki logopedycznej, w tym dziecka i jego rodziców pozwoli ograniczyć dotychczasowe niedoksztalcenie mowy i da możliwości konstruktywnego funkcjonowania społecznego.

### 5. Propozycje rozwiązań

Z zapisu w Karcie mowy dziecka wynika, że badanie AFA-Skałą zostało przeprowadzone 13.09.2005 r., a jej wyniki oraz dotychczasowy przebieg terapii

---

<sup>211</sup> Problem zaburzeń afatycznych jest szeroko opisany w literaturze. Szczególnie dużo miejsca poświęca różnym typom klasyfikacji tej dysfunkcji Herzyk A.: Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołu zaburzeń. W: Logopedia 2000 nr 28; Kordyl Z.: Psychologiczne problemy afazji dziecięcej. Warszawa 1968; Szumska J.: Metody badania afazji. Warszawa 1980; Foniatria kliniczna, red. Pruszewicz A. Warszawa 1992; Zeleck W.: Zaburzenia czytania i pisania u dzieci afatycznych głuchych i dyslektycznych.

logopedycznej posłużył do uzupełnienia sporządzonego orzeczenia z dnia 15.09.2005 r. (Aneks nr A.11/6.) o potrzebie kształcenia specjalnego oraz opinii dla rodziców, która miała być przedstawiona Komisji ds. Orzecznictwa o Niepełnosprawności. W oparciu o informacje zawarte w powyższych dokumentach wskazane wydaje się podjęcie następujących działań:

- kształcenie specjalne realizowane w szkole podstawowej z klasami integracyjnymi,
- kontynuowanie terapii logopedycznej w ramach zajęć rewalidacji indywidualnej,
- nauka czytania z wykorzystaniem „Metody 18 struktur wyrazowych”<sup>212</sup> lub „Nauka czytania krok po kroku”<sup>213</sup> J. Cieszyńskiej,
- intensywna praca nad doskonaleniem umiejętności doskonalenia analizy i syntezy słuchowej.

Wdrożenie powyższych zaleceń, wykorzystanie specyficznych form pracy miało stworzyć dziecku szansę na opanowanie materiału dydaktycznego przewidzianego do realizacji w pierwszym etapie edukacyjnym i prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny. Należało zadbać o stworzenie odpowiednich warunków w jego najbliższym otoczeniu społecznym. Istotne więc było nawiązanie ścisłej współpracy z domem rodzinnym, wspomaganie członków rodziny Kamila, udzielanie konkretnych wskazówek dotyczących postępowania z dzieckiem. Także zespół klasowy i wychowawca szkolny powinien dobrze znać problem ucznia, by w odpowiedni sposób go motywować i wspomagać.

## 6. Efekty wdrażania rozwiązań

W tym przypadku trudno jednoznacznie przedstawić efekty wdrożonych działań. Proces diagnozy, obserwacji i stymulacji dziecka trwał już 5 lat. Miałam możliwość uczestniczenia i prowadzenia zajęć przez pół roku trwania terapii logopedycznej. Prócz weryfikacji diagnozy logopedycznej „AFA-Skałą” (Aneks nr

---

<sup>212</sup> Kujawa E., Kurzyńska M. : Metoda 18 struktur wyrazowych. Warszawa 1998. W skład kompletu wchodzi: Zestawy do ćwiczeń analizy i słuchowej; 9 zeszytów ćwiczeń; podręcznik dla pedagoga terapeuty; książka do ćwiczeń w czytaniu.

<sup>213</sup> Cieszyńska J.: Nauka czytania krok po kroku. Kraków 2005. por. Cieszyńska J.: Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym. Kraków 2000.

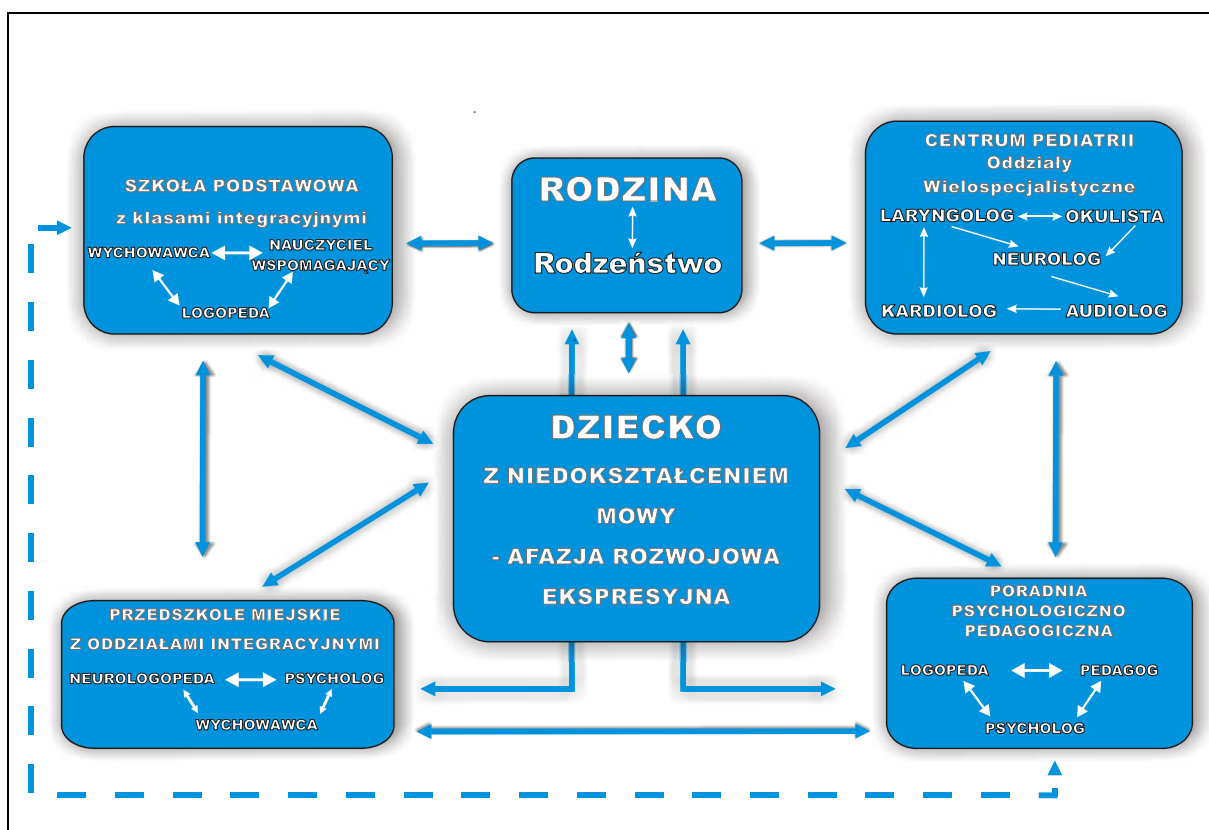
A.11/1.) przeprowadziłam kilka zajęć indywidualnych, scenariusz jednego z nich wraz z uwagami dotyczącymi obserwacji chłopca na zajęciach przedstawiłam w Aneksie nr A.11/7. Rozmowy, obserwacje oraz wyniki kolejnych badań wskazują na wystąpienie następujących zmian:

- Nastąpiła znaczna poprawa w funkcjonowaniu społecznym dziecka. Chłopiec łatwo nawiązywał kontakty, był podporządkowany, pracował samodzielnie, aczkolwiek wymagał powtórzeń niektórych poleceń, tempo pracy zmienne;
- W rozwoju funkcji intelektualnych nadal obserwowane były znaczne dysharmonie. Prawidłowo rozwinięte myślenie na materiale pozawerbalnym, znacznie słabiej natomiast rozumienie słowa. Ogólnie chłopiec funkcjonował na poziomie niższym niż przeciętny.
- Największe zaburzenia występowały nadal w funkcjonowaniu mowy. Niska sprawność językowa objawiająca się nie stosowaniem form gramatycznych, ubogim słownictwem czynnym (z przewagą rzeczownika nad innymi częściami mowy). Artykulacja często nieczytelna w związku z licznymi redukcjami grup spółgłoskowych, sylab. Trudności nadal sprawiało budowanie i komunikowanie się całymi zdaniami. Funkcja powtarzania mowy lepsza od nazywania. Zważywszy jednak na wyniki pierwszej diagnozy logopedycznej - dziecko posługiwało się gestem i wybrzmiewało 4 proste słowa - również tę umiejętność trzeba uznać za udoskonaloną, rozwiniętą.
- Chłopiec na dobrym poziomie opanował elementy motoryki oraz dobrze przygotowany był do nauki pisania. Nie opanował elementów czytania.
- Proces terapeutyczny nie został zakończony. Praca nad usuwaniem deficytów i stymulowaniem rozwoju mowy przy specyficznych zaburzeniach mowy i języka, czyli afazji rozwojowej typu ekspresyjnego jest procesem medycznym, długotrwałym i nie zawsze przynoszącym pożądane efekty.

### Podsumowanie

Myślę, iż uzyskane efekty działań terapeutycznych są zadawalające. Osiągnięto je dzięki zaangażowaniu indywidualnych osób i zespołów ludzkich w pracę

z Kamilem i jego rodziną. Poniżej prezentuję w formie graficznej sieć osób i instytucji uczestniczących i realizujących zadania opieki nad mową chłopca.



**Rycina nr 3.** Schemat s.o.l. funkcjonujący dla opisanego wyżej dziecka z zaburzeniami afatycznymi.

Przedstawione opisy trójki dzieci z zaburzeniami mowy prezentują działanie systemu opieki logopedycznej na Śląsku. Starłam się w analizach dotrzeć do możliwych źródeł informacji o dzieciach, tak, by w rzetelny sposób przedstawić ich indywidualne losy oraz zrealizowane z myślą o ich mowie czynności. Pomimo różnorodności deficytów mowy występujących u dzieci: Roksana - dyslalia (rotacyzm)<sup>214</sup> i upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim; Mateusz - obustronny

<sup>214</sup> DYSLALIA- to zaburzenie bogato prezentowane jest w literaturze. Termin „dyslalia” stosowany jest przy określaniu różnych postaci wad wymowy, dotyczy zniekształcenia substancji fonicznej w płaszczyźnie segmentalnej, jej istota jej nieprawidłowa realizacji głosek. por. Rodak H.: Terapia dziecka z wadą wymowy. Warszawa 1994; Diagnoza i terapia zaburzeń mowy, red. Gałkowski T., Tarkowski Z., Zaleski T. Lublin 1993; Spałek E., Piechowicz-Kułakowska C.: Jak pomóc dziecku z wadą wymowy. Kraków 1994 i in.



niedosłuch znacznego stopnia<sup>215</sup>; Kamil - afazja rozwojowa typu ekspresyjnego<sup>216</sup>  
dostrzec można pewne podobieństwa:

- dla wszystkich dzieci placówką wiodącą, koordynującą terapię logopedyczną (pedagogiczną i psychologiczną) była poradnia psychologiczno-pedagogiczna,
- pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznej zachęcali do współpracy rodziców dzieci. Ta współpraca była szeroko pojęta, dwukierunkowa, skierowana na skuteczną pomoc dziecku (wymiana informacji, pedagogizacja, podejmowanie wspólnych działań itp.). W przypadku Roksany i Kamila nie można mówić o pełnym zaangażowaniu ze strony rodziny,
- zaplanowana i realizowana z dzieckiem terapia przynosiła wymierne efekty, w postaci rozwoju sprawności komunikacji językowej, zwiększenia poprawności artykulacyjnej, a także rozwoju społecznego, emocjonalnego,
- pojawiły się również we wszystkich przypadkach te same ogniwa s.o.l. tj. rodzina i poradnia psychologiczno-pedagogiczna oraz odpowiadające sobie przedszkole lub/i szkoła podstawowa.

Najprostszy system opieki logopedycznej funkcjonował w przypadku Roksany, najbardziej złożony, z największą ilością ogniw i struktur, w które te ogniwa były powiązane, to system obejmujący swoimi działaniami Kamila. Kolejną różnicą był wiek rozpoczęcia terapii logopedycznej: Roksana - 9 lat, Mateusz - 6 miesięcy, Kamil - 4,5 roku oraz jej czas trwania i uzyskane efekty. Wiek, w którym dziecko było zdiagnozowane i rozpoczęło terapię zaburzeń mowy, często w zasadniczy sposób wpływa na jej efektywność i czas trwania. Priorytetowy wpływ na powyższe wskaźniki ma rodzaj występującego zaburzenia. Myślę, że w przypadku Roksany , ale

---

<sup>215</sup> GŁUCHOTA - uszkodzenie słuchu w stopniu znacznym lub głębokim (pow. 70 dB w lepszych uchu), uniemożliwiające rozumienie mowy wyłącznie drogą słuchową, a w konsekwencji tworzące bariery w komunikowaniu. W 2002 r. uruchomiono program powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków. Wczesna diagnoza daje szansę dziecku na prawidłowy rozwój, jeśli zostanie objęte specjalistyczną opieką , zanim ukończy 6 miesiąc życia. Por. Perier O.: Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Warszawa 1992; Szczepankowski B.: Niesłyszący - Głusi - Głuchoniemi. Wyrównywanie szans. Warszawa 1999; Eckert U.: Pedagogika niesłyszących i niedosłyszących - surdopedagogika.. W: Pedagogika specjalna (red.) Dyklik W. Poznań 1997 i in.

<sup>216</sup> AFAZJA - jeden z objawów uszkodzenia centralnego systemu nerwowego człowieka, polegający na różnego rodzaju zaburzeniach mowy. AFAZJA DZIECIĘCA - pierwotne bądź specyficzne zaburzenie zachowania językowego, związane z patologią mózgową, nie będące wtórną konsekwencją innych zaburzeń, wynikających z dysfunkcji mózgu. Por. Herzyk A.: Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołów zaburzeń, W: Audiofonologia 1997, t. 10; Diagnoza i terapia osób z afazją, Red. Balejko A., Białystok 1988; Maruszewski H.: Afazja. Zagadnienia teorii i terapii. Warszawa 1966. Herzyk A.: Afazja i autyzm dziecięcy, Lublin 1992; Neuropsychologia kliniczna: wybrane zagadnienia, Red. Klimkowski M., Herzyk A., Lublin 1994.

także i Kamila można mówić o opóźnionej pomocy logopedycznej. Dzieci były odmiennie diagnozowane, różni specjaliści oceniali ich poziom rozwoju stwierdzając bądź wykluczając istnienie nieprawidłowości.

Instytucje przedstawione na rycinach prezentujących działania s.o.l. podjęte dla opisywanych dzieci, były w większości przypadków ze sobą połączone. To połączenie oznaczało współpracę; linia ciągła - pełną, linia przerywana - niepełną, natomiast grot wskazywał kierunki podejmowanych interakcji. Wewnątrz struktur systemu wpisane były osoby, które także powiązane były zależnościami. Schemat funkcjonowania s.o.l. w przypadku Roksany zamykał się w obrębie rodziny i instytucji jednego ministerstwa (MEN), połączenia były pełne i dwukierunkowe. Odmiennie od powyższego były schematy s.o.l. funkcjonujące dla chłopców, gdzie współpraca wymagała połączenia sił resortu oświaty i zdrowia. Nasuwa się pytanie, na które próbuję znaleźć odpowiedź w niniejszej pracy: Jak usprawnić działanie systemu opieki logopedycznej by skuteczniej służył pacjentowi? Mam nadzieję, iż wyniki przeprowadzonych badań i dokonanych analiz pozwolą podjąć próbę udzielenia na nie odpowiedzi.

Dokonując podsumowania w treści zawartych w podrozdziale, zwrócić należy uwagę na uzyskane prawidłowości. Stwierdzić należy, że rodzice wyrażający swe opinie na temat funkcjonowania współczesnego systemu opieki logopedycznej, dokonując powyższego zabiegu przez pryzmat swoich dzieci, którym usługi były świadczone pozytywnie odbierają działalność s.o.l. Uwidocznili się to, między innymi we wskazaniach dotyczących efektów działań logopedycznych, gdzie 100% badanych dostrzegło różne, ale pozytywne zmiany u swego dziecka. Rodzice doceniali wielość podejmowanych przez logopedów działań, wyrażali chęć dalszej współpracy z różnymi osobami (w tym specjalistami) i instytucjami. Wyniki analiz pozwoliły dokonać oceny zadowolenia rodziców z realizowanych zadań. Pozwoliły uzyskać wiele interesujących informacji dotyczących pacjentów s.o.l. (np. przyczyna podjęcia terapii, czas jej trwania itp.). Zastosowanie metody indywidualnych przypadków pozwoliło prześledzić indywidualne losy dzieci z zaburzeniami mowy, wskazać sieć osób i instytucji, wchodzących w skład struktur s.o.l., skupionych wokół rozwiązywania problemu dziecka z deficytem mowy.

## ZAKOŃCZENIE I WNIOSKI

Mowa człowieka jest obecnie przedmiotem zainteresowania wielu różnych dyscyplin naukowych. Rozpatrywane są zagadnienia dotyczące jej rozwoju, stymulacji, zaburzeń i korekcji oraz innych aspektów przy uwzględnieniu różnych punktów widzenia. Wydawane są poradniki, opracowywane programy komputerowe, tworzone materiały edukacyjne, których celem jest usprawnienie mowy, doskonalenie kompetencji językowych, a także jej reedukacja bądź terapia. Te pomoce cieszą się niesłabnącym zainteresowaniem (a wydaje się nawet, że ich popularność stale wzrasta) ze strony nauczycieli, logopedów, rodziców. Statystyki przeprowadzonych badań pedagogicznych potwierdzają wysoki odsetek dzieci z deficytami mowy.

Problematyka zaburzeń mowy jest istotnym zagadnieniem z uwagi na wynikające z nich konsekwencje pedagogiczne, psychologiczne, społeczne. Brak sprawności w posługiwaniu się mową wpływa niekorzystnie na losy edukacyjne dziecka (nauka czytania, pisanie), a także utrudnia nawiązywanie kontaktów społecznych, co w konsekwencji prowadzić może do braku pełnej socjalizacji, zaburzeń emocjonalnych. Postulat wszechstronnej pomocy osobom z zaburzeniami mowy, pomimo wielu podejmowanych prób, zarówno teoretycznych, jak i praktycznych, nie został jeszcze w pełni zrealizowany. Jest to tym trudniejsze, że przystawalność świadczeń logopedycznych do potrzeb społecznych stale ulega dezaktualizacji. Szybkie tempo życia, otwarcie na pojawiające się ciągle światowe innowacje, rosnące oczekiwania wobec świadczeniodawcy powodują, że problem pomocy osobom z zaburzeniami mowy jest nieustannie aktualny zarówno w Polsce, jak i na świecie. Te zagadnienia stały się pretekstem do podjęcia niniejszych badań.

Celem niniejszej rozprawy była próba:

1. poznania oraz zaprezentowania teoretycznych i praktycznych form opieki logopedycznej zaistniałych na Górnym Śląsku od 1922 r. po współczesność, oraz

2. poznania obecnego stanu tej opieki wyrażonego w opiniach uczestników systemu oraz ujawnionego w analizach indywidualnych przypadków, a w konsekwencji:

- określenie wpływu społecznych uwarunkowań na dokonujące się w sol modyfikacje;
- ocena przystawalności systemu opieki logopedycznej do oczekiwań społecznych.

Przedmiotem badań były wszystkie ujawnione formy i kierunki – a w konsekwencji systemy – opieki logopedycznej, jakie zaistniały na Górnym Śląsku w przeszłości i współcześnie oraz opinie wyrażone przez uczestników współczesnego systemu wraz z warunkującymi je czynnikami i oczekiwaniami społecznymi.

Uzyskane wyniki badań pozwalają zająć stanowisko wobec zaprezentowanych w rozprawie problemów badawczych, a także podjąć próbę określenia zachodzących prawidłowości.

Podsumowanie i wnioski z badań ukazane zostaną zgodnie z kolejnością – przyjętych w rozdziale II niniejszej pracy – szczegółowych problemów badawczych. W celu zwiększenia przejrzystości posumowania rezultatów badań własnych, prezentacji wyników dokonano przedstawiając kolejno:

- Opieka logopedyczna na Górnym Śląsku od 1922 r. po współczesność.
- Stan współczesnego system opieki logopedycznej na Górnym Śląsku w opiniach nauczycieli, logopedów, rodziców.
- Przystawalność systemu oddziaływań logopedycznych do potrzeb/oczekiwań społeczności Górnego Śląska.

### **Opieka logopedyczna na Górnym Śląsku od 1922 r. po współczesność.**

Uwzględniając wyjściowe założenia o eksploracyjnym charakterze badań, w oparciu o literaturę i dokumenty prawne dokonałam opisu stanu opieki logopedycznej na Górnym Śląsku od 1922 roku po 2006 rok. Zwróciłam również uwagę na zmiany w formach i kierunkach tej opieki, jakie dokonały się w powyższym okresie.

Wyniki badań własnych wykazały, iż stan opieki logopedycznej na Górnym Śląsku w latach 1922 - 1939 był niewystarczający. Funkcjonowały jedynie dwie placówki:

- logoterapeutyczna, jaką był Instytut Fonetyczny z Poradnią Logopedyczną prowadzona przez księdza prof. S. Wilczewskiego, działająca od 1922 roku w Katowicach;
- surdopedagogiczna - Zakład dla Głuchych w Rybniku działający od 1927 roku, zlokalizowany w pawilonach przy Szpitalu Psychiatrycznym w Rybniku, a następnie „wchłonięty” przez nowo powstały w 1935 r. Śląski Zakład dla Głuchoniemych w Lublińcu. Pierwszym jego dyrektorem został dr Kazimierz Głogowski.

Stwierdzić należy, iż stan opieki logopedycznej na Górnym Śląsku do roku 1939 był zawężony do funkcjonowania pojedynczych placówek oraz działalności niewielkiej ilości specjalistów z tego zakresu, zajmujących się jednak wieloma zagadnieniami komunikacji językowej. Szczególny wkład dla śląskiego ruchu logopedycznego miał uznany za prekursora tej działalności, ksiądz prof. dr Stanisław Wilczewski. W działalności ks. S. Wilczewskiego wyróżnić można trzy dziedziny zainteresowań:

- fizjologia głosu - wypracował metodę służącą zapobieganiu schorzeniom głosu; walczył o kształcenie fonetyczne nauczycieli w ramach nauki zawodu (działania prewencyjne, edukacyjne - zakres zadań logopedii wychowawczej),
- kultura żywego słowa - opracował system wymowy głosek polskich; rozwijał kulturę żywego słowa w Śląskich Seminariach Duchownych i Nauczycielskich,
- patologia głosu - opracował skuteczną metodę usuwania jąkania, prowadził terapię (i profilaktykę) fonastenii, a także innych wad wymowy.

Drugą znaczącą postacią dla śląskiej logopedii był Kazimierz Głogowski, który stał się głównym organizatorem opieki logopedycznej po II wojnie światowej, jednak swą działalność rozpoczął znacznie wcześniej. W 1935 r. powierzono mu bowiem stanowisko dyrektora Zakładu dla Głuchych w Rybniku, a następnie nowoczesnej placówki tego typu w Lublińcu. K. Głogowski swoje zainteresowania naukowe i praktyczne skupiał na dwóch problemach logopedycznych:

- surdopedagogice - opracował zagadnienia dotyczące psychologii i porozumiewania się dziecka głuchego oraz kształcenia zawodowego i adaptacji społecznej człowieka głuchego;
- patologii mowy - podejmował działania teoretyczne i praktyczne dotyczące rehabilitacji mowy osób jękających się, a także z różnymi wadami wymowy.

Idee swojej pracy propagowali na szkoleniach, kursach, na konferencjach swą wiedzą dzielili się z naukowcami z kraju i zza granicy, publikowali informacje o dokonanych ustaleniach teoretycznych.

Zakres opieki logopedycznej, realizowanej na Górnym Śląsku w latach 1922-1939, był szeroki, wypełniał zadania logopedii teoretycznej i stosowanej, czyli praktyki logopedycznej.

Przy tak szerokim zakresie działań opieki logopedycznej jej stan był nieprzystający do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa Górnego Śląska. Z czasem, uległ on poprawie ze względu na stopniowy wzrost ilości kadry i rozwijającą się sieć placówek.

W latach 1922 - 1939 funkcjonowały na Górnym Śląsku instytucjonalne formy działalności logopedycznej, jednak bez konkretnego, sformalizowanego modelu opieki logopedycznej. Przyjęłam, że od 1930 roku rozpoczął się okres kształtowania systemowej działalności logopedycznej. Ten przedział czasowy wyznaczony został ze względu na rozpoczęcie w 1930 roku prac zmierzających do wprowadzenia modelu pełnej opieki logopedycznej opracowanego przez B. Dylewskiego.

Model ów zakładał współpracę placówek podlegających zarówno resortowi zdrowia jak i oświaty. W naszym regionie następował, po 1945 roku, stały wzrost ilości placówek powoływanych do świadczenia opieki logopedycznej. Działalność popularyzatorska, edukacyjna i naukowa ks. S. Wilczewskiego oraz K. Głogowskiego stanowiła dla władz państwowych naszego regionu, a także dla grupy ludzi zaangażowanych w pracę oświatową i zdrowotną nie lada wyzwanie. Następowaly dynamiczne przeobrażenia społeczne, gospodarcze i edukacyjne, często korzystnie wpływające na rozwój województwa. Duży napływ ludności z obszaru całego kraju na Górny Śląsk w poszukiwaniu „pracy i chleba”, generował potrzebę systemowych rozwiązań w różnych sferach życia społecznego.

Resort zdrowia powoływał kolejne placówki opieki. K. Głogowski zorganizował w ramach służby zdrowia, opiekę dla osób z zaburzeniami mowy. Założona przez niego w 1949 roku pierwsza w regionie Poradnia Zaburzeń Mowy w Katowicach wyzwoliła proces powoływania takich placówek w innych miastach regionu. Na przełomie lat 60 i 70-tych zeszłego wieku placówkami, zajmującymi się opieką logopedyczną były: poradnie ortofoniczne i poradnie foniatryczne. Zapewniały opiekę nad mową i głosem dla szerokiego grona pacjentów. Te pierwsze funkcjonowały jako samodzielne komórki przy przychodniach zdrowia psychicznego lub poradniach specjalistycznych, podobnie poradnie foniatryczne.

Istotną rolę odgrywała w naszym regionie funkcjonująca do dziś Poradnia Logopedyczna przy Wojewódzkim Zespole Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży w Katowicach. Była jednostką o charakterze konsultacyjnym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Prowadziła też działalność edukatorską dla personelu pielęgniarско-higienicznego zatrudnionego w placówkach oświatowych.

Inna śląska instytucja - Zakład Ortodoncji Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze prócz specjalistycznej działalności terapeutycznej (terapia dzieci z rozszczepem podniebienia) zajmowała się pracą naukowo-badawczą w tym zakresie.

Obok placówek resortu zdrowia rozkwitała sieć instytucji świadczących opiekę nad mową dziecka w resorcie oświaty. Prym wiodła w województwie, założona w 1968 roku, Okręgowa Poradnia Wychowawczo-Zawodowa (później funkcjonująca jako Wojewódzka Poradnia Wychowawczo-Zawodowa, a obecnie Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna), która początkowo swe funkcje pełniła realizując dwa zadania. Pierwsze dotyczyło diagnozowania potrzeb logopedycznych dzieci ze szkół katowickich, drugie koncentrowało się na organizowaniu opieki logopedycznej w placówkach terenowych. Oba realizowała bardzo dobrze, wypracowując, a następnie wdrażając w życie modelowe rozwiązania kolejnych teoretycznych koncepcji dotyczących opieki logopedycznej. W 1970 roku Wojewódzka Poradnia Wychowawczo-Zawodowa wspólnie z Inspektorem Oświaty w Katowicach jako pierwsza w Polsce powołała trzy eksperymentalne ogniska logopedyczne. W roku szkolnym 1973/74 było takich grup 27, a w kolejnym już 40. Ta nowatorska forma pracy korekcyjnej była skuteczna i służyła dzieciom, które nie uczęszczały do

przedszkola, a miały niebawem podjąć naukę szkolną. Drugą formą pomocy logopedycznej, prócz ognisk, była praca w grupach wyłanianych z dzieci przedszkolnych. Reedukację prowadziły nauczycielki przedszkoli, przeszkolone przez Wojewódzką Poradnię Wychowawczo-Zawodową, w ramach 10-dniowego kursu. Logopeda z Poradni hospitował realizowane zajęcia i czuwał nad doborem metod, konsultował trudniejsze przypadki. Praca korekcyjna prowadzona była w ramach godzin ponadwymiarowych. Podobną formę pomocy na terenie województwa prowadzili także nauczyciele szkół specjalnych dla dzieci z obniżonym ilorazem inteligencji. Programy szkół przewidywały dodatkowe godziny pracy na indywidualne i zespołowe ćwiczenia dla uczniów z zaburzeniami mowy. W 1974 roku powołano grupę specjalną w Przedszkolu nr 52 w Katowicach, gdzie logopeda i psycholog prowadzili terapię.

Realizowany na terenie kilku miast śląskich model opieki logopedycznej był zgodny z założeniami teoretycznymi systemu opracowanego przez Genowefę Demel. Założenia zaczerpnięte, z opracowanego w latach 1930 - 1935 przez Benedykta Dylewskiego modelu, poszerzyła o konkretne wskazania organizacyjne. Głównym założeniem systemu B. Dylewskiego była bowiem współpraca logopedów i rodziców dzieci z zaburzeniami mowy, wsparta pomocą tzw. ogniwa pośredniego, czyli odpowiednio przygotowanych nauczycieli. B. Dylewski twierdził, iż praca w poradni jest mniej efektywna niż praca z uczniem w szkole. G. Demel przejęła po Dylewskim podstawowe założenia dotyczące spójności, systematyczności, ciągłości oddziaływań terapeutycznych, zasadności szkolenia nauczycieli w zakresie prowadzenia opieki nad mową dziecka. Centrum Jej modelu stanowił Punkt Logopedyczny, organizowany przy Poradniach Międzyszkolnych, a te przy Poradniach Obwodowych, które były „bazą” konsultacyjną dla przeszkolonej kadry pracującej w terenie. Model G. Demel z założenia przeznaczony był do realizacji w resorcie zdrowia, inaczej niż miało to miejsce na Górnym Śląsku, gdzie jego zadania wypełniały placówki oświatowe. Jednak nie przetrwał on próby czasu i załamał się po 1972 r. w wyniku wprowadzenia nowych regulacji prawnych. W naszym województwie przeobraził się w doskonalszy, wielospecjalistyczny model, zgodny z założeniami opracowanymi przez L. Kaczmarka. To systemowe rozwiązanie zakładało ścisłą współpracę dwóch



resortów, z wykorzystaniem warunków właściwego kształtowania się i rozwijania wszystkich aspektów porozumiewania się, od poziomu prenatalnego do dorosłego. L. Kaczmarek swe propozycje modernizacyjne wnosił od 1960 roku. W 1991 r. podjął kolejną próbę ulepszenia systemu opieki logopedycznej, którego funkcjonowanie odzwierciedlają aktualne regulacje prawne.

Powyższe modele znalazły swe zastosowanie w praktycznej działalności logopedycznej. Przykładem teoretycznej koncepcji systemowego świadczenia usług logopedycznych jest holistyczny model logoterapii opracowany przez Krystynę Błachnio. Autorka opracowała go w 1987 roku, a jego założenia o wczesności, syndromowości, kompleksowości, systemowości, które determinują efektywność funkcjonowania opieki logopedycznej i zapewniają holistyczność terapii logopedycznej bliskie są wszystkim logopedom.

Powyższe ustalenia historyczno-teoretyczne uprawniają do sformułowania wniosku: Infrastruktura logopedyczna na Górnym Śląsku podlegała dynamicznym przeobrażeniom, szczególnie po 1945 roku. Czynniki determinującymi były przemiany i aktywność społeczna, czynniki gospodarcze i edukacyjne, w tym rozwój dyscyplin naukowych.

### **Stan współczesnego systemu opieki logopedycznej na Górnym Śląsku w opiniach nauczycieli, logopedów i rodziców.**

Eksploracja połączona z diagnozą umożliwiła określenie źródeł i zakresu wiedzy respondentów o s.o.l. Pozwoliła sformułować, wyróżnione w opiniach nauczycieli, logopedów i rodziców, oceny jakości i zakresu funkcjonowania współczesnego systemu opieki logopedycznej, a także zinterpretować statystycznie i jakościowo różnice oraz zależności pojawiające się w ocenach poszczególnych grup badawczych.

Analizując informacje o zakresie i źródłach wiedzy o współczesnej opiece logopedycznej, zawarte w opiniach badanych zespołów ludzkich uwzględniono różnice wynikające z odmienności ich ról pełnionych w s.o.l.

Wyniki badań własnych dotyczące zakresu wiedzy o s.o.l. nauczycieli i logopedów wykazały, iż 92% nauczycieli i 83% logopedów termin „opieka logopedyczna” definiuje w jego wąskim zakresie, skoncentrowanym głównie na praktycznej działalności pomocowej. Szerokie znaczenie tego pojęcia dostrzegło 7% nauczycieli i 17% logopedów. Ci respondenci zwrócili uwagę nie tylko na podejmowanie działań związanych ze świadczeniem opieki logopedycznej, ale wskazali, że te działania podejmowane są przez osoby i instytucje, zespoły ludzkie, a ich współpraca jest regulowana przepisami prawa. Podejmowana opieka kierowana jest do osób wymagających różnorodnej pomocy w celu usprawnienia porozumiewania językowego.

Doprecyzowaniem definiowanego terminu „opieka logopedyczna” było ustalenie składowych tejże opieki. Wyodrębniając ogniwa systemu logopedycznego 67% nauczycieli i 75% logopedów wskazało, iż w skład tego systemu wchodzi instytucje, osoby zatrudnione w placówkach MEN i MZ, świadczące opiekę logopedyczną dzieciom i dorosłym w szerokim zakresie, wyznaczonym przez obowiązujące normy prawne. Pozostałe odpowiedzi badanych osób wskazywały na ogniwa systemu opieki przypisane tylko jednemu spośród wymienionych wyżej resortów. Połowicznie określały więc faktyczny stan.

Podstawową strukturę opisywanego systemu uzupełniają rodzice i opiekunowie dzieci z zaburzeniami mowy, logopedzi z prywatnych gabinetów, a także towarzystwa, stowarzyszenia, organizacje niepaństwowe angażujące się w tę pomoc.

Głównymi adresatami usług logopedycznych, wyróżnionymi przez 88% nauczycieli i 75% logopedów były osoby, z zakłóceniami lub zaburzeniami komunikacji językowej. Wynik ten był potwierdzeniem faktu, iż „opieka logopedyczna” wśród badanych definiowana i postrzegana była, jako działalność praktyczna. Kojarzona była głównie z oddziaływaniem korekcyjnym, rehabilitacyjnym, reedukacyjnym.

Rodzice wskazujący swe dziecko, jako odbiorcę usług logopedycznych, podawali, iż główną przyczyną rozpoczęcia terapii logopedycznej były wady wymowy (65% - dyslalie, 33% - opóźniony rozwój mowy) wymagające zabiegów korekcyjnych.

Jedynie 11% badanych rodziców wskazało, iż podejmowane zabiegi dotyczyły stymulacji, wspomaganie rozwoju procesów poznawczych (dysleksja).

Zakres zadań określony przez ustawodawcę dla logopedy funkcjonującego w s.o.l. jest szerszy niż dla nauczyciela. Te różnicę uwidoczniły rezultaty badań. Nauczyciele (81%) i logopedzi (88%) najliczniej deklarowali „korekcję deficytów mowy”, natomiast profilaktyka (80%) i doskonalenie niezaburzonej mowy (55%) było wskazywane równoliczne. Istotna różnica wystąpiła w ilości wskazań dotyczących działań tj. „poradnictwo”, „praca naukowa”, które zdecydowanie były domeną logopedów.

Rodzice również wymienili działania terapeutyczne, które zastosowane zostały podczas pracy z ich dziećmi. „Diagnoza rozwoju mowy” (77% badanych), „korekcja” (71), działania profilaktyczne (21% osób), o poradnictwie wspomnieli marginalny odsetek rodziców. Powyższe ustalenia wskazują na istnienie pewnej rozbieżności pomiędzy deklarowanymi działaniami logopedycznymi, a tymi, które faktycznie są realizowane w praktyce.

Oddziaływania logopedyczne powinny mieć wymiar holistyczny, oddziaływać kompleksowo, uwzględniać różne sfery rozwoju pacjenta. By sprostać temu zadaniu poszczególni członkowie s.o.l. powinni znać jego strukturę, by skutecznie organizować wspólne działania na rzecz pacjenta. Taką wiedzą badani dysponują.

Deklarowali współpracę z licznymi instytucjami i specjalistami. Za podstawowych partnerów współpracy respondenci uznali poradnie psychologiczno-pedagogiczne, a także logopedów i wychowawców przedszkoli i szkół. Nauczyciele nastawieni byli głównie na współdziałanie z instytucjami oświatowymi, rodzice wyróżnili także przedstawicieli służby zdrowia: stomatologa (28%) i psychologa (23%), a co ciekawe, pediatrę wymieniło zaledwie 15% rodziców. Logopedzi byli grupą, która deklarowała współpracę z szeroką gamą instytucji i ekspertów z obu resortów. Cele tej współpracy były różne. Wysnuć można wniosek, iż badanych logopedów można uznać za otwarte środowisko zawodowe, chętne do współpracy, dostrzegające potrzebę doksztalcania się. Nauczyciele i rodzice skupiali się zasadniczo na poszukiwaniu optymalnych rozwiązań i ich rzetelnym wypełnianiu. W subiektywnej ocenie przydatności wiedzy o zasadach funkcjonowania s.o.l. w pracy

zawodowej grupy logopedów i nauczycieli wskazały jej szerokie zastosowanie. Zasób wiedzy był oceniany jako „wystarczający” przez 48% badanych nauczycieli oraz 58% logopedów z grupy kontrolnej. Jako „niewystarczający”, czyli taki, który należy uzupełnić, postrzegany był przez 35% nauczycieli i tyle samo logopedów.

Podstawowym źródłem wiedzy o problematyce mowy dla logopedów była praca zawodowa, która weryfikowała zdobyte podczas studiów podyplomowych (60%) i studiów z podstawowej dziedziny wiedzy (50%) informacje. Za cenne źródło uznali oni także prasę, literaturę pedagogiczną. Powyższe źródła wiedzy były wymieniane także przez nauczycieli. W uzupełnieniu podali oni praktyki zawodowe oraz Internet. Badani nauczyciele i logopedzi wyróżnili podobne liczne źródła informacji o s.o.l., jednak wyraźnie niższy odsetek nauczycieli niż logopedów sięgał do tych zasobów. Wykryte różnice pomiędzy wskazaniami tych grup respondentów okazały się istotne statystycznie.

Powyższe ustalenia wskazują, iż zakres wiedzy nauczycieli, logopedów i rodziców o współczesnym systemie opieki logopedycznej jest niepełny, gdyż ogranicza się głównie do doraźnych potrzeb praktyki zawodowej, brakuje w nim ustaleń teoretycznych i prawnych. Źródła wiedzy są zróżnicowane, a wybierane głównie te, które są łatwo dostępne, nierzadko bez autoryzacji (np. Internet).

Wyniki badań własnych dotyczące ocen jakości i zakresu usług logopedycznych współczesnego systemu w świetle opinii respondentów są istotne dla ewentualnego postępowania modernizacyjnego na rzecz tegoż systemu.

Jakość s.o.l. respondenci ocenili przez pryzmat swojego zadowolenia, satysfakcji ze świadczonych usług. Owo zadowolenie zadeklarowało 51% badanych. Nieusatysfakcjonowanych było 40% osób, 9% nie potrafiło wypowiedzieć się jednoznacznie na ten temat. Wystąpiły zależności między deklarowaną satysfakcją z działań s.o.l., a przynależnością do grupy badawczej. Najbardziej widoczna była różnica między wskazaniami rodziców, wśród których 86,56% było usatysfakcjonowanych, a odpowiedziami logopedów wśród, których 71% nie było zadowolonych z działań s.o.l. Ujawniona zależność w parze grup rodzice-logopedzi była wyraźna i istotna statystycznie zarówno dla wskazań dotyczących uzyskanej satysfakcji z funkcjonowania s.o.l., jak i jej braku. W pozostałych parach grup

respondentów te zależności również były istotne, jednak nie były tak jaskrawe. Stwierdzić należy, iż w całej populacji badanych, oceny dotyczące satysfakcji z działalności s.o.l. były bardzo zróżnicowane. Argumentacja owych ocen była także różna. Rodzice podali, iż satysfakcja ta wypływa z obserwowanych efektów oraz skuteczności świadczonej ich dzieciom pomocy. Dla nauczycieli ważna była skuteczność działań, ale i dostępność owych usług. A jak wskazuje analiza wyników dotyczących atutów współczesnego s.o.l., pozytywnie 23% nauczycieli dostrzega wzrost świadomości społecznej problemu. Logopedzi wśród atutów, a tym samym powodów do satysfakcji z działającego s.o.l., wyróżnili „pozytywne założenia dotyczące świadczenia opieki logopedycznej (6%)”. Ujawnione zostały różnice występujące między źródłami satysfakcji logopedów, a rodziców i nauczycieli. Pierwsza grupa oceniała satysfakcję z działającego w naszym regionie s.o.l. przy uwzględnieniu realizacji założeń teoretycznych i prawnych (organizacyjnych) modelu. Logopedzi dostrzegli rozbieżność między deklarowanymi korzystnymi koncepcjami, a faktycznie wdrożonymi. Stąd niski odsetek osób usatysfakcjonowanych (15%) w tej frakcji. Rodzice i nauczyciele natomiast źródeł satysfakcji z s.o.l. dopatrywali się głównie w działaniach dydaktycznych i praktycznych systemu, a ich satysfakcja była wysoka. Niewielki odsetek nieusatysfakcjonowanych rodziców swój brak zadowolenia z funkcjonującego na Śląsku systemu opieki logopedycznej uzasadniał: odległymi terminami wizyt u specjalistów (w tym u logopedy), ograniczoną współpracą pomiędzy ogniwami s.o.l.

Wśród nauczycieli atutem, i jak się okazało paradoksalnie, również mankamentem, uznana została „dostępność do logopedy”. W tej grupie respondentów wskazania dotyczące satysfakcji, jak i jej braku rozłożyły się niemal równo, gdyż 50% osób było zadowolonych, 40% niezadowolonych z działającego s.o.l. Myślę, iż ów rozdźwięk, który powstał między wskazaniami w zakresie możliwości skorzystania z usług logopedy, w tej grupie wynikał, z różnych doświadczeń zawodowych w tym zakresie. Na terenie poszczególnych gmin i miast zastosowano odmienne rozwiązania organizacyjne. W naszym są bowiem regionie miasta, w których w większości przedszkoli i szkół podstawowych zatrudnieni są logopedzi (np. Katowice, Zabrze) oraz takie, gdzie nie ma zastosowania powyższe rozwiązanie. Z powyższym

zagadnieniem 15% nauczycieli wiązało także deficyt s.o.l. wynikający ze zbyt późnego diagnozowania i rozpoczynania terapii mowy.

Logopedzi nieusatysfakcjonowani podkreślili fakt, dotyczący braku możliwości zaspokojenia w pełni potrzeb logopedycznych pacjentów. Wynikał on ich zdaniem ze zbyt małej ilości zatrudnionych logopedów w stosunku do ilości pacjentów oraz - co wiąże się z wcześniejszym - braku wystarczającej ilości placówek świadczących taką pomoc. Część z nich - 6% - wskazywała, iż brak jest ogniwa spajającego pracę logopedy i rodziców. Na bazie powyższych ustaleń respondenci wyróżnili i ocenili poziomy jakości usług logopedycznych świadczonych w s.o.l.

- wysoki - pomoc udzielona wcześniej, kompleksowo w ujęciu syndromowym i kompleksowym; opieka logopedyczna skuteczna i zaspokoila potrzeby pacjenta;
- przeciętne - opieka została udzielona, jednak nie zrealizowała wyżej wymienionych wymogów, nie spełniła wszystkich oczekiwań pacjenta, a działania nie przyniosły pełni zakładanych efektów;
- niska - podjęte działania nie przyniosły spodziewanych rezultatów, a potrzeby pacjenta nie zostały zaspokojone.

Z dokonanych analiz otrzymanych wyników badań wynika, iż prawie 45% badanej populacji wysoko oceniło jakość usług świadczonych w obrębie s.o.l. Najbardziej usatysfakcjonowaną z jakości świadczeń była grupa rodziców, wśród których aż 71,15% badanych przyznało najwyższą notę. Z odpowiedzi 33,33% badanych wynikało, iż jakość działań s.o.l. określili oni jako przeciętną. Niską jakość usług logopedycznych wyróżniło 10,25% badanych, a 11,53% nie zajęło w tej kwestii stanowiska. Analiza statystyczna danych wykazała, że istnieje zależność między wyznaczoną oceną jakości, a przynależnością do konkretnej grupy badawczej. Wyraźna zależność wystąpiła między wysoką oceną jakości s.o.l., a przynależnością do grup rodzice-nauczyciele ( $\chi^2=21,10$ ,  $df=1$ ) i analogicznie dla grup rodzice-logopedzi ( $\chi^2=11,22$ ,  $df=1$ ). Wskazanie dotyczące wysokiej jakości usług logopedycznych podane przez badanych rodziców znacznie przewyższało wartość wskazaną przez nauczycieli oraz logopedów. Wystąpiła istotna statystycznie zależność między ilością odpowiedzi określających jako „przeciętną” jakość usług, wskazaną przez grupę rodziców, a grupę nauczycieli.

Sądę, iż podane przez respondentów oceny jakości usług logopedycznych świadczonych w s.o.l. można uznać za pozytywne, pomimo zróżnicowania rozkładu wskazań dotyczących „wysokiej” i „przeciętnej” jakości działań w poszczególnych grupach respondentów. Pozwolę sobie na stwierdzenie, iż badane grupy respondentów są usatysfakcjonowane ze świadczonej opieki logopedycznej w s.o.l, przystaje ona w dużym stopniu do oczekiwań odbiorców, jednak nie zaspokaja w pełni ich indywidualnych potrzeb.

Dokonana analiza daje także podstawy do sformułowania uogólnienia dotyczącego występowania różnic w ocenie jakości usług logopedycznych realizowanych przez współczesny s.o.l. wśród badanych grup respondentów. Owe różnice wynikają z odmiennych oczekiwań grupy (rodziców, nauczycieli, logopedów) wobec systemu, różnego zasobu wiedzy o jego działaniu, a także z ograniczeń formalnych, które wiążą się z funkcjonowaniem naszego kraju.

W badaniach próbowano również ustalić, czy respondenci dostrzegają różnice w jakości usług logopedycznych, realizowanych przez osoby i instytucje związane z Ministerstwem Edukacji Narodowej i Ministerstwem Zdrowia. W zebranych danych zaznaczyły się istotne statystycznie zależności pomiędzy wskazaniami grup respondentów, a dokonywaną oceną jakości tych usług. W parach grup respondentów nauczyciele i logopedzi ( $\chi^2=12,24$ ,  $df=1$ ) oraz rodzice i logopedzi ( $\chi^2=5,21$ ,  $df=1$ ) ujawniono zależności związaną z przynależnością do grupy badawczej, a twierdzeniem o występowaniu różnic w jakości usług logopedycznych realizowanych w ministerstwach oświaty i zdrowia. W tym przypadku 44% logopedów potwierdziło występowanie takiej odmienności.

Zależność wskazań wystąpiła również w parach grup respondentów nauczyciele-logopedzi oraz rodzice-logopedzi, którzy określili, iż różnica w jakości usług nie występuje. Analogicznie do poprzedniego ustalenia, tu 44,23% rodziców i 48,07% nauczycieli, w odróżnieniu od logopedów twierdziło, iż nie można mówić o występowaniu różnicy w jakości usług świadczonych w placówkach MEN i MZ.

Logopedzi wśród argumentów potwierdzających swe stanowisko o występowaniu różnic w świadczonych usługach wymienili odrębności: logopedzi w instytucjach MZ mają łatwiejszy dostęp do konsultacji lekarskich, lepiej

wyposażone gabinety. Wskazali także na różną normę godzin pracy obowiązującą w obu resortach (MEN - 20 godz., MZ - 40 godz.). Te odmienności w możliwościach realizowania pomocy i warunkach pracy, zdaniem logopedów mogą wpływać na poziom jakości świadczonych usług.

Podsumowując, stwierdzić należy, iż wśród badanych respondentów 26,28% uważa, że istnieją różnice w jakości usług świadczonych przez osoby i instytucje podlegające wymienionym wcześniej resortom. Natomiast 37,19% takiej różnicy nie dostrzega, a 36,53% nie ma na ten temat zdania. Co interesujące, respondenci nie wskazali jednoznacznie resortu, w którym jakość usług logopedycznych jest na wyższym poziomie.

Zakres działania systemu opieki logopedycznej rozpatrywany był z uwzględnieniem kręgu osób, które mają być objęte jego usługami oraz rodzajów działań, które ów system świadczy.

Dokonane analizy pozwoliły ustalić, iż 35,25% respondentów uważało, że każda osoba potrzebująca pomocy logopedycznej może ją uzyskać. Odmiennego zdania było 55,76% badanych, czyli ponad połowa respondentów. Przedstawiano różne argumenty za ograniczonym zakresem działalności s.o.l. W grupie 29% nauczycieli podano, iż rodzice często bagatelizują problem zaburzeń mowy i nie zgłaszają się do specjalisty. Tak więc, dziecko potrzebujące terapii nie uzyska jej. Logopedzi (13%) wskazali powyższą przyczynę, obarczając odpowiedzialnością nie tylko rodziców, ale nauczycieli i lekarzy. Zwrócili również uwagę na fakt, iż sami pacjenci zniechęcają się i porzucają terapię (13%). Badani rodzice (51,92%) byli większymi optymistami i przychylnie oceniali zakres działań s.o.l. twierdząc, iż jest pełna dostępność pomocy logopedycznej, trzeba jednak „chcieć się po nią zgłosić”. Ograniczenie zakresu, badani rodzice dostrzegli w niewielkim dostępie do opieki logopedycznej dla osób dorosłych.

Uzyskane wyniki wskazują, iż występuje zależność istotna statystycznie pomiędzy oceną zakresu opieki logopedycznej a przynależnością do grupy badawczej. Odmiennie więc, oceniają możliwość uzyskania przez pacjenta pełnej pomocy logopedycznej rodzice (51,92%), nauczyciele (30,76%) i logopedzi (23,07%). Wystąpiły również zależności pomiędzy ocenami określającymi „brak pełnego zakresu



usług”, a wskazaniem poszczególnych grup respondentów. Ujawniły się one dla rodziców (40,38%)-nauczycieli (61,53%) oraz rodziców (40,38%)-logopedów (65,38%). Szeroki zakres opieki logopedycznej, z bogactwem jej form był realizowany w placówkach, w których pracują nauczyciele i logopedzi, tak deklarowało 50% nauczycieli i 57,62% logopedów. Badani wskazali na specyficzną formę pomocy logopedycznej, poszerzającej jej zakres, skierowanej do dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych (11,53% nauczycieli i 32,69% logopedów). Logopedzi do zakresu działalności s.o.l. dołączyli grupę dzieci do 3 roku życia (11%) oraz dorosłych (31%), którym świadczona była pomoc.

Wskazania respondentów określające krąg odbiorców opieki logopedycznej są zgodne z założeniami teoretycznymi, gdzie głównymi celami s.o.l. jest profilaktyka, stymulacja mowy i korekcja jej zaburzeń, a więc działania przede wszystkim kierowane do odbiorcy między 3 a 18-20 rokiem życia.

Z powyższych ustaleń wysnuć można wniosek, iż opinie świadczące o współczesnym modelu opieki logopedycznej są zbieżne dla wyróżnionych grup badanych, a w wielu kwestiach rozbieżne ze względu na funkcje pełnione w owym systemie.

### **Przystawalność systemu oddziaływań logopedycznych do potrzeb/oczekiwań społeczności Górnego Śląska.**

Pogłębiona analiza wywiadów wskazuje na pozytywne i negatywne aspekty życia społecznego mające wpływ na modyfikacje s.o.l. wymuszone oczekiwaniami w zakresie zaspokajania potrzeb osób korzystających z funkcjonowania systemu opieki logopedycznej na Górnym Śląsku.

Rezultaty badań pozwoliły wyodrębnić uwarunkowania społeczne, które w opiniach rodziców, nauczycieli i logopedów mogą wywoływać modyfikacje s.o.l. Ich zróżnicowanie w poszczególnych grupach było znaczne, dlatego trudno wyodrębnić te najważniejsze dla ogółu badanych.

Grupy nauczycieli 53,85% i logopedów 28,85% za charakterystyczne zjawisko wpływające na s.o.l. uznały zwiększające się zapotrzebowanie na opiekę

logopedyczną, wynikające ze wzrastającej ilości dzieci defektywnie komunikujących się. Kolejnym determinantem, wyróżnionym przez 25% nauczycieli i 19,23% rodziców, były modernizacje s.o.l., warunkowane przyrostem posiadanych środków finansowych (fundusze unijne, samorządowe). Uwarunkowaniem wywierającym wpływ na zmiany s.o.l. w opiniach 32,69% logopedów, była stworzona w obecnej rzeczywistości gospodarczo-ekonomicznej możliwość korzystania z różnorodnych form opieki logopedycznej (np. gabinety prywatne). Zmiany w uregulowaniach prawnych dotyczących zasad funkcjonowania i organizacji s.o.l. poszerzyły ofertę na te usługi.

Uwarunkowania społeczne zostały przez respondentów uporządkowane w dwóch kategoriach. Wyróżnili oni aspekty życia społecznego, które wywierają pozytywny lub negatywny wpływ na s.o.l. W wyniku, takiego zabiegu udało się ustalić, nie tylko jakie determinanty dostrzegają badani, ale także jakie szanse bądź zagrożenia niosą one dla modernizacji s.o.l.

Atutem społecznym, który dostrzegło 36,54% rodziców, 44,23% logopedów i 32,69% nauczycieli, było zjawisko „wzrastającej świadomości społecznej problemu zaburzeń mowy”, skłaniające do działania. Nauczyciele (36,54%) zwrócili uwagę na fakt poszerzającego się dostępu do pełniejszej informacji o specjalistach i instytucjach zajmujących się problematyką zaburzeń mowy oraz publikacji na ten temat.. Znaczny odsetek logopedów, bo 30,77% badanych oraz 32,08% rodziców zwróciło uwagę na korzystne zmiany polityczno - prawno -ekonomiczne, które zaistniały w naszym regionie.

Badana grupa osób wykazała się także umiejętnością realnej oceny zagrożeń, deficytów, które w znaczący sposób oddziałują na społeczeństwo regionu, a tym samym na s.o.l. Część społecznych czynników wyróżniona przez poszczególne grupy i tu była wspólna, jednak różnie rozkładały się ich wartości procentowe.

Najwyższy odsetek procentowy uzyskało wskazanie wyróżnione przez grupę 44,23% rodziców, a dotyczyło zjawiska biedy, bezrobocia, patologizacji życia. Ów niski status finansowy rodzin śląskich, także w opiniach 23,08% logopedów i 11,54% nauczycieli, wpływa negatywnie na funkcjonujący współcześnie system opieki logopedycznej.

Istotne, a już wyróżnione przy ocenach jakości usług s.o.l. było stwierdzenie o niewystarczającej ilości zatrudnionych logopedów oraz ograniczonej liczbie placówek świadczących tę pomoc. Ten deficyt wskazało 30,77% nauczycieli i 26,92% logopedów. Ciemne strony śląskiego życia społecznego odciskają swe piętno na człowieku, przenikają do funkcjonujących tu instytucji, w tym s.o.l.

Wśród możliwości drzemiących w społeczności naszego regionu, na które zwrócili uwagę respondenci były:

- liczna grupa specjalistów różnych dyscyplin naukowych,
- wykwalifikowana i skuteczna kadra logopedów,
- dostęp do różnych źródeł finansowania,
- sieć specjalistycznych poradni zajmujących się diagnozą i terapią całościowego rozwoju człowieka.

Nauczyciele i logopedzi wyróżnili jako „możliwości” dalsze podnoszenie własnych kwalifikacji.

Powyższe ustalenia uprawniają do wniosku, iż wyróżnione i obserwowane uwarunkowania społeczne (pozytywne i negatywne) oraz możliwości mieszkańców Górnego Śląska wywierają wpływ na kształt i modyfikacje działającego tu systemu opieki logopedycznej.

Z ustaleń dokonanych na bazie wypowiedzi osób świadczących pomoc logopedyczną, jak i z analiz indywidualnych przypadków- podmiotów s.o.l. wynika, że funkcjonujący obecnie na Górnym Śląsku system nie jest w pełni przystający do potrzeb/oczekiwań społeczeństwa. Respondenci wskazywali mankamenty systemu opieki logopedycznej, wyróżniali społeczne czynniki, które negatywnie wpływają na funkcjonowanie s.o.l.<sup>217</sup>. Sprecyzowali również swoje oczekiwania wobec nowoczesnego systemu opieki logopedycznej. Nie dostrzega potrzeby wprowadzania zmian 6,41% badanych. Pozostali wyróżnili oczekiwania. Wśród wspólnych postulatów sformułowano zasadniczy, iż logopeda powinien być zatrudniony w każdym przedszkolu i szkole. Realizacja powyższego zadania stwarza szansę

---

<sup>217</sup> Te wskazania nie wynikają z uchybień, bądź poważnych braków współczesnej opieki logopedycznej funkcjonującej na Śląsku. Uwzględnić należy bowiem satysfakcję i wysoki poziom jakości wskazany przy ocenie funkcjonowania s.o.l. Wyróżnianie deficytów współczesnego systemu wiąże się z potrzebą doskonalenia istniejących rozwiązań i podążania za zmieniającą się rzeczywistością.

wdrożenia dwóch innych propozycji - zwiększenia ilości etatów logopedycznych i placówek świadczących tę opiekę. Pozostałe oczekiwania dotyczące s.o.l. były różnolicznie wskazane w badanych grupach. Realizacja wczesnej interwencji była ważna dla 30,77% rodziców i 19,23% logopedów. Na potrzebę wspólnego działania całego s.o.l. wskazało 34% logopedów, a dla 30,77% nauczycieli i 26,92% logopedów istotna była zmiana pozwalająca na łatwiejszy dostęp do informacji o opiece logopedycznej.

Te wskazania świadczą o umiejętności formułowania konstruktywnej krytyki i stawiania rzeczowych postulatów. Oczekiwania wyróżnione przez kolejne grupy respondentów, specyficzne dla nich, jeszcze dobitniej podkreślają ten fakt. Pozwalają na innowacyjne spojrzenie na s.o.l. Wskazują na duży potencjał możliwości tkwiący w osobach realizujących zadania związane z opieką nad mową, a zarazem tkną optymizmem. Nasuwa się więc wniosek, iż współcześnie funkcjonujący na Górnym Śląsku system opieki logopedycznej nie zaspakaja w pełni potrzeb osób korzystających z jego działalności. Jednak osoby świadczące w różnym zakresie pomoc logopedyczną są świadome jego ograniczeń i dostrzegają możliwości ich konstruktywnego rozwiązania.

W związku z uzyskanymi w toku badań własnych wynikami dotyczącymi opieki logopedycznej realizowanej na Górnym Śląsku w przeszłości i współcześnie nasuwają się wnioski. Mam nadzieję, iż przedstawione wnioski zarysują ramy koncepcyjne modelu opieki logopedycznej, przystającego do potrzeb mieszkańców Górnego Śląska.

1. Korzystny wpływ na przebieg i efektywność działań logopedycznych ma fakt dokonania możliwie wcześnie rzetelnej oceny rozwoju mowy dziecka. Taka diagnoza medyczno-logopedyczna dokonywana jest w wielu oddziałach noworodkowych w dużych ośrodkach miejskich. Prace nad poszerzeniem jej zakresu należy kontynuować, lecz konieczne wydaje się zwrócenie uwagi na wypracowanie skutecznej opieki nad mową dziecka od pierwszego do piątego roku życia. Należy uwrażliwić na problem i zaangażować we współpracę z poradniami logopedycznymi MZ medyczny personel poradni rejonowych (pediatra, pielęgniarka). Osoby te mają bowiem częsty kontakt z dzieckiem i jego

- opiekunami, mogą skutecznie i wcześnie ocenić rozwój mowy i wskazać możliwości profesjonalnej pomocy.
2. Istotne znaczenie dla poziomu sprawności językowej dziecka ma stymulacja rozwoju dokonywana w wieku przedszkolnym. Sensowne wydaje się wykorzystanie rodzimego wzorca pracy logopedycznej, w którym opieka świadczona była dziecku na terenie przedszkola. Instytucją organizującą tę opiekę byłaby poradnia pedagogiczno-psychologiczna w danym mieście, delegująca do pracy w konkretnej placówce przedszkolnej swojego specjalistę. Logopeda prócz roli diagnosty i terapeuty mógłby pełnić funkcję edukatora i doradcy dla rodziców, nauczycieli. Opiekę tę, na powyższych zasadach, można byłoby wydłużyć na kolejny etap edukacyjny - szkołę podstawową.
  3. Opieka logopedyczna powinna być kompleksowa i systemowa, czyli taka, która przy zaangażowaniu zespołu osób i instytucji będzie oddziaływać na pacjenta niwelując kilka deficytów jednocześnie. Istotne jest więc, dobre porozumienie umożliwiające przepływ informacji między ogniwami świadczącymi tę opiekę. Wskazane wydaje się powołanie osoby, która koordynowałaby tą pracę w trosce o skuteczną pomoc dziecku i podniesienie efektywności pracy systemu. Koordynatorem mogłaby być jedna z osób prowadzących terapię lub osoba powołana do realizacji owej „łączności”.
  4. W trosce o podmiotowe podejście do pacjenta poradnie psychologiczno-pedagogiczne lub poradnie wielospecjalistyczne w ramach realizowanych form usług logopedycznych powinny założyć możliwość świadczenia takiej opieki w domu pacjenta. Szczególnie zasadne to rozwiązanie wydaje się w odniesieniu do małych dzieci, a także dorosłych, którzy z różnych względów nie powinni opuszczać miejsca zamieszkania.
  5. Specjalistyczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne pełnią wiele funkcji wychodząc naprzeciw potrzebom szerokiego środowiska społecznego. Nowoczesny system opieki logopedycznej, funkcjonujący nakreślonym obszarze, powinien dysponować „centrum informacyjno-konsultacyjnym”. Skupiałoby ono przedstawicieli resortów zaangażowanych w realizację opieki nad mową od poczęcia po kres życia. „Centrum” realizowałoby zadania związane

z informowaniem pacjentów o możliwości korzystania z usług logopedycznych, a także konsultowałyby indywidualne przypadki, proponując systemowe rozwiązania.

Problematyka, którą omawiałam w niniejszej pracy jest bardzo złożona i społecznie ważna. Zdaje sobie sprawę z tego, że ujęcie zagadnień opieki logopedycznej, w rozległych ramach chronologicznych i na tak zróżnicowanym społecznie terenie jak Górny Śląsk, nie może być pozbawione pewnych luk i niedociągnięć. Autorce nie udało się zapewne dotrzeć do wszystkich rozproszonych materiałów źródłowych, co nie pozwoliło wyczerpująco odpowiedzieć na stawiane sobie pytania. Dalsze badania szczegółowe przyczynią się niewątpliwie do zgłębiania wielu problemów i skorygowania niektórych sądów zawartych w rozprawie.

## BIBLIOGRAFIA

- „Chowanna” 1939/3. „Sprawozdanie z działalności Poradni Psychologiczno-Lekarskiej w Katowicach,
- „Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli i oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych” według załącznika nr 1 do Rozporządzenia MENiS z dnia 28.02.2002 r.
- „Wywiad biologiczno-środowiskowy do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy”, oprac. B. Rocławski, W. Fedorowska, B. Wardowska; W: B. Rocławski, W. Fedorowska, B. Wardowska: Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy. Gdańsk 1995.
- Antos D., Demel G. Styczek J.: Jak usuwać sepleni i inne wady wymowy. Warszawa 1978.
- Bardadin T.: Wady słuchu i mowy są uleczalne. Warszawa 1960.
- Bartkowska T.: Źródła zaburzeń mowy uczniów klasy pierwszej. W: Psychologia Wychowawcza. 1966, nr 5.
- Basista W.: Ks. S. Wilczewski (w 60 rocznicę pracy fonetycznej i logopedycznej) W: Tygodnik Powszechny 31.08.1975.
- Błachnio K.: Humanistyczne wartości logopedii. W: Logopedia 1993, nr 20.
- Błachnio K.: Logopedia przechodzi ze stadium przedteoretycznego w wyraźne stadium teoretyczne. W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii. Lublin 1991.
- Błachnio K.: Struktura i dynamika logoterapii. Poznań 1987.
- Błachnio K.: Vademecum logopedyczne dla studentów pedagogiki. Poznań, 2001.
- Bogdanowicz M.: Longitudinalne badania nad dysleksją w Polsce. W: Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie. Wojciszke B., Plopa M. (red.) Kraków 2003.
- Bogdanowicz M.: Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie. Gdańsk 2002,
- Borowska T. (Red.) Pedagogika wobec zagrożeń, kryzysów i nadziei. Kraków 2002.
- Borowska T.: Koncepcja wychowania i jego wyników: konkretyzacja problematyki w warunkach polskich. Opole 1983.
- Brzeziński J.: Metodologia badań psychologicznych. Warszawa 2004 r.,.
- Chęć M., Nowakowska-Kempna J.: Z historii logopedii na Śląsku. W: Logopedia 23/1996.
- Chęć M.: „Afiliacja Polskiego Towarzystwa Logopedycznego przy IALP” W: Logopedia 1991/18.

- Chodkowska M. (Red.) Interdyscyplinarność w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej.. Lublin 1999.
- Chodkowska M.: Socjopedagogiczne problemy edukacji integracyjnej dzieci z obciążeniami biologicznymi i środowiskowymi. Warszawa 2004.
- Cieszyńska J.: Nauka czytania krok po kroku. Kraków 2005.
- Cieszyńska J.: Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym. Kraków 2000.
- Dahlgaard J.J., Kristensen K., Kanji G. K.: Podstawy zarządzania jakością. Warszawa 2000.
- Demel G.: Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu dzieci szkolnych. W: Życie Szkoły 1959, nr 2.
- Demel G.: Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola. Warszawa 1978
- Demel G.: O ściślejszą współpracę logopedy i lekarza szkolnego, nauczyciela wf. W: Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna. 1965/2.
- Demel G.: Organizacja terenowej sieci logopedycznej i formy intensyfikacji korekcji mowy. W: Logopedia 1967.
- Demel G.: Próby doskonalenia systemu pomocy logopedycznej (w świetle potrzeb dziecka szkolnego) Praca doktorska 1974, maszynopis - w Bibliotece Zakładu Pedagogiki Rewalidacyjnej U.W.
- Demel G.: Przedszkole - podstawowe ogniwo pomocy logopedycznej. W: Logopedia 1978, nr 13.
- Demel G.: Władysław Ołtuszewski. W: Logopedia 1975/12.
- Denzin N. K.: The Reserch Act; Aldine Public. Co. , Chicago 1970.
- Balejko A. (Red.) Diagnoza i terapia osób z afazją, Białystok 1988.
- Gałkowski T., Tarkowski Z., Zaleski T. (Red.) Diagnoza i terapia zaburzeń mowy, Lublin 1993.
- Dowd P.: Opieka logopedyczna w Irlandii. W Logopedia. PTL. Lublin 1994/24.
- Dramska D.: Proces instytucjonalizacji zawodu logopedy w Polsce. Katowice 2001 r.
- Dramska D.: Profesjonalna tożsamość logopedów w Polsce w świetle przeprowadzonych badań. Katowice 2001.
- Dylewski B. : Badania nad rolą podniebienia miękkiego w mowie i śpiewie. W: Polski Przegląd Otolaryngologiczny 1928.



- Dylewski B.: Organizacja walki z wadami mowy i głosu. W: Szkoła Specjalna. 1947/48 nr 17.
- Dylewski B.: Wady wymowy i ich leczenie na terenie szkoły. W: Szkoła Specjalna 1930/7.
- Eckert U.: Pedagogika niesłyszących i niedosłyszących - surdopedagogika.. W: Pedagogika specjalna (red.) Dyklik W. Poznań 1997.
- Edelsberger L.: Logopedie jako vědni úsek defektologie. W: Československá logopedie. Praha 1956.
- Edelsberger L.: Metodologické otázky logopedie. Praha 1969.
- Edelsbergerová-Zelienková A.: Logopedia na Slovensku. W: Československá logopedie. Praha 1956.
- Emiluta-Rozya D., Mierzejewska H., Atys P.: Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy dzieci dwu-, cztero-, i sześciolletnich. Warszawa 1995.
- Pilch T (Red.) Encyklopedia Pedagogiczna XXI w., t. II, Warszawa 2003.
- Pruszewicz A. (Red.) Foniatria kliniczna, Warszawa 1992.
- Fröschels E.: Logopädie. 3 Aufl. Leipzig 1931.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. (Red.): Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Opole 1999.
- Gałkowski T.: Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym. Warszawa 1995.
- Głogowski K.: Dobór zajęć i zawodów dla głuchoniemych. Katowice 1952.
- Głogowski K.: Jąkanie w aspekcie zintegrowanej osobowości. W: Logopedia 1969/8/9.
- Głogowski K.: Środowisko warunkujące rozwój mowy dziecka głuchoniemego. W: Szkoła Specjalna 1961/1.
- Głogowski K.: Walka szkoły dla głuchych z kalectwem niemoty. W: Świat Głuchych 1966/2.
- Głogowski K.: Wędrówka po Zakładzie dla Głuchych w Lublińcu. W: Rocznik I Śląskiego Zakładu dla Głuchoniemych w Lublińcu. Red. Dr K. Głogowski - Dyrektor Zakładu. Lubliniec 1937.
- Grabias S. (Red):. Głuchota a język. Lublin 1994.
- Grabias S.: Mowa i jej zaburzenia (W): Audiofonologia 1997, t. 10.
- Grabias S.: Mowa i jej zaburzenia. (W): Logopedia t. 28/2000.
- Gunia G.: Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej. Kraków 2006.

- Hellig K.: Metoda badań biograficznych (W): Kultura i Społeczeństwo 1985/3.
- Herzyk A., Kądziałowa D. (Red.) Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej. Lublin 1997.
- Herzyk A.: Afazja i autyzm dziecięcy, Lublin 1992.
- Herzyk A.: Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołów zaburzeń, W: Audiofonologia 1997, t. 10.
- Historia Zasadniczej Szkoły Zawodowej w Państwowym Zakładzie Wychowawczym dla dzieci głuchych nr 1 w Lublińcu. Opracował: Moroń Mateusz - Kierownik Warsztatów Szkoły Zawodowej. Lubliniec, listopad 1959 r. [Kronika, album szkoły].
- Informator o placówkach opieki leczenia i korekcji mowy w województwie katowickim. Instytut Kształcenia Nauczycieli i Badań Oświatowych, Okręgowa Poradnia Wychowawczo-Zawodowa w Katowicach. Katowice, maj 1974.
- Iwasiewicz A.: Zarządzanie jakością. Warszawa-Kraków 1999.
- Janeczko R.: Niektóre problemy diagnostyki pedagogicznej w metodzie indywidualnych przypadków. W: Metodologia pedagogiki społecznej, red. Z. Wroczyński, T. Pilch. Wrocław 1974.
- Jastrzębowska G.: Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej. Opole 1998.
- Kaczmarek L.: Model opieki logopedycznej w Polsce. Gdańsk 1991.
- Kaczmarek L.: Mózg, język, zachowanie. Lublin 1995.
- Kaczmarek L.: O polskiej logopedii. W: S. Grabias (red.): Przedmiot logopedii. Lublin 1991.
- Kaczmarek L.: O polskiej logopedii: W: Język i językoznawstwo polskie w sześćdziesięciolecie niepodległości. Wrocław - Warszawa - Kraków - Gdańsk - Łódź 1982.
- Kaczmarek L.: O przedmiocie i zadaniach logopedii. W: Logopedia 1962/4.
- Kaczmarek L.: Opieka nad wymową dziecka w Polsce. W: Logopedia 1962/1.
- Kaczmarek L.: Przedmiot logopedii, t. 1, W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Lublin 1991.
- Kaczmarek L.: Stan, rozwój i perspektywy logopedii w Polsce. W: Studia Logopedyczne. Lublin 1976.
- Kaja B. (Red.) Diagnoza dysleksji. Bydgoszcz 2001.
- Kania J. T.: Szkice logopedyczne. Warszawa 1982.
- Karkosz I.: Stanisław Wilczewski - pionier logopedii w Polsce. W: Chowanna 1993, t. 1.

- Kiser A.: Dobra marka, Dziennik Zachodni Nr 16 z 19 kwietnia 2002 r.
- Klimkowski M., Herzyk A., (Red.) Neuropsychologia kliniczna: wybrane zagadnienia, Lublin 1994.
- Komunikat w sprawie kursów fonetycznych dla nauczycieli. W: Dziennik Urzędowy Wydziału Oświecenia Publicznego Województwa Śląskiego. Katowice, 15V1931, nr 5.
- Konarzewski K.: Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna. Warszawa 2000.
- Kordyl Z.: Psychologiczne problemy afazji dziecięcej. Warszawa 1968.
- Korzon A.: Totalna komunikacja, jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych u uczniów głuchych. Kraków 1996.
- Krakowiak K.: W sprawie kształcenia języka dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem. Lublin 1998.
- Kronika Zakładu Dzieci Głuchych w Lublińcu. Lubliniec 1995.
- Kujawa E., Kurzyna M.: Metoda 18 struktur wyrazowych. Warszawa 1998.
- Kurkowski M.: Mowa dzieci sześciolletnich z uszkodzonym narządem słuchu. Lublin 1996.
- Logopedia. Podręcznik akademicki. Interdyscyplinarne podstawy logopedii (red.) T. Gałkowski i T. Jastrzębowska T. 1, Opole 2003.
- Lutyński J.: Metoda biograficzna i sposoby otrzymywania materiałów w badaniach socjologicznych. Przewodnik polski. (W): J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.) Metoda biologiczna w socjologii. Warszawa – Poznań 1990.
- Łobocki M.: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Kraków, 1999.
- Łyżyczka I.: Korekcja wymowy dzieci w grupach logopedycznych w przedszkolu. W: Zagadnienia Wychowawcze a zdrowie Psychiczne. 1975, nr 4.
- Łyżyczka I.: Organizacja pracy z dziećmi z wadami wymowy w Okręgowej Poradni Wychowawczo-Zawodowej w Katowicach. W: Chowanna. Katowice 1972.
- Łyżyczka I.: Sylwetki naukowe pionierów logopedii i dyscyplin pogranicznych. Dr K. Głogowski (maszynopis).
- Maruszewski H.: Afazja. Zagadnienia teorii i terapii. Warszawa 1966.
- Marynowicz-Hetka E.: Praca socjalno-wychowawcza z rodziną niepełną. Warszawa 1980.
- Materowa H.: Od komisji do Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. W: Logopedia 1963/3.
- Minczakiewicz E. M.: Logopedia. Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia. Kraków 1997.

- Minczakiewicz E. M.: Początki i rozwój polskiej logopedii. Kraków 1998.
- Młynarska M., Smreka T. (Red.) Logopedia. Teoria i praktyka. Wrocław 2005.
- Nicpoń W.: Mowa nie trawa. W: Dziennik Zachodni. 8-9.09.1974 r.
- Nitendel-Bujakowa E.: Logopedyczne aspekty dojrzałości szkolnej. W: Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne. 1975 nr 5.
- Nowak A.: Metoda biograficzna w badaniach pedagogicznych. W: Orientacje w metodologii badań pedagogicznych. Kraków 1998.
- Nowak J. E.: Wybrane problemy logopedyczne, Bydgoszcz 1993.
- Ołtuszewski W.: Osiem przyczynków do nauki o zboczeniach mowy. W: Medycyna 1893-1902 nr 21-30.
- Ołtuszewski W.: Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach (niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie itd..) oraz higiena mowy. Warszawa 1905.
- Ołtuszewski W.: Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach (niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie) Warszawa 1895.
- Ołtuszewski W.: Zboczenia mowy: niemota, bełkotanie, mowa nosowa i jąkanie. Warszawa 1902.
- Ołtuszewski W.: Higiena mowy. Warszawa 1896.
- Omylińska U.: Opieka logopedyczna w województwie katowickim. W: Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 1981 nr 3.
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L.: AFA-Skala. Jak budować mowę dziecka afatycznego. Kraków 2005.
- Pardo U. Z.: Logopedia to nie tylko patologia mowy. W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii. Lublin 1991.
- Parol U. Z.: Dziecko z niedokształceniem mowy: diagnoza, analiza, terapia. Warszawa 1997.
- Pąchalska M.: Kompleksowy model rehabilitacji dorosłych z ogniskowym uszkodzeniem mózgu i afazją całkową. Kraków 1986.
- Perier O.: Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Warszawa 1992.
- Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Warszawa 2001.
- Pisarek W.: Logopedia. W: S. Urbańczyk (red.): Encyklopedia języka polskiego. Wrocław 1991.
- Polański K. (Red.): Encyklopedia językoznawstwa ogólnego. Wrocław 1993.

- Prus B.: Kroniki. Warszawa 1956. Tom I.
- Pruszewicz A. (Red.): Foniatria kliniczna. Warszawa 1992.
- Przybysz-Piwkova M.: Aby prowadzić badania logopedyczne trzeba chcieć obcować z patologią mowy. W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii. Lublin 1991.
- Raclawski B.: Poradnik fonetyczny dla nauczycieli. Warszawa 1981.
- Raclawski B.: Uwagi o miejscu logopedii wśród innych dziedzin życia naukowego i oświatowego. W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii. Lublin 1991.
- Radzewicz -Winnicki A.: Społeczeństwo w trakcie zmiany. Gdańsk 2004.
- Rocławski B.: Słuch fonemowy i fonetyczny. Gdańsk 1994.
- Rocznik I Śląskiego Zakładu dla Głuchych w Lublińcu. Red. dr K. Głogowski, Dyrektor Zakładu. Lubliniec 1937.
- Rocznik II Śląskiego Zakładu dla Głuchoniemych w Lublińcu. Red. K. Głogowski. Lubliniec czerwiec 1938.
- Rodak H.: Terapia dziecka z wadą wymowy. Warszawa 1994.
- Rozporządzenie MEN z dnia 11.06.1993 r. w sprawie organizacji i zasad działania publicznych poradni psychologicznych oraz innych poradni specjalistycznych
- Rozporządzenie MEN z dnia 11.06.1993 r. w sprawie organizacji i zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz innych publicznych poradni specjalistycznych
- Rozporządzenie MENiS z dnia 7.01.2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą z dnia 22,12.2004 r.
- Sawa B.: Dzieci z zaburzeniami mowy. Warszawa 1980.
- Sawa B.: Uwarunkowania i konsekwencje psychologiczne zaburzeń mowy u dzieci. Warszawa 1991.
- Skwara J.: Alchemia mowy. O działalności księdza prof. dr Stanisława Wiczewskiego. W: Gość Niedzielny z dnia 30.01.1955, nr 5.
- Służyńska L.: Zanim powie mamó. W: Trybuna Robotnicza 8.05.1960 r.
- Smółka L.: Ocena poziomu sprawności językowej dzieci 4-8 letnich za pomocą testów logopedycznych. W: Rocznik Naukowo-Dydaktyczny Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Krakowie. Prace Pedagogiczne 1995 z. 17.

- Sobocki M.: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Kraków 1999.
- Sovak M.: Organisoání logopedické peče v rudných zemích. W: Československá logopedie. Praha 1956.
- Sovak M.: Z dějin logopedie. W: Československá logopedie. Praha 1956.
- Spałek E., Piechowicz-Kułakowska C.: Jak pomóc dziecku z wadą wymowy. Kraków 1994.
- Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Nieślyszących i Słabosłyszających „Informator” oprac. Ewa Jeziorska, Kazimierz Ziótek, Henryk Machoń. Lubliniec 2006.
- Stan i perspektywa opieki logopedycznej nad dziećmi w młodszym wieku szkolnym w województwie opolskim. Praca doktorska. Opole 1993. (maszynopis: Biblioteka Uniwersytetu opolskiego).
- Stecko E.: Zaburzenia mowy u dzieci. Warszawa 1996.
- Styczek I. : Logopedia. Warszawa 1980.
- Styczek I.: Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego. Komentarz i tablice. Warszawa 1982.
- Styczek I.: Zarys logopedii. Warszawa 1970.
- Surowaniec J.: Logopedia a dyscypliny pograniczne. W: Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana, pod red. J. Nowakowskiej-Kępczej. Katowice 1998.
- Surowaniec J.: Słownik terminów logopedycznych. Kraków 1992.
- Surowaniec J.: Z dyskusji nad terminologią logopedyczną . W: Logopedia t. 21/1994.
- Szczepankowski B.: Nieślyszący - Głusi - Głuchoniemi. Wyrównywanie szans. Warszawa 1999.
- Szramek E.: Instytut Fonetyczny w Katowicach. W: Rocznik Towarzystwa Przyjaciół Nauk na Śląsku 3/1931 - 6/1938.
- Szumska J.: Metody badania afazji. Warszawa 1980.
- Szumska J.: Zaburzenia mowy u dzieci. Warszawa 1982.
- Tarkowski Z.: Przesiewowy test logopedyczny. Lublin 1992
- Tomczak J., Ziętara R.: Kwestionariusz diagnozy i narzędzia badawcze w terapii pedagogicznej. Kraków 2005.
- Wawrzykowska-Wierciochowa D: Kościuszkowa prawnuka. Warszawa 1974.

- Wernic D.: Głos, instrument niedoceniony. W: Kierunki Nr 21. Warszawa - Kraków 25.05.1975.
- Wilczewski S.: „Higiena mowy”. W: Kurier Warszawski z dnia 4XII1927 r.
- Wilczewski S.: „Program i metodę fonetyczno-higienicznego wyszkolenia alumnów”. Kielce 1929.
- Wilczewski S.: Przemówienie inauguracyjne. W: Kuźnica Ducha II/III 1929 r., nr 4.
- Wilczewski S.: Sprawozdanie z 15-lecia pracy w Państwowym Seminarium Nauczycielskim w Pszczynie. Katowice 1937.
- Wilczewski S.: Teoretyczne założenia i metoda usuwania jąkania. W: Logopedia 1967/7.
- Wilczewski S.: Wyszkolenie fonetyczne jako nowy przedmiot o zasadniczym znaczeniu dla kształcenia nauczycieli. Sprawozdanie z 15-lecia pracy w Państwowym Seminarium Nauczycielskim w Pszczynie. Katowice 1937.
- [www.cplol.org](http://www.cplol.org) (eng) SL. Tin Ireland.htm.
- [www.cplol.org](http://www.cplol.org) (eng) SL.Tin Czech Republic.
- [www.cplol.org](http://www.cplol.org) (eng) SL.Tin Czech Republic.
- Wydział Oświaty Publicznej U. W. Śl.: Komunikat o fonetycznej poradni leczniczej W: Gazeta Urzędowa Województwa Śląskiego, dział Administracji Szkolnej. Katowice, 3X1936 r., nr 10,.
- Zeleck W.: Zaburzenia czytania i pisania u dzieci afatycznych głuchych i dyslektycznych.
- Ziółek K., Machoń H.: Zespół Ośrodków Specjalnych dla niesłyszących i słabosłyszących w Lublińcu. Przeszłość - dzień dzisiejszy - przyszłość. Lubliniec 2002.

## **Wykaz literatury w wyborze dotyczącej działalności ośrodków logopedycznych w Polsce:**

### **I. OŚRODEK WARSZAWSKI:**

- Antos D., Demel G., Styczek I.: Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy. Warszawa 1967 (pierwsza powojenna książka z zakresu metodyki logopedycznej).
- Demel G.: Organizacja terenowej sieci logopedycznej i formy intensyfikacji korekcji mowy. W: Logopedia 1967, nr 7.
- Demel G.: Próby doskonalenia systemu opieki logopedycznej. Warszawa 1974.
- Demelowa G.: Władysław Ołtuszewski. W: Logopedia 1975, nr 12.
- Dylewski B.: Organizacja walki z wadami mowy i głosu. W: Szkoła Specjalna 194849, nr 4.
- Gałkowski T.: Aleksandra Mitrinowicz –Modrzejewska. W: Logopedia 1978, nr 13.
- Janeczko M.: Poradnia Ortofoniczna. W: Szkoła Specjalna 1972, nr 3/4.
- Kaczmarek L.: Studia Logopaedica – Materiały Ogólnopolskiego Sympozjum 5- 7.09.1974 i 27-28.05.1975. Lublin 1976.
- Maruszewski M.: Chory z afazją i jego usprawnianie. Warszawa 1974 (projekt opieki logopedycznej nad tą grupą chorych).
- Mierzejewska H.: Historia Warszawskich Pięcioletnich Pomaturalnych Studiów Logopedycznych. W: Logopedia 1996, nr 23.
- Mitrinowicz A. (twórczyni polskiej szkoły foniatrycznej): Sprawozdanie z pracy poradni. W: Gazeta Lekarska 1949, nr 3.
- Mitrinowicz M.: Współczesna foniatryka, jej cele i drogi rozwoju. W: Otolaryngologia Polska 1949, nr 3.
- Ołtuszewski W.: Szkice nauki o mowie i jej zboczeniach. Warszawa 1905 (pierwszy podręcznik logopedyczny w Polsce).
- Popiół F.: Z prac Poradni Ortofonicznej PiPs. W: Szkoła Specjalna 1958, nr 6.



- Styczek I.: Zarys logopedii. Warszawa 1970 (druga książka z zakresu metodyki logopedycznej).

## II. OŚRODEK KRAKOWSKI

- „Zdrowie” (miesięcznik) 1900-1903.
- Kordyl Z.: Irena Kuligowa. W: Logopedia 1983, nr 14/15.

## III. OŚRODEK WILEŃSKI

- Demel M.: Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu dzieci szkolnych. W: Życie Szkoły 1959, nr 2.
- Głębocki J.: Zwalczenie wad wymowy na terenie szkoły powszechnej.
- Organizacja walki z wadami mowy i głosu. W: Szkoła Specjalna 1947/48, nr 10.
- Szmurło J., Dylewski B.: Zwalczenie wad wymowy. W: Polska Gazeta Lekarska 1935, nr 5.

## IV. OŚRODEK LUBELSKI

(po wojnie, pod egidą prof. B. Delewskiego starano się tu nawiązać do tradycji Ośrodka Wileńskiego)

- Kaczmarek L.: Opieka nad wymową dziecka. W: Logopedia. Zagadnienia Kultury Żywego Słowa. 1960, nr 1.
- Kaczmarek L.: Podyplomowe Studium Logopedii. W: Logopedia. Kultura Żywego Słowa. 1971, nr 10.
- Meterowa H.: Od Komisji do Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. W: Logopedia. Zagadnienia Kultury Żywego Słowa. 1963, nr 5.

## V. OŚRODEK POZNAŃSKI

- Antkowski F.: Uwagi o rehabilitacji (retranspozycji) mowy. Poznań 1960.
- Błachnio T.: Terapia logopedyczna dzieci przedszkolnych, z badań teoretycznych i praktyki. Poznań 1980.
- Zalewski T., Czajka J.: Metoda oceny mowy dziecka dotkniętego rozszczepem podniebienia. W: Logopedia 1969, nr 8/9.

**Spis prac naukowych , opublikowanych względnie wygłoszonych przez  
dra Kazimierza Głogowskiego do 1971 r.  
opracowany przez I. Łyzyczkę (w wyborze):**

**rok 1926:**

- Narodowy Instytut dla Głuchoniemych w Paryżu. Wrażenia z podróży do Francji w roku 1925. W: Kwartalnik Stowarzyszenia Nauczycieli Szkół dla Głuchoniemych i Ociemniałych w Polsce.
- Język głuchoniemych. W: Kwartalnik... jw.

**rok 1929:**

- Przyczynek do wypracowań pisemnych na oddziale wyższym w szkole dla głuchoniemych. W: Nauczyciel Głuchoniemych i Niewidomych.

**rok 1931:**

- August Schreiber, Sylwetka osobowości nauczyciela głuchoniemych. W: Nauczyciel Głuchoniemych.... jw.

**rok 1932:**

- Głuchoniemota Helena Keller. Studium psychologiczne. W: Nauczyciel Głuchoniemych.... jw.
- Pojęcie głuchoniemoty w ciągu wieków. W: Szkoła Specjalna.

**rok 1937:**

- Dziecko głuchonieme w swym kalectwie, w szkole i w późniejszym życiu. W: Rocznik I Śląskiego Zakładu dla Głuchoniemych w Lublińcu.
- Wędrowki po Zakładzie dla Głuchoniemych w Lublińcu. W: Rocznik.... jw.
- Głuchoniemi na marginesie Konwencji Genewskiej. W: Rocznik.... jw.

**rok 1938:**

- Rodzice o Zakładzie dla Głuchoniemych w Lublińcu. W: Rocznik II.. Śląskiego Zakładu dla Głuchoniemych w Lublińcu.

**rok 1946:**

- Śląski Zakład dla Głuchoniemych po wojnie. W: Szkoła Specjalna.

#### **rok 1951:**

- Instrukcje dot. szkolenia i zatrudniania inwalidów głuchoniemych w przemyśle. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.
- Głuchoniemota. W: Życie Inwalidów.

#### **rok 1952:**

- Dobór zajęć, zawodów dla głuchoniemych. Wydanie książkowe - Polskie Wyd. Gospodarcze. Warszawa. Rozdz. III: Porozumiewanie się głuchoniemych.
- Recenzja programu Zasadniczej Szkoły Zawodowej Tkackiej dla Głuchoniemych. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej

#### **rok 1957:**

- 16. Qu est ce qu on peut pas exprimer par la langue des singes. Kongres Światowej Federacji w Rzymie.
- Dyslalie dentalne. Zakład Ortodontyki w Śl. Akademii Medycznej.
- Die Gaumensplattensprache und das Stottern als psychologirow z NRD w Śl. Akademii Medycznej.
- Rozwój mowy dziecka. Wykłady dla pielęgniarek w żłobkach i wychowawczyń przedszkoli.

#### **rok 1958:**

- Twoje dziecko przygotowuje się do mówienia. Wykład w radio.
- Myślenie głuchoniemych w świetle psychologii genetycznej. Wykład w Stowarzyszeniu Psychologów.
- Współpraca ortodonta z logopedą. Zjazd Ortodontów w Łodzi. Praca zbiorowa.

#### **rok 1959:**

- L etude du developpement de i appareit mental chez les enfants sourds-muets. Grosses Kongressbuch ueber den III. Welt-Kongress der Geboerelsen - Wiesbaden.

### **rok 1960:**

- W obronie głuchoniemego i jego mowy migowej. Zasadnicza Szkoła Zawodowa Tkacka dla Głuchoniemych w Krakowie.

### **rok 1961:**

- Środowisko warunkuje rozwój mowy dziecka. W: Szkoła Specjalna.
- La caracteristique de la personnalite des sourds par rap port a l adaptation sociale. Kongres Światowej Federacji Głuchych w Rzymie.
- Charakterystyka osobowości głuchoniemego. Wykład w Stowarzyszeniu Psychologów.
- Sekcja Artystyczna Komisji Naukowej PZG. W: Świat Głuchych.
- Program kursu wstępnego dla tłumaczy języka migowego. Dla Komisji naukowej PTG

### **rok 1962:**

- Mowa migowa głuchoniemych w charakterze środka społecznego porozumiewania się.
- Prymityw mowy migowej głuchoniemych w aspekcie dydaktyczno-pedagogicznym.
- Rehabilitacja mowy migowej głuchoniemych.
- Piśmiennictwo europejskie w krajach poza Europą dot. Mowy migowej, alfabetu palcowego i różnych systemów ręczno-ustnych. Prace od Nr 30 -33 wykonano dla Komisji Naukowej PZG w Warszawie.
- Terapia rotacyzmu. W: Logopedia Nr 3.

### **rok 1963:**

- Rozwój myślenia pojęciowego u dziecka głuchoniemego w okresie do 3 lat. Polskie Towarzystwo Psychologiczne w Katowicach.
- Cele i wyniki rehabilitacji mowy przed operacją podniebienia. Studium Doskonalenia Lekarzy przy Akademii Medycznej w Warszawie.
- Zasady leczenia foniatrycznego z uwzględnieniem najkorzystniejszych okresów dla rehabilitacji mowy. Studium ... jw.

### **rok 1965:**

- Die Stottererbehandlung in anthropologischer Sicht. Kongres Międzynarodowy Foniatrii i Logopedii w Wiedniu.

### **rok 1967:**

- Błędna ocena głuchoniemego nie szkolonego w obecnej literaturze naukowej. V Kongres Światowej Federacji Głuchych w Warszawie.
- Sprawozdanie z XIII Kongresu Tow. Międzynarodowego Foniatorów i Logopedów w Wiedniu. W: Logopedia Nr 7.

### **rok 1968:**

- Umwelt und Erbwelt der polnischen stotternden Volksschulkinder im Lichte einer Massenstatistik. Kongres Międzynarodowy Logopedów i Foniatorów w Paryżu.
- Organizacja rehabilitacji zaburzeń mowy w przyszłości. Konferencja robocza w Woj. Przychodni Higieny Szkolnej w Katowicach.

### **rok 1969:**

- Psychonerwica jąkania. Wykład w Stowarzyszeniu Lekarzy Pediatrów w Katowicach.
- Kl. P. Becker: Bildung, Erziehung und Therapie stotternder Schuler. Recenzja dla "Logopedii" Nr 8/9.
- Jąkanie w aspekcie zintegrowanej osobowości. W: Logopedia Nr 8/9.
- S. A. Żywkow: Nauczanie dzieci głuchych języka. Przekład J. Surowańca. Recenzja dla Kom. Naukowej PZG napisana w 1965 r.

### **rok 1970:**

- Zaburzenia ontogenne mowy. Wykład w Stowarzyszeniu -Lekarzy Ottologów w Wiśle.
- Poradnia Zaburzeń Mowy. W: Dziennik Zachodni 15.05.1970.

### **rok 1971:**

- 49. Placówki i formy opieki logopedycznej ze strony państwa i czynnika społecznego na Śląsku. Seminarium Logopedyczne w Katowicach.

## SPIS TABEL

TABELA NR 1. <b>ZRÓŻNICOWANIE RESPONDENTÓW W POSZCZEGÓLNYCH GRUPACH ZE WZGLĘDU NA PŁEĆ</b> .....	63
TABELA NR 2. <b>WIEK BADANYCH OSÓB W POSZCZEGÓLNYCH GRUPACH</b> .....	64
TABELA NR 3. <b>ZRÓŻNICOWANIE RESPONDENTÓW ZE WZGLĘDU NA POZIOM WYKSZTAŁCENIA</b> .....	65
TABELA NR 4. <b>LICZBA UCZNIÓW W OŚRODKU LUBLINECKIM NA POSZCZEGÓLNYCH POZIOMACH NAUCZANIA W LATACH 2000 – 2005</b> .....	88
TABELA NR 5. <b>DEFINICJE TERMINU „OPIEKA LOGOPEDYCZNA” FORMUŁOWANE PRZEZ NAUCZYCIELI I LOGOPEDÓW</b> .....	119
TABELA NR 6. <b>OGNIWA POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW</b> .....	123
TABELA NR 7. <b>OSOBY, DLA KTÓRYCH ZOSTAŁ POWOŁANY/FUNKCJONUJE SYSTEM OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ WYRÓŻNIONE PRZEZ BADANYCH</b> .....	126
TABELA NR 8. <b>DEKLAROWANY PRZEZ RESPONDENTÓW ZAKRES DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH W RAMACH SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ</b> .....	128
TABELA NR 9. <b>CELE WSPÓŁPRACY DEKLAROWANE PRZEZ NAUCZYCIELI I LOGOPEDÓW Z OGNIWAMI SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ</b> .....	135
TABELA NR 10. <b>DEKLAROWANE ŹRÓDŁA WIEDZY O PROBLEMATYCE MOWY WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW</b> .....	138
TABELA NR 11. <b>DEKLAROWANE ŹRÓDŁA INFORMACJI AKTUALIZACJACH ISTNIEJĄCEGO S.O.I. WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW</b> .....	140
TABELA NR 12. <b>ZAKRES OBOWIĄZKÓW DOTYCZĄCYCH SPRAWOWANIA OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ, OKREŚLANY PRZEZ NAUCZYCIELI I LOGOPEDÓW</b> .....	141
TABELA NR 13. <b>PRZYDATNOŚĆ WIEDZY O ZASADACH SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ W OCENIE RESPONDENTÓW</b> .....	144
TABELA NR 14. <b>ZASÓB WIEDZY BADANYCH NA TEMAT STRUKTURY I FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ</b> .....	145
TABELA NR 15. <b>TYPY INSTYTUCJI TWORZĄCYCH SYSTEM OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO WYMIENIANIE PRZEZ NAUCZYCIELI I LOGOPEDÓW</b> .....	147
TABELA NR 16. <b>OCENY RESPONDENTÓW DOTYCZĄCE SATYSFAKCJI Z FUNKCJONUJĄCEGO W NASZYM WOJEWÓDZTWIE SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ</b> .....	154
TABELA NR 17. <b>ATUTY WSPÓŁCZESNEGO MODELU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ W OPINIACH RESPONDENTÓW</b> .....	159

TABELA NR 18. <b>BRAKI S.O.L. WYODRĘBNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW.</b> .....	163
TABELA NR 19. <b>OCENA JAKOŚCI USŁUG LOGOPEDYCZNYCH ŚWIADCZONYCH W S.O.L. W ŚWIETLE ODPOWIEDZI RESPONDENTÓW.</b> .....	167
TABELA NR 20. <b>POSTRZEGANIE RÓŻNIC W JAKOŚCI OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ ŚWIADCZONEJ PRZEZ MEN I MZ WYODRĘBNIONE PRZEZ BADANYCH.</b> .....	169
TABELA NR 21. <b>OCENA ZAKRESU POMOCY LOGOPEDYCZNEJ W ŚWIETLE UDZIELANYCH PRZEZ RESPONDENTÓW WYPOWIEDZI.</b> .....	172
TABELA NR 22. <b>FORMY OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ ŚWIADCZONEJ PLACÓWKACH, W KTÓRYCH PRACUJĄ RESPONDENCI.</b> .....	175
TABELA NR 23. <b>ADRESACI KORZYSTAJĄCY Z POMOCY LOGOPEDYCZNEJ W PLACÓWKACH, W KTÓRYCH SĄ ZATRUDNIENI RESPONDENCI.</b> .....	177
TABELA NR 24. <b>DZIAŁANIA W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA OPIEKI NAD MOWĄ PODEJMOWANE PRZEZ RESPONDENTÓW.</b> .....	180
TABELA NR 25. <b>UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE WYWOŁUJĄCE MODYFIKACJE S.O.L. W OPINIACH RESPONDENTÓW.</b> .....	186
TABELA NR 26. <b>ASPEKTY ŻYCIA SPOŁECZNEGO WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW, KTÓRE POZYTYWNE WPŁYWAJĄ NA S.O.L.</b> .....	189
TABELA NR 27. <b>ASPEKTY ŻYCIA SPOŁECZNEGO WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW, KTÓRE NEGATYWNE WPŁYWAJĄ NA S.O.L.</b> .....	192
TABELA NR 28. <b>OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE MODYFIKACJI S.O.L. POSTULOWANE PRZEZ RESPONDENTÓW</b> .....	195
TABELA NR 29. <b>POTENCJALNE MOŻLIWOŚCI, KTÓRYMI W OCENIE RESPONDENTÓW DYSPONUJE SPOŁECZEŃSTWO GÓRNEGO ŚLĄSKA.</b> .....	200
TABELA NR 30. <b>DEKLAROWANY PRZEZ RESPONDENTÓW ZAMIAR PODNOSZENIA KWALIFIKACJI Z ZAKRESU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ.</b> .....	203
TABELA NR 31. <b>IŁOŚĆ DZIECI OBJĘTYCH TERAPIĄ LOGOPEDYCZNĄ W RODZINACH RESPONDENTÓW.</b> .....	206
TABELA NR 32. <b>WIEK I PŁEĆ DZIECI WYRÓŻNIONYCH PRZEZ ICH RODZICÓW, OBJĘTYCH DDZIAŁYWANIAMIS O.L.</b> .....	207
TABELA NR 33. <b>SPECJALIŚCI, Z KTÓRYMI BADANI RODZICE DEKLAROWALI WSPÓŁPRACĘ W RAMACH S.O.L.</b> .....	214
TABELA NR 34. <b>RODZAJE DZIAŁAŃ LOGOPEDYCZNYCH ZASTOSOWANE W TERAPII MOWY DZIECI.</b> .....	215
TABELA NR 35. <b>EFEKTY DZIAŁAŃ LOGOPEDYCZNYCH ZAISTNIAŁE U DZIECI WYRÓŻNIONE W OPINIACH RODZICÓW.</b> .....	218



# SPIS WYKRESÓW

WYKRES NR 1. <b>DEFINICJE TERMINU „OPIEKA LOGOPEDYCZNA” FORMUŁOWANE PRZEZ NAUCZYCIELI I LOGOPEDÓW. ....</b>	<b>120</b>
WYKRES NR 2. <b>OGNIWA POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW. ....</b>	<b>124</b>
WYKRES NR 3. <b>OSOBY, DLA KTÓRYCH ZOSTAŁ POWOŁANY/FUNKCJONUJE SYSTEM OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ WYRÓŻNIONE PRZEZ BADANYCH ....</b>	<b>125</b>
WYKRES NR 4. <b>DEKLAROWANY PRZEZ RESPONDENTÓW ZAKRES DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH W RAMACH SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ.....</b>	<b>127</b>
WYKRES NR 5. <b>OSOBY I INSTYTUCJE, Z KTÓRYMI RESPONDENCI DEKLAROWALI WSPÓŁPRACĘ.....</b>	<b>130</b>
WYKRES NR 6. <b>SPECJALIŚCI, Z KTÓRYMI RESPONDENCI DEKLAROWALI WSPÓŁPRACĘ W RAMACH SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ ....</b>	<b>131</b>
WYKRES NR 7. <b>DEKLAROWANE PRZEZ BADANYCH CELE WSPÓŁPRACY Z OGNIWAMI SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ.....</b>	<b>133</b>
WYKRES NR 8. <b>DEKLAROWANE ŹRÓDŁA WIEDZY O ZAGADNIENIACH DOTYCZĄCYCH MOWY WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW.....</b>	<b>137</b>
WYKRES NR 9. <b>DEKLAROWANE ŹRÓDŁA INFORMACJI O AKTUALIZACJACH ISTNIEJĄCEGO SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW.....</b>	<b>139</b>
WYKRES NR 10. <b>PRZYDATNOŚĆ WIEDZY O ZASADACH FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ W OCENIE RESPONDENTÓW ....</b>	<b>143</b>
WYKRES NR 11. <b>ZASÓB WIEDZY BADANYCH NA TEMAT STRUKTURY I FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ.....</b>	<b>146</b>
WYKRES NR 12. <b>TYPY INSTYTUCJI TWORZĄCYCH SYSTEM OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO WYMIENIANE PRZEZ NAUCZYCIELI I LOGOPEDÓW ....</b>	<b>149</b>
WYKRES NR 13. <b>OCENY RESPONDENTÓW DOTYCZĄCE ICH ZADOWOLENIA Z FUNKCJONOWANIA S.O.L. NA GÓRNYM ŚLĄSKU.....</b>	<b>155</b>

WYKRES NR 14. <b>ATUTY WSPÓŁCZESNEGO MODELU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ W OPINIACH RESPONDENTÓW</b> .....	161
WYKRES NR 15. <b>BRAKI S.O.L. WYODRĘBNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW</b> . ....	165
WYKRES NR 16. <b>OCENA JAKOŚCI USŁUG LOGOPEDYCZNYCH ŚWIADCZONYCH W S.O.L. W ŚWIETLE ODPOWIEDZI RESPONDENTÓW</b> .....	168
WYKRES NR 17. <b>ADRESACI KORZYSTAJĄCY Z POMOCY LOGOPEDYCZNEJ W PLACÓWKACH, W KTÓRYCH SĄ ZATRUDNIENI RESPONDENCI</b> . ....	179
WYKRES NR 18. <b>UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE WYWOŁUJĄCE MODYFIKACJE S.O.L. W OPINIACH RESPONDENTÓW</b> .....	188
WYKRES NR 19. <b>ASPEKTY ŻYCIA SPOŁECZNEGO WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW, KTÓRE MAJĄ POZYTYWNY WPŁYW NA S.O.L.</b> .....	190
WYKRES NR 20. <b>ASPEKTY ŻYCIA SPOŁECZNEGO WYRÓŻNIONE PRZEZ RESPONDENTÓW, KTÓRE NEGATYWNIE WPŁYWAJĄ NA S.O.L.</b> .....	194
WYKRES NR 21. <b>OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE MODYFIKACJI S.O.L. POSTULOWANE PRZEZ RESPONDENTÓW</b> .....	198
WYKRES NR 22. <b>POTENCJALNE MOŻLIWOŚCI, KTÓRYMI W OCENIE RESPONDENTÓW DYSPONUJE SPOŁECZEŃSTWO GÓRNEGO ŚLĄSKA</b> .....	202
WYKRES NR 23. <b>DEKLAROWANY PRZEZ RESPONDENTÓW ZAMIAR PODNOSZENIA KWALIFIKACJI Z ZAKRESU OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ</b> . ....	204
WYKRES NR 24. <b>PRZYCZYNY OBJĘCIA DZIECKA OPIEKĄ LOGOPEDYCZNĄ</b> . ....	209
WYKRES NR 25. <b>CZAS TRWANIA TERAPII LOGOPEDYCZNEJ DEKLAROWANY PRZEZ RODZICÓW DZIECI</b> .....	210
WYKRES NR 26. <b>WIEK ROZPOCZĘCIA PRZEZ DZIECKO TERAPII LOGOPEDYCZNEJ OKREŚLONY PRZEZ RODZICÓW DZIECI</b> . ....	212
WYKRES NR 27. <b>OSOBY I INSTYTUCJE, Z KTÓRYMI RESPONDENCI DEKLAROWALI WSPÓŁPRACĘ W RAMACH S.O.L.</b> .....	213
WYKRES NR 28. <b>RODZAJE DZIAŁAŃ LOGOPEDYCZNYCH ZASTOSOWANE W TERAPII MOWY DZIECI</b> . ....	216
WYKRES NR 29. <b>EFEKTY DZIAŁAŃ LOGOPEDYCZNYCH ZAISTNIAŁE U DZIECI WYRÓŻNIONE W OPINIACH RODZICÓW</b> .....	217

## SPIS RYCIN

RYCINA NR 1. <b>SCHEMAT S.O.L. FUNKCJONUJĄCY DLA DZIECKA Z DEFICYTEM INTELEKTUALNYM I ZABURZENIEM MOWY. ....</b>	<b>227</b>
RYCINA NR 2. <b>SCHEMAT S.O.L. FUNKCJONUJĄCY DLA OPISANEGO WYŻEJ DZIECKA ZE ZDIAGNOZOWANYM UBYTKIEM SŁUCHU. ....</b>	<b>234</b>
RYCINA NR 3. <b>SCHEMAT S.O.L. FUNKCJONUJĄCY DLA OPISANEGO WYŻEJ DZIECKA Z ZABURZENIAMI AFATYCZNYMI. ....</b>	<b>243</b>

## **ANEKSY**

## *Aneks nr 1. Kwestionariusz wywiadu skierowane do nauczyciela i logopedy.*

**Szanowna Pani! Szanowny Panie!**

Systemy pomocy osobom z zaburzeniami mowy w wielu krajach są podobne. Różnice dotyczą względów organizacyjnych, prawnych oraz kształcenia kadr. Specyficzna organizacja systemów gwarantuje powszechność i spójność opieki logopedycznej w wielu krajach, w innych jest ona nieprzystająca do potrzeb społecznych. Wspólna dla systemów opieki logopedycznej jest idea niesienia pomocy wszystkim osobom jej potrzebującym.

Opieka logopedyczna w Polsce organizowana jest zasadniczo w obszarze wpływów dwóch resortów: Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu oraz Ministerstwa Zdrowia. W sposób szczególnie zauważalny rozwija się ona na płaszczyznach działalności praktycznej, to jest: logopedii korekcyjnej i surdologopedii. Jest to uwarunkowane występowaniem różnorodnych czynników społecznych, które wywołują modyfikacje w strukturach rodzimego systemu opieki logopedycznej.

Zwracam się, do Pani/Pana, z prośbą o wzięcie udziału w badaniach dotyczących aktualnego stanu opieki logopedycznej na terenie Górnego Śląska.

Niniejsza ankieta posłuży do określenia poziomu jakości świadczonych usług logopedycznych oraz wyodrębnienia czynników, które Państwa zdaniem, oddziałują na ów system wywołując jego przeobrażenia.

**Badania mają charakter anonimowy. Wszelkie uzyskane informacje zostaną wykorzystane jedynie w opracowaniu naukowym.**

Liczę na Państwa rzetelne odpowiedzi, które pozwolą zaprezentować rzeczywisty stan opieki logopedycznej w naszym województwie.

**Dziękuję za przychylność i współpracę!**

Małgorzata Kitlińska -Król

**I. Część Informacyjna.**

1. Data przeprowadzenia ankiety
2. Płeć: kobieta/mężczyzna
3. Wiek:
  - do 30 lat,
  - 31- 40 lat,
  - 41- 50 lat,
  - 51 -60 lat,
  - 61 i więcej lat.
4. Miejsce pracy:
  - przedszkole .....
  - szkoła podstawowa .....
  - szpital .....
  - przychodnia .....
  - poradnia .....
  - praktyka prywatna
  - delegatura WO
  - inne .....
5. Resort, pod który podlega Pani/-a zakład pracy: .....
6. Wykształcenie: .....
7. Posiadane kwalifikacje (ukończona uczelnia, kierunek studiów, kursy doskonalące, kwalifikacyjne i inne.).....  
.....  
.....
8. Zajmowane stanowisko w miejscu pracy:.....
9. Staż pracy w zawodzie: .....
10. Wymiar etatu (liczba godzin w tygodniu):.....

## **II. Zakres i źródła wiedzy o współczesnym systemie opieki logopedycznej.**

1. Proszę określić, co oznacza termin *opieka logopedyczna*?  
.....  
.....
2. Proszę podać, jakie instytucje i osoby tworzą polski *system opieki logopedycznej*?  
.....  
.....
3. Dla jakich osób, Pani/-a zdaniem, został powołany i funkcjonuje system opieki logopedycznej?  
.....  
.....
4. Proszę określić, jaki jest zakres działań podejmowanych w ramach systemu opieki logopedycznej (profilaktyka, stymulacja rozwoju, korekcja, reedukacja, doskonalenie, diagnostyka)?  
.....  
.....
5. Z jakimi instytucjami, bądź osobami działającymi w obrębie systemu opieki logopedycznej współpracował/a Pan/i dotychczas? W jakim celu?  
.....  
.....
6. Czy w ramach swojej dotychczasowej edukacji zetknęła się Pani/zetknął się Pan z problematyką dotyczącą mowy, jej kształtowania się i deficytów, komunikacji? Proszę podać okoliczności.  
.....  
.....
7. Z jakich źródeł czerpie Pan/i informacje o aktualizacjach wprowadzanych do istniejącego systemu opieki logopedycznej?  
.....  
.....
8. Czy zna Pan/-i swój zakres obowiązków (zgodnie z zajmowanym stanowiskiem) związanych ze sprawowaniem opieki nad mową swoich podopiecznych, pacjentów? Proszę wymienić.  
.....  
.....
9. Czy wiedza na temat zasad funkcjonowania systemu opieki logopedycznej jest Pani/u niezbędna w wykonywanej pracy zawodowej? Dlaczego?  
.....  
.....
10. Jak ocenia Pan/i swój zasób wiedzy na temat struktury i funkcjonowania systemu opieki logopedycznej? *\*/niepotrzebne skreślić/*  
Wystarczający./ Niewystarczający./ Inny./ \* gdyż  
.....  
.....
11. Czy może Pan/-i wskazać nazwy konkretnych instytucji funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, które wchodzą w skład systemu opieki logopedycznej?  
.....  
.....

### **III. Ocena jakości i zakresu funkcjonowania systemu opieki logopedycznej.**

1. Czy jest Pan/i usatysfakcjonowany z działającego w naszym województwie systemu opieki logopedycznej? *\*/niepotrzebne skreślić/*  
Tak,/Nie,/Inne,/\* gdyż  
.....  
.....
2. Jakie dostrzega Pan/-i atuty współczesnego modelu? Z czego one wynikają?  
.....  
.....
3. Z jakimi, Pana/-i zdaniem, brakami (mankamentami) boryka się nasz system opieki logopedycznej? Czym są one spowodowane?  
.....  
.....
4. Jak Pan/-i ocenia jakość świadczonych usług logopedycznych w funkcjonującym systemie?  
Proszę uzasadnić swój pogląd. *\*/niepotrzebne skreślić/*  
Wysoko,/ Przeciętnie,/ Nisko,/ Nie mam zdania/\*  
.....  
.....
5. Czy dostrzega Pan/i różnice w jakości udzielanej opieki logopedycznej wynikające z przynależności ogniw owego systemu do Ministerstwa Edukacji Narodowej lub Ministerstwa Zdrowia, bądź funkcjonujących poza tymi resortami? Czym są spowodowane te odrębności?  
.....  
.....
6. Czy w Pana/i ocenie, wszystkie osoby potrzebujące opieki, pomocy logopedycznej otrzymują ją?  
Tak/nie/\*, ponieważ  
.....  
.....
7. Jakie działania w Pani/-a przekonaniu, należałoby podjąć, aby usprawnić funkcjonowanie systemu opieki logopedycznej?  
.....  
.....
8. Co należałoby zmienić, aby podnieść efektywność, jakość współczesnego systemu opieki logopedycznej?  
.....  
.....
9. Czy w placówce, instytucji, w której Pan/-i jest zatrudniony/-a jest świadczona opieka logopedyczna? W jakim zakresie?  
.....  
.....
10. Kto korzysta z opieki logopedycznej na terenie instytucji, placówki w której Pan/-i pracuje?  
.....  
.....
11. Czy Pan/-i podejmuje działania w zakresie świadczenia opieki nad mową (w szerokim znaczeniu) swoich podopiecznych? Jeżeli tak, to jakie? Jeżeli nie to jakiego powodu?  
.....  
.....
12. Czy podejmuje Pan/-i działania zmierzające do doskonalenia swoich umiejętności, uzupełniania swojej wiedzy z zakresu pedagogiki, psychologii, medycyny, logopedii i innych dyscyplin? Jakże to zabiegi?  
.....  
.....



***IV. Społeczne determinanty wpływające na kształt i modyfikacje systemu opieki logopedycznej.***

1. Jakie czynniki, Pani/-a zdaniem wpłynęły na ukształtowanie się systemu opieki logopedycznej w jego obecnej strukturze?  
.....  
.....
2. Które z determinantów, w Pani/-a odczuciu, wywołują modyfikacje w obecnie funkcjonującym na terenie województwa śląskiego modelu opieki logopedycznej? Proszę uzasadnić.  
.....  
.....
3. Jakie aspekty życia społecznego mają w Pana/i przekonaniu pozytywny wpływ na zmiany dokonujące się w systemie działalności logopedycznej na Górnym Śląsku?  
.....  
.....
4. Które z czynników, zdaniem Pani/-a, negatywnie oddziałują na jakość funkcjonowania współczesnego systemu opieki logopedycznej w naszym regionie?  
.....  
.....
5. Jakimi możliwościami, w Pan/-i przekonaniu, dysponuje społeczeństwo województwa śląskiego, których wdrożenie powinno poprawić poziom funkcjonowania systemu opieki logopedycznej oraz podnieść jakość świadczonych usług?  
.....  
.....
6. Czy Pan/-i podejmuje (ma zamiar podjąć) działania zmierzające do uzyskania dodatkowych kwalifikacji, poszerzenia wiedzy i umiejętności z zakresu opieki logopedycznej? Jakże to aktywności?  
.....  
.....
7. Jakie są Pana/i oczekiwania wobec przyszłego modelu opieki logopedycznej?  
.....  
.....

Dodatkowe uwagi (sugestie) związane z poruszaną w badaniach tematyką:  
.....  
.....

**Dziękuję za udział w badaniach!**

## *Aneks nr 2. Kwestionariusz wywiadu skierowane do rodzica..*

### **Szanowna Pani! Szanowny Panie!**

Systemy pomocy osobom z zaburzeniami mowy w wielu krajach są podobne. Różnice dotyczą względów organizacyjnych, prawnych oraz kształcenia kadr. Specyficzna organizacja systemów gwarantuje powszechność i spójność opieki logopedycznej w wielu krajach, w innych jest ona nieprzystająca do potrzeb społecznych. Wspólna dla systemów opieki logopedycznej jest idea niesienia pomocy wszystkim osobom jej potrzebującym.

Opieka logopedyczna w Polsce organizowana jest zasadniczo w obszarze wpływów dwóch resortów: Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu oraz Ministerstwa Zdrowia. W sposób szczególnie zauważalny rozwija się ona na płaszczyznach działalności praktycznej, to jest: logopedii korekcyjnej i surdologopedii. Jest to uwarunkowane występowaniem różnorodnych czynników społecznych, które wywołują modyfikacje w strukturach rodzimego systemu opieki logopedycznej.

Zwracam się, do Pani/Pana, z prośbą o wzięcie udziału w badaniach dotyczących aktualnego stanu opieki logopedycznej na terenie Górnego Śląska.

Niniejsza ankieta posłuży do określenia poziomu jakości świadczonych usług logopedycznych oraz wyodrębnienia czynników, które Państwa zdaniem, oddziałują na ów system wywołując jego przeobrażenia.

**Badania mają charakter anonimowy. Wszelkie uzyskane informacje zostaną wykorzystane jedynie w opracowaniu naukowym.**

Liczę na Państwa rzetelne odpowiedzi, które pozwolą zaprezentować rzeczywisty stan opieki logopedycznej w naszym województwie.

**Dziękuję za przychyłność i współpracę!**

Małgorzata Kitlińska -Król

## ***I. Część Informacyjna***

1. Data przeprowadzenia ankiety
2. Płeć: Kobieta/mężczyzna
3. Wiek:
  - do 30 lat,
  - 31-40lat,41-50k  
51-60 lat,
  - 61 i więcej lat.
4. Zawód wykonywany
5. Wykształcenie
6. Rodzina:/pełna//niepełna
7. Ilość dzieci w rodzinie:
8. Warunki mieszkaniowe:  
bardzo złe / złe /zadowolające: dobre/bardzo dobre;
9. Środki finansowe posiadane na utrzymanie rodziny: niewystarczające /niskie  
wystarczające, wysokie / bardzo wysokie;
10. Pobierane świadczenia, zasiłki, zapomogi:
11. Wydatki na dziecko związane ze jego specyficznymi potrzebami:

**II. Zakres dotychczasowych doświadczeń związanych z usługami świadczonymi w obrębie systemu opieki logopedycznej.**

1. Pani / Pana bliscy korzystają z opieki logopedycznej. Komu z rodziny jest ona obecnie udzielana, bądź była udzielana? W jakim/, wieku są te osoby, bądź były gdy świadczone im taką pomoc?  
.....  
.....
2. Proszę wymienić, z jakich powodów Pan/-i dziecko (dzieci) jest objęte opieką logopedyczną?  
.....  
.....
3. Jak długo Pani/-a dziecko (dzieci) objęte jest oddziaływaniami systemu opieki logopedycznej? Od którego roku życia?  
.....  
.....
4. Proszę podać, z jakimi instytucjami lub osobami (nazwy zawodów) współpracował/a Pan/-i podczas diagnozowania, a następnie terapii logopedycznej Pani/Pana dziecka?  
poradnie: .....  
przychodnie:.....  
specjaliści:.....  
inne:.....
5. Proszę określić jakimi działaniami logopedycznymi było oraz jest otoczone Pani/Pana dziecko?  
\*/proszę podkreślić wybraną odpowiedź/  
diagnoza rozwoju, stanu mowy,  
profilaktyka (zapobieganie) zaburzeń mowy,  
stymulacja (uaktywnienie) rozwoju mowy,  
korekcja (usuwanie) zaburzeń mowy,  
reedukacja (ponowne uczenie) w zakresie posługiwania się mową,  
doskonalenie umiejętności komunikowania się,  
inne, jakie?.....
6. Czy dostrzega Pan/Pani efekty udzielanej dziecku pomocy logopedycznej? Proszę je wymienić  
.....  
.....
7. Z którymi osobami, instytucjami oddziaływującymi na mowę Pani/Pana dziecka współpraca układa się najlepiej? Dlaczego?  
.....  
.....
8. Proszę wymienić, z którymi osobami, instytucjami oddziaływującymi na mowę Pani/Pana dziecka współpraca układa się najgorzej? Dlaczego tak się dzieje?  
.....  
.....

### **III. Ocena jakości i zakresu funkcjonowania systemu opieki logopedycznej.**

1. Czy jest Pan/-i zadowolona z działającego w naszym województwie systemu opieki logopedycznej? /niepotrzebne skreślić/ Tak/Nie./Inne./\* \* gdyż  
.....  
.....
2. Jakie dostrzega Pan/-i zalety współczesnego modelu? Z czego one wynikają?  
.....  
.....
3. Jakie braki (wady) Pana/-i zdaniem, ma nasz system opieki logopedycznej? Czym są one spowodowane?  
.....  
.....
4. Jak Pan/-i ocenia jakość świadczonych usług logopedycznych w funkcjonującym systemie? Proszę uzasadnić swój pogląd. \*\*niepotrzebne skreślić/  
Wysoko/Przeciętnie,/Nisko,/Nie mam zdania/\*\*  
.....  
.....
5. Czy dostrzega Pan/i różnice w jakości udzielanej opieki logopedycznej wynikające z przynależności instytucji tego systemu do resortu oświaty, czy resortu zdrowia, bądź funkcjonujących poza tymi resortami? Czym są spowodowane te odrębności?  
.....  
.....
6. Czy w Pana/i ocenie, wszystkie osoby, które potrzebują opieki, pomocy logopedycznej otrzymują ją?  
Tak/nie/\*, ponieważ  
.....  
.....
7. Jakie działania w Pani/-a przekonaniu, należało by podjąć by usprawnić funkcjonowanie systemu opieki logopedycznej?  
.....  
.....
8. Jakie Pan/i podejmuje działania w zakresie opieki nad mową swojego dziecka? Proszę wymienić  
.....  
.....

### **IV. Społeczne determinanty wpływające na kształt i modyfikacje systemu opieki logopedycznej.**

1. Jakie czynniki, w Pani/-a odczuciu, wywołują modyfikacje w obecnie funkcjonującym na terenie województwa śląskiego modelu opieki logopedycznej? Proszę uzasadnić.  
.....  
.....
2. Jakie aspekty życia społecznego mają w Pana/i przekonaniu pozytywny wpływ na zmiany dokonujące się w systemie działalności logopedycznej na Górnym Śląsku?  
.....  
.....
3. Które z czynników, zdaniem Pani/-a, negatywnie oddziałują na jakość funkcjonowania współczesnego systemu opieki logopedycznej w naszym regionie?  
.....  
.....
4. Jakie są Pana/i oczekiwania wobec przyszłego modelu opieki logopedycznej?  
.....  
.....

Dodatkowe uwagi (sugestie) związane z poruszaną w badaniach tematyką:

**Dziękuję za udział w badaniach!**

**Aneks nr 3. Osoby i instytucje tworzące ogniwa s.o.l. (tabela)**

Cel	współpraca szeroko pojęta		poszukiwanie skutecznych, optymalnych metod pracy		konsultacja, diagnoza specjalistyczna (w tym diagnoza logopedyczna)		orzecznictwo psychologiczno-pedagogiczne		zalecenia dotyczące przebiegu terapii		wymiana doświadczeń		doskonalenie zawodowe (warsztaty, szkolenia)		wykonywanie zabiegów specjalistycznych		propagowanie informacji o opiece logopedycznej		Ogółem						
	Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele		Logopedzi		Nauczyciele				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
poradnie psychologiczno-pedagogiczne	9	17	9	17	2	4	6	12	10	19	2	4	3	6	4	8	2	4	0	0	28	53,85			
gabinety/poradnie logopedyczne (MIZ)	6	12	2	4	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	7	13,46		
PTL, PZG, PZL, Klub "J"	0	0	4	8	1	2	3	6	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	1	1,92	
rodzice	3	6	5	10	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
specjaliści:	8	15	9	17	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- pediatra	6	12	32	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- laryngolog	1	2	5	10	0	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- foniatra	2	4	6	12	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- audiolog	0	0	4	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- ortodonta	0	0	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- neurolog	0	0	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- psycholog	1	2	4	8	0	0	1	2	6	12	0	0	1	2	4	8	1	2	0	0	0	0	0	0	
- surdologopeda	2	4	2	4	0	0	0	0	3	6	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- chirurg	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
szkoła przedszkole	2	4	6	12	2	4	3	6	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ośrodek adaptacyjny, rehabilitacyjny	0	0	2	4	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
prywatne gabinety logopedyczne	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
nie współpracuje	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

**Aneks nr 4. Karta badania mowy. Oprac. Z. Tarkowski .**

Nr karty.....

**KARTA BADANIA MOWY**

Imię i nazwisko.....  
 Data ur..... Data badania .....  
 Wiek ..... Przedszkole .....  
 Klasa ..... Szkoła .....  
 Imię matki..... zawód .....  
 Imię ojca..... zawód .....  
 Rodzeństwo .....  
 Adres ..... tel. ....  
 Dotychczasowa terapia logopedyczna .....

**Budowa i sprawność artykulatorów:**

język..... wędzidełko podjęz. ....  
 wargi .....  
 podniebienie twarde .....  
 .....  
 podniebienie miękkie .....  
 żuchwa .....  
 zgryz ..... uzębienie .....

**Artikulacja podstawowych głosek w nagłosie, śródgłosie i wygłosie wyrazu.**

GŁOSKA	NAGŁOS	SRÓDGŁOS	WYGŁOS
[š]			
[ž]			
[č]			
[š̌]			
[s]			
[z]			
[c]			
[š̌]			
[š]			
[ž]			
[č]			
[š̌]			
[r]			

GŁOSKA	NAGŁOS	SRÓDGŁOS	WYGŁOS
[k]			
[g]			
[x]			
[t]			
[d]			
[n]			
[l]			
[f]			
[v]			
[p]			
[b]			
[m]			
[ŋ]			

GŁOSKA	NAGŁOS	SRÓDGŁOS	WYGŁOS
[i]			
[u]			
[a]			
[o]			
[e]			
[u]			
[i]			
[y]			
[k]			
[g]			
[q]			
[ɛ]			

Mowa spontaniczna .....

Słownictwo ..... Formy gramatyczne .....

Słuch fonemowy .....

Synteza fonemowa wyrazu ..... Analiza fonemowa wyrazu .....

Powtarzanie:  
 głosek ..... sylab.....  
 wyrazów..... zdań.....

Rozumienie wypowiedzi .....

Głos ..... Nosowanie .....

Oddychanie.....

Tempo mówienia .....

Słuch, badanie orientacyjne ..... badanie audiometryczne .....

Lateralizacja (badanie orientacyjne) .....

Sprawność grafomotoryczna.....

Ogólna sprawność ruchowa .....

Wywiad .....

Konsultacje specjalistów .....

Diagnoza.....

Program terapii .....

Przebieg Terapii Logopedycznej

Lp.	Data	Przeprowadzone ćwiczenia	Uwagi



## Aneks nr 5. Karta badania motoryki artykulacyjnej.

Oprac. E.M. Minczakiewicz.

### Karta badania motoryki artykulacyjnej

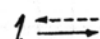
Imię i nazwisko badanego .....

Data urodzenia.....

Data badania.....

Próby języka

Próby warg



#### OZNACZENIA DO „KARTY BADANIA MOTORYKI ARTYKULACYJNEJ”

##### Próby języka:

1. Wysuwanie i chowanie do jamy ustnej
2. Kierowanie języka do brody i nosa
3. Kierowanie języka do kątek ust
4. Wykonanie grotu
5. Rozpłaszczenie języka - „łopata”
6. Unoszenie języka do podniebienia
7. Wykonanie „rureczki”
8. Ułożenie języka w kształcie „rynienki”
9. Oblizywanie warg ruchem okrężnym
10. Ruch okrężny języka po zębach
11. Klaskanie językiem
12. Wypychanie językiem policzków

##### Próby warg:

1. Zaciskanie warg
2. Nakładanie wargi górnej na dolną
3. Nakładanie wargi dolnej na górną
4. Przesuwanie kącików ust: w lewo, w prawo
5. Ściąganie i rozciąganie warg
6. Układanie warg w „ryjek”
7. Gwizdanie
8. Nadymanie policzków
9. „Warczenie motoru” (wibracja warg)
10. Przepychanie powietrza wewnątrz jamy ustnej
11. „Cmokanie” na konia
12. Parskanie, prychanie konia

##### Skala ocen - ocena punktowa:

1. Należyta sprawność narządów mowy - 3 pkt. (gdy dziecko wykona wszystkie ćwiczenia)
2. Sprawność narządów artykulacyjnych średniego stopnia - 2 pkt. (gdy dziecko wykona przynajmniej osiem prób)
3. Sprawność narządów artykulacyjnych zaburzona w stopniu wysokim - 1 pkt. (dziecko nie potrafi wykonać większości zadań)
4. Niesprawność narządów artykulacyjnych - 0 pkt. (dziecko nie potrafi prawidłowo wykonać zadań podanych w zestawach)

## ***Aneks nr 6. Zestaw wyrazów do badania ostrości słuchowej u dzieci.***

***Oprac. I. Styczek.***

Zestawy wyrazów do badania słuchu dzieci w wieku od 3 do 5 roku życia oraz powyżej 6 roku życia.

Badane jest oddzielnie prawe i lewe ucho wyraźnym szeptem (po skończonym normalnym wydechu). Zestawy „B” służą do badania kontrolnego.

Dzieci od 3 do 5 roku życia

ucho prawe		ucho lewe	
A	B	A	B
<i>Podaj lalkę. Podaj misia. Podaj piłkę. Podaj auto. Podaj klocek.</i>	<i>Pokaż nos. Pokaż ucho. Pokaż oko. Pokaż wioski. Pokaż ząbki.</i>	<i>Podaj kubek. Podaj talerz. Podaj łyżkę. Podaj nożyk. Podaj grzebień.</i>	<i>Pokaż rękę. Pokaż nogę. Pokaż brzuszek. Pokaż głowę. Pokaż palec.</i>

Bada się z odległości 3 metrów. Poleca się dziecku podać lub pokazać przedmiot, obrazek (lub część ciała), którego nazwę usłyszy. Prawidłowe pokazanie 5 lub 4 obrazków świadczy o dobrym słuchu. Jeżeli natomiast dziecko pokazuje mniejszą liczbę obrazków, można przypuszczać, że ostrość jego słuchu jest zmniejszona.

Dzieci powyżej 6 roku życia

ucho prawe			ucho lewe		
A	B	C	A	B	C
<i>Krysia dziewięć sala lato chłopak pole</i>	<i>Stasia siedem klasa mama domek okno</i>	<i>Zosia dziewięć rzeka Ania lala mleko</i>	<i>Kazia dziesięć drzewo tata lampa kotek</i>	<i>Jadzia dziewięć szkoła góra Tomek głowa</i>	<i>Jasia cztery szosa kreda fala woda</i>

Bada się z odległości 5 metrów. Poleca się powtarzać słyszane wyrazy. Jeżeli dziecko powtarza 5 lub 4 wyrazy, można uznać jego słuch za normalny. Powtórzenie mniejszej liczby wyrazów świadczy o obniżonej ostrości słuchowej.

## ***Aneks nr 7. Wzór karty wywiadu. Oprac. I. Styczek.***

### **WYWIAD**

Z kim ..... data .....

Nazwisko i imię ucznia .....

Adres .....

Wiek w dniu wywiadu ..... Data i miejsce urodź. ....

Wykształcenie ..... Szkoła ..... Klasa .....

Adres szkoły .....

Zawód wykonywany (przed chorobą, obecnie) .....

Rozpoznanie .....

### **I. Wywiad rodzinny**

Matka: żyje, nie żyje (przyczyna śmierci) ..... zawód .....

Ojciec: żyje, nie żyje (przyczyna śmierci) ..... zawód .....

Rodzeństwo (wiek) 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 .....

Choroby w rodzinie (umysłowe, nerwowe, niedorozwój umysłowy, kiła, gruźlica, padaczka, alkoholizm) .....

Zniekształcenia wrodzone .....

Wady mowy ..... słuchu .....

Atmosfera domowa (stosunek wzajemny domowników do siebie, do osoby badanej) .....

### **II. Rozwój**

Przebieg ciąży matki .....

Choroby matki w czasie ciąży (krwawienia z narządów rodnych, schorzenie nerek, wątroby, cukrzyca, różyczka, gruźlica, wstrząs psychiczny, alkoholizm) .....

Przyjmowane leki (streptomycyna, inne?) .....

Poród (w którym miesiącu? normalny, powikłany, przedłużający się ponad 12 godzin; położenie poprzeczne, kleszczowe, pomoc ręczna, cesarskie cięcie, leki przyspieszające) .....

Stan noworodka: waga ..... uraz porodowy, zamartwica, .....

drgawki, żółtaczka .....

Rozwój: mowa — gaworzenie ..... wyrazy ..... zdania .....

siadanie ..... chodzenie .....

Czy był w żłobku ..... w przedszkolu .....

czy był leworęczny? .....

Przebyte choroby, operacje (data, szpital), wady rozwojowe, choroby zakaźne (zapalenie opon mózgowych, choroba

Little'a, Heine-Medina, padaczka, urazy czaszki, inne) .....

### **III. Stan obecny badanego**

Stan fizyczny, sprawność ruchowa (postawa, chód, czy jest zręczny w ruchach rąk, nóg?) .....

Wzrok .....

Inteligencja, uzdolnienia, zainteresowania, postępy w nauce .....

Charakter i temperament (po dłuższej obserwacji i zebraniu uwag otoczenia w domu, w szkole, w pracy): łatwy w kontakcie czy trudny, samotnik, zahamowany, nadpobudliwy .....

### **IV. Początek zaburzeń mowy**

Od pierwszych lat życia .....

Po chorobie, wypadku, przestraszeniu .....

Dane dotyczące ewentualnej choroby: data zachorowania, przebieg choroby, kiedy została wykryta wada mowy? .....

Czy wada mowy była usuwana (gdzie? kiedy? jakimi środkami: farmakologicznie, logopedycznie, z jakim rezultatem?) .....

**V. Uwagi** .....

**Aneks nr 8. Arkusz obserwacji dziecka. Oprac. własne.**

Data obserwacji .....

Miejsce obserwacji .....

Prowadzący zajęcia .....

Imię i nazwisko dziecka .....

Obserwujący .....

Temat zajęć .....

<b>Część I</b>		<b>Zachowanie niewerbalne</b>	<b>Uwagi</b>
1. Usposobienie i zachowanie	pogodny(a), smutny(a), zdenerwowany(a), śmiały/nieśmiały(a), zdyscyplinowany(a)/niezdyscyplinowany(a), taktowny(a)/nietaktowny(a), nadpobudliwy(a), zahamowany(a) psychoruchowo, inne .....		
2. Koncentracja uwagi	prawidłowa, brak koncentracji, krótki okres koncentracji uwagi.		
3. Uczuciowość	prawidłowa, infantylna, labilność uczuć, wybuchy gniewu, płaczu, apatia, reaguje nieadekwatnie/ adekwatnie do sytuacji.		
4. Współpraca w grupie	współpracuje chętnie/niechętnie, dostosowuje się do zasad pracy zespołowej, wymaga indywidualnych zajęć, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem, łatwo nawiązuje kontakt z otoczeniem, przestrzega norm społecznych (zawsze, zazwyczaj, czasami, rzadko, wcale).		
5. Wykonywanie zadań	chętnie/niechętnie, wymaga zachęty, doprowadza pracę do końca/nie doprowadza, dokładny(a)/ niedokładny(a), wykazuje zaradność/niezaradność, samodzielność/niesamodzielność, inicjatywę, aktywność.		
<b>Część II</b>		<b>Komunikacja werbalna</b>	
1. Aktywność mowna:	mowa spontaniczna/bierna.		
2. Sposoby porozumiewania się z otoczeniem	gesty, mimika, pojedyncze sygnały, pojedyncze wyrazy, proste zdania nierozwinięte, zdania rozwinięte, rozbudowane.		

3. Forma stylistyczna zdania:	prawidłowa, nieprawidłowa	
4. Forma gramatyczna zdania	poprawna, niepoprawna.	
5. Treść:	na temat, nie na temat, zachowuje sens logiczny, chaos myślowy.	
6. Słownictwo	ograniczone do kilku wyrazów, zwrotów, ubogie, ale pozwalające porozumieć się z otoczeniem, przeciętne, w granicach normy wiekowej, bogate.	
7. Wady wymowy:	wadliwa artykulacja głosek inne	
8. Rozumienie pytań i poleceń	brak rozumienia, rozumienie ograniczone do pojedynczych, prostych, dobrze znanych, utrwalonych pytań/poleceń, rozumienie ograniczone do prostych poleceń popartych gestem, prezentacją, powtórzeniem, rozumienie poprawne	
<b>Część III</b>		
<b>Czytanie i pisanie</b>		
1. Technika czytania	nie czyta, rozpoznaje litery, odczytuje pierwsze litery, sylaby, i domyśla się dalszego ciągu wyrazu, głoskuje (po cichu, na głos), czyta sylabami, czyta całościowo wyraz, czyta wyrazami całe zdania	
2. Rozumienie czytania	zdanie, polecenie (proste, złożone), tekst (krótki, długi) ze zrozumieniem, z częściowym zrozumieniem, bez zrozumienia.	
3. Technika pisania	przy pisaniu dyktuje sobie: głośno, półgłosem, cicho, w myśli; domaga się powtarzania dyktowanego tekstu: sporadycznie, często, pyta o każde słowo; tempo pisania: szybkie, w normie, wolne.	

Kwestionariusz sporządzono z wykorzystaniem: J. Tomczak, R. Zietara: Kwestionariusz diagnozy i narzędzia badawcze w terapii pedagogicznej. Kraków 2005.

## Aneks nr 9. Dokumentacja dotycząca indywidualnego przypadku - Roksana.

### A.9/1. Wniosek pedagoga szkolnego i wychowawcy o dokonanie badań diagnostycznych w poradni psychologiczno-pedagogicznej.

**WNIOSEK**

**O przebadanie ucznia w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej**

Arkusz wypełnia wychowawca w oparciu o wnikliwą obserwację ucznia własne przemyślenia, ponieważ poniższe informacje stanowią będą istotną część materiału pomocniczego w zdiagnozowaniu przyczyn trudności dydaktycznych lub wychowawczych dziecka.

**Dane personalne.**

1. Nazwisko i imię ucznia.....  
2. Data i miejsce urodzenia..... 3. Imiona rodziców.....  
4. Adres.....  
5. Szkoła..... Klasa.....  
Nazwisko wychowawcy.....  
6. Czy uczeń był kierowany wcześniej do PPP? tak nie  
Jeżeli tak, to kiedy?.....

**Powód skierowania (ogólna charakterystyka problemu, rodzaj występujących trudności)**  
.....  
.....

**Przebieg dotychczasowej kariery szkolnej:**

1. Odroczenie obowiązku szkolnego: tak nie  
2. Powtarzanie klasy: tak nie której?.....  
3. Zmiana szkoły: tak nie powód?.....

**Ocena poziomu wiadomości szkolnych.**

1. Język polski  
Pisanie: trudności z poprawnym budowaniem zdań, błąd umiejętności analizy fonetycznej pisanej wyrazów, błędy ortograficzne  
Czytanie: głębokie, spóźnione, sepleniące

Wypowiedzi ustne: budowane z trudnością, mechanicznie, nie dość poprawnie pod kątem merytorycznym

2. Matematyka  
Umiejętność wykonywania i podstawowych działań: sprawnie wykonuje 4 podstawowe działania  
Umiejętność rozwiązywania zadań z treścią: sprawia trudne problemy  
Inne umiejętności matematyczne: liczenie, ma poprawną podstawę programową

3. Inne przedmioty:.....

Czy występujące trudności mają charakter ciągły czy okresowy?.....  
ciągły

4. Stosunek dziecka do swoich trudności.....  
ciężko popracować się, podjęcie wytkniętych

5. Stosunek ucznia do obowiązków szkolnych: dobry

Realizacja obowiązku szkolnego, frekwencja: bardzo dobra

Stopień przygotowania do lekcji:

- odrabianie zadań pisemnych dobrze
- przygotowanie do odpowiedzi ustnych dobrze
  - pomoc w nauce ze strony domu słaba
  - wyposażenie w przybory szkolne dobrze
  - aktywność ucznia na lekcji raczej dobra
  - podporządkowanie się regulaminowi szkolnemu dobrze

Stosunek do nauczycieli i kolegów

1. Zachowanie na lekcji bardzo dobrze
2. Zachowanie poza lekcjami bardzo dobrze
3. Umiejętność nawiązywania kontaktów z rówieśnikami słaba
4. Pozycja w grupie klasowej słaba
5. Udział w grupach nieformalnych —
6. Zaangażowanie w prace na rzecz klasy i szkoły przeciętne

Przejawy niedostosowania społecznego (wagary, picie alkoholu, zachowania agresywne, Wandalizm) —

Kontakty z policją, sądem, nadzór kuratora —

Ocena zainteresowań i uzdolnień ucznia

1. W szkole —
2. Poza szkołą —

Stan zdrowia dziecka —

Środowisko rodzinne

1. Rodzina: pełna nielna rozbita zrekonstruowana
2. Liczebność rodziny rodzina nieurodzona
3. Wykształcenie i zawód matki —  
Wykształcenie i zawód ojca —

4. Warunki socjalno-bytowe (ewentualna pomoc MOPS-u) ciągłymi u siebie, zanikli  
okresami

5. Zaspokajanie podstawowych potrzeb opiekuńczych (czystość, odżywianie, zainteresowanie potrzebami dziecka, stosowane metody wychowawcze)

Dobre zainteresowanie ze strony domu, niestety niewielki potencjał intel.  
rodziców, nie prowadzi na odpowiednie wizyjne powie, podstawowe potrzeby są

6. Współpraca ze szkołą częsta i systematyczna zaspokajane

7. Stosunek rodziców do trudności dziecka wykazujące wprostie sposoby pomocy w szkole

8. Ewentualne przejawy patologii środowiska rodzinnego —

Środki zaradcze i formy pomocy udzielone dziecku przez szkołę Od początku odwołuje  
dotychczasowe zajęcia, tu: dozwolone, są wypracowane i z pedagogiem  
Skierowanie do

Inne uwagi o uczniu Dziennik systematyczny, chętna do nauki i  
dotychczasowe zajęcia, mimo to osiąga słabe wyniki w nauce.

17.02.2006

Data

Podpis

## A.9/2. Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Bytom, dnia 18 kwietnia 2006 r.

p-P-P 425-1C/324 / 2536 / 2005-2006

### Opinia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Bytomiu

ur.  
zam.  
ucz.

#### w sprawie: trudności w nauce.

Roksana została zgłoszona do tutejszej poradni przez szkołę z powodu trudności w nauce. Badanie psychologiczne przeprowadzone 26.01.2006r. wykazało u dziewczynki niedorozwój umysłowy lekkiego stopnia. Obniżona są zarówno myślenie słowno – pojęciowe, jak i związane z operowaniem materiałem konkretnym.

Koncentracja uwagi i zdolności pamięciowe znajdują się na poziomie poniżej przeciętnej dla wieku. Percepcja wzrokowa jest zaburzona.

Roksana ma wadę wymowy.

Podczas badania dziewczynka pracowała z właściwą motywacją. Nawiązała prawidłowy kontakt z badającą.

Dziewczynka nie zgłosiła się na badanie pedagogiczne.

#### Wnioski:

Problemy w nauce Roksany spowodowane są:

- ➔ obniżonym rozwojem umysłowym
- ➔ zaburzeniami percepcji wzrokowej
- ➔ wadą wymowy.

#### Wskazania:

1. Należy powtórzyć diagnozę w tutejszej Poradni (najwcześniej w styczniu 2008r.), jeżeli trudności w nauce będą się nasilały (powtarzanie klasy).
2. Uczennica powinna kontynuować terapię logopedyczną na terenie szkoły.
3. Powinna nadal uczestniczyć w zajęciach dydaktyczno – wyrównawczych.
4. Uczennica wymaga stałej pomocy w nauce ze strony domu.
5. Szczegółowe wskazania do pracy z dzieckiem:
  - a. wzbogacanie zasobu słów i wiadomości o najbliższym otoczeniu i świecie
  - b. zachęcanie dziecka do wypowiedzania się i relacjonowania zdarzeń życia codziennego.
  - c. ćwiczenie myślowe poprzez:
    - ➔ różnicowanie i segregowanie elementów,
    - ➔ porządkowanie elementów w zbiorze,
    - ➔ zauważanie istotnych różnic pomiędzy przedmiotami oraz zdarzeniami,
    - ➔ określanie przyczyn, przebiegu i następstw wydarzeń zachodzących w najbliższym otoczeniu,
    - ➔ rozwiązywanie zadań matematycznych z wykorzystaniem sytuacji życiowych, obrazków, konkretów i liczydełek,
  - d. rozwijanie spostrzegania wzrokowego poprzez:
    - ➔ wykorzystanie obrazków tematycznych np. szukanie różnic i podobieństw,
    - ➔ wyszukiwanie brakujących elementów,
    - ➔ układanie historyjek obrazkowych, wzorów z klocków, puzzli itp.
  - e. usprawnianie percepcji słuchowej np.:
    - ➔ podawanie liczby sylab w wyrazie,
    - ➔ kończenie zaczętego wyrazu,
    - ➔ uzupełnianie treści słyszanego opowiadania obrazkiem.
  - f. motywowanie poprzez docenianie nie tylko efektu, ale i wkładu pracy.

#### Otrzymują:

1. SP.
2. a / a

PSYCHOLOG



Z-ca Dyrektora





### A.9/3. Scenariusz zajęć (gł. r). Oprac. własne.

#### Scenariusz zajęć logopedycznych

Data: 14.IX.2006 r.

Czas trwania: 45 min.

Prowadzący: Małgorzata Kitlińska Król

Uczeń: Roksana, l. 9 (rotacyzm);

Temat: „Drgający język” – wstępny etap korekcji rotacyzmu.

Cele ogólne:

- przygotowanie artykulatorów do poprawnej realizacji głoski r,
- wywołanie głoski r w grupie spółgłoskowej;

Cele operacyjne:

Wiadomości:

- dziecko zna i różnicuje charakterystyczne czynności wykonywane przez ucznia rano i wieczorem,
- dziecko pozna zasady „loteryjki obrazkowej z głoską r”;

Umiejętności:

- dziecko usprawni narządy artykulacyjne, głównie wargi, policzki i język,
- dziecko potrafi wykonać ćwiczenia artykulatorów zgodnie z instruktażem i wzorcem wizualnym;
- dziecko wprowadza w drgania czubek języka podczas wybrzmiewania sylab „tra, tro..., dra, ...dro...”
- dziecko poprawnie artykułuje wyrazy z ćwiczoną grupą spółgłoskową,
- dziecko rozwinie słuch fizyczny (różnicowanie dźwięków) oraz słuch fonematyczny (synteza i analiza sylabowa wyrazów oraz kontrola słuchowa wypowiedzi);

Postawy:

- dziecko przejawia umiejętność dokonywania obiektywnej oceny swojej pracy,
- dziecko aktywnie wykonuje zalecane ćwiczenia, wykazuje wysoką motywację do pracy nad ulepszeniem wymowy;

Środki i pomoce dydaktyczne:

tabelka z określeniami czynności, rurka i kubek z wodą, skrawki papieru, trąbki, fragment wiersza pt. „Trąbki Rysia”, dźwięk trąbek na kasecie magnetofonowej, plansza z dobieranką obrazkowo-wyrazową, loteryjka obrazkowa, puzzle;

Formy pracy:

indywidualna;

Zasady:

indywidualizacji, kompleksowego oddziaływania, aktywnego i świadomego udziału, systematyczności, stopniowania trudności.

Metody:

słowna, czynna, oglądowa.

Wykorzystana literatura:

- Rodak H.: Uczymy się poprawnie mówić. Poradnik logopedyczny z ćwiczeniami. Warszawa 1998.
- Diner K. E.: Profilaktyka zaburzeń mowy. Przewodnik dla rodziców, opiekunów, nauczycieli i lekarzy. Kielce 1999.

Przebieg zajęć:

I. Część wstępna:

1. Rozmowa na temat czynności wykonywanych rano przez dzieci przed wyjściem do szkoły.
  - Co robimy rano w łazience? (odkręcamy kram, myjemy zęby, wycieramy buzię i ręce ręcznikiem...).
  - Jakie czynności wykonujesz kiedy się umyjesz? (ubieram się, sprawdzam torbę, zabieram drugie śniadanie,..., jem śniadanie).
2. Segregowanie etykiet z „czynnościami”. Dziewczynka otrzymuje kartkę z tabelą i karteczki, jej zadaniem jest posegregowanie, rozdzielenie etykiet z czynnościami, które wykonuje uczeń rano i tymi, które wykonuje wieczorem (załącznik nr 1). Po wykonaniu ćwiczenia, logopeda prosi, by dziecko przyjrzało się napisom: Jaka litera została wyodrębniona?

II. Część właściwa:

3. Przygotowanie narządów artykulacyjnych do wymowy głoski *r*. Uczennica wykonuje ćwiczenia zgodnie z pokazem i instrukcją logopedy:

a) ćwiczenia warg i policzków:

- dotykanie górnymi siekaczami dolnej wargi, a dolnymi górnej – na przemian,
- nakładanie na siebie warg i poruszanie nimi tak, jak podczas żucia pokarmów (gumy),
- naśladowanie parskania konia (czubek języka między luźnymi wargami),
- naśladowanie warkotu motoru,
- dmuchanie przez rurkę do naczynia z wodą (bulgotanie);

b) ćwiczenia języka:

- dotykanie czubkiem języka górnej i dolnej wargi – na przemian przy szeroko otwartych ustach,
- szybkie poruszanie językiem w prawo i w lewo, dotykanie czubkiem języka kącików ust (usta szeroko otwarte),
- naprzemienne, szybkie dotykanie czubkiem języka szczytów górnych i dolnych zębów,
- klaskanie językiem,
- zdmuchiwanie z czubka języka skrawka papieru;

c) „śpiewanie” sylab z głoską *l*.

→usta szeroko otwarte, broda podczas śpiewania nie porusza się:

la, la, la...

lo, lo, lo...

le, le, le...

li, li, li ...

ly, ly, ly ...

lu, lu, lu...

terapeuta podaje tempo śpiewania (od wolnego do szybkiego) i melodię –  
dziewczynka powtarza bądź sama proponuje interpretację

d) szybkie wymawianie pojedynczych głosek (głoski udziąsłowione *t, d, n*):

t, t, t, t, t.....

d, d, d, d, d, .....

n, n, n, n, n, .....

e) szybkie naprzemienne wymawianie dwóch głosek:

td, td, td, td, td.....

tn, tn, tn, tn, tn.....

dn, dn, dn, dn, dn.....

f) szybkie wymawianie trzech głosek:

tdn, tdn, tdn, tdn, tdn.....

- ⇒w ćwiczeniach powyższych dąży się do wprowadzanie czubka języka w drgania typowe dla głoski *r*.
4. Dmuchanie w trąbki. Dziecko dmie w zabawkowe trąbki zwracając uwagę na dźwięk jaki wydają (cichy, głośny, mocny, słaby, gruby, piszczący...). Następnie logopeda odtwarza z kasy magnetofonowej nagrane brzmienia powyższych trąbek, uczennica ma wskazać, która trąbka „gra”.
  5. Naśladowanie głosów trąbek, w oparciu o zmodyfikowany fragment wiersza pt. „Trąbki Rysia”. Dziewczynka słucha i powtarza za nauczycielem brzmienie trąbek (odczytuje odpowiedni fragment tekstu).

### „Trąbki Rysia”

Rysio cztery trąbki ma  
i na każdej pięknie gra.  
Na pierwszej gra: tra, tra, tra,  
Na drugiej gra: tru, tru, tru,  
Na trzeciej gra: tre, tre, tre,  
Na czwartej gra: try, try, try.

Rysio brata Jurka ma  
razem z bratem gromko gra:  
dra, dra, dra,  
dru, dru, dru,  
dro, dro, dro,  
dre, dre, dre,

(nauczyciel zwraca uwagę na przesadnie mocną artykulację pierwszej sylaby wyrazu).

6. Dziewczynka powtarza za logopedą kolejne wyrazy:  
trudno, trójkąt, trybuna, trasa, troska, trepki, tresura, trampolina, tramwaj, trochę, trabant, trema, trawa, trapez, truskawki, trąbka, tragedia, tradycja, trąba;  
drugi, dropsy, dresy, dratwa, drabina, dreptać, dróżnik, druh, drut, dróżka, drobnostka, drewniak, drapieźnik, drewno, drapać, drużyna.
7. Dobieranka obrazkowo-wyrazowa (załącznik nr 2). Dziecko otrzymuje planszę z obrazkami oraz niedokończone etykiety z podpisami. Zadaniem dziecka jest poprawnie

nazwać to co widzi na obrazkach, nazwę podzielić na sylaby, a następnie dobrać odpowiedni podpis oraz uzupełnić go wpisując brakującą sylabę.

### III. Część końcowa.

8. Gra „loteryjka obrazkowa” (załącznik nr 3). Logopeda gra z dziewczynką. Przed każdym zawodnikiem znajduje się plansza (identyczna), a na stoliku położone są obrazkiem ku dołowi kartoniki odpowiadające obrazkom na planszy (obrazki z dwu kolejnych plansz – rozcięte). Gracze losują na zmianę kartoniki z obrazkami, ich zadaniem jest poprawnie nazwać przedmiot na obrazku i położyć do na swojej planszy. Wygrywa osoba, która pierwsza zakryje swoją planszę kartonikami. Gdy zawodnik wylosuje obrazek, który już ma odkłada go tracąc kolejkę.
9. Rozmowa podsumowująca: Czy podobały Ci się dzisiejsze zajęcia? Dlaczego? Czego się dziś nauczyłaś? Logopeda chwali za wszystkie dokonane postępy oraz wyjaśnia że jest to początek pracy z głoską *r*, a proces ten będziemy kontynuować.
10. Podziękowanie i pożegnanie.

### Załącznik nr 1.

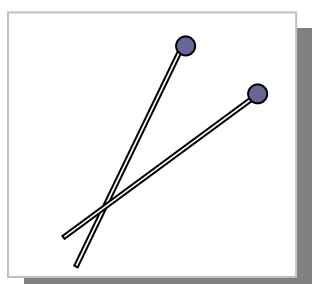
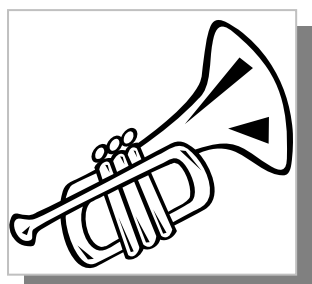
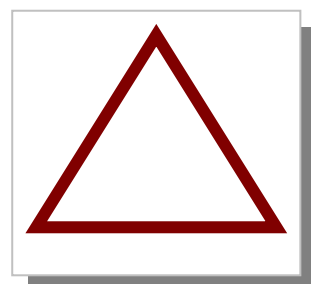
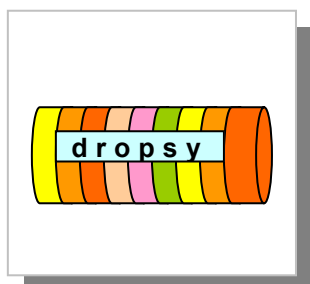
Szeregowanie etykiet z „czynnościami”.

Czynności wykonywane rano	Czynności wykonywane wieczorem

odkręcam kran	ubieram się	sprawdzam torbę	biorę drugie śniadanie
zaścielam łóżko	jem śniadanie	jem kolację	odrabiam zadania domowe
gram w grę	wycieram ręce ręcznikiem		

Załącznik nr 2.

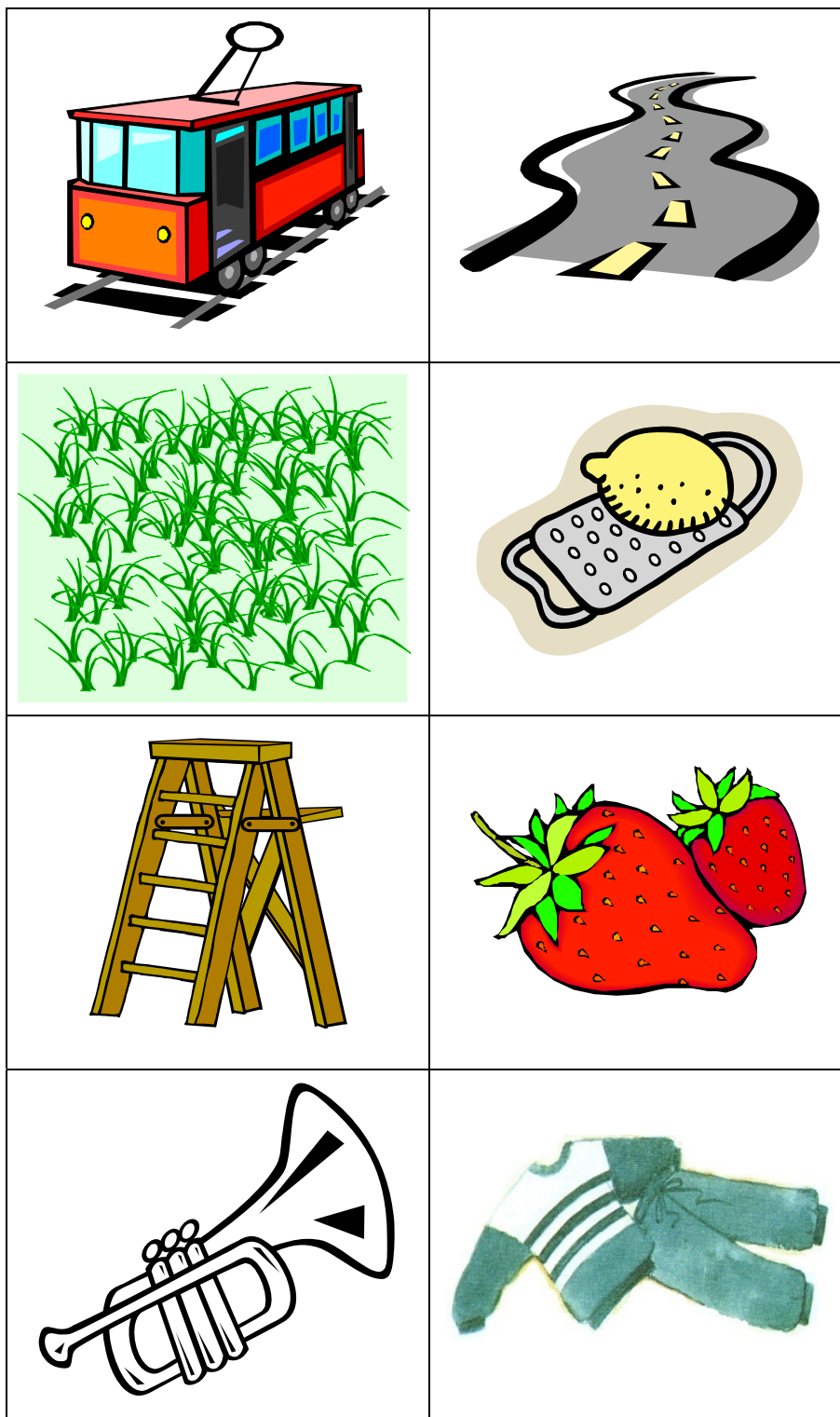
Dobieranka obrazkowo-wyrazowa.



trój...	....waj	...bant	trą...
...psy	dru..	...gowskaz	...wniak

Załącznik nr 3.

Gra „loteryjka obrazkowa”. Dla dwóch osób potrzebne są 2 plansze i 2 komplety obrazków.



## A.9/4. Arkusz obserwacji dziecka.

Data obserwacji ..... 14.09.2006r.

Miejsce obserwacji ..... Pomieszczenie Psychologiczno-Pedagogiczne u Byłonic

Prowadzący zajęcia ..... M. Kłosa - Kł.

Imię i nazwisko dziecka ..... Aleksandra

Obserwujący ..... M. Kłosa - Kł.

Temat zajęć ..... "Drogą jest siła" - kolejny etap korekcji ortograficznej

Część I Zachowanie niewerbalne		Uwagi
1. Usposobienie i zachowanie	pogodny(a), smutny(a), zdenerwowany(a), śmiały/nieśmiały(a), zdyscyplinowany(a)/niezdyscyplinowany(a), taktowny(a)/nietaktowny(a), nadpobudliwy(a), zahamowany(a) psychoruchowo, inne .....	
2. Koncentracja uwagi	prawidłowa, brak koncentracji, krótki okres koncentracji uwagi.	
3. Uczuciowość	prawidłowa, infantylna, labilność uczuć, wybuchy gniewu, płaczu, apatia, reaguje nieadekwatnie/ adekwatnie do sytuacji.	
4. Współpraca w grupie	współpracuje chętnie/niechętnie, dostosowuje się do zasad pracy zespołowej, wymaga indywidualnych zajęć, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem, łatwo nawiązuje kontakt z otoczeniem, przestrzega norm społecznych (zawsze, zazwyczaj, czasami, rzadko, wcale).	Zajęcia indywidualne - współpraca z kolegami
5. Wykonywanie zadań	chętnie/niechętnie, wymaga zachęty, doprowadza pracę do końca/nie doprowadza, dokładny(a)/nie dokładny(a), wykazuje zaradność/niezaradność, samodzielność/niesamodzielność, inicjatywę, aktywność.	
Część II Komunikacja werbalna		
1. Aktywność mowna:	mowa spontaniczna/bierna.	
2. Sposoby porozumiewania się z otoczeniem	gesty, mimika, pojedyncze sygnały, pojedyncze wyrazy, proste zdania nierozwinięte, zdania rozwinięte, rozbudowane.	

3. Forma stylistyczna zdania:	prawidłowa, nieprawidłowa	
4. Forma gramatyczna zdania	poprawna, niepoprawna.	
5. Treść:	na temat, nie na temat, zachowuje sens logiczny, chaos myślowy.	
6. Słownictwo	ograniczone do kilku wyrazów, zwrotów, ubogie, ale pozwalające porozumieć się z otoczeniem, przeciętne, w granicach normy wiekowej, bogate.	
7. Wady wymowy:	wadliwa artykulacja głosek inne: h, n	
8. Rozumienie pytań i poleceń	brak rozumienia, rozumienie ograniczone do pojedynczych, prostych, dobrze znanych, utrwalonych pytań/poleceń, rozumienie ograniczone do prostych poleceń popartych gestem, prezentacją, powtórzeniem, rozumienie poprawne	
Część III Czytanie i pisanie		
1. Technika czytania	nie czyta, rozpoznaje litery, odczytuje pierwsze litery, sylaby, i domyśla się dalszego ciągu wyrazu, głośkuje (po cicho, na głos), czyta sylabami, dźwiękami, trudne wyrazy, czyta całościowo wyraz, czyta wyrazami całe zdania	
2. Rozumienie czytania	zdanie, polecenie (proste, złożone), tekst (krótki, długi) ze zrozumieniem, z częściowym zrozumieniem, bez zrozumienia.	
3. Technika pisania	przy pisaniu dyktuje sobie: głośno, półgłosem, cicho, w myśli; domaga się powtarzania dyktowanego tekstu: sporadycznie, często, pyta o każde słowo; tempo pisania: szybkie, w normie, wolne.	



## Aneks nr 10. Dokumentacja dotycząca indywidualnego przypadku - Mateusz

### A.10/1. Kwestionariusz wywiadu o dziecku.

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU O DZIECKU**

**I. DANE OSOBOWE DZIECKA**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia dziecka ..... w .....  
3. Szkoła ..... Klasa ..... / Przedszkole.....
4. Adres domowy ..... tel. ....

**II. DANE DOTYCZĄCE SŁUCHU DZIECKA**

1. Wiek, w jakim zauważono wadę słuchu u dziecka od urodzenia.
2. Przyczyna utraty słuchu .....
3. Wynik ostatniego badania słuchu w decybelach (dB): I i II  
- ucho lewe 110 dB, II 100 dB - ucho prawe 100 dB, II 80 dB
4. Typ głuchoty .....
5. Czy dziecko posiada aparat słuchowy? tak, od kiedy od 1.1.02; nie
6. Czy dziecko używa aparatu słuchowego?:  
tak (stale - okolicznościowo - od czasu do czasu - bardzo rzadko);nie
7. Czy dziecko korzysta z aparatu słuchowego?:  
chętnie - niechętnie - pod przymusem

**III. DANE DOTYCZĄCE ROZWOJU DZIECKA**

1. Ciąża i poród 2
  - ciąża z kolei .....
  - wcześniejsze poronienia: tak ( ile ..., w którym miesiącu) nie tylko raz 6 mc.
  - choroby matki w czasie ciąży: tak (krwawienia z dróg rodnych, urazy, wstrząsy nerwowe, psychiczne, schorzenia wątroby, nerek, zatrucie ciążowe, cukrzyca, choroby zakaźne: grypa, żółtaczka zakaźna, różyczka, gruźlica, kontakt z osobami zakaźnie chorymi na ....., alkoholizm, przepracowanie, praca w warunkach trudnych i/lub szkodliwych (jakich? .....) )
  - przyjmowane leki w czasie ciąży: tak (jakie? .....) ) nie
2. Poród
  - o czasie, przedwczesny, przenoszona ciąża
  - prawidłowy, powikłania (jakie? Cesarskie cięcie u 35 tygodniu ciąży  
... 6. miesiąca ciąży. Mani... ręką dziecka pamiątkę. Potem kłótnie  
matki .....) )
  - stan dziecka po urodzeniu: Apg 4/6/7, waga 1500 wzrost 47 cm
  - pobyt dziecka w inkubatorze: tak (ile? 16.), nie 2 powoli merniacka i innego  
kg ciała. Nasilona żółtaczka fizjologiczna od 3 do 11 doby i fototerapia.
3. Okres niemowlęcy i poniemowlęcy (nieprawidłowości, przebyte formy leczenia)
  - kiedy zaczęło rączkować 8. m. c.
  - kiedy zaczęło siadać 10. m. c.
  - kiedy zaczęło chodzić 16. m. c.
  - kiedy zaczęło mówić pojedyncze słowa .....

1

rehabilitacja ruchowa  
 k. du. 2000 cm 13. robione badania MR. głąb - 1120000. Karda. 10240000  
 QUN. z. grupy sk. migracji. neurokwalnej

4. Okres przedszkolny (nieprawidłowości, przebyte formy leczenia)
- kiedy zaczęło samodzielnie schodzić i wchodzić po schodach .....
  - kiedy nauczyło się jeździć na rowerze dwukółowym .....
  - którą ręką się posługuje .....  
 nie dotyczy

5. Okres szkolny (nieprawidłowości, przebyte formy leczenia)
- .....  
 nie dotyczy

**IV. ROZKŁAD DNIA DZIECKA**

.....  
 7:30 - 10:00 szkoła  
 12:00 - 16:00 szkoła  
 17:00 - 22:00 sen i wieczór

**V. DANE O RODZINIE DZIECKA**

Rodzice	ojciec	matka
Imię	Gregorz	Anna
Wiek	31 lat	26 lat
Wykształcenie	st. wyż.	st. wyż.
Zawód	technik elektryk	technik karłowatej
Miejsce pracy	przedsiębiorstwo	-

1. Adres zamieszkania rodziców (opiekunów) dziecka:  
 ul. Zamkowy z. 13 3-00
2. Struktura rodziny dziecka:  pełna - niepełna (przyczyny) .....
4. Ilość rodzeństwa ..... 0 .....
5. Wady słuchu w rodzinie: tak (kto? .....);  nie

**V. PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEJ REWALIDACJI DZIECKA**

1. Czy dziecko uczęszczało do poradni specjalistycznej?  
 tak od 1... roku życia, jakiej? .. audiologicznej ..); nie
- .....
- .....

2. Sposoby porozumiewania się dziecka z otoczeniem;  
mowa ustna - mowa migowa - gest - materiał obrazkowy (pismo).
3. Czy dziecko miało kontakt z rówieśnikami słyszącymi? tak - nie.
4. Jeżeli tak, czy kontakt ten był:  
bardzo częsty - częsty - sporadyczny - rzadki.
5. Miejsce kontaktu dziecka z rówieśnikami słyszącymi: dom
6. Czy dziecko miało kontakt z rówieśnikami niesłyszącymi? tak - nie
7. Jeżeli tak, czy kontakt ten był:  
bardzo częsty - częsty - sporadyczny - rzadki.
8. Miejsce kontaktu dziecka z rówieśnikami niesłyszącymi: .....
9. Rozumienie i mowa czynna: proste polecenia
- dziecko rozumie mowę gdy: patrzy na usta, nie patrzy na usta
  - dziecko rozumie pojedyncze słowa: poparte gestem, nie poparte gestem,
  - dziecko rozumie polecenia: poparte gestem, nie poparte gestem,
  - dziecko wydaje głos, wyduje nieartykułowane dźwięki, nie mówi, mówi pojedyncze sylaby, mówi pojedyncze słowa, odtwarza melodie, mówi zdaniami
- .....  
.....  
.....

VI. ŚRODOWISKO DOMOWE DZIECKA

1. Warunki materialne rodziny dziecka:  
bardzo dobre - dobre - dostateczne - złe
2. Warunki mieszkaniowe rodziny dziecka:  
bardzo dobre - dobre - dostateczne - złe.
3. Czy dziecko ma w domu?:
- własny pokój: tak - nie, - własne łóżko: tak - nie, *spi z mamą*
  - własny kącik do zabawy: tak - nie, - własny kącik do nauki: tak - nie,
  - stały dostęp do kredek, farb, nożyczek, plasteliny: tak - nie.

VI. STOSOWANE METODY WYCHOWAWCZE

.....  
.....  
.....

Dodatkowe informacje:

od kwietnia 2003 roku zakazuje oprac dużo niech dużo

prezenta n. 8 w. z. 10.000

.....  
.....

osoba udzielająca wywiadu matka

przewodzący wywiad Just data 21.8.06

## A 10/2. Diagnoza neurologiczna.

Pracownia Rezonansu Magnetycznego  
Szpital Kliniczny nr 6  
Górnośląskie Centrum Zdrowia  
Dziecka i Matki  
Katowice ul. Medyków 16, tel. 102-37-65

### WYNIK BADANIA MR

Pacjent: [ ] ur. [ ] lat:

Jednostka kierująca: Bytom  
SS Nr2 Oddział Kliniczny Pediatrii

Nr badania: [ ]

MR : MR głowy

Data badania: 2001-06-07

#### Opis badania

Badanie wykonano w sekwencji SE/T1, T2 oraz PD w płaszczyznach poprzecznych, w sekwencji SE/T1 w płaszczyznach strzałkowych i czołowych, warstwą o grubości 4 i 5 mm.

Badanie wykonano w 7 miesiącu życia dziecka.

W obrazach MR uwidoczniono wadę rozwojową z grupy zaburzeń migracji neuronalnej.

Widoczna znacznie pogrubiała kora mózgu, głównie w okolicach czołowych i skroniowych - obraz MR jak w przypadku polimikrogyrii imitującej pachygyrię.

W okolicach ciemieniowych i potylicznych (głównie w sąsiedztwie rogów tylnych komór bocznych) zakręty i bruzdy, prawidłowe.

Istota biała widoczna jest w postaci wąskiego pasma wokół układu komorowego.

Podkorowo widoczne są obszary o podwyższonej intensywności sygnałów w sekwencji SE/T2 i PD, niewidoczne w sekwencji SE/T1, odpowiadające zmianom dys -i demielinizacyjnym.

Układ komorowy nadnamiotowy poszerzony z niewielką asymetrią rogów skroniowych, po stronie prawej szerszy w porównaniu ze stroną lewą.

Wodociąg mózgu, komora IV, prawidłowe.

Struktury tylnojamowe bez cech patologii.

Bruzdy Sylwiusza obustronnie poszerzone, po stronie prawej bruzda Sylwiusza łączy się z bruzdą zaśrodkową.

Przestrzenie podpajęczynówkowe w okolicach czołowych i skroniowych poszerzone.

#### Wnioski:

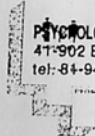
Wada rozwojowa OUN z grupy zaburzeń migracji neuronalnej.

Konsultacja:

Lekarz:

Podpis

**A.10/3. Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej dot. diagnozy niedosłuchu.**


**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**  
 41-902 Bytom, ul. K. Młarki 29  
 tel: 84-94-05 00782158

Bytom, dnia 09.09.2003r.

**OPINIA**

420/

Dyrekcja Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Bytomiu stwierdza, że :

urodzony(a) dnia ..... był badany (a) w dniu 09.09.2003


U badanego(nej) stwierdzono: niedosłuch dwustronny stopnia znacznego.

Wskazania: Chłopiec wymaga wzmocnienia słuchu poprzez urządzenia wzmocniające bodźce akustyczne. Zapoznanie dziecka z systemem FM pozytywnie wpływa na rozwój mowy i przebieg rehabilitacji słuchu.

Opinię wydaje się .....

SURDOPEDAGOG  
TYFLOPEDAGOG

**A.10/4. Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej dot. rozwoju intelektualnego.**


**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**  
 41-902 Bytom, ul. K. Młarki 29  
 tel: 84-94-05 00782158

Bytom, dnia 14.08.2003r.

**OPINIA**

420(

Dyrekcja Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Bytomiu stwierdza, że :

urodzony(a) dnia ..... był badany (a) w dniu 30.07.2003

U badanego(nej) stwierdzono rozwój umysłowy w granicach przeciętnej w odniesieniu do populacji chłopców 7-letnich II=85 w Męszczyńskowskiej wykonanowej skali Leitera.

Wskazania: W odniesieniu do populacji ogólnej wynik uzyskany w w/w teście II=79 wskazuje na rozwój umysłowy niski niż przeciętny. Obecnie chłopiec wymaga podjęcia systematycznej pracy koncentrowanej przede wszystkim na wstąpieniu do szkoły. WICEDYREKTOR

Opinię wydaje się .....

PSYCHOLOG



A.10/5. Arkusz obserwacyjny dot. Międzynarodowej Wykonaniowej Skali  
Leitera P-93.

**MIĘDZYNARODOWA WYKONANIOWA SKALA LEITERA P-93**

**ARKUSZ OBSERWACYJNY**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Wiek 6:5

Otocz kółkiem jedną cyfrę przy odpowiedzi najlepiej opisującej badane dziecko i jego zachowanie.

<b>RĘCZNOŚĆ</b> 1. posługuje się głównie prawą ręką 2. <u>posługuje się głównie lewą ręką</u> 3. posługuje się obydwoma rękami	<b>REAKCJE SŁOWNE</b> 1. brak lub rzadkie 2. <u>umiarkowane</u> 3. częste
<b>WZROK</b> 1. nosi okulary 2. nie nosi okularów, ale ma wadę wzroku 3. nie wiadomo czy ma wadę wzroku, czy nie 4. <u>wiadomo, że nie ma wady wzroku</u>	<b>TEMPO PRACY</b> 1. szybkie 2. umiarkowane 3. powolne 4. <u>zmienne</u>
<b>PRZEJAWY NADPOBUDLIWOŚCI</b> (wiercenie się, wstawanie, przyruchy, obgryzanie paznokci, drżenie rąk, mówienie do siebie, podśpiewywanie, itp.) 1. brak 2. nieznaczne 3. bardzo wyraźne	<b>POSZUKIWANIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZADAŃ</b> (zadaje pytania lub pytająco patrzy) 1. nie poszukuje 2. poszukuje sporadycznie 3. <u>poszukuje nieustająco</u>
<b>DOMINUJĄCY NASTRÓJ</b> 1. <u>pogodny</u> 2. zaleknioty, przestraszony 3. przygnębiony 4. entuzjastyczny 5. apatyczny 6. agresywny, zły 7. zmienny	<b>REAKCJA NA POMIAR CZASU</b> 1. brak, bez wrażenia 2. <u>lekkie zdenerwowanie</u> 3. wyraźna dezorganizacja
<b>STOSUNEK DO ZADAŃ</b> 1. <u>przejawia zainteresowanie</u> 2. obojętny 3. gorliwy 4. negatywistyczny 5. zmienny	<b>REAKCJA NA TRUDNOŚCI</b> 1. <u>aktywnie pokonuje</u> 2. zniechęca się (rezygnuje z rozwiązywania) 3. ma lzy w oczach 4. złości się
<b>SPOSÓB WYKONYWANIA ZADAŃ</b> 1. z namysłem 2. metodą prób i błędów 3. niedbale, byle jak 4. szybko i pewnie 5. niepewnie 6. zmienny	<b>POSZUKIWANIE INFORMACJI ZWROTNYCH I APROBATY</b> (werbalnie lub wzrokowo) 1. nie poszukuje 2. poszukuje sporadycznie 3. <u>poszukuje nieustająco</u>
	<b>SAMOKONTROLA</b> dotycząca poprawności wykonania zadań 1. silna 2. umiarkowana 3. brak

.....  
Podpis badającego

Pracownia Testów Psychologicznych  
Polskiego Towarzystwa Psychologicznego  
Warszawa 1995

**A.10/6. Orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej z 2003 r. o potrzebie kształcenia specjalnego.**

43201(1126) (2003- r.) NiL  
1180/01/02P O R A D N I A  
**PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**  
41-902 Bytom, ul. Dr Józefa Rosika 16  
tel. 281-94-05, fax 281-74 06  
NIP 626-10-61-903

Bytom, dnia 17.04.2003 r.

(pieczęć nagłówkowa)

**ORZECZENIE NR.**  
**o potrzebie kształcenia specjalnego**

Działając na podstawie art. 71b ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1996r. Nr 67, poz. 329 i Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 153 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 117, poz. 759 i Nr 162, poz. 1126 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 19, poz. 239, Nr 48, poz. 550, Nr 104, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1320, z 2001 r. Nr 111, poz. 1194 i Nr 144, poz. 1615, z 2002 r. Nr 41; poz. 362, Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1185 i Nr 200, poz. 1683 oraz z 2003 r. Nr 6, poz. 65).

na wniosek .....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)  
**Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Bytomiu,**

Zespół Orzekający .....  
(nazwa i adres poradni)

w składzie:  
dyrektor- ..... - Przewodniczący Zespołu  
psycholog – .....  
psycholog – .....  
surdopedagog-tyflopedagog – .....  
pedagog – .....  
lekarz medycyna – .....

**orzeka o potrzebie kształcenia specjalnego**

**MATEUSZA** .....  
(imię/imiona i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

**Przedszkole Miejskie z Oddziałami Integracyjnymi w Bytomiu** .....  
(nazwa i adres przedszkola lub nazwa i adres szkoły oraz oznaczenie klasy)

.....  
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....  
(adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów)

roku szkolnego 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006

na czas .....  
z uwagi na (należy określić rodzaj zaburzeń i odchyłeń rozwojowych dziecka, wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy):

### **obustronny niedosłuch znacznego stopnia**

#### **Diagnoza**

Zespół określa możliwości rozwojowe i potencjał dziecka:

Chłopiec został zdiagnozowany jako dziecko niedosłyszające i zaopatrzony w aparaty słuchowe w roku życia. Korzysta z systemu FM wzmacniającego odbiór wrażeń słuchowych, przede wszystkim dźwięków mowy werbalnej.

Od połowy kwietnia 2003 roku uczęszcza do przedszkola z oddziałami integracyjnymi, gdzie znajduje się pod stałą opieką surdopedagoga, logopedy i psychologa. Ponadto pozostaje pod stałą opieką surdopedagoga na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bytomiu.

Badanie psychologiczne wykazało przeciętny poziom rozwoju umysłowego w sferze pozawerbalnej w odniesieniu do populacji dzieci głuchych, natomiast w odniesieniu do populacji ogólnej jest to rozwój niższy niż przeciętny.

Ze względu na wadę słuchu znacznie opóźniony jest rozwój mowy – chłopiec zaczyna mówić pojedynczą sylabę „am”, artykułuje w izolacji wszystkie samogłoski. Z otoczeniem porozumiewa się za pomocą prostego gestu. Chłopiec nie reaguje na własne imię, niechętnie skupia wzrok na ustach mówiącego, unika kontaktu wzrokowego.

W zakresie reakcji na dźwięki reaguje jedynie na bardzo głośne dźwięki bębienka (nie zawsze za pierwszym razem). Bardzo słaba jest sprawność narządów mowy – aparatu artykulacyjnego.

#### **Zalecenia**

**Zespół zaleca zastosować wobec dziecka** (należy wskazać zalecaną formę kształcenia specjalnego: w szkole ogólnodostępnej, szkole integracyjnej lub oddziale integracyjnym, szkole specjalnej lub oddziale specjalnym albo w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, warunki realizacji potrzeb edukacyjnych, formy stymulacji, terapii, usprawniania, rozwijania potencjalnych możliwości i mocnych stron oraz inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej):

#### **kształcenie specjalne na poziomie oddziału przedszkolnego dla dzieci z wadą słuchu realizowane w grupie integracyjnej**

Objęcie dziecka indywidualnymi zajęciami korekcyjno – kompensacyjnymi a w ich ramach:

- prowadzenie z dzieckiem treningu słuchowego w celu maksymalnego wykorzystania aparatu słuchowego,
- ćwiczenie koncentracji na twarzy osoby mówiącej,
- kontynuowanie terapii logopedycznej,
- stymulowanie procesów poznawczych.

Podczas zajęć grupowych należy zwrócić uwagę aby dziecko miało miejsce korzystne dla odbioru mowy i obserwacji (m.in. aby siedziało w bliskiej odległości od nauczyciela, tak, aby twarz nauczyciela i twarze innych dzieci były oświetlone). Wypowiedzi kierowane do dziecka powinny mieć formę prostych zdań (dwa wyrazowych). Zwracając się do dziecka zawsze używać imienia.

Mówić do dziecka w sposób naturalny, nie za głośno, jedynie minimalnie spowalniając mówienie, kilkakrotnie powtarzać informację używając tych samych słów.



### Uzasadnienie

(należy wskazać elementy diagnozy uzasadniające potrzebę kształcenia specjalnego i zaleconą formę kształcenia specjalnego oraz zalecane formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej i określić spodziewane efekty tej pomocy)

Obustronny niedosłuch znacznego stopnia uzasadniają potrzebę objęcia dziecka kształceniem specjalnym przewidzianym dla dzieci z wadą słuchu w warunkach grupy integracyjnej. Przebył w grupie rówieśniczej oraz udział w indywidualnych zajęciach korekcyjno – kompensacyjnych. Dziecko opanowało podstawowe treści przewidziane programem wychowania przedszkolnego w zakresie wszystkich obszarów: umiejętności społecznych, wrażliwości słuchowej i mowy.

Od niniejszego orzeczenia przysługuje wnioskodawcy odwołanie do:

**Kuratora Oświaty w Katowicach, za pośrednictwem Zespołu Orzekającego, który wydał orzeczenie, w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia.**

DYREKTOR  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Bytomiu

.....  
(podpis przewodniczącego zespołu orzekającego)

## A.10/7. Orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej z 2006 r. o potrzebie kształcenia specjalnego i odroczeniu od obowiązku szkolnego.

rok szkolny 2006/2007

na czas .....  
z uwagi na (należy określić rodzaj zaburzeń i odchylen rozwojowych dziecka, wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy):

**obustronny niedosłuch znacznego stopnia**

**Diagnoza**

Zespół określa możliwości rozwojowe i potencjał dziecka:

Chłopiec został zdiagnozowany jako dziecko niedosłyszące i zaopatrzone w aparaty słuchowe w 1 roku życia. Korzysta z systemu FM wzmacniającego odbiór wrażeń słuchowych, przede wszystkim dźwięków mowy werbalnej. Od 2003 roku uczęszcza do przedszkola z oddziałami integracyjnymi, gdzie znajduje się pod stałą opieką surdopedagoga, logopedy i psychologa.

Badanie psychologiczne wykazało przeciętny poziom rozwoju umysłowego w sferze pozawerbalnej w odniesieniu do populacji dzieci głuchych, natomiast w odniesieniu do populacji ogólnej jest to rozwój niższy niż przeciętny.

Badanie pedagogiczne wykazało, że chłopiec nie osiągnął wystarczającego poziomu dojrzałości szkolnej aby rozpocząć naukę w klasie pierwszej szkoły podstawowej.

Analiza poszczególnych poziomów sprawności wykazała, że dziecko jedynie w zakresie grafopercepcji, porównywaniem liczebności zbiorów osiągnęło dobry stopień ich opanowania. Duże trudności sprawia mu wykonywanie prostych obliczeń arytmetycznych (w oparciu i konkret) oraz porównywanie wielkości elementów (rozmiar).

Obustronny niedosłuch znacznie opóźnia rozwój komunikacji zarówno werbalnej jak i gestowo-mimicznej.

Obecnie chłopiec powtarza proste wyrazy jedno sylabowe oraz stosuje do komunikacji kilka podstawowych znaków ideograficznych języka migowego.

Chłopiec zaczyna reagować na własne imię, skupia wzrok na ustach mówiącego, nie unika kontaktu wzrokowego.

W zakresie reakcji na dźwięki reaguje jedynie na bardzo głośne dźwięki bębienka (nie zawsze za pierwszym razem).

**Zalecenia**

**Zespół zaleca zastosować wobec dziecka** (należy wskazać zalecaną formę kształcenia specjalnego: w szkole ogólnodostępnej, szkole integracyjnej lub oddziale integracyjnym, szkole specjalnej lub oddziale specjalnym albo w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, warunki realizacji potrzeb edukacyjnych, formy stymulacji, terapii, usprawniania, rozwijania potencjalnych możliwości i mocnych stron oraz inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej):

**kształcenie specjalne dla dzieci z wadą słuchu realizowane w oddziale przedszkolnym w grupie integracyjnej**

1. Ze względu na niski stopień opanowania wiadomości i umiejętności szkolnych zaleca się odroczenie obowiązku szkolnego w roku szkolnym 2005/2006.
2. Objęcie dziecka indywidualnymi zajęciami korekcyjno – kompensacyjnymi a w ich ramach:
  - prowadzenie z dzieckiem treningu słuchowego w celu maksymalnego wykorzystania aparatu słuchowego,
  - kontynuowanie terapii logopedycznej w celu wzrostu kompetencji językowych,
  - rozwijać wiadomości arytmetyczne.

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego może być wydane na okres roku szkolnego, etapu edukacyjnego, okresu kształcenia w danej szkole albo na czas nieokreślony

## Uzasadnienie

(należy wskazać elementy diagnozy uzasadniające potrzebę kształcenia specjalnego i zaleconą formę kształcenia specjalnego oraz zalecone formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej i określić spodziewane efekty tej pomocy)

Obustronny niedosłuch znacznego stopnia uzasadniają potrzebę objęcia dziecka kształceniem specjalnym przewidzianym dla dzieci z wadą słuchu w warunkach grupy integracyjnej.

Dalsze przebywanie w grupie dzieci słyszących i udział w indywidualnych zajęciach korekcyjno – kompensacyjnych pozwolą dziecku opanować podstawowe treści dydaktyczne niezbędne do rozpoczęcia nauki w klasie pierwszej szkoły podstawowej.

Od niniejszego orzeczenia przysługuje wnioskodawcy odwołanie do:

**Kuratora Oświaty w Katowicach, za pośrednictwem Zespołu Orzekającego, który wydał orzeczenie, w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia.**

DYREKTOR  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

.....  
(podpis przewodniczącego zespołu orzekającego)

Otrzymuje:  
wnioskodawca

.....  
.....  
.....

**A.10/8.** Scenariusz zajęć. Oprac. własne.

### **Scenariusz zajęć logopedycznych**

Data: 30.XI.2006 r.

Czas trwania: 45 minut.

Prowadzący: mgr Małgorzata Kitlińska Król.

Uczeń: Mateusz., lat 6,5 (niedosłuch obustronny znacznego stopnia)

Temat. Muzyka uspokaja i koncentruje.

Cele ogólne:

- rozwijanie umiejętności koncentracji uwagi.
- automatyzowanie wymowy głosek dźwięcznych.

Cele operacyjne:

Wiadomości:

- dziecko zna zasady kolorowania mandali oraz rozbudowywania jej,

Umiejętności:

- dziecko potrafi zlokalizować kierunek, z którego dobiega dźwięk,
- dziecko rozpoznaje znane sobie z otoczenia dźwięki,
- dziecko rozwija umiejętność określania cech, nastrojów muzyki,
- dziecko rozpoznaje i właściwie nazywa kolory,
- dziecko uspokaja się, słuchając relaksacyjnej muzyki, kolorując wzory mandali,
- dziecko usprawnia funkcjonowanie słuchu fonematycznego w zakresie różnicowania głosek, dokonywania analizy głoskowej.

Postawy:

- dziecko rozwija wrażliwość na odbieranie utworów muzycznych,

Metody:

słowna, oglądowa, czynna.

Formy pracy:

indywidualna.

Zasady:

indywidualizacji, kompleksowego oddziaływania, aktywnego i świadomego udziału, systematyczności, stopniowania trudności.

### Środki i pomoce dydaktyczne:

kaseta magnetofonowa z dźwiękami, dzwoneczek, karta ze znakiem, wybrane utwory muzyki poważnej, instrumentalnej, kredki, kartka z mandalą, tablica z obrazkami opozycyjnych głosek, schematy twarzy – miny, skrzyżowania sylabowe, szyfrogram.

### Wykorzystana literatura:

- Wullemet S., Cavelius A.: Mandala. Buddyjska terapia uspokajająca. Warszawa 1999.
- Wrześcińska M.: Chce poprawnie wymawiać. Ćwiczenia logopedyczne. Głoski dźwięczne. Poznań 1999.
- Grabałowska K., Jastrząb J., Mickiewicz J., Wojak M.: Ćwiczenia w czytaniu i pisaniu. Poradnik metodyczny do terapii dzieci dyslektycznych. Toruń 1996.
- Kinezyjologia edukacyjna. Materiały własne.

### Przebieg zajęć:

#### I. Część wprowadzająca:

- 1) Przywitanie się z chłopcem. Krótka rozmowa na temat zajęć w przedszkolu.
  - 2) Zaproponowanie uczniowi zabawy w odgadywanie dźwięków znanych mu ze przedszkola i otoczenia – nauczyciel odtwarza dźwięki z taśmy magnetofonowej (śmiech dziecięcy, sygnał straży pożarnej, otwieranie drzwi kluczem, brzęk rozbijających się talerzy), w razie trudności nauczyciel powtarza dźwięk ponownie.
  - 3) Skąd dobiega głos bębna? Chłopiec z zasłoniętymi chustą oczami ma zlokalizować w pomieszczeniu kolejne miejsca, z których dobiega dźwięk.
  - 4) Logopeda proponuje dziecku wykonanie kilku ćwiczeń ruchowych integrujących prace półkul mózgowych (ćwiczenia Dennisona, w trakcie wykonywania ćwiczeń uczeń ma patrzeć na zawieszony na ścianie znak X);
- ruchy naprzemienne:
    - skłony tułowia w przód połączone z uniesieniem prawego kolana do lewego łokcia i odwrotnie,
    - wymachy: prawa ręka w przód i w górę równocześnie z uniesieniem w tył do góry, prostej w kolanie lewej nogi i odwrotnie („jazda na nartach”),
    - skrętoskłony tułowia: prawą dłoń dotykamy kostki lewej nogi skręcając tułów w prawą stronę i odwrotnie;
    - „sowa” – głowę kierujemy w prawo, unosimy ramiona, nabieramy powietrza i wypuszczamy je małymi porcjami pohukując „hu - hu, hu - hu”, podczas

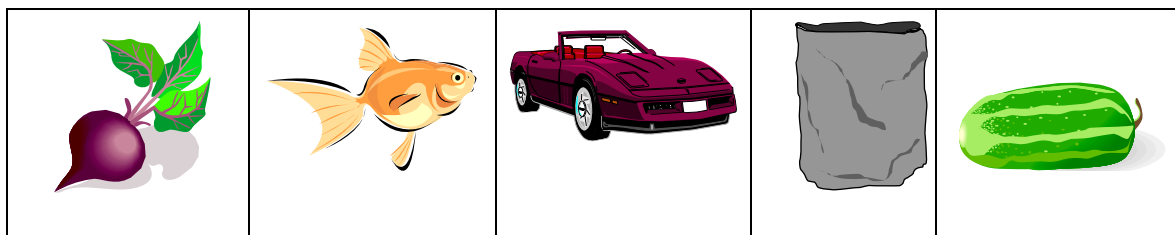
wydychania powietrza przesuwamy głowę w lewą stronę, a potem odwrotnie. To samo ćwiczenie powtarzamy w wersji z opuszczonymi ramionami.

## II. Część właściwa:

1. Jaką jest ta melodia? – przedstawianie mimiką twarzy nastroju, jaki wywołuje fragment muzyki. Chłopiec słucha utworów, określa jakie emocje wywołuje, wskazuje odpowiedni schemat twarzy (załącznik nr 1). Naśladuje miny – radosna, smutna, wystraszona, gniewna. Dziecko opisuje również cechy melodii (szybka – wolna, smutna – wesoła, głośna – cicha...).
2. Nazwij kolor muzyki. Logopeda odwołuje się do radosnych, spokojnych melodii słuchanych przed chwilą przez chłopca. Odtwarza z kasyety melodie, a dziecko ma wybrać, kolory kredek, które „pasują” – oddają nastrój muzyki. Dziecko po dokonaniu wyboru nazywa kolory.
3. Kolorowanie mandali (załącznik nr 2 – wzór IV). Logopeda prezentuje chłopcu wzór mandali. Uczeń wymienia elementy rysunku, przyrównuje je do kształtów, które zna. Zadaniem dziecka jest wypełnienie mandali wybranymi kolorami kredek. Podczas kolorowania będzie odtwarzana muzyka, która ma zrelaksować, skoncentrować chłopca na zadaniu oraz zainspirować go do dorysowania własnych elementów do podstawowego wzoru.
4. Ćwiczenia słuchu fonematycznego. Logopeda prezentuje obrazki, których nazwy zawierają dźwięczną głoskę bądź jej bezdźwięczny odpowiednik. Logopeda zaleca chłopcu uważne słuchanie polecenia i właściwe wskazywanie obrazka. Za poprawną odpowiedź dziecko otrzymuje punkt. Terapeuta pyta: „Pokaż gdzie...”, dziecko wybiera właściwy wyraz z pary obrazków. Następnie uczeń zadaje pytanie (doskonali w ten sposób wymowę) nauczycielowi (załącznik nr 3).

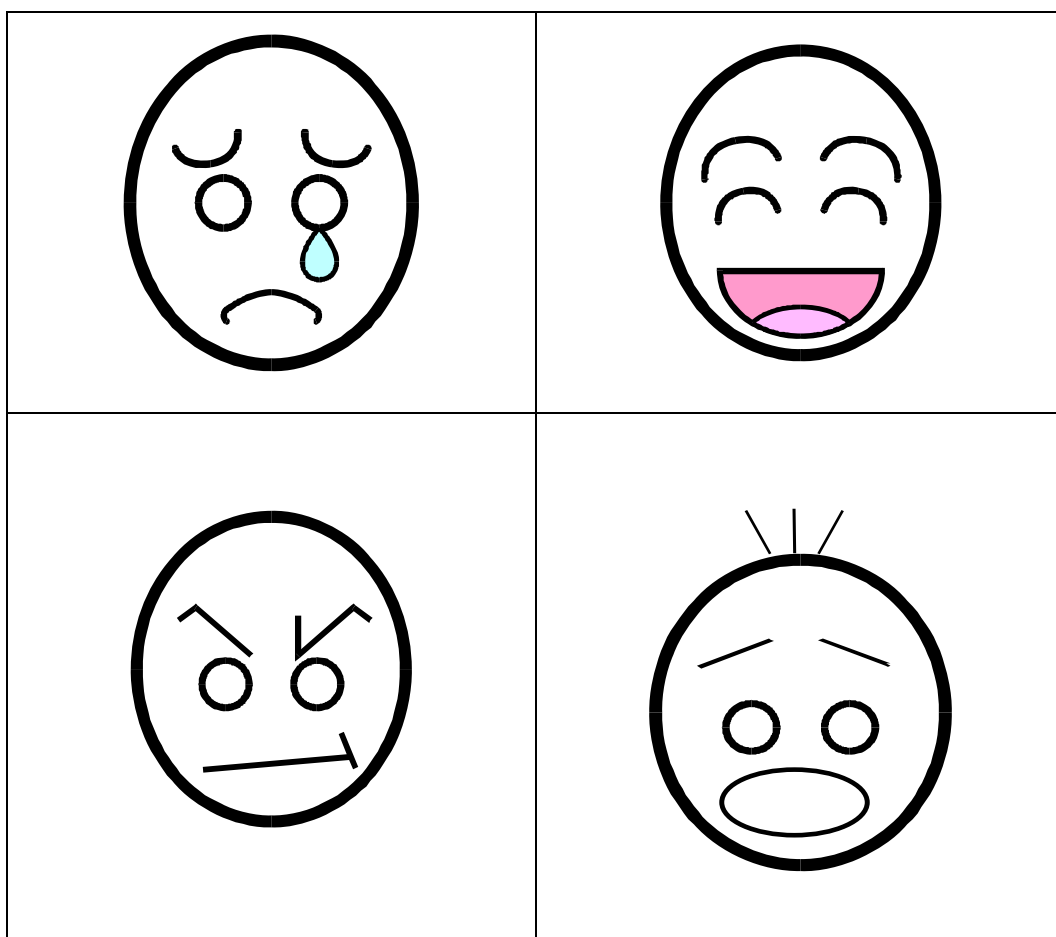
## III. Część końcowa.

1. Dziecko dokonuje samooceny, mówi o tym co zrobiło najlepiej.
2. Logopeda podsumowuje zajęcia wskazuje ćwiczenia, które chłopiec wykonał wyjątkowo dobrze oraz zapowiada treści, nad którymi będzie trzeba jeszcze popracować.
3. Szyfrogram. Uczeń zapisuje pierwsze litery nazw obrazków i odczytuje hasło: *BRAWO*.

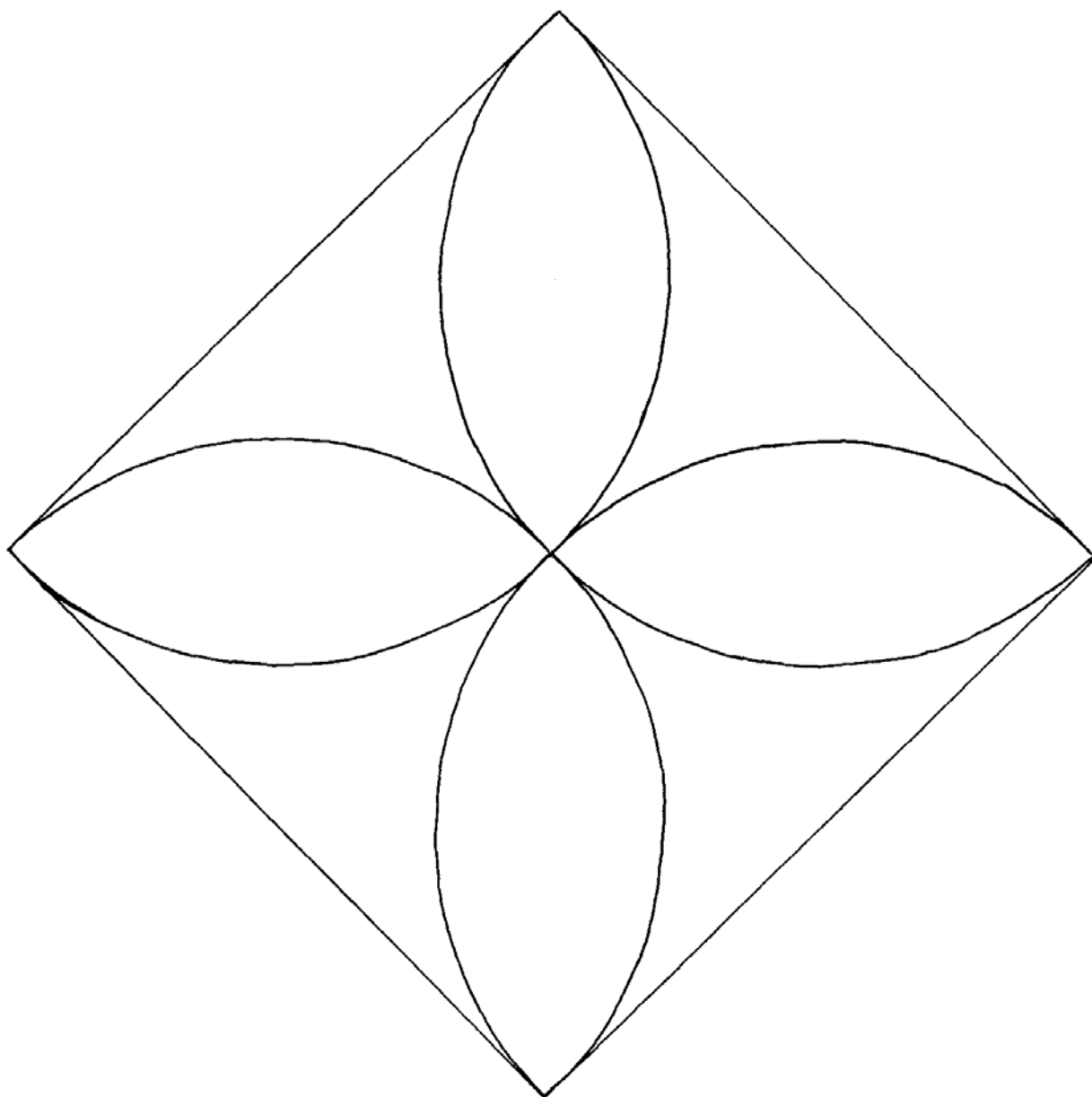


Hasło:

Załącznik Nr 1.  
Dziwne miny.



Załącznik Nr 2.  
Schemat mandali do kolorowania – wzór IV.





Załącznik Nr 3.

Obrazki służące do różnicowania słuchowego głosek dźwięcznych i ich bezdźwięcznych odpowiedników.



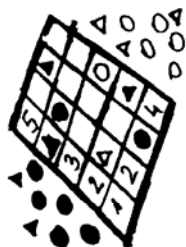

GRA  
KRA




GOŚĆ  
KOŚĆ




KURY  
GÓRY













DAMA  
TAMA

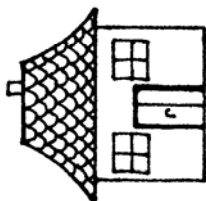



TOMEK  
DOMEK

26.04.1997r.


DATA  
TATA







## A.10/9. Arkusz obserwacji dziecka na zajęciach.

Data obserwacji ..... 30.11.2006r. ....  
 Miejsce obserwacji ..... Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna ul. Byfornie  
 Prowadzący zajęcia ..... M. Zielińska-Kubiś  
 Imię i nazwisko dziecka ..... Mateusz  
 Obserwujący ..... M. Zielińska-Kubiś  
 Temat zajęć ..... Muzyka uspokajająca i koncentrująca

Część I		Zachowanie niewerbalne	Uwagi
1. Usposobienie i zachowanie	pogodny(a), smutny(a), zdenerwowany(a), śmiały/nieśmiały(a), zdyscyplinowany(a)/niezdyscyplinowany(a), taktowny(a)/nietaktowny(a), nadpobudliwy(a), zahamowany(a) psychoruchowo, inne .....		
2. Koncentracja uwagi	prawidłowa, brak koncentracji, krótki okres koncentracji uwagi.		
3. Uczuciowość	prawidłowa, infantylna, labilność uczuć, wybuchy gniewu, płaczu, apatia, reaguje nieadekwatnie/adekwatnie do sytuacji.		
4. Współpraca w grupie	współpracuje chętnie/niechętnie, dostosowuje się do zasad pracy zespołowej, wymaga indywidualnych zajęć, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem, łatwo nawiązuje kontakt z otoczeniem, przestrzega norm społecznych (zawsze, zazwyczaj, czasami, rzadko, wcale).		
5. Wykonywanie zadań	chętnie/niechętnie, wymaga zachęty, doprowadza pracę do końca/nie doprowadza, dokładny(a)/nieodkładny(a), wykazuje zaradność/niezaradność, samodzielność/niesamodzielność, inicjatywę, aktywność.		
Część II		Komunikacja werbalna	
1. Aktywność mowna:	mowa spontaniczna/bierna.		
2. Sposoby porozumiewania się z otoczeniem	gesty, mimika, pojedyncze sygnały, pojedyncze wyrazy, proste zdania nierozwinięte, zdania rozwinięte, rozbudowane.		

3. Forma stylistyczna zdania:	prawidłowa, nieprawidłowa	nie należy ocenić	
4. Forma gramatyczna zdania	poprawna, niepoprawna.		
5. Treść:	na temat, nie na temat, zachowuje sens logiczny, chaos myślowy.		
6. Słownictwo	ograniczone do kilku wyrazów, zwrotów, ubogie, ale pozwalające porozumieć się z otoczeniem, przeciętne, w granicach normy wiekowej, bogate.		
7. Wady wymowy:	wadliwa artykulacja głosek inne		
8. Rozumienie pytań i poleceń	brak rozumienia, rozumienie ograniczone do pojedynczych, prostych, dobrze znanych, utrwalonych pytań/poleceń, rozumienie ograniczone do prostych poleceń popartych gestem, prezentacją, powtórzeniem, rozumienie poprawne		
Część III		Czytanie i pisanie	
1. Technika czytania	nie czyta, rozpoznaje litery, odczytuje pierwsze litery, sylaby, i domyśla się dalszego ciągu wyrazu, gloskuje (po cichu, na głos), czyta sylabami, czyta całościowo wyraz, czyta wyrazami całe zdania	Nie były realizowane podczas zajęć.	
2. Rozumienie czytania	zdanie, polecenie (proste, złożone), tekst (krótki, długi) ze zrozumieniem, z częściowym zrozumieniem, bez zrozumienia.		
3. Technika pisania	przy pisaniu dyktuje sobie: głośno, półgłosem, cicho, w myśli; domaga się powtórzenia dyktowanego tekstu: sporadycznie, często, pyta o każde słowo; tempo pisania: szybkie, w normie, wolne.		

**Aneks nr 11. Dokumentacja dotycząca indywidualnego przypadku - Kamil**

**A.11/1. Protokół badania mowy Kamila AFA-Skałą.**

A. Paluch E. Drewniak-Wołosz L. Mikosza

**AFA-Skala**

**Protokół badania mowy**

Kamil  
imię i nazwisko dziecka

18.01.2006r.  
data badania

M. Kłkowska-Koź  
badający

**Wyniki badania:**

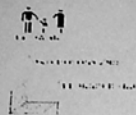
BADANA FUNKCJA MOWY	ZJAWISKA JĘZYKOWE WYSTĘPUJĄCE W MOWIE
1. ROZUMIENIE	Ulićpieć nie ma trudności z rozumieniem rzeczowników, czasowników, przymiotników, przysłówków liczebników oraz zwrotów występujących w tekście. Rozumie przez wyrażenia nie konkretnym natomiast
2. POWTARZANIE	Bez problemów powtarza głoski, sylaby otwarte i zamknięte, wyrazy utracone z sylab odwrotnej. Problemy pojawiają się z artykulacją wyrazów o trudniejszej schemacie tj. sylaby zamknięte + otwarte, dźwięki wyrazy lub ze zbitkami spółgłosek (np. /brk/) trudne realizowane (tłum.: r /brk/) anchałtowane: /s, z, c, ʒ/ i emitowane /s, z, c, ʒ/. Nie ma poprawności języka i wyraz; zaburzenia kinestetyczne artykulacyjne.

<p><b>3. NAZYWANIE</b></p>	<p>Następuje uporządkowana i niezawieszona mowa, nie ma problemów z wymową, nie ma problemów z rozumieniem mowy, nie ma problemów z rozumieniem mowy, nie ma problemów z rozumieniem mowy. (zastępuje odpowiedź na pytanie co robi? "niezrozumienie"). Rozbudowane deficyty z mową przypomnień (składowe: duży - mały, dobry - zły). Nie ma problemów z rozumieniem, przystosowaniem i realizacją. Poprawnie nazwa history.</p>
<p><b>4. MOWA: dialogowa, opowieściowa, spontaniczna</b></p>	<p>Bez problemu długie poluzowane osoby i przedmioty, nie dochodzi do sytuacji. Odpowiedzi na pytania były krótkie, niegrammatyczne. Nie potrafił udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące lokalizacji przedmiotu - wskazywał palcem, nie dawał odpowiedzi /stary - młody/. Potrafił mówić z pomocą do przedmiotu, nie był w stanie opisać tych przedmiotów, nawet gdy był seducany i wspomagany przez prowadzącego.</p>

**Diagnoza:**

Badanie wskazuje na występowanie u chłopca afazji rozwojowej o typie ekspresyjnej. Rozumienie było dobre. Czynny mowa jest zdecydowanie uboższą od biernego, w mowie czynnym dominują rzeczowniki. Są one wypowiedzi długie, często rozpoczynają się.

**A.11/2. Zaświadczenie o przeprowadzeniu badań słuchu Komputerowym Systemem Powszechnych Badań Słuchu „Słyszę...”**



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bytomiu

Bytom, dn. 10.12.2001 -

**ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZENIU BADAŃ SŁUCHU**

Dziecko [redacted] (data urodzenia [redacted]) zamieszkały/a w [redacted] ) miało przeprowadzone badanie słuchu Komputerowym Systemem Powszechnych Badań Słuchu „Słyszę...” w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bytomiu. Końcowy ogólny wynik badania jest **zadowalający** – badane dziecko prawdopodobnie nie ma problemów ze słuchem (wynik cząstkowy: test tonalny: UL 3., UP 3., test obrazkowy / słowny: 95...%). Badanie słuchu wykonane Komputerowym Systemem Powszechnych Badań Słuchu „Słyszę...” wykonano jednokrotnie / wielokrotnie. Wyniki badań w kolejnych próbach badania słuchu były jednakowe / zmienne (próba 1. test tonalny: UL ..., UP ..., test obrazkowy / słowny: .....%,  
próba 2. test tonalny: UL ..., UP ..., test obrazkowy / słowny: .....%,  
próba 3. test tonalny: UL ..., UP ..., test obrazkowy / słowny: .....%).  
Dziecko wykonało badanie chętnie / niechętnie.

[redacted]  
.....  
Podpis i pieczęć osoby wykonującej badanie słuchu

**A.11/3. Kwestionariusza wywiadu o dziecku z dokumentacji poradni psychologiczno-pedagogicznej.**

**I. DANE OSOBOWE DZIECKA**

1. Imię i nazwisko dziecka .....  
 2. Data urodzenia dziecka .....  
 3. Szkoła ..... Klasa ..... / Przedszkole .....  
 4. Adres domowy ..... tel. ....

**II. DANE DOTYCZĄCE SŁUCHU DZIECKA** - nie dotyczy

1. Wiek, w jakim zauważono wadę słuchu u dziecka .....  
 2. Przyczyna utraty słuchu .....  
 3. Wynik ostatniego badania słuchu w decybelach (dB):  
 - ucho lewe ..... - ucho prawe .....  
 4. Typ głuchoty .....  
 5. Czy dziecko posiada aparat słuchowy?: tak, od kiedy .....; nie  
 6. Czy dziecko używa aparatu słuchowego?:  
 tak (stałe - okolicznościowo - od czasu do czasu - bardzo rzadko);nie  
 7. Czy dziecko korzysta z aparatu słuchowego?:  
 chętnie - niechętnie - pod przymusem

**III. DANE DOTYCZĄCE ROZWOJU DZIECKA**

1. Ciąża i poród  
 - ciąża z kolei ... 3 .....  
 - wcześniejsze poronienia: tak (ile ..., w którym miesiącu) (nie)  
 - choroby matki w czasie ciąży: tak (krwawienia z dróg rodnych, urazy, wstrząsy nerwowe, psychiczne, schorzenia wątroby, nerek, zatrucie ciążowe, cukrzyca, choroby zakaźne: grypa, żółtaczka zakaźna, różyczka, gruźlica, kontakt z osobami zakaźnie chorymi na ....., alkoholizm, przepracowanie, praca w warunkach trudnych i/lub szkodliwych (jakich? .....))  
 - przyjmowane leki w czasie ciąży: tak (jakie? ..... ) (nie)  
 2. Poród  
 - o czasie, przedwczesny, przenoszona ciąża  
 - prawidłowy, powikłania (jakie? .....)  
 - stan dziecka po urodzeniu: Apg 10., waga 3350, wzrost 61 cm.  
 - pobyt dziecka w inkubatorze: tak (ile? ..... ) (nie)  
 3. Okres niemowlęcy i poniemowlęcy (nieprawidłowości, przebyte formy leczenia)  
 - kiedy zaczęło raczkować ..... od 19 m. życia  
 - kiedy zaczęło siadać ..... 5 m. życia  
 - kiedy zaczęło chodzić ..... 8 m. życia  
 - kiedy zaczęło mówić pojedyncze słowa ..... mama. (pauza i. s. życia)  
 po roku upełnił 1.6 m. - nie mówił  
 z tego mami

1

4. Okres przedszkolny (nieprawidłowości, przebyte formy leczenia)
- kiedy zaczęło samodzielnie schodzić i wchodzić po schodach ..... 2,5 lat .....
  - kiedy nauczyło się jeździć na rowerze dwukołowym .....
  - którą ręką się posługuje ..... prawa .....

Do przedszkola chodził regularnie

5. Okres szkolny (nieprawidłowości, przebyte formy leczenia)

#### IV. ROZKŁAD DNIA DZIECKA

1<sup>o</sup> - poranna  
2<sup>o</sup> - nocny sen  
3<sup>o</sup> - nauka

#### V. DANE O RODZINIE DZIECKA

Rodzice	ojciec	matka
Imię	Lucjan	Halina
Wiek	47,5	47
Wykształcenie	średnie	średnie
Zawód	-	-
Miejsce pracy	-	-

1. Adres zamieszkania rodziców (opiekunów) dziecka:

2. Struktura rodziny dziecka (pełna - niepełna (przyczyny))

4. Ilość rodzeństwa ..... 2 braci - 18 lat Tomek, 21 lat Dawid

5. Wady słuchu w rodzinie: tak (kto? .....); nie

#### V. PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEJ REWALIDACJI DZIECKA

1. Czy dziecko uczęszczało do poradni specjalistycznej?:  
tak; od ..... roku życia, jakiej? .....); nie



**A.11/4. Opinia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.**

Bytom, dnia 21.08.2003r.

**PORADNIA  
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**  
41-902 Bytom, ul. Dr Józefa Rostka 16  
tel. 281-94 05, fax 281-94 06  
NIP 626-10-61-908

**OPINIA NR. 9**  
**o wczesnym wspomaganiu rozwoju**

Działając na podstawie art. 71b ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 199r. Nr 67, poz. 329 i Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 153 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 117, poz. 759 i Nr 162, poz. 1126 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 19, poz. 239, Nr 48, poz. 550, Nr 104, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1320, z 2001r. Nr 111, poz. 1194 i Nr 144, poz. 1615, z 2002r. Nr 41: poz. 362, Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1185 i Nr 200, poz. 1683 oraz z 2003r. Nr 6, poz. 65).

na wniosek .....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

**Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Bytomiu, ul. Dr Józefa Rostka 16**

Zespół Orzekający.....  
(nazwa i adres poradni)

w składzie:

wicedyrektor- ..... - Przewodnicząca Zespołu  
psycholog - .....  
pedagog - .....  
psycholog - .....  
lekarz medycyny - .....

**orzeka o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju**

.....  
(imię/imiona i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

**Przedszkole Miejskie ..... w Bytomiu, .....**

.....  
(nazwa i adres przedszkola lub nazwa i adres szkoły oraz oznaczenie klasy)

.....  
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....  
(adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów)



## do czasu podjęcia nauki w szkolne

na czas .....  
z uwagi na (należy określić rodzaj zaburzeń i odchyżeń rozwojowych dziecka, wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy): opóźnienie rozwoju mowy o typie alalii, nieharmonijny, opóźniony rozwój umysłowy

### Diagnoza

#### Zespół określa możliwości rozwojowe i potencjał dziecka:

Chłopiec pozostaje pod opieką logopedy PPP w Bytomiu od 2002r. Ponadto uczęszczał do grupy integracyjnej w Przedszkolu Miejskim Nr 8 w Bytomiu. Mimo intensywnej pracy korekcyjno-kompensacyjnej oraz terapii logopedycznej rozwój mowy nadal jest znacznie opóźniony. Zalecone badanie słuchu nie wykazało niedosłuchu. Wielomiesięczna obserwacja i nikłe postępy dziecka sugerują zaburzenia rozwoju mowy o typie alalii. Szczególne trudności chłopiec wykazuje w zakresie nadawania mowy – nadal zasób słownictwa czynnego jest bardzo mały, w wypowiedziach dziecka dominują pojedyncze, jednosylabowe wyrazy. Zaczyna powtarzać dwusylabowe wyrazy.

Badania psychologiczne przeprowadzono metodami pozawerbalnymi ze względu na trudności w słownym porozumiewaniu się z dzieckiem. Ich wyniki nie są jednoznaczne. Opóźniony jest rozwój rozumowania natomiast lepiej rozwinięta jest analiza i synteza wzrokowa.

Opóźnienia występują również w zakresie rozwoju emocjonalnego – w nowej bądź trudnej dla niego sytuacji reaguje znacznym obniżeniem nastroju i aktywności.

### Zalecenia

Zespół zaleca zastosować wobec dziecka (należy wskazać zalecaną formę kształcenia specjalnego: w szkole ogólnodostępnej, szkole integracyjnej lub oddziale integracyjnym, szkole specjalnej lub oddziale specjalnym albo w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, warunki realizacji potrzeb edukacyjnych, formy stymulacji, terapii, usprawniania, rozwijania potencjalnych możliwości i mocnych stron oraz inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej):

#### wczesne wspomaganie rozwoju dziecka prowadzone indywidualnie na terenie przedszkola

- proponuje się pozostawienie chłopca w grupie wiekowo – 5 –latków,
- kontynuowanie terapii logopedycznej, psychologicznej.

### Uzasadnienie

(należy wskazać elementy diagnozy uzasadniające potrzebę kształcenia specjalnego i zaleconą formę kształcenia specjalnego oraz zalecone formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej i określić spodziewane efekty tej pomocy)

Zaburzenia rozwoju mowy o typie alalii i myślenia uzasadniają potrzebę intensywnego, wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

Od niniejszego orzeczenia przysługuje wnioskodawcy odwołanie do:

Kuratora Oświaty w Katowicach, za pośrednictwem Zespołu Orzekającego, który wydał orzeczenie, w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia.

DYREKTOR  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Bytomiu

.....  
(podpis .....)

Otrzymuje wnioskodawca:

.....  
.....  
.....

**A.11/5. Diagnoza dot. zaburzenia rozwoju mowy przeprowadzona przez Oddział Neurologii Dziecięcej Centrum Pediatrii w Chorzowie.**

Centrum Pediatrii i Onkologii  
im. dr. E. Hankego  
Główny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Chorzów, ul. Truchana 7, tel. : 349 00 00  
woj. Śląskie  
Oddział Neurologii Dziecięcej

Chorzów, dnia 16.06.2005.

**KARTA INFORMACYJNA  
LECZENIA SZPITALNEGO**

Imię i nazwisko: [REDACTED]

Data urodzenia: [REDACTED] PESEL [REDACTED]

Adres: [REDACTED]

Przebywał w Oddz. Neurologii od: [REDACTED]

**ROZPOZNANIE**

**Zaburzenia rozwoju mowy. F80**

Ciężar ciała: 27kg (75-90c) Wzrost: 131cm (90c) Obwód głowy: 52,5cm (25-50c)  
RR: 103/73.

**Wyniki badań dodatkowych:**  
**OB:** 20/32.

**Morfologia:** Hb- 12,5 g%, E-4,58 mln, L- 11,2 tys., Ht- 35,3 %, MCV- 77fl, PLT- 323 tys.  
**Elektrolity:** Na- 139,8 mmol/l, K-3,60 mmol/l, Ca- 1,12 mmol/l.  
AlAT (IU) n: (0-41) 15 **Kreatynina (mg%) n: (0,5-1,1) 0,6**  
Poziom **glikemii (mg%) n: (70-105) 47; 94**

**Hormony tarczycy: TSH 3 generacja- 3,03 uIU/ml (0,28-4,30), T3- 193,4 ng/dl (80,0-200), T4- 11,33 ug/dl (5,1-14,1)**

**MR głowy:** (13-06-05, Dr E. Marek, nr bad.2993/05) Badanie wykonane w sekwencji SET1 i T2 oraz FLAIR, w płaszczyznach czołowych, poprzecznych i strzałkowych. Wykonano badanie podstawowe oraz badanie po dożylnym podaniu środka cieniującego. W sąsiedztwie rogów tylnych komór bocznych widoczne są przestrzenie okołonaczyniowe Virchowa-Robina z poszerzoną przestrzenią po stronie prawej, wymiary: 9 x 5 mm. Intensywność sygnałów istoty szarej i białej obu półkul mózgu prawidłowa. Układ komorowy nadnamiotowy nieposzerzony, nieprzemieszczony, z niewielką asymetrią (komora boczna prawa nieco szersza od lewej).Wodociąg mózgu, komora IV prawidłowe. Struktury tylnojamowe bez patologicznych sygnałów. Nieznaczne poszerzenie zbiornika wielkiego mózgu. Przestrzenie podpajęczynówkowe w obszarze nadnamiotowym prawidłowe. Patologicznego wzmocnienia po podaniu środka kontrastowego iv. nie uwidocznilo. **Wnioski:** Obraz MR głowy w granicach normy.

**EEG:** (13-06-05, dr E. Piasecka nr bad.1033/A) Badanie wykonane w czuwaniu. Zapis zróżnicowany przestrzennie. Czynność podstawowa w tylnych okolicach dość regularna, składa się z fal alfa 8-9 (rzadziej) c/sek. o ampl. do 120 – 140 uV, z udziałem niezbyt licznych, pojedynczych i grup fal wolnych theta lub fal ostrych z następującą falą wolną, niekiedy o morfologii fal wolnych młodzieżowych i o ampl. czynności podstawowej lub nieco wyższej. RZ obecna. FS bez istotnego wpływu na zapis. HW zwiększa ilość fal opisywanych

zmian, ustępujących po zakończeniu próby. Wnioski: Zapis spoczynkowy czuwania z nielicznymi zmianami w tylnych okolicach. FS bez istotnego wpływu na zapis. W trakcie HW nieco zwiększona wrażliwość na próbę.

**Konsultacja audiologiczna:** (13.06.05, [redacted]) Mowa niewyraźna. Odpowiada na zadawane pytania. Tympanometria: Krzywa typu A. Audiogram: słuch prawidłowy. Zalecenia: Stała opieka logopedyczna i psychologiczna.

**Konsultacja okulistyczna:** (15.06.05, [redacted]) Strabismus convergens alt. (konieczna kontrola okulistyczna). Fundus: Tarcze n II bez zmian. Układ naczyniowy i siatkówka w normie.

**Konsultacja kardiologiczna:** ([redacted]) **EKG:** Normogram: Rytm zatokowy 100/min. PQ, QT- norma. Bez cecha przerostu komór. **Przedmiotowo:** Szmer wyrzutowy 2/VI, dźwięczny II ton ruchomy oddechowo. III ton (+). **UKG:** Struktury serca kurczliwość prawidłowa. Łuk Ao bez cech CoA. Struna ścięgna w LV. Szmer niewinny.

#### Leczenie:

Bez leków.

#### Dalsze zalecenia:

1. Dalsza systematyczna kontrola w Poradni Neurologicznej Dziecięcej (z kserokopią karty informacyjnej).
2. Stała opieka psychologa i logopedy.
3. Kontrola w Poradni Okulistycznej.

#### Epikryza:

Chłopiec w wieku 7 lat, z nieobciążonym wywiadem rodzinnym, ciężowym i okolopородowym, rozwijający się prawidłowo w sferze ruchowej (siadanie 7 mż, chodzenie 10 mż), z opóźnionym rozwojem mowy. Z tego powodu od 3 rż objęty opieką psychologa i logopedy. Opinia z dnia 04.03.2005- dysharmonijny rozwój poszczególnych funkcji (WISC-R II= 82, SS= 106, SB=63), stwierdzono afazję rozwojową. W 5 rż badany audiologicznie- słuch prawidłowy. W 2004 roku badany okulistycznie- wg matki bz. W wywiadzie bez zaburzeń napadowych. Przyjęty celem poszerzenia diagnostyki. Przy przyjęciu stan ogólny dobry. Badaniem pediatrycznym stwierdzano się próchnicę zębów, liczne siniaki podudzi, gojące się otarcia skóry na plecach, nad sercem szmer skurczowy. Badaniem neurologicznym bez zespołu neurologicznego. W trakcie hospitalizacji stan dobry. W MR głowy obraz w granicach normy. EEG- zapis spoczynkowy czuwania z nielicznymi zmianami w tylnych okolicach, FS bez istotnego wpływu na zapis, w trakcie HW nieco zwiększona wrażliwość na próbę. Konsultowany okulistycznie- zez zbieżny naprzemienny, wskazana dalsza ambulatoryjna, kardiologicznie bez cech wady serca, audiologicznie- słuch prawidłowy. Stwierdzono prawidłowy poziom hormonów tarczycy. Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki nie stwierdzono organicznej neurologicznej przyczyny zaburzeń mowy. W stanie ogólnym dobrym wypisany do domu. Dokumentację MR głowy wydano.

Lekarz prowadzący

Ordynator

## A.11/6. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego Kamila.

Bytom, dnia 15.09.2005 r.

**DORADNIA  
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**  
41-902 Bytom, ul. Dr Józefa Rostka 16  
tel. 281-94-05, fax 281-94-06  
NIP 626-10-61-908  
(pieczęć nagłówkowa)

**ORZECZENIE NR, [REDAKTOWANE]  
o potrzebie kształcenia specjalnego**

Działając na podstawie art. 71b ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1996r. Nr 67, poz. 329 i Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 153 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 117, poz. 759 i Nr 162, poz. 1126 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 19, poz. 239, Nr 48, poz. 550, Nr 104, poz. 1104, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1320 Nr 111, poz. 1194 i Nr 144, poz. 1615 z 2002 r. Nr 41, poz. 362, Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1185 i Nr 200, poz. 1683 oraz z 2003 r. Nr 6, poz. 65).

na wniosek .....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)  
**Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Bytomiu, ul. Dr Józefa Rostka 16**

Zespół Orzekający.....  
(nazwa i adres poradni)

w składzie:  
dyrektor- [REDAKTOWANE] - Przewodniczący Zespołu  
psycholog – [REDAKTOWANE]  
tyflo/surdopedagog – [REDAKTOWANE]  
logopeda – [REDAKTOWANE]

**orzeka o potrzebie kształcenia specjalnego**

**KAMILA [REDAKTOWANE]**  
.....  
(imię/imiona i nazwisko dziecka)  
[REDAKTOWANE]  
.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka)  
[REDAKTOWANE]  
.....  
(adres zamieszkania dziecka)  
**Szkoła Podstawowa [REDAKTOWANE] z Oddziałami Integracyjnymi w Bytomiu, [REDAKTOWANE] klasa I**  
.....  
(nazwa i adres przedszkola lub nazwa i adres szkoły oraz oznaczenie klasy)  
[REDAKTOWANE]  
.....  
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)  
[REDAKTOWANE]  
.....  
(adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów)



pierwszy etap edukacyjny

na czas .....  
z uwagi na (należy określić rodzaj zaburzeń i odchyżeń rozwojowych dziecka, wymagających stosowania specjalnych metod nauki i metod pracy):

specyficzne zaburzenia mowy i języka – afazja rozwojowa, ekspresyjna

Diagnoza

OPINIA

Zespół określa możliwości rozwojowe i potencjał dziecka:

Uczeń pozostaje pod opieką logopedy i psychologa w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Bytomiu od 2002 r. Został zgłoszony przez matkę z powodu braku rozwoju mowy – w wieku 4,5 lat posługiwał się gestem i kilkoma prostymi wyrazami dźwiękonaśladowczymi. Kilkakrotne badanie słuchu wykluczyły niedosłuch. Zaburzenia w rozwoju mowy rzutowały również na sferę emocjonalną – chłopiec w nowej sytuacji reagował obniżeniem aktywności, nastroju. Od 2003 r. został objęty wczesnym wspomaganie rozwoju w grupie integracyjnej w Przedszkolu nr 8 w Bytomiu. Pomimo systematycznej terapii logopedycznej prowadzonej w PPP w Bytomiu i przez neurologopedę w przedszkolu, postępy w rozwoju mowy są słabe. Aktualne badanie mowy wskazuje na afazję rozwojową. Rozpoznanie to potwierdzają wyniki kolejnych badań psychologicznych. W rozwoju funkcji intelektualnych obserwowane są znaczne dysharmonie. Prawidłowo rozwinięte jest myślenie na materiale pozawerbalnym, znacznie słabiej rozwinięte jest natomiast rozumienie słowne. Bardzo mały jest zakres pamięci słuchowej, bezpośredniej. Ogólnie chłopiec funkcjonuje na poziomie niższym niż przeciętny. Wyniki te były podstawą do poszerzenia diagnostyki neurologicznej w Chorzowskim Centrum Pediatrii gdzie nie stwierdzono organicznej, neurologicznej przyczyny zaburzeń rozwoju mowy.

Obecnie w mowie chłopca występują znaczne trudności w nazywaniu: myli wyrazy brzmiące podobnie, ma problem w przypomnieniu sobie odpowiedniego słowa, często w przypomnieniu sobie właściwej nazwy pomaga mu usłyszenie początkowej sylaby. Trudności są pogłębiane nadal małym zasobem słownictwa oraz nieprawidłowościami w artykulacji (zniekształcenia wyrazów na skutek redukcji grup spółgłoskowych, nieutralizacji wymowy głosek szumiących, zmiękczenia głosek s, z, c, dz). Problemy artykulacyjne nasilają się przy wymowie wyrazów trudniejszych strukturalnie. Wypowiedzi chłopca są często niezrozumiałe również ze względu na agramatyzmy oraz fakt, że zawierają one głównie rzeczowniki (pomimo biernej znajomości czasowników, przymiotników, liczebników i przysłówków). Mowa jest cicha, powolna. Lepiej wykształcona jest funkcja odbioru mowy od nadawania, jednak rozumienie złożonych poleceń sprawia mu trudności.

Badanie dojrzałości do rozpoczęcia nauki szkolnej również jest nieharmonijne. Na dobrym poziomie opanował elementy matematyki: rozpoznaje cyfry od 1 do 10, dodaje i odejmuje na konkretach w zakresie pierwszej dziesiątki. Także poziom przygotowania do nauki pisania jest dobry. Nie opanował natomiast elementów czytania – zapamiętał niewiele liter, ma trudności w analizie słuchowej wyrazów, nie czyta.

W trakcie kolejnych badań obserwowano znaczną poprawę w funkcjonowaniu społecznym dziecka. Chłopiec łatwo nawiązuje kontakty, jest podporządkowany, pracuje samodzielnie aczkolwiek wymaga powtórzeń niektórych poleceń, tempo pracy jest zmienne.

Zespół Orzekający podjął decyzję o wyłączeniu z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego i w związku z tym o atazję rozwojową -  
Opinia wyraża się, że ma prawo rodziców olem  
puediarnos. Kaurisi d/s Orzekanie o Miętko-  
guru

<sup>1</sup> Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego może być wydane na okres roku szkolnego, etapu edukacyjnego, okresu kształcenia w danej szkole albo na czas nieokreślony

## Zalecenia

**Należy zastosować wobec dziecka** (należy wskazać zalecaną formę kształcenia specjalnego: w szkole ogólnodostępnej, integracyjnej lub oddziale integracyjnym, szkole specjalnej lub oddziale specjalnym albo w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, warunki realizacji potrzeb edukacyjnych, formy stymulacji, terapii, usprawniania, rozwijania potencjalnych możliwości mocnych stron oraz inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej):

### **kształcenie specjalne z uwagi na specyficzne zaburzenia mowy i języka – afazję rozwojową ekspresyjną - realizowane w klasie integracyjnej**

- w ramach rewalidacji indywidualnej konieczne jest kontynuowanie terapii logopedycznej,
- w pracy z uczniem należy uwzględnić typową dla afazji męczliwość i w związku z tym czas ćwiczeń powinien być krótszy, przerwy częstsze a polecenia kierowane do dziecka powinny być jednoznaczne,
- w nauce czytania proponuje się zastosowanie Metody 18 struktur wyrazowych lub „Czytanie krok po kroku” J. Cieszyńskiej,
- nasilenie ćwiczeń podnoszących poziom analizy i syntezy słuchowej.

## Uzasadnienie

(należy wskazać elementy diagnozy uzasadniające potrzebę kształcenia specjalnego i zalecaną formę kształcenia specjalnego oraz zalecane formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej i określić spodziewane efekty tej pomocy)

Zaburzenie rozwoju mowy i języka wynikające z afazji rozwojowej wymagają zastosowania specjalnych metod i form kształcenia, które umożliwią uczniowi opanowanie materiału dydaktycznego przewidzianego do realizacji w pierwszym etapie edukacyjnym. Realizacja kształcenia w klasie integracyjnej pozwoli zarówno na opanowanie umiejętności szkolnych jak i na prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny ucznia.

Od niniejszego orzeczenia przysługuje wnioskodawcy odwołanie do:

**Kuratora Oświaty w Katowicach, za pośrednictwem Zespołu Orzekającego, który wydał orzeczenie, w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia.**

DYREKTOR  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Bytomiu

.....  
(podpis przewodniczącego zespołu orzekającego)

Otrzymuje:  
wnioskodawca

.....

.....  
(adres zamieszkania)

## A.11/7. Scenariusz zajęć i uwagi z obserwacji Kamila.

### Scenariusz zajęć logopedycznych

Data:

Czas trwania: 35 minut.

Prowadzący: Małgorzata Kitlińska Król.

Uczniowie: Kamil - afazja ekspresyjna

Temat: Wiersz „Zapraszamy na ucztę” – ćwiczenia w mowie dialogowej i opowieściowej.

Cele ogólne:

- rozwijanie umiejętności poprawnego posługiwania się mową dialogową i opowieściową,
- doskonalenie artykulacji głosek przedniojęzykowo-zębowych, przedniojęzykowo-dziąsłowych w mowie kontrolowanej i spontanicznej.

Cele operacyjne:

Wiadomości:

- dziecko poznaje treść wiersza "Zapraszamy na ucztę",
- dziecko zna schematy artykulacyjne głosek przedniojęzykowo-zębowych oraz przedniojęzykowo-dziąsłowych;

Umiejętności:

- dziecko dokonuje analizy treści wiersza, wyciągną pożądane wnioski,
- dziecko powtórzy wiersz za logopedą z uwzględnieniem podziału na role,
- dziecko podejmie próbę skonstruowania dialogu w oparciu o przeczytany tekst,
- dziecko rozwiną umiejętność mowy dialogowej i opowieściowej,
- dziecko usprawni koordynację wzrokowo-ruchową, sprawność manualną,

Postawy:

- dziecko aktywnie uczestniczy w zajęciach,
- dziecko ugruntuje przekonanie o swoich silnych stronach, podnosi wiarę we własne możliwości.

Metody:

słowna, oglądowa, czynna.

Formy pracy:

grupowa, indywidualna.

Zasady:

indywidualizacji, kompleksowego oddziaływania, aktywnego i świadomego udziału, systematyczności, stopniowania trudności.

Środki i pomoce dydaktyczne:

zagadka, liście, lusterka, kasztany, żołądź, szyszki, kartoniki z obrazkami, kartoniki z wyrazami, tekst wiersza, sylwetki wilczura i jeża.

Wykorzystana literatura:

- Sosna A.: Wymawiamy poprawnie głoski. Zeszyt 3. Warszawa 1992.

Przebieg zajęć:

I. Część wprowadzająca:

1. Przywitanie się z dzieckiem.
2. Chłopiec rozwiązuje zagadkę:

*W jakiej to porze roku*

*W parkach i sadach*

*Złoty jak bursztyn*

*Liść z drzewa opada?*

„JESIEŃ”






3. Logopeda prowadzi z dziećmi rozmowę na temat jesieni, dokonując analizy ilustracji:
  - *Co dzieje się z przyrodą jesienią?*
  - *Co robią zwierzęta?*
4. „Spacer” po jesiennym parku. Logopeda prowadzi opowieść ruchową w ramach, której dziecko przygotowuje aparat artykulacyjny, fonacyjny, oddechowy i narząd słuchu do właściwej pracy.

II. Część właściwa.

5. Rozmowa kierowana połączona z prezentacją kartoników z obrazkami:
  - *Kogo spotkaliśmy w parku?* (jeża, niedźwiedzia);
  - *Jakie „skarby” znaleźliśmy w naszym parku?* (kastany, żołądź, szyszki);prowadzący zwraca uwagę na właściwą artykulację głosek szumiących, chłopiec kontroluje wymowę w lustrze.
6. Tworzenie fraz z rozsypanki obrazkowo-wyrazowej. Zadaniem dziecka jest dobranie odpowiedniego przymiotnika do rzeczownika znajdującego się na obrazku. Kamil otrzymuje różne zestawy przymiotników.

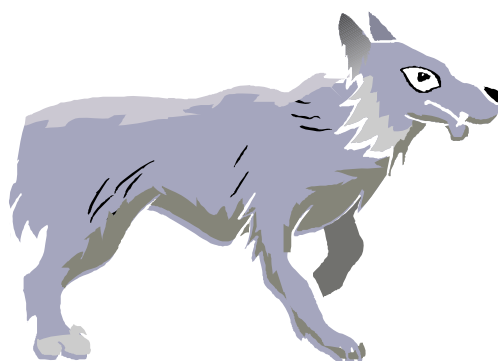
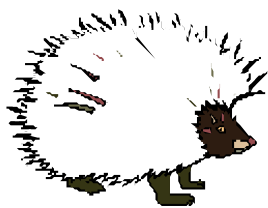


Chłopiec powinien utworzyć następujące frazy: zaspany niedźwiedź, brązowy kasztan, wydłużona szyszka, szary jeż, żołądź z czapeczką; błyszczący kasztan, żółta szyszka, kolczasty jeż, wiszący żołądź, olbrzymi niedźwiedź.

		PIORT	MICHAŁ
		zaspany	błyszczący
		brązowy	żółta
		wydłużona	kolczasty
		szary	wiszący
		z czapeczką	olbrzymi

Po dobraniu par wkleja je do zeszytu i próbuje odczytać z prowadzącym, zwracając uwagę na artykulację głosek szumiących oraz syczących.

- Logopeda zaprasza do wysłuchania wiersza „Posłuchaj uważnie, co wydarzyło się w pewnym jesiennym parku”. Odczytuje tekst (załącznik nr1).
- Analiza treści wiersza. Prowadzący zadaje dziecku pytania:
  - Jakich bohaterów spotykamy w wierszu?*
  - Co wilczur chce zrobić z jeżem?*
  - Jak na groźby wilczura zareagował jeż?*
  - Jak kończy się spotkanie wilczura z jeżem?*
- Chłopiec otrzymuje wiersz z zaznaczonymi dialogami. Wspólnie z logopedą odczytuje / powtarza wiersz.
- Wykonanie papierowych postaci. Dziecko otrzymuje sylwety bohaterów wiersza i dorysowują brakujące szczegóły. Plastrem mocuje postacie na patykach.



12. Próby odegrania scenki (do wykorzystania ewentualnie dialogi z wiersza).

III. Część końcowa.

13. Podsumowanie zajęć. *Jaka nauka płynie dla was z tej przygody wilczura i jeża?* - należy wierzyć we własne siły i mądrze postępować.

14. Podziękowanie za aktywny udział w zajęciach. Dziecko zabiera pacynkę, by pamiętać o nauce płynącej z wiersza.

Załącznik Nr 1.

Tekst wiersza pt. "Zapraszamy na ucztę" do czytania z podziałem na role.

Narrator

Wilczur

Jeż

## ZAPRASZAMY NA UCZTĘ

Spotkał głodny wilczur jeża

I się oblizuje:

- Smaczny kąsek mi się trafił!

Już smak uczytu czuję!

- Panie wilku, skosztuj, proszę! –

Nastroszył się jeż.

- Sto szpileczek z sobą noszę.

Ile chcesz, to zjedz!

Wilczur ledwie kłapnął paszczą,

Odskoczył jak zmyty.

- Cóż to, jeszcze jeść nie zaczął,

A już jesteś syty?

- **Proszę** – język go zaprasza –

Lecz wilk stulił uszy.

Umknął w gąszcze!

Odtąd jeża żaden wilk nie ruszy.

Uwagi z obserwacji Kamila sporządzone podczas realizacji powyższego scenariusza:

Diecko w dobrym nastroju, dość pracowało podczas zajęć. Koncentruje się na wykonywanym zadaniu jednak czas pełnej koncentracji jest krótki. Aktywność można ograniczyć się do udzielania odpowiedzi na pytanie logopedy. Porozumiewa się pojedynczym wyrazem (głównie rzeczownik, liczebnik, przymiotnik, czasownik). Wykorzystuje gest, mimikę łącznie go z sygnałem werbalnym, wyrazem. Stawictwo czynne ubogie. Rozumie proste polecenia, skupia uwagę na twarzy mówiącego. Podobnie, patrzy na logopedę, gdy jest proszony o powtórzenie słowa. Uśmiechem reaguje na pochwałę.

U. Kilińska-Koź



**Część C – Przymiotniki**

1.	Obrazek 1 r. dz.	małe	duże
2.	Obrazek 2 r. dz.	stary	nowy
3.	Obrazek 3 r. dz.	wesoła	smutna

**Część D – Przysłówki**

a	Ten chłopiec ma do domu (blisko)
b	Ten chłopiec ma do domu (daleko)

**Część E – Liczebniki**

Obrazek	Reakcja dziecka
a jeden (ołówek)	
b dwa (ołówki)	

**Część F – Zaimki osobowe**

Obrazek	Reakcja dziecka
a ona (tańczy)	
b on (tańczy)	

5

**Część G (zbiorcza) – Rzeczowniki**

I		+	-	II		+	-	III					
1	dom			1	motyle			1	dom		ryba		
2	lody			2	kubek			2					
3	ryba			3	samolot			2	pies		buty		
4	wózek			4	choinka								
5	zegar			5	lampa			3	żaba	oko	lody		
6	lala			6	drabina								
7	buty			7	łopata			4	szafa	pies	zegar		
8	oko			8	piłka								
9	szafa			9	bocian			5	ryba	wózek	auto	dom	
10	pies			10	nożyczki								
11	żaba			11	sanki			6	lala	szafa	buty	oko	
12	auto			12	guziki								

Uwagi:

6

**PRÓBA IV – Nazwy kolorów**

**Reakcje werbalne i niewerbalne dziecka**

**Część A – Rozumienie**

1.	zółty	czerwony	niebieski	zielony	biały	czarny
2.	brązowy	biały	szary	pomarańczowy	różowy	

**Część B – Nazywanie**

Lp.	Kolor kredki	Reakcja dziecka
1.	zółty	
2.	biały	
3.	niebieski	
4.	czerwony	
5.	czarny	
6.	zielony	
7.	szary	
8.	różowy	
9.	brązowy	
10.	pomarańczowy	
11.	fioletowy	

7

**PRÓBA V – Powtarzanie**

**Reakcje werbalne i niewerbalne dziecka**

**Część A – Powtarzanie głosek izolowanych**

a		p	
u		m	
i		t	
		l	
		s	
		n	
		k	

**Część B – Powtarzanie sylab**

ma		su		am	
pi		ha		ok	
be		nia		an	
fu		ko		ap	
wy		ci		as	
no				al	
ta				at	
da					

8

**Część C – Powtarzanie wyrazów**

baba	
niebo	
waga	
lasy	
koty	
wiaderko	
drabina	
kanapa	
podłoga	
czekolada	
telefon	
parasol	
dzwonek	
grzebień	
lokomotywa	

*Uwagi:*

9

**Reakcje werbalne i niewerbalne dziecka**

Lp.	Polecenia	Reakcje dziecka
1.	Wstań	
2.	Podnieś rękę	
3.	Tupnij nogą	
4.	Pokaż swoje oko (palcem)	
5.	Chwyć się za ucho	
6.	Weź do ręki (małpkę) i (misia)	
7.	Daj mi (małpkę), a (misia) połóż na stole	
8.	Weź łyżkę i połóż obok (misia)	
9.	Położ (misia) pod stołem	
10.	Dotknij łyżką (małpki)	

*Uwagi:*

10

**PRÓBA VII – Rozumienie zdań. Mowa czynna**  
Obrazek sytuacyjny pt. „Plaża”

**Reakcje werbalne i niewerbalne dziecka**

**Część A**

Lp.	Polecenie	Reakcja dziecka */_
1.	Pokaż, kto niesie lody.	
2.	Pokaż, kto buduje zamek.	
3.	Pokaż, co mama ma na głowie.	
4.	Pokaż, co leży obok leżaka.	
5.	Pokaż, kto siedzi pod parasolem.	

**Część B**

Lp.	Powiedz	Odpowiedź dziecka/reakcja dziecka
1.	Co robi mama?	
2.	Co robi tata?	
3.	Co robi dziecko?	
4.	Gdzie oni są?	
5.	Co robi mewy?	

**Część C**

1. A ty, czym lubisz się bawić? .....
- .....
- .....
- .....
2. Czy chciałbyś pojechać nad morze? Dlaczego? .....
- .....
- .....
- .....

11

**PRÓBA VIII – Rozumienie zdań. Mowa czynna**  
Obrazek sytuacyjny pt. „Pokój”

**Reakcje werbalne i niewerbalne dziecka**

**Część A**

Lp.	Polecenie	Reakcja dziecka */_
1.	Pokaż, kto słucha bajkę.	
2.	Pokaż, co wisi nad kanapą.	
3.	Pokaż, co stoi obok budzika.	
4.	Pokaż, co jest za oknem.	
5.	Pokaż, gdzie można chować ubrania.	

**Część B**

Lp.	Powiedz	Reakcja dziecka
1.	Co robi dziewczynka, która siedzi przy stole?	
2.	Gdzie leży koperta?	
3.	Jaki jest dywan?	
4.	Co stoi na parapecie (na oknie)?	
5.	Ile ptaków jest w karmniku?	

**Część C**

1. Jakie meble są w pokoju? .....
- .....
- .....
- .....
2. Czy masz rodzeństwo (brata lub siostrę)? Opowiedz o nich (o niej, o nim). .....
- .....
- .....
- .....

12

