



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

Title: Efektywność działań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym

Author: Katarzyna Węsierska

Citation style: Węsierska Katarzyna. (2009). Efektywność działań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym. 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



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

UNIwersytet Śląski
Wydział Pedagogiki i Psychologii

Katarzyna Węsierska

**Efektywność działań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów
w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
prof. UŚ dr hab. Ewy Syrek

Katowice 2009

Spis treści:

WSTĘP	4
I. LOGOPEDIA WŚRÓD INNYCH NAUK SPOŁECZNYCH	
1. Logopedia jako interdyscyplinarna dziedzina wiedzy.....	11
2. Proces komunikacji językowej w kręgu zainteresowań różnych dyscyplin naukowych.....	15
3. Związki logopedii z pedagogiką społeczną.....	21
II. DZIAŁANIA LOGOPEDÓW W ŚRODOWISKU ŻYCIA DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM	
1. Logopeda i zakres jego działań.....	28
2. Regulacje prawne dotyczące opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym.....	32
3. Postępowanie diagnostyczne logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym	
3.1. Środowiskowe uwarunkowania rozwoju mowy dziecka.....	41
3.2. Rozpoznawanie zaburzeń mowy występujących u dzieci w wieku przedszkolnym – etapy diagnozy logopedycznej.....	51
3.3. Zaburzenia mowy najczęściej występujące u dzieci w wieku przedszkolnym.....	57
4. Profilaktyka logopedyczna w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym	
4.1. Profilaktyka logopedyczna a promocja zdrowia.....	71
4.2. Możliwości współpracy różnych grup zawodowych na rzecz profilaktyki logopedycznej.....	81
5. Terapia logopedyczna w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym i uwarunkowania jej efektywności.....	90
III. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH	
1. Cel, przedmiot, zakres badań i problemy badawcze.....	108
2. Metody, techniki i narzędzia badawcze.....	120
3. Teren badań i próba badawcza.....	131

IV. OCENA STANU POTRZEB W ZAKRESIE OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ W ŚRODOWISKU ŻYCIA DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

1. Rozpoznanie potrzeb w zakresie opieki logopedycznej nad dziećmi w wieku przedszkolnym.....	143
2. Wyniki negatywne uzyskane przez dzieci objęte przesiewowymi badaniami mowy w poszczególnych grupach wiekowych.....	155
3. Zaburzenia mowy i czynniki zakłócające rozwój językowy dominujące w grupie badanych dzieci.....	158
4. Potrzeby w zakresie konsultacji specjalistycznych zleconych dzieciom po przesiewowych badaniach mowy.....	171
5. Podsumowanie.....	180

V. OPIEKA LOGOPEDYCZNA W ŚRODOWISKU ŻYCIA DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

1. Organizacja opieki logopedycznej nad dziećmi w opinii dyrektorów przedszkoli i poradni psychologiczno-pedagogicznej.....	184
2. Opinie logopedów na temat podejmowanych przez nich oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym.....	188
3. Stan opieki logopedycznej w ocenie nauczycieli przedszkola, rodziców dzieci objętych badaniem przesiewowym i lekarzy.....	205
4. Podsumowanie.....	223

VI. EFEKTYWNOŚĆ PROFILAKTYCZNO-TERAPEUTYCZNYCH DZIAŁAŃ LOGOPEDÓW W ŚRODOWISKU ŻYCIA DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I JEJ UWARUNKOWANIA

1. Efektywność działań logopedów w świetle przeprowadzonych badań.....	226
2. Postulowany kierunek zmian – propozycja modyfikacji systemu opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym.....	240

PODSUMOWANIE I WNIOSKI.....256

BIBLIOGRAFIA.....278

SPIS TABEL, WYKRESÓW I RYSUNKÓW.....300

ANEKS.....304

WSTĘP

Najważniejszy w każdym działaniu jest początek.
Platon

Bo jakie początki, takie będzie wszystko.
Jan Amos Komeński

Życie człowieka zasadza się na współdziałaniu i kontaktach z innymi ludźmi. Arystoteles twierdził, że „(...) człowiek jest istotą społeczną i do współżycia z innymi się narodził”¹. W społecznym zachowaniu ludzi olbrzymią rolę odgrywa działalność komunikacyjno-językowa. Mowa pozwala uzewnętrzniać stany wewnętrzne, informować, przekonywać, bawić, podtrzymywać kontakty z innymi². Mowa werbalna, którą posługuje się wyłącznie człowiek, w sposób znaczący warunkuje jego prawidłowy rozwój, a jakość życia jednostki jest silnie zdeterminowana przez skuteczną komunikację międzyludzką.

Podjęty w tych badaniach temat, związany z problematyką profilaktyki, wczesnej interwencji oraz skuteczności terapii logopedycznej, jest wynikiem mojego wieloletniego zawodowego zainteresowania promowaniem zagadnień logopedycznych w środowisku³. Przemiany, jakie dokonują się w procesie transformacji ustrojowej w Polsce po roku 1989, determinują przeobrażenia w dziedzinie edukacji. Postępujący rozwój logopedii i dokonująca się w ostatnich latach profesjonalizacja, a zarazem instytucjonalizacja zawodu

¹ Arystoteles: *Etyka nikomachejska*. Ks. IX. W tegoż: *Dzieła wszystkie*. T. 5. Warszawa 2000, s. 272.

² Zob. T. Łysakowski: *Wpływowe osoby. Gramatyka i perswazja*. Warszawa 2005, s. 9-10.

³ Od lat podejmuję działania związane z promocją zagadnień logopedycznych w najszerzej pojętym środowisku. Z dr Iwoną Michalak-Widerą opracowałyśmy plakaty z zakresu profilaktyki i promocji treści logopedycznych: *Aby Twoje dziecko mówiło pięknie...* (stymulacja językowa i promocja rozwoju mowy, współpraca: mgr B. Zipper-Malina) – aneks, załącznik nr 15; *Czy to jest zacinięcie? Czy moje dziecko się jąka?* (profilaktyka jąkania, konsultacja naukowa: dr M. Chęć) – aneks, załącznik nr 14; *Kamienie milowe rozwoju mowy dziecka od 0 do 6. roku życia* (promocja wiedzy na temat optymalnego rozwoju mowy, konsultacja naukowa: prof. J. Cieszyńska) – aneks, załącznik nr 13; *Nauczysz? Przemawiasz? Występujesz publicznie? Bądź profesjonalistką!* (zasady dobrego przemawiania i higieny głosu w wystąpieniach publicznych, konsultacja medyczna: dr n. med. A. Skorek) – aneks, załącznik nr 16; *By głos nauczyciela brzmiał zawsze pięknie i zdrowo* (propagowanie wiedzy na temat higieny i emisji głosu, zapobieganie zawodowym chorobom głosu, konsultacja medyczna: dr n. med. A. Skorek). Zob. I. Michalak-Widera, K. Węsierska: *By głos nauczyciela brzmiał zawsze pięknie i zdrowo*. „Magazyn Szkolny” 2007, nr 1/307, s. 20-21. Ponadto, z mojej inspiracji, powołana została I katowicka grupa wsparcia logopedów, działająca nieprzerwanie od 1998 roku. Obecnie działa już 17 takich grup przy Śląskim Oddziale Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, które zostały przemianowane na śląskie zespoły doskonalenia logopedów. Jestem liderką (wraz z dr I. Michalak-Widerą) I katowickiego zespołu doskonalenia zawodowego, tj. grupy warsztatowej, która umożliwia logopedom pogłębianie swojej wiedzy i doskonalenie warsztatu zawodowego. Uczestniczę aktywnie w pracach Zarządu Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego.

logopedy⁴ sprawia, że zmienia się zakres terapeutyczno-profilaktycznych oddziaływań logopedów. Leon Kaczmarek, nestor polskiej logopedii, twierdził, że „(...) mowa jest podstawą rozwoju umysłowego dziecka. Podstawę tę buduje rodzina, żłobek i przedszkole”⁵. Dla pomyślnego rozwoju jednostki istotne znaczenie ma wczesne wykrywanie wszelkich odchyłeń rozwojowych w przebiegu nabywania mowy, a także wspomaganie tego procesu, który dokonuje się przede wszystkim w warunkach domu rodzinnego oraz instytucji opiekuńczo-wychowawczych. Dziecko w wieku przedszkolnym ma ogromny potencjał w zakresie przyswajania języka, a tym samym rozwoju intelektualnego. Wczesne wykrywanie zaburzeń rozwoju mowy, stymulowanie sprawności językowej, a także monitorowanie i wspomaganie tego procesu poprzez ukierunkowane oddziaływania logopedyczne o charakterze profilaktyczno-terapeutycznym to czynniki warunkujące prawidłowy rozwój dziecka⁶. Pozwalają na optymalne przygotowanie dzieci do rozpoczęcia edukacji szkolnej. To z kolei umożliwi tym dzieciom w przyszłości pełnowartościowe uczestnictwo w życiu społecznym i kulturalnym⁷.

Badania prowadzone na gruncie logopedii wykazują jednak, że stopień umiejętności komunikacyjno-językowych dzieci w wieku przedszkolnym jest stosunkowo niski. Ogólnopolskie i lokalne wyniki badań mowy dzieci sygnalizują utrzymywanie się wysokiego odsetka wyników negatywnych w zakresie występowania zaburzeń mowy. Zdaniem niektórych badaczy dotyczą one w naszym kraju nawet 1/3 populacji dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym⁸. Odmianą sytuację odnotowują statystyki prowadzone w tym zakresie poza granicami naszego kraju⁹. Stopień rozpowszechnienia występowania

⁴ Zob. D. Dramska: *Instytucjonalizacja zawodu logopedy w Polsce (profesjonalna tożsamość logopedy), doniesienie z badań własnych*. W: *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Katowice 1998, s. 92.

⁵ L. Kaczmarek: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin 1966, s. 6.

⁶ Zob. D. Emiluta-Rozya, H. Mierzejewska, P. Atys: *Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolletnich*. Warszawa 1995, s. 2.

⁷ Zob. I. Michalak-Widera, K. Węsierska, B. Zipper-Malina: *Wczesna stymulacja językowa dziecka o nieharmonijnym rozwoju – paszportem do świata kultury*. W: *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*. Red. J. Baran, S. Olszewski. Kraków 2006, s. 679.

⁸ Badania ujawniają ogólnopolskie tendencje – istnienie zaburzeń mowy u 20, 40 i więcej procent dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Ponadto statystyki od wielu lat odnotowują różnice w poziomie kompetencji językowych dzieci ze środowisk miejskich i wiejskich – na niekorzyść tych ostatnich. Zob. np. Z. Dołęga: *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Katowice 2003, s. 7; G. Jastrzębowska: *Determinanty polskiego systemu opieki logopedycznej (na przykładzie województwa opolskiego)*. „Biuletyn Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy” 1994, nr 2, s. 68; E. M. Skorek: *Oblicza wad wymowy*. Kraków 2001, s. 9; E. Słodownik-Rycaj: *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*. Warszawa 2007, s. 158-166.

⁹ Wskazują na wyniki badań występowania zaburzeń mowy we wczesnym dzieciństwie prowadzonych przez University of York w Wielkiej Brytanii (6%). Podobne wyniki ukazują badania prowadzone w tym zakresie w Australii – 1,7% (D. Keating, G. Turrell, A. Ozanne: *Childhood speech disorders: reported prevalence, comorbidity and socioeconomic profile*. „Journal of Paediatrics and Child Health” 2001, t. 37, nr 5). Badacze

zaburzeń mowy u dzieci poza granicami (zwłaszcza w Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych) jest relatywnie niższy niż w Polsce. Konsekwencją takiego stanu rzeczy w naszych realiach jest niedostateczne przygotowanie znacznej grupy dzieci do startu do szkoły. Staje się to palącym problemem edukacyjnym i społecznym w Polsce i zapewne wywiera wpływ na jakość edukacji dzieci i młodzieży.

W tej sytuacji znaczenia nabierają zabiegi o charakterze prewencyjno-kompensującym, podejmowane przez środowisko logopedyczne na rzecz profilaktyki i podnoszenia efektywności opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Coraz częściej w środowisku logopedycznym poruszana jest kwestia potrzeby intensyfikowania skuteczności działań logopedów¹⁰. Intencją przeprowadzonych przeze mnie badań było dokonanie oceny efektywności oddziaływań logopedów wśród dzieci w wieku przedszkolnym i w środowisku opiekuńczo-wychowawczym. W podjętych badaniach poszukiwałam odpowiedzi na następujące pytania: Czy konieczne jest podejmowanie przez logopedów różnorodnych działań profilaktyczno-terapeutycznych w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym? Czy takie czynności są wykonywane? Interesowało mnie również, czy zmieniająca się w ostatnich latach tendencja powszechnego dostępu do logopedów¹¹ pociąga za sobą poprawę efektywności opieki logopedycznej zapewnianej dzieciom w wieku przedszkolnym.

Z moich zawodowych obserwacji wynika, że logopedzi samorzutnie rozszerzają zakres swoich oddziaływań, a jednocześnie najczęściej nie uzyskują informacji zwrotnej, czy

rozpoznający ten problem w Stanach Zjednoczonych ustalili z kolei, że rozpowszechnienie występowania wad mowy wśród dzieci przedszkolnych mieści się w przedziale 10–15% (A. L. Williams: *Speech Disorders. Resource Guide for Preschool Children*. Clifton Park 2003). Zbliżone rezultaty osiągnięto w trakcie badań prowadzonych na próbie 1100 dzieci w Wielkiej Brytanii w latach 1999–2000 (J. Broomfield, B. Dodd: *Children with speech and language disability: caseload characteristics*. „International Journal of Language and Communication Disorders” 2004, t. 39, nr 3), gdzie rozpowszechnienie zaburzeń mowy mieściło się w zakresie od 16,3% do 14,6%. Zob. *Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers: Pre-school hearing, speech, language and vision screening*. „Effective Health Care” 1998, t. 4, nr 2, s. 5; V. A. Reed, J. Harasty: *The prevalence of speech and language impairment in two Sydney metropolitan schools*. „Australian Journal of Human Communication Disorders” 1994, t. 22, s. 1-24; *DSM IV Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence*. 315.31 Expressive Language Disorder, www.psychiatryonline.com [dostęp 23 marca 2007 r.].

¹⁰ K. Błachnio – propagatorka nowoczesnej profilaktyki logopedycznej – zwraca uwagę na uwarunkowania skutecznej terapii zaburzeń mowy. Akcentuje ona czynnik odpowiednio wczesnego rozpoczęcia terapii logopedycznej. Zdaniem tej autorki im wcześniej dziecko zostanie objęte opieką logopedyczną, tym większe szanse na szybkie i pomyślne zakończenie terapii, jako że wady nie zostały jeszcze utrwalone. To zagadnienie było jednym z aspektów efektywności poddanych analizie w przeprowadzonych badaniach. Zob. K. Błachnio: *Logopedia holistyczna – wyzwaniem XXI wieku*. „Logopedia” 1999, nr 26, s. 27-37.

¹¹ W ostatnim okresie obserwować można zmianę sposobu zapewniania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym logopedycznej. Wdrażana jest zasada, że korzystniejsze jest zagwarantowanie pomocy w tym zakresie w środowisku naturalnym dziecka, czyli w przedszkolu i szkole. Oznacza to w przyszłości odchodzenie od modelu konsultacyjnego na rzecz bezpośredniej pracy z dzieckiem, od terapii prowadzonej wyłącznie w poradniach, do zwiększania oddziaływań terapeutycznych na terenie przedszkoli i szkół. Zob. E. Słodownik-Rycaj: *op. cit.*, s. 299.

takie działania są skuteczne i jeśli tak, to w jakim zakresie¹². Środowisko logopedyczne najczęściej nie prowadzi ewaluacji swoich działań. Wydaje się, że opieka logopedyczna w Polsce w chwili obecnej nie dopracowała się konkretnych rozwiązań systemowych. Brakuje ujednoczonych standardów postępowania, na przykład wobec dzieci w wieku przedszkolnym czy wczesnoszkolnym. Odczuwalny jest brak czynnika synchronizującego pracę różnych specjalistów zatrudnionych w strukturach oświatowych, służby zdrowia i innych placówkach niezwiązanych z tymi resortami. Ramy działalności zawodowej logopedów wyznaczają jedynie regulacje prawne. Konieczne wydaje się wypracowywanie procedur postępowania oraz ustalenie reguł współpracy poszczególnych grup zawodowych. Umożliwiłoby to wzrost skuteczności działań logopedów.

Badania, które podjęłam, były ukierunkowane na opisanie procesów profilaktyki i terapii logopedycznej prowadzonych wśród dzieci w wieku przedszkolnym, a także wobec ich środowiska opiekuńczo-wychowawczego. Dodatkową intencją towarzyszącą tej pracy badawczej była chęć upowszechniania zagadnień związanych z szeroko pojmowaną profilaktyką i wczesną interwencją logopedyczną. Jestem głęboko przekonana, że coraz liczniejsze, podejmowane oddolnie, z inicjatywy środowiska logopedycznego działania zaowocują w przyszłości systemowymi zmianami w postaci profesjonalnej profilaktyki i powszechnej skutecznej opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym. Podejście takie zgodne jest z założeniami pedagogiki społecznej, według których nauka polega przede wszystkim na rozwiązywaniu problemów praktycznych i społecznie użytecznych na podstawie uzasadnionych twierdzeń o otaczającej rzeczywistości¹³.

Niniejsza praca składa się z sześciu rozdziałów. Rozdział pierwszy, wprowadzający do dalszych rozważań, poświęcony jest charakterystyce logopedii – dyscypliny naukowej teoretycznej i stosowanej. Interdyscyplinarność logopedii i jej związek z innymi naukami zaprezentowano w odniesieniu do zjawiska komunikacji językowej – przedmiotu badań tej stosunkowo młodej dziedziny wiedzy. Zaakcentowany został związek logopedii z pedagogiką społeczną, co wiąże się między innymi z aktywizującym charakterem podjętych badań.

W rozdziale drugim zaprezentowałam kompendium wiedzy teoretycznej na temat zjawiska opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym.

¹² Z racji wykonywania zawodu logopedy, jednocześnie aktywnej działalności w środowisku logopedycznym, mam możliwość pozyskiwania dużej ilości informacji bezpośrednio od przedstawicieli tej grupy zawodowej. Utrzymuję ścisły kontakt z dużą grupą logopedów z terenu aglomeracji śląskiej.

¹³ Zob. A. Radziejewicz-Winnicki: *Spółczesność w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk 2004, s. 141.

Dokonałam w nim wyjaśnienia najważniejszych pojęć teoretycznych stosowanych w pracy. Zaprezentowana została sylwetka logopedy i zakres działań przedstawicieli tego zawodu w odniesieniu do dzieci na etapie edukacji przedszkolnej. Opisałam również regulacje prawne wyznaczające ramy opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym. Rozdział ten zawiera przegląd stanowisk na temat uwarunkowań środowiskowych rozwoju mowy i przejawów zaburzeń. W tej części pracy dokonałam także charakterystyki założeń teoretycznych dotyczących profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów oraz determinantów skuteczności ich aktywności zawodowej.

Rozdział trzeci prezentuje metodologiczne założenia podjętych badań, określając cele, przedmiot, zakres badań i problemy badawcze. W tej części pracy dokonałam uzasadnienia wyboru metod, technik i narzędzi badawczych oraz scharakteryzowałam teren badań i próbę badawczą.

W rozdziale czwartym dokonany został opis i analiza wyników przesiewowych badań mowy dzieci prowadzonych w katowickich przedszkolach w latach 2003–2006, które umożliwiły rozpoznanie stanu potrzeb w zakresie opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Analiza ta została pogłębiona o takie aspekty jak rozpowszechnienie występowania zaburzeń mowy w odniesieniu do wieku dziecka, porównanie dominujących wad wymowy i czynników zakłócających prawidłowy rozwój mowy, nasilenie występowania objawów dysfluencji (niepłynności mowy) w poszczególnych latach prowadzenia przesiewów.

W rozdziale piątym przeanalizowałam profilaktyczno-terapeutyczne działania podejmowane przez logopedów wśród dzieci w wieku przedszkolnym oraz dokonałam próby naświetlenia zasad współpracy logopedów z szeroko pojętym środowiskiem opiekuńczo-wychowawczym dziecka. Analizę tę wykonałam w oparciu o badania sondażowe prowadzone wśród różnych grup, między innymi wśród logopedów, rodziców/opiekunów, nauczycieli, lekarzy, a także dyrektorów placówek, na terenie których prowadzono przesiewowe badania mowy.

W rozdziale szóstym przeprowadziłam natomiast, w oparciu o analizę dostępnych materiałów zgromadzonych w trakcie badań (m.in. na podstawie wyników badań powtarzalnych), próbę oceny efektywności działań logopedów wobec dzieci w wieku przedszkolnym oraz ustaliłam uwarunkowania tej efektywności. Równocześnie, mając na uwadze aktywizujący charakter prowadzonych badań i wykorzystując wnioski z badań, opracowałam propozycje modyfikacji systemu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Istotną częścią tej pracy było przygotowanie raportu z badań wraz

z wynikającymi z nich konkluzjami. Opracowanie takie zostało sporządzone dla Urzędu Miasta Katowice. Moją intencją było, by raport ten przyczynił się w przyszłości do skuteczniejszego projektowania i prowadzenia działalności profilaktycznej oraz terapeutycznej logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym.

Podjęty w tej pracy problem badawczy jest, jak już wspomniałam, wynikiem mojego zawodowego zaangażowania w promowanie profilaktyki logopedycznej w środowisku lokalnym. Od pewnego czasu daje się zaobserwować rosnące oczekiwania społeczne wobec logopedów. Wyczuwalna jest coraz powszechniejsza presja ze strony różnych grup społecznych, by opieką logopedyczną obejmowane były nie tylko dzieci wykazujące przejawy zaburzeń mowy, ale i te harmonijnie rozwijające się¹⁴. Prowadzenie wszechstronnej stymulacji językowej i ogólnorozwojowej wobec całej populacji umożliwia globalne podnoszenie kompetencji komunikacyjnych społeczeństwa. W dobie egalitaryzmu edukacji, gdy coraz częściej pojawiają się głosy o obniżających się standardach wykształcenia¹⁵, wsparcie udzielone dziecku na starcie tego procesu przez wykwalifikowanych specjalistów, ściśle współpracujących z innymi grupami wydaje się być niezwykle cennym wkładem w podnoszenie jakości edukacji dzieci i młodzieży. Niezaprzeczalnie logopedzi mogą odegrać niezwykle istotną rolę społeczną, skutecznie przeciwdziałając takim zjawiskom jak niedostosowanie czy wykluczenie społeczne. Skuteczna edukacja, jeśli ma być przygotowaniem do pełnego i aktywnego życia jednostki w technicyzowanym świecie, musi sprostać wielu wyzwaniom. We współczesnym świecie, który staje się *globalną wioską* – elektroniczną wspólnotą, podstawą jest zbieranie, selekcja i przekazywanie informacji¹⁶. Informacja jest najważniejszym towarem; dla współczesnych wiedza to niemal bogactwo strategiczne. Twórca cybernetyki – Norbert Wiener – twierdził, że „(...) nie można żyć efektywnie, bez posiadania informacji”¹⁷. Wydaje się, że niewykorzystanie potencjału logopedów w procesie edukacji dzieci i młodzieży byłoby wielkim marnotrawstwem. Praca logopedów ma niebagatelny wpływ na jakość komunikowania się jednostek. W tym kontekście wyraźnie zaznacza się, jak ogromne jest znaczenie skutecznej profilaktyki,

¹⁴ Por. G. Jastrzębowska: *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Opole 2003, s. 219; E. Słodownik-Rycaj: *op. cit.*, s. 158-161.

¹⁵ Zob. I. Chrzanowska: *Edukacja włączająca – nowa jakość? Czy dotąd byliśmy pedagogicznie zacofani?* W: *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*, s. 565.

¹⁶ Zob. B. Muchacka: *Globalna kultura i jej wyzwania dla edukacji*. W: *Edukacja wobec wyzwań globalnego społeczeństwa*. Red. B. Muchacka. Nowy Sącz 2007, s. 29-34.

¹⁷ Cyt. za A. Wiszniewski: *Sztuka mówienia*. Katowice 2003, s. 14.

wczesnej interwencji i, jeśli to konieczne, również efektywnej terapii logopedycznej w środowisku życia dzieci, wszak „(...) przyszłość dziecka kształtuje się w przedszkolu”¹⁸.

W tym miejscu pragnę podziękować i wyrazić słowa wdzięczności promotorowi niniejszej pracy – Pani Profesor Ewie Syrek za ogromne wsparcie i mobilizujący patronat. Dzięki cennym, merytorycznym uwagom Pani Profesor podjęte badania aktywizujące – „badania w działaniu” stawały się sposobem na twórcze modyfikowanie i modernizowanie praktyki pedagogicznej. Podziękowania kieruję również do logopedów, którzy w latach 2003–2006 wsparli mnie w prowadzeniu przesiewowych, profilaktycznych badań mowy. Ich pomoc sprawiła, że możliwe stało się przeprowadzenie przesiewów logopedycznych na próbie 1430 dzieci. Bez zaangażowania lokalnego środowiska logopedycznego prowadzenie tak rozległych badań byłoby niemożliwe. Dziękuję również za cenne wskazówki moim doświadczonym koleżankom i kolegom logopedom, którzy zechcieli podzielić się ze mną swoimi uwagami i sugestiami dotyczącymi problematyki efektywności działań terapeutów mowy.

¹⁸ D. Elsenbroich: *Co siedmiolatek wiedzieć powinien*. Warszawa 2003, s. 43.

I. LOGOPEDIA WŚRÓD INNYCH NAUK SPOŁECZNYCH

1. Logopedia jako interdyscyplinarna dziedzina wiedzy

Jeszcze w latach 70. ubiegłego wieku S. Grabias pytał: „Czy logopedia jest nauką, czy też tylko sztuką?”¹. W logopedii, nie tylko polskiej, naukowy opis i wyjaśnianie zjawisk – zdaniem tego autora – pozostają daleko w tyle za nagromadzoną przez wieki, często intuicyjną, organizującą tok postępowania praktyczną wiedzą. Ta stosunkowo młoda dziedzina nauki konstytuuje się w ostatnich latach jako odrębna dyscyplina. L. Kaczmarek, nadając polskiej logopedii status nauki i stawiając tezę o jej autonomii, dowodził, że jest ona dyscypliną samodzielną, ale heterogenną². J. Ożdżyński i J. Surowaniec, definiując pojęcie logopedii, uznają, że „[jest to] dyscyplina praktyczna i teoretyczna, obejmująca swym zakresem elementy nauk o języku, nauk behawioralnych i nauk biomedycznych; posiłkuje się w określonym stopniu terminologią tych dyscyplin w szczególności dotyczących zaburzeń mowy, zapobiegania ich powstawaniu oraz retencji wyników korekcyjnych”³.

Termin *logopedia* pochodzi od dwóch greckich wyrazów: *logos*, czyli słowo, mowa oraz *paideia* – wychowanie⁴. Znany był już w okresie międzywojennym. Prawdopodobnie po raz pierwszy w znaczeniu terapii mowy użyła go w roku 1936 na łamach „Nowin Lekarskich” dr med. M. Łączkowska⁵. Jednak pierwszych sygnałów tworzenia się zawodu logopedy można doszukiwać się już w działalności terapeutycznej J. Siostrzyńskiego (1788–1824). Jego książka zatytułowana *Teoria i mechanizmy mowy* (1820) zawierała opis spostrzeżeń z zakresu fonetyki i pracy z osobami głuchymi⁶. Za twórcę podstaw teoretycznych dla logopedii i audiologii uznawany jest W. Otluszewski. Autor podręcznika *Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach* (1905) wykazał ścisłe relacje pomiędzy słuchem, głosem i mową a ośrodkowym układem nerwowym⁷. Największy wpływ na rozwój logopedii i upowszechnienie idei logopedycznych miały wydarzenia lat 60. ubiegłego wieku. W ośrodku lubelskim zaczęło

¹ S. Grabias: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 15-16.

² Cyt. za D. Dramską: *Proces instytucjonalizacji zawodu logopedy w Polsce. Zarys problemu*. Katowice 2001, s. 58.

³ J. Ożdżyński, J. Surowaniec: *Teoria i praktyka terminologii logopedycznej*. Kraków 2000, s. 11.

⁴ Zob. I. Styczek: *Logopedia*. Warszawa 1983, s. 13.

⁵ Cyt. za L. Kaczmarek: *O Polskiej Logopedii*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*. Red. H. Borowiec, S. Grabias. Lublin 1991, s. 5.

⁶ Cyt. za D. Dramską: *op. cit.*, s. 21.

⁷ Cyt. za A. Stankowski: *Elementy terapii pedagogicznej w pracy nauczyciela – wychowawcy*. Katowice 1986, s. 68.

ukazywać się wówczas czasopismo „Logopedia. Kultura Żywego Słowa”⁸. Zgromadzona wokół L. Kaczmarka grupa entuzjastów powołała w 1959 roku do życia Komisję Logopedyczną, która po kilku latach, w 1963 roku, została przekształcona w Polskie Towarzystwo Logopedyczne⁹. W tym okresie powstało również pierwsze w Polsce Podyplomowe Studium Logopedii przy Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie¹⁰. W okresie powojennym logopedia rozwijała się coraz prężniej równolegle w kilku ośrodkach w kraju¹¹.

Logopedia jako nauka jest zatem stosunkowo młodą dyscypliną, która w naszym kraju uprawiana jest w teorii i praktyce dopiero od kilkadziesiąt lat. W obecnym kształcie predestynuje do bycia samodzielną dyscypliną wiedzy. Systematycznie podejmowane są działania badawcze mające na celu opis (deskrypcję) zaburzeń mowy, wyczerpujące wyjaśnianie zjawisk (eksplikację) oraz tworzenie prognoz (aplikację), polegające na budowaniu programów naprawczych. Uznając, że nauki praktyczne to „zespoły zdań ogólnych stwierdzających, jak na podstawie zależności między faktami można zrealizować stany rzeczy zalecone przez uznane oceny”¹², należy przyjąć, że skuteczna praktyka logopedyczna jest możliwa w dużej mierze dzięki osiągnięciom tych dyscyplin naukowych, z którymi nauka ta jest ściśle związana i stale współpracuje¹³. Jak podkreśla S. Grabias, „(...) logopedia nie jest prostym zlepkiem wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej i językoznawczej, lecz zhierarchizowaną strukturą, do której starsze od logopedii dyscypliny wnoszą wyniki swoich badań w różnym stopniu. Jedne uzyskują ważniejsze znaczenie na etapie opisu i wyjaśniania zjawisk, inne znowu stają się istotne w planowaniu terapii logopedycznej i samym postępowaniu praktycznym”¹⁴. Tak pojęta

⁸ Zob. L. Kaczmarek: *op. cit.*, s. 5.

⁹ Zob. np. E. Smółka: *Polskie Towarzystwo Logopedyczne: 33-lecie*. „Logopedia” 1996, nr 23, s. 165-174; B. Adamczyk, E. Smółka: *Profesor Leon Kaczmarek jako twórca i redaktor „Logopedii”*. W: *Effata – Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Katowice 1998, s. 15-23.

¹⁰ Zob. G. Jastrzębowska: *Przedmiot, zakres zainteresowań i miejsce logopedii wśród innych nauk*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Opole 2003, s. 316.

¹¹ Oprócz centrum polskiej myśli logopedycznej w Lublinie różne formy aktywności na polu tej dyscypliny naukowej podejmowane były między innymi w Warszawie (I. Styczek, G. Demel, H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowska i in.), w Poznaniu (L. Kaczmarek, F. Antkowski, A. Pruszczyk, A. Obrębowski, K. Błachnio i in.), w Krakowie (J. Kuligowa, K. Dominik, M. Zarębina, M. Dąbrowska, J. Murowaniec i in.) i na Śląsku (ks. S. Wilczewski, ks. W. Basista, I. Łyżyczka, M. Chęciek, I. Nowakowska-Kempna i in.). Por. E. Minczakiewicz: *Początki i rozwój polskiej logopedii*. Kraków 1998, s. 37-56; D. Dramska: *op. cit.*, s. 27-54.

¹² E. A. Mazurkiewicz: *Walory praktyczności pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Red. T. Pilch, I. Lepalczyk. Warszawa 1995, s. 73.

¹³ Zob. G. Jastrzębowska: *op. cit.*, s. 318.

¹⁴ S. Grabias: *op. cit.*, s. 13.

logopedia obligatoryjnie zakłada prowadzenie badań: diagnostycznych, prognostycznych i anagnostycznych.

Różnorodność stanowisk w ujmowaniu logopedii jako nauki odzwierciedlają również podejścia teoretyków do przedmiotu badań tej dyscypliny¹⁵. Nadal aktualne wydaje się pytanie: „(...) czy przedmiot logopedii wyodrębniony został dostatecznie jasno?”¹⁶. Ponieważ w rozwój logopedii swój wkład wnosili przedstawiciele wielu dyscyplin naukowych, to zarówno w teorii, jak i w praktyce występują różne koncepcje określające jej zakres i przedmiot. Do najpopularniejszych należą: medyczna, pedagogiczna i holistyczna¹⁷. W ostatnich latach coraz liczniejszą rzeszę zwolenników zdobywa koncepcja holistyczna, stwarzająca najszersze możliwości rozwoju tej dyscypliny. Koncepcja holistyczna traktuje logopedię jako samodzielną naukę, która zajmuje się wszystkimi aspektami mowy – embriologicznym, patologicznym, społecznym i artystycznym; łączy ona wyniki badań dyscyplin zajmujących się mową.

Według L. Kaczmarka przedmiotem zainteresowań badawczych logopedii (logologii polskiej) jest mowa, definiowana jako akt porozumiewania się, z wyraźnie wyodrębnionymi składnikami tego procesu: mówieniem, rozumieniem oraz ich wynikiem – wypowiedzią¹⁸. Zdaniem M. Zarębiny przedmiotem zainteresowań logopedii jest rozwój i zaburzenia mowy oraz języka jako systemu komunikacyjnego¹⁹. S. Grabias natomiast uznaje za przedmiot logopedii zakłócenia w funkcjonowaniu komunikacji językowej, usuwanie tych zakłóceń i niedopuszczanie do ich zaistnienia²⁰. Obserwowana w literaturze przedmiotu różnorodność terminologiczna spowodowana jest w znacznej mierze faktem, że do rozwoju logopedii

¹⁵ Wśród teoretyków logopedii przeważają dwa skrajne stanowiska. Pierwsze reprezentują zwolennicy koncepcji L. Kaczmarka, który uznawał, że przedmiotem logopedii jest mowa, a dyscyplina zajmująca się mową winna być autonomiczną nauką. Drugi pogląd głosi, że logopedia zajmuje się zaburzeniami mowy i w związku z tym mieści się w obrębie nauk medycznych bądź pedagogicznych (m.in. J. Surowaniec). Zob. np. S. Grabias: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy*. Red. S. Grabias. Lublin 2002, s. 20-26; G. Jastrzębowska: *op. cit.*, s. 318; J. Surowaniec: *Logopedia a dyscypliny pograniczne*. W: *Effata – Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*, s. 27-32.

¹⁶ S. Grabias: *Logopedia – jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metajęzykowej*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*, s. 28.

¹⁷ Koncepcja medyczna (lub paramedyczna) ogranicza zakres przedmiotu badań logopedii do zaburzeń, profilaktyki i korekcji mowy. Koncepcja pedagogiczna rozszerza to zagadnienie o problemy kształtowania się mowy u dzieci z upośledzonym słuchem lub problematykę porozumiewania się głucho-ciemnych. Zob. G. Jastrzębowska: *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii*. Opole 1996, s. 18; E. Słodownik-Rycaj: *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*. Warszawa 2007, s. 45.

¹⁸ L. Kaczmarek: *op. cit.*, s. 6.

¹⁹ M. Zarębina: *Logopedia to swoisty układ powiązań językoznawstwa stosowanego z psychologią, neurologią i ortodoncją...* W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*, s. 96.

²⁰ S. Grabias: *Logopedia – jej przedmiot...*, s. 26-48.

przyczynili się zarówno lekarze, jak i pedagodzy, językoznawcy, psychologdy, biolodzy, fizycy, neurobiolodzy, neuropsycholodzy, a nawet cybernetycy²¹.

Szerokie spektrum przedmiotu logopedii ukazuje wyraźnie, że badania nad kształtowaniem się mowy, jej patologią i rewalidacją muszą być prowadzone w ujęciu interdyscyplinarnym. Zdaniem B. Rocławskiego logopedia nie może funkcjonować w oderwaniu od nauk medycznych czy humanistycznych²², jest bowiem interdyscyplinarną dziedziną wiedzy, zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i praktycznym. Jej wielospecjalistyczny charakter powoduje konieczność wypracowywania takich standardów postępowania, które uwzględniają współdziałanie z różnymi specjalistami – psychologami, lekarzami, pedagogami, asystentami społecznymi i innymi²³. Multidyscyplinarność logopedii sprawia, że na jej gruncie należy stworzyć takie procedury postępowania, które zapewniłyby współdziałanie ze sobą różnych specjalistów, przy jednoczesnej silnej potrzebie uporządkowania terminologii. Zabiegi te wydają się być nieodzowne²⁴. Logopedia, jako dyscyplina silnie związana z innymi naukami zajmującymi się problematyką komunikacji językowej, dla pełnego rozwoju musi podążać równocześnie za ich osiągnięciami. W związku z tym profesja logopedy ulega stałym przeobrażeniom, jej przedstawiciele wciąż poszukują identyfikacji zawodowej²⁵. W ostatnich latach zaobserwować można postępujący proces instytucjonalizacji tego zawodu wraz z dokonującą się ewolucją instytucji logopedycznych w Polsce²⁶. Praca logopedów jest wielopłaszczyznowa i to obliuguje ich do czerpania z osiągnięć wielu nauk zajmujących się komunikacją językową²⁷.

²¹ Zob. G. Jastrzębowska: *Przedmiot, zakres zainteresowań...*, s. 316.

²² B. Rocławski: *Uwagi o miejscu logopedii wśród innych dziedzin życia naukowego i oświatowego. W: Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*, s. 64-65.

²³ Zob. E. M. Minczakiewicz: *Pedagogika osób z zaburzeniami mowy – logopedia. W: Pedagogika specjalna. Red. W. Dykcik. Poznań 2001*, s. 263.

²⁴ Zob. np.: *Ibidem*, s. 263; H. Mierzejewska, D. Emiluta-Rozya: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy. „Logopedia” 2000*, nr 28, s. 37-48.

²⁵ Problem ten został omówiony szerzej w rozdziale II.

²⁶ Zob. D. Dramska: *Instytucjonalizacja zawodu logopedy w Polsce (profesjonalna tożsamość logopedów) – doniesienie z badań własnych. W: Effata – Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*, s. 91-96.

²⁷ Zob. D. Dramska: *Profesjonalna tożsamość logopedów w Polsce w świetle przeprowadzonych badań. Katowice 2001*, s. 13.

2. Proces komunikacji językowej w kręgu zainteresowań różnych dyscyplin naukowych

Człowiek, jako istota społeczna, potrzebuje kontaktu z innymi osobami niemal w każdym momencie swojej egzystencji – „(...) stosunki między ludźmi tworzy i niszczy się poprzez komunikację”²⁸. Sprawne komunikowanie się, konieczne do pełnego funkcjonowania we współczesnym świecie, stanowi zarówno przejaw, jak i warunek życia społecznego. A uczestnictwo w społeczeństwie nie jest możliwe bez porozumiewania się. Dlatego też naturalne jest zainteresowanie wszystkich niemalże nauk społecznych zagadnieniami komunikacji międzyludzkiej, przede wszystkim: socjologii, psychologii, językoznawstwa (lingwistyki), pedagogiki, a także logopedii²⁹. Każda z wymienionych dyscyplin naukowych rozpatruje zjawisko komunikacji w nieco innym aspekcie.

Termin *komunikacja* (łac. *communicatio* – wymiana, łączność, rozmowa) oznacza porozumiewanie się, przekazywanie myśli, udzielanie wiadomości³⁰. W naukach społecznych sformułowano wiele definicji komunikowania się, które może być rozumiane jako: transmisja, rozumienie, oddziaływanie, tworzenie wspólnoty, interakcja, wymiana, składnik procesu społecznego. W tym ostatnim ujęciu komunikowanie się jest środkiem wyrażania norm grupowych, sprawowania kontroli społecznej, przydzielania ról, koordynowania wysiłków, ujawniania oczekiwań i uruchamiania procesu społecznego³¹. Według psychologów komunikowanie się, porozumiewanie się (ang. *communication*) to proces, dzięki któremu jednostka otrzymuje i przekazuje informacje³². Pedagodzy podkreślają natomiast, że „nie ma kształcenia i wychowania bez efektywnego komunikowania”³³. Na gruncie socjologii i pedagogiki społecznej zwraca się uwagę na niezbędny zespół umiejętności związanych z bezpośrednim porozumiewaniem się, potrzebny człowiekowi zwłaszcza we współczesnym, „stechnicyzowanym” świecie.

²⁸ T. Gordon, N. Burch: *Jak dobrze żyć z ludźmi*. Warszawa 2001, s. 44.

²⁹ Szerokie ujmowanie przedmiotu zainteresowań logopedii bliskie jest dziedzinie nauki, którą w Stanach Zjednoczonych określa się mianem nauki o komunikacji (językowej). Uniwersyteckie wydziały nauk o komunikacji w USA obejmują z reguły kierunki związane z dziennikarstwem i aktorstwem. B. L. Kaczmarek zwraca uwagę, że zarówno logopedia, jak i nauka o komunikacji koncentrują się na badaniu mowy, szeroko pojmowanej, nie koncentrują się wyłącznie na badaniu języka. Zob. B. L. Kaczmarek: *Logopedia a neurolingwistyka*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*, s. 60.

³⁰ Zob. *Słownik wyrazów obcych*. Red. J. Tokarski. Warszawa 1977, s. 374.

³¹ Zob. T. Goban-Klas, W. Lipnik: *Komunikowanie masowe*. W: *Encyklopedia socjologii*. Red. Z. Bokszański. Warszawa 1999, s. 40.

³² Zob. P. G. Zimbardo, F. L. Ruch: *Psychologia i życie*. Warszawa 1996, s. 669.

³³ H. Retter: *Komunikacja codzienna w pedagogice*. Gdańsk 2005, s. 7.

Niezwykle istotną w procesie komunikacji językowej jest tzw. kompetencja językowa. Twórca tego pojęcia – N. Chomsky definiuje ją jako nieświadomą przez użytkownika języka wiedzę o języku, która pozwala mu tworzyć nieskończenie wiele poprawnych w określonym języku zdań i odrzucać zdania niepoprawne³⁴. Komunikacja międzyludzka traktowana jest w takim ujęciu bardzo szeroko, jako nawiązywanie, rozwijanie i podtrzymywanie bezpośrednich kontaktów osobowych w dialogu między jednostkami. Porozumiewanie się przebiega w grupach, zespołach, społecznościach lokalnych i poza nimi, w związku z podejmowaną rolą społeczną lub wykonywanym zawodem³⁵. W ujęciu pedagogiki społecznej podstawowe zadania stojące przed wychowaniem, w kontekście budowania społeczeństwa obywatelskiego, dotyczą oddziaływań edukacyjnych, nastawionych na poszerzanie wiedzy i rozwijanie umiejętności związanych z porozumiewaniem się ludzi między sobą. Podnoszenie kompetencji interpersonalnej poszczególnych jednostek umożliwia im realizację wspólnych celów i jest wypełnieniem zasady wychowania dla demokracji³⁶. Tymczasem przez całe lata na różnych poziomach edukacji zajmowano się nauczaniem przede wszystkim trzech podstawowych umiejętności: czytania, pisania i liczenia. Dopiero w ostatnim okresie coraz częściej dodawany jest czwarty element – komunikacja ustna³⁷.

Komunikacja codzienna traktowana jest jako swoistego rodzaju pomost pomiędzy jednostką a społeczeństwem, prywatnością a życiem publicznym. Naukowcy wielu dziedzin znajdują w niej interesujący obszar dla swoich badań. Dla socjologa istotne jest, w jakim wymiarze społeczeństwo determinuje komunikację międzyludzką oraz samego człowieka jako autonomiczną jednostkę. Psycholog rozpoznaje struktury psychiczne i sposoby zachowań, które warunkują, zakłócają lub wspierają komunikację. Natomiast lingwista, zajmując się istotą, budową i rozwojem języka – niezbędnymi elementami komunikacji, zakreśla bardzo szeroki obszar tego zjawiska, bada również kod językowy, kompetencje

³⁴ Cyt. za E. M. Minczakiewicz: *Pedagogika osób...*, s. 226.

³⁵ Zob. A. W. Nocuń: *Demokracja jako wyzwanie dla współczesnej pedagogiki*. W: *Pedagogika społeczna, kręgi poszukiwań*. Red. A. Przeclawska. Warszawa 1996, s. 46-59; T. O'Sullivan, J. Hartley, D. Saunders, M. Montgomery, J. Fiske: *Kluczowe pojęcia w komunikowaniu i badaniach kulturowych*. Wrocław 2005, s. 134.

³⁶ Zob. A. W. Nocuń: *op. cit.*, s. 46-59.

³⁷ W porównaniu ze szkołami angielskimi i amerykańskimi europejski system edukacji w mniejszym stopniu doceniał wagę rozwijania u uczniów kompetencji komunikacyjnych. W systemie anglosaskim uczniowie już na poziomie edukacji elementarnej mają zajęcia z tzw. „show and tell training”, a w szkołach ponadpodstawowych i na uczelniach wyższych zajęcia warsztatowe: „speech training, debating and public speaking”. Na przestrzeni ostatnich lat, w naszym kraju daje się zaobserwować zmianę tendencji. Zob. np.: K. Bocheńska: *Sztuka retoryki. Uczeń w roli mówcy*. Warszawa 2005, s. 5-9; K. Bocheńska: *Mówię do Ciebie, człowieku*. Warszawa 2003, s. 79-89; P. J. Cooper: *Sprawne porozumiewanie się*. Warszawa 2002, s. 5-9; E. Grzesiak, R. Janicka-Szyszko, M. Steblecka: *Komunikacja w szkole*. Gdańsk 2005, s. 7-8; C. Miyata: *Mów śmiało. Ćwiczenia przygotowujące uczniów do wystąpień przed publicznością*. Gdańsk 2005, s. 110-19; R. Pijarowska, A. M. Seweryńska: *Sztuka prezentacji. Poradnik dla nauczycieli*. Warszawa 2002, s. 5-6.

językową, a także kompetencję językową i komunikacyjną jednocześnie (w interpretacji psycholingwistyki)³⁸. Przedstawiciele nauk pedagogicznych, których przedmiotem badań, w najszerszym ujęciu, są wszelkie procesy wspierające rozwój jednostki (wychowanie, edukacja, kształcenie) ku pełnym jej możliwościom, interesują się tym, w jaki sposób rozważania teoretyczne mają być użyte do realizacji celów praktycznych. Logopedzi – w sposób interdyscyplinarny – czerpią wiedzę z badań prowadzonych na gruncie innych nauk, uzupełniając ją o zagadnienia kształtowania się mowy, przejawy patologii procesów komunikacji i rewalidację³⁹ tych zaburzeń. Jest to zgodne ze zdaniem S. Grabiasa, który logopedię traktuje jako naukę o zaburzeniach mowy, gdzie mowa jest tożsama z pojęciem komunikacji językowej⁴⁰.

Język jest integralną częścią ludzkiej egzystencji, a proces nabywania języka – opanowywania reguł kompetencji językowej jest obecny w życiu człowieka od samego początku. Przychodzące na świat dziecko, na co zwracają uwagę psycholingwiści, ma swoistą gotowość do uczenia się języków, ale nie wykazuje przy tym tendencji do preferowania jakiegokolwiek systemu językowego. Zdolność do poznawania języka może być wrodzona, natomiast to, jakim językiem osobnik będzie się posługiwał, zależy wyłącznie od środowiska, w którym się wychowywał jako dziecko⁴¹. Badania nad rozwojem psychicznym dziecka, w tym nad jego rozwojem językowym, każą postrzegać dziecko nie jako izolowaną jednostkę, ale jako istotę społeczną, która bierze udział w różnego rodzaju związkach społecznych⁴². W ostatnich latach upowszechnia się koncepcja, zgodnie z którą rozwój dziecka dokonuje się w kontekście środowiska, w toku procesów interpersonalnego porozumiewania się. Zwolennicy społeczno-interakcyjnego podejścia do zagadnienia rozwoju dziecka i nabywania przez nie umiejętności komunikacyjnych wyznają pogląd, że rodzi się ono z gotowością do życia społecznego i może być aktywnym podmiotem swojego rozwoju. Rozwój poznawczy dziecka dokonuje się zatem w toku interakcji z opiekunami i rówieśnikami, w czasie których

³⁸ Por. *Psycholingwistyka*. Red. J. Berko Gleason, N. Bernstein Ratner. Gdańsk 2005, s. 17; I. Kurcz: *Pamięć. Uczenie się. Język*. Warszawa 1995, s. 242-246.

³⁹ Rewalidacja (łac. *re-* znów, *validus* – silny, *valor* – wartość) – zespół działań wychowawczych, edukacyjnych i terapeutycznych, mających umożliwić dziecku niepełnosprawnemu pod względem fizycznym jak najpełniejszy rozwój i przystosowanie do życia w normalnym środowisku; pedagogika rewalidacyjna stanowi subdyscyplinę pedagogiki specjalnej. Zob. *Pedagogika*. Red. B. Milerski, B. Śliwerski. Warszawa 2000, s. 191.

⁴⁰ S. Grabias: *Mowa i jej zaburzenia*, s. 18.

⁴¹ Zob. J. Aitchison: *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*. Warszawa 1991, s. 89.

⁴² Zob. R. A. Hinde, J. Stevenson-Hinde: *Związki interpersonalne a rozwój dziecka. W: Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*. Red. A. Brzezińska, G. Lutomski. Poznań 1994, s. 45.

dziecko wypracowuje coraz skuteczniejsze sposoby radzenia sobie ze środowiskiem⁴³. Na gruncie psycholingwistyki mówi się o tzw. uczeniu się społecznym – dziecko obserwuje i naśladuje innych⁴⁴.

W warunkach środowiskowych czynnikiem umożliwiającym rozwój językowy jest nie tylko częstotliwość aktu komunikacji, ale przede wszystkim jakość i przebieg tego procesu⁴⁵. Społeczne konteksty kształtu języka, jego formy i funkcji są obiektem zainteresowań socjolingwistów⁴⁶. Brytyjski socjolog edukacji B. Bernstein w tzw. teorii kodów językowych zwrócił uwagę na fakt, że możliwość przeprowadzania złożonych operacji umysłowych wiąże się nie tylko z poziomem wykształcenia jednostki, ale i z rodzajem opanowanego kodu językowego⁴⁷. Określony charakter stosunków społecznych wpływa na sposób mówienia, który jest zdeterminowany poprzez opanowany w dzieciństwie kod językowy⁴⁸. Badania prowadzone w Polsce przez B. L. Kaczmarka potwierdziły pośrednio teorię Bernsteina, ukazując, że prymitywizm języka odzwierciedla w znacznym stopniu ubóstwo myślenia danej osoby⁴⁹. Bernstein utrzymuje, że „(...) określona struktura społeczna generuje odrębne formy lub kody językowe, a kody te przede wszystkim przekazują kulturę, czyniąc tym samym koniecznym pewien typ zachowania”⁵⁰. L. Kaczmarek zwracał uwagę, że „(...) prawidłowe

⁴³ Por. Z. Dołęga: *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, prognozowanie i profilaktyka*. Katowice 2003, s. 29-52; A. Stankowski: *Komunikacja interpersonalna w rodzinach dysfunkcyjnych*. W: *Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej w Polsce*. Red. A. Radziejewicz-Winnicki. Katowice 1995, s. 294-305; A. Twardowski: *Porozumiewanie się dorosłego z dzieckiem*. „Wychowanie w Przedszkolu” 2007, nr 6, s. 5-12; T. Zaleski: *Opóźnienia w rozwoju mowy*. Warszawa 2002, s. 25-27.

⁴⁴ Zob. *Psycholingwistyka*, s. 416-418.

⁴⁵ W ujęciu językoznawstwa kognitywnego użytkownik języka w celu porozumiewania się wykorzystuje pewną niezbędną minimalną wiedzę językową, którą przyswoił w tzw. procesie habituacji – wielokrotnego powtarzania. Dziecko posługuje się zatem określonymi schematami, wzorami struktury języka, które zostały opanowane na drodze wielokrotnego i systematycznego utrwalania, a tym samym są przywoływane bez większego wysiłku umysłowego. Zob. I. Nowakowska-Kempna: *Konceptualizacja uczuć w języku polskim*. Warszawa 1995, s. 20.

⁴⁶ Socjolingwistyka to dyscyplina wiedzy, która integruje językoznawstwo z socjologią. Nauka ta bada między innymi, w jaki sposób język mówiony i pisany różnicują się w obrębie określonych zbiorowości ze względu na odmienne sytuacje społeczne, jakie przybierają formy w różnych środowiskach tego samego społeczeństwa.

⁴⁷ B. Bernstein: *Socjolingwistyczne ujęcie procesu socjalizacji: uwagi dotyczące podatności na oddziaływanie szkoły*. W: *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór prac*. Red. G. W. Shugar, M. Smoczyńska. Warszawa 1980, s. 557-596; B. Bernstein: *Odtwarzanie kultury*. Warszawa 1990, s. 225; B. Bernstein: *Socjolingwistyka a społeczne problemy kształcenia*. W: *Język i społeczeństwo*. Red. M. Głowiński. Warszawa 1980, s. 95-96.

⁴⁸ Teoria Bernsteina w centrum rozważań stawia analizę procesów komunikowania się. Badania nad niepowodzeniami szkolnymi angielskich dzieci z klasy robotniczej zaowocowały obserwacjami, które wykazały, że w rozwoju mowy i języka dziecka bezpośrednie znaczenie ma intensywność używania przez otoczenie dziecka specyficznych językowych kodów komunikacyjnych. Zdaniem Bernsteina charakter stosunków rodzinnych oraz przynależność rodziny do danej klasy czy warstwy społecznej decyduje o wyborach, jakie czyni mówiący, zarówno na poziomie składni, jak i słownictwa, organizacji wypowiedzi i procesów motywacyjnych zaangażowanych w komunikację. Kod ograniczony, używany przez niższe warstwy społeczne, służy głównie komunikowaniu się, często na dość niskim poziomie, podczas gdy kod rozwinięty wykorzystywany jest do zwerbalizowania bardziej skomplikowanych procesów myślowych.

⁴⁹ B. L. Kaczmarek: *Misterne gry w komunikację*. Lublin 2005, s. 132-133.

⁵⁰ B. Bernstein: *Socjolingwistyka a społeczne problemy...*, s. 89-90.

kształtowanie się mowy dziecka zależy od warunków organizowanych przez środowisko, w którym dziecko się wychowuje. Wychowawcze błędy otoczenia odbijają się zawsze mniej lub bardziej szkodliwie na dziecku⁵¹. Założenia teorii Bernsteina mogą wydawać się zbyt deterministyczne, jednak codzienna praktyka logopedów zajmujących się problemami zaburzeń mowy okresu wczesnego dzieciństwa pokazuje, że nie sposób analizować problemów dziecka w oderwaniu od czynników środowiskowych. Nabywanie mowy dokonuje się głównie pod wpływem środowiska otaczającego dziecko. Środowisko to rozumiane jest w tym ujęciu jako krąg osób i rzeczy, które otaczają człowieka w jego życiu indywidualnym i zbiorowym, oraz panujących między nimi stosunków.

Jednym z najistotniejszych składników środowiska, wpływającym na proces opanowania języka, jest rodzina, która odgrywa kluczową rolę w funkcjonowaniu jednostek i społeczeństwa⁵². Życie rodzinne, zwłaszcza w Europie i Ameryce Północnej, ulega w ostatnich latach znacznym przeobrażeniom pod względem struktury i funkcji⁵³. Zmieniają się zasady funkcjonowania rodzin, relacje wewnątrzpokoleniowe i międzypokoleniowe, a także pojawiają się w praktyce alternatywne formy życia rodzinnego⁵⁴. Rodzina – najważniejsze środowisko wychowawcze i edukacyjne, odpowiadające za poziom życia wszystkich jej członków – wyposaża dziecko w podstawowy kapitał, który w przyszłości stanowi dla niego źródło siły lub balast, istotną przeszkodę awansów czy sukcesów⁵⁵. Zabiegi pedagogów, koncentrujące się na uczynieniu rodziny integralnym elementem środowiskowego systemu wychowawczego, mają istotne znaczenie dla działań logopedów. Mowa dziecka rozwija się wyłącznie w obrębie społeczności. Izolacja dziecka czy nawet niedobór stymulacji w tym zakresie wpływa nie tylko na zaburzenia rozwoju mowy, ale i opóźnienie procesów myślowych, zaburzenia osobowościowe i sposób percepcji świata. O ile zatem poziom psychospołecznego funkcjonowania dziecka na progu edukacji szkolnej jest silnie zdeterminowany przez jego środowisko, przede wszystkim rodzinne, o tyle ważnym czynnikiem kompensującym ewentualną dysfunkcyjność rodziny może być instytucjonalne

⁵¹ L. Kaczmarek: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin 1966, s. 156.

⁵² Zob. Z. Tyszka: *Rodzina w świecie współczesnym – jej znaczenie dla jednostki i społeczeństwa*. W: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, s. 138.

⁵³ Zob. np.: S. Kawula: *Rodziny współczesne a pedagogika rodziny*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2007, nr 5, s. 3-9; A. Kwak: *Alternatywne formy życia rodzinnego – ciągłość i zmiana*. W: *Rodzina polska u progu XXI wieku*. Red. H. Cudak. Łowicz 1997, s. 139.

⁵⁴ Obecnie przyjmuje się, że rodzina jako podstawowa więź społeczna trwa wtedy, gdy odpowiada na powszechnie uznane potrzeby ludzkie, niezależnie od formy tego związku.

⁵⁵ Zob. M. S. Szczepański, G. Maciejewski, G. Gawron: *Społeczne koszty polskiej transformacji. Wykluczenie społeczne, czyli ładowanie na marginesach?* W: *Równi i równiejsi, zwycięzcy i przegrani. Dynamika różnicowań społecznych w Polsce na przełomie XX i XXI wieku*. Red. E. Jurczyńska-McCluskey, M. S. Szczepański, Z. Zagała. Tychy – Bielsko-Biała 2006, s. 18-19.

przygotowanie dziecka do szkoły⁵⁶. W przypadku dzieci z rodzin o niższym statusie socjoekonomicznym niezbędne jest wyrównywanie różnic językowych poprzez zapewnienie dostępu do tzw. kodu rozwiniętego. Badania empiryczne prowadzone na gruncie pedagogiki wskazują na to, że wczesna stymulacja dziecka w warunkach instytucjonalnych odgrywa decydującą rolę w jego rozwoju poznawczym. W literaturze przedmiotu znaleźć można liczne przykłady dokumentujące stymulującą i kompensującą rolę oddziaływań instytucjonalnych, zwłaszcza na dzieci zaniedbane, wywodzące się ze środowisk zagrożonych⁵⁷. Edukacja przedszkolna traktowana w kategoriach wyrównywania szans to sposób na wyrwanie dużej grupy dzieci z marginesu biedy i intelektualnego zaniedbania, a także umożliwienie dzieciom wychowującym się w środowisku osób dorosłych optymalnej stymulacji społecznej. B. Wilgocka-Okoń zwraca uwagę, że istnieje wyraźna zależność poziomu gotowości szkolnej dziecka od środowiska społeczno-wychowawczego, w którym wzrasta⁵⁸. Dzieci uczęszczające do przedszkola mają zdecydowaną przewagę w tym zakresie nad tymi, które są pozbawione takich instytucjonalnych oddziaływań.

Istotny jest pierwszy – inicjalny etap pracy pedagogicznej, który stanowi absolutny początek socjalizacji, opanowywania umiejętności komunikacyjnych, a tym samym wpajania kultury. Umożliwienie dzieciom z różnych środowisk, grup społecznych pełnego uczestnictwa w kulturze jest warunkiem koniecznym w procesie likwidowania nierówności społecznych. W naukach społecznych kultura „[traktowana jest jako] złożona całość, która obejmuje zachowania przebiegające według wzorów i norm wykształconych i przyswojonych przez ludzi jako członków społeczeństwa oraz obejmuje wszystkie rezultaty takich zachowań”⁵⁹. Antropolodzy kultury uznają, że „(...) człowiek jest jednostkowym twórcą kultury, ale zarazem jest jej podporządkowany”⁶⁰. W tym ujęciu jednostki są manipulowane przez kulturę, jednak kultura jest czynnikiem wyrażającym dokładnie potrzeby jednostkowe, co więcej, dostarcza jednostce całego materiału niezbędnego do formowania jej egzystencji. Uczestnictwo w kulturze najczęściej określa się natomiast jako „czynności formułowania oraz

⁵⁶ Istotne wydaje się uwzględnienie prac badawczych P. Bourdieu nad efektywnością edukacji, w których francuski system szkolny określony został jako instytucja reprodukcji kapitału intelektualnego. W świetle teorii Bourdieu dla dzieci z rodzin inteligentnych wpływ dobrej szkoły jest przedłużeniem i wsparciem oddziaływań rodziny. Dzieci w tych rodzinach wyposażone są w swoisty „kapitał kulturowy”, sprzyjającą motywację i ufność we własny sukces. Zob. P. Bourdieu, J-C. Passeron: *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*. Warszawa 2006, s. 25.

⁵⁷ Potwierdziły to pionierskie działania Marii Montesorii we Włoszech czy realizowany w Stanach Zjednoczonych jeden z najpopularniejszych programów kompensacyjnych Head Start. Zob. S. Guz: *Edukacja przedszkolna w okresie przemian*. Warszawa 1996, s. 11.

⁵⁸ B. Wilgocka-Okoń: *Gotowość szkolna dzieci sześciolatków*. Warszawa 2003, s. 20.

⁵⁹ A. Kłóskowska: *Z historii socjologii kultury*. Warszawa 1969, s. 407.

⁶⁰ E. Nowicka: *Świat człowieka – świat kultury*. Warszawa 2006, s. 79.

odbierania i interpretowania symbolicznych przekazów w procesie interakcji społecznej”⁶¹. Należy tu uwzględnić, że przekaz kulturowy dokonuje się poprzez opanowywanie ról społecznych w procesie komunikowania się. Dla jego przebiegu ogromnie istotne znaczenie ma pierwotna socjalizacja – pierwotny kontakt z kulturą, jako szczególnie ważny i pozostawiający trwałe skutki⁶². Pełne uczestnictwo w kulturze – swoista demokratyzacja kultury nie jest możliwa bez wyrównywania różnic kulturowych. Oznacza to, że należy stworzyć takie warunki rozwoju dla każdego człowieka, w których mógłby on w pełni rozwijać swoje zdolności, zainteresowania, tak twórcze, jak i odbiorcze. Służy temu powszechność kształcenia, zagwarantowanie opieki przedszkolnej, dostępność prężnie działających instytucji kultury, ale niezbędna do tego procesu jest niezakłócona komunikacja językowa jednostek. Procesy transmisji kultury dokonywać się wówczas mogą na wielu płaszczyznach – w rodzinie, grupie rówieśniczej, przedszkolu, szkole i pracy.

Badacze zajmujący się zagadnieniami komunikacji interpersonalnej zwracają uwagę, że istnieje bezpośredni związek pomiędzy jakością życia a jakością komunikacji⁶³. Wyniki badań medycznych nad zjawiskiem komunikacji dowodzą, że jakość kontaktów międzyludzkich ma istotny wpływ na zdrowie. J. Stewart stwierdza wręcz: „(...) nasza fizjologiczna jakość życia zależy więc od czegoś więcej niż obfitość pożywienia, ciepłe ubranie, mieszkanie, wykształcenie i nowoczesne udogodnienia. Jakość egzystencji jest bezpośrednio związana z jakością komunikacji”⁶⁴. Dlatego zasadne wydaje się, że zjawisko komunikacji językowej jest przedmiotem badań i analiz przedstawicieli tak wielu dyscyplin naukowych.

3. Związki logopedii z pedagogiką społeczną

W środowisku logopedycznym od lat trwa spór o przynależność logopedii do określonej kategorii nauk. Interdyscyplinarność logopedii sprawia, że według jednych klasyfikacji jest ona traktowana jako dział pedagogiki, według innych jako samodzielna dyscyplina wiedzy ściśle związana z naukami psychopedagogicznymi⁶⁵. Bardzo często

⁶¹ A. Kłoskowska: *Społeczne ramy kultury*. Warszawa 1972, s. 129.

⁶² Zob. P. Bourdieu, J-C. Passeron: *op. cit.*, s. 29.

⁶³ Na gruncie logopedii problem ten opisywał m.in. Z. Tarkowski. Zob. Z. Tarkowski: *Jąkanie jako zaburzenie komunikacji interpersonalnej*. W: *Zaburzenia procesu komunikatywnego*. Red. A. Obrębski, Z. Tarkowski. Lublin 2003, s. 151-171.

⁶⁴ J. Stewart: *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*. Warszawa 2007, s. 27-29.

⁶⁵ Zob. A. Stankowski: *Elementy terapii pedagogicznej...*, s. 65.

wskazywane są powiązania logopedii z naukami pedagogicznymi⁶⁶, najczęściej z pedagogiką specjalną⁶⁷. Zawód logopedy postrzegany jest w aspekcie humanistycznym i społecznym. W pracy logopedy ważny jest człowiek jako osobowość i jako jednostka społeczna. Takie ujęcie logopedii pozwala na wskazanie wspólnych obszarów zainteresowań dla tej dyscypliny i dla pedagogiki społecznej.

Istotą logopedii jest rozpatrywanie zaburzeń mowy w aspekcie społecznego funkcjonowania jednostki, ponieważ sam akt komunikacji jest zjawiskiem społecznym. Działania logopedy nie są wyłącznie pracą terapeutyczną zorientowaną na osobę, ale również na jej środowisko. Dyscypliny pedagogiczne, zwłaszcza pedagogika specjalna i pedagogika społeczna, „(...) wspólnie podkreślają, że zachowanie każdego człowieka zależy od cech osobowości, właściwości i stanu środowiska, ale także rozpatrywanej szerzej jego osobistej sytuacji jako układu wzajemnych stosunków, interakcji z innymi elementami tego środowiska, które należy rozumieć jako ważne, bo już zdobyte, terażniejsze lub dopiero przyszłe życiowe doświadczenia”⁶⁸.

Pedagogika społeczna jako subdyscyplina pedagogiki, określana mianem pedagogiki środowiskowej⁶⁹, „[skupia się na] inspirowaniu i analizowaniu procesu wychowawczego w toku prac środowiskowych”⁷⁰. Nadaje procesowi wychowawczemu charakter czynności organizacyjnych, aktywizujących i ulepszających. Koncentruje się na zagadnieniach związanych z przeobrażaniem środowisk i instytucji w celu optymalizacji procesu wychowawczego⁷¹. Przedmiotem tej dyscypliny było i jest obecnie oddziaływanie środowiska jako zespołu warunków, w których egzystuje jednostka, i tkwiących w nim sił społecznych. W takim ujęciu pedagogika społeczna zajmuje się teorią środowiskowych uwarunkowań

⁶⁶ Takie podejście uzasadnia fakt, że logopedia, realizując swoje zadania, wykorzystuje między innymi metody pedagogiczne, a praca logopedy jest silnie zdeterminowana czynnikami środowiskowymi. Zob. np.: J. Surowaniec: *Przedmiot logopedii*. „Logopedia” 1994, nr 21, s. 56; I. Styczek: *Zarys logopedii*. Warszawa 1970, s. 8.

⁶⁷ Zob. A. Stankowski, J. Brzozowska: *Terapia logopedyczna w procesie rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo*. „Chowanna” 2004, t. 2 (21), s. 44-54; A. Stanowski, S. Vasek: *Zarys pedagogiki specjalnej*. Katowice 2006, s. 157.

⁶⁸ W. Dykik: *Rozwój pedagogiki specjalnej jako nurtu pedagogiki społecznego zaangażowania*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem*. T. I. Red. E. Górnikiewicz-Zwolak, A. Radziewicz-Winnicki. Katowice 1999, s. 283.

⁶⁹ Pedagogika społeczna uznawana jest za dział pedagogiki oraz dyscyplinę naukową zajmującą się środowiskowymi uwarunkowaniami procesów wychowawczo-opiekuńczych i rozwoju człowieka w różnych fazach życia. Do podstawowych środowisk wychowawczych, a tym samym do zakresu badań pedagogiki społecznej zalicza się: rodzinę, środowisko lokalne, grupy rówieśnicze, organizacje społeczne i kulturalne oraz zakład pracy. Twórcami nowoczesnej pedagogiki społecznej w Polsce byli m.in.: H. Radlińska, R. Wroczyński, A. Kamiński. Zob. *Pedagogika*, s. 159.

⁷⁰ A. Kamiński: *Studia i szkice pedagogiczne*. Warszawa 1978, s. 17.

⁷¹ Zob. E. Syrek: *Wychowanie jako przedmiot analiz pedagogiki społecznej i socjologii wychowania*. Katowice 1987, s. 16.

edukacyjnych i rozwojowych człowieka, a także teorią i praktyką kształtowania środowiska z intencją tworzenia optymalnych warunków rozwojowych jednostki⁷².

Z pedagogicznego punktu widzenia interakcja społeczna, wychowanie i poradnictwo/doradztwo oraz typowe dla nich potencjalne konflikty nabierają szczególnego znaczenia⁷³. Sprecyzowane powyżej cele oddziaływań pedagogiki społecznej wydają się być zbieżne z założonymi celami działań terapeutycznych prowadzonych przez logopedów. Większości problemów logopedycznych nie sposób analizować w oderwaniu od środowiska⁷⁴. Środowisko rodzinne ma szczególne znaczenie dla wystąpienia bądź też braku rozwojowych zaburzeń mowy, takich jak na przykład dyslalia rozwojowa czy jąkanie wczesnodziecięce. Rozpatrując zagadnienia rozwoju mowy i zakłóceń tego procesu, należy mieć na uwadze fakt, że mowa jest wytworem głęboko zaprogramowanych genetycznie potrzeb biologicznych i oddziaływań czynników środowiskowych⁷⁵. Pedagogika społeczna ujmuje wychowanie jako funkcję wpływów środowiskowych w toku życia jednostki, a pedagodzy społeczni postulują integrację oddziaływań wychowawczych rodziny z podstawowymi elementami systemu wychowawczego. Poprzez swoje badania pedagogika społeczna spełnia doniosłą rolę – koncentruje się na warunkach umożliwiających optymalną realizację funkcji wychowawczej w rodzinie jako naturalnym środowisku wychowawczym. Rodzina jest zatem obiektem zainteresowania obu tych dyscyplin naukowych.

Pedagogika społeczna zajmuje się środowiskiem wychowania z intencją budowania warunków nieskrępowanego rozwoju i twórczości jednostki. Swoistym przejawem związku logopedii i pedagogiki społecznej jest zakorzenienie na ich gruncie takich pojęć jak: profilaktyka, opieka, pomoc, wspomaganie czy kompensacja⁷⁶. Pojęcia te są powszechnie używane na gruncie logopedii, a jednocześnie są podstawami pracy socjalnej na gruncie pedagogiki społecznej.

Pojęcie *profilaktyka* jest obecne w różnych dyscyplinach naukowych, między innymi w medycynie, prawie, psychologii, socjologii, także w pedagogice. Profilaktyka w rozumieniu pedagogiki społecznej to „(...) działalność związana z neutralizowaniem wpływu czynników

⁷² Zob. A. Przeclawska, W. Theiss: *Pedagogika społeczna: nowe zadania i szanse*. W: *Pedagogika społeczna – kręgi poszukiwań*, s. 9-28.

⁷³ Zob. H. Retter: *op. cit.*, s. 17.

⁷⁴ Zob. T. J. Jasiński: *Dziecko nie mówi... Badanie przymierza rodzinnego w triadzie: matka, ojciec, dziecko*. Warszawa 2004, s. 153.

⁷⁵ Zob. B. Sawa: *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Warszawa 1990, s. 32.

⁷⁶ Zob. np. M. Winiarski: *O humanistyczny wymiar pedagogiki społecznej – od opieki do wsparcia społecznego*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem*. T. 1, s. 102; E. Wysocka: *Wybrane problemy opieki i pomocy*. W: *Pedagogika społeczna jako dyscyplina akademicka*. Red. E. Marynowicz-Hetka, J. Piekarski, E. Cyrańska. Łódź 1998, s. 469-480.

powodujących potencjalne zagrożenie dla rozwoju biologicznego, społecznego i kulturalnego, polegająca na ujawnianiu zarówno sytuacji, uwarunkowań negatywnych, zaburzających rozwój, jak i tych elementów środowiska oraz ich zespołów, które obecnie jeszcze nie wywołują zagrożenia, ale mogą w przyszłości zaburzyć pomyślny przebieg rozwoju jednostki lub środowiska życia”⁷⁷. W logopedii nowoczesna profilaktyka logopedyczna ujmowana jest szeroko jako system działań zapobiegających nieprawidłowościom mowy w toku komunikacji językowej i jako taka powinna być systemem kompleksowym, obejmującym problematykę z pogranicza innych nauk⁷⁸. Profilaktyka logopedyczna, tak jak sama logopedia, jest interdyscyplinarna. Zapobieganie występowaniu zaburzeń komunikacji językowej powinno dokonywać się zarówno w skali mikro – w odniesieniu do jednostki, jak i w skali makro – w stosunku do całej populacji⁷⁹. Takie ujmowanie zagadnień prewencyjnych w logopedii skłania do sięgnięcia do dorobku profilaktyki społecznej, która uznawana już obecnie za odrębną i autonomiczną dyscyplinę podejmuje się programowania działań zapobiegających występowaniu niekorzystnych społecznie zjawisk⁸⁰. Wydaje się, że doświadczenia pedagogiki społecznej – wykorzystanie pracy socjalnej w działaniach profilaktycznych – mogą być zastosowane w logopedii.

Opiekę „[definiuje się jako] pomoc indywidualną (okresową lub stałą), opartą na dogłębnej diagnozie potrzeb w celu przezwyciężenia określonych trudności jednostek, które nie potrafią rozwiązać swoich problemów, a której istotą jest odpowiedzialność za losy

⁷⁷ R. Czernichowska: *Profilaktyka, kompensacja, ratownictwo, opieka, pomoc – analiza pojęć i wzajemnych powiązań między nimi*. W: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. T. 1. Red. E. Marynowicz-Hetka. Warszawa 2006, s. 113.

⁷⁸ Zob. K. Błachnio: *System nowoczesnej profilaktyki logopedycznej*. „Logopedia” 1995, nr 22, s. 21-31.

⁷⁹ A. Płusajska-Otto postuluje ujmowanie profilaktyki logopedycznej w odniesieniu do życia płodowego, indywidualnego rozwoju dziecka oraz dobrostanu osób dorosłych. Profilaktyka logopedyczna w aspekcie prenatalnym to uwzględnienie jako znaczącego okresu życia płodowego dziecka. Konieczne jest propagowanie wśród matek wiedzy dotyczącej stworzenia optymalnych warunków wewnątrzmacicznych i ogólnoustrojowych dla prawidłowego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego płodu i całego układu obwodowego biorącego udział w mowie. Szerzenie wiedzy dotyczącej tego okresu rozwojowego życia dziecka wydaje nam się często czymś oderwanym od zakresu działań logopedycznych, a przecież już w trzecim miesiącu życia płodowego wykształcają się narządy mowy. Ważne, aby kobieta ciężarna była tego świadoma. Profilaktyka logopedyczna może też być rozpatrywana w aspekcie indywidualnego rozwoju dziecka. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na fakt, że każde dziecko charakteryzuje się indywidualnym tempem i rytmem rozwojowym. Nad ich prawidłowym przebiegiem czuwają specjaliści wielu dziedzin nauki, tj. lekarze, a także psychologowie, pedagodzy i logopedzi. Profilaktyka logopedyczna ujmowana jest również w aspekcie pozytywnego modelu życia osób dorosłych. Zob. A. Płusajska-Otto: *Potrzeby zawodowe logopedów a rodzaj placówki edukacyjnej, w której są zatrudnieni*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. nadzw. dr hab. I. Chrzanowskiej. Uniwersytet Łódzki. Łódź 2008, s. 63-64.

⁸⁰ Zob. np.: R. Czernichowska: *op. cit.*, s. 113; W. Rzeźniczek: *Miejsce i znaczenie pracy socjalnej w profilaktyce społecznej*. W: *Problemy i tendencje we współczesnej pedagogice społecznej w Polsce*. Red. A. Radziejewicz-Winnicki. Katowice 1995, s. 131-149.

podopiecznego”⁸¹. W tym znaczeniu odnosić może się zarówno do działalności logopedy, jak i pedagoga społecznego.

Termin *kompensacja* w pedagogice społecznej jest rozumiany jako złożony proces uzupełniania, wyrównywania braków lub zastępowania (substytucji) deficytów rozwojowych, narządów i przystosowywania się na innej możliwej drodze. Kompensacja polega więc na wyrównywaniu defektów organicznych bądź też zjawisk, na rozwijaniu mocnych stron osobowości jednostki lub jej środowiska. Powodzenie tego procesu uzależnione jest od wielu czynników⁸². Takie ujmowanie zagadnień kompensacji jest zbieżne z interpretacją tego pojęcia w ujęciu logopedycznym. W terapii logopedycznej kompensacja to zastępowanie uszkodzonych narządów mowy innymi, zachowanymi anatomicznie i funkcjonalnie, a w zakresie funkcji psychicznych – wykorzystanie istniejących struktur lub tworzenie nowych systemów funkcjonalnych⁸³. Terapeutyczna działalność logopedy ma walor kompensacyjny⁸⁴. Można zatem przyjąć, że o ile logopeda, uruchamiając procesy kompensacyjne, pomaga przede wszystkim konkretnemu pacjentowi, o tyle pedagog społeczny stawia sobie za cel wyrównywanie braków środowiskowych, zaburzających rozwój jednostki. Wspomaganie i stymulowanie rozwoju należy wszakże do podstawowych zadań logopedów. Wcześniej podejmowana terapia logopedyczna zwiększa potencjał rozwojowy dziecka. W praktyce logopedycznej często wspomaganie pełni rolę wzmocnienia tego, co już występuje i co jest uznawane za korzystne, a także stwarza szanse na poszukiwanie nowych możliwości rozwoju dziecka. Wspieranie natomiast polega na tworzeniu odpowiednich warunków dla rozwoju określonych właściwości⁸⁵.

Związki logopedii i pedagogiki społecznej dostrzec można również w żywym zainteresowaniu obu tych dyscyplin problemami zdrowia. Rozwój logopedii wiąże się ściśle z rozwojem nauk medycznych; w początkowym okresie dyscyplina ta traktowana była jako gałąź medycyny (logopatologia)⁸⁶. Współczesna logopedia, jako dyscyplina wiedzy, pozostaje w ścisłej korelacji z medycyną. Specyfika nowoczesnej interwencji logopedycznej

⁸¹ E. Wysocka: *op. cit.*, s. 474.

⁸² Do czynników warunkujących powodzenie procesu kompensacji należą m.in.: wiek, ogólny stan zdrowia, rozległość uszkodzenia, przyczyny. Jednak główne rezultaty kompensacji wynikają z zastosowania właściwych metod działania, systematycznego usprawniania i jakości mechanizmów wyrównawczych. Zob. W. Dykciak: *Kompensacja. W: Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Red. D. Lalak, T. Pilch. Warszawa 1999, s. 114-115; E. Syrek: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice 2000, s. 9.

⁸³ Zob. E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków 2000, s. 87.

⁸⁴ Zob. D. Dramska: *Humanistyczne i społeczne aspekty wykonywania zawodu logopedy*. „Wychowanie na co dzień” 2004, nr 7-8, s. 26-27.

⁸⁵ Zob. M. Skórczyńska: *Programy wczesnej interwencji. W: Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Kompleksy diagnostyczne i terapeutyczne*. Red. B. Cytowska, B. Winczura. Kraków 2006, s. 115.

⁸⁶ Zob. B. Ročlawski: *Logopedia wczoraj, dziś i jutro. W: Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Wrocław 2005, s. 344-348.

(profilaktyki, diagnostyki i terapii) wymaga, o czym pisałam już wcześniej, zintegrowanej wiedzy z wielu dyscyplin naukowych, w tym z co najmniej kilku specjalności medycznych. O potrzebie ścisłej współpracy logopedów ze środowiskiem służby zdrowia świadczą liczne wypowiedzi zarówno praktyków (terapeutów mowy i lekarzy), jak i teoretyków⁸⁷.

Nestorka pedagogiki społecznej – H. Radlińska poruszała zagadnienia „wychowania dla spraw zdrowia”⁸⁸. Wychowanie zdrowotne traktowała jako element kultury zdrowotnej, nadając szczególne znaczenie kształtowaniu czynnej postawy pacjentów, podmiotowemu ich traktowaniu i akcentując jednocześnie zagadnienia profilaktyki zdrowotnej⁸⁹. Od lat na gruncie pedagogiki społecznej rośnie zainteresowanie zagadnieniami zdrowia, wychowania zdrowotnego, promocji zdrowia, gdzie zdrowie nie jest traktowane jako brak choroby, ale szerzej – jako dobrostan społeczny, psychiczny i biologiczny. Promocja zdrowia rozpatrywana jest w tym aspekcie jako społeczne działanie, którego celem jest doprowadzenie w skali masowej do przekształceń indywidualnych stylów życia, by umacniały potencjał zdrowotny społeczeństwa. Rozumiana w ten sposób promocja zdrowia umożliwia jednostkom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem, również poprawę jego stanu. Obejmuje ona edukację do zdrowia i działania ukierunkowane na zmiany w środowisku fizycznym, społecznym, również poprzez tworzenie w społecznościach systemu wsparcia. Takie ujęcie promocji zdrowia wykracza poza ramy systemu opieki zdrowotnej i obejmuje różnorodne działania jednostek, grup, społeczności lokalnych, a także całego społeczeństwa. Kluczowym narzędziem promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna pojmowana jako działalność społeczna, która ma za zadanie zmianę stanu zdrowia i postaw w zakresie zdrowia, a w konsekwencji modyfikowanie indywidualnych, grupowych, a nawet środowiskowych stylów życia⁹⁰. Podobnie postępowanie logopedyczne w stanach zaburzeń mowy nie ogranicza się wyłącznie do opisu izolowanego defektu językowego, ale uwzględnia pogłębioną analizę syndromów i kompleksowe podejście diagnostyczno-terapeutyczne,

⁸⁷ Zob. np.: G. Demel: O potrzebie współpracy logopedii z ortodontją. „Logopedia” 1975, nr 12, s. 79-81; M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko: *Standard postępowania foniatryczno-logopedycznego w wadzie rozszczepowej twarzy*. W: *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia*. Red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko. Warszawa 2005, s. 16-20; U. Z. Parol: *Logopedia to nie tylko patologia mowy*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*, s. 83; K. Węsierska: *Współpraca logopedów i pediatrów determinantą skutecznej opieki logopedycznej*. „Forum Logopedyczne” 2007, nr 13, s. 28-30; A. Żebryk-Stopa: *Neurologopedia – specjalizacja w dziedzinie mającej zastosowanie w służbie zdrowia*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2007, nr 12, s. 32-34.

⁸⁸ Cyt. za E. Syrek: *Zdrowie w aspekcie...*, s. 7.

⁸⁹ Cyt. za E. Syrek: *Aktualność klasycznych idei pedagogiki społecznej w kontekście problematyki zdrowia*. „Auxilium Sociale” 2000, nr 1 (13), s. 31-42.

⁹⁰ Zob. E. Syrek: *Zdrowie jako problem społeczny*. W: *Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej*, s. 336-342.

w powiązaniu z szerokim zakresem działań o charakterze profilaktycznym⁹¹. Jak już sygnalizowałam, zainteresowanie zagadnieniami związanymi z profilaktyką wydaje się być ważnym punktem styczonym logopedii z pedagogiką społeczną. Obie te dyscypliny – nauki stosowane skoncentrowane są na działalności profilaktycznej, diagnostycznej i kompensacyjnej⁹².

B. L. Kaczmarek zwraca uwagę, że „(...) mowa jest czynnością o charakterze społecznym, wymaga udziału przynajmniej dwóch osób: nadawcy i odbiorcy”⁹³. Odwołując się do teorii B. Bernsteina, można przyjąć, że prymarnym założeniem, zarówno dla pedagogów społecznych, jak i logopedów, powinien być fakt, iż człowiek mówi, a zatem złożone związki mowy z kulturą i procesem komunikacji znajdują się w sferze ich oddziaływań. Zarówno pedagogika społeczna, jak i logopedia to nauki praktyczne (prakseologiczne), są one teoriami skutecznego działania. W teorii F. Znanieckiego działanie społeczne (czynność społeczna) jest podstawowym składnikiem życia społecznego, najmniej skomplikowanym z czterech układów społecznych – obok stosunków społecznych osobowości i grupy⁹⁴. Rozpatrując społeczne działanie w obszarze edukacji i pracy socjalnej jako „dynamiczny system doświadczeń i wartości kształtowany przez działającego”⁹⁵, odnieść można je do niemal każdej interwencji logopedycznej. Wydaje się, że jest to kolejny czynnik łączący te dwie dyscypliny naukowe – zainteresowanie zagadnieniami przekształcania i transformacji pewnej rzeczywistości w odniesieniu do grupy czy jednostki. Zagadnienia działań podejmowanych przez logopedów będą przedmiotem analiz w kolejnej części tej pracy.

⁹¹ Zob. K. Błachnio: *Logopedia holistyczna – wyzwaniem XXI wieku*. „Logopedia” 1999, nr 26, s. 26.

⁹² Zob. np.: L. Kaczmarek: *O polskiej logopedii*, s. 5-25; I. Lepalczyk: *Geneza i rozwój pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, s. 22.

⁹³ B. L. Kaczmarek: *Misterne gry...*, s. 35.

⁹⁴ Zob. Z. Bauman: *Działanie społeczne*. W: *Encyklopedia socjologii*, s. 161.

⁹⁵ *Pedagogika społeczna*. T. 1. Red. E. Marynowicz-Hetka. Warszawa 2006, s. 97-98.

II. DZIAŁANIA LOGOPEDÓW W ŚRODOWISKU ŻYCIA DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

1. Logopeda i zakres jego działań

Instytucjonalizacja zawodu logopedy w Polsce (początkowo logoterapeuty) wiązała się ze znacznym społecznym zapotrzebowaniem na działania w zakresie diagnozy i terapii zaburzeń mowy. Przez ponad dwadzieścia lat od otwarcia pierwszego studium kształcącego terapeutów mowy absolwenci podyplomowych studiów logopedycznych wykonywali zawód, który nie istniał w rejestrze Klasyfikacji Zawodów i Specjalności¹. Dopiero w roku 1991 utworzono tzw. komisję mieszaną, w skład której weszli przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, którzy zostali upoważnieni do reprezentowania swojego środowiska w rozmowach w Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej. W tym samym roku do ministerstwa skierowano projekt statusu zawodowego logopedy, gdzie *logopedię* zdefiniowano jako naukę o zaburzeniach mowy, *logopedę* natomiast jako specjalistę w zakresie diagnozy i terapii zaburzeń mowy. Zaproponowano, by w spisie zawodów znalazły się trzy specjalności zawodu logopedy: logopeda ogólny, surdologopeda, neurologopeda².

W literaturze przedmiotu terminem *logopeda* (ang. *speech therapist* lub *speech – language pathologist*)³ określa się specjalistę w zakresie diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji, a szczególnie w zakresie diagnozy, profilaktyki i terapii zaburzeń artykulacyjnych i fonacyjnych spowodowanych dysfunkcją lub uszkodzeniami obwodowych narządów mowy. Jako miejsce pracy logopedy ogólnego wskazuje się poradnie psychologiczno-pedagogiczne bądź inne placówki resortu oświaty: szkoły lub przedszkola (rzadziej placówki resortu zdrowia bądź kultury). *Surdologopeda* natomiast to specjalista w zakresie diagnozy i terapii osób z uszkodzeniem słuchu (niesłyszących, niedosłyszących lub głucho-ciemnych). Miejscem pracy surdologopedów są najczęściej przedszkola, szkoły, ośrodki dla osób z zaburzeniami słuchu, a także poradnie rehabilitacyjne Polskiego Związku

¹ Proces tworzenia się zawodu logopedy w Polsce szczegółowo opisała D. Dramska. Zob. D. Dramska: *Proces instytucjonalizacji zawodu logopedy w Polsce. Zarys Problemu*. Katowice 2001, s. 50-53; D. Dramska: *Profesjonalna tożsamość logopedów w Polsce w świetle przeprowadzonych badań*. Katowice 2001, s. 11-17.

² Cyt. za E. Smółka: *XI Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Logopedycznego i Walne Zebranie Członków*. „Logopedia” 1994, nr 21, s. 105-107.

³ Zob. R. Lubinski, L. A. Golper: *Professional Issues: From Roots to Reality*. W: *Professional Issues in Speech-Language Pathology and Audiology*. Red. R. Lubinski, L. A. Golper, C. M. Frattali. Clifton Park 2007, s. 7-9.

Głuchych, kliniki i oddziały otolaryngologiczne oraz poradnie psychologiczno-pedagogiczne. *Neurologopeda* z kolei to specjalista diagnozy i terapii logopedycznej osób z afazją, alalią, dysartrią oraz diagnozy i terapii osób z porażeniem mózgowym. Neurologopedzi zatrudniani są najczęściej w placówkach służby zdrowia (na oddziałach neurochirurgii, w poradniach przyklinicznych, w ośrodkach rehabilitacyjnych, w poradniach foniatrycznych, laryngologicznych, logopedycznych, a także w przedszkolach i szkołach specjalnych)⁴.

Podobnie jak nie wygasły spory na temat miejsca logopedii wśród innych dyscyplin naukowych⁵, również zawód logopedy i zakres jego kompetencji wciąż nie jest jednoznacznie traktowany⁶. W warunkach polskich logopedzi to stosunkowo dobrze wykształceni specjaliści⁷, którzy ukończyli studia magisterskie (pedagogiczne, psychologiczne, językoznawcze, medyczne lub socjologiczne), a następnie doskonalili swoje umiejętności na studiach podyplomowych z zakresu logopedii, a w przypadku neurologopedii czy surdologopedii kontynuowali doskonalenie zawodowe na kolejnych studiach podyplomowych. Przygotowanie do wykonywania tego zawodu wymaga opanowania wiedzy z różnych dyscyplin naukowych: pedagogiki, psychologii, medycyny i językoznawstwa. Profesja logopedy, postrzegana jako specjalizacja paramedyczna, uznawana jest za atrakcyjną. Zwłaszcza w środowisku oświatowym zawód ten cieszył się zawsze znacznym prestiżem. W ostatnim okresie obserwować można pewną degradację pozycji logopedów⁸. Wiąże się to prawdopodobnie z dokonującym się w ostatnich latach podziałem środowiska logopedycznego na logopedów (kojarzonych z oświatą) i neurologopedów (umiejscawianych w systemie służby zdrowia). Przyczyniło się do tego Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy w sprawie klasyfikacji zawodów na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania⁹, którym wprowadzono nowy podział tej profesji: logopeda (kod zawodu: 223904) i nauczyciel logopeda (kod zawodu: 235903)¹⁰. W myśl tej regulacji

⁴ Zob. E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków 2000, s. 94.

⁵ To zagadnienie zostało omówione szerzej w rozdziale I.

⁶ Nadal dość popularne jest traktowanie logopedów jako specjalistów zajmujących się wyłącznie usuwaniem wad wymowy (problemy artykulacji) lub też jako przedstawicieli zawodu medycznego. Por. *Encyklopedia popularna*. Warszawa 1982, s. 418; pl.wikipedia.org/wiki/Logopeda [dostęp 1 lipca 2008 r.].

⁷ W niektórych krajach, np. w Hiszpanii, w Niemczech najwyższym poziomem wykształcenia logopedy jest uzyskanie tytułu zawodowego licencjata. Zob. np. G. Jastrzębowska: *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 1. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Opole 2003, s. 305-307.

⁸ Por. D. Dramska: *Profesjonalna tożsamość logopedów...*, s. 96-100; B. Rocławski: *Logopedia wczoraj, dziś i jutro*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Wrocław 2005, s. 344-348; Z. Tarkowski: *Wizerunek zawodowy i społeczny logopedy*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*, s. 395-405.

⁹ Rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 roku w sprawie klasyfikacji zawodów na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania (DzU 2004, Nr 265, poz. 2644 z późn. zm.).

¹⁰ Zob. np. Klasyfikacja zawodów i specjalności zamieszczona w serwisie informacyjnym urzędów pracy, www.praca.gov.pl/ [dostęp 6 stycznia 2008 r.]; B. Rocławski: *op. cit.*, s. 347.

prawnej logopeda znajduje się w grupie specjalistów ochrony zdrowia, a nauczyciel logopeda w grupie specjalistów szkolnictwa i wychowawców. Pewne animozje w środowisku logopedycznym wywołuje również zróżnicowanie w zakresie wymiaru zatrudnienia. Logopedzi zatrudnieni w placówkach służby zdrowia pracują w większym wymiarze niż logopedzi oświatowi. Często logopedzi zatrudnieni w resorcie zdrowia obligowani są do uzupełniania kwalifikacji o podyplomowe studia z zakresu neurologopedii¹¹. Logopedzi zatrudniani w resorcie oświaty muszą natomiast posiadać przygotowanie pedagogiczne¹². Nie jest to wymagane w środowisku służby zdrowia, które nie podlega też typowym dla oświaty zasadom awansu zawodowego. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu do zadań nauczyciela logopedy zatrudnionego w resorcie oświaty należy:

- przeprowadzanie badań wstępnych, w celu ustalenia stanu mowy uczniów, w tym mowy głośnej i pisma,
- diagnozowanie logopedyczne oraz – odpowiednio do jego wyników – organizowanie pomocy logopedycznej,
- prowadzenie terapii logopedycznej indywidualnie i w grupach dla dzieci, u których stwierdzono nieprawidłowości w rozwoju mowy,
- organizowanie pomocy logopedycznej dla dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu, przy ścisłej współpracy z pedagogami i nauczycielami prowadzącymi zajęcia korekcyjno-kompensacyjne,
- organizowanie i prowadzenie różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów, rodziców i nauczycieli,
- podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powstawaniu zaburzeń komunikacji językowej, w tym współpraca z najbliższym środowiskiem ucznia,
- wspieranie działań wychowawczych i profilaktycznych nauczycieli, wynikających z programu wychowawczego szkoły i programu profilaktyki, o których mowa w odrębnych przepisach¹³.

¹¹ Zob. Z. Tarkowski: *op. cit.*, s. 395-405.

¹² Minister edukacji narodowej i sportu w rozporządzeniu z dnia 10 września 2002 roku określił kwalifikacje nauczyciela logopedy, zgodnie z którym stanowisko logopedy powierzone może być osobie, która ukończyła studia magisterskie lub podyplomowe w zakresie logopedii i posiada przygotowanie pedagogiczne. Zob. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 10 września 2002 roku w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu (DzU 2002, Nr 155, poz. 1288 z późn. zm.).

¹³ Zob. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DzU 2003, Nr 11, poz. 114 z późn. zm.).

Taki zakres zadań logopedów oświatowych, zatrudnionych przede wszystkim w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i przedszkolach, także szkołach specjalnych i integracyjnych (rzadziej logopedzi zatrudniani są w publicznych szkołach masowych), umożliwia podejmowanie działań w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym. Logopedzi resortu zdrowia swoje działania kierują raczej do węższych grup. Są to najczęściej dzieci dysfunkcyjne, ze stwierdzoną niepełnosprawnością lub wymagające interwencji specjalistycznej – neurologopedycznej.

Niniejsza praca stanowi próbę opisu i oceny efektywności działań logopedów w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym, stąd celowe wydaje się w tym miejscu wyjaśnienie kluczowych pojęć dotyczących analizowanego problemu.

Działania społeczne, inaczej określane też jako czynność społeczna, to celowa aktywność jednostek lub grup społecznych danej rzeczywistości społeczno-kulturowej, w mniejszym lub większym stopniu przez nią zdeterminowana¹⁴. *Działania logopedyczne*, określane też czasami jako *interwencja logopedyczna*, to najogólniej ujmując wszelkie czynności logopedy podejmowane w celu profilaktyki, diagnozy i terapii logopedycznej¹⁵.

Uniwersalną definicję pojęcia *środowisko* na gruncie pedagogiki sformułował R. Wroczyński, określając tym mianem „(...) składniki struktury otaczające osobnika, które działają jako zespół bodźców i wywołują określone reakcje psychiczne”¹⁶. Twórczyni pedagogiki społecznej – H. Radlińska dokonała natomiast rozróżnienia pojęć *środowisko* i *otoczenie*. Przy czym temu pierwszemu nadawała znaczenie względnej stałości czasowo-przestrzennej, a *otoczenie* zaś uznawała za strukturę zmienną krótkotrwałą¹⁷. W ujęciu Radlińskiej *środowisko* zatem „(...) to zespół warunków, wśród których bytuje jednostka i czynników kształtujących jej osobowość, oddziałujących stale lub przez dłuższy czas”¹⁸. Wydaje się, że odnosząc powyższe założenia do obszaru działań logopedów, za środowisko życia dziecka w wieku przedszkolnym należy uznawać przede wszystkim rodzinę – opiekunów wraz z najbliższym otoczeniem (krewni, znajomi i przyjaciele) oraz instytucję przedszkola, do której dziecko uczęszcza. Pamiętać należy jednocześnie, że to właśnie rodzina jest pierwszym i podstawowym dla dziecka środowiskiem wychowawczym, które „(...) w sposób zamierzony i niezamierzony, zrationalizowany i spontaniczny, oddziałuje na

¹⁴ Zob. *Słownik socjologiczny*. Red. K. Olechnicki, P. Zalecki. Toruń 1997, s. 50.

¹⁵ Zob. np.: K. Błachnio: *Zarys interdyscyplinarnych podstaw nowoczesnej interwencji logopedycznej na obszarach pedagogiki specjalnej*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*, s. 525-530; E. M. Skorek: *op. cit.*, s. 65.

¹⁶ R. Wroczyński: *Pedagogika społeczna*. Warszawa 1985, s. 78.

¹⁷ Cyt. za D. Lalak, T. Pilch: *Środowisko*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej*. Red. D. Lalak, T. Pilch. Warszawa 1999, s. 297- 299.

¹⁸ *Ibidem*, s. 297.

osobowość dziecka, wytycza i utrwała określony zestaw wartości, które w wyniku interioryzacji stają się jego «azymutami», ukierunkowującymi jego aktywność na całe życie»¹⁹. Rodzina jest dla dziecka tym środowiskiem, które ma największy wpływ na jego rozwój. Pierwsze sześć lat życia to okres intensywnego nabywania nowych umiejętności. Dziecko wykonuje milowe kroki w opanowywaniu sprawności językowej. Świadomi rodzice zdają sobie sprawę, jak istotny wpływ na rozwój ich potomstwa ma, oprócz czynników indywidualnych, optymalne funkcjonowanie społeczne dziecka. Przedszkole jest tym środowiskiem pozarodzinnym, które może dostarczyć dziecku bogactwa doznań i przeżyć językowych. Nie jest przesadą stwierdzenie, że „(...) przyszłość dziecka kształtuje się w przedszkolu”²⁰.

Obrady Światowego Forum UNESCO w Dakarze zakończyły się sformułowaniem sześciu celów, które powinny zostać zrealizowane do 2015 roku. Pierwszy z nich to edukacja przedszkolna – upowszechnienie, poprawa jakości, objęcie nią dzieci ze środowisk zaniedbanych, ubogich²¹. W wielu krajach przedszkola traktowane są jako pierwsze ogniwo systemu wychowawczego. Badania naukowe potwierdzają, że długość stażu dziecka w przedszkolu ma istotny wpływ na poziom jego kompetencji komunikacyjnych. Największy skokowy przyrost umiejętności odnotowywano po pierwszym roku pobytu dziecka w przedszkolu²².

2. Regulacje prawne dotyczące opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym

Opieka w powszechnym rozumieniu oznacza troszczenie się, dbanie o kogoś, pilnowanie, strzeżenie²³. Opieka logopedyczna „(...) obejmuje wszelkie działania profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne, instruktażowe oraz popularyzatorskie, zmierzające do zapobiegania, ograniczania czy usuwania zakłóceń i zaburzeń procesu porozumiewania się oraz do łagodzenia ich skutków i to zarówno w wymiarze jednostkowym

¹⁹ M. Winiarski: *Rodzina – ujęcie genetyczno-funkcjonalne*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej*, s. 241.

²⁰ D. Elsenbroich: *Co siedmiolatek wiedzieć powinien*. Warszawa 2003, s. 43.

²¹ Raport *Edukacja dla Wszystkich* przygotowany przez państwa członkowskie UNESCO na Światowe Forum „Edukacja dla Wszystkich” w Dakarze (Senegal 2000), na podstawie informacji zamieszczonych na stronie internetowej Polskiego Komitetu ds. UNESCO, www.unesco.pl [dostęp 2 czerwca 2007 r.].

²² Zob. L. Smółka: *Kompetencja komunikacyjna dzieci sześć-, siedmioletnich*. Kraków 2004, s. 127.

²³ Zob. *Mały słownik języka polskiego*. Red. E. Sobol. Warszawa 1999, s. 571.

(zaburzenia w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym, itp.), jak i społecznym (wysokie koszty zmierzające do likwidacji tego zjawiska itp.)”²⁴. Przytoczona definicja wyraźnie wskazuje, że działania logopedów, by mogły być określane mianem opieki, muszą charakteryzować się bardzo szerokim zakresem oddziaływań nie tylko terapeutycznych, ale i profilaktycznych, nakierowanych zarówno na jednostkę, jak i na jej środowisko. E. Słodownik-Rycaj ujmuje opiekę logopedyczną jako „(...) zespół działań podejmowanych wobec dzieci, młodzieży i osób dorosłych przez osoby lub instytucje odpowiednio do tego przygotowane w związku z istnieniem faktycznej lub potencjalnej sytuacji utrudniającej prawidłowy rozwój mowy i/lub powodującej zakłócenia komunikacji językowej”²⁵. Celem tak rozumianej opieki logopedycznej jest zapobieganie, ograniczanie i/lub usuwanie zakłóceń i zaburzeń mowy oraz ich skutków. Analizując pojęcie opieki logopedycznej, E. Słodownik-Rycaj zwraca uwagę na potrzebę uwzględnienia podstawowych elementów każdej inicjatywy o charakterze społecznym – podmiotu (osoby i instytucje powołane i odpowiednio przygotowane wdrażające określoną strategię), przedmiotu (odbiorca, najczęściej dziecko, ale i jego otoczenie) i treści (wszelkie wykorzystywane środki i czynności). Badaczka zwraca uwagę, że opieka logopedyczna może być rozpatrywana w różnych kontekstach²⁶. L. Kaczmarek przyjął kryterium wieku osoby poddawanej oddziaływaniom, wyróżniając opiekę logopedyczną: okresu prenatalnego, do ukończenia 3. roku życia, wieku przedszkolnego, wczesnoszkolnego²⁷.

Opieka logopedyczna w Polsce organizowana jest w ramach działania dwóch resortów: edukacji i zdrowia²⁸. W systemie edukacji wyraźnie zaznacza się już od lat 70. przesuwanie głównego ciężaru oddziaływań logopedycznych z okresu szkolnego na przedszkolny²⁹. Zmiana podejścia była możliwa dzięki upowszechnianiu wyników badań z zakresu psycholingwistyki i socjolingwistyki, które uświadomiły decydujące znaczenie dla optymalnego rozwoju jednostki okresu wczesnego dzieciństwa, także skuteczność wczesnej interwencji oraz rolę profilaktyki. Wobec dziecka w wieku przedszkolnym i wobec jego

²⁴ G. Jastrzębowska: *op. cit.*, s. 301.

²⁵ E. Słodownik-Rycaj: *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*. Warszawa 2007, s. 140.

²⁶ Opieka logopedyczna sprawowana w warunkach normy będzie koncentrowała się przede wszystkim na działaniach profilaktycznych, stymulujących i diagnostycznych (badania przesiewowe) i będzie dotyczyła osób w wieku rozwojowym – głównie dzieci. Inaczej przebiegać będzie organizacja opieki skierowanej do osób z zaburzeniami komunikacji językowej lub z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy. Zob. E. Słodownik-Rycaj: *op. cit.*, s. 140-143.

²⁷ L. Kaczmarek: *Model opieki logopedycznej w Polsce*. Gdańsk 1991, s. 5-20.

²⁸ Zob. E. M. Minczakiewicz: *Początki i rozwój polskiej logopedii*. Kraków 1998, s. 102.

²⁹ Zob. G. Demel: *Przedszkole – podstawowe ogniwo opieki logopedycznej*. „Logopedia” 1978, nr 13, s. 58; I. Łyzyczka: *Korekcja wad wymowy dzieci w grupach logopedycznych w przedszkolu*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1975, t. 4, s. 82-83.

środowiska to przede wszystkim logopedzi oświatowi zatrudnieni w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i przedszkolach podejmują działania o charakterze profilaktycznym i terapeutycznym. Logopedzi pracujący w strukturach służby zdrowia najczęściej zajmują się terapią specjalistyczną.

W tym miejscu istotne wydaje się sprecyzowanie pojęcia *wiek przedszkolny*. Aby temu sprostać, konieczne jest zasygnalizowanie przynajmniej niektórych aspektów funkcjonowania edukacji przedszkolnej w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi. W myśl obowiązujących regulacji prawnych edukacja przedszkolna w Polsce nie jest obowiązkowa. Wychowanie przedszkolne jest jedynie propozycją dla rodziców dzieci od 3 do 6 lat³⁰. W szczególnie uzasadnionych przypadkach do przedszkola może uczęszczać dziecko, które ukończyło 2,5 roku³¹. O ile bowiem konstytucja określa pułap wieku, do osiągnięcia którego edukacja jest obowiązkowa, to nie wypowiada się na temat początku tego obowiązku³². Dziecko 6-letnie jest zobowiązane odbyć roczne przygotowanie do szkoły w przedszkolu lub oddziale przedszkolnym zorganizowanym w szkole podstawowej³³. Sześcioletek może rozpocząć naukę w szkole, ale konieczna jest zgoda dyrektora szkoły, który w celu podjęcia decyzji zasięga opinii rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej. W tym samym trybie może nastąpić odroczenie od spełniania obowiązku szkolnego.

W Europie Zachodniej powszechne jest wczesne obejmowanie dzieci edukacją na poziomie przedszkolnym. Jest to zgodne z założeniem, że wyrównywanie szans zaczyna się w przedszkolu. Podejście to ostatnio zdobywa zwolenników także w Polsce³⁴. W krajach Unii Europejskiej różnorodne instytucje opiekuńcze oraz ośrodki zabaw zajmują się dziećmi nawet dwuletnimi. Dzieci starsze, począwszy od 4. roku życia, przyjmowane są do placówek o charakterze edukacyjnym, będących zazwyczaj częścią systemu szkolnego. W placówkach tych dziećmi zajmuje się wykwalifikowany personel, a cele kształcenia przedszkolnego są

³⁰ W wypadku dzieci posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wychowaniem przedszkolnym może być objęte dziecko starsze niż sześćoletnie, nie dłużej jednak niż do końca roku szkolnego w tym roku kalendarzowym, w którym kończy ono 10 lat. Zob. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 listopada 2004 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie oświaty (DzU 2004, Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.).

³¹ Zob. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 marca 2004 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola i publicznych szkół (DzU 2004, Nr 66, poz. 605 i 606 z późn. zm.).

³² Zob. Art. 70 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (DzU 1997, Nr 78, poz. 483).

³³ Zob. Ustawa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2003 roku o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz zmianie niektórych innych ustaw (DzU 2003, Nr 137, poz. 1304 z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 20 lutego 2004 roku w sprawie warunków i trybu przyjmowania uczniów do szkół publicznych oraz przechodzenia z jednych typów szkół do innych (DzU 2004, Nr 26, poz. 232 z późn. zm.).

³⁴ Zob. J. Kostynowicz, Z. Kuklińska: *Małe dziecko w reformie oświaty*. W: *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Red. M. Zahorska. Warszawa 2003, s. 54-55.

systematycznie ujednociane we wszystkich krajach wspólnoty europejskiej³⁵. Obejmują one: rozwój, samodzielność, odpowiedzialność, dobre samopoczucie, wiarę w siebie, postawy obywatelskie, przygotowanie do życia szkolnego. Innymi słowy, na tym etapie edukacji ważne jest zaszczepienie dziecka umiejętności uczenia się. W ten sposób realizowana jest zasada przygotowania młodych obywateli Unii Europejskiej do tego, co jest obecnie celem nadrzędnym – kształcenie ustawiczne. W większości krajów Unii Europejskiej obowiązek szkolny rozpoczyna się zazwyczaj z chwilą przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej, w wieku 5 lub 6 lat³⁶. W pozostałych krajach, między innymi w Polsce, dzieci przyjmuje się do szkoły dopiero po ukończeniu 6. roku życia. Istnieją w nich instytucje zajmujące się edukacją przedszkolną, nie są one jednak częścią systemu szkolnego.

Niepokojące są wskaźniki upowszechnienia w Polsce edukacji przedszkolnej wśród dzieci w wieku od 3 do 5 lat. Należą one do najniższych w Unii Europejskiej. Wciąż też utrzymują się ogromne dysproporcje między miastem a wsią, na niekorzyść dzieci wiejskich³⁷. Odsetek polskich dzieci chodzących do przedszkola był stosunkowo niski już w roku 1990, kiedy stanowił około 50%. Natomiast w latach 90. stan ten uległ pogorszeniu³⁸. Niestety przedszkola nadal są likwidowane, a liczba dzieci w wieku 3–5 lat uczęszczających do tych placówek maleje³⁹.

Reasumując, można przyjąć, że określenie *wiek przedszkolny* w polskich realiach odnosi się do dzieci w przedziale wiekowym od 3. roku życia (w niektórych przypadkach przedszkola przyjmują dzieci młodsze – dwu-, dwuipółletnie) do 7. roku życia,

³⁵ Zob. Raport *Key Data on Education 2002* wydany przez Komisję Europejską, Dyrektoriat Generalny ds. Edukacji i Kultury, Europejskie Biuro Eurydyce, www.vulcan.edu.pl [dostęp 31maja 2007 r.].

³⁶ Zob. Ibidem.

³⁷ Zob. *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*, s. 8.

³⁸ Z danych statystycznych dla Śląska z roku 2005 wynika, że na ogólną liczbę 21 909 dzieci w przedszkolach największą grupę stanowiły dzieci sześciolatnie (9963), następnie pięciolatki (5854), czterolatki (3548) i trzylatki (2106). Najmniejszą reprezentację miały dzieci dwuletnie (232) i siedmioletnie oraz starsze (106). Zob. Raport *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2005/2006*. Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego. Katowice 2006.

³⁹ Wydaje się, że powodem tego zjawiska mogło być przekazanie placówek edukacyjnych gminom, które muszą ponosić wysokie koszty ich utrzymania. Zgodnie z ustawą o samorządach terytorialnych z 1990 roku prowadzenie przedszkoli zostało przypisane do obowiązkowych zadań własnych gminy. W niektórych miastach i gminach, zwłaszcza wiejskich, część placówek uległa likwidacji. Na spadek liczby dzieci uczęszczających do tych placówek wpłynęło prawdopodobnie także podniesienie opłat uiszczanych przez rodziców za opiekę nad dzieckiem w przedszkolu. Por. K. Kamińska: *Upowszechnienie edukacji przedszkolnej w Polsce – stan i prognozy na przyszłość*. W: *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*, s. 37; Ustawa Rady Ministrów z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie terytorialnym (DzU 1990, Nr 16 poz. 95 z późn. zm.).

tj. do rozpoczęcia nauki w szkole⁴⁰, o ile nie zostanie podjęta decyzja o odroczeniu obowiązku szkolnego⁴¹. Zapewnienie powszechnej opieki przedszkolnej dla dzieci w wieku 3–5 lat, jak to ma miejsce w wielu krajach europejskich, umożliwiłoby wyrównywanie szans edukacyjnych, zwłaszcza tym dzieciom, które z różnych przyczyn są obecnie pomijane (dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, niepełnosprawne, ubogie, mieszkające na wsi i inne). Badania naukowe podejmowane w różnych krajach, a także czynione przez praktyków obserwacje dowodzą, że istnieje ścisły związek między edukacją w przedszkolu a sukcesami w szkole. Rodzaj doświadczenia zdobytego w przedszkolu wpływa na proces adaptacji do zadań szkolnych⁴². Postulat wspierania wszelkich inicjatyw mających na celu objęcie wszystkich dzieci nowoczesną opieką przedszkolną, a przynajmniej powszechny obowiązek przedszkolny od 5. roku życia wydaje się uzasadniony. Włączenie w nurt edukacji przedszkolnej działań o charakterze profilaktyki i wczesnej interwencji zaburzeń rozwojowych jest dodatkowym argumentem popierającym tezę o potrzebie upowszechnienia opieki przedszkolnej.

Gotowość szkolna nie jest stanem, który dziecko osiąga samoistnie – trzeba ją wykształcić, a ten proces najlepiej dokonuje się w warunkach edukacji przedszkolnej przy aktywnym wsparciu rodziny i otoczenia⁴³. Intencjonalna opieka pedagogiczna, którą zapewnia przedszkole, umożliwia stymulowanie dziecka pomiędzy 3. a 6. rokiem życia poprzez rozwijanie ogólnej sprawności, w tym językowej. Regulacje prawne dotyczące zarówno zasad pracy przedszkola, jak i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej dziecku w tym okresie życia określają zakres i możliwości działań logopedów. Podstawa programowa wychowania przedszkolnego uwzględnia ćwiczenia ortofoniczne odpowiednio dla dziecka: trzyletniego, czteroletniego i pięcioletniego⁴⁴. W warunkach przedszkolnych istnieje potencjalnie możliwość podjęcia wczesnej interwencji logopedycznej wobec dzieci

⁴⁰ Z dniem 1 września 1999 roku rozpoczęto wprowadzanie reformy ustroju szkolnictwa, którego zasady reguluje Ustawa z dnia 8 stycznia 1999 roku – przepisy wprowadzające reformę ustroju szkolnego. W myśl tej ustawy placówki wychowania przedszkolnego są instytucjami opiekuńczo-wychowawczymi, przeznaczonymi dla dzieci od lat 3 do rozpoczęcia nauki szkolnej, które zapewniają dzieciom opiekę i przygotowują je do nauki w szkole. Do placówek wychowania przedszkolnego zaliczono przedszkola i oddziały przedszkolne przy szkołach podstawowych. Wychowanie przedszkolne obejmuje zatem dzieci w wieku od 3 do 6 lat.

⁴¹ Sugestię o podjęciu takiej decyzji rodzice otrzymują najczęściej od pracowników przedszkola, są oni w takiej sytuacji kierowani do rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu zasięgnięcia opinii. Ostateczną decyzję w tej materii podejmują rodzice/prawni opiekunowie dziecka.

⁴² Zob. np. E. Putkiewicz, M. Żytko: *Znaczenie edukacji przedszkolnej na podstawie badań i doświadczeń międzynarodowych*. W: *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*, s. 62-69.

⁴³ Zob. B. Wilgocka-Okoń: *Gotowość szkolna a uczenie się w przedszkolu*. „Wychowanie w Przedszkolu” 1999, nr 3, s. 163.

⁴⁴ Zob. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wraz z załącznikiem 1 (DzU 2002, Nr 51, poz. 458 z późn. zm.).

z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy. Przedszkole jest instytucją, której zadaniem jest zapewnienie dzieciom (w wieku od 3 lat do rozpoczęcia obowiązku szkolnego) właściwych warunków rozwoju fizycznego, umysłowego, emocjonalnego i społecznego, wyrównywanie ewentualnych braków i opóźnień w tym zakresie, przygotowanie dziecka do podjęcia obowiązku szkolnego oraz pomoc pracującym rodzicom w zapewnieniu opieki wychowawczej. Tak szeroko rozumiana misja przedszkola sprawia, że niezwykle istotne jest zapewnienie dzieciom na tym etapie edukacji opieki logopedycznej. W wyniku wspomnianych wcześniej⁴⁵ zmian prawnych sposób sprawowania opieki logopedycznej w edukacji przedszkolnej uzależniony został od polityki oświatowej konkretnej gminy. Powszechnie system opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym w Polsce opiera się przede wszystkim na logopedach zatrudnionych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych⁴⁶. Logopedzi pracują też w niektórych poradniach specjalistycznych służby zdrowia, szpitalach i przychodniach przyszpitalnych. W znacznej mierze jednak ciężar udzielania pomocy logopedycznej dziecku w wieku przedszkolnym spada na placówki oświatowe⁴⁷ – przede wszystkim poradnie psychologiczno-pedagogiczne, pośrednio przedszkola, rzadziej szkoły oraz inne ośrodki specjalne. Niektóre gminy, w tym miasto Katowice, zatrudniają logopedów w przedszkolach, nie jest to jednak powszechną praktyką w skali kraju.

Aktem prawnym, który reguluje organizację opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym, jest Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 roku w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół⁴⁸. Dotyczy ono organizacji opieki psychologiczno-pedagogicznej na terenie przedszkola. Zgodnie z prawem statut przedszkola określa cele i zadania placówki wynikające z przepisów prawa, w szczególności w zakresie: udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, organizowania opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi i umożliwiania podtrzymywania poczucia tożsamości narodowej, etnicznej, językowej i religijnej. Statut określa również sposób realizacji zadań przedszkola, z uwzględnieniem wspomagania indywidualnego rozwoju oraz wspomagania rodziny w wychowaniu i przygotowaniu do nauki w szkole,

⁴⁵ Zob. Ustawa Rady Ministrów z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie terytorialnym (DzU 1990, Nr 16, poz. 95 z późn. zm.).

⁴⁶ Zob. E. Brańska, E. Koźniewska, R. Ponczek: *Wspieranie dziecka w osiągnięciu gotowości szkolnej*. W: *O pomyślny start ucznia w szkole*. Red. W. Brejnak. Warszawa 2003, s. 259.

⁴⁷ Zob. *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, s. 305.

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 roku w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (DzU 2001, Nr 61, poz. 624 z późn. zm.).

a w przypadku dzieci niepełnosprawnych – ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

Istotnym aktem prawnym odnoszącym się z kolei do sytuacji dziecka z zaburzeniami mowy w wieku przedszkolnym jest Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach⁴⁹. Rozporządzenie szczegółowo określa, na czym polega pomoc psychopedagogiczna w warunkach przedszkola. W rozporządzeniu jest mowa o tym, że zajęcia specjalistyczne – logopedyczne organizuje się dla dzieci z zaburzeniami mowy, które powodują zakłócenia komunikacji językowej oraz utrudniają naukę; zajęcia prowadzi nauczyciele posiadający przygotowanie w zakresie logopedii lub logopedii szkolnej. Rozporządzenie określa liczbę uczestników zajęć, która wynosi od 2 do 4 uczniów. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, za zgodą organu prowadzącego placówkę, zajęcia specjalistyczne mogą być prowadzone indywidualnie. W myśl tego rozporządzenia w przedszkolu może być zatrudniony pedagog, psycholog i logopeda⁵⁰. Z punktu widzenia wspomagania rozwoju mowy dzieci w przedszkolu ważnym aktem prawnym jest również podstawa programowa wychowania przedszkolnego zawarta w załączniku Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 roku⁵¹. W myśl tego dokumentu wychowanie przedszkolne obejmuje wspomaganie rozwoju i wczesną edukację dzieci (od 3. roku życia do rozpoczęcia nauki w klasie pierwszej szkoły podstawowej). Zgodnie z załącznikiem nr 1 tego rozporządzenia przedszkola tworzą warunki umożliwiające dziecku osiągnięcie *gotowości szkolnej*⁵². Przedszkola pełnią wobec rodziców funkcję doradczą i wspierającą działania wychowawcze: pomagają w rozpoznawaniu możliwości rozwojowych dziecka i podjęciu wczesnej interwencji specjalistycznej, informują na bieżąco o postępach dziecka i uzgadniają wspólnie z rodzicami kierunki oraz zakres zadań realizowanych w przedszkolach. Ta regulacja prawna precyzuje, że celem wychowania przedszkolnego jest wspomaganie i ukierunkowywanie rozwoju

⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DzU 2003, Nr 11, poz. 114 z późn. zm.).

⁵⁰ Zadania logopedy przedszkola zgodnie z rozporządzeniem zostały przytoczone w pierwszej części tego rozdziału.

⁵¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wraz z załącznikiem 1 (DzU 2002, Nr 51, poz. 458 z późn. zm.).

⁵² *Gotowość szkolna*, dawniej *dojrzałość szkolna* jest pojęciem związanym z rozwojem dziecka. Kryteria gotowości szkolnej są jednak pochodną systemu edukacji, wymagań nauczyciela i oczekiwań rodziców. Por. A. Frydrychowicz, E. Koźniewska, A. Matuszewski, E. Zwierzyńska: *Skala Gotowości Szkolnej. Podręcznik*. Warszawa 2006, s. 5.

dziecka zgodnie z jego wrodzonym potencjałem i możliwościami rozwojowymi w relacjach ze środowiskiem społeczno-kulturowym i przyrodniczym.

Zadania logopedów zatrudnionych w warunkach publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, cele pracy i zasady udzielania pomocy logopedycznej ustala szczegółowo Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych⁵³. W myśl rozporządzenia do zadań poradni należy między innymi wspomaganie wszechstronnego rozwoju dzieci i młodzieży oraz prowadzenie terapii zaburzeń rozwojowych i zachowań dysfunkcyjnych. Poradnia realizuje swoje zadania w szczególności poprzez: diagnozę, konsultację, terapię, psychoedukację, rehabilitację, doradztwo, mediację, interwencję w środowisku, działalność profilaktyczną i informacyjną. Rozporządzenie mówi także, że pracownicy poradni realizują zadania również poza poradnią, w środowisku dzieci i młodzieży, w tym w środowisku rodzinnym. Poradnie podlegają organom prowadzącym – samorządom terytorialnym, natomiast nadzór pedagogiczny sprawują kuratoria oświaty.

W roku 2005 wszedł w życie jeszcze jeden akt prawny regulujący zasady udzielania wsparcia dzieciom najbardziej potrzebującym – zagrożonym niepełnosprawnością i niepełnosprawnym. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 4 kwietnia 2005 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci określa warunki organizowania pomocy mającej na celu pobudzanie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole⁵⁴. *Wczesne wspomaganie rozwoju* ma na celu stymulowanie i usprawnianie dzieci z różnymi typami niepełnosprawności, może być organizowane w przedszkolu i w szkole podstawowej, w tym w szkołach specjalnych, w ośrodkach oraz w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, również w poradni specjalistycznej⁵⁵. W skład zespołu wczesnego

⁵³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (DzU 2003, Nr 5, poz. 46 z późn. zm.).

⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 4 kwietnia 2005 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (DzU 2005, Nr 68, poz. 587 z późn. zm.).

⁵⁵ W celu stymulowania rozwoju dzieci z różnego rodzaju niepełnosprawnościami mogą być organizowane zajęcia *wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci*. Skierowanie dziecka na zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju wydaje organ prowadzący na podstawie wniosku rodziców i opinii wydanej przez placówkę stwierdzającą konieczność prowadzenia takich zajęć. Zakres wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka może dotyczyć rozwoju motorycznego, stymulacji polisensorycznej, rozwoju mowy i języka, orientacji i poruszania się w przestrzeni, usprawniania widzenia, słuchu, umiejętności samoobsługi i funkcjonowania w środowisku. Pomoc w stosunku do rodziców może dotyczyć wsparcia w procesie pełnej akceptacji niepełnosprawnego dziecka, rozpoznawania jego zachowań i ich odpowiedniej interpretacji oraz prawidłowej reakcji na nie, instruktażu i poradnictwa w zakresie działań rewalidacyjnych, informowania o potrzebie wyposażenia dziecka

wspomagania rozwoju wchodzi osoby posiadające przygotowanie do pracy z małymi dziećmi o zaburzonego rozwoju psychoruchowym. Są to specjaliści tacy jak pedagog posiadający kwalifikacje odpowiednie do rodzaju niepełnosprawności dziecka, psycholog, logopeda i inni, w zależności od potrzeb dziecka i jego rodziny. Zespół realizuje następujące zadania:

- ustala, na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, kierunki i harmonogram działań w tym zakresie,
- nawiązuje współpracę z zakładem opieki zdrowotnej lub ośrodkiem pomocy społecznej w celu zapewnienia dziecku rehabilitacji, terapii lub innych form pomocy, stosownie do potrzeb,
- opracowuje i realizuje z dzieckiem i jego rodziną indywidualny program wczesnego wspomaganie, z uwzględnieniem działań wspomagających rodzinę w zakresie wykonywania zaleceń terapeutycznych, koordynowania działań specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem oraz oceniania jego postępów,
- analizuje skuteczność pomocy udzielanej dziecku i jego rodzinie, wprowadza zmiany w indywidualnym programie wczesnego wspomaganie, stosownie do potrzeb dziecka i jego rodziny oraz planuje dalsze działania w tym zakresie.

Zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie mogą być organizowane w wymiarze od 4 do 8 godzin w miesiącu, w zależności od możliwości psychofizycznych uczestnika i jego potrzeb. Prowadzone są indywidualnie z dzieckiem i wspólnie z jego rodziną. W przypadku dzieci, które ukończyły 3. rok życia, zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie mogą być prowadzone w grupach liczących 2 lub 3 osoby, z udziałem ich rodzin. Organizacja pomocy w ramach wczesnego wspomaganie, w szczególności z dziećmi, które nie ukończyły 3. roku życia, może odbywać się w domu rodzinnym. Najczęściej jednak miejscem prowadzenia zajęć w ramach wczesnego wspomaganie jest przedszkole, szkoła, ośrodek lub poradnia. Regulacja prawna określa szczegółowo zasady organizowania pomocy rewalidacyjnej dla dziecka niepełnosprawnego i ma również na celu zapobieganie pogłębianiu się niepełnosprawności i niwelowaniu jej skutków.

Przytoczone powyżej akty prawne, związane z organizacją opieki nad dziećmi na etapie edukacji przedszkolnej, wyraźnie wskazują, że ustawodawca zagwarantował warunki w ramach systemu oświatowego dla skutecznej profilaktyki i terapii logopedycznej. Decyzja o zatrudnianiu logopedów w różnych placówkach, w tym w przedszkolach, zależy tylko od

w niezbędny sprzęt, pomoce i inne przedmioty. Zob. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 4 kwietnia 2005 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (DzU 2005, Nr 68, poz. 587 z późn. zm.).

polityki organu prowadzącego placówki edukacyjne – gminy. Większa dostępność pomocy logopedycznej w strukturach oświatowych i służby zdrowia sprzyja wyższej skuteczności działań zarówno profilaktycznych, jak i terapeutycznych, umożliwiając tym samym wszechstronne wspieranie rozwoju małego dziecka i wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów.

3. Postępowanie diagnostyczne logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym

3.1. Środowiskowe uwarunkowania rozwoju mowy

Słowa L. Kaczmarka: „Dziecko musi się mowy uczyć. Uczy się jej od otoczenia”⁵⁶ ilustrują determinujący wpływ środowiska wychowawczego na proces nabywania mowy. Posługiwanie się mową werbalną nie jest czynnością wrodzoną. Opanowywanie umiejętności mówienia to długotrwały proces uzależniony od wielu czynników, szczególnie od warunków anatomiczno-funkcjonalnych aparatu mowy dziecka, sprawnego słuchu i korzystnego, stymulującego wpływu środowiska. Sprawność tę dziecko nabywa wolniej niż inne sprawności motoryczne⁵⁷. U dzieci zdrowych, rozwijających się w korzystnych warunkach wychowawczych rozwój mowy przebiega według podobnych prawideł.

Wielu psychologów i psycholingwistów zwraca uwagę na fakt, że niezależnie od języka, jakim posługuje się dziecko, nabywanie mowy jest procesem uniwersalnym. Język pojawia się u wszystkich dzieci na świecie mniej więcej w tym samym czasie, pomiędzy 18. a 28. miesiącem życia. Cztery główne fazy rozwoju mowy w ujęciu I. Kurcz to⁵⁸:

- faza przedjęzykowa – dotyczy 1. roku życia,
- faza wypowiedzi jednowyrazowych – pomiędzy 10. a 20. miesiącem życia,
- faza wypowiedzi dwuwyrazowych – rozpoczyna się pod koniec 2. roku życia,

⁵⁶ L. Kaczmarek: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin 1966, s. 32.

⁵⁷ Zob. G. Demel: *Elementy logopedii*. Warszawa 1987, s. 18.

⁵⁸ Por. J. Berko Gleason, N. Bernstein Ratner: *Przyswajanie języka*. W: *Psycholingwistyka*. Red. J. Berko Gleason, N. Bernstein Ratner. Gdańsk 2005, s. 408-428; Z. Dołęga: *Promowanie rozwoju mowy w okresie wczesnego dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Katowice 2003, s. 69-75; E. Filipiak: *Aktywność językowa dzieci w wieku wczesnoszkolnym*. Bydgoszcz 1996, s. 45; I. Kurcz: *Pamięć. Uczenie się. Język*. Warszawa 1995, s. 201-203.

- faza opanowania podstaw języka – rozpoczyna się około 3. i trwa do około 4. roku życia, kiedy większość dzieci ma opanowane podstawy języka.

Psycholingwiści zwracają jednocześnie uwagę, że pełną kompetencję komunikacyjną i językową dziecko osiąga dopiero w wieku szkolnym.

W ujęciu logopedycznym proces rozwoju mowy przebiega najintensywniej przez pierwsze 5–6 lat życia dziecka i dzieli się na cztery następujące etapy:

- okres melodii – od momentu urodzenia dziecka do ukończenia 1. roku życia,
- okres wyrazu – między 1. a 2. rokiem życia,
- okres zdania – pomiędzy 2. a 3. rokiem życia,
- okres swoistej mowy dziecięcej – od 3. roku życia do około 6., 7. roku życia⁵⁹.

E. M. Minczakiewicz okresom ogólnego rozwoju dziecka przyporządkowuje etapy kształtowania się mowy⁶⁰. Pierwszym po urodzeniu dziecka jest wiek niemowlęcy, który w rozwoju mowy odpowiada okresowi melodii. Drugi to okres poniemowlęcy, przypadający na dwa etapy rozwoju mowy – wyrazu i zdania. Okres przedszkolny to czas swoistej mowy dziecięcej. Każde dziecko przechodzi zatem przez stałe etapy rozwoju mowy – od gaworzenia, poprzez wypowiedzi jedno-, dwuwyrazowe, do złożonych produkcji werbalnych. E. Hurlock zwraca uwagę, że w toku nabywania mowy dziecko musi osiągnąć sprawność językową na czterech płaszczyznach. Te cztery aspekty mowy, wzajemnie się warunkujące, to: rozumienie mowy, tworzenie słownika, umiejętność budowania zdań i opanowanie poprawnej wymowy⁶¹. Badaczka akcentuje, że osiągnięcie kompetencji nadawczej dziecka jest możliwe, gdy spełnione są pewne warunki, do których należą: biologiczna gotowość do mówienia (dojrzałość narządów mowy), psychiczna gotowość do mówienia (uzależniona od dojrzałości mózgu, zwłaszcza pól kojarzeniowych), dobry wzór do naśladowania i możliwość ćwiczeń mownych. E. Hurlock zwraca zatem uwagę na znaczenie bodźców środowiskowych. W procesie socjalizacji dziecko odkrywa, że mówienie jest zachowaniem atrakcyjnym społecznie, a brak komunikacji z otoczeniem pozbawia je pozytywnych wzmocnień. Czynniki społeczny – jakość środowiska wychowawczego, obok czynników biologicznych i poznawczych, ma decydujące znaczenie w rozwoju mowy⁶².

⁵⁹ Zob. G. Demel: *Elementy logopedii*, s. 25.

⁶⁰ E. M. Minczakiewicz: *Edukacyjny i pragmatyczny aspekt rozwoju u dzieci ze sprzężonymi zaburzeniami rozwoju*. W: *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju mowy dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Red. E. M. Minczakiewicz. Kraków 2001, s. 26.

⁶¹ E. Hurlock: *Rozwój dziecka*. Warszawa 1961, s. 226-227.

⁶² Por. J. Berko Gleason, N. Bernstein Ratner: *op. cit.*, s. 410-425; Z. Dołęga: *op. cit.*, s. 29-52.

Okres melodii, określane również okresem sygnału (apelu), rozpoczyna się wraz z narodzinami dziecka i jego pierwszym krzykiem⁶³. Wówczas zaczyna się tzw. złoty okres rozwoju mowy (od urodzenia do 3. roku życia), najbardziej intensywnego nabywania sprawności językowej. Zaniedbania z tego czasu są często nie do nadrobienia w późniejszym czasie⁶⁴. Początkowo niemowlę komunikuje się z otoczeniem za pomocą płaczu i krzyku. Krzyk jest ćwiczeniem aparatu oddechowego. Jednakże przedłużający się krzyk dziecka, połączony z naprężaniem całego ciała ma negatywny wpływ na funkcjonowanie narządu głosowego – na pracę więzadeł głosowych. Dziecko przychodzi na świat z ukształtowanymi już w życiu płodowym niezwykle istotnymi odruchami: ssania, połykania, zwracania, kłaniania, zuchwowym, wysuwania języka, otwierania ust, wargowym i innymi. W toku naturalnego rozwoju niektóre odruchy wygasają, niektóre są zastępowane kolejnymi, a niektóre pozostają. Istotny dla rozwoju mowy jest na przykład prawidłowy odruch ssania, który utrwała się podczas karmienia piersią. Często bywa on zaburzony w karmieniu sztucznym, co jest związane z nienaturalną pracą mięśni warg i języka⁶⁵. Prawidłowy odruch ssania ma ogromne znaczenie dla torowania się prawidłowego wzorca czynnościowego pracy języka, a w przyszłości dla poprawnej artykulacji, podobnie jak nawykowe oddychanie torem nosowym. Niezwykle ważnym aspektem ogólnego rozwoju dziecka w tym okresie jest dobry kontakt emocjonalny z matką. Jej głos, mimika oraz próby naśladowania matki przez niemowlę mają istotne znaczenie dla rozwoju mowy. Między 2. a 3. miesiącem życia pojawia się tzw. głuzenie⁶⁶. Niemowlę wydobywa dźwięki, którym towarzyszą nieskoordynowane ruchy kończyn i całego ciała. Głuzenie (zwane też czasem gruchaniem) to jeszcze nie mowa, ale ćwiczenie aparatu artykulacyjnego – języka, podniebienia i warg⁶⁷. Wokalizacje te dokonują się na zasadzie odruchu bezwarunkowego, bez kontroli słuchowej⁶⁸. W 2. półroczu życia pojawia się gaworzenie. Dziecko zaczyna powtarzać i naśladować dźwięki (sylaby) zasłyszane z otoczenia. Wokalizując, dziecko nadal doskonali swój aparat artykulacyjny, słuch i spostrzegawczość. Gaworzenie to okazja do treningu zarówno słuchu mownego, jak i muzycznego. Są to wokalizacje rytmiczne – sylaby powtarzają się w rytmie podobnym do

⁶³ Zob. L. Kaczmarek: *Nasze dziecko...*, s. 42.

⁶⁴ Zob. T. Zaleski: *Opóźnienia w rozwoju mowy*. Warszawa 2002, s. 27.

⁶⁵ Zob. J. Gruba, I. Polewczyk: *Wybrane zagadnienia logopedyczne*. Cz. I. Gliwice 2003, s. 11.

⁶⁶ Zob. A. Jurkowski: *Ontogeneza mowy i myślenia*. Warszawa 1986, s. 51-52.

⁶⁷ Zob. G. Demel: *Elementy logopedii*, s. 7.

⁶⁸ Zob. K. Datkun-Czerniak: *Logopedia. Jak usprawnić mowę dziecka*. Kielce 2004, s. 12; Z. Dołęga: *op. cit.*, s. 70; J. Eisenson: *Language and speech disorders in children*. Nowy Jork 1986, s. 23-36; R. Skowroński: *Okresy kształtowania się i rozwoju mowy dziecka*. „Scholasticus” 1993, nr 5, s. 103-112; P. Tassoni, K. Beith: *Child Care and Education*. Oxford 2002, s. 209-212; *How Does Your Child Hear and Talk?* American Speech-Language-Hearing Association, www.asha.org [dostęp 9 stycznia 2008 r.].

rytmu mowy osoby dorosłej⁶⁹. Częste, nacechowane emocjonalnie kontakty społeczne z dorosłymi wywołują u niemowlęcia bogatsze i bardziej różnorodne wokalizacje. Zdaniem niektórych badaczy, np. M. M. Lewis gaworzenie dziecka w odpowiedzi na mowę osób dorosłych jest czynnikiem powodującym nabywanie przez nie dźwięków charakterystycznych dla języka, którym posługuje się otoczenie⁷⁰. Jeśli gaworzenie nie rozwija się poprawnie, powinien to być sygnał dla matki, że dziecko może nie słyszeć⁷¹. Powodem opóźnienia tego etapu może być niedostatek stymulacji ze strony otoczenia oraz podnieć do wokalizowania. Historia zna przypadki tzw. wilczych dzieci – zagubionych lub porzuconych przez rodziców, wychowywanych przez zwierzęta. Różny był ich los, znajdowano je w odmiennych momentach ich życia, a wszystkie łączył kompletny brak mowy – zarówno umiejętności rozumienia, jak i wypowiedzania się. W większości przypadków, zwłaszcza gdy oddzielenie od ludzi trwało dłużej, po odnalezieniu i przywróceniu korzystnych warunków wychowawczych dzieci te nie czyniły większych postępów w zakresie nabywania mowy⁷². Potwierdza to wagę wczesnej stymulacji językowej dziecka i znaczenie dobrego kontaktu emocjonalnego matki z dzieckiem. Pod koniec okresu melodii dziecko zaczyna już aktywnie reagować na mowę. Poznaje przedmioty, kojarzy je z nazwą, wypowiada pierwsze proste słowa: *mama, baba, tata*. Rozwój mowy w tym czasie następuje równolegle z intensywnym rozwojem fizycznym. Fазie głużenia towarzyszy nabywanie umiejętności unoszenia głowy, gaworzeniu – siadanie, a pierwszym wyrazom – opanowywanie pozycji spionizowanej. W tym okresie rozwoju mowy zaznaczają się momenty nasilenia i pewnego zastoju. Nauka chodzenia powoduje często całkowite zaabsorbowanie dziecka tą czynnością. Po opanowaniu sztuki chodzenia znów silniej rozwija się mowa. Młode matki są często zaniepokojone brakiem postępów w nabywaniu mowy. Ogromne znaczenie ma dla nich wówczas możliwość konsultacji ze specjalistą. Korzystna atmosfera w rodzinie to klimat sprzyjający dalszemu doskonaleniu się mowy dziecka.

Okres wyrazu, czyli sygnału jednoklasowego, obejmuje 2. rok życia dziecka⁷³. Jest to czas, kiedy u większości harmonijnie rozwijających się dzieci pojawia się tzw. gotowość do mówienia (pomiędzy 12. a 18. miesiącem życia). Zakres aktywności dziecka poszerza się o możliwość wypowiedzania słów ze zrozumieniem. To okres ogromnego postępu

⁶⁹ Zob. M. Lipowska: *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*. Kraków 2001, s. 31.

⁷⁰ Cyt. za A. Jurkowski: *op. cit.*, s. 53.

⁷¹ Por. J. Cieszyńska, M. Korendo: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Kraków 2007, s. 164.

⁷² Zob. T. Zaleski: *op. cit.*, s. 27.

⁷³ Zob. L. Kaczmarek: *Nasze dziecko...*, s. 47.

w nabywaniu mowy. Ma to związek z dużą ilością bodźców dostarczanych dziecku i wielością przeżywanych przez nie doświadczeń, a w konsekwencji ze wzrastającą sprawnością motoryczną, zwłaszcza lokomocyjną. Pojawia się coraz więcej prostych wymawianiowo słów. Początkowo mogą to być wyrazy dźwiękonaśladowcze – onomatopeje⁷⁴. Dziecko potrafi zazwyczaj wypowiedzieć wszystkie samogłoski, oprócz nosowych: „ą”, „ę”⁷⁵. Spośród spółgłosek jest w stanie zrealizować łatwe artykulacyjnie. Najczęściej dziecko w okresie wyrazu wymawia następujące spółgłoski: „p”, „b”, „pi”, „bi”, „m”, „mi”, „f”, „fi”, „w”, „wi”, „t”, „d”, „n”, „ś”, „ź”, „ć”, „dź”, „ki”, „gi”, „ń”, „k”, „g”, „ch”⁷⁶. Głoski trudniejsze dziecko zastępuje łatwiejszymi, a grupy spółgłoskowe często są upraszczane. Charakterystyczne dla mowy dziecka w tym okresie jest wymawianie tylko pierwszej sylaby lub końcówki wyrazu. Pod koniec etapu wyrazu zasób słownika dziecka osiąga nawet 400 słów⁷⁷. Mowa staje się dla dziecka narzędziem badania świata. Ogromnym wyzwaniem dla środowiska wychowawczego jest właściwe reagowanie na te dziecięce eksploracje – aprobata lub dezaprobata dorosłych warunkuje nabywanie mowy. Rodziny nadmiernie opiekuńcze, ochraniające dziecko są często barierą w rozwoju mowy. Sytuacja wygląda podobnie, gdy rodzice lub opiekunowie posługują się językiem zbyt trudnym, mówią szybko, górnolotnie, nie dostosowując jakości komunikatu kierowanego do dziecka do jego możliwości percepcyjnych. Rozwijaniu sprawności językowej w tym okresie nie sprzyja również bierna postawa ze strony małomównej matki, skoncentrowanej głównie na zabiegach opiekuńczo-higienicznych wobec dziecka. Niektórzy dorośli mają skłonność do przemawiania do dziecka w sposób spieszczony. Sposób komunikowania się osób dorosłych z małymi dziećmi, tzw. język nianiek (złożony w dużej mierze z wyrażen dźwiękonaśladowczych i intencjonalnych zniekształceń fonetycznych) był przedmiotem licznych badań. Zdaniem

⁷⁴ Onomatopeje – wyrazy dźwiękonaśladowcze mogą być tworzone samodzielnie przez dziecko, ale najczęściej nabywa je ono pośrednio, korzystając z wzorca podawanego przez osoby dorosłe. Onomatopeje uznawane są za wstępny etap w opanowywaniu mowy werbalnej, ułatwiający komunikację. Zob. J. Cieszyńska: *Kocham uczyć czytać*. Kraków 2006, s. 61; I. Michalak-Widera: *Onomatopeje – wstępny etap komunikacji dzieci*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 11, s. 13-20.

⁷⁵ W niniejszej pracy, opisując dźwięki mowy wymawiane lub deformowane przez dziecko, posługuję się określeniem *głoska* (nie zaś pojęciem *fonem*), stosuję przy tym zapis ortograficzny dla danego dźwięku. W praktyce i teorii logopedycznej powszechnie używa się systemu transkrypcji fonetycznej tzw. alfabetu sławistycznego (w odróżnieniu od systemu transkrypcji fonetycznej IPA – *International Phonetic Alphabet*). *Fonem* to (gr. *phonēma* – dźwięk) podstawowe pojęcie fonologii, najmniejsza jednostka funkcjonalna systemu językowego, pozbawiona własnego znaczenia (abstrakcyjna), stanowi zespół dystynktywnych cech głoski. *Głoska* natomiast to dźwięk mowy, najmniejsza cząstka formy dźwiękowej języka, artykułowana przy określonym, stałym układzie narządów mowy. Por. np.: *Słownik języka polskiego*. T. I. Red. M. Szymczak. Warszawa 1978, s. 601, 633; Internetowa Encyklopedia PWN, www.encyklopedia.pwn.pl [dostęp 11 lipca 2008 r.].

⁷⁶ Zob. G. Demel: *Elementy logopedii*, s. 22.

⁷⁷ Zob. A. Sołtys-Chmielowicz: *Rozwój mowy dziecka*. W: *Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski*. Red. A. Sołtys-Chmielowicz, G. Tkaczyk. Lublin 1993, s. 33.

S. Milewskiego nie można mówić o globalnie negatywnym lub globalnie pozytywnym wpływie takiego podejścia w kontaktach z dzieckiem na opanowywanie przez nie języka. Badacze uważają, że znaczenie takiego sposobu komunikowania się z dzieckiem nie jest jednakowe w różnych okresach życia dziecka⁷⁸. Najkorzystniejszą sytuacją dla rozwoju mowy dziecka jest swoista „kąpiel słowna” – zanurzenie dziecka w świecie języka⁷⁹. S. Milewski uważa, że w kontaktach z małym dzieckiem obowiązywać powinna zasada *primum non tacere* – po pierwsze nie milczeć⁸⁰. Nabywanie mowy odbywa się wówczas w sposób spontaniczny, poprzez obcowanie dziecka z bogactwem językowym, płynącym z otoczenia. Komunikaty kierowane do dziecka przez osoby dorosłe powinny być wypowiedziane z bogatą ekspresją, nieco wolniej, wyraźnie, z użyciem adekwatnego słownictwa. Istotna jest przy tym świadomość rodziców, opiekunów, że ich rola nie polega na naśladowaniu nauczyciela, terapeuty mowy w uczeniu języka. Dziecko rozwija język poprzez różnorodne życiowe doświadczenia, a nie w toku żmudnych ćwiczeń⁸¹.

Okres zdania, tzn. sygnału dwuklasowego, pomiędzy 2. i 3. rokiem życia dziecka, cechują zdania dwuwyzrazowe. Początkowo są to zlepki wyrazów lub równoważniki zdań, które przekształcają się w zdania trzy- i więcej wyrazowe⁸². Jest to okres intensywnego doskonalenia się mowy. Dziecko, mimo popełnianych błędów gramatycznych, jest coraz bardziej zrozumiałe dla otoczenia. Pojawiają się głoski syczące: „s”, „z”, „c”, „dz”, a pod koniec tego okresu nawet szumiące: „sz”, „ż”, „cz”, „dż”. Wiele głosek jest poprawnie realizowanych w postaci izolowanej, ale w wyrazach są one często zniekształcane i zastępowane przez łatwiejsze wymawianiowo. Przyczyny tego zjawiska należy upatrywać w niedostatecznej jeszcze sprawności narządów artykulacyjnych. Doskonalenie sprawności aparatu mowy dokonuje się między innymi pod wpływem zmiany sposobu połykania z tzw. infantylnego – niemowlęcego na tzw. dorosły, któremu towarzyszy nabywanie umiejętności

⁷⁸ Zob. np.: *Psycholingwistyka*, s. 418-420; A. Jurkowski: *op. cit.*, s. 63; T. Milewski: *Teoretyczne i praktyczne aspekty mowy dorosłych kierowanej do małych dzieci*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2007, nr 12, s. 5-20.

⁷⁹ Zob. T. Zaleski: *op. cit.*, s. 25.

⁸⁰ S. Milewski: *Logopedyczne aspekty mowy dorosłych skierowanej do małych dzieci*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*, s. 242-253.

⁸¹ Zob. np.: K. Apel, J. J. Masterson: *Beyond Baby Talk – From Sounds to Sentences*. Nowy Jork 2001, s. 14-15; P. McAleer Hamaguchi: *Childhood Speech, Language, and Listening Problems*. Nowy Jork 2001, s. 11-13; C. E. Weiss, H. S. Lillywhite: *Communicative Disorders Prevention and Early Intervention*. St. Luis 1981, s. 146-171.

⁸² Zob. E. Słodownik-Rycaj: *O mowie dziecka, jak zapobiegać powstawaniu nieprawidłowości w jej rozwoju*. Warszawa 2000, s. 16.

pionizacji języka⁸³. Usprawnianie języka jest zatem związane z odwzorowywaniem czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych. Kardynalne znaczenie ma zmiana sposobu karmienia dziecka w tym okresie – pokarmy powinny nadawać się do przeżuwania, dziecko nie może otrzymywać pokarmów płynnych do picia przez smoczek. Sprawność słuchowa – słuch fonematyczny funkcjonuje na wyższym poziomie niż umiejętności wymawianiowe dziecka. Trzylatek często wie, jak powinna brzmieć poprawna postać głoski, lecz nie potrafi jej prawidłowo zrealizować, gorliwie natomiast poprawia osoby dorosłe. Jest to okres lawinowego powiększania się zasobu słownictwa dziecka, dochodzącego do około 1000 słów w wieku trzech lat⁸⁴. W tym czasie rola otoczenia polega na dostarczaniu dziecku bodźców do rozwoju mowy, stwarzaniu mu klimatu bezpieczeństwa i akceptacji. Wygórowane oczekiwania wobec mowy dziecka mogą skutecznie zahamować potrzebę kontaktu werbalnego z otoczeniem⁸⁵. Podobnie dzieje się, gdy mowa opiekunów jest zbyt szybka, słownictwo jest zbyt trudne. Znaczenie wpływu środowiska potwierdza fakt, że w tym okresie silnie działają mechanizmy naśladownicze⁸⁶. Niekorzystny wpływ na rozwój mowy małego dziecka może mieć zbyt wczesne oddzielenie od matki. Nawet najtroskliwsza opieka zapewniona przez żłobek czy opiekunkę nie jest w stanie zastąpić warunków domu rodzinnego. Może to być źródłem nawet upośledzenia rozwoju mowy dziecka⁸⁷. Na tym etapie kształtowania się mowy pojawia się ryzyko wystąpienia zjawiska rozwojowej nie płynności mówienia. Objawami tej fizjologicznej nie płynności, której wyrazem są trudności w swobodnym przechodzeniu od jednej artykulacji do następnej, mogą być: przeciąganie głosek, dysrytmie oddechowe i fonacyjne, napięte pauzy i delikatne bloki⁸⁸. Jeśli objawy takie występują rzadko, a środowisko dziecka reaguje na nie w sposób naturalny, bez niekorzystnych emocji, rozwojowa nie płynność mowy ma tendencję do samoistnego zanikania⁸⁹. Z rozwojową nie płynnością mowy mamy do czynienia, jeśli występuje ona

⁸³ Pionizacja języka to umiejętność celowego unoszenia masy języka, a zwłaszcza jego przedniej części tzw. apeksu (łac. wierzchołek, szczyt, czubek) ku górze w jamie ustnej. Zob. B. Mackiewicz: *Odwzorowywanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*. „Logopedia” 2001, nr 29, s. 88.

⁸⁴ Zob. E. Słodownik-Rycaj: *O mowie dziecka...*, s. 17.

⁸⁵ Zob. I. Styczek: *Logopedia*. Warszawa 1983, s. 253.

⁸⁶ J. Cieszyńska i M. Korendo jako przykład podają dość częste posługiwanie się przez chłopców w tym okresie rozwojowym czasownikami w rodzaju żeńskim. Jest to spowodowane faktem, że dzieci w 3. roku życia najczęściej słyszą kobiece formy – wzorce językowe (matki, opiekunki). Zob. J. Cieszyńska, M. Korendo: *op. cit.*, s. 178.

⁸⁷ Zob. E. Hurlock: *op. cit.*, s. 294-295; T. Zaleski: *op. cit.*, s. 30.

⁸⁸ Zob. Z. Tarkowski: *Jąkanie wczesnodziecięce*. Warszawa 1997, s. 28.

⁸⁹ W anglojęzycznej literaturze przedmiotu używa się w takich sytuacjach określenia *spontaneous recovery*, co oznacza, że objawy nie płynności w mowie dziecka o szczególnie nasilonej postaci ustąpiły samoistnie – bez interwencji terapeutycznej. Zob. np. R. E. Ham: *Therapy of Stuttering. Preschool through Adolescence*. Englewood Cliffs 1990, s. 9-10.

w okresie intensywnego rozwoju systemu językowego dziecka (do około 6. roku życia) i zmniejsza się z wiekiem, wraz z doskonaleniem systemu językowego⁹⁰. Dla przewycięzania niepełności w mowie dziecka niezwykle istotne są reakcje otoczenia. Nadmierna presja w kontaktach z dzieckiem, wygórowane wymagania, zbyt szybka i trudna mowa dorosłych i nieregularny tryb życia mogą powodować nasilanie się objawów dysfluencji. Obecnie, zwłaszcza na zachodzie Europy, upowszechnia się tendencja profilaktycznych konsultacji logopedycznych dla dzieci z objawami niepełności w mowie, których celem jest pedagogizacja środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka⁹¹.

Okres swoistej mowy dziecięcej, zwany też etapem swoistych form językowych, trwa najdłużej i prowadzi do pełnego opanowania wymowy pod względem artykulacyjnym⁹². Jest to czas ostatecznego formowania się systemu fonetyczno-fonologicznego, opanowywania kategorii gramatycznych i schematów składniowych. Lawinowo wzbogaca się zasób słownictwa, co jest związane z ilością i jakością bodźców dostarczanych dziecku. O ile trzylatek na ogół potrafi udzielać odpowiedzi na proste pytania, o tyle sześciolatek jest w stanie opowiedzieć prostą historię. Dziecko trzyletnie na początku tego okresu wymawia wszystkie samogłoski oraz większość spółgłosek, z wyjątkiem najtrudniejszych – dentalizowanych (mogą one zacząć pojawiać się na tym etapie rozwoju i jest to zgodne z normą) – syczących: „s”, „z”, „c”, „dz”, szumiących: „sz”, „ż”, „cz”, „dż” oraz głoski „r”. Czterolatek opanowuje często głoski szeregów syczącego i szumiącego. Pomiędzy 4. a 5. rokiem życia utralają się głoski szumiące. Jako ostatnia pojawia się najtrudniejsza artykulacyjnie głoska w systemie języka polskiego – „r”. Dziecko w okresie pomiędzy 3. a 5. rokiem życia najczęściej posługuje się sygnałami dwuklasowymi. Charakterystyczną cechą tego etapu rozwoju językowego (około 4. roku życia) jest lawinowo wzrastająca liczba zadawanych pytań. Dziecko formułuje bardzo dużo pytań typu: „kto?”, „co?”, „dlaczego?”. Takie przejawy aktywności językowej dziecka, mają ogromne znaczenie dla rozwoju poznawczego⁹³. Pojawiają się zdania rozwinięte, coraz bogatsze słownikowo. Reguły budowania zdań nie są w pełni utrwalone, dziecko korzysta często z analogii, co prowadzi do tworzenia „pełnych czaru tworów językowych”⁹⁴. W mowie dziecka występują liczne neologizmy – nowe twory językowe. Czasami, ze względu na trudność w wyartykułowaniu

⁹⁰ Zob. B. Guitar: *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore 2006, s. 140-145.

⁹¹ Zob. R. Byrne: *Stammering in young children*. W: *How to manage communication problems in young children*. Red. M. Kersner, J. A. Wright. Londyn 2002, s. 52-62.

⁹² Zob. L. Kaczmarek: *Nasze dziecko...*, s. 68.

⁹³ Zob. J. Cieszyńska, M. Korendo: *op. cit.*, s. 182-185.

⁹⁴ Zob. *Ibidem*, s. 68.

niektórych głosek, dziecko buduje wyrazy, przestawiając głoski lub sylaby. Pojawia się zjawisko metatezy – zamiast *kolanówki* mówi *konalówki*. Zdarzają się również kontaminacje – tworzenie nowych wyrazów ze skrzyżowania dwóch, np. *zatelefonić*, zbudowane z *zatelefonować* i *zadzwoić*. Choć mowa dziecka w tym okresie daleka jest od doskonałości, potrafi ono już prowadzić swobodne rozmowy i skutecznie komunikować się z otoczeniem. Jest to niezwykle istotne dla jego funkcjonowania w grupie rówieśników. Koniec okresu swoistej mowy dziecięcej to czas twórczego posługiwania się językiem, opanowywania umiejętności metalingwistycznych. Taka intencjonalna stymulacja językowa jest częścią oddziaływań dydaktycznych prowadzonych w warunkach przedszkola⁹⁵. Przedszkole jest na tym etapie rozwoju dziecka optymalnym środowiskiem pozarodzinnym, które dostarcza intensywnej stymulacji językowej.

Wychowanie przedszkolne jest szczególnie korzystne dla rozwoju mowy w przypadku dzieci z rodzin małodzieńnych, jedynaków i przy dużej różnicy wieku rodzeństwa⁹⁶. Funkcję kompensacyjną przedszkole spełni wobec dzieci zaniedbywanych wychowawczo w środowisku rodzinnym⁹⁷, a także w przypadku dzieci bilingwistycznych. Zbyt wczesne umieszczanie dziecka w przedszkolu, przed ukończeniem przez nie 3. roku życia, nie jest wskazane dla optymalnego rozwoju mowy. Zdrowy, harmonijnie rozwijający się 3-, 4-latek korzysta z dobrodziejstw przedszkola. W warunkach przedszkola, pod opieką kompetentnych pedagogów, dziecko ma okazję do zabawy, która jest istotnym przejawem aktywności poznawczej⁹⁸. W przedszkolu dziecko ma zapewnione towarzystwo rówieśników, różnorodność stymulujących bodźców i atrakcyjnych zdarzeń. Czynniki te wzbogacają i dynamizują mowę, o ile są przez dziecko akceptowane. Wtedy oddzielenie od matki nie jest traumą dla dziecka. Wskazane jest, by pobyt dzienny dziecka w przedszkolu nie był początkowo zbyt długi. Przedszkole jest tym środowiskiem pozarodzinnym, które może dostarczyć cennych wzorców językowych⁹⁹. Dla dzieci rodziców wykształconych, zamożnych, stymulujących rozwój potomstwa 5. rok życia jest optymalnym momentem do

⁹⁵ Zob. J. Cieszyńska, M. Korendo: *op. cit.*, s. 189; M. Torneus, G. B. Hedstrom, I. Lundberg: *Rozmowy o języku*. Gdańsk 1997, s. 7-9; J. Wójtowiczowa: *O wychowaniu językowym*. Warszawa 1997, s. 12-25.

⁹⁶ Zob. T. Zaleski: *op. cit.*, s. 31.

⁹⁷ Zob. H. Nartowska: *Opóźnienia i dysharmonie w rozwoju dziecka*. Warszawa 1980, s. 124-150.

⁹⁸ B. Muchacka w rozważaniach nad rezultatami oddziaływań stymulacyjnych na aktywność poznawczą dzieci wskazuje na pozytywny wpływ zorganizowanych zajęć, podczas których wykorzystuje się zabawy twórcze i badawcze. Zob. B. Muchacka: *Stymulowanie aktywności poznawczej dzieci w wieku przedszkolnym*. Kraków 2000, s. 299-305.

⁹⁹ Potwierdzają to badania naukowe na temat wpływu systematycznego czytania w warunkach przedszkola na osiąganie sprawności językowej u dzieci. Udział w zajęciach przedszkolnych wpływa znacząco na edukację językową dziecka, pod warunkiem właściwego przygotowania opiekujących się nim nauczycieli, również w sferze zagadnień logopedycznych. Zob. Z. Dołęga: *op. cit.*, s. 48.

rozpoczęcia edukacji w przedszkolu. Ale i te dzieci mogą mieć deficyty w zakresie kontaktów interpersonalnych z rówieśnikami, które przedszkole znakomicie wyrówna. Wobec dzieci o niezakłóconym rozwoju takie holistyczne, profilaktyczne, manifestujące się wszechstronną stymulacją rozwoju podejście zaowocuje dobrym przygotowaniem do szkoły.

Społeczne i wychowawcze aspekty rozwoju mowy, istotne znaczenie stymulacji środowiskowej potwierdzają liczne badania prowadzone na gruncie różnych dyscyplin naukowych¹⁰⁰. Wpływ środowiska na opanowywanie mowy jest akcentowany zarówno przez teoretyków, jak i praktyków: nauczycieli, logopedów i psychologów. Badania empiryczne nad istotą nabywania języka mówią o ogromnym wpływie na niego charakteru stosunków społecznych. Im bogatszy w sensie słownictwa i różnorodności stylistycznej język otoczenia, tym umiejętności komunikacyjne dziecka będą plasowały się na wyższym poziomie¹⁰¹.

Mowa dziecka rozwija się jedynie w kontaktach społecznych. Według J. Porayskiego-Pomsty tempo i charakter tego procesu uzależnione są przede wszystkim od:

- predyspozycji genetycznych dziecka,
- warunków społecznych, w jakich przebywa,
- poziomu i tempa rozwoju psychofizycznego dziecka,
- rozwoju możliwości poznawczych, które są bezpośrednio uwarunkowane przez wymienione powyżej czynniki¹⁰².

Obok środowiska rodzinnego to właściwie zorganizowana i kompetentnie prowadzona opieka przedszkolna umożliwi wszechstronny rozwój dziecka, w tym również jego harmonijny rozwój językowy. W warunkach przedszkola możliwe jest też monitorowanie tego procesu nabywania mowy przez dzieci i niezwłoczne reagowanie na wszelkie dysharmonie w tym zakresie. Instytucjonalna opieka ułatwia zagwarantowanie dzieciom oddziaływań o charakterze profilaktycznym, podejmowanie zabiegów z zakresu wczesnej interwencji lub terapii logopedycznej.

¹⁰⁰ Psycholingwiści zwracają uwagę na istnienie w toku nabywania mowy tzw. okresu krytycznego, który w opinii Lennenberga trwa od końca 1. roku życia mniej więcej do okresu pokwitania. Jeśli w tym okresie dziecko z jakichkolwiek powodów nie nauczy się mówić, to wówczas przyswajanie języka będzie niezwykle utrudnione, a czasem osiągnięcie pełnej sprawności może stać się wręcz niewykonalne Cyt. za I. Kurcz: *op. cit.*, s. 202.

¹⁰¹ Zob. B. Bernstein: *Socjolingwistyczne ujęcie procesu socjalizacji: uwagi dotyczące podatności na oddziaływania szkoły*. W: *Badania nad rozwojem języka dziecka*. Red. G. W. Shugar, M. Smoczyńska. Warszawa 1980, s. 557.

¹⁰² J. Porayski-Pomsta: *Umiejętności komunikacyjne i językowe dzieci w wieku przedszkolnym*. Warszawa 1994, s. 57.

3.2. Rozpoznawanie zaburzeń mowy występujących u dzieci w wieku przedszkolnym – etapy diagnozy logopedycznej

Diagnoza powinna być punktem wyjścia każdego postępowania naprawczego. Pojęcie *diagnoza* (grec. *diagnosis* – rozpoznanie), dawniej ściśle związane z naukami medycznymi, dziś upowszechnia się w wielu dziedzinach i stopniowo obejmuje wszelkie rozpoznawanie jednostkowych lub złożonych stanów rzeczy i ich tendencji rozwojowych, w oparciu o znajomość ogólnych prawideł¹⁰³. S. Ziemiński w pracy *Problemy dobrej diagnozy* (1973) uznaje, że „diagnoza polega na zakwalifikowaniu badanego zjawiska, (...) na przyporządkowaniu badanego zjawiska do tzw. jednostki diagnostycznej, tj. gatunku albo typu”¹⁰⁴. Diagnoza w szerokim rozumieniu to „(...) rozpoznanie badanego stanu rzeczy poprzez zaliczenie go do znanego typu albo gatunku, poprzez przyczynowe i celowościowe wyjaśnienie tego stanu rzeczy, określenie jego fazy obecnej i przewidywanego dalszego rozwoju”¹⁰⁵.

Diagnoza logopedyczna to rozpoznanie zjawiska logopedycznego, jego etiologii oraz tendencji rozwojowych. Przeprowadzana jest na podstawie uzyskanych informacji ogólnych, zaobserwowanych w badaniu logopedycznym objawów zaburzenia oraz w oparciu o znajomość ogólnych prawideł¹⁰⁶. Prawidłowa diagnoza logopedyczna nie zawęża się do ustalenia defektów językowych i objawów im towarzyszących, ale poszukuje również związków przyczynowo-skutkowych¹⁰⁷. Optymalna diagnoza logopedyczna jest dwuczęściowa:

- część pierwsza – eksploracyjna: podczas badania logopedycznego następuje rozpoznanie aktualnego, ogólnego stanu,
- część druga – weryfikacyjna: dokonuje się w czasie trwania terapii logopedycznej i polega na potwierdzeniu lub negacji wcześniejszego rozpoznania.

¹⁰³ Zob. E. Jarosz, E. Wysocka: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa 2006, s. 17.

¹⁰⁴ S. Ziemiński: *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa 1973, s. 62

¹⁰⁵ Ibidem, s. 68.

¹⁰⁶ Diagnozę logopedyczną stawia wykwalifikowany logopeda – specjalista zaburzeń mowy; odstępstwem od tej reguły jest orientacyjne badanie mowy, tzw. przesiewowe badanie mowy, które mogą przeprowadzać inni specjaliści, oceniający rozwój dziecka: lekarz, pedagog, psycholog, nauczyciel czy średni personel medyczny. Zob. S. Grabias, Z. M. Kurkowski, T. Woźniak: *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*. Lublin 2002, s. 22.

¹⁰⁷ Zob. L. Iskra, J. Szuchnik: *Diagnoza logopedyczna*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Galkowski, E. Szelań, G. Jastrzębowska. Opole 2005, s. 271.

Diagnoza jest stałym aktem terapii logopedycznej. W procesie oddziaływania logopedycznego diagnoza jest pogłębiana w miarę rozpoznawania problemu badanej osoby i permanentnie weryfikowana w toku terapii¹⁰⁸. Diagnoza logopedyczna powinna zatem obejmować rozpoznanie zaburzenia, zawierać wskazówki terapeutyczne oraz prognozę przebiegu terapii. Powinna być prowadzona w następujących stadiach:

- identyfikacja problemu – badania wstępne i uzupełniające,
- formułowanie hipotezy badawczej,
- weryfikacja hipotezy¹⁰⁹.

Pierwszy etap procesu diagnostycznego w postępowaniu logopedy to:

1. Badania wstępne:

- wywiad (służy zgromadzeniu istotnych dla postawienia diagnozy informacji na temat pacjenta i domniemanych przyczyn zaburzenia czy nieprawidłowości, jest przeprowadzany z rodzicem lub opiekunem dziecka, lub bezpośrednio z pacjentem w przypadku osób dorosłych),
- obserwacja (obejmuje ogólne reakcje i zachowania badanego oraz jego opiekunów, ze szczególnym uwzględnieniem zachowań werbalnych),
- orientacyjne badanie mowy – prowadzone w trakcie rozmowy z pacjentem (jest wstępnym rozeznaniem poziomu rozumienia mowy; badający stara się uchwycić kompetencje komunikacyjne badanego w aspekcie ilościowym i jakościowym).

2. Badania uzupełniające, które w zależności od rodzaju zaburzenia mogą obejmować¹¹⁰:

- badanie stanu i sprawności aparatu artykulacyjnego,
- badanie funkcji połykowej,
- badanie funkcji oddechowych,
- orientacyjne badanie słuchu,
- badanie słuchu fonematycznego,

¹⁰⁸ Diagnozowanie w postępowaniu logopedycznym to stopniowe uzyskiwanie diagnozy w procesie decyzyjnym, na który składają się określenie przedmiotu i celu diagnozy, zestawienie zróżnicowanych informacji o badanym zjawisku, wysunięcie wstępnych hipotez i stała ich weryfikacja w toku terapii. Por. D. Emiluta-Rozya: *Diagnoza logopedyczna dzieci z wadami wymowy*. W: *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci*. Red. J. Rola. Warszawa 1998, s. 96-105; L. Iskra, J. Szuchnik: *op. cit.*, s. 271- 300; G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala: *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, s. 309-343; E. M. Skorek: *op. cit.*, s. 51.

¹⁰⁹ Zob. G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala: *op. cit.*, s. 310-314.

¹¹⁰ Zob. *Ibidem*, s. 323.

- badanie pamięci słuchowej,
- badanie kinestezji artykulacyjnej, tj. czucia pozycji i ruchów narządów mowy względem siebie,
- badanie płynności mowy i prozodii mowy, tj. rytmu, melodii i akcentu,
- badanie emisji głosu,
- badanie prakcji (zdolności wykonywania celowych ruchów artykulacyjnych) i gnozji (zdolności rozpoznawania odbieranych bodźców na podstawie ich analizy i syntezy), a także badanie orientacji przestrzennej,
- orientacyjne badanie lateralizacji (stronności – przewagi, dominacji czynnościowej jednej strony ciała).

Celem drugiego etapu diagnozy logopedycznej jest ustalenie inwentarza zaburzonych zachowań językowych, zakłócających proces porozumiewania się. Badanie podstawowe obejmuje ocenę językowej sprawności systemowej i ewentualnie ocenę umiejętności czytania i pisania (w przypadku uczniów)¹¹¹. Ocena językowej sprawności systemowej prowadzona jest na dwóch poziomach: mówienia i rozumienia.

1. Badanie mówienia (nadawania mowy), czyli sprawności systemowej na poziomie fonologicznym, morfologicznym i składniowym, obejmuje:
 - aspekt fonetyczny – ustalenie zasobu dźwięków,
 - aspekt leksykalny – określenie zasobu słownictwa czynnego,
 - aspekt gramatyczny – ocenę umiejętności stosowania form fleksyjnych, budowania struktur zdaniowych,
 - aspekt ekspresyjny – badanie płynności i prozodii mowy.
2. Badanie czynności odbioru mowy (rozumienia) odbywa się natomiast na kilku poziomach:
 - badanie rozumienia nazw przedmiotów, zjawisk, czynności, słów określających stosunki przestrzenne, czasowe i wielkościowe – poziom pojedynczych słów,
 - badanie rozumienia struktur gramatycznych – poziom prostych połączeń słownych,
 - badanie rozumienia zdań złożonych i trudniejszych instrukcji słownych¹¹².

¹¹¹ Analiza sprawności językowej – rozumianej jako kompetencja komunikacyjna – dotyczy zarówno mówienia, jak i rozumienia. W ujęciu S. Grabiasa sprawność językowa jest wypadkową sprawności systemowej: społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej. Cyt. za G. Jastrzębowską, O. Pelc-Pękala: *op. cit.*, s. 312.

¹¹² Zob. L. Iskra, J. Szuchnik: *op. cit.*, s. 278-291.

Ogólna ocena systemowej sprawności językowej to także badanie kompetencji komunikacyjnych na trzech płaszczyznach:

- sytuacyjnej (to ustalenie, czy badany potrafi dostosować swoją wypowiedź do odbiorcy i sytuacji komunikacyjnej),
- społecznej (to określenie, czy badany potrafi dostosować swoją wypowiedź do społecznej rangi adresata, a pośrednio również do sytuacji komunikacyjnej),
- pragmatycznej (to ocena, czy badany jest w stanie osiągnąć założony przez siebie cel wypowiedzi)¹¹³.

Na tym etapie może również być wskazane zlecenie przeprowadzenia badań specjalistycznych: lekarskich, psychologicznych lub pedagogicznych. Często informacje zgromadzone w toku obserwacji, wywiadu, badania mowy są niewystarczające dla sformułowania hipotezy opisującej rodzaj oraz przyczyny zaburzenia i niezbędne jest pozyskanie dodatkowych danych na podstawie innych badań specjalistycznych.

Ostatni etap diagnozy logopedycznej to ustalenie programu terapii, który obejmuje przypuszczalny czas trwania terapii, częstotliwość spotkań, prognozę terapeutyczną oraz metody, narzędzia i środki, które zostaną wykorzystane w procesie terapeutycznym.

Diagnozę logopedyczną prowadzą logopedzi (wyjątek stanowią badania przesiewowe mowy), wykorzystując różnorodne narzędzia diagnostyczne – wystandaryzowane i niewystandaryzowane¹¹⁴. W ostatnich latach na rynku wydawniczym pojawiło się dużo wydawnictw zawierających kwestionariusze obrazkowe. A. Sołys-Chmielowicz zwraca jednak uwagę, że kwestionariusz obrazkowy nie powinien być traktowany jako jedyne i miarodajne źródło pozyskiwania informacji o wymowie osoby badanej. Jej zdaniem najbardziej obiektywny materiał można pozyskać, obserwując dłuższe wypowiedzi pacjenta, uzupełnione o próby powtarzania (wyrazów i zdań)¹¹⁵. Wartościowe są także informacje zebrane w toku mowy dialogowej oraz opowiadania czy recytacji. W ostatnim czasie na

¹¹³ Zob.: S. Grabias: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin 1997, s. 245-313.

¹¹⁴ Obecnie do najbardziej znanych i powszechnie wykorzystywanych w praktyce logopedycznej należą następujące kwestionariusze, ankiety, programy komputerowe i karty: do badania artykulacji: *Sprawdź jak mówię. Karta badania logopedycznego* E. Stecko; *Kwestionariusz obrazkowy do badania wymowy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym* I. Michalak-Widery; *Kwestionariusz badania mowy* G. Billewicz, B. Ziolo; *Kwestionariusz obrazkowy* A. Balejki; *Kwestionariusz obrazkowy* G. Demelowej; *Kwestionariusz obrazkowy* J. E. Nowak; *Dialogowy test artykulacji* A. Majewskiej-Tworek; narzędzia do badania słuchu fonemowego i fonetycznego, analizy i syntezy słuchowej: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego. Komentarz i tablice* I. Styczek; *Słuch fonemowy i fonematyczny* B. Rocławskiego; narzędzia do badania mowy w różnych jej aspektach: *Test obrazkowo-literowy do badania afazji* M. Szumskiej; *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?* A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, L. Mikosza; *Test sprawności językowej* Z. Tarkowskiego. Zob. G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pekala: *op. cit.*, s. 325.

¹¹⁵ A. Sołys-Chmielowicz: *O czym warto pamiętać, badając wymowę dzieci*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2005, nr 9, s. 19-25.

gruncie logopedii stosowanej coraz częstsze staje się wykorzystywanie technologii informatycznych w oddziaływaniach diagnostycznych, profilaktycznych i terapeutycznych. Programy komputerowe pozwalają logopedom na intensyfikację niektórych etapów pracy, ułatwiają ją i często uatrakcyjniają. Wykorzystanie komputera w diagnostyce otwiera przed specjalistami nowe możliwości. Pozwala na stosowanie, choć w ograniczonym zakresie, narzędzi obiektywnych, na przykład przy użyciu programu do wstępnej diagnozy słuchu fizjologicznego¹¹⁶. Wiele narzędzi skonstruowanych do celów diagnostycznych znajduje zastosowanie w terapii logopedycznej. Jest to uzasadnione ze względu na nierozzerwalność procesu diagnostyczno-terapeutycznego i konieczność ciągłego weryfikowania wstępnej diagnozy w postępowaniu logopedycznym.

W badaniu logopedycznym, podobnie jak w badaniach medycznych, konieczne jest w niektórych przypadkach dokonywanie diagnozy różnicowej, polegającej na rozpoznawaniu objawów i zaklasyfikowaniu ich do określonego zaburzenia. Sytuacja taka ma miejsce w przypadku wczesnej niepełności mowy¹¹⁷. Konieczne jest wówczas rozróżnienie, czy dziecko manifestuje objawy rozwojowej niepełności mowy, czy występuje u niego jąkanie wczesnodziecięce. W każdym badaniu logopedycznym, szczególnie jednak w diagnozie różnicowej, postawienie poprawnej diagnozy jest zależne od przeprowadzenia rzetelnego wywiadu. Badanie logopedyczne w przypadku wczesnej dysfluencji (niepełności – czy to fizjologicznej, czy patologicznej), oprócz analizy płynności mowy, obejmuje również ocenę charakterystycznych cech rozwojowych, takich jak: język dziecka, artykulacja i kontrola motoryczna, zmiennych środowiskowych – stres komunikacyjny, czyli sposób, w jaki otoczenie porozumiewa się z dzieckiem i stres interpersonalny, czyli wzajemne oddziaływanie członków rodziny na siebie¹¹⁸. W praktyce diagnostyka wczesnej niepełności mowy to obserwacja tego zjawiska w dłuższym odstępie czasu, aby ustalić:

¹¹⁶ Programy komputerowe służące do badań przesiewowych to opracowane przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie: *Komputerowy System Powszechnych Badań Słuchu „Słyszę”*; *Komputerowy System Powszechnych Badań Mowy „Mówię”*. Pełna diagnoza logopedyczna zakłada badanie słuchu fonematycznego, które również można przeprowadzić z wykorzystaniem technologii multimedialnych. Program komputerowy pozwalający na zbadanie słuchu fonemowego to *Sfonem*, opracowany przez firmę Young Digital Poland, producenta popularnych programów do terapii logopedycznej: *Logopedia* i *Mówiące Obrazki*. Zob. A. Walencik-Topiłko: *Wykorzystanie programów komputerowych w profilaktyce, diagnozie i terapii logopedycznej*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, s. 1019-1027.

¹¹⁷ Najpopularniejsze testy do badania objawów jąkania w mowie to: *Kwestionariusz niepełności mówienia i logofobii* Z. Tarkowskiego; *Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania* M. Chęćka; *Próba sylabowa do oceny niepełności mówienia* Z. M. Kurkowskiego. Zob. np.: M. Chęćka: *Przegląd metod diagnostycznych dotyczących jąkania i innych zaburzeń płynności mówienia*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2002, nr 2, s. 5-9; G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala: *op. cit.*, s. 325.

¹¹⁸ Zob. H. H. Gregory: *Jąkanie: gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?* „Logopedia” 1994, nr 21, s. 25-29.

- ilość nie płynności – jak częste są epizody mowy nie płynnej i czy mają tendencję do ustępowania wraz z wiekiem i doskonaleniem się sprawności językowej, co jest charakterystyczne dla rozwojowej nie płynności mowy;
- ciężkość nie płynności – jeśli powtarzaniu, przeciąganiu głosek, a nawet zatrzymaniu toku mówienia towarzyszy zwiększone napięcie mięśni, lęk oraz próby pokonywania siłą tych zaburzeń (reakcja walki), to wskazuje patologiczną formę nie płynności;
- okoliczności występowania nie płynności – jeśli nasilenie nie płynności wiąże się z konkretnymi sytuacjami lub też z obecnością pewnych osób, sygnalizuje to chroniczną postać dysfluencji;
- zachowania zmierzające do ukrywania trudności – świadome stosowanie przez dziecko różnych sposobów celem uniknięcia utrudnień w mowie wskazuje na chroniczny charakter zaburzenia¹¹⁹.

Wynik diagnozy różnicowej ma decydujący wpływ na wybór właściwej strategii postępowania terapeutycznego.

Jak już zasygnalizowałam, nieco inny charakter diagnostyczny mają przesiewowe badania mowy¹²⁰. Są to raczej działania z zakresu profilaktyki logopedycznej niż diagnostyki. Przesiewy logopedyczne, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, są wstępną identyfikacją nierozpoznanych dotychczas chorób, zaburzeń lub wad¹²¹. Nie jest to pełna diagnoza, a jedynie forma szybkiej selekcji dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy.

Praktyczne badanie logopedyczne jest zatem procesem ciągłym, w którym podejmowany jest odpowiednio dobrany tok postępowania diagnostycznego. We współczesnej praktyce logopedycznej nie poddaje się już w wątpliwość fakt, że nie ma jednej uniwersalnej procedury diagnostycznej¹²². Działania podejmowane w toku badania mowy dostosowywane są do pacjenta, jego wieku i rodzaju zaburzenia. W postępowaniu diagnostycznym terapeuta musi odwoływać się do dorobku naukowego logopedii. Istotne jest

¹¹⁹ Zob. R. Byrne: *Pomówmy o zacinianiu*. Warszawa 1989, s. 11.

¹²⁰ Narzędzia wykorzystywane do przesiewowych badań mowy to: *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym* S. Grabiasa, Z. M. Kurkowskiego i T. Woźniaka; *Przesiewowy test logopedyczny* Z. Tarkowskiego; *Badania przesiewowe mowy do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolatków* D. Emiluty-Rozyi, H. Mierzejewskiej, P. Atys; *Materiał obrazkowy do wykorzystania w przesiewowych badaniach mowy dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym* M. Lampart-Busse. Zob. G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pekala: *op. cit.*, s. 325.

¹²¹ Zob. *Zdrowie i szkoła*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2000, s. 536.

¹²² Zob. J. Cieszyńska: *Diagnozowanie i opis zachowań językowych dziecka z wadą słuchu*. W: *Zaburzenia mowy*. Red. S. Grabias. Lublin 2002, s. 275.

wykorzystywanie w praktyce wiedzy z zakresu rozwoju mowy i innych procesów psychicznych dziecka oraz „(...) wiedzy na temat zaburzeń, na temat postaci zdeformowanych tekstów i wreszcie na temat skutków zaburzonych zachowań komunikacyjnych”¹²³. Diagnoza logopedyczna stanowi punkt wyjścia do dalszego postępowania terapeutycznego. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym ogromne znaczenie mają działania z pogranicza profilaktyki i diagnostyki – badania przesiewowe. Pozwalają one na wczesną identyfikację problemu i zastosowanie odpowiednich środków naprawczych. Wobec dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy możliwe jest wówczas podejmowanie dalszych oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych, umożliwiających im harmonijny rozwój.

3.3. Zaburzenia mowy najczęściej występujące u dzieci w wieku przedszkolnym

Intensywny rozwój badań naukowych nad mową i jej zaburzeniami przyniósł w ostatnich latach weryfikację myślenia o mowie, języku i kompetencji językowej. Zgodnie z najnowszymi tendencjami w logopedii termin *mowa* utożsamiany jest obecnie z zachowaniami językowymi¹²⁴. Takie rozumienie mowy wykracza daleko poza funkcjonujące do tej pory w literaturze przedmiotu interpretacje. Wcześniej mowę kojarzono z komunikacyjnymi zachowaniami człowieka lub z biologicznie postrzeganym procesem mówienia¹²⁵. Termin *zaburzenia mowy* jest pojęciem najszerszym i obejmuje nieprawidłowości o różnej etiologii, które prowadzą do zakłócenia procesu porozumiewania się, a spowodowane mogą być zarówno czynnikami egzogennymi (zewnętrznymi), jak i endogennymi (wewnętrznymi). Zaburzenia mowy to wszelkie patologiczne zjawiska, występujące w procesie nadawania i odbioru mowy, od prostych wad wymowy, aż do całkowitej niemożności mówienia¹²⁶. S. Grabias proponuje, by zaburzenia mowy „[traktować] (...) jako swoisty aspekt komunikacji (językowej), zdeterminowany jakimiś dysfunkcjami biologicznymi lub psychicznymi czynnościami jednostki”¹²⁷. Wymusza to rozpoznawanie problemu zaburzeń mowy w trzech aspektach: biologicznym, psychicznym i społecznym.

¹²³ S. Grabias: *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*. „Audiofonologia” 1994, t. IV, s. 17.

¹²⁴ Zob. S. Grabias: *Mowa i jej zaburzenia*. „Logopedia” 2000, nr 28, s. 8.

¹²⁵ Zob. L. Kaczmarek: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin 1988, s. 22

¹²⁶ Zob. np. G. Jastrzębowska: *Podstawy logopedii*. Opole 1996, s. 29-30; E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty*. *Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków 2000, s. 193.

¹²⁷ S. Grabias: *Mowa i jej zaburzenia*. „Logopedia” 2000, nr 28, s. 28.

W konsekwencji umożliwia szerszą interpretację obrazu komunikacji i kompetencji językowej, każe dostrzegać nie tylko to, co w związku z określoną dysfunkcją istnieje – jej objawy, ujawniające się w zachowaniach językowych, ale również i to, czego nie ma, a co dla prawidłowego funkcjonowania komunikacyjnego jednostki powinno istnieć.

W oparciu o omówione powyżej podejście S. Grabias zaproponował następującą klasyfikację zaburzeń mowy¹²⁸:

- zaburzenia mowy związane z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi:
 - głuchota i niedosłuch – kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi wskutek zaburzenia słuchu fizycznego,
 - alalia i jej wycofujące się stadium dyslalia – kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi w związku z niewłaściwie funkcjonującym słuchem fonematycznym,
 - oligofazja – kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi w stopniu zależnym od poziomu niedorozwoju umysłowego,
- zaburzenia mowy związane z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych – przy zdobytych kompetencjach:
 - zaburzenia realizacji fonemów: dysglosja – wynikająca z anomalii tkwiących w budowie narządów artykulacyjnych (np. w przypadku rozszczepów podniebienia, wad zgryzu i innych),
 - zaburzenia realizacji ciągu fonicznego: mowa bezkrtaniowców, giełkot (wzmózone tempo realizacji wypowiedzi), jąkanie (zaburzenie płynności wypowiedzi),
 - zaburzenia realizacji fonemów i ciągu fonicznego: anartria i dysartria – związane z uszkodzeniami ośrodków i dróg unerwiających narządy mowy,
- zaburzenia mowy związane z rozpadem systemu komunikacyjnego:
 - afazja – wynikająca z uszkodzenia korowych ośrodków mowy, a objawiająca się pełnym lub częściowym rozpadem kompetencji językowej i/lub zaburzeniami sprawności realizacyjnej wypowiedzi,

¹²⁸ Ibidem, s. 32.

- o schizofazja – jest wynikiem schizofrenii, a ujawnia się w postaci niespójnych wypowiedzi językowych.

W środowisku logopedów zatrudnionych w służbie zdrowia powszechne jest wykorzystywanie klasyfikacji medycznych porządkujących m.in. zaburzenia w rozwoju mowy i języka według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD 10¹²⁹ oraz DSM-IV¹³⁰. Klasyfikacje te nie znajdują szerszego zastosowania w środowisku logopedów oświatowych. ICD 10 jest wykorzystywana najczęściej przez logopedów zatrudnionych w poradniach logopedycznych funkcjonujących w strukturach służby zdrowia.

Prowadzone w ostatnich latach badania wykazują, że wśród przejawów zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym najczęściej występują różne odmiany dyslalii, czyli wady wymowy¹³¹. *Wady wymowy* są pojęciem węższym niż zaburzenia mowy, stosowanym dla określenia wadliwej realizacji fonemów, spowodowanej zmianami w budowie narządów mowy (zarówno nadawczych, jak i odbiorczych) lub dysfunkcją mechanizmów mowy (zarówno na poziomie centralnym, jak i obwodowym)¹³². Powszechnie stosowanym w praktyce logopedycznej terminem, którym najczęściej zastępuje się pojęcie wad wymowy, jest *dyslalia*. Został on użyty po raz pierwszy przez profesora Uniwersytetu Wileńskiego J. Franka i pochodzi z języka greckiego, gdzie *dys* oznacza zaburzenie, a *lalia* – mówię. W monografii wydanej w 1827 roku J. Frank użył tego terminu w stosunku do wszystkich

¹²⁹ ICD 10 (Classification of Mental and Behavioural Disorders – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) została zatwierdzona przez World Health Organization (WHO) – Genewa 1992. Najczęściej stosowane w diagnostyce logopedycznej formy zaburzeń zaczerpnięte z tej klasyfikacji to: F80 Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka: F80.0 Specyficzne zaburzenia artykulacji (obejmuje rozwojowe i fonologiczne zaburzenia artykulacji, dyslalie, funkcjonalne zaburzenia artykulacji, lambdacyzm); F80.1 Zaburzenie ekspresji mowy (obejmuje rozwojową dysfazję lub afazję typu ekspresyjnego); F80.2 Zaburzenie rozumienia mowy (obejmuje wrodzone zaburzenia percepcji słuchowej, rozwojową afazję lub dysfazję typu Wernickego, głuchotę słów); F80.3 Nabyta afazja z padaczką (zespół Landau-Kleffnera); F80.8 Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka (seplenienie); F80.9 Zaburzenia rozwoju mowy i języka, nieokreślone (obejmuje zaburzenia mowy bliżej nieokreślone); F94 Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym: F94.0 Mutyzm wybiórczy; F95 Tiki: F95.1 Przewlekłe tiki głosowe lub ruchowe (wokalne); F95.2 Zespół tików głosowych i ruchowych (zespół Gilles de la Tourette'a); Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym: F98.5 Jąkanie (zacinanie się); F98.6 Mowa bezładna. Zob. *ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków 2000, s. 195.

¹³⁰ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostyczna i Statystyczna Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych) jest to system diagnozy nozologicznej Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association, Waszyngton 1994). Stanowi narzędzie wykorzystywane w diagnostyce przez lekarzy rodzinnych, psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów.

¹³¹ Por. G. Jastrzębowska: *op. cit.*, s. 307-309; E. M. Skorek: *Oblicza wad wymowy*. Kraków 2001, s. 9; E. Słodownik-Rycaj: *System opieki logopedycznej...*, s. 158-166.

¹³² Zob. A. Sołtys-Chmielowicz: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków 2008, s. 24-27; G. Jastrzębowska: *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii*. Opole 1996, s. 30.

zaburzeń mowy o różnej etiologii. Trzy lata później szwajcarski lekarz R. Szulterss mianem dyslalii określił wady wymowy spowodowane defektami narządów artykulacyjnych¹³³.

W polskiej literaturze przedmiotu spotyka się najczęściej następujące kategoryzacje dyslalii:

- klasyfikacje przyczynowe – za podstawę rozróżnienia przyjmuje się mechanizm patologiczny, powodujący wadliwą realizację dźwięków (I. Styczek, L. Kaczmarek, B. Sawa, E. Minczakiewicz),
- klasyfikacje ilościowe – uwzględniające liczbę wadliwie wymawianych fonemów (głosek) lub liczbę cech dystynktywnych bądź artykulacyjnych realizowanych nieprawidłowo (L. Kaczmarek, A. Pruszewicz),
- klasyfikacje jakościowe – podział dokonywany jest w oparciu o objawy, czyli opis zniekształceń (L. Kaczmarek, J. T. Kania)¹³⁴.

W praktyce logopedycznej powszechnie stosowana jest klasyfikacja jakościowa, wykorzystująca system terminów zaczerpniętych z klasycznej foniatryi. Zgodnie z tym systemem do dyslalii zalicza się następujące wady wymowy:

- sygmatyzm (łac. *sigmatismus*) – nieprawidłową realizację głosek dentalizowanych: „ś”, „ź”, „ć”, „dź”, „s”, „z”, „c”, „dz”, „sz”, „ż”, „cz”, „dż”,
- rotacyzm (łac. *rhotacismus*) – nieprawidłową realizację głoski „r”,
- kappacyzm (łac. *kappacismus*) – nieprawidłową realizację głoski „k”,
- gammacyzm (łac. *gammacismus*) – nieprawidłową realizację głoski „g”,
- lambdacyzm (łac. *lambdacismus*) – nieprawidłową realizację głoski „l”,
- betacyzm (łac. *betacismus*) – nieprawidłową realizację głoski „b”,
- mowę bezdźwięczną – wymawianie spółgłosek dźwięcznych bezdźwięcznie,
- inne odchylenia od normalnej artykulacji.

Z dyslalii wyodrębniły się oddzielne jednostki – rynolalia (łac. *rhinolalia* – nosowanie) i dysartria (łac. *dysarthria*).

W obrębie dyslalii wyróżnić należy jeszcze jeden przykład, bardziej ogólną klasyfikację jakościową:

- mogilalia – brak realizacji głoski,
- paralalia – zastępowanie jednych głosek innymi, wymawianymi prawidłowo,
- dyslalia właściwa – deformacje, zniekształcanie głosek¹³⁵.

¹³³ Zob. A. Balejko: *Dyslalia: etiologia, diagnoza*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski. Lublin 1993, s. 93.

¹³⁴ Cyt. za A. Sołtys-Chmielowicz: *Klasyfikacje wad wymowy*. „Logopedia” 2000, nr 28, s. 116-122.

¹³⁵ Zob. G. Jastrzębowska: *Podstawy logopedii...*, s. 69.

Sygmatyzm to najbardziej rozpowszechniona wada artykulacyjna wśród dzieci w wieku przedszkolnym. W przypadku sygmatyizmu całkowitego maksymalnie nieprawidłowo może być realizowanych dwanaście dźwięków, tzw. głosek dentalizowanych. Oprócz mogisygmatyizmu (opuszczania głoski) i parasygmatyizmu (zastępowania głoski łatwiejszą wymawianiowo) najczęściej występujące formy seplenienia właściwego (deformacja głoski) to:

- seplenienie międzyzębowe (łac. *sigmatismus interdentalis*),
- seplenienie boczne (łac. *sigmatismus lateralis*),
- seplenienie wargowo-zębowe (łac. *sigmatismus labio-dentalis*),
- seplenienie przyzębowe (łac. *addentalis*).

Literatura wymienia również mniej rozpowszechnione formy seplenienia nosowego, krtaniowego, podniebiennego i świszczącego¹³⁶. Wśród przyczyn, które powodują seplenienie, wymienia się nieprawidłową budowę anatomiczną narządów mowy (zbyt duży lub zbyt gruby język, skrócone wędzidełko podjęzykowe) oraz niską ich sprawność ruchową, a także upośledzony słuch, niedostateczne różnicowanie słuchowe dźwięków mowy, naśladowanie złych wzorów, nawracające choroby górnych dróg oddechowych (nawykowe oddychanie torem ustnym) lub przetrwały niemowlęcy typ połykania (zaburzenie czynnościowej funkcji języka)¹³⁷. Przyczynami nieprawidłowej artykulacji mogą być również zniekształcony zgryz i anomalie zębowe¹³⁸.

Rotacyzm (reranie) to drugi po sygmatyzmie, najczęściej występujący u dzieci w wieku przedszkolnym rodzaj dyslalii, manifestujący się nieprawidłową artykulacją głoski „r”¹³⁹. Głoska „r” zaliczana jest do głosek najtrudniejszych do wymówienia. Jej artykulacja wymaga złożonych ruchów języka. Fizjologicznie głoska ta w wymowie dziecka pojawia się najpóźniej¹⁴⁰. Ze względu na sposób artykulacji wyróżnić można następujące rodzaje wadliwej wymowy głoski „r”:

- mogirotacyzm (łac. *mogirhotacismus*), czyli opuszczanie głoski „r”,
- pararotacyzm (łac. *pararhotacismus*) polegający na zastępowaniu głoski „r” innymi głoskami, najczęściej: „l”, „j”, a rzadziej: „d”, „n”, „u”, „w”, „ł”, „h” i innymi łatwiejszymi artykulacyjnie,

¹³⁶ Zob. G. Demel: *Elementy logopedii*, s. 41.

¹³⁷ Zob. F. Łabiszewska-Jaruzelska: *Etiologia zaburzeń w obrębie narządu żucia*. W: *Opieka logopedyczna od początku*. Red. B. Ročławski. Gdańsk 1993, s. 45.

¹³⁸ Zob. G. Demel: *Elementy logopedii*, s. 42.

¹³⁹ Zob. K. Kozłowska: *Logopeda bliżej dziecka*. Kielce 2004, s. 81.

¹⁴⁰ Zob. E. M. Skorek: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Kraków 2003, s. 15.

- rotacyzm właściwy (rerańie właściwe) polega na deformacji głoski – tworzeniu zamiast głoski „r” dźwięku, który nie występuje w systemie fonologicznym języka polskiego.

W zależności od miejsca artykulacji wyróżnia się następujące rodzaje rotacyzmu właściwego:

- rotacyzm języczkowy – artykulacja polega na wibracji języczka, przy uniesionym podniebieniu miękkim język pozostaje bierny,
- rotacyzm policzkowy, czyli boczny – pod wpływem strumienia powietrza skierowanego w bok drga jeden policzek,
- rotacyzm wargowy – drgają obie wargi lub warga górna,
- rotacyzm międzyzębowy – drga czubek języka wsunięty pomiędzy zęby,
- rotacyzm podniebienny – polega na wibracji podniebienia miękkiego, które zbliża się do tylnej części języka (nasady),
- rotacyzm gardłowy – wibracja powstaje pomiędzy nasadą języka a tylną ścianą gardła¹⁴¹.

Niektórzy autorzy wymieniają jeszcze inne formy tej wady wymowy: rotacyzm krtaniowy, nosowy, wargowo-zębowy, wargowo-języczny, niepełny, hiperpoprawny¹⁴². Za bezpośrednią przyczynę rotacyzmu uznaje się niedostateczną sprawność ruchową języka, gdyż prawidłowa wymowa tej głoski wymaga bardzo precyzyjnych ruchów wibracyjnych czubka języka. W przypadku makroglosji (przerostu masy języka) czy w razie zbyt dużego napięcia mięśniowego języka lub przeciwnie, przy osłabionym wiotkim języku albo ze skróconym wędzidełkiem wykonanie tych precyzyjnych ruchów jest utrudnione i wówczas dziecko szuka innej, zastępczej realizacji głoski „r”¹⁴³. Czasami powodem wadliwej artykulacji tej trudnej głoski jest nadmierna, wynikająca z nieświadomości presja otoczenia. Rodzice i opiekunowie często nie zdają sobie sprawy z naturalnej ewolucji rozwoju mowy – od głoski „j” poprzez głoskę „l” dziecko w toku naturalnych ćwiczeń usprawniającego się aparatu artykulacyjnego dochodzi do poprawnej artykulacji głoski „r”. Czasem oczekiwania bliskich wobec mowy dziecka są nierealistyczne. Opiekunowie wymagają powtarzania przez dziecko wyrazów z głoską „r”, a ponieważ aparat artykulacyjny nie od razu jest w stanie sprostać temu zadaniu, zastępuje ono trudny dźwięk łatwiejszym do wymówienia lub realizuje postać zdeformowaną głoski „r”.

¹⁴¹ Por. np. H. Rodak: *Uczymy mówić poprawnie*. Warszawa 1998, s. 4; G. Demel: *Elementy logopedii*, s. 43.

¹⁴² Zob. K. Kozłowska: *op. cit.*, s. 84.

¹⁴³ Zob. E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty...*, s. 96.

Wśród dzieci w wieku przedszkolnym znajdują się i takie, którym kłopot sprawia wypowiedzenie głosek: „k”, „g”. Nieprawidłowa wymowa tych głosek to tzw. *kappacyzm*, *gammacyzm*, które objawiają się najczęściej substytucją tych głosek łatwiejszymi wymawianiowo: „t”, „d”, a rzadziej opuszczaniem ich lub zniekształcaniem¹⁴⁴. Przyczyną tego zjawiska może być słaba sprawność ruchowa lub czynnościowo-ruchowa języka, zwłaszcza w zakresie ruchów poziomych, co również ma związek z ustalaniem się w tym okresie (około 3. roku życia) dorosłego typu połykania¹⁴⁵. Zdaniem J. T. Kania przyczyną tej wady wymowy można również poszukiwać we wpływie najbliższego otoczenia lub też w niedostatecznym rozwoju analizatora słuchowego czy występowaniu wad anatomicznych w obrębie narządów artykulacyjnych, tzw. gotyckiego – wysokiego podniebienia¹⁴⁶.

Lambdacyzm, zwany inaczej lelaniami, to rodzaj dyslalii polegający na nieprawidłowej artykulacji głoski „l”. Może ona być zastępowaną głoską łatwiejszą – zwykle „j”, opuszczana lub też deformowana. Najczęstszą przyczyną nieprawidłowej artykulacji tej głoski jest niedostateczna sprawność języka (w zakresie ruchów pionowych)¹⁴⁷. Lambdacyzm w postaci, gdzie głoska „l” realizowana jest międzyzębowo, często współwystępuje przy interdentalnej (międzyzębowej) realizacji innych głosek dentalizowanych.

Betacyzm to jedna z rzadziej występujących form dyslalii, polegająca na nieprawidłowej artykulacji głoski „b” i/lub „p”. Betacyzm spowodowany jest najczęściej:

- osłabionym napięciem mięśniowym warg (tzw. hipotonia),
- występowaniem blizn na wargach (np. po operacji rozszczepu wargi),
- wadami zgryzu,
- trudnościami w domykaniu ust¹⁴⁸.

Stosunkowo rzadko przez dzieci zniekształcane są samogłoski. Zdeformowana realizacja tych najwcześniej pojawiających się w mowie dziecka fonemów towarzyszy zwykle poważniejszym problemom w komunikacji językowej, takim jak: zaburzenia słuchu, mózgowo-porażenie dziecięce, rozszczep podniebienia. Wadliwa wymowa samogłosek może również dotyczyć dzieci z obniżoną sprawnością intelektualną, opóźnionym rozwojem mowy, a także z zaburzeniami słuchu fonemowego¹⁴⁹. Z uwagi na fakt, że samogłoski, tzw. centra

¹⁴⁴ Zob. E. M. Minczakiewicz: *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*. Kraków 1996, s. 105.

¹⁴⁵ Zob. G. Jastrzębowska: *Podstawy logopedii...*, s. 83.

¹⁴⁶ J. T. Kania: *Szkice logopedyczne*. Lublin 2001, s. 321.

¹⁴⁷ Zob. E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty...*, s. 91.

¹⁴⁸ Zob. *Ibidem*, s. 31.

¹⁴⁹ Zob. np. J. Cieszyńska: *Metody wywoływania głosek*. Kraków 2003, s. 33; J. T. Kania: *op. cit.*, s. 171-172; E. M. Skorek: *Samogłoski. Profilaktyka, diagnoza, korekta*. Kraków 2000, s. 7; A. Sołtys-Chmielowiec: *Uwagi o wadliwej realizacji samogłosek ustnych*. „Biuletyn Audiofonologii” 1990, t. II, nr 1-4, s. 51.

emisyjne mowy, mają kardynalne znaczenie dla wyrazistości mówienia wszelkie odstępstwa od normy wymawianiowej w tym zakresie powinny być poddawane korekcji¹⁵⁰. Dotyczy to także błędów wymowy, które mają swoje źródło w wymowie regionalnej czy uwarunkowanej społecznie.

Zaburzeniem mowy występującym dość często wśród dzieci w wieku przedszkolnym jest *mowa bezdźwięczna*. Jest to zastępowanie głosek dźwięcznych ich bezdźwięcznymi odpowiednikami. Zjawisko to spowodowane jest unieruchomieniem więzadeł głosowych (zwanych też fałdami lub strunami głosowymi) w momencie fonacji niektórych dźwięków, zwłaszcza dotyczy to głosek szczelinowych: „w”, „z”, „ż”, „ź” oraz zwarto-szczelinowych: „dz”, „dź”, „dż”, a także zwarto-wybuchowych: „b”, „d”, „g”. Ubezdźwięcznieniu nie ulegają samogłoski i spółgłoski półotwarte, tzw. sonorne; należą do nich: „r”, „l”, „m”, „n”, „ń”, „j”¹⁵¹. Przyczynami występowania tego dość trudnego do usunięcia zaburzenia mowy mogą być wady słuchu lub niedostateczne usprawnienie słuchu fonemowego (fonologicznego)¹⁵². Czasami mowa bezdźwięczna może być skutkiem niedostatecznej koordynacji mięśni przywodzących i napinających więzadła głosowe i powodujących ich drgania¹⁵³. W niektórych przypadkach zjawisko mowy bezdźwięcznej może być spowodowane uszkodzeniami centralnego układu nerwowego, manifestującymi się brakiem koordynacji pomiędzy pracą więzadeł głosowych i narządów artykulacyjnych jamy ustnej¹⁵⁴. Zdaniem B. Rocławskiego przyczyną występowania zjawiska ubezdźwięczniania może być zaburzenie oddychania i dlatego w przezwyciężaniu tej wady konieczne jest leczenie układu oddechowego równoległe terapią logopedyczną¹⁵⁵.

Rzadziej spotykany u dzieci zaburzeniem mowy jest *nosowanie*. Zachodzi wówczas, gdy głoski nosowe wymawiane są jak głoski ustne lub odwrotnie – gdy głoski ustne zabarwione są rezonansem nosowym. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z nosowaniem zamkniętym (łac. *rhinolalia clausa*), spowodowanym najczęściej niedrożnością jamy nosowo-gardłowej na skutek przerostu śluzówki nosa, obrzęku przy

¹⁵⁰ Samogłoski pełnią w wyrazach funkcję sylabotwórczą (w języku polskim każda sylaba zawiera samogłoskę). Pomimo że polski system fonologiczny jest w przewadze spółgłoskowy, to jednak znaczna reprezentacja samogłosek (około 40,3% tekstu) decyduje o budowie wyrazów i zrozumiałości tekstów. W logopedii artystycznej podkreśla się znaczenie starannej realizacji samogłosek dla uzyskania optymalnej dykcji. Zob. np. J. Bednarek: *Ćwiczenia wyrazistości mowy*. Wrocław 2002, s. 15-17; B. Toczyńska: *Sarabanda w chaszczach*. Gdańsk 1997, s. 7-8.

¹⁵¹ Zob. I. Styczek: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego*. Warszawa 1982, s. 20.

¹⁵² Zob. B. Rocławski: *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. Warszawa 1986, s. 123.

¹⁵³ Zob. J. Nowak: *Wybrane problemy logopedyczne*. Bydgoszcz 1984, s. 18.

¹⁵⁴ Zob. E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty...*, s. 177.

¹⁵⁵ B. Rocławski: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Gdańsk 2001, s. 254.

ostrzych i przewlekłych stanach kataralnych lub też przerostu trzeciego migdałka, polipów, skrzywienia przegrody nosa. Przyczyną nosowania otwartego (łac. *rhinolalia aperta*) są zwykle rozszczepy podniebienia (czasem niewidoczne podśluzówkowe rozszczepy podniebienia miękkiego), skrócone podniebienie lub też nieprawidłowa praca zwierającego pierścienia gardłowego¹⁵⁶.

Omówione wady wymowy to najczęściej występujące zaburzenia artykulacyjne u dzieci w wieku przedszkolnym. Należy jednak mieć na uwadze, że nieprawidłowo mogą być realizowane niemalże wszystkie głoski łącznie z samogłoskami – mamy wówczas do czynienia z dyslalią całkowitą (dawniej nazywaną bełkotem). W przypadku tego zaburzenia wymowa jest zniekształcona, charakterystyczne są przestawienia sylabowe i głoskowe, brak końcówek lub sylab początkowych, a grupy spółgłoskowe są upraszczane. W takich sytuacjach wymowa dziecka jest niezrozumiała lub rozumiana tylko przez najbliższe otoczenie. Niektórzy autorzy używają terminu bełkotanie fizjologiczne, gdy stan taki utrzymuje się do 5. roku życia dziecka¹⁵⁷.

Drugą po dyslalii najczęściej spotykaną grupą zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym jest *opóźniony rozwój mowy* (ORM)¹⁵⁸. O opóźnionym rozwoju mowy mówimy wówczas, gdy poszczególne etapy rozwoju mowy pojawiają się z opóźnieniem około sześciu i więcej miesięcy. Rozwój językowy różni się od harmonijnego rozwoju mowy zarówno w aspekcie ilościowym, jak i jakościowym – biernie i czynnie opanowywanych elementów w określonym czasie¹⁵⁹. Opóźniony rozwój mowy może się zatem przejawiać w późniejszym gaworzeniu, odroczonego wymawianiu pierwszych słów i trudnościach w ich wypowiedzianiu, ubogim słowniku czynnym i biernym, późniejszym pojawianiu się zdań. Wyróżnia się dwa rodzaje opóźnionego rozwoju mowy:

- prosty opóźniony rozwój mowy,
- opóźniony rozwój mowy niesamoistny, towarzyszący:
 - głuchocie,
 - niedosłuchowi,
 - zaburzeniom wzroku,
 - upośledzeniu umysłowemu,
 - zaburzeniom psychicznym,

¹⁵⁶ Zob. G. Demel: *Elementy logopedii*, s. 44.

¹⁵⁷ Zob. G. Jastrzębowska: *Podstawy logopedii...*, s. 84.

¹⁵⁸ Zob. K. Kozłowska: *op. cit.*, s. 91.

¹⁵⁹ Zob. G. Jastrzębowska: *Opóźnienie rozwoju mowy*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, s. 360-378.

- schorzeniom przemiany materii (np. histydynemia, fenyloketonuria, homocystynuria),
- uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego, takim jak: uszkodzenia korowych ośrodków mowy (dysfazja), uszkodzenia układu pozapiramidowego (choroba Little'a, atetoz, stany po przebytych zapaleniu mózgu), minimalne dysfunkcje mózgowe,
- jękaniu¹⁶⁰.

Opóźnienia rozwoju mowy, które nie są wcześniej poddane terapii logopedycznej, w wieku szkolnym znajdują odbicie w kłopotach z czytaniem i pisanie¹⁶¹. Im wcześniej dziecko z opóźnionym rozwojem mowy zostanie otoczone opieką logopedyczną, tym większe są szanse na zapobieganie tym trudnościom lub na ich złagodzenie. Przyczyn opóźnionego rozwoju mowy upatruje się w:

- czynnikach wrodzonych (np. opóźnione dojrzewanie ośrodków układu nerwowego),
- defektach narządów mowy,
- zaburzeniach słuchu,
- opóźnieniu rozwoju umysłowego,
- dysfunkcjach ruchowych,
- zaburzeniach rozwoju funkcji poznawczych (słaba pamięć słuchowa, niedostateczne różnicowanie dźwięków),
- zaburzeniach emocjonalnych,
- braku lub niedobrze kontaktów werbalnych i zaburzeniach widzenia¹⁶².

Prosty opóźniony rozwój mowy (łac. *alalia prolongata*) występuje samoistnie, bez dodatkowych zaburzeń i może być uwarunkowany dziedzicznie lub pojawia się w następstwie zaniedbań wychowawczych albo niedostatecznej stymulacji środowiska, najczęściej jednak na skutek trudnych do określenia przyczyn. Główną cechą różnicującą prosty opóźniony rozwój mowy od opóźnionego rozwoju mowy niesamoistnego jest spowolnienie procesu opanowywania języka przy zachowaniu wszystkich pozostałych elementów rozwojowych. Dziecko z prostym opóźnionym rozwojem mowy zachowuje się adekwatnie do sytuacji życiowych, rozwiązuje zadania praktyczne na poziomie normy wiekowej, właściwie reaguje

¹⁶⁰ Zob. E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty...*, s. 118.

¹⁶¹ Zob. D. Kalka: *Przegląd badań nad problemem ryzyka dysleksji*. W: *Ryzyko dysleksji – problem i diagnozowanie*. Red. M. Bogdanowicz. Gdańsk 2003, s. 58.

¹⁶² Zob. K. Kozłowska: *op. cit.*, s. 92.

na polecenia. Wypowiedzi dziecka często cechuje odpowiednia melodia i rytm, przy czym do porozumiewania wykorzystuje ono tylko kilka wyrazów lub nieliczne monosylaby¹⁶³. W literaturze przedmiotu znaleźć można następujące rodzaje prostego opóźnionego rozwoju mowy:

- globalny – obejmuje zarówno mówienie, jak i rozumienie,
- parcjalny – dotyczy wybiórczo rozumienia, słownictwa (ograniczony czynny i bierny zasób słów), gramatyki, artykulacji (opóźniony rozwój mowy czynnej) lub kombinacji opóźnień występujących na tych płaszczyznach porozumiewania się językowego¹⁶⁴.

W diagnozowaniu prostego opóźnionego rozwoju mowy istotnym elementem jest wykluczenie: uszkodzenia słuchu, upośledzenia umysłowego, zaburzeń emocjonalnych czy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Zaburzeniem mowy, nieco skromniej opisanym w polskojęzycznej literaturze przedmiotu, jest SLI (*Specific Language Impairment*) – specyficzne upośledzenie rozwoju języka¹⁶⁵ lub specyficzne zaburzenie rozwoju językowego¹⁶⁶. Amerykańskie i brytyjskie badania wykazują, że problem specyficznego zaburzenia rozwoju językowego dotyka około 5–7% populacji¹⁶⁷. Prawdopodobnie jest tak też w Polsce. W naszym kraju brakuje jednak świadomości, że niektóre dzieci, które zaczynają mówić z opóźnieniem, a nie wykazują żadnych innych objawów typu neurologicznego, to przypuszczalnie pacjenci z SLI. Dziecko z SLI ma prawidłowo rozwinięty słuch, inteligencję w normie, ale nie mówi lub używa mowy na poziomie wyraźnie obniżonym w porównaniu z rówieśnikami. Dzieci z SLI funkcjonują językowo znacznie gorzej od swoich rówieśników i najczęściej nie wyrównują tych deficytów na poziomie klasy zerowej ani też w pierwszych latach nauki szkolnej. Problemy

¹⁶³ Zob. A. Pruszewicz: *Zaburzenia mowy i języka*. W: *Foniatrya kliniczna*. Red. A. Pruszewicz. Warszawa 1992, s. 233-241.

¹⁶⁴ Zob. E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty...*, s. 133.

¹⁶⁵ Zob. G. Jastrzębowska: *Specyficzne upośledzenie rozwoju języka*. W: *Człowiek wobec ograniczeń. Niepełnosprawność, komunikowanie, diagnoza, terapia*. Red. Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska. Lublin 2002, s. 167.

¹⁶⁶ W literaturze przedmiotu można spotkać się z różnym tłumaczeniem: *Specific Language Impairment* – G. Jastrzębowska proponuje: specyficzne upośledzenie rozwoju języka, natomiast M. Smoczyńska, I. Kurcz: specyficzne zaburzenie rozwoju językowego, E. Czaplewska, K. Kaczorowska-Bray: specyficzne zaburzenie rozwoju mowy i języka. Zob. np. G. Jastrzębowska: *Specyficzne upośledzenie...*, s. 167; E. Czaplewska, K. Kaczorowska-Bray: *Współpraca terapeutów i rodziców w procesie stymulowania rozwoju mowy u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka*. W: *Metody wspomagające rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach*. Red. M. Przybysz-Piwkova. Warszawa 2002, s. 50; L. B. Leonard: *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*. Gdańsk 2006, s. 8.

¹⁶⁷ Zob. np. I. M. Goodyer: *Language difficulties and psychopathology*. W: *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome*. Red. D. V. Bishop, L. B. Leonard. Nowy Jork and Hove 2004, s. 229; M. L. Rice: *Grammatical symptoms of specific language impairment*. W: *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome*, s. 19-20.

z opanowywaniem nauki czytania i pisanie mogą odbijać się negatywnie nie tylko na ich rozwoju poznawczym, lecz także emocjonalnym i społecznym. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka są trudne do zdiagnozowania. Przyczyny tej trudności należy upatrywać w ogromnym zróżnicowaniu obrazu zaburzeń i prezentowanego przez dzieci poziomu rozwoju mowy – od zupełnego braku komunikacji językowej po umiejętność posługiwania się prostymi zdaniami, poprawnymi pod względem gramatycznym i fonologicznym, lecz świadczącymi o niepełnym zrozumieniu przez dziecko własnych produkcji językowych¹⁶⁸. Większość dzieci z SLI wykazuje również zaburzenia w zakresie rozumienia mowy. Niezwykle istotne jest jak najwcześniejsze objęcie dziecka z przejawami specyficznych zaburzeń rozwoju językowego intensywnym oddziaływaniem terapeutycznym.

Rzadziej występującym u dzieci w wieku przedszkolnym zaburzeniem mowy jest *mutyzm* (łac. *mutismus*) – uporczywe milczenie. Mutyzm polega na niemożności posługiwania się mową werbalną, przy zachowanym rozumieniu mowy. Mutyzm jest najczęściej uwarunkowany psychologicznie. Jednakże bezpośrednie ustalenie przyczyn tego zjawiska bywa często niezwykle trudne. Mogą nimi być traumatyczne przeżycia, nagły przestraszenie, obawa wobec nowego środowiska, oddzielenie od matki czy też niewłaściwe relacje panujące w rodzinie. Mutyzm manifestuje się nagłym zablokowaniem komunikacji werbalnej – dziecko, które wcześniej mówiło, nagle przestaje korzystać z tej umiejętności, choć analizator słuchowy i narządy artykulacyjne funkcjonują prawidłowo. Mutyzm może występować w postaci:

- mutyzmu wybiórczego – dziecko nie mówi w określonych sytuacjach lub wobec określonych osób,
- mutyzmu całkowitego.

Mutyzm najczęściej nie wymaga bezpośredniej terapii logopedycznej (zwłaszcza wybiórczy), ale wskazana jest konsultacja psychologiczna i ewentualnie psychoterapia¹⁶⁹. Wczesna interwencja logopedy jest korzystna – zapewnia pedagogizację rodziców w zakresie postępowania z dzieckiem mutystycznym i skierowanie rodziny na konsultację z psychologiem. Jest to niezbędne działanie wobec dziecka z objawami mutyzmu, bowiem w dłuższej trwających przypadkach zahamowania komunikacji werbalnej rokowania nie są pomyślne¹⁷⁰.

¹⁶⁸ Zob. E. Czaplewska, K. Kaczorowska-Bray: *op. cit.*, s. 50.

¹⁶⁹ Zob. G. Demel: *Elementy logopedii*, s. 46.

¹⁷⁰ Zob. E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty...*, s. 103.

Osobną grupę zaburzeń mowy występujących u dzieci w wieku przedszkolnym stanowi *jąkanie* (łac. *balbuties*) – objawy dysfluencji w mowie. Od lat prowadzone są badania nad rozprzestrzenieniem jąkania i innych zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym. Wynika z nich, że jąkanie jest drugą, po dyslalii, najczęściej występującą wadą mowy w tej grupie wiekowej¹⁷¹. Szacuje się, że jąka się około 2,5% (źródła amerykańskie podają, że około 5%¹⁷²) dzieci w wieku przedszkolnym¹⁷³. Pierwsze symptomy jąkania pojawiają się najczęściej w okresie wczesnego dzieciństwa pomiędzy 18. –20. miesiącem życia a okresem pokwitania, najczęściej jednak występują pomiędzy 2. a 5. rokiem życia¹⁷⁴. W przypadku jąkania mówimy o wadzie mowy, nie zaś wymowy, gdyż problem nie dotyczy artykulacji, ale zaburzenia płynności¹⁷⁵. Najczęściej w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym mamy do czynienia z niepłynnością fizjologiczną, tzw. rozwojową niepłynnością mowy, rzadziej z jednostką patologiczną – jąkanem wczesnodziecięcym. Utrudnienia diagnostyczne w przypadku wczesnej niepłynności mowy wymagają od logopedy podjęcia działań o charakterze profilaktycznym i z zakresu wczesnej interwencji, a następnie przeprowadzenia diagnozy różnicowej i stosownie do jej wyników prowadzenia postępowania terapeutycznego. Zwykła niepłynność mowy towarzyszy kształtowaniu się mowy niemal każdego dziecka. Z. Tarkowski definiuje zjawisko rozwojowej niepłynności mowy jako „(...) zaburzenie swobodnego przechodzenia od jednego elementu wypowiedzi do drugiego oraz zakłócenie jej tempa i rytmu w następstwie desynchronizacji procesu formowania wypowiedzi, tj.: treści, formy językowej i substancji fonicznej, występujących w okresie intensywnego rozwoju językowego”¹⁷⁶. Dziecko w wieku przedszkolnym, szczególnie w tzw. okresie syntaksy (etap tworzenia się umiejętności posługiwania się zdaniami – pomiędzy 2.–3. a 7. rokiem życia), doświadcza okresowych zakłóceń w zakresie płynności mówienia, co jest zjawiskiem normalnym. Jest to związane ze wzrostem ruchliwości dziecka, dużą ilością przeżywanych doświadczeń, gwałtownym rozwojem myślenia, a także tym, że rozumienie rozwija się szybciej niż umiejętność wypowiadania się. Rozwojowa niepłynność mówienia, która pojawia się na tym etapie, nie jest objawem patologii. Należy jednak odróżniać naturalne trudności z płynnością mowy od jąkania wczesnodziecięcego. Zdaniem Z. Tarkowskiego

¹⁷¹ Zob. Z. Tarkowski: *Jąkanie wczesnodziecięce*, s. 122.

¹⁷² Zob.: R. F. Curlee: *Does my child stutter? W: Stuttering and your child*. Red. R. F. Curlee, E. G. Conture, L. A. Nelson. Memphis 2004, s. 4; R. E. Ham: *op. cit.*, s. 18.

¹⁷³ Zob. Z. Tarkowski: *Jąkanie wczesnodziecięce*, s. 122.

¹⁷⁴ Zob. G. Andrews: *Epidemiology of Stuttering*. W: *Nature and Treatment of Stuttering*. Red. R. F. Curlee, W. H. Perkins. San Diego 1984, s. 1-12; B. Guitart: *op. cit.*, s. 26.

¹⁷⁵ Zob. G. Demel: *Elementy logopedii*, s. 47.

¹⁷⁶ Z. Tarkowski: *Jąkanie wczesnodziecięce*, s. 29.

w celu różnicowania rozwojowej nie płynności mowy i jąkania wczesnodziecięcego należy uwzględnić dwa podstawowe kryteria:

- kryterium ilościowe, zgodnie z którym z rozwojową nie płynnością mowy mamy do czynienia w przypadku rzadko występujących bądź też niezauważonych objawów, które natomiast ujawniają się silnie w patologicznej nie płynności mowy,
- kryterium jakościowe podziału nie płynności wyznaczają różnice w etiologii tego zjawiska – rozwojowa nie płynność mowy jest kombinacją nie płynności semantycznej i syntaktycznej, ma zatem podłoże psycholingwistyczne (brak koordynacji ruchów oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych narządów mowy – nie w pełni sprawny aparat mowny), natomiast jąkanie wczesnodziecięce oprócz uwarunkowań psycholingwistycznych ma charakter fizjologiczny (występowanie skurczy mięśni narządów artykulacyjnych)¹⁷⁷.

W praktyce logopedycznej rozwojowa nie płynność mowy i jąkanie wczesnodziecięce są bardzo trudne do rozróżnienia.

Literatura przedmiotu (R. Byrne, Z. Tarkowski¹⁷⁸) wskazuje na trzy grupy czynników, które muszą zadziałać, aby jąkanie wystąpiło i rozwinęło się u dziecka:

- czynniki predysponujące – rodzinie występujące przypadki jąkania, opóźniony rozwój mowy lub niska sprawność językowa, obniżona sprawność motoryczna, zaburzona lateralizacja,
- czynniki wywołujące – uraz psychiczny, długotrwały stres, lęk, niepokój, wzmożone napięcie, wypadek, choroba, oddzielenie od rodziców, narodziny kolejnego dziecka w rodzinie,
- czynniki podtrzymujące – zbyt duże wymagania dotyczące mówienia lub zachowania dziecka, lękowa atmosfera domu rodzinnego, nadmierny krytycyzm wobec dziecka, niewłaściwy wzór mówienia.

Jąkanie jest zaburzeniem nie tylko mowy, ale i osobowości. Przebieg jąkania może mieć charakter ostry i jest uzależniony od natężenia objawów nie płynności oraz reakcji lękowych, takich jak strach przed mówieniem, obawa przed ośmieszeniem, poczucie winy, niska samoocena¹⁷⁹. Zmiany osobowości spowodowane jąkaniami są wtórne i wywołują negatywne postawy i zachowania, które mają tendencję do nasilania i utrwalania się, a okresy

¹⁷⁷ Zob. G. Jastrzębowska: *Podstawy logopedii...*, s. 96.

¹⁷⁸ R. Byrne: *Pomówmy...*, s. 14; Z. Tarkowski: *Jąkanie*. Warszawa 1999, s. 117-118.

¹⁷⁹ Zob. B. Guitar: *op. cit.*, s. 243.

poprawy pojawiają się coraz rzadziej¹⁸⁰. W przypadku objawów zaburzeń płynności mowy niezbędna jest fachowa opieka logopedyczna celem dokonania diagnozy niepłynności i zastosowania adekwatnego do jej charakteru podejścia terapeutycznego. Przy takim rozumieniu jąkania logopedyczna interwencja terapeutyczna powinna być skoordynowana z oddziaływaniem psychologicznym¹⁸¹. Z doświadczeń terapeutów wynika, że lepiej jest, gdy matka zgłosi się do specjalizującego się w balbutologopedii terapeuty mowy niż gdy zlekceważy objawy niepłynności mowy¹⁸². To do logopedy należeć będzie dokonanie diagnozy, odróżnienie, czy ma do czynienia z rozwojową niepłynnością mowy, czy z jąkaniem wczesnodziecięcym. Zadaniem terapeuty mowy będzie również zastosowanie optymalnej strategii terapeutycznej¹⁸³, a także skierowanie rodziny jąkającego się dziecka na konsultacje psychologiczne, ewentualnie do innych specjalistów, np. do neurologa.

Analiza literatury przedmiotu pozwala na stwierdzenie, że najczęściej występujące wady mowy u dziecka w wieku przedszkolnym to: dyslalie, opóźniony rozwój mowy i przejawy dysfluencji – niepłynności w mowie. Z uwagi na to niniejsza praca koncentrować się będzie na powyżej wymienionych zaburzeniach rozwoju mowy, będących głównym celem terapeutycznych oddziaływań logopedy wobec dziecka w wieku przedszkolnym. Zaprezentowane w tej części pracy środowiskowe aspekty rozwoju mowy oraz najczęściej występujące zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w wieku przedszkolnym uzasadniają znaczenie kompleksowej opieki logopedycznej nad tą grupą.

4. Profilaktyka logopedyczna w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym

4.1. Profilaktyka logopedyczna a promocja zdrowia

Zagwarantowanie dzieciom w wieku przedszkolnym warunków do wszechstronnego, harmonijnego rozwoju mowy i sprawności językowej jest najlepszą inwestycją na przyszłość. Obok działań promujących i stymulujących nabywanie mowy dziecka na tym etapie konieczne jest zapewnienie skutecznej profilaktyki logopedycznej – oddziaływań

¹⁸⁰ Zob. W. Kostecka: *Dziecko i jąkanie*. Lublin 2000, s. 22.

¹⁸¹ Zob. K. Szamburski: *Analiza patomechanizmu powstawania jąkania a program terapii*. „Logopedia” 1999, nr 26, s. 201.

¹⁸² Brytyjscy terapeuci mowy i języka zalecają dzieciom w przedziale wiekowym 2,5.–5. roku życia, w ramach profilaktyki, systematyczne wizyty kontrolne u specjalisty zaburzeń mowy. Zob. R. Byrne: *Stammering....*, s. 52-62.

¹⁸³ Zob. M. Chęć: *Różne oblicza jąkania*. „Logopedia” 2005, nr 34, s. 247.

o charakterze prewencyjnym, zapobiegających występowaniu zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka, w tym rozwoju mowy.

W znaczeniu ogólnym *profilaktyka* (ang. *prophylaxis, prevention*) to stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń, katastrof¹⁸⁴. Pojęcie profilaktyki obejmuje „wszelkie działania podejmowane w celu zapobiegania czemuś, obronę przed niepożądanymi skutkami czegoś”¹⁸⁵. W ujęciu medycznym profilaktyka to działania mające na celu zapobieganie chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. Wyróżnić można trzy poziomy oddziaływań profilaktycznych:

- profilaktyka pierwotna – pierwszorzędowa: dotyczy całej populacji lub znacznej jej części, jej celem jest zapobieganie, uprzedzenie wystąpienia zaburzenia poprzez działania najwcześniejsze (swoiste lub nieswoiste),
- profilaktyka wtórna – drugorzędowa: dotyczy osób ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń zdrowia lub choroby, jej celem jest identyfikacja grupy ryzyka, wczesne wykrycie objawów i wczesne podjęcie działań naprawczych dla zahamowania rozwoju zaburzenia,
- profilaktyka trzeciorzędowa: dotyczy ludzi chorych i niepełnosprawnych, polega na zapobieganiu dalszym, niepomyślnym skutkom fizycznym i psychospołecznym choroby¹⁸⁶.

Nowy słownik pedagogiczny (1996) definiuje profilaktykę jako „(...) ogół działań zapobiegających niepożądanym zjawiskom w rozwoju i zachowaniu się ludzi”¹⁸⁷. *Profilaktyka logopedyczna* definiowana jest jako kształtowanie prawidłowej mowy u dzieci od najwcześniejszego okresu ich życia, dbanie o właściwą stymulację w początkach rozwoju mowy, tak by nie dopuścić do jakichkolwiek zaburzeń w jej rozwoju¹⁸⁸. K. Błachnio definiuje profilaktykę logopedyczną w ujęciu systemowym, a jednocześnie kładzie silny akcent na popularyzację treści logopedycznych w środowisku. Przez system nowoczesnej profilaktyki logopedycznej rozumie ona całokształt form organizacyjnych oraz treści, metod, zasad i środków, tworzących spójną strukturę służącą rozpowszechnianiu interdyscyplinarnej wiedzy¹⁸⁹.

¹⁸⁴ Zob. *Nowy słownik języka polskiego*. Red. E. Sobol. Warszawa 1999, s. 707.

¹⁸⁵ *Słownik współczesnego języka polskiego*. Red. B. Dunaj. Warszawa 1996, s. 885.

¹⁸⁶ Zob. *Promocja zdrowia*. Red. J. B. Karski. Warszawa 1999, s. 321.

¹⁸⁷ *Nowy słownik pedagogiczny*. Red. W. Okoń. Warszawa 1996, s. 228.

¹⁸⁸ Zob. E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty...*, s. 133.

¹⁸⁹ K. Błachnio: *System nowoczesnej profilaktyki logopedycznej*. „Logopedia” 1995, nr 22, s. 23.

Celem profilaktyki pierwszorzędowej w ujęciu logopedycznym jest zapobieganie przyszłym zaburzeniom mowy na etapie życia płodowego. Do działań o charakterze profilaktyki pierwotnej należy zaliczyć: wczesną diagnostykę prenatalną, promowanie zdrowia wśród kobiet ciężarnych (w tym właściwej diety), unikanie stresu, przeciążeń psychicznych, higieniczny tryb życia, unikanie używek, kontrolę warunków porodu i prawidłową pielęgnację dziecka. Profilaktyka pierwszorzędowa to również wszelkie oddziaływania promujące rozwój mowy odnoszące się do całej populacji dzieci i ich środowiska opiekuńczo-wychowawczego (uświadamianie opiekunów na temat prawidłowego przebiegu rozwoju mowy, objawów zaburzeń). W takim szerokim logopedycznym ujęciu profilaktyka drugorzędowa natomiast to przede wszystkim wczesna identyfikacja – przesiewy logopedyczne, które umożliwiają wyodrębnienie dzieci z tzw. grupy ryzyka zaburzeń mowy i wczesna interwencja logopedyczna. Profilaktyka trzeciorzędowa to działania prewencyjne i wspomagające wobec tych osób, u których problem zaburzeń w komunikacji już wystąpił¹⁹⁰.

K. Błachnio podkreśla, że skuteczna opieka logopedyczna to wszelkie działania profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne, instruktażowe oraz popularyzatorskie, zmierzające do zapobiegania, ograniczania czy usuwania zakłóceń i zaburzeń procesu porozumiewania się, a także do usuwania ich skutków, zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i ogólnospołecznym¹⁹¹. Nowoczesna profilaktyka logopedyczna rozumiana jest jako strategia działań zapobiegających nieprawidłowościom mowy w toku komunikacji językowej. K. Błachnio definiuje nowoczesną profilaktykę logopedyczną jako „(...) szeroko zakrojony system działań zapobiegających nieprawidłowościom mowy w toku komunikacji językowej, który powinien być systemem kompleksowym, obejmującym problematykę z pogranicza psychologii rozwojowej i klinicznej, pedagogiki przedszkolnej i wczesnoszkolnej, lingwistyki oraz wybranych zagadnień medycznych”¹⁹².

Zarówno teoretycy logopedii, jak i logopedzi praktycy głoszą potrzebę jak najszerzego ujmowania zadań profilaktycznych w systemie opieki logopedycznej. Profilaktyka XXI wieku nie może koncentrować się tylko na zapobieganiu wadom mowy, selekcji dzieci z tzw. grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy celem otoczenia ich specjalistyczną opieką, ale powinna obejmować również wczesną intensywną stymulacją dzieci o harmonijnym rozwoju, dla jeszcze pełniejszego ich uczestnictwa w przyszłości

¹⁹⁰ Zob. N. W. Nelson: *Childhood Language Disorders in Context: Infancy Through Adolescence*. Needham Heights 1998, s. 148-149.

¹⁹¹ Cyt. za *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, s. 301.

¹⁹² K. Błachnio: *Vademecum logopedyczne*. Poznań 2003, s. 185.

w kulturze i życiu społecznym. Profilaktyka tak rozumiana dokonywać się może jedynie poprzez efektywną współpracę logopedów ze środowiskiem opiekuńczo-wychowawczym dziecka¹⁹³. Do logopedycznych działań profilaktycznych w odniesieniu do dziecka w wieku przedszkolnym należy zatem zaliczyć:

- stymulowanie rozwoju mowy i języka wszystkich dzieci poprzez organizowanie ćwiczeń ortofonicznych,
- prowadzenie przesiewowych badań mowy, a w ich toku wyłanianie dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy, celem otoczenia ich specjalistyczną opieką logopedyczną i ewentualne skierowanie na dalsze konsultacje specjalistyczne¹⁹⁴,
- promowanie zagadnień z zakresu rozwoju mowy i stymulacji językowej dziecka – pedagogizacja rodziców i nauczycieli przedszkoli w zakresie stymulacji rozwoju językowego i edukacji zdrowotnej,
- udzielanie wsparcia osobom ze zdiagnozowanymi zaburzeniami mowy i ich rodzinom, przeciwdziałanie negatywnym skutkom, które może przynosić zmaganie się z przewyciężaniem utrudnień w komunikacji,
- popularyzację wiedzy logopedycznej wśród przedstawicieli innych grup zawodowych zainteresowanych rozwojem dziecka, przede wszystkim wśród nauczycieli, ale pośrednio wśród lekarzy, pielęgniarek,
- działania o charakterze promocji zdrowia – obserwacja dziecka pod kątem rozwoju psychoruchowego i biologicznego, kierowanie na konsultacje specjalistyczne, podejmowanie zadań z zakresu edukacji prozdrowotnej.

Przesiewowe badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym są coraz częściej inicjowaną przez logopedów formą oddziaływania profilaktycznego. Mając na uwadze wpływ zaburzeń mowy na kształtowanie się osobowości dziecka, profilaktycznymi przesiewami logopedycznymi objęte powinny być wszystkie dzieci w przedszkolu (a nie tylko np. sześciolatki). Dokonana na drodze takiego badania wstępna ocena stanu mowy dziecka pozwala wykryć przejawy ewentualnego zaburzenia rozwoju; w razie zaistnienia takiej

¹⁹³ Zob. I. Michalak–Widera, K. Węsierska. *Aby nasze dzieci pięknie mówiły*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2005, nr 9, s. 50.

¹⁹⁴ Poprzez *dzieci z grupy ryzyka* rozumiem tę grupę dzieci, u których logopeda w toku przesiewowego badania mowy dostrzega zakłócenia rozwoju mowy lub objawy zaburzeń słuchu, głosu, nieprawidłowości w zakresie stanu uzębienia, zgryzu, sposobu oddychania, żucia czy znamiona zaburzeń zachowania lub inne niepokojące symptomy i w związku z tym kieruje je na dalsze specjalistyczne konsultacje (np. pełne badanie logopedyczne lub inne badania specjalistyczne, takie jak: audiologiczne, foniatryczne, laryngologiczne, ortodontyczne, stomatologiczne, neurologiczne, psychologiczne i inne).

sytuacji dziecko kierowane jest na terapię logopedyczną. W przesiewowym badaniu mowy logopeda ocenia:

- rozumienie poleceń słownych (zasób słownictwa czynnego i biernego),
- zdolność wypowiedzania się,
- poprawność artykulacyjną ze zwróceniem uwagi na płynność wypowiedzi,
- budowę i sprawność narządów mowy¹⁹⁵.

W czasie przesiewu logopedycznego badający (logopeda, nauczyciel, psycholog lub higienistka) może również zwrócić uwagę na istotne dla mowy funkcje fizjologiczne, takie jak: oddychanie, gryzienie, żucie, połykanie, a także występowanie ewentualnych parafunkcji: ssanie kciuka, ogryzanie paznokci i inne¹⁹⁶. Wczesne uchwycenie zaburzeń czynnościowych w obrębie fizjologicznych funkcji organizmu umożliwi skuteczne ich korygowanie, a także eliminowanie negatywnych nawyków, takich jak: oddychanie przez usta, przetrwały – niemowlęcy odruch połykania, ogryzanie paznokci i wiele innych. To dzięki badaniom przesiewowym dzieci zagrożone utrwaleniem się tych negatywnych, zarówno dla rozwoju językowego, jak i dla ogólnego stanu zdrowia, nawyków mogą zostać otoczone efektywną opieką specjalistyczną¹⁹⁷. Jedną z najczęstszych przyczyn braku pionizacji języka, a tym samym występowania wad wymowy, takich jak rotacyzm czy sygmatyzm, są dysfunkcje połykania i oddychania¹⁹⁸. Literatura przedmiotu szczegółowo opisuje wpływ tych zaburzeń czynnościowych na występowanie wad wymowy i zgryzu, a zależności te potwierdzają potrzebę ścisłej współpracy środowiska logopedycznego i medycznego¹⁹⁹.

Działania profilaktyczne stosowane wobec wszystkich dzieci, zarówno tych z problemami logopedycznymi, jak i harmonijnie rozwijających się, to przede wszystkim ćwiczenia ortofoniczne. Ten rodzaj oddziaływania profilaktycznego ukierunkowany jest głównie na dziecko, ale dokonuje się poprzez współpracę logopedy z nauczycielem, który właściwie instruowany może prowadzić ćwiczenia systematycznie i permanentnie. Ćwiczenia ortofoniczne, które wspomagają terapię logopedyczną oraz stymulują wszechstronny rozwój językowy dzieci w wieku przedszkolnym, to:

- ćwiczenia oddechowe,
- ćwiczenia fonacyjne (głosowe),

¹⁹⁵ Zob. D. Emiluta-Rozya, H. Mierzejewska, P. Atys: *Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolatków*. Warszawa 1995, s. 7.

¹⁹⁶ Zob. A. Pruszczyk: *Jąkanie*. W: *Foniatria kliniczna*, s. 260.

¹⁹⁷ Zob. B. Mackiewicz: *Wybrane zagadnienia ortodontyczne dla logopedów*. Gdańsk 1983, s. 44.

¹⁹⁸ Zob. J. Gruba, M. Lampart-Busse: *Wybrane zagadnienia logopedyczne*. Cz. IV. Gliwice 2005, s. 14.

¹⁹⁹ Zob. E. Stecko: *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*. Warszawa 2001, s. 33.

- ćwiczenia logorytmiczne,
- ćwiczenia kształcące słuch fonematyczny,
- ćwiczenia usprawniające motorykę narządów mownych,
- ćwiczenia artykulacyjne²⁰⁰,
- ćwiczenia metalingwistyczne²⁰¹.

Wśród oddziaływań o charakterze profilaktyki logopedycznej nie może zabraknąć strategii udzielania wsparcia dziecku, u którego zaburzenie zostało zdiagnozowane. Zapobieganie negatywnym skutkom występowania zaburzeń mowy jest niezwykle istotnym elementem działań logopedy, który pozwala zminimalizować koszty ponoszone przez pacjenta i jego środowisko. Ten element oddziaływań prewencyjnych, z zakresu tzw. profilaktyki trzeciorzędowej, ma ogromne znaczenie zwłaszcza w przypadku takich zaburzeń jak jąkanie czy zaburzenia mowy związane z niepełnosprawnością dziecka. Zadaniem logopedy jest udzielanie wszechstronnego wsparcia pacjentowi i jego opiekunom.

Cele szeroko ujmowanej profilaktyki logopedycznej to:

- promocja rozwoju mowy w środowisku opiekuńczo-wychowawczym dziecka – zapoznawanie rodziców/opiekunów z prawidłami rozwoju mowy, upowszechnianie wiedzy na temat tzw. kamieni milowych rozwoju mowy²⁰² i objawów zaburzeń tego procesu oraz możliwości wsparcia,
- wczesna identyfikacja (poprzez powszechne przesiewy logopedyczne) i diagnoza dzieci z tzw. grupy ryzyka dysleksji, umożliwiające wczesną interwencję logopedyczną²⁰³,
- wspieranie indywidualnej terapii logopedycznej dzieci z zaburzeniami mowy,
- wspomaganie rozwoju językowego wszystkich dzieci w przedszkolu poprzez jak najpełniejsze przygotowanie przedszkolaków do dobrego startu w szkole (ćwiczenia ortofoniczne dla całych grup),

²⁰⁰ Zob. E. Sachajska: *Uczymy poprawnej wymowy*. Warszawa 1992, s. 13.

²⁰¹ Zob. M. Torneus, G. B. Hedstrom, I. Lundberg: *op. cit.*, s. 16.

²⁰² Podejście takie jest bardzo popularne zwłaszcza w działaniach profilaktycznych w Wielkiej Brytanii i USA, gdzie upowszechnia się wśród rodziców i opiekunów znajomość tzw. Language Milestones (kamieni milowych rozwoju mowy i języka). Zob. np.: J. Eisenson: *op. cit.*, s. 23-36; P. McAleer-Hamaguchi: *op. cit.*, s. 13-19; J. F. Miller: *Eliciting Procedures for Language*. W: *Assessing Language Production in Children*. Red. J. F. Miller. Londyn 1981, s. 10-16; M. D. Sheridan: *From Birth to Five Years. Children's Developmental Progress*. Londyn, Nowy Jork 2008, s. 69-76; C. E. Weiss, H. S. Lillywhite: *op. cit.*, s. 56-96; *How Does Your Child Hear and Talk?* American Speech-Language-Hearing Association, www.asha.org [dostęp 9 stycznia 2008 r.].

²⁰³ Zob. J. Cieszyńska: *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*. Kraków 2001, s. 13.

- wspomaganie umiejętności porozumiewania się dzieci z globalnymi zaburzeniami mowy,
- intensyfikowanie współpracy logopedy i nauczyciela na rzecz edukacji językowej i promocji zdrowia dziecka przedszkolnego (poprzez organizowanie: konsultacji, szkoleń, seminariów, warsztatów),
- popularyzacja zagadnień logopedycznych w środowisku nauczycieli przedszkoli (publikacja materiałów o tematyce logopedycznej).

Tak pojmowana profilaktyka, realizowana poprzez planowe, kompleksowe, skoordynowane i systematyczne działania w obrębie całego środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka w wieku przedszkolnym, determinuje dalsze postępy w edukacji, a w konsekwencji umożliwia dobre przygotowanie dzieci do szkoły. Podejście to wymaga jednak dokonywania ewaluacji oddziaływań terapeutycznych i powinno być prowadzone na wszystkich poziomach komunikacji (opanowywania artykulacji, sprawności językowej, płynności, słyszenia i posługiwania się głosem)²⁰⁴.

Intensyfikacja logopedycznych oddziaływań profilaktycznych daje możliwość podejmowania zabiegów z zakresu promocji zdrowia, w tym edukacji zdrowotnej. Próbując zdefiniować pojęcie *promocja zdrowia*, warto pamiętać, że dyskusja nad tym zagadnieniem trwa od wielu lat²⁰⁵. Termin promocji zdrowia ukształtował się podczas obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia w roku 1977, ale dopiero w roku 1984 Regionalne Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze opublikowało *Dokument dyskusyjny* wraz z definicją tego pojęcia. Przyjęto, że „promocja zdrowia jako proces mający na celu umożliwienie jednostkom i społeczeństwu zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi zdrowie ma stworzyć zunifikowaną koncepcję sposobów i warunków życia w celu zachowania zdrowia”²⁰⁶. Aktualnie obowiązującą definicją promocji zdrowia jest ta przyjęta na I międzynarodowej konferencji na temat promocji zdrowia w Ottawie, zawarta w *Karcie Ottawskiej* (1986), która głosi, że „(...) promocja zdrowia to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania, w celu osiągnięcia dobrostanu (dobrego samopoczucia) fizycznego, psychicznego i społecznego. Zarówno jednostka, jak i grupa społeczna muszą umieć określać

²⁰⁴ Zob. C. E. Weiss, H. S. Lillywhite: *op. cit.*, s. 111.

²⁰⁵ Zob. K. Borzucka-Sitkiewicz: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Kraków 2006, s. 31-32.

²⁰⁶ Cyt. za J. B. Karski: *Teoria i praktyka promocji zdrowia*. Warszawa 2003, s. 13.

i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspakajać potrzeby, radzić sobie z wyzwaniami swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonywać w nim odpowiednich zmian”²⁰⁷.

Zainteresowanie zagadnieniami zdrowia w naukach społecznych było obecne od lat. Wielu badaczy twierdzi, że prekursorką działu, jakim jest promocja zdrowia, była *higiena*, która nadal, jako dyscyplina naukowa, nie utraciła swojej autonomii, gromadząc bardzo bogaty dorobek, w który nauka polska wniosła niewątpliwie znaczny wkład²⁰⁸. Dla przykładu, H. Radlińska, prekursorka pedagogiki społecznej, ujmowała zagadnienia „wychowania dla spraw zdrowia” jako składnik kultury zdrowotnej i „[wskazywała na] (...) obecność zagadnień zdrowotnych w pedagogice społecznej”²⁰⁹. Jeżeli przyjąć, że wychowanie zdrowotne jest częścią składową kształtowania pełnej osobowości, to działania logopedyczne o charakterze profilaktycznym mają istotne znaczenie w procesie promocji zdrowia. Nadal istnieje potrzeba upowszechniania działań z zakresu promocji zdrowia i wydaje się, że działania takie są konieczne na każdym poziomie edukacji. System edukacji instytucjonalnej daje ogromne możliwości oddziaływania na zdrowie dzieci i młodzieży poprzez podnoszenie świadomości zdrowotnej również na poziomie edukacji przedszkolnej²¹⁰. Rolą logopedów wydaje się być podejmowanie zabiegów z zakresu edukacji zdrowotnej w toku prowadzonych przez nich rutynowych oddziaływań profilaktycznych.

Edukacja zdrowotna wyrosła na gruncie nauk medycznych i przez wiele lat koncentrowała się na zapobieganiu chorobom poprzez działalność popularyzatorską²¹¹. Ostatnie lata przynoszą zmiany w podejściu do tego zagadnienia, zwłaszcza na gruncie nauk społecznych. Postępująca „demedycalizacja” edukacji zdrowotnej pozwala na ujmowanie jej, na co zwraca uwagę A. Krawański, jako „wychowania poprzez zmianę świadomości człowieka i kształtowania osobowości sprzyjającej dbałości o zdrowie”²¹². Założenia *Karty Ottawskiej* głoszą, że promocja zdrowia koncentruje się nie tyle na unikaniu zagrożeń chorobowych, ile na zdrowiu rozumianym pozytywnie jako biopsychospołeczny potencjał, który człowiek może rozwijać lub pomniejszać poprzez swoje zachowania²¹³. W takim też kierunku zmierzają oddziaływania edukacji zdrowotnej. Pełny rozwój osobowości dziecka,

²⁰⁷ *Karta Ottawska*. Dokument I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie. Kanada 1986.

²⁰⁸ Zob. E. Syrek: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice 2000, s. 21-25.

²⁰⁹ Cyt. za *Ibidem*, s. 7.

²¹⁰ Zob. np. A. Chmielewska: *Z doświadczeń wychowania zdrowotnego*. „Wychowanie Przedszkolne” 1990, z. 43/4-5, s. 202-205; I. Galus: *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*. „Wychowanie Przedszkolne” 2000, z. 53/1, s. 39-41.

²¹¹ Edukacja zdrowotna towarzyszy wszelkim działaniom profilaktycznym i jest ważnym, wspomagającym elementem działań naprawczych, zapobiegania chorobom, zaburzeniom oraz promocji zdrowia. Zob. *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2007, s. 128-129.

²¹² Cyt. za *Zdrowie i szkoła*, s. 420.

²¹³ *Karta Ottawska*.

a co za tym idzie w przyszłości osoby dorosłej, jest możliwy poprzez zagwarantowanie w opiece nad dzieckiem nie tylko oddziaływań o charakterze zapobiegawczym, ale i odpowiedniej, wczesnej stymulacji, niemalże od poczęcia. Idee profilaktyki logopedycznej i promocji zdrowia przenikają się wzajemnie. Istotnym elementem tak pojmowanej profilaktyki jest kompleksowe oddziaływanie edukacyjne na środowisko opiekuńczo-wychowawcze dziecka. Takie modelowe ujmowanie zagadnień profilaktyki logopedycznej nie zawsze znajduje odbicie w codziennej praktyce. Bywają przypadki, że dziecko z poważnymi zaburzeniami mowy, które powinno zostać otoczone opieką logopedyczną od najwcześniejszego okresu życia, kierowane jest do specjalisty dopiero przed rozpoczęciem nauki szkolnej²¹⁴. Idea wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju mowy jest ciągle jeszcze w fazie upowszechniania w polskim systemie edukacyjno-zdrowotnym.

Badania prenatalne z dziedziny psychologii eksperymentalnej wykazują prawidłowości w zakresie wykształcania się i funkcjonowania narządów mownych płodu przed narodzinami i znaczenie m.in. stymulacji akustycznej²¹⁵. Wydaje się, że do zadań logopedów w ramach profilaktyki należy podejmowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej poprzez upowszechnianie wiedzy, jak dbać o własne zdrowie oraz promocja wczesnej stymulacji rozwoju mowy²¹⁶. Polegać to może m.in. na uświadamianiu przyszłym matkom, że etap życia płodowego to niezwykle ważny moment dla nabywania mowy. Konieczne jest ukazywanie im istotnych dla tego procesu momentów krytycznych, w których mogą nastąpić poważne zaburzenia kształtowania się narządu mowy (rozszerzenie wargi lub/i podniebienia, zaburzenia rozwoju funkcji narządu mowy lub zaburzenia rozwoju zmysłów – na przykład słuchu)²¹⁷. Niezwykle istotne jest popularyzowanie wiedzy na temat

²¹⁴ Zob. E. Stecko: *Zaburzenia mowy*. W: *Zdrowie i szkoła*, s. 246.

²¹⁵ Zob. D. Kornas-Biela: *Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy*. W: *Opieka logopedyczna od poczęcia*, s. 13.

²¹⁶ W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji edukacji zdrowotnej, w myśl których edukacja zdrowotna to: „proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją” (Williams); „(...) proces oparty na naukowych zasadach, stwarzający sposobność planowego uczenia się i zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowanie zgodnie z nimi” (Rezolucja Rady Wspólnoty Europejskiej); „(...) każda kombinacja różnorodnych doświadczeń edukacyjnych, ukierunkowanych na podejmowanie przez ludzi dobrowolnych działań sprzyjających zdrowiu” (Green, Kreuter); „(...) całościowy kształt działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją” (Charońska); „(...) podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach życia społecznego” (Słońska); „(...) proces pedagogiczno-społeczny wykorzystujący metody i techniki stosowane w naukach społecznych (pedagogice, psychologii, socjologii, ekonomii, prawodawstwie itd.) w kierunku zmiany zachowań o charakterze prozdrowotnym osób i grup społecznych” (Krawański); „(...) każda planowana działalność ukierunkowana na uczenie się o zdrowiu i chorobie” (Tones, Green). Cyt. za *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, s. 102.

²¹⁷ Zob. E. Stecko: *Zaburzenia rozwoju mowy...*, s. 16.

zachowań prewencyjnych matek, między innymi dbałość o zdrowie, higienę fizyczną i psychiczną w czasie ciąży, a nawet w latach bezpośrednio ją poprzedzających. Uświadamianie czynników ryzyka z tak zwanej przeszłości położniczej, takich jak: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, zażywanie leków czy długotrwały stres, jest skutecznym działaniem na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki logopedycznej²¹⁸. Oprócz edukacji z zakresu profilaktyki prenatalnej matki powinny otrzymać również wiedzę o znaczeniu okresu peri- i postnatalnego. W okresie okołoporodowym, oprócz stworzenia optymalnych warunków porodu, istotny jest kontakt lekarza neonatologa z noworodkiem. Polega on na przeprowadzeniu kompleksowej diagnozy warunków anatomicznych aparatu artykulacyjnego, oceny odruchów ważnych dla rozwoju mowy i określeniu poziomu rozwoju zmysłów, przede wszystkim słuchu. Z badań wynika, że poważne zaburzenia rozwojowe (metaboliczne, genetyczne, uszkodzenia zmysłów, mózgowe porażenie dziecięce i inne) dostrzega się u 1,2% noworodków²¹⁹. Szacuje się, że około 1,8% noworodków klasyfikuje się jako dzieci z grupy ryzyka okołoporodowego (nieprawidłowy przebieg ciąży, powikłany poród, niska waga urodzeniowa, niepokojące objawy neurologiczne, wskazujące na uszkodzenie OUN). Najczęściej przed ukończeniem 3. roku życia dziecka diagnozowane są inne poważne zaburzenia rozwojowe, takie jak: autyzm, upośledzenie umysłowe, opóźnienia w rozwoju mowy, występujące u około 2% dzieci²²⁰. Z przytoczonych danych wynika, że znaczne zagrożenia rozwoju są dostrzegane stosunkowo szybko, przed 3. rokiem życia dziecka. Możliwe i wskazane jest zatem jak najszybsze podejmowanie działań naprawczych wobec tych dzieci, w tym również działań logopedycznych z zakresu wczesnej interwencji i profilaktyki.

Działania podejmowane przez logopedów na etapie edukacji przedszkolnej, związane ściśle z edukacją zdrowotną, a więc w konsekwencji z promocją zdrowia, to przede wszystkim popularyzowanie tych zagadnień w środowisku. Ważna jest również niezwłoczna interwencja poprzez wczesne identyfikowanie dysfunkcji ortodontycznych, stomatologicznych czy laryngologicznych i kierowanie dzieci na konsultacje medyczne. Logopeda, starając się zagwarantować dziecku harmonijne nabywanie mowy i języka, musi zadbać o optymalny rozwój tak zwanych funkcji prymarnych. Wczesne identyfikowanie

²¹⁸ Zob. B. Roślowski, W. Fedorowska, B. Wardowska: *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy*. Gdańsk 1995, s. 13.

²¹⁹ Zob. M. Piszczek: *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dzieci w wieku 0–5 lat oraz wspieranie ich rodzin. Materiały z konferencji w Konstancinie*. Warszawa 1998, s. 6.

²²⁰ Zob. E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska: *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*. Warszawa 2000, s. 219.

zaburzeń oddychania, połykania, gryzienia czy anomalii w zakresie aparatu zgryzowego lub psychofizycznego funkcjonowania dziecka pozwala uniknąć wielu poważnych utrudnień w przyszłości. Tylko tak szeroko pojmowana profilaktyka logopedyczna, która jest zarazem działaniem związanym z promocją zdrowia, pozwala na optymalny i harmonijny rozwój dziecka.

Apel Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazuje na potrzebę podejmowania wszechstronnych działań z zakresu profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy, które, jak wykazano, ściśle związane są z promocją zdrowia: „(...) zdrowe matki i dzieci są prawdziwym bogactwem społeczeństw. (...) Życie i dobrobyt matek i dzieci są ważne nie tylko z ich własnej perspektywy, lecz odgrywają również zasadniczą rolę w rozwiązywaniu dużo szerszych kwestii ekonomicznych, społecznych i związanych z rozwojem”²²¹.

4.2. Możliwości współpracy różnych grup zawodowych na rzecz profilaktyki logopedycznej

Profilaktyka logopedyczna w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym to nie tylko zapobieganie zaburzeniom mowy i wczesna identyfikacja dzieci z tzw. grupy ryzyka celem otoczenia ich specjalistyczną opieką. Powinna obejmować ona również promocję rozwoju mowy w środowisku i wczesną, intensywną stymulację sprawności językowej dzieci o harmonijnym rozwoju. Profilaktyka w takim rozumieniu nie może być realizowana wyłącznie przez logopedów. O skuteczności tak szerokiego spektrum oddziaływań zdecyduje ścisła współpraca całego środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka: logopedy i nauczyciela, rodziców, opiekunów, psychologa, a także lekarza pediatri²²².

Już w roku 1959 M. Demel apelował, by do walki z wadami mowy zmobilizować nie tylko lekarzy i higienistki, ale także personel pedagogiczny i rodziców. Podkreślał on rolę nauczyciela, który „[ma] (...) możliwość systematycznego kształtowania mowy dziecka, profilaktyki mogących powstać wad, a wreszcie korekcji już istniejących nieznaczących, a tak częstych odchyżeń od normy, które zaniedbywane mogą przysporzyć pacjentów przychodniom specjalistycznym”²²³. We współczesnym systemie profilaktyki logopedycznej

²²¹ Na podstawie *Ulotki Krajowego Biura WHO w Polsce na Światowy Dzień Zdrowia, 7 kwietnia 2005, www.who.un.org.pl* [dostęp 2 czerwca 2007 r.].

²²² Zob. R. C. Baker: *Podstawowa opieka pediatryczna*. Kraków 1996, s. 76.

²²³ M. Demel: *Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu dzieci szkolnych*. „Życie Szkoły” 1959, nr 2, s. 9-19.

konieczne staje się wykorzystanie potencjału, jakim dysponuje nauczyciel edukacji przedszkolnej, mający możliwość permanentnego oddziaływania na dziecko, obserwowania jego postępów i aktywizowania środowiska rodzinnego²²⁴. Takiej możliwości są pozbawieni logopedzi, którzy najczęściej zatrudnieni są w rejonowych poradniach psychologiczno-pedagogicznych lub placówkach służby zdrowia. Bezpośrednia opieka logopedyczna w warunkach przedszkola nie jest zjawiskiem powszechnym w Polsce²²⁵. Logopedzi koncentrują się więc zazwyczaj na działaniach terapeutycznych czy jednorazowych – doraźnych oddziaływaniach profilaktycznych²²⁶. Ważnym ogniwem profilaktyki logopedycznej staje się zatem nauczyciel, zwłaszcza jeśli legitymuje się odpowiednią wiedzą z tego zakresu. Może on podejmować, we współpracy z rodzicami, skuteczne działania na rzecz promowania i monitorowania rozwoju sprawności językowej. O powodzeniu tych działań decyduje zsynchronizowana i ścisła współpraca całego zespołu (nauczyciel, logopeda, psycholog, pediatra, pielęgniarka pediatryczna i inni). Główny nurt działań logopedy, obok koordynowania działań profilaktycznych, skupia się wówczas na prowadzeniu terapii i podejmowaniu wczesnej interwencji logopedycznej. Rola nauczyciela w zapobieganiu występowania zaburzeń mowy i promocji rozwoju językowego jest wówczas decydująca. Oddziaływania nauczyciela na rzecz profilaktyki logopedycznej przebiegają w tej sytuacji w dwóch kierunkach. Są to:

- działania nakierowane na dziecko i jego otoczenie – profilaktyczne zabiegi nauczyciela wobec dzieci, rodziców (opiekunów dziecka) i wobec tych wszystkich osób, które mają wpływ na funkcjonowanie dziecka (inni specjaliści), w ścisłej współpracy z logopedą,
- działania ukierunkowane na własny rozwój nauczyciela – podnoszenie swoich kompetencji w tym zakresie, który ma kardynalne znaczenie dla powodzenia wysiłków podejmowanych przez nauczyciela na rzecz profilaktyki logopedycznej.

W programowaniu rozwoju zawodowego w aspekcie poszerzania własnych kompetencji o zagadnienia z zakresu profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy nauczyciele powinni otrzymywać wsparcie środowiska logopedycznego. Istotne są przy tym takie kwestie jak: dostarczanie wiedzy o prawidłach rozwoju mowy i objawach zaburzeń tego

²²⁴ Zob. K. Węsierska: *Profilaktyka logopedyczna w edukacji przedszkolnej – rola nauczyciela*. „Wychowanie na co dzień” 2007, nr 6 (165), s. 8-11.

²²⁵ Na terenie miasta Katowice we wszystkich miejskich przedszkolach zatrudnieni są logopedzi w wymiarze około 3–6 godzin tygodniowo. Sytuacja taka nie jest jednak rozpowszechniona w skali kraju.

²²⁶ Pod patronatem Polskiego Związku Logopedów organizowane są raz do roku Dni Bezpłatnych Diagnoz Logopedycznych.

procesu, podnoszenie kompetencji komunikacyjnych nauczycieli i wzbogacanie umiejętności warsztatowych pedagogów w zakresie prowadzenia zajęć ortofonicznych. Doskonalenie własnego warsztatu pracy nauczyciela to między innymi: dbałość o uzupełnianie, poszerzanie własnych wiadomości o zagadnienia lingwistyczne, fonetyczne, logopedyczne²²⁷. W tym aspekcie ogromne znaczenie ma dbałość nauczyciela o prezentowanie dzieciom właściwego wzorca językowego, a co z tym związane – autotrening sprawności artykulacyjnej, wymawianiowej z uwzględnieniem zasad ortoepii i ortofonii²²⁸. Jest to niezwykle istotne zadanie dla logopedów, by w ramach oddziaływań profilaktycznych prowadzili edukację nauczycieli w zakresie higieny głosu. W ten sposób, za ich pośrednictwem, można kształtować u dzieci prawidłowy nawyk higienicznego posługiwania się głosem od najmłodszych lat²²⁹. Logopeda jest tym specjalistą, u którego rady powinien zasięgać nauczyciel w kwestii właściwego wykorzystywania własnego głosu – podstawowego narzędzia pracy oraz w kwestii dynamiki rozwoju aparatu głosowego dziecka, celem prowadzenia zabaw i ćwiczeń z grupą przedszkolną w oparciu o wiedzę z zakresu anatomii i fizjologii aparatu głosowego.

Do podstawowych zadań nauczyciela edukacji przedszkolnej, wynikających z podstawy programowej wychowania przedszkolnego, należy między innymi „(...) tworzenie warunków do doświadczeń językowych w zakresie reprezentatywnej i komunikatywnej funkcji języka”²³⁰. W ramach tzw. profilaktyki pierwszorzędowej – najszerszej ujmowanej, skierowanej do wszystkich dzieci – działania nauczyciela koncentrują się na promowaniu optymalnego tempa rozwoju mowy²³¹. W zakres takich zadań wchodzi intensywna stymulacja językowa wszystkich dzieci, także tych, u których rozwój mowy przebiega harmonijnie, tzn. u których nauczyciel w toku obserwacji i konsultacji z logopedą nie stwierdził zakłóceń czy zaburzeń rozwoju mowy. Działania te podejmowane są także wobec dzieci z tzw. grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy i dzieci ze stwierdzonymi – zdiagnozowanymi problemami logopedycznymi. Są one przejawem oddziaływań z zakresu profilaktyki trzeciorzędowej. Do takich czynności nauczyciela,

²²⁷ Zob. B. Roślowski: *Poradnik fonetyczny...*, s. 20.

²²⁸ Zob. J. Wójtowiczowa: *op. cit.*, s. 13.

²²⁹ Zob. U. Jackiewicz: *Wybrane zagadnienia z emisji głosu – praca z dziećmi*. Płock 2003, s. 5.

²³⁰ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wraz z załącznikiem 1 (DzU 2002, Nr 51, poz. 458 z późn. zm.).

²³¹ Zob. Z. Dołęga: *op. cit.*, s. 76.

wykonywanych w miarę możliwości we współpracy z logopedą przedszkolnym, zaliczyć należy:

- ćwiczenia ortofoniczne (łączy elementy ćwiczeń: oddechowych, fonacyjnych, usprawniających motorykę aparatu artykulacyjnego, logorytmicznych, słuchu fonemowego, a także dykcyjnych)²³²,
- podnoszenie świadomości z zakresu kultury żywego słowa²³³,
- zabawy stymulujące sprawność językową – ćwiczenia metalingwistyczne²³⁴,
- ćwiczenia z zakresu emisji i higieny głosu²³⁵.

Kolejnym polem, na którym możliwa jest współpraca logopedów i nauczycieli, jest wczesna identyfikacja problemów związanych z występowaniem zaburzeń mowy (profilaktyka drugorzędowa). Działania te, skierowane do wszystkich dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem tych z grupy ryzyka, to:

- stale pogłębiana obserwacja wszystkich dzieci ze szczególnym zwróceniem uwagi na dzieci o zakłóconym rozwoju,
- prowadzenie przesiewowych badań mowy – wyłanianie dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy, także tych, u których nauczyciel podejrzewa istnienie zaburzenia mowy,
- kierowanie na konsultacje logopedyczne i inne, wynikające ze wstępnej diagnozy dokonanej przez nauczyciela w toku przesiewowego badania mowy oraz w oparciu o obserwację dziecka,
- monitorowanie przebiegu terapii, wspieranie dziecka pozostającego pod opieką logopedy według wskazań specjalisty²³⁶.

Istotne są kompetencje komunikacyjne nauczyciela w kontakcie z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych. O powodzeniu oddziaływań terapeutycznych podejmowanych przez nauczyciela decyduje świadome stosowanie pryncypiów dobrej komunikacji językowej, takich jak: budowanie kontekstu konwersacji z dzieckiem, aktywna uwaga i aktywne słuchanie, cierpliwość i akceptacja²³⁷. Niezwykle ważna jest postawa

²³² Zob. np. H. Łazewska, B. Mikitiuk, B. Moritz: *Co zrobić, aby ułatwić dziecku naukę czytania i pisanie*. Kraków 2002, s. 7; E. Sachajska: *op. cit.*, s. 13.

²³³ Zob. J. Kram: *Zarys kultury żywego słowa*. Warszawa 1995, s. 20.

²³⁴ Zob. M. Torneus, G. B. Hedstrom, I. Lundberg: *op. cit.*, s. 8.

²³⁵ Zob. M. Rokitiańska, H. Laskowska: *Zdrowy głos*. Bydgoszcz 2003, s. 44.

²³⁶ Zob. K. Datkun-Czerniak: *op. cit.*, s. 24; B. Dittfeld: *Spróbujmy mówić razem. Program profilaktyki logopedycznej*. Kraków 2004, s. 23.

²³⁷ Zob. F. Griffiths: *Communication Counts Speech and Language Difficulties in Early Years*. Londyn 2002, s. 17-20.

nauczyciela wobec problemów z mową u dzieci w placówkach, w których nie jest zatrudniony logopeda. Do nauczyciela należy wówczas odpowiednia reakcja na ewentualne nieprawidłowości w zakresie rozwoju mowy dziecka i bezpośrednie wczesne pokierowanie rodziców do poradni psychologiczno-pedagogicznej²³⁸. Nauczyciel ma zatem do spełnienia niezwykle istotną rolę w systemie profilaktyki logopedycznej; podejmowanie tych działań leży w jego interesie²³⁹. O powodzeniu oddziaływań dydaktycznych wychowawców grup współdecydują bowiem takie czynniki jak: kompetencje komunikacyjne dzieci, sprawność językowa, w pełni ukształtowana poprawna wymowa.

Współpraca z domem rodzinnym dziecka to kolejny ważny aspekt oddziaływań profilaktycznych nauczycieli. Zapewnienie takiego współdziałania gwarantuje kontynuowanie ćwiczeń w warunkach domowych, a tym samym przesądza niejednokrotnie o powodzeniu terapii logopedycznej. Nauczyciel, mając możliwość bezpośredniego kontaktu z rodzicami/opiekunami, której często pozbawiony jest logopeda, może bardzo skutecznie promować rozwój mowy. Rolą nauczyciela w tym zakresie jest kierowanie rodziców na konsultacje specjalistyczne, pośredniczenie w kontaktach ze specjalistami zatrudnionymi w przedszkolu i innych placówkach edukacyjnych oraz dzielenie się swoją wiedzą i doświadczeniami, a także informacjami pozyskiwanymi od innych specjalistów²⁴⁰. Włączenie nauczycieli do udziału w tzw. terapii pośredniej (w przypadku nasilonych objawów rozwojowej niepełności mowy i jąkania wczesnodziecięcego) jest ważnym elementem zapewniającym skuteczność oddziaływań terapeutów mowy. Współpraca podejmowana wówczas przez nauczycieli i logopedów stanowi istotny środek prewencji, profilaktyki, a także wczesnej interwencji wobec rodzin małych dzieci z objawami dysfluencji²⁴¹. Nawiązanie ścisłej współpracy z nauczycielem wydaje się być podstawowym zadaniem logopedów. Wykorzystanie potencjału nauczycieli edukacji przedszkolnej determinuje efektywność działań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów w tym środowisku.

²³⁸ Zob. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DzU 2003, Nr 11, poz. 114 z późn. zm.).

²³⁹ Zagadnienie kompetencji nauczycieli jako warunku rozwijania kreatywności uczniów poddała analizie B. Muchacka. Zdaniem tej badaczki w kształceniu kandydatów do zawodu nauczyciela ważne jest rozwijanie zarówno sprawności dydaktycznej i wychowawczej, jak i dyspozycji osobowościowych. Autorka zwraca uwagę na znaczenie kompetencji społecznych inter- i intrapersonalnych nauczycieli. Zob. B. Muchacka: *Kreatywne kompetencje nauczycieli jako warunek rozwijania kreatywności uczniów*. W: *Wspieranie dziecięcej kreatywności*. Red. B. Muchacka, J. Kurcz. Nowy Sącz, 2006, s. 55-59.

²⁴⁰ Zob. B. Kaja: *Zarys terapii dziecka*. Bydgoszcz 2001, s. 101.

²⁴¹ Zob. L. A. Nelson: *Early intervention and prevention of stuttering*. W: *Stuttering therapy: prevention and intervention with children*. Red. D. E. Williams, L. A. Nelson, J. M. Hanley. Memphis 2002, s. 33.

Istotnym aspektem profilaktyki logopedycznej jest koordynacja wysiłków specjalistów wobec wszelkich objawów opóźnień i dysharmonii rozwoju psychoruchowego dziecka. Istnieje potrzeba intensyfikowania współpracy środowiska logopedycznego z psychologami i pedagogami. Jest to znaczący kontekst optymalizacji oddziaływań z zakresu profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju dziecka. Od psychologów, pedagogów i logopedów zatrudnionych w poradniach i placówkach specjalistycznych wymaga się obecnie prowadzenia szerokiego spektrum oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych, do których zaliczyć można:

- poradnictwo,
- wczesną identyfikację zaburzeń rozwoju i wczesną interwencję terapeutyczną,
- diagnostykę,
- rehabilitację,
- terapię pedagogiczną i logopedyczną,
- psychoterapię,
- interwencję i mediację kryzysową²⁴².

Kompleksowa opieka psychopedagogiczna, w tym logopedyczna, na etapie edukacji przedszkolnej pełni rolę prewencyjną w stosunku do ewentualnych przyszłych niepowodzeń ucznia w szkole. Działania wspierające psychologów, pedagogów i logopedów odnoszą się w coraz większym stopniu do całego środowiska dziecka, a nie są skoncentrowane wyłącznie na nim samym. Standardowa pomoc dziecku przed rozpoczęciem nauki w szkole to przede wszystkim: interwencja logopedyczna, udział w zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych prowadzonych przez wyspecjalizowanego nauczyciela i uzyskanie indywidualnej porady na podstawie badania gotowości szkolnej²⁴³. Czynności te wskazują na wagę podejmowania kooperacji pomiędzy specjalistami. Wielu badaczy podkreśla, że zaburzenia mowy współistnieją z innymi dysharmoniami rozwojowymi, np. z objawami dysleksji²⁴⁴. Badania międzynarodowe nad zjawiskiem ryzyka dysleksji dowodzą potrzeby wczesnej interwencji²⁴⁵. Wykrywanie objawów ryzyka dysleksji u dzieci w wieku przedszkolnym umożliwia podjęcie wczesnej terapii poprzez intensywny trening językowy. Pozwala to na pozytywne rokowania w zakresie przezwyciężania zaburzeń dyslektycznych i opanowywanie z powodzeniem

²⁴² Zob. E. Brańska, E. Koźniewska, R. Ponczek: *op. cit.*, s. 261.

²⁴³ Zob. M. Bogdanowicz: *O potrzebach i możliwościach dzieci ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu*. „Biuletyn Informacyjny Oddziału Warszawskiego PTD” 1997, nr 9, s. 3-7.

²⁴⁴ Zob. E. Jarosz, E. Wysocka: *op. cit.*, s. 239.

²⁴⁵ Zob. D. Kalka: *op. cit.*, s. 45.

umiejętności czytania i pisania²⁴⁶. Jednym z osiowych objawów ryzyka dysleksji jest zaburzony rozwój mowy. Rola logopedów w zmniejszaniu negatywnych skutków powszechnego obecnie zjawiska dysleksji u dzieci jest niepodważalna²⁴⁷. Logopeda i psycholog są niezbędnym ogniwnem systemu edukacji. Ich zadaniem jest upowszechnianie wiedzy z zakresu efektywnego przygotowania dzieci do szkoły, wykrywanie wczesnych objawów ryzyka dysleksji, a także otoczenie kompetentną opieką tych dzieci, u których takie objawy stwierdzono²⁴⁸. Od jakości ich współpracy może zależeć udany start dziecka w szkole.

Równie istotne z punktu widzenia skuteczności profilaktyki logopedycznej jest nawiązanie kooperacji ze środowiskiem służby zdrowia. Próba zmiany stosunku lekarzy do profesji logopedy jest jednym z wyzwań stojących od lat przed środowiskiem logopedycznym²⁴⁹. Bez realizacji tego celu nie sposób urzeczywistnić modelu profesjonalnej pomocy logopedycznej. Lekarze nie zawsze ułatwiają rodzicom/opiekunom dziecka dotarcie do specjalistycznych usług logopedycznych. Być może środowisko medyczne nie dostrzega w logopedach potencjalnych sojuszników na rzecz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Zdarzają się przypadki deprecjonowania kwalifikacji logopedów przez lekarzy²⁵⁰. Priorytetowym zadaniem logopedów jest więc pozyskanie zaufania lekarzy i przekonanie przedstawicieli służby zdrowia, że ponieważ mowa rozwija się od urodzenia, a nawet w okresie prenatalnym, logopedzi mogą być pomocni od najwcześniejszych lat życia dziecka. Należy ukazać, że wczesna interwencja logopedyczna jest najlepszym sposobem zapobiegania zaburzeniom mowy i może być skutecznym ogniwnem promocji zdrowia. Tylko wówczas możliwe będzie podejmowanie oddziaływań z zakresu profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy przez lekarzy. Informację o możliwości wczesnej interwencji logopedycznej powinien uzyskiwać każdy rodzic od lekarza pediatry²⁵¹.

Ciągle jeszcze powszechną praktyką lekarzy pediatrów jest utrzymywanie w przekonaniu rodziców małych dzieci, ociągających się z podejmowaniem kontaktów werbalnych z otoczeniem, że konsultacja logopedyczna jest zbędna lub przynajmniej w ich odczuciu przedwczesna. Środowisko służby zdrowia jest nieufne wobec logopedów, często

²⁴⁶ Zob. G. Krasowicz, M. Bogdanowicz: *Wybrane aspekty umiejętności metajęzykowych dzieci 6-letnich i dynamika ich zmian w klasie „0”*. „Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej” 1996, t. 4, s. 3-20.

²⁴⁷ Zob. K. Kozłowska: *op. cit.*, s. 106.

²⁴⁸ Zob. D. Kalka: *op. cit.*, s. 56.

²⁴⁹ Zob. G. Demel: *Organizacja terenowej sieci logopedycznej i formy intensyfikacji korekcji mowy*. „Logopedia” 1967, nr 7, s. 121.

²⁵⁰ Zob. E. Stecko: *Zaburzenia rozwoju mowy...*, s. 87.

²⁵¹ Zob. K. Węsierska: *Współpraca logopedów i pediatrów determinantą skutecznej opieki logopedycznej*. „Forum Logopedyczne” 2007, nr 13, s. 28-30.

dyskredytuje ich kompetencje i kwalifikacje zawodowe. Dzieje się tak prawdopodobnie z powodu niedostatecznej wiedzy lekarzy na temat możliwości wykorzystania logopedów pracujących z dzieckiem w procesie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Jest to pole do działania dla samych logopedów i ich reprezentacji związkowej. Istnieje również potrzeba rozwiązań ustawodawczych w tej dziedzinie (na przykład poprzez wprowadzenie w programie studiów medycznych czy pielęgniarских podstaw z zakresu logopedii, jak ma to miejsce w przypadku przygotowywania studentów logopedii, którzy opanowują podstawy wiedzy medycznej, niezbędne do wykonywania tego zawodu). Wydaje się, że rolę łącznika ze światem medycznym mogą odegrać logopedzi zatrudnieni w tym sektorze medycznym. Nie jest wyłącznie polską specyfiką, że terapeuci mowy zatrudnieni w resorcie edukacji są bardziej skłonni do podejmowania działań profilaktycznych o szerszym zasięgu – skierowanych do całej populacji, a logopedzi służby zdrowia skoncentrowani są raczej na udzielaniu specjalistycznej pomocy dzieciom ze stwierdzonymi zaburzeniami²⁵². Niemniej wydaje się realne wykorzystanie tej grupy specjalistów na polu działań popularyzatorskich, np. wśród rodziców, lekarzy.

Profilaktyka i wczesna interwencja logopedyczna są absolutną koniecznością wobec globalnego zapotrzebowania społeczeństwa na usługi prozdrowotne i świadome promowanie zdrowego stylu życia we wszystkich jego aspektach. Tak oczywiste postulaty jak możliwie najszybszy kontakt rodziców dziecka z grupy ryzyka czy niepełnosprawnego z logopedą lub konsultacje w razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z rozwojem mowy dziecka nie zawsze znajdują zastosowanie w rzeczywistości. Nadal brak jest koordynacji oddziaływań specjalistów różnych dziedzin zajmujących się problematyką zdrowia, stymulowaniem rozwoju, wychowaniem i nauczaniem dziecka. Wśród przyczyn takiej sytuacji można wymienić niedostateczną wiedzę poszczególnych grup zawodowych na temat zakresu kompetencji innych profesji zorientowanych na opiekę i wspomaganie dziecka od najmłodszych lat życia, a czasem niestety brak chęci współpracy tych środowisk czy też może obawa przed fałszywie pojmowaną konkurencją. Podejście takie wymaga zmiany dla dobra wszechstronnego rozwoju dziecka. Ważne wydaje się również nastawienie poszczególnych grup specjalistów do podejmowania współpracy, co wiąże się zapewne ze wzajemnym

²⁵² Podobny problem sygnalizują źródła brytyjskie, gdzie różnicę w systemowym podejściu logopedów sektora edukacji i służby zdrowia określa slogan: *all children versus targeted children*, zgodnie z którym przedmiotem zainteresowań logopedów oświatowych są wszystkie dzieci, a specjaliści sektora medycznego zajmują się głównie tymi, u których stwierdzono zaburzenie. Zob. E. McCartney: *Barriers to Collaboration. W: Speech/Language Therapists and Teachers Working Together. A System Approach to Collaboration*. Red. E. McCartney. Londyn 2000, s. 26-27.

zaufaniem, uznaniem kompetencji i otwartością. Idea szeroko rozumianej współpracy specjalistów na polu profilaktyki logopedycznej jest niezwykle ważnym zagadnieniem społecznym z uwagi na ogromne korzyści wynikające z jej powszechnego stosowania. Dla osiągnięcia założonych celów istotna jest jakość podejmowanej współpracy²⁵³.

Zaniechanie współdziałania specjalistów różnych dziedzin niesie ze sobą poważne zagrożenie. Jeśli ujawnione na tym etapie rozwoju dziecka zaburzenia komunikacji językowej nie zostaną przezwyciężone, mogą rzutować na dalsze losy jednostki. W przyszłości mogą przyczynić się do wystąpienia niepowodzeń szkolnych, mogą przeobrazić się w długoterminowy – życiowy problem, często nie tylko dziecka, ale i jego otoczenia²⁵⁴.

Reasumując, należy stwierdzić, że najbardziej efektywna współpraca logopedów z innymi specjalistami to taka, która owocuje podejmowaniem szerokiej gamy działań na rzecz propagowania w środowisku zagadnień związanych z profilaktyką logopedyczną i promocją rozwoju mowy. Zagwarantowanie kompleksowego typu kooperacji także na dalszych etapach postępowania logopedycznego, tzn. na etapie diagnozy i terapii, gwarantuje skuteczność systemu opieki logopedycznej. Wydaje się, że w polskich realiach ciągle jeszcze nie udało się wdrożyć modelu współpracy interdyscyplinarnych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych, w których aktywną rolę pełni logopeda.

²⁵³ Zagadnienie to badał C. Marvin, który zaproponował gradację typów współpracy pomiędzy terapeutami mowy i nauczycielami. Wyróżnił 4 poziomy takiej współpracy: pierwszy – *co-activity* – każdy specjalista zajmuje się swoimi zadaniami, występuje między nimi jedynie przepływ informacji; drugi – *cooperation* – specjaliści w swoim zakresie realizują wspólnie ustalone cele ogólne; trzeci – *coordination* – tworzą zespół, który wspólnie ustala strategię dla poszczególnych dzieci, ale nie pracują wspólnie; czwarty – *collaboration* – pracują wspólnie, realizując szczegółowe cele, a ich współpraca opiera się na wzajemnym zaufaniu, szacunku i współodpowiedzialności za podopiecznego. Zob. C. Marvin: *Problems in school-based language and collaboration services: Defining the terms and improving the process*. „Language, Speech and Hearing Services in Schools” 1990, nr 25, s. 258-268.

²⁵⁴ Potwierdzają to badania podłużne prowadzone w Stanach Zjednoczonych, które wykazały, że małe dzieci, u których występują zaburzenia mowy, stanowią grupę ryzyka w zakresie wystąpienia w przyszłości niepowodzeń szkolnych lub niedostosowania społecznego i jako takie powinny być objęte specjalistyczną opieką. Zob. D. M. Aram, B. L. Eckelman, J. E. Nation: *Preschoolers with language disorders: 10 years later*. „Journal of Speech and Hearing Research” 1984, t. 27, s. 232-244.

5. Terapia logopedyczna w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym i uwarunkowania jej efektywności

Termin *terapia* początkowo zarezerwowany był wyłącznie dla oddziaływań o charakterze medycznym, obecnie upowszechnił się w takich dziedzinach jak psychologia, pedagogika, socjologia, logopedia²⁵⁵. Terapia (ang. *therapy*, grec. *therapeia*) w najszerszym ujęciu rozumiana jest jako wszelkiego rodzaju forma pomocy udzielanej pacjentowi w celu usunięcia bądź złagodzenia zaburzeń²⁵⁶. W medycynie termin ten służy do opisu działań mających na celu przywrócenie bądź osiągnięcie stanu określanego zdrowiem. Synonimami terapii są: leczenie, kuracja. Z punktu widzenia nauk społecznych pojęcie to oznacza „(...) system działań stosowanych nie tylko wobec chorych, ale także jednostek o zaburzonym rozwoju lub poszukujących rozwiązań sytuacji trudnych”²⁵⁷. Zdaniem A. Kargul terapia w tym rozumieniu obejmuje różnego rodzaju oddziaływania – psychoterapię, socjoterapię, reedukację, kompensację, korekcję²⁵⁸. Z punktu widzenia nauk społecznych terminu terapii używa się nie tylko wobec osób chorych, ale i jednostek o zaburzonym rozwoju lub znajdujących się w sytuacjach trudnych. Na gruncie psychologii używa się go ogólnie dla określenia wszystkich sposobów leczenia chorób lub zaburzeń. Ponieważ sens tego pojęcia jest niezwykle rozległy, stosuje się go zwykle z przymiotnikami, dla rozróżnienia, o jaką odmianę terapii chodzi²⁵⁹. Termin upowszechnił się w pedagogice. Zwłaszcza w obrębie pedagogiki specjalnej nie budzi już dziś żadnych zastrzeżeń²⁶⁰. Pedagodzy specjalni mówią o „terapeutyczności procesu wychowania”, akcentując fakt, że terapia pedagogiczna jest stałym elementem wspomagającym działania rewalidacyjne, resocjalizacyjne, a także rehabilitacyjne²⁶¹.

W logopedii pojęcie *terapia logopedyczna* rozumiane jest jako „(...) specyficzne, zamierzone oddziaływania ukierunkowane na usunięcie wszelkich zakłóceń procesu porozumiewania się”²⁶². Z definicji tej wynika, że terapia zaburzeń mowy w toku logopedycznego postępowania terapeutycznego jest usuwaniem zaburzeń mowy,

²⁵⁵ Zob. B. Kaja: *op. cit.*, s. 11.

²⁵⁶ Zob. M. Bogdanowicz: *Problemy diagnozy, terapii i profilaktyki zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, s. 250.

²⁵⁷ B. Kaja: *op. cit.*, s. 11.

²⁵⁸ A. Kargul: *Prace korekcyjno-kompensacyjne poradni wychowawczo-zawodowych*. „Zagadnienia Wychowawcze” 1977, nr 6, s. 27.

²⁵⁹ Zob. A. S. Reber: *Słownik psychologii*. Warszawa 2000, s. 752.

²⁶⁰ Zob. A. Stankowski: *Elementy terapii pedagogicznej w pracy nauczyciela – wychowawcy*. Katowice 1986, s. 9.

²⁶¹ Zob. A. Stankowski: *Terapeutyczność procesu wychowania*. „Auxilium Sociale” 2000 nr 1 (13), s. XIII.

²⁶² E. M. Skorek: *Z logopedią na Ty...*, s. 168.

przywracaniem mowy w przypadku jej utraty, nauczaniem mowy, która się nie wykształciła, wyrównywaniem opóźnień rozwoju mowy, wypracowywaniem odpowiedniego poziomu sprawności językowej, likwidacją przyczyn i skutków pierwotnych oraz wtórnych skutków psychologicznych i pedagogicznych. W literaturze przedmiotu w odniesieniu do postępowania logopedycznego używa się również określeń: logoterapia, postępowanie logopedyczne, korekta logopedyczna, reedukacja mowy, przy czym dwa ostatnie pojęcia zawężają nieco zakres oddziaływań logopedy²⁶³.

Logoterapia – terapia słowem to przede wszystkim metoda psychoterapeutyczna z zakresu analizy egzystencjalnej, która skupia się na umożliwianiu pacjentowi poznania oraz akceptacji siebie i swego znaczenia jako części pewnej całości, w tym realnego świata, w którym musi on funkcjonować²⁶⁴. Wykorzystanie logoterapii w logopedii postuluje J. Cieszyńska²⁶⁵. Twórca logoterapii – V. Frankl wyznaczył językowi w egzystencji człowieka szczególną rolę do spełnienia²⁶⁶. Logoterapia, przy pomocy wypracowanego przez siebie języka, kreuje rzeczywistość sensu i wartości. Rodzice dziecka z zaburzeniami mowy zobaczą swoją sytuację, tak jak im to zaprezentują językowe wypowiedzi logopedy. Logoterapia pozwala na dokonanie zmian w zachowaniu rodziny, tak aby nie tylko biernie akceptowała rzeczywistość, ale także twórczo ją przekształcała. Celem takich oddziaływań jest pomoc w przezwyciężaniu problemów poprzez przełamywanie uprzedzeń, pokonywanie lęków i trudności. Czasem wsparcie to polega także na kształtowaniu alternatywnych sposobów komunikacji u członków rodziny. Zasady prowadzenia terapii logopedycznej wskazują na potrzebę zaangażowania do współpracy środowiska opiekuńczo-

²⁶³ Por. K. Błachnio: *Wybrane zagadnienia z metodyki logoterapii. Podręczny słownik terminów specjalistycznych używanych w logopedii*. Warszawa 1989, s. 127; G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękała: *op. cit.*, s. 326.

²⁶⁴ Zob. A. S. Reber: *op. cit.*, s. 345.

²⁶⁵ J. Cieszyńska jako przykład podaje skrajne sytuacje, w których znaleźli się rodzice dziecka z głębokimi deficytami. W okresie, kiedy rodzina dokonuje decydujących wyborów, ważna jest obecność terapeuty kompetentnego i współodczuwającego. Autorka akcentuje sytuację matek, które wielokrotnie zmuszone są do podejmowania decyzji zmieniających ich dotychczasowe życie i wyznawaną hierarchię wartości. Budowanie nowego systemu wartości w rodzinie wychowującej dziecko niepełnosprawne przebiega między innymi w oparciu o emocjonalne przeżycia, spotkania z innymi ludźmi, rodzicami i ich dziećmi. Wówczas logopeda powinien umieć przełamać barierę dzielącą społeczność od pacjenta i jego rodziny. To otwarcie ze strony terapeuty w początkowej fazie polega na umiejętności słuchania, milczenia i rozumienia. Zdaniem J. Cieszyńskiej logopeda powinien prowadzić nie tylko terapię ukierunkowaną na budowanie systemu językowego, ale także oddziaływać poprzez słowo – prowadzić terapię logopedyczną oraz logoterapię. Zob. J. Cieszyńska: *Logopedia i logoterapia*. „Konspekt” Pismo Akademii Pedagogicznej w Krakowie 2004, nr 20, www.wsp.krakow.pl/konspekt [dostęp 27 maja 2007 r.].

²⁶⁶ Termin *logoterapia* został wprowadzony przez V. Frankla na opisanie stworzonej przez niego metody psychoterapii. Zdaniem J. Surowańca stosowanie terminu *logoterapia* w odniesieniu do terapii mowy jest nieadekwatne. Zob. J. Surowaniec: *Logopedyczno-pedagogiczny system terminologiczny*. „Logopedia” 1995, nr 22, s. 101.

-wychowawczego dziecka. Rolą logopedy jest aktywizowanie członków rodziny i nauczycieli do podejmowania różnorodnych zadań na rzecz wspierania terapii logopedycznej.

Postępowanie terapeutyczne w logopedii opiera się na zasadach zgodnych z metodyką terapii pedagogicznej i psychologicznej²⁶⁷. Należą do nich:

- zasada wczesnego rozpoczynania terapii – w przypadku zidentyfikowania zaburzenia mowy należy jak najszybciej podjąć interwencję terapeutyczną, gdyż skraca to czas terapii i zwiększa jej efektywność,
- zasada indywidualizacji – rozumiana dwuaspektowo: program terapii powinien być opracowany dla konkretnego pacjenta i pod kątem określonego zaburzenia, ćwiczenia należy prowadzić indywidualnie (wyjątek stanowią ćwiczenia logorytmiczne, relaksacyjne, oddechowe, słuchowe i grupowej terapii mowy, np. pacjentów jękających się)²⁶⁸,
- zasada wykorzystania w procesie terapii wszelkich możliwości pacjenta – oznacza, że terapia powinna być prowadzona polisensorycznie, z wykorzystaniem posiadanych już przez pacjenta umiejętności,
- zasada kompleksowego oddziaływania – uwzględniając podejście holistyczne do pacjenta, równoległe z terapią logopedyczną proponuje się odpowiednią, uzależnioną od potrzeb formę wsparcia terapeutycznego (terapia zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń zachowania, terapia pedagogiczna, psychoedukacja i inne),
- zasada aktywnego i świadomego udziału – pacjent świadom przebiegu terapii jest motywowany do aktywnego w niej udziału,
- zasada współpracy z najbliższym otoczeniem – pacjent i jego najbliższe otoczenie uzyskują rzetelne informacje o programie, metodach terapii, przewidywanym czasie jej trwania, spodziewanych efektach; bliscy mają możliwość aktywnego uczestnictwa w terapii,
- zasada systematyczności – narzuca rytmiczność i planowość ćwiczeń, a także postępowanie zgodne z zasadami metodyki terapii logopedycznej; warunkiem przejścia od jednego etapu do następnego jest opanowanie i utrwalenie materiału,

²⁶⁷ Zob. E. Lichota: *Terapia wad wymowy*. Kraków 2005, s. 8.

²⁶⁸ Zasada ta trudna jest do spełnienia w warunkach przedszkola, gdzie ustawodawca określił, że zajęcia logopedyczne organizuje się w grupach liczących od 2 do 4 uczestników, a jedynie w szczególnie uzasadnionych przypadkach, za zgodą organu prowadzącego indywidualnie. Zob. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DzU 2003, Nr 11, poz. 114 z późn. zm.).

- zasada stopniowania trudności – terapię należy rozpoczynać od ćwiczeń najłatwiejszych dla pacjenta i kolejno wprowadzać nowe, trudniejsze elementy.

W przypadku dyslalii – najbardziej rozpowszechnionego wśród dzieci w wieku przedszkolnym zaburzenia mowy – logopeda prowadzi postępowanie terapeutyczne według następującego schematu:

- etap wstępny – jest poświęcony na diagnozę logopedyczną i orientację w możliwościach dziecka,
- etap przygotowawczy, podczas którego wykonywane są ćwiczenia:
 - oddechowe – są to ćwiczenia, których celem jest wzmacnianie i wykorzystanie siły mięśni oddechowych, uelastycznienie przepony i pobudzenie dolnych żeber; w toku ćwiczeń następuje wydłużanie fazy wydechowej i kontrolowanie napięcia aparatu oddechowego, a także opanowanie umiejętności ekonomicznego gospodarowania powietrzem wydychanym²⁶⁹,
 - uwagi słuchowej i słuchu fonematycznego – ćwiczenia te uczą koncentrowania uwagi dziecka na bodźcach słuchowych, wypracowują umiejętność rozróżniania wrażeń akustycznych, także stymulują u dziecka zdolność autokorekty, pozwalają na rozróżnianie cech prozodycznych języka: akcentu, intonacji, tempa mowy, iloczasu, natężenia głosu²⁷⁰,
 - narządów artykulacyjnych: języka i warg – ćwiczenia te mają na celu usprawnienie pracy języka, warg, podniebienia miękkiego i żuchwy, opanowanie umiejętności świadomego kierowania ruchami narządów niezbędnych dla poprawnej wymowy²⁷¹,
 - emisyjno-głosowe – celem tych ćwiczeń jest uczynnienie rezonatorów i optymalne ustawienie głosu, utrwalanie nawyku posługiwania się w mowie miękkim nastawieniem głosu²⁷²,

²⁶⁹ Zob. np. B. Tarasiewicz: *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*. Kraków 2003, s. 134-145; S. Weller: *Oddech, który leczy*. Gdańsk 2003, s. 74-75.

²⁷⁰ Zob. np. J. T. Kania: *op. cit.*, s. 91-120; B. Roślowski: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Gdańsk 1995, s. 30-33.

²⁷¹ Zob. E. Sachajska: *op. cit.*, s. 73-88.

²⁷² Zob. np. M. Gawrońska: *Podstawy wymowy i impostacji głosu*. Wrocław 2001, s. 60-61; H. Zielińska: *Kształcenie głosu*. Lublin 2002, s. 40-61.

- logorytmiczne – ćwiczenia słowno-ruchowe, które wyrabiają poczucie rytmu, koordynację ruchową, usprawniają motorykę całego ciała²⁷³,
- etap właściwej pracy korekcyjnej, który przebiega w kilku krokach:
 - wywołanie głoski (na drodze metod mechanicznych, substytucji lub mieszanych),
 - utrwalanie i automatyzacja głoski (podczas ćwiczeń na materiale językowym: w izolacji, w sylabach, w wyrazach i wyrażeniach, w zdaniach, w krótkich tekstach i w różnorodnym materiale językowym) aż do osiągnięcia nawyku poprawnego artykułowania głoski w mowie spontanicznej²⁷⁴.

J. Surowaniec natomiast wyróżnia trzy etapy postępowania logopedycznego w przypadku terapii dyslalii:

- etap przygotowawczy, polegający na nawiązaniu kontaktu z dzieckiem i zachęceniu go do aktywnego udziału w terapii,
- etap kształtowania umiejętności i nawyków poprawnego artykułowania głoski dotychczas nieprawidłowo realizowanej,
- etap kształtowania umiejętności i nawyków poprawnej wymowy w każdej sytuacji i miejscu²⁷⁵.

Jeszcze inny podział zaproponowały G. Jastrzębowska i O. Pelc-Pękala, które w terapii logopedycznej dyslalii wyróżniają cztery etapy:

- etap przygotowawczy, polegający na prowadzeniu ćwiczeń oddechowych, rytmizujących, słuchowych i usprawniających narządy artykulacyjne,
- etap właściwej pracy logopedycznej, czyli wywołania głoski w izolacji (zaburzonej lub nierealizowanej do tej pory, substytuowanej głoską łatwiejszą),
- etap utrwalania wywołanego dźwięku, poczynając od dźwięku w izolacji po ćwiczenia na materiale językowym,
- etap automatyzacji wywołanego dźwięku w wypowiedziach spontanicznych, tj. wprowadzenie autokorekcji i autokontroli²⁷⁶.

²⁷³ Zob. np. E. M. Minczakiewicz, H. Pniewska, A. Pniewska-Baukus: *Logorytmika jedną z nowszych metod terapii logopedycznej*. W: *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju mowy dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, s. 89-98; J. Surowaniec: *Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków 1993, s. 208.

²⁷⁴ Zob. E. M. Skorek: *Oblicza wad...*, s. 130.

²⁷⁵ J. Surowaniec: *Metodyka postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, s. 101.

²⁷⁶ G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala: *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii)*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, s. 410-412.

Reasumując, w procesie terapii logopedycznej wad wymowy (zaburzenia mowy najczęściej występującego u dzieci w wieku przedszkolnym), po postawieniu diagnozy kolejnym elementem jest opracowanie programu terapeutycznego. Program ten powinien być dostosowany do indywidualnego przypadku i zawierać podstawowe elementy:

- ćwiczenia przygotowujące do wywołania głoski,
- ćwiczenia korygujące nieprawidłową wymowę głoski,
- ćwiczenia wspomagające efektywność terapii zaburzeń artykulacji²⁷⁷.

W logopedii zastosowanie mają różnorodne metody terapeutyczne. Za *Małym słownikiem języka polskiego* (1999) za metodę uznać należy „sposób postępowania dla osiągnięcia określonego celu” lub „sposób naukowego badania rzeczy i zjawisk i przedstawiania wyników tych badań”²⁷⁸. *Nowy słownik pedagogiczny* (1996) przytacza definicję metody autorstwa T. Kotarbińskiego: „metoda, czyli system postępowania, jest to sposób wykonania czynu złożonego, polegający na określonym doborze i układzie działań składowych, a przy tym uplanowany i nadający się do wielokrotnego powtarzania”²⁷⁹.

E. M. Skorek proponuje klasyfikację metod wykorzystywanych w terapii logopedycznej w zależności od przyjętego kryterium. Dzieli ona metody terapeutyczne ze względu na:

- 1) punkt wyjścia uzyskiwania nowego dźwięku:
 - a) metody mechaniczne – za pomocą sondy, szpatułki, palca lub korektora do rotacyzmu następuje ustawienie narządów mownych do wybrzmienia głoski w izolacji,
 - b) metody substytucyjne – metody modyfikacji, przekształcania, wyprowadzania dźwięku docelowego z dźwięku pomocniczego,
 - c) metody mieszane,
- 2) przyczynę zaburzeń artykulacyjnych:
 - a) metody audiopedagogiczne, stosowane wobec dzieci z osłabioną uwagą i pamięcią audytywną; najpierw prowadzi się intensywne ćwiczenia słuchu niewerbalnego, a następnie intensywną stymulację słuchową; pacjent uczy się identyfikować prawidłową głoskę – korygowanie wadliwej wymowy następuje wyłącznie drogą słuchową,

²⁷⁷ Zob. G. Demel: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa 1994, s. 59.

²⁷⁸ *Mały słownik języka polskiego*, s. 431.

²⁷⁹ *Nowy słownik pedagogiczny*, s. 232.

- b) metody logopedyczne (w tym między innymi: pasywne, wzrokowe, substytucyjne, naśladowanie naturalnych dźwięków i inne),
- 3) sposób postępowania:
- a) ćwiczenia narządów mowy – głównie języka i warg, na drodze doskonalenia możliwości motorycznych narządów mowy; efektem jest poprawa możliwości artykulacyjnych; metoda ta jest efektywna w przypadkach zmniejszonej sprawności narządów mowy,
 - b) wyjaśnianie położenia narządów mowy – metoda ta polega na wyjaśnianiu położenia narządów mowy podczas artykulacji danej głoski; w wyjaśnianiu ułożenia narządów można posługiwać się schematami, palatogramami, rentgenogramami artykulacyjnymi; metoda ta ma zastosowanie w pracy z młodzieżą i osobami dorosłymi,
 - c) kontrola wzrokowa – odczytywania artykulacji z ust, fonetycznego kształtowania dźwięku – polega na naśladowaniu przez pacjenta artykulacji z bezpośredniego wzorca dostarczonego przez logopedę; metoda ta często stosowana jest w odniesieniu do tzw. głosek optycznych, przy których istotne ruchy artykulacyjne daje się zaobserwować wzrokiem,
 - d) kontrola dotyku i czucia skórno-dłoni – stosowana jest w tych przypadkach, kiedy właściwości artykulacyjne głosek mogą być odbierane za pomocą dotyku i czucia skórno-dłoni lub palców, np. w czasie wymawiania głosek dźwięcznych lub nosowych,
 - e) metoda fonetyczna (przekształceń głosek) – punktem wyjścia jest dźwięk pomocniczy – prawidłowo artykułowana głoska, podobna pod względem artykulacyjnym do głoski zaburzonej lub niewymawianej w ogóle; dźwięk ten jest odpowiednio modyfikowany i zbliża się do pożądanej artykulacji,
 - f) metoda mechaniczna – punktem wyjścia (w rzadko stosowanych metodach mechanicznych) jest obojętna lub wadliwa forma artykulacji reedukowana poprzez ustawianie języka za pomocą szpatułki lub sondy,
 - g) metoda uczulania – to sposób wywołania głoski, polegający na uwrażliwianiu i wskazywaniu za pomocą podrażniania miejsc znajdujących się na poszczególnych narządach mowy, biorących udział w wytwarzaniu głoski²⁸⁰.

²⁸⁰ Por. np. G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala: *Metodyka ogólna...*, s. 328-342; E. M. Skorek: *Oblicza wad...*, s. 118; J. Surowaniec: *Metodyka postępowania...*, s. 101-109.

H. Rodak dokonała następującego podziału metod terapii logopedycznej:

- 1) metody audiopedagogiczne,
- 2) metody logopedyczne, których podstawą w klasycznej terapii dyslalii są ćwiczenia motoryki mówienia i produkowania dźwięków; są to:
 - metody pasywne,
 - metody odczytywania mowy z ust – wzrokowe,
 - metody aktywne, polegające na przekształcaniu tzw. dźwięku pomocniczego w dźwięk docelowy,
 - metody wywoływania dźwięku drogą usprawniania narządów artykulacyjnych²⁸¹.

W terapii zaburzeń mowy wykorzystywane są, oprócz metod logopedycznych, mających zastosowanie tylko w postępowaniu logopedycznym i dla niego specyficznych (np. metody mechaniczne), również metody zaczerpnięte z innych dyscyplin naukowych²⁸²:

- lingwistyczne (np. metody fonetyczne),
- pedagogiczne (np. *Metoda dobrego startu* M. Bogdanowicz, *Metoda ruchu rozwijającego* V. Sherborne,),
- psychologiczne (np. liczne techniki relaksacyjne),
- medyczne (reedukacja połykania, ćwiczenia z wykorzystaniem aparatów szczękowo-ortopedycznych, np. płytki przedsionkowej)²⁸³.

W przypadku dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wykorzystywane są również techniki zaczerpnięte z metod terapii stymulująco-terapeutycznych, takie jak:

- pedagogika zabawy,
- *Kinezylogia Edukacyjna* (Paul Dennison),
- *Metoda Glena Domana* (alternatywna nauka czytania),
- Program: *Dotyk i komunikacja* (Christopher Knill),
- *Metoda wymuszonego kontaktu* (ang. *holding therapy*)²⁸⁴.

²⁸¹ H. Rodak: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa 2002, s. 27.

²⁸² Zob. G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pekala: *Metodyka ogólna...*, s. 329.

²⁸³ Zob. G. Śmiech-Słomkowska, W. Rytłowa: *Wybrane zagadnienia z profilaktyki i wczesnego leczenia ortodontycznego*. Warszawa 1993, s. 30.

²⁸⁴ Zob. C. Hannaford: *Zmysłne ruchy, które doskonałą umysł. Podstawy Kinezylogii Edukacyjnej*. Warszawa 1998, s. 29-49; Ch. Knill: *Dotyk i komunikacja*. Warszawa 1997, s. 9-20; A. Stanowski, S. Vasek: *Zarys pedagogiki specjalnej*. Katowice 2006, s. 163.

W przypadku występowania u dziecka dyslalii do głównych celów terapeutycznych, które stawia sobie logopeda, należą:

- kształtowanie u dzieci systemowej sprawności językowej poprzez korygowanie zaburzeń w zakresie strony fonetycznej, leksykalnej i gramatycznej,
- stymulowanie rozwoju mowy – rozumienia i odbioru mowy, doskonalenie sprawności językowej już ukształtowanej,
- wdrażanie do praktycznego wykorzystywania poprawnej wymowy, przyswajanej w toku ćwiczeń.

W zależności od ciężkości zaburzenia i jego etiologii logopeda podejmuje odpowiednią strategię postępowania terapeutycznego²⁸⁵.

W przypadku jąkania M. Chęciek proponuje ogólny podział metod na:

- bezpośrednie – oddziałujące bezpośrednio na nie płynność mówienia za pomocą różnorodnych ćwiczeń: oddechowych, emisyjnych, artykulacyjnych i słuchowych,
- pośrednie, które mają wpływ na procesy warunkujące mowę, ale bez bezpośredniego korygowania nie płynności,
- kompleksowe, które łączą metody bezpośredniego i pośredniego oddziaływania na nie płynność mowy²⁸⁶.

W związku z zaproponowanym podziałem działania terapeutyczne logopedy wobec dzieci w wieku przedszkolnym z objawami wczesnej nie płynności podzielić można na:

- poradnictwo – jako formę terapii pośredniej: udzielanie praktycznych, prewencyjnych porad rodzicom – w sytuacji pierwszych objawów nie płynności mowy, wśród dzieci z grupy ryzyka²⁸⁷,
- terapię pośrednią z elementami terapii bezpośredniej – zalecanie rodzicom odpowiedniego postępowania i ograniczone zaangażowanie dziecka w terapię – w przypadku objawów wskazujących na jąkanie wczesnodziecięce, gdy brak

²⁸⁵ Zob. K. Węsierska: *Nie płynność mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja w dysfluencji*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 11, s. 45-54.

²⁸⁶ M. Chęciek: *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*. Kraków 2007, s. 75; B. Jeziorczak, K. Węsierska: *Interwencja terapeutyczna w przypadku wczesnej dysfluencji – założenia programu terapii dla dzieci w wieku przedszkolnym*. „Forum Logopedyczne” 2008, nr 15, s. 24-27.

²⁸⁷ Terapia pośrednia opiera się na założeniu, że mowa dziecka jest determinowana przez wpływ otoczenia i oddziaływanie na to środowisko daje odpowiednie efekty terapeutyczne. W tej formie terapii logopeda koncentruje się na modyfikowaniu tempa i rytmu mówienia dziecka i jego najbliższych. Rodzicom – opiekunom sugeruje się również upraszczanie sytuacji komunikacyjnych, w jakich uczestniczy dziecko. Stymulowanie mowy dokonuje się przede wszystkim za pośrednictwem zabawy w toku ćwiczeń logorytmicznych, relaksacyjnych i muzykoterapeutycznych. Rodzice otrzymują instrukcje, jak postępować z dzieckiem w domu, jak komunikować się z nim, by nie koncentrować uwagi dziecka na mowie, nie kłaść nacisku na kontrolowanie wypowiedzi. Zob. Z. Dołęga: *op. cit.*, s. 106.

obciążenia w postaci współwystępowania czynników wyzwalających lub podtrzymujących przejawy nie płynności²⁸⁸,

- kompleksową terapię nie płynności mowy – w przypadku zdiagnozowanego jąkania wczesnodziecięcego u dziecka z obciążonym wywiadem stosuje się pracę terapeutyczną z dzieckiem i jego rodziną (kombinacja terapii bezpośredniej i pośredniej)²⁸⁹.

Podjęcie bezpośredniej terapii logopedycznej wobec dziecka w wieku przedszkolnym jest konieczne i uzasadnione w przypadkach jąkania typu chronicznego. Logopeda decyduje o zastosowaniu bezpośredniej interwencji po przeprowadzeniu diagnozy różnicowej²⁹⁰. W terapii bezpośredniej podstawowym celem jest osiągnięcie płynności mówienia poprzez trening tej umiejętności. Metody i techniki terapii bezpośredniej, stosowane wobec dzieci w wieku przedszkolnym, ułatwiające osiągnięcie płynności w mowie, to przede wszystkim:

- mówienie zwolnione z przeciąganiem samogłosek (polega na równomiernym rozciąganiu samogłoskowych elementów wypowiedzi, dzięki czemu tempo mowy zostaje zwolnione, a objawy nie płynności zniesione)²⁹¹,
- mówienie z „echem” (polega na zwolnieniu tempa mowy poprzez rozciąganie elementów wypowiedzi w czasie z wykorzystaniem efektu opóźnionego sprzężenia zwrotnego dzięki użyciu aparatury – echokorektora)²⁹²,

²⁸⁸ W trakcie spotkań z logopedą dokonuje się modelowanie postaw osób znaczących w życiu dziecka wobec jego mowy. Logopedzi doradzają rodzicom dziecka, jakie zasady postępowania powinny obowiązywać rodzinę i otoczenie dziecka z wczesną nie płynnością mowy – przygotowują na potrzeby oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych konkretne wskazówki dla rodziców. Zob. D. Kamińska: *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego*. Kraków 2006, s. 48.

²⁸⁹ Do niedawna wśród logopedów praktyków powszechny był pogląd, że nie jest zasadne podejmowanie terapii bezpośredniej wobec dzieci z nie płynnością mowy. Wskazywano przy tym, że koncentrowanie się na objawach nie płynności może powodować utrwalanie objawów nie płynności u dziecka. Ostatnie lata przynoszą zmiany w stanowisku zarówno teoretyków, jak i praktyków logopedii w tym zakresie. Coraz częściej akcentuje się potrzebę wczesnej interwencji w przypadku jąkania wczesnodziecięcego. Również na gruncie polskiej logopedii upowszechnia się opinia, że zaniechanie specjalistycznej pomocy wobec dziecka z wczesną nie płynnością mowy może doprowadzić do utrwalenia nawyku jąkania się, by stać się w przyszłości źródłem wielu napięć oraz niepowodzeń w życiu osobistym. Zob. np. P. Walton, M. Wallace: *Fun with fluency. Direct therapy with the young child*. Bisbee 1998, s. 20; H. Waszczuk: *Rodzinna terapia jąkania*. Gdańsk 2005, s. 11.

²⁹⁰ Zob. M. Chęciek: *Jąkanie*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, s. 134.

²⁹¹ Zob. np. M. Chęciek: *Techniki przedłużonego mówienia oraz delikatnego startu mowy wciąż aktualne*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2004, nr 7, s. 41-45.

²⁹² Efekt opóźnionego sprzężenia zwrotnego (delayed auditory feedback – efekt Lee) odkryty w latach 50. polega na tym, że mówiący słyszy swój głos z opóźnieniem wynoszącym około 0,25 sekundy, co powoduje, że zwalnia tempo mówienia, a mowa upływnia się. B. Adamczyk – twórca „echokorektora mowy” w metodzie „echo” proponuje mówienie w sposób zsynchronizowany z własnym echem opóźnionym o około 0,1–0,3 sekundy, co powoduje przeciąganie samogłosek w mowie i zanikanie jąkania. Zob. np. B. Adamczyk: *Trening i psychoterapia w metodzie „Echo”*. „Logopedia” 1977, nr 10, s. 46-55; B. Adamczyk: *Terapia jąkania metodą „Echo”*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, s. 141-157.

- mówienie rytmiczne (rytmizacja mowy z wykorzystaniem ruchu ciała pozwala uzyskać efekt płynności)²⁹³,
- sylabizowanie (poprzez rytmiczne wystukiwanie sylab w wyrazach, z zastosowaniem uspięwniania mowy, co ułatwia przewyższanie pojawiającego się czasem podczas sylabizowania skandowania)²⁹⁴,
- terapia oddechowa (polega na przywracaniu lub utrwalaniu prawidłowych wzorców oddechowych w mówieniu, a także znoszeniu napięć)²⁹⁵,
- ćwiczenia relaksacyjne (ułatwiają rozluźnienie mięśni ciała)²⁹⁶,
- ćwiczenia fonacyjne (utrwalanie delikatnego startu mowy i miękkiego nastawienia głosu)²⁹⁷,
- warunkowanie instrumentalne (polegające na modyfikowaniu zachowań werbalnych za pomocą systemu kar i nagród)²⁹⁸,
- rozwijanie sprawności językowej (stymulowanie i wspomaganie rozwoju mowy)²⁹⁹.

W praktyce logopedycznej coraz częściej stosuje się kombinację terapii pośredniej i bezpośredniej, tzw. terapię kompleksową, w której poszczególne techniki terapeutyczne wykorzystywane są stosownie do potrzeb dzieci jękających się i ich rodzin³⁰⁰. Terapeuci podejmujący pracę z rodziną jękającego się dziecka nastawiają się na modelowanie

²⁹³ Rytmizacja polega na mówieniu sylabami wyrazów i zdań, przy czym rytm może wyznaczać metronom lub upłynniające ruchy całego ciała, ręki wiodącej lub palca. W niektórych programach terapeutycznych pacjent, w rytm wypowiedzianych fraz, kreśli w powietrzu sinusoidę palcem lub wykonuje paraboliczne ruchy ręką. Do rytmizacji wykorzystywane są też gesty naturalne (gestykulacja) lub tzw. rytmogesty – obszerne płynne ruchy towarzyszące mowie. Por. np. L. Ariutiunian: *Problemy patologicznego podłoża jękania*. „Logopedia” 1997, nr 24, s. 31-37; M. Chęciek: *Jękanie*, s. 125-151; M. Młynarska, T. Smereka: *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*. Warszawa 2000, s. 75-80; S. Wilczewski: *Teoretyczne założenia i metoda usuwania jękania*. „Logopedia” 1967, nr 7, s. 105-111.

²⁹⁴ Zob. C. W. Dell: *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Kraków 2008, s. 47-55.

²⁹⁵ Zob. A. Chrzanowska: *Elementy metodyki I. G. Wygotskiej, J. L. Piellinger, L. P. Uspienskiej w terapii logopedycznej jękających się dzieci*. W: *Diagnoza i terapia osób jękających się*. Red. A. Balejko. Białystok 2004, s. 81-97.

²⁹⁶ Zob. np. J. Day: *Twórcza wizualizacja dla dzieci*. Poznań 1994, s. 32-57; H. Waszczuk: *op. cit.*, s. 39-40.

²⁹⁷ Ćwiczenia te polegają na uzyskiwaniu w mówieniu nawyku delikatnego kontaktu narządów artykulacyjnych na starcie wypowiedzi, w ćwiczeniach miękkiego ataku głosu wykorzystywana jest technika przepływu powietrza M. Schwarza, polegająca na poprzedzeniu wypowiedzi głębokim westchnieniem, które znosi napięcia mięśni krtani. Zob. M. Chęciek: *Jękanie*, s. 125-151.

²⁹⁸ Zob. M. Chęciek: *Rola pochwały i nagany w terapii logopedycznej jękających się dzieci w ujęciu szkoły amerykańskiej*. „Logopedia” 1991, nr 18, s. 27-36.

²⁹⁹ Takie podejście jest zgodne z tezą C. van Ripera, że „małe dziecko nie tylko się jąka, ale i uczy mowy”. Cyt. za Z. Tarkowski: *Jękanie wczesnodziecięce*, s. 169-177.

³⁰⁰ Terapia logopedyczna dziecka jękającego się prowadzona z udziałem rodzin zyskuje sobie coraz większą popularność także w środowisku polskich logopedów. Wydaje się, że logopedzi coraz częściej doceniają znaczenie czynnika, jakim jest zaangażowanie środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka dla efektywności terapii logopedycznej. Por. B. Jeziorczak, K. Węsierska: *op. cit.*, s. 24-27; W. Kostecka: *Pomoc logopedyczna dziecku jękającemu się*. „Logopedia” 1999, nr 26, s. 69; H. Waszczuk: *op. cit.*, s. 19-24.

funkcjonowania rodziny, które warunkuje poprawę płynności mowy dziecka, a zatem zwiększa efektywność oddziaływań logopedy.

W postępowaniu terapeutycznym wobec dziecka w wieku przedszkolnym ważne jest, by dobór został dokonany świadomie, zależnie od rodzaju zaburzenia. Sposób działania logopedy powinien być dostosowany do wieku i możliwości pacjenta. W literaturze przedmiotu coraz częściej zwraca się uwagę, że efektywność terapii logopedycznej zależy od kompleksowego podejścia do problemu.

Omawiając zagadnienia terapii logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym, nie sposób pominąć kwestii skuteczności – efektywności działań logopedów. *Efektywność* (ang. *effectiveness*), w szerokim rozumieniu, to zdolność do radzenia sobie ze środowiskiem, bycie kompetentnym. Efektywność kojarzona jest najczęściej z ekonomią. Efektywność ekonomiczna to wynik działalności gospodarczej określony przez stosunek uzyskanego efektu do nakładu³⁰¹. W rozumieniu językowym efektywność to skuteczność, sprawność³⁰². Na gruncie nauk pedagogicznych często używane są terminy: efektywność kształcenia i efektywność wychowania³⁰³. Efektywność kształcenia rozumiana jest jako zgodność wyników kształcenia z założonymi celami. Może mieć wymiar ekonomiczny, porównywane są wówczas nakłady poniesione na proces kształcenia w stosunku do uzyskanych przez uczniów wyników. W wymiarze pedagogicznym porównywany jest poziom osiągnięć szkolnych w stosunku do zakładanych standardów kształcenia. Efektywność wychowania natomiast to miara zgodności oddziaływań wychowawczych z założonymi celami wychowawczymi. M. Bogdanowicz, rozpatrując zagadnienia profilaktyki i terapii w szerszym – psychopedagogicznym ujęciu, stwierdza, że na skuteczność (efektywność) tych procesów składa się wiele czynników. Do najważniejszych zalicza ona nauczyciela terapeutę – jego osobowość, wiedzę, doświadczenie praktyczne, postawę wobec dziecka (pacjenta) i jego problemów, umiejętność współpracy. Kolejnym istotnym czynnikiem warunkującym skuteczność profilaktyki i terapii, zdaniem M. Bogdanowicz, jest dziecko (pacjent – klient): jego możliwości intelektualne (im lepsze, tym łatwiej kompensować braki i zaburzenia), jego wiek (im młodszy, tym większa szansa korygowania zaburzeń), rodzaj zaburzenia, jego głębokość i rozległość. Do nie mniej znaczących czynników determinujących efektywność oddziaływania terapeutycznego zalicza ona diagnozę – wartość przeprowadzonych badań specjalistycznych oraz sytuację

³⁰¹ Zob. *Nowy słownik języka polskiego*, s. 178.

³⁰² Zob. *Nowy słownik poprawnej polszczyzny*. Red. A. Markowski. Warszawa 1999, s. 198.

³⁰³ Zob. *Pedagogika*. Red. B. Milerki, B. Śliwierski. Warszawa 2000, s. 56.

terapeutyczną. Za sytuację terapeutyczną w tym znaczeniu należy przyjąć warunki prowadzenia zajęć, atmosferę, czas trwania, intensywność pracy, zastosowane metody, a przede wszystkim współpracę terapeuty z innymi specjalistami³⁰⁴. W polskiej terminologii logopedycznej pojęcie efektywności jest stosowane zamiennie z pojęciem skuteczności.

Zagadnienie efektywności w odniesieniu do terapii logopedycznej rozpatrywał A. Bochniarz. Podał on analizie problem skuteczności terapii jąkania. Jego zdaniem istotne są takie aspekty jak: motywacja do terapii, cechy osobowe – cechy zachowań pacjenta i terapeuty, organizacyjny składnik efektywności terapii, metodyczne aspekty terapii, zaplecze diagnostyczno-badawcze, wykorzystywane metody terapeutyczne. Zdaniem tego badacza wpływ na efektywność postępowania logopedycznego ma etiologia zaburzenia³⁰⁵.

Według Z. Tarkowskiego wskaźnikiem efektywności jest stopień realizacji celu³⁰⁶. K. Błachnio rozpatruje skuteczność postępowania logopedycznego przez pryzmat kompleksowości³⁰⁷. W jej ujęciu kompleksowość rozumiana jest jako zespołowe i systemowe działania wielu specjalistów, stwarzające warunki psychofizyczne, które w czasie trwania terapii i po jej zakończeniu umożliwiają sprawną, poprawną i estetyczną kreatywność językową jednostki poddanej oddziaływaniu, na miarę jej indywidualnych możliwości. W anglojęzycznej literaturze przedmiotu można spotkać ujęcie zagadnień skuteczności terapii logopedycznej w aspekcie tzw. *three es: efficiency, effects, and effectiveness* (wydajność, efekty, efektywność)³⁰⁸.

³⁰⁴ M. Bogdanowicz: *Problemy diagnozy...*, s. 254.

³⁰⁵ A. Bochniarz: *Warunki efektywnej terapii jąkania*. „Logopedia” 1994, nr 21, s. 13.

³⁰⁶ Z. Tarkowski zwraca uwagę, że efektywność terapii bardzo trudno jest ocenić bez wyznaczenia jej celów. Działanie bezcelowe jest bowiem z natury mało skuteczne. Zasadnicze cele terapii określa się zazwyczaj w zależności od tego, jak rozumie się istotę zaburzenia mowy (np. jąkania). Zob. Z. Tarkowski: *Efektywność terapii osób jąkających się*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2003, nr 5, s. 17.

³⁰⁷ K. Błachnio: *Kompleksowość logopedyczna podstawą skuteczności logopedycznej*. „Logopedia” 1995, nr 22, s. 39.

³⁰⁸ W studiach nad zjawiskiem efektywności terapii logopedycznej *efficiency* rozumiana jest jako wydajność, sprawność. Oceniana jest w kontekście czasu trwania terapii oraz wysiłku włożonego w osiągnięcie założonego celu. *Effects*, czyli efekty terapii, rozumiane są w tym ujęciu jako znaczące, obserwowalne zmiany pod wpływem celowych oddziaływań logopedy. Natomiast zagadnienie skuteczności, efektywności – *effectiveness* jest definiowane za pomocą odpowiedzi na pytanie, na ile to terapia przyczyniła się do obserwowanych zmian. Podobnie ujmuje to J. Gierut, odwołując się do przywołanych *three es: efficiency, effects, and effectiveness*. Pytania sformułowane dla poszczególnych komponentów efektywności stawiają jednak problem w nieco szerszej perspektywie. I tak, poszukując odpowiedzi na pytanie o skuteczność terapii, J. Gierut posiłkuje się pytaniem: „czy terapia działa czy przynosi zamierzony skutek?”. W przypadku efektów terapii odwołuje się do poszukiwania sposobów, które przynoszą pożądany skutek. Natomiast analizując kwestie wydajności, sprawności terapii, poszukuje rozstrzygnięć: „czy jedne metody postępowania terapeutycznego są skuteczniejsze niż inne?”. Zob. J. A. Gierut: *Treatment Efficacy: Functional Phonological Disorders in Children*. „Journal of Speech, Language, and Hearing Research” 1998, t. 41, s. 85-100; A. L. Williams: *Speech Disorders. Resource Guide for Preschool Children*. Clifton Park 2003, s. 137-153.

Reasumując, na podstawie analizy literatury przedmiotu, można przyjąć następujące uwarunkowania efektywności – determinanty skuteczności działań logopedów³⁰⁹:

1. Osoba logopedy – terapeuty:

- osobowość – zwłaszcza cechy związane z kompetencją komunikacyjną,
- wiedza,
- doświadczenie praktyczne – warsztat zawodowy,
- postawa wobec dziecka (pacjenta) i jego problemów, umiejętność współpracy.

2. Osoba pacjenta (klient logopedy) – dziecko:

- możliwości intelektualne (im lepsze, tym łatwiej kompensować braki i zaburzenia),
- wiek (im młodszy pacjent, tym większa szansa skorygowania zaburzeń),
- rodzaj zaburzenia, jego głębokość i rozległość,
- motywacja do pracy nad przewyciężaniem zaburzenia (motywacja do ćwiczeń),
- środowisko rodzinno-opiekuńcze – motywacja i świadomość rodziców/opiekunów, ich aktywny udział w terapii: systematyczna praca domu rodzinnego, wsparcie udzielane dziecku, akceptacja.

3. Sytuacja terapeutyczna:

- diagnoza – trafność postawionych hipotez diagnostycznych i prognoz terapeutycznych, dokładność ewentualnych badań specjalistycznych,
- sprecyzowanie celów terapii w oparciu o mocne strony pacjenta – ustalenie programu terapii – dobór właściwych metod terapeutycznych,
- możliwość kontaktu ze środowiskiem rodzinnym – informowanie o postępach,
- kooperacja ze środowiskiem opiekuńczo-wychowawczym na rzecz realizacji programu terapii,
- indywidualizacja procesu terapii – dostosowywanie sposobu postępowania terapeutycznego (wybór adekwatnych metod, użytych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych, pomocy dydaktycznych) do potrzeb i możliwości pacjenta,

³⁰⁹ Zob. M. Bogdanowicz: *Problemy diagnozy...*, s. 254; K. Błachnio: *Kompleksowość logopedyczna...*, s. 39; A. Bochniarz: *op. cit.*, s. 13; I. Styczek: *Logopedia*, s. 432-434; Z. Tarkowski: *Efektywność terapii...*, s. 17.

- stała ewaluacja procesu terapii – weryfikowanie hipotez w trakcie trwania procesu logopedycznego.
4. Czynniki zewnętrzne – warunki pracy:
- częstotliwość spotkań – intensywność procesu terapeutycznego,
 - wyposażenie gabinetu logopedycznego.
5. Kompleksowość oddziaływań:
- współpraca między specjalistami – rozumiana jako zespołowe i systemowe działania wielu specjalistów, stwarzające korzystne warunki psychofizyczne wspomagające proces terapii.
6. Profilaktyka logopedyczna:
- pierwotna – promocja rozwoju mowy i stymulacja językowa całej populacji,
 - drugorzędowa – wczesna identyfikacja zaburzeń, przesiewy logopedyczne, wykrycie zaburzeń i bezpośrednia interwencja,
 - trzeciorzędowa – zapobieganie dalszym niepomyślnym skutkom zdiagnozowanych zaburzeń mowy.

Czynnik osoby terapeuty (metod przez niego stosowanych) i jego pacjenta (rodzaje zaburzeń) został w niniejszej pracy omówiony dość szczegółowo. Ważne wydaje się jednak zwrócenie także uwagi na znaczenie dla efektywności pracy logopedów działań podejmowanych przez szeroko ujmowane środowisko dziecka. Udział środowiska rodzinno-opiekuńczego dziecka w terapii logopedycznej jest czynnikiem w znacznym stopniu determinującym skuteczność działań logopedy, a niejednokrotnie wręcz przesądzającym o powodzeniu tej działalności. Warunki, w jakich realizowane są zalecenia logopedów i stopień współpracy z otoczeniem dziecka, w znacznym stopniu wpływają na skuteczność terapii logopedycznej.

Edukacja przedszkolna z partnerskim udziałem rodziców jest przejawem dokonujących się w naszej rzeczywistości zmian społecznych. Postępująca demokratyzacja i manifestowana przez coraz szersze kręgi potrzeba decentralizacji powodują, że zmiany dostrzegalne są także w środowisku przedszkolnym. Uaktywnienie środowiska rodzinnego dziecka poprzez umożliwienie rodzicom/opiekunom włączenia się na zasadach partnerstwa w działalność edukacyjno-wychowawczą przedszkola stwarza dziecku szanse pełniejszego rozwoju, a nauczycielom pozwala lepiej realizować założone cele. Rodzice mogą odczuć

wówczas pełnię odpowiedzialności za jakość życia i wychowania dziecka³¹⁰. Pozwala to na wykorzystanie tej aktywności domu rodzinnego dziecka również we współpracy przy realizacji zaleceń terapii logopedycznej.

Nowoczesna edukacja przedszkolna, w rozumieniu której rodzice są równorzędnymi partnerami nauczycieli, opiera się na pięciu zasadach:

- wzajemnego zaufania,
- wzajemnego uznawania praw i kompetencji,
- integracji działań,
- wzajemnej lojalności,
- przekazywania informacji³¹¹.

Taki model współpracy gwarantuje możliwość osiągnięcia założonych efektów działań wspomagających pracę nauczyciela przedszkola, w tym również logopedy. Wydaje się zatem, że nauczyciele przedszkoli i logopedzi zatrudnieni w tych placówkach powinni zabiegać o zbliżenie ze środowiskiem rodzinnym dziecka. Dla uzyskania pożądanego efektów w przypadku takich zaburzeń mowy jak jąkanie wczesnodziecięce, opóźniony rozwój mowy, sprzężone wady mowy konieczne jest niejednokrotnie poważne zaangażowanie się całego otoczenia dziecka w pracę terapeutyczną³¹². Nawiązanie współpracy, a także współdziałanie specjalistów jest konieczne także wtedy, gdy oczekiwania rodziców wobec osiągnięć językowych dziecka są nadmiernie wygórowane lub gdy dziecko jest zaniedbywane. Są to sytuacje, w których niezmiernie ważna jest rola psychologa przedszkolnego i logopedy, współdziałających z nauczycielem.

Nauczyciel przedszkola jest osobą niezwykle ważną w życiu dziecka w tym okresie. Pełni rolę pośrednika pomiędzy zespołowym życiem na terenie przedszkola a rzeczywistością poza placówką. Wychowawca staje się wzorem i autorytetem dla swoich wychowanków, jego rolą jest również nawiązywanie ścisłych więzi z rodzicami, opiekunami dziecka³¹³. Współczesny nauczyciel musi mieć świadomość, że jego zadaniem nie jest wyłącznie

³¹⁰ Zob. M. Bulera, K. Żuchelkowska: *Edukacja przedszkolna z partnerskim udziałem rodziców*. Toruń 2006, s. 34.

³¹¹ Zob. A. W. Maszke: *Współpraca i partnerstwo rodziców i nauczycieli*. W: *Kreatorzy edukacyjnego dialogu*. Red. A. Karpińska. Białystok 2002, s. 77-79.

³¹² W przypadku występowania zaburzenia mowy, jakim jest jąkanie, skuteczna terapia w ogóle nie jest możliwa bez aktywnego udziału wszystkich znaczących dla dziecka osób, zwłaszcza rodziców. Powodzenie tej terapii jest uzależnione w ogromnej mierze od modyfikowania postaw osób dorosłych wobec problemu niepełności. Jest to osiągalne w warunkach systematycznej współpracy logopedy z rodziną, często przy wsparciu psychologa. Zob. np. D. Deluga: *O jąkaniu wczesnodziecięcym*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 10, s. 44-48; A. Pruszczyk: *Jąkanie*, s. 260; H. Waszczuk: *op. cit.*, s. 9.

³¹³ Zob. F. Guillaumond: *Nauka komunikowania się w grupie przedszkolnej*. Warszawa 2000, s. 8.

nauczanie dziecka – oddziaływanie o charakterze dydaktycznym, lecz także zapewnienie dzieciom optymalnych warunków rozwojowych. Spełnienie tego trudnego zadania nie jest możliwe bez podjęcia efektywnej współpracy przede wszystkim z rodzicami, ale również ze specjalistami z takich dziedzin jak pediatria, psychologia, logopedia. Szczególnie istotne znaczenie ma to w przypadku dziecka o nieharmonijnym rozwoju, wymagającego szczególnego, systemowego wsparcia zespołu specjalistów.

Warunkiem efektywnej terapii logopedycznej jest aktywne uczestnictwo rodzica – opiekuna w prowadzeniu oddziaływań korekcyjnych. Rodzic poinformowany, świadomy celów terapii i zasadności stosowanych metod jest zmotywowany do jej kontynuowania w warunkach domowych³¹⁴. Nawiązanie stałej współpracy z nauczycielem przedszkola i rodzicem dziecka to podstawowe zadanie logopedy pracującego z dziećmi w wieku przedszkolnym. Tylko taka współpraca zapewnia optymalne warunki prowadzenia terapii mowy i korzystne dla wyników tej terapii rokowania. Do osiągnięcia powodzenia w procesie terapeutycznym konieczna jest pełna akceptacja rodziców dla programu naprawczego proponowanego przez logopedę i konsekwentne stosowanie się do jego wskazówek i zaleceń. Postulat dostosowania się do zaleceń logopedy jest niezwykle istotny również w odniesieniu do nauczycieli. Jak już zasygnalizowałam wcześniej, w polskich realiach logopedzi rzadko mają możliwość pracy w zespołach diagnostyczno-terapeutycznych. Jest to bezsprzecznie jeden z czynników wpływających na ostateczną skuteczność ich pracy³¹⁵.

Znaczenie dla powodzenia oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych prowadzonych przez logopedów ma również postawa lekarzy. Świadomość istnienia wspólnego celu, jakim jest działalność lekarzy i logopedów na rzecz promocji zdrowia, stwarza warunki do zacieśnienia współpracy tych grup zawodowych. Prozdrowotny styl życia, czyli „(...) świadome zachowania sprzyjające poprawie, utrzymaniu i ochronie zdrowia”³¹⁶, powinno być nadrzędnym celem działań profilaktycznych logopedów. Zgodnie z założeniami *Karty Ottawskiej* działaniem na rzecz promocji zdrowia, stanowiącym o jego sile, jest tworzenie środowisk wspierających zdrowie, wzmacnianie działań społecznych

³¹⁴ Zob. E. Lichota: *op. cit.*, s. 9.

³¹⁵ Specjalistyczne zespoły interdyscyplinarne (ang. *interdisciplinary teams*), w których obok logopedy pracuje audiolog, psycholog i specjaliści medyczni, są popularne np. w Stanach Zjednoczonych. Taką współpracę mogą podejmować zarówno logopedzi (*SLPs – speech-language pathologists*) zatrudnieni w placówkach związanych z opieką zdrowotną (*medical model in health care*), jak i terapeuci mowy i języka pracujący w systemie edukacji (*educational model in school settings*). Procedury współpracy amerykańskich logopedów oświatowych z innymi specjalistami, w tym planowanie pracy i prowadzenie kompleksowej terapii, ściśle reguluje *Individuals with Disabilities Education Act* i inne rozporządzenia stanowe. Zob. J. E. Brown, J. A. Handelsman: *Professional Autonomy and Collaboration. W: Professional Issues in Speech-Language Pathology and Audiology*, s. 192-194.

³¹⁶ *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*. Red. B. Woynarowska, M. Sokołowska. Warszawa 2000, s. 15.

i rozwijanie umiejętności osobniczych. Promocja zdrowia w takim rozumieniu koncentruje się na aktywizowaniu prozdrowotnych postaw w „siedliskach” – środowiskach społecznych określonych grup, w których strategie podejmowane kolektywnie mają większą siłę oddziaływania³¹⁷. Pediatra powinien wsłuchiwać się w komunikaty rodziców związane z obawami o rozwój mowy i niezwłocznie sugerować kontakt z logopedą w razie jakichkolwiek wątpliwości, dotyczących nabywania kompetencji językowych³¹⁸. Docenienie znaczenia wczesnej interwencji logopedycznej w kręgach pediatrów, lekarzy rodzinnych i przedstawicieli innych specjalizacji jest warunkiem efektywności opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym.

Nieodzownym zatem warunkiem skuteczności terapii logopedycznej jest nawiązanie stałej współpracy z rodzicami, nauczycielami i innymi specjalistami. Postępowanie terapeutyczne logopedy wobec dziecka w wieku przedszkolnym jest skazane na niepowodzenie lub ograniczony sukces w sytuacji braku zaangażowania się środowiska opiekuńczo-wychowawczego w terapię dziecka. W planowaniu pracy terapeutycznej aktywizowanie najbliższego otoczenia – poprzez dotarcie do rodziców, nauczycieli, lekarzy i innych osób bezpośrednio wpływających na dziecko – wydaje się być podstawowym zadaniem logopedy.

³¹⁷ *Karta Ottawska.*

³¹⁸ Zob. R. C. Baker: *op. cit.*, s. 76.

III. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

1. Cel, przedmiot, zakres badań i problemy badawcze

Stale rosnąca w Polsce liczba logopedów, zatrudnianych przede wszystkim w placówkach oświatowych i służby zdrowia, umożliwia podejmowanie szeroko rozumianych oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych na dziecko i jego środowisko wychowawcze. Bezpośrednim powodem podjęcia przeze mnie badań nad efektywnością działań logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym były moje osobiste doświadczenia związane z wieloletnim wykonywaniem zawodu logopedy. Liczne opinie środowiska terapeutów mowy pozwoliły mi na postawienie tezy, że pomimo zapewnienia w Katowicach stosunkowo sprzyjających warunków do podejmowania działań logopedycznych jakość opieki w tym zakresie nie jest w pełni zadowalająca¹. Mając na uwadze, że „(...) opis i rozpoznanie faktów, zjawisk i procesów pedagogicznych są istotnymi celami zarówno poznania naukowego, jak i działalności praktycznej”², podjęta została przeze mnie próba naukowego zweryfikowania tych poglądów.

Cel badań naukowych, zarówno jakościowych, jak i ilościowych, jest taki sam – poznanie bądź lepsze poznanie zagadnienia interesującego badacza³. Ogólnym celem prezentowanych badań było naukowe poznanie badanej rzeczywistości. Jednakże nie był to cel jedyny, bowiem „(...) oprócz celu poznawczego ważne jest kształtowanie rzeczywistości społecznej, a w związku z tym prognozowanie i planowanie jej przeobrażeń, co umożliwia właśnie stymulowanie procesów społecznych”⁴. Badania pedagogiczne są silnie warunkowane przez cele, którym służą. Przyjęłam, że „(...) celem [tych] badań jest poznanie umożliwiające skuteczne działanie”⁵ w zakresie organizowania opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym. Zgodnie z powyższymi przesłankami zostały przeze mnie sprecyzowane główne cele badawcze:

¹ Na takie stwierdzenie pozwala mi moje długoletnie doświadczenie zawodowe, związane z pracą na stanowisku logopedy w katowickiej poradni psychologiczno-pedagogicznej (we wcześniejszych latach również pracowałam w charakterze logopedy w szkole specjalnej i miejskich przedszkolach Katowic). Informacje o stanie opieki logopedycznej uzyskiwałam również od logopedów – członków katowickiego zespołu doskonalenia logopedów, którego jestem liderem i koordynatorem.

² Zob. S. Palka: *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*. Gdańsk 2006, s. 102.

³ Zob. J. Pilch, T. Bauman: *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Warszawa 2001, s. 56.

⁴ J. Sztumski: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Katowice 2005, s. 21.

⁵ J. Pilch, T. Bauman: *op. cit.*, s. 35.

- diagnoza potrzeb w zakresie pomocy logopedycznej udzielanej dzieciom w wieku przedszkolnym (ustalenie rozpowszechnienia występowania zaburzeń mowy w tej grupie wiekowej),
- rozpoznanie stanu opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym (ustalenie zakresu oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych prowadzonych przez logopedów w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym),
- ocena efektywności profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów wobec dziecka w wieku przedszkolnym i jego środowiska oraz ustalenie jej uwarunkowań.

Celem praktycznym podjętych przeze mnie badań było:

- opracowanie propozycji skutecznych rozwiązań, dotyczących organizacji opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym – opracowanie projektu programu oddziaływań z zakresu profilaktyki i terapii logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym.

Przedmiotem badań społecznych „(...) jest wszystko to, co składa się na rzeczywistość społeczną”⁶, a zatem zarówno zbiorowości i zbiory społeczne, instytucje społeczne, jak i procesy oraz zjawiska społeczne. Zgodnie z tym założeniem przedmiotem przeprowadzonych badań była efektywność profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym.

Praktycznym celem podjętych przeze mnie badań było wykorzystanie ich wyników do modyfikowania koncepcji opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym⁷. W związku z tym przygotowałam opracowanie w formie raportu, zawierające wyniki badań wraz z wnioskami wynikającymi z badań, konkluzją oraz proponowanymi modyfikacjami systemu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Raport ten został złożony w Wydziale Edukacji Urzędu Miasta Katowice. Opracowanie to miało dostarczyć władzom miejskim, które w głównej mierze zapewniają opiekę logopedyczną dzieciom w wieku przedszkolnym, rzetelną wiedzę o jej stanie. Moją intencją było przede wszystkim

⁶ J. Sztumski: *op. cit.*, s. 18.

⁷ J. Gnitecki proponuje sklasyfikowanie celów pracy badawczej w badaniu pedagogicznym w trzech kategoriach: cel poznawczy – „związany głównie z opisem, wyjaśnianiem i przewidywaniem zjawisk pedagogicznych”; cel teoretyczny – „związany między innymi z podejmowaniem zadań teoretycznych”; cel praktyczny – „związany między innymi z realizacją zadań praktycznych”. Zob. J. Gnitecki: *Wstęp do metod i przetwarzania wyników badań w naukach pedagogicznych*. Poznań 2003, s. 17.

wskazanie, w oparciu o wyniki przeprowadzonych badań, kierunku proponowanych zmian w ramach tej opieki w celu podniesienia efektywności działań logopedów⁸.

Poruszana w tej pracy problematyka znajduje się w obszarze zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, przede wszystkim: logopedii, pedagogiki społecznej i specjalnej, medycyny, psychologii, socjologii. W przyjętej procedurze badań oraz podczas prowadzenia analiz przestrzegane były zatem zalecenia właściwe dla metodologii nauk społecznych.

Cel i przedmiot badań determinują ich charakter. W metodologii nauk społecznych wyróżnia się dwa podstawowe rodzaje badań: badania diagnostyczne (eksploracyjne) i weryfikacyjne. „Studia eksploracyjne mają za zadanie odkrycie pewnych zależności i prawidłowości, czasami tylko w ograniczonej, niewielkiej liczbie przypadków, np. dostępnych dla jednego badacza. (...) Badania weryfikacyjne, angażujące najczęściej sporą liczbę badaczy, prowadzi się na szerszym materiale”⁹. Celem badań diagnostycznych jest ustalanie istotnych cech czy zasad funkcjonowania konkretnego wycinka rzeczywistości, będącego głównym przedmiotem poznawczych rozważań. Natomiast celem badań weryfikacyjnych jest sprawdzenie empiryczne, kontrola prawdziwości jednego lub całego zespołu ogólnych twierdzeń o związkach między pewnymi, ogólnie zdefiniowanymi klasami zjawisk¹⁰. Przeprowadzone badania miały charakter diagnostyczny, co było podyktowane problematyką badań. Były ukierunkowane na przeprowadzenie diagnozy społecznej, tzn. określenie cech zjawisk społecznych na podstawie badań empirycznych. H. Radlińska, formułując ideę diagnozy społecznej, ujmowała ją jako badanie środowiska społecznego, czyli ukierunkowanie na program pomocy jednostce i rodzinie, którego konsekwencją jest dążenie do przekształcania tegoż środowiska¹¹. Diagnoza stanowi często podstawę do koniecznego działania organizacyjnego, konstrukcyjnego czy naprawczego. Badania diagnostyczne pozwalają na wiązanie teorii pedagogicznej z praktyką¹². Są one ukierunkowane na ustalenie właściwości badanego przedmiotu lub opis jego funkcjonowania, umożliwiają objaśnianie problemów teoretyczno-praktycznych¹³. W praktyce badawczej badania diagnostyczne zawierają elementy badań weryfikacyjnych, a badania weryfikacyjne

⁸ Podstawą do przygotowania tego raportu były oddolne sygnały płynące z różnych źródeł o niskiej skuteczności funkcjonującego do tej pory systemu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Mam tu na myśli informacje docierające bezpośrednio od logopedów i nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach, a także od rodziców dzieci w wieku przedszkolnym. Podobne opinie w bezpośrednich kontaktach wyrażali pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych.

⁹ S. Ziemski: *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa 1973, s. 194.

¹⁰ Zob. *Metody badań socjologicznych. Wybór tekstów*. Red. S. Nowak. Warszawa 1965, s. 191.

¹¹ Cyt. za E. Jarosz, E. Wysocka: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa 2006, s. 22.

¹² Zob. S. Palka: *Pedagogika w stanie tworzenia*. Kraków 1999, s. 63.

¹³ Zob. L. Sołoma: *Metody i techniki badań socjologicznych*. Olsztyn 2002, s. 32.

elementy diagnozy¹⁴. Podział na badania weryfikacyjne i diagnostyczne nie jest ostry. Jak ujmuje to S. Nowak, „(...) możliwe jest podejmowanie badań o celach mieszanych, tj. takich, których celem jest zarówno pewna diagnoza (i ewentualnie prognoza, jako że badania prognostyczne to szczególny przypadek diagnostycznych) aktualnych bądź też przyszłych stanów pewnego fragmentu społecznej rzeczywistości, a które zarazem dążą do kontroli i modyfikacji na podstawie danych z przebadanego odcinka rzeczywistości społecznej pewnych hipotez ogólniejszych”¹⁵. Poprawna diagnoza zależy od kompetentnej wiedzy teoretycznej. Im wiedza teoretyczna jest rozleglejsza, tym większe prawdopodobieństwo postawienia właściwej diagnozy. Natomiast poprawna diagnoza i podjęte w oparciu o nią działania praktyczne są wartościowym sposobem weryfikacji wiedzy teoretycznej¹⁶. Badania diagnostyczne są więc pierwszym etapem konstruowania modelu prognostycznego czy eksplanacyjnego¹⁷.

Z uwagi na założone cele podjęte badania „(...) [były] nakierowane na przeobrażenia w obszarze materii społecznej, które dokonują się podczas procesu badawczego”¹⁸; miały zatem również charakter badań aktywizujących. W naukach społecznych coraz częściej korzysta się ze strategii badawczej – tzw. badań aktywizujących (*action research*)¹⁹. Ich centralnym założeniem i nadrzędnym celem jest uaktywnienie i usprawnienie możliwości działania człowieka na rzecz dokonywania zmian i przeobrażeń, ulepszania rzeczywistości. Jednocześnie ważnym zagadnieniem jest systematyczne kontrolowanie – weryfikowanie sytuacji. Badania aktywizujące zakładają dokonywanie przeobrażeń w badanej rzeczywistości z udziałem zarówno badanych, jak i badaczy. W badaniach aktywizujących stosowane są procedury o charakterze analityczno-empirycznym, jak również „(...) stosuje się takie elementy postępowania badawczego, które nie spełniają kryteriów badań empiryczno-analitycznych, jak np. swobodna obserwacja, otwarty wywiad i swobodna rozmowa”²⁰. Dobór procedury badawczej jest uwarunkowany różnymi czynnikami, takimi jak: czas,

¹⁴ Zob. B. Żechowska: *Wybrane metodologiczne wzory badań empirycznych w pedagogice*. Katowice 1985, s. 11.

¹⁵ S. Nowak: *Problematyka i metody badań*. W: *Badania empiryczne w socjologii. Wybór tekstów*. Red. M. Malikowski, M. Niezgoda. Tyczyn 1997, s. 45.

¹⁶ Zob. L. Sołoma: *Metody i techniki badań socjologicznych*. Olsztyn 2002, s. 32

¹⁷ Zob. S. Nowak: *Metodologia badań społecznych*. Warszawa 1985, s. 454-455.

¹⁸ *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Red. T. Pilch, I. Lepalczyk. Warszawa 1995, s. 43.

¹⁹ Badania aktywizujące stosowane z powodzeniem przez socjologów, jak i pedagogów interpretowane są jako postawienie diagnozy wiodące do działań socjometrycznych. Badacz rezygnuje z roli eksperta, przyjmując postawę współodpowiedzialnego partnera, który w toku podjętych procedur badawczych dokonuje analizy mającej służyć przeobrażeniom obszaru badawczego. Zob. A. Radziejewicz-Winnicki: *Społeczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk 2004, s. 140-170.

²⁰ *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, s. 46.

specyfika współdziałania z badanymi, dostępność źródeł²¹. Charakterystyczną cechą badań aktywizujących jest podejmowanie bezpośredniego kontaktu badacza z badaną rzeczywistością. Oznacza to w przypadku moich badań grupę poddanych badaniom osób, zarówno badanych dzieci, logopedów, jak i nauczycieli, rodziców, lekarzy. Jest to sposób modyfikowania i modernizowania zrutynizowanego postępowania pedagogicznego. Taki charakter badań jest zgodny z jednym z nurtów pedagogiki społecznej jako „(...) zorientowanej na praktykę działania”²². Badania te pozwalają na dokonywanie usprawnień praktyki pedagogicznej; prowadzenie badań umożliwia bezpośrednią ingerencję w zjawiska poddawane penetracjom badawczym. W tym przypadku przykładem takich zmian, mających związek z działaniami podejmowanymi w toku postępowania badawczego, może być wzrost zainteresowania szeroko pojmowanego środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka w wieku przedszkolnym (rodzice, opiekunowie, nauczyciele, dyrektorzy placówek, a nawet personel obsługowy) zagadnieniami związanymi z profilaktyką logopedyczną i wczesną interwencją²³.

W celu dokonania diagnozy stanu potrzeb – rozpowszechnienia występowania zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym, a przede wszystkim ustalenia efektywności działań logopedów w tym środowisku – w prezentowanych badaniach zastosowałam strategię badań powtarzalnych. W toku badań powtarzalnych „(...) porównujemy stany rzeczy z różnych przedziałów czasowych”²⁴. W ramach prowadzonych przeze mnie badań organizowano przesiewy mowy wśród dzieci w latach

²¹ Zob. A. Radziejewicz-Winnicki: *op. cit.*, s. 159.

²² J. Piekarski: *Pedagogika społeczna i jej społeczny kontekst*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem*. T. 1. Red. E. Górnikowska-Zwolak, A. Radziejewicz-Winnicki. Katowice 1999, s. 69.

²³ Dla przykładu: po przeprowadzeniu na terenie 10 przedszkoli w latach 2003–2006 przesiewowych badań mowy wzrosła liczba skierowań do logopedów w rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej dzieci w tym przedziale wiekowym. Natomiast po badaniach ankietowych prowadzonych wśród lekarzy w roku 2006 logopedzi (zarówno z poradni psychologiczno-pedagogicznej, jak i z przedszkoli) dostrzegli wzmożone zainteresowanie przedstawicieli środowiska służby zdrowia problematyką logopedyczną. Manifestowało się to rosnącą liczbą skierowań na konsultacje kontrolne do logopedów, które dotyczyły dzieci młodszych. W oparciu o badania ankietowe prowadzone wśród lekarzy oraz na podstawie wywiadów prowadzonych z rodzicami podczas prowadzenia diagnoz logopedycznych ujawniono dość powszechny w tej grupie zawodowej pogląd, że mowa dziecka może rozwijać się z opóźnieniem bez negatywnych konsekwencji rozwojowych w przyszłości. Na przykład, jeśli do 3. roku życia dziecko (zwłaszcza płci męskiej) ociąża się z podejmowaniem kontaktów werbalnych z otoczeniem, nie jest to, w opinii części lekarzy, powód do niepokoju, ponieważ zgodnie z obiegową opinią popularną w tym środowisku: „chłopcy często później mówią, ale potem nadrabiają te zaległości”. Podobnie niektórzy lekarze w przypadku nawet dość nasilonych objawów niepełności mowy nie zalecają rodzicom konsultacji logopedycznej, tłumacząc, że problem ten ustąpi samoistnie i interwencja logopedyczna nie jest konieczna. Z moich obserwacji i informacji uzyskanych od logopedów (członków katowickiego zespołu doskonalenia logopedów, działającego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Katowicach) wynika, że sytuacja ta w ostatnim okresie ulega zmianie.

²⁴ S. Nowak: *op. cit.*, s. 340.

2003–2005 w 10 miejskich przedszkolach Katowic. W celu uzyskania rzetelnych wyników badań w zakresie występowania zaburzeń mowy, jak również dokonania oceny efektywności opieki logopedycznej, w roku 2006 powtórzono przesiewowe badanie mowy w tych samych placówkach, które objęte były badaniami w latach 2003–2005. Zbadane zostały wszystkie dzieci uczęszczające do przedszkola w roku 2006. W tej grupie znalazły się dzieci, które zostały poddane wcześniejszej diagnozie w latach 2003–2005. Przeprowadzono w ten sposób badanie powtarzalne, po pewnym odstępie czasu, tym samym narzędziem, którego celem było uchwycenie dynamiki zmian w zakresie występowania zaburzenia w grupie dzieci objętych badaniem w różnych odcinkach czasu. Badania powtarzalne pozwalają na dogłębne poznanie genezy i kierunku zdarzeń społecznych, istoty i charakteru procesów wychowawczych, zależności między procesami. Służą badaniom zmian danej cechy pod wpływem celowo wprowadzonego czynnika do badanego układu lub pod wpływem naturalnego upływu czasu i naturalnych okoliczności. Czynnikiem tym w podjętych badaniach było prowadzenie przez logopedów oddziaływań profilaktycznych – stawianie diagnoz przesiewowych mowy²⁵ oraz podejmowanie działań im towarzyszących – konsultacji z rodzicami i nauczycielami. Miały one na celu promowanie zagadnień związanych z profilaktyką i wczesną interwencją logopedyczną w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym. Badania powtarzalne pozwalają badaczowi świadomie kształtować, kreować rozwój wydarzeń, tworzyć nowe jakości zjawisk poddawanych badaniu²⁶.

Reasumując, przeprowadzone badania miały charakter badań diagnostycznych, aktywizujących i powtarzalnych. Z uwagi na charakter podjętych badań postanowiłam zrezygnować z przyjęcia za obowiązującą dyrektywy zalecającej przed rozpoczęciem badań wyraźne sformułowanie hipotezy czy zespołu hipotez. Jest to zgodne z procedurą badań diagnostycznych. W tej sytuacji, dzięki formułowaniu problemów w sposób otwarty, badania koncentrują się na dochodzeniu do alternatywnych wniosków. Nie zawęża to obszaru badań wyłącznie do poszukiwania odpowiedzi na pytania rozstrzygające typu „czy”²⁷.

²⁵ Badanie przesiewowe mowy, jak sama nazwa wskazuje, nie jest formą pełnej diagnozy. Najczęściej w toku tzw. *skriningu* – przesiewu mowy diagnosta (badanie takie oprócz logopedów mogą prowadzić także: nauczyciele, lekarze, pielęgniarki, pedagodzy, psycholodzy) stwierdza o podejrzeniu występowania zaburzenia mowy bądź jego braku. Dopiero pełna diagnoza potwierdza bądź wyklucza postawioną wcześniej hipotezę. W przypadku prezentowanych badań przesiewu mowy miały charakter bardziej pogłębiony z uwagi na fakt, że diagnostami byli zawsze specjaliści logopedzi. W przypadku stwierdzenia wystąpienia zaburzenia diagności stawiali wstępne rozpoznanie i kierowali dzieckiem na dalsze konsultacje logopedyczne. W związku z tym zgromadzone wyniki badań dostarczyły informacji o dominujących w badanej populacji zaburzeniach mowy.

²⁶ Zob. J. Pilch, T. Bauman: *op. cit.*, s. 38.

²⁷ Zob. E. Syrek: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno-społeczne*. Katowice 1997, s. 44.

W opisywanych badaniach za cel postawiono sobie uzyskanie wiarygodnych odpowiedzi na sformułowane szczegółowo pytania badawcze²⁸.

Zdaniem S. Nowaka „(...) punktem wyjścia wszelkiego procesu badawczego jest sformułowanie pewnego pytania czy mniej lub bardziej uporządkowanego zbioru pytań”²⁹. Można przyjąć, że „(...) problematyka badań naukowych to pewien zbiór pytań lub częściej – zhierarchizowany system pytań tego rodzaju, iż warunkiem udzielenia odpowiedzi na pytanie bardziej ogólne w tym systemie są wcześniejsze odpowiedzi na pytania bardziej szczegółowe”³⁰. W badaniach naukowych sformułowanie problemu – pytania jest zasadniczym krokiem badawczym: „(...) nie ma nauki bez wyraźnie postawionego pytania”³¹. Problem badawczy „(...) [stanowi] to, co jest przedmiotem wysiłków badawczych, czyli to, co orientuje nasze przedsięwzięcia poznawcze”³². Zdaniem T. Pilcha problem badawczy jest pytaniem o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska, jest uświadomieniem sobie trudności związanych z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości³³. Inaczej rzecz ujmując, problem badawczy to „(...) deklaracja o naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania”³⁴.

W związku z celem i przedmiotem badań sformułowałam w postaci pytań cztery główne problemy badawcze, a stosownie do nich szereg pytań szczegółowych:

I. Jaki jest stan potrzeb w zakresie podejmowania przez logopedów oddziaływań o charakterze profilaktyczno-terapeutycznym wśród dzieci w wieku przedszkolnym?

1. *Jaka jest liczba zaburzeń mowy w badanej grupie dzieci?*
2. *Jakie są dominujące zaburzenia mowy wśród badanych dzieci?*
3. *Czy w badanej grupie dzieci występują przypadki zaburzeń płynności mowy; jeśli tak, to w jakim zakresie?*
4. *Czy po przesiewowych badaniach mowy zostały zalecone przez logopedów konsultacje medyczne i jaka jest ich liczba?*

²⁸ Zob. np. S. Nowak: *Metodologia badań socjologicznych*. Warszawa 1970, s. 224-225; A. Radziewicz-Winnicki: *op. cit.*, s. 148-149.

²⁹ S. Nowak: *Metodologia badań społecznych*, s. 26.

³⁰ S. Nowak: *Problematyka i metody badań*. W: *Badania empiryczne w socjologii. Wybór tekstów*. Red. M. Malikowski, M. Niezgodą. Tyczyn 1997, s. 78.

³¹ J. Pilch, T. Bauman: *op. cit.*, s. 201.

³² J. Sztumski: *op. cit.*, s. 42.

³³ J. Pilch, T. Bauman: *op. cit.*, s. 43.

³⁴ *Ibidem*, s. 43.

5. *Czy rodzice korzystali z konsultacji z logopedą po przesiewowych badaniach mowy; jeśli tak, to ilu rodziców skorzystało z tej możliwości?*
6. *Czy w badanej grupie dzieci występują przypadki zaburzeń oddychania oraz połykania i jaka jest liczba dzieci z tymi zaburzeniami?*

II. Jaki jest zakres i zasięg działań profilaktycznych podejmowanych przez logopedów wobec dziecka w wieku przedszkolnym?

1. *Czy logopedzi prowadzą działania o charakterze profilaktycznym skierowane do wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola (w tym tych, u których mowa rozwija się prawidłowo) i jakiego typu są to działania?*
2. *Czy logopedzi prowadzą lub inicjują prowadzenie zajęć ortofonicznych, z dziedziny kultury żywego słowa i w jakim zakresie?*
3. *Czy logopedzi podejmują działania o charakterze profilaktycznym wobec dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy oraz dysleksji i jakiego typu są to działania?*
4. *Czy logopedzi podejmują terapię korekcji zaburzeń połykania, oddychania u dzieci dwu-, trzy-, cztero- i pięcioletnich?*
5. *Czy logopedzi prowadzą konsultacje dla rodziców/opiekunów dzieci z objawami nie płynności mowy?*
6. *Czy logopedzi podejmują działania o charakterze profilaktycznym, mające na celu zapobieganie dalszym niepomyślnym skutkom występowania zaburzeń mowy, czy prowadzone są one wobec dzieci z wykrytymi wadami mowy i wobec dzieci niepełnosprawnych?*
7. *Czy logopedzi udzielają konsultacji logopedycznych nauczycielom?*
8. *Czy logopedzi nawiązują współpracę na rzecz profilaktyki logopedycznej z psychologami przedszkolnymi oraz psychologami zatrudnionymi w poradniach psychologicznych i jaki jest jej zakres?*
9. *Czy dyrektorzy placówek edukacyjnych są zainteresowani działaniami podejmowanymi przez środowisko logopedyczne na rzecz profilaktyki logopedycznej, promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej i w jakim zakresie?*
10. *Czy logopedzi podejmują działania o charakterze profilaktycznym ukierunkowane na współpracę z lekarzami pediatrami i w jakim zakresie?*

III. Jakie są formy i zakres działań terapeutycznych podejmowanych przez logopedów wobec dziecka w wieku przedszkolnym?

1. *Jaka była liczba dzieci objętych terapią logopedyczną na terenie przedszkoli w latach 2003–2006?*
2. *Ile dzieci uczestniczy w terapii logopedycznej na terenie rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej?*
3. *Jakie formy terapii podejmują logopedzi zatrudnieni w przedszkolach?*
4. *Ile dzieci w badanej grupie zostało objętych inną formą terapii niż indywidualna terapia logopedyczna na terenie poradni psychologiczno-pedagogicznej (na zlecenie logopedy po przesiewowych badaniach mowy)?*
5. *Czy wiek dziecka jest czynnikiem warunkującym podejmowanie terapii przez logopedów na terenie przedszkoli?*
6. *Ilu rodziców skorzystało z konsultacji z logopedą na terenie przedszkoli?*
7. *Ilu rodziców skorzystało z konsultacji z logopedą na terenie poradni psychologiczno-pedagogicznej?*

IV. Jaka jest efektywność działań profilaktyczno-terapeutycznych podejmowanych przez logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym i jakie są jej uwarunkowania?

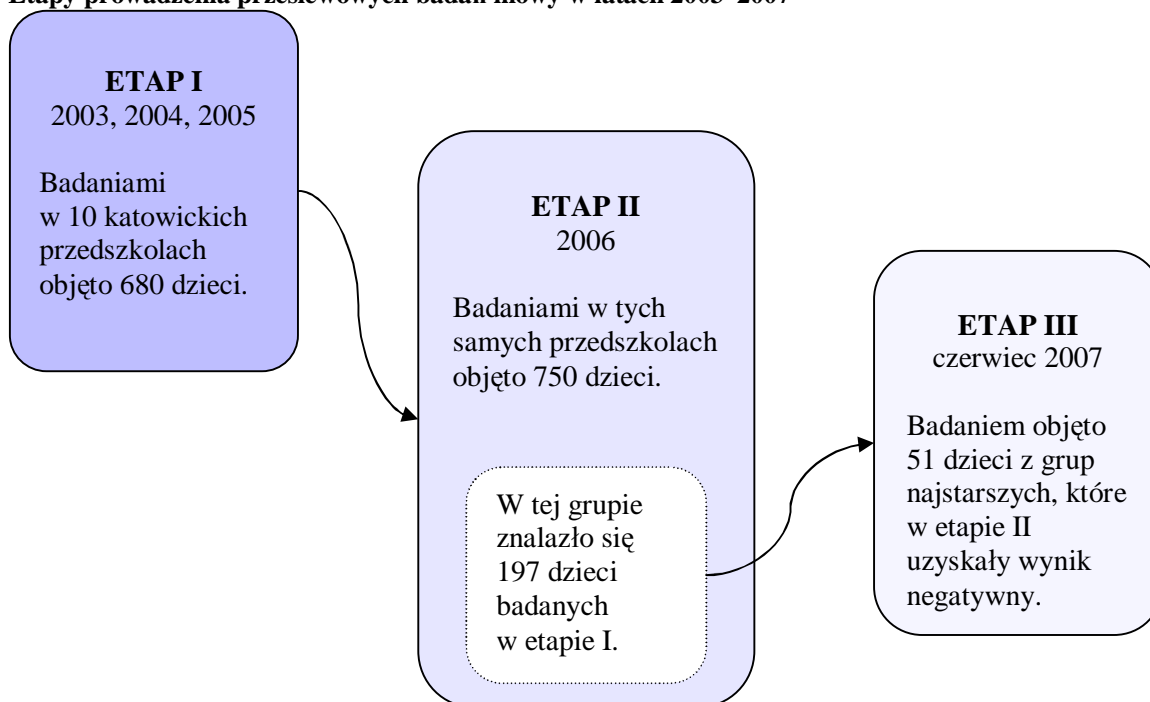
1. *Czy liczba występowania zaburzeń mowy w przedszkolach objętych badaniami w latach 2003–2006 (w czasie prowadzenia badań) uległa zmianie?*
2. *Czy liczba zaleconych konsultacji medycznych po przesiewowych badaniach mowy prowadzonych w latach 2003–2006 uległa zmianie?*
3. *Czy w okresie prowadzenia badań, w latach 2003–2006, uległa zmianie liczba rodziców zainteresowanych konsultacjami logopedycznymi (po przeprowadzonych przesiewach logopedycznych) na terenie przedszkoli?*
4. *Czy rodzice dostrzegają potrzebę prowadzenia terapii logopedycznej na terenie przedszkola i w jakim zakresie?*
5. *Czy logopedzi przedszkoli zauważyli zwiększone zainteresowanie środowiska rodzinnego terapią logopedyczną prowadzoną w warunkach przedszkola?*
6. *Czy wzrosła liczba dzieci dwu-, trzy-, cztero- i pięcioletnich obejmowanych terapią logopedyczną na terenie przedszkola?*

7. *Czy logopedzi dostrzegają bezpośredni związek między wcześniejszą interwencją logopedyczną na terenie przedszkola a zmniejszeniem się liczby zaburzeń wymowy w grupach sześciolatków?*
8. *Czy logopedzi dostrzegają potrzebę podejmowania terapii pośredniej w przypadku występowania rozwojowej niepełności mowy oraz znaczenie wczesnej interwencji w środowisku rodzinnym i wychowawczym dziecka w celu zapobiegania występowania jąkania wczesnodziecięcego?*
9. *Czy nauczyciele przedszkola wykazują zainteresowanie problematyką z zakresu profilaktyki logopedycznej?*
10. *Czy nauczyciele są zainteresowani poszerzaniem swojej wiedzy i umiejętności o zagadnienia związane z profilaktyką logopedyczną i promocją zdrowia?*
11. *Ilu nauczycieli skorzystało z logopedycznej oferty warsztatowej poradni psychologiczno-pedagogicznej?*
12. *Czy rodzice są zainteresowani konsultacjami medycznymi zalecanymi przez logopedę?*
13. *Czy lekarze pediatrzy wykazują zainteresowanie problematyką z zakresu profilaktyki logopedycznej?*
14. *Czy lekarze pediatrzy są zainteresowani współpracą z logopedami i w jakim zakresie?*
15. *Czy uległa zmianie liczba skierowań do logopedów wydawanych przez pediatrów?*

Tak postawione pytania badawcze wytyczyły zakres prowadzonych badań. Badania te obejmowały populację dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców/opiekunów, nauczycieli, logopedów, pracowników placówek edukacyjnych (rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej i przedszkoli) oraz przedstawicieli służby zdrowia. Prowadzone były w latach 2003–2007, w trzech etapach.

Rysunek III.1.

Etapy prowadzenia przesiewowych badań mowy w latach 2003–2007



Źródło: opracowanie własne

- **Pierwszy etap badań** obejmował diagnostyczne badania przesiewowe mowy, przeprowadzane w latach 2003, 2004 i 2005. W każdym roku, w pierwszych tygodniach roku szkolnego, prowadzono diagnozy logopedyczne w innych, spośród wytypowanych do badań, 10 miejskich przedszkolach Katowic. Badaniami obejmowano wówczas wszystkie dzieci uczęszczające do tych przedszkoli, których rodzice wyrazili pisemną zgodę na diagnozę mowy ich dziecka. W tym okresie (2003–2005) zbadanych zostało 680 dzieci. Analiza zgromadzonych w tym etapie wyników przesiewowych badań mowy miała na celu dokonanie diagnozy stanu potrzeb w zakresie pomocy logopedycznej udzielanej dzieciom w wieku przedszkolnym – ustalenie występowania zaburzeń mowy.
- **W drugim etapie badań**, który odbył się w roku 2006 (wrzesień–listopad), powtórzono badania przesiewowe we wszystkich 10 przedszkolach, w których prowadzono badania mowy w poprzednich latach. Diagnostykami logopedycznymi objęte zostały wszystkie dzieci uczęszczające w tym czasie do przedszkoli, których rodzice wyrazili zgodę na badanie. W roku 2006 przesiewowym badaniem mowy objętych zostało 750 dzieci. Zgromadzone wyniki badań umożliwiły mi dokonanie analizy dynamiki zmian stanu potrzeb w zakresie opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym. Równocześnie ten etap badań

prorowadzonych na tym samym terenie pozwolił na wyodrębnienie grupy dzieci do badań powtarzalnych. Celem tych badań było dokonanie oceny efektywności działań logopedów. W tym okresie prowadziłam również badania ankietowe w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym (badania ankietowe z rodzicami/opiekunami dzieci poddanych przesiewowym diagnozom logopedycznym, z ich nauczycielami, a także z logopedami – z przedszkoli objętych badaniami i z innych katowickich przedszkoli oraz z lekarzami). Badania ankietowe pozwoliły na rozpoznanie stanu opieki logopedycznej – ustalenie zakresu oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych prowadzonych przez logopedów w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym.

- **Trzeci etap przeprowadzonych badań** odbył się w czerwcu 2007 roku. Diagnostami przesiewowymi mowy objęto w tym czasie grupę dzieci, która została zakwalifikowana do badań powtarzalnych. Powtórzenie badań przesiewowych w roku 2006 we wszystkich placówkach objętych tymi badaniami w latach 2003, 2004 i 2005 pozwoliło na wyselekcjonowanie grupy 197 dzieci, które były badane dwukrotnie. Oznacza to, że były diagnozowane w roku 2003 i 2006 lub 2004 i 2006, lub 2005 i 2006. Spośród tych 197 dzieci wyłoniono grupę 52 sześciolatków (dzieci te w roku 2007 kończyły edukację przedszkolną), które w roku 2006 uzyskały wynik negatywny. Grupę 51 sześciolatków (jedno z dzieci zostało wypisane wcześniej z przedszkola) poddano ostatniej diagnozie na zakończenie edukacji przedszkolnej w czerwcu roku 2007 w celu stwierdzenia, czy po roku zagwarantowanej terapii logopedycznej na terenie przedszkola uzyskały wynik pozytywny. To badanie pozwoliło na dokonanie oceny efektywności profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów. W tym okresie prowadziłam również wywiady z dyrektorami i logopedami przedszkoli oraz rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej. W ostatnim etapie prowadzenia badań poddałam analizie dokumentację logopedów i dokumentację zgromadzoną w toku prowadzenia przesiewów mowy. Zebrany w ten sposób materiał poddałam szczegółowej analizie, uwzględniając dane z badań ankietowych. W wyniku analizy zgromadzonego materiału badawczego dokonałam charakterystyki stanu opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym. Zebrane tą drogą dane zostały przeze mnie wykorzystane do oceny efektywności profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów i ustalenia uwarunkowań tej efektywności.

2. Metody, techniki i narzędzia badawcze

W ramach podjętego problemu badawczego dokonałam wyboru metod i technik gromadzenia materiału badawczego. Zdaniem A. Radziewicz-Winnickiego w pedagogice dominuje trójpodział rozróżniający techniki, metody i procedury badawcze³⁵. W tym rozumieniu techniki badawcze to sposoby zbierania materiałów, oparte na starannie opracowanych dyrektywach o charakterze instrukcji. Z kolei metody badawcze to sposoby, a także tryb zaplanowania i realizowania procesu badawczego. Procedury badawcze natomiast to sposoby organizowania badań bardziej złożonych, wymagających opracowania programu badawczego, zharmonizowania kilku metod badawczych i przygotowania zespołu osób biorących udział w badaniach. Zgodnie z definicją S. Nowaka metodę naukową rozumieć należy jako „(...) określony i powtarzalny sposób rozwiązywania pewnego typu problemu naukowego”, natomiast przez metodę badawczą „(...) określony i powtarzalny sposób zbierania pewnego typu informacji o rzeczywistości, niezbędnych do rozwiązania danego problemu badawczego, szukanie odpowiedzi na pytania określonego rodzaju przez szeroko pojmowaną obserwację rzeczywistości”³⁶.

Wybór metody badawczej jest zdeterminowany charakterem prowadzonych badań. Analizowane w niniejszej pracy badania miały charakter diagnostyczny, aktywizujący i powtarzalny. Największy wpływ na wybór metod miał charakter diagnostyczny podjętych badań. Pojęcie *diagnoza* pochodzi z języka greckiego (*diagnosis*) i oznacza: rozpoznanie, rozróżnianie, osądzanie. Za S. Ziemińskim przyjęłam, że za diagnozę uznać należy rozpoznanie jakiegoś stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie jego objawów, w oparciu o znajomość ogólnych prawidłowości³⁷. Badacze przedmiotu zwracają uwagę, że poznanie diagnostyczne opiera się na dwóch istotnych elementach: doświadczeniu i rozumowaniu. Należy odróżniać zbieranie prostych informacji i ich porządkowanie od diagnozy³⁸. Głównym celem diagnozy jest odkrywanie i ustalanie faktów, ich własności widocznych i ukrytych oraz wykrywanie zasad ich funkcjonowania. Kolejnym celem diagnozy w badaniach naukowych jest klasyfikacja faktów oraz ustalanie ich frekwencji (częstotliwości, nasilenia)³⁹. Aby zatem podjąć działania badawcze, wytyczyć ich cel, stadia i sposoby realizacji, konieczne jest

³⁵ A. Radziewicz-Winnicki: *op. cit.*, s. 147.

³⁶ *Metody badań socjologicznych. Wybór tekstów*, s. 13-14.

³⁷ S. Ziemiński: *op. cit.*, s. 15.

³⁸ Zob. E. A. Mazurkiewicz: *Diagnostyka w pedagogice społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, s. 52.

³⁹ Zob. B. Żechowska: *Wybrane metodologiczne wzory badań empirycznych w pedagogice*. Katowice 1985, s. 64.

dokonanie opisu i wyjaśnienie sytuacji działania – przeprowadzenie jak najpełniejszej diagnozy stanu badanego zjawiska. Dobra diagnoza powinna otwierać i zamykać cykl działania zorganizowanego oraz towarzyszyć różnym stadiom jego realizacji. Zdaniem S. Ziemskiego wyróżnić można w niej trzy główne etapy działania⁴⁰:

- diagnozę stanu istniejącego wraz z prognozą,
- projektowanie zmian i usprawnień,
- realizację projektu wspólnie z kontrolą tej realizacji.

Według tego autora w pełnej, pogłębionej diagnozie należy wyróżnić szereg diagnoz cząstkowych, takich jak:

- diagnoza klasyfikacyjna albo typologiczna, która bierze pod uwagę obecny stan badanego zjawiska,
- diagnoza genetyczna, czyli kauzalna, która z kolei wyjaśnia uwarunkowania przyczynowe badanego zjawiska,
- diagnoza znaczenia, czyli celowościowa, która określa znaczenie badanego zjawiska dla pewnego szerszego kompleksu zjawisk,
- diagnoza fazy, która pozwala ustalić stopień rozwoju badanych procesów i stanowi podstawę do przewidywania dalszego ich przebiegu,
- diagnoza rozwojowa, czyli prognostyczna, jest bezpośrednim wynikiem pozostałych etapów diagnozy; na podstawie przeszłych stadiów rozwoju wnioskuje się o przyszłych⁴¹.

Poszczególne typy diagnoz cząstkowych wzajemnie się uzupełniają i powinny być częściami składowymi pełnej diagnozy umożliwiającej wielostronne rozpoznanie badanego zjawiska. W prezentowanych badaniach, starając się spełnić warunki dobrej diagnozy, przyjął założenie, że diagnozowanie oznacza zbieranie w odpowiedni sposób danych, a następnie dokonanie ich interpretacji i oceny, z wykorzystaniem rozumowania opartego na doświadczeniu i wiedzy o badanym zjawisku. Celem tak rozumianych działań diagnostycznych było dokonanie opisu badanego zjawiska, czyli zestawienia danych empirycznych na temat stanu potrzeb w zakresie opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym. Kolejnym aspektem tak prowadzonych badań diagnostycznych było dokonanie oceny związanej z zebranymi danymi empirycznymi. Pozwalało to na porównanie istniejących stanów rzeczy z postulowanymi lub niechcianymi,

⁴⁰ S. Ziemiński: *op. cit.*, s. 214.

⁴¹ *Ibidem*, s. 66-115.

a zarazem wyrażenie aprobaty bądź dezaprobaty dla ocenianego zjawiska. Ten aspekt badań diagnostycznych dotyczył zarówno oceny zestawienia wyników badań mowy w środowisku dzieci w wieku przedszkolnym, jak i stanu opieki logopedycznej im gwarantowanej. Jeszcze innym aspektem tak prowadzonej pogłębionej diagnozy było, w oparciu o zgromadzoną wiedzę o badanym zjawisku i wyniki badań empirycznych, wyjaśnianie przyczynowe istniejącego stanu rzeczy, czyli poszukiwanie uwarunkowań efektywności działań logopedów. Miało to umożliwić w konsekwencji sformułowanie konkluzji stwierdzającej potrzebę podjęcia działań celowościowych oraz postulowanie działań naprawczych. Oznacza to zobrazowanie tych stanów, które powinny być zreformowane w celu poprawy efektywności działań logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym. Takie podejście badawcze zakładało wieloetapowość procesu badawczego, a zarazem eksponowało znaczenie ustalania przyczyn i genezy badanego zjawiska, uwzględniając zarazem wyjaśnianie celowościowe, określanie fazy obecnej badanego zjawiska i faz przewidywanego rozwoju⁴².

Ze względu na problem badawczy i sformułowane pytania szczegółowe zastosowałam *metodę sondażu diagnostycznego*. „Metoda sondażu diagnostycznego jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie niezlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje”⁴³. Techniki najczęściej wykorzystywane w metodzie sondażu diagnostycznego to: wywiad, ankieta, analiza dokumentów, techniki statystyczne. W podjętych badaniach zastosowałam następujące techniki badawcze:

- przesiewowe badania mowy, polegające na swobodnej rozmowie z badanymi dziećmi celem dokonania orientacyjnej oceny stanu mowy osób badanych (*Karta przesiewowego badania mowy*, aneks, załącznik nr 1 oraz *Karta zbiorcza wyników przesiewowego badania mowy*, aneks, załącznik nr 2),
- obserwacja badanego dziecka, prowadzona w czasie przesiewowego badania mowy, której celem było ustalenie poziomu umiejętności werbalnych i niewerbalnych dziecka, sposobu funkcjonowania w kontakcie z obcą osobą dorosłą (*Etapy rozwoju mowy – opis norm rozwojowych dla poszczególnych grup*

⁴² Por. E. Jarosz, E. Wysocka: *op. cit.*, s. 17-20.

⁴³ J. Pilch, T. Bauman: *op. cit.*, s. 80.

wiekowych, aneks, załącznik nr 3 oraz *Objawy zaburzeń mowy na poszczególnych etapach rozwojowych – uszczegółowione informacje dla diagnostów przeprowadzających przesiewy*, aneks, załącznik nr 4),

- wywiad swobodny ukierunkowany z logopedą (przedszkola, poradni psychologiczno-pedagogicznej) i dyrektorem (przedszkola, poradni psychologiczno-pedagogicznej), którego celem było zebranie informacji o zasadach organizacji opieki logopedycznej i subiektywnych opiniach respondentów na temat efektywności działań logopedów i jej uwarunkowań (*Dyspozycje wywiadu z logopedą – przedszkola, poradni psychologiczno-pedagogicznej*, aneks, załącznik nr 5 oraz *Dyspozycje wywiadu z dyrektorem – przedszkola, poradni psychologiczno-pedagogicznej*, aneks, załącznik nr 6),
- ankieta dla rodziców/opiekunów dzieci badanych przesiewowo (w roku 2006) mająca na celu rozpoznanie opinii respondentów na temat jakości opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym (*Ankieta dla rodziców/opiekunów*, aneks, załącznik nr 7),
- ankieta dla nauczycieli przedszkoli służąca rozpoznaniu opinii ankietowanych na temat ich współpracy z logopedami oraz podejmowanych przez nich działań z zakresu profilaktyki logopedycznej (*Ankieta dla nauczycieli przedszkoli*, aneks, załącznik nr 8),
- ankieta dla logopedów zatrudnionych w przedszkolach objętych badaniami oraz logopedów – członków katowickiego zespołu doskonalenia logopedów mająca na celu rozpoznanie opinii środowiska logopedycznego na temat działań profilaktyczno-terapeutycznych podejmowanych w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym oraz oceny skuteczności tych działań i jej uwarunkowań (*Ankieta dla logopedów przedszkoli*, aneks, załącznik nr 9),
- ankieta dla lekarzy, której celem jest zbadanie stosunku lekarzy do zagadnień profilaktyki logopedycznej i wczesnej interwencji oraz ich stanowiska w kwestii współpracy ze środowiskiem logopedycznym (*Ankieta dla lekarzy*, aneks, załącznik nr 10),
- analiza dokumentów – dokumentacji logopedycznej zgromadzonej przez logopedę przedszkola i logopedów rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej, która pozwala na opis i analizę zjawiska opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym,

- analiza dokumentów zgromadzonych po przesiewowych badaniach mowy (porównanie dokumentacji z przesiewowych badań mowy z roku 2006 i 2007 z dokumentacją z lat 2003–2005) umożliwiającą analizę potrzeb – ocenę rozpowszechnienia występowania zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym oraz ocenę efektywności działań logopedów (*Karta przesiewowego badania mowy*, aneks, załącznik nr 1 oraz *Karta zbiorcza wyników przesiewowego badania mowy*, aneks, załącznik nr 2).

W celu dokonania diagnozy zapotrzebowania na działania logopedyczne w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym w latach 2003–2006 prowadzono przesiewowe badania mowy na terenie wybranych 10 miejskich przedszkoli Katowic. Badanie przesiewowe, tzw. *skrinig* (z języka angielskiego *screening*⁴⁴) to badanie wstępne, którego celem jest wyodrębnienie z danej populacji tych osobników, u których zachodzi duże prawdopodobieństwo występowania badanej dysfunkcji, zaburzenia, schorzenia. Nie jest to zatem badanie specjalistyczne, a co się z tym wiąże – kosztowna pełna diagnoza, ale proste badanie podstawowe. Logopedyczne testy przesiewowe wykorzystywane są do prowadzenia badań orientacyjnych, mających na celu dokonanie wstępnej oceny stanu mowy dziecka. Umożliwiają wykrycie przejawów ewentualnych zaburzeń rozwoju mowy, a następnie przeprowadzenie pełnej diagnozy logopedycznej i objęcie dziecka opieką logopedyczną. Badania przesiewowe prowadzone na gruncie logopedii służą szybkiemu wyselekcjonowaniu dzieci z zaburzeniami mowy lub z grupy ryzyka. Zasadniczo przeprowadzane są przez logopedów, ale wykorzystywane powinny być również przez innych specjalistów oceniających rozwój dziecka (nauczycieli, lekarzy, psychologów)⁴⁵. W prowadzonych przesiewach logopedycznych diagnozę prowadzili logopedzi, co pozwoliło na jej uszczegółowienie – postawienie hipotezy na temat występującego zaburzenia mowy (najczęściej poprzez określenie rodzaju wady wymowy) lub wskazanie ewentualnych patomechanizmów (np. nawykowy ustny tor oddychania, nieprawidłowości zgryzowe, słaba pionizacja języka, przetrwały niemowlęcy typ połykania i inne). Na świecie stosowanie badań przesiewowych jest szeroko wykorzystywanym środkiem oddziaływań logopedycznych z zakresu wczesnej interwencji i profilaktyki logopedycznej, a stosowane np. w krajach

⁴⁴ Zob. *Dictionary of Contemporary English*. Red. D. Summers. Harlow 2003, s. 1473.

⁴⁵ Zob. S. Grabias, Z. M. Kurkowski, T. Woźniak: *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*. Lublin 2002, s. 22.

anglojęzycznych testy są najczęściej narzędziami standaryzowanymi⁴⁶. W Polsce popularnym narzędziem diagnostycznym w prowadzeniu przesiewowych badań mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym jest *Przesiewowy Test Logopedyczny (PTL)* Z. Tarkowskiego⁴⁷. Test ten mierzy przede wszystkim językową sprawność systemową, która stanowi podstawę pozostałych rodzajów umiejętności werbalnych. Składa się z czterech podtestów: rozumienie, semantyka, gramatyka, wymowa. W prezentowanych badaniach nie mógł on jednak zostać użyty, ponieważ grupa diagnostów nie dysponowała wystarczającą ilością narzędzi diagnostycznych (egzemplarzy testu)⁴⁸. W związku z tym w prowadzonych badaniach wykorzystano ilustracje z wkładki z *Minimum logopedycznego nauczyciela przedszkola* G. Demel (1994)⁴⁹ oraz autorską kartę diagnostyczną przygotowaną w oparciu o spopularyzowane na gruncie polskiej logopedii opracowanie badaczek Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej w Warszawie – *Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolatków*⁵⁰. W oparciu o tę publikację opracowane zostały przez mnie narzędzia niezbędne do prowadzenia przesiewów logopedycznych:

- *Karta przesiewowego badania mowy* (aneks, załącznik nr 1) oraz *Karta zbiorcza wyników przesiewowego badania mowy* (aneks, załącznik nr 2),

⁴⁶ Standaryzowanymi testami wykorzystywanymi przez logopedów anglojęzycznych są następujące narzędzia autorstwa: M. Templin, F. L. Darley; M. J. Mecham, J. L. Jex, J. D. Jones; S. A. Watts, E. T. Paymeter; N. B. Fluharty; N. W. Bankson, M. Berthal; M. C. Kinzler; M. C. Kinzler, C. C. Johnson; I. L. Zimmerman, V. G. Steiner, R. Pond. Cyt. za L. A. Williams: *Speech Disorders. Resource Guide for Preschool Children*. Clifton Park 2003, s. 27.

⁴⁷ Z. Tarkowski: *Przesiewowy Test Logopedyczny*. Lublin 1992, s. 5. Popularnym narzędziem do badań przesiewowych, ale adresowanym do uczniów, jest *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym* autorstwa S. Grabiasa, Z. Kurkowskiego, T. Woźniaka. Na Śląsku popularny jest również *Materiał obrazkowy do wykorzystania w badaniach mowy dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym* autorstwa M. Lampart-Busse.

⁴⁸ W większości objętych badaniami przedszkoli znajdowały się gabinety terapii dla logopedy i psychologa, ale ich wyposażenie w pomoce dydaktyczne było zróżnicowane. W niektórych przedszkolach były to wygodnie urządzone gabinety z odpowiednimi meblami (stolik z niskimi krzesłami, lustro) i zestawem niezbędnych pomocy dydaktycznych, w innych logopeda korzystał gościnnie z gabinetu lekarskiego lub pokoju nauczycielskiego, przynosząc jedynie własne zestawy pomocy do diagnozy i terapii.

⁴⁹ Użycie tego materiału podyktowane było faktem, że jest on dostępny w biblioteczce niemal każdego przedszkola. Kwestionariusz obrazkowy G. Demel, który jest załącznikiem do wielokrotnie wznawianej publikacji *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* tej autorki, składa się z 13 dwustronnych tablic – 11 tablic służy do badania artykulacji, jedna do nazywania czynności i jedna do oceny słuchu fonematycznego. Bogaty materiał obrazkowy umożliwia diagnoście sprawdzenie wymowy wszystkich głosek, począwszy od samogłosek po głoski dentalizowane, a także umożliwia ocenę zasobu słownictwa zarówno biernego, jak i czynnego. Zob. G. Demel: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa 1994, wkładka.

⁵⁰ Opracowanie to w postaci broszury zawiera: krótki wstęp teoretyczny, opis badania (cel, zakres, warunki, wywiad i przebieg badania) w rozróżnieniu dla trzech grup wiekowych (dwu-, cztero- i sześciolatków) oraz instrukcję do przeprowadzenia badania wraz z kartą zapisu badania. W założeniu autorki narzędzie ma służyć do upowszechnienia badań przesiewowych dotyczących stanu mowy w początkowym okresie jej rozwoju. Por. D. Emiluta-Rozya, H. Mierzejewska, P. Atys: *Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolatków*. Warszawa 1995, s. 3-29.

- *Etapy rozwoju mowy – opis norm rozwojowych dla poszczególnych grup wiekowych* (aneks, załącznik nr 3),
- *Objawy zaburzeń mowy na poszczególnych etapach rozwojowych – uszczegółowione informacje dla diagnostów przeprowadzających przesiewy* (aneks, załącznik nr 4).

Jak już sygnalizowałam, w przeprowadzonych badaniach diagnostami byli wyłącznie logopedzi. Moja rola polegała w pierwszej kolejności na koordynowaniu badań – odpowiadałam za opracowanie, przygotowanie i dostarczenie materiałów i narzędzi do badań, ustalałam procedury i prowadziłam nadzór nad przebiegiem badań. Byłam również głównym diagnostą prowadzonych przesiewów logopedycznych. W diagnozach przesiewowych mowy uczestniczyli również logopedzi z rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej (jeden lub dwóch, w zależności od roku prowadzenia badań) oraz logopeda przedszkola (badający najczęściej grupy sześciolatków), w którym prowadzone były badania. W przesiewach wzięli udział okazjonalnie studenci psychologii (dwie osoby – jedna osoba w roku 2005 i jedna w roku 2006, odbywające w tym czasie praktykę śródroczną w poradni), którzy oprócz prowadzenia obserwacji wspomagali diagnostów poprzez sporządzanie dokumentacji.

Stan mowy dziecka oceniany był na podstawie obserwacji i wywiadu z wykorzystaniem prób niewystandaryzowanych⁵¹. Wywiad z rodzicami (opiekunami dziecka) prowadzony był drogą pisemną z wykorzystaniem listy pytań zawartych w *Karcie przesiewowego badania mowy*. Informacje o wyniku badania gromadzono poprzez obserwację dziecka w czasie bezpośredniego kontaktu z badanym, rozmowę oraz wykonywanie prostych prób. Badanie rozpoczynało się od nawiązania kontaktu z dzieckiem – krótkiej rozmowy, dzięki której diagnosta miał możliwość zapoznania się z próbką mowy spontanicznej. Następnie osoba prowadząca przesiew zachęcała dziecko do wykonania zestawu prób sprawdzających: nazywania obrazków, wskazywania elementów na obrazku, opisu obrazka oraz wykonywania prostych instrukcji (np. próby sprawdzające sprawność aparatu artykulacyjnego, prakcji oralnej, stan uzębienia, zgryz oraz uchwyt ołówka poprzez dorysowywanie elementów na obrazku). Kolejne próby pozwalały diagnostom dokonywać oceny:

- rozumienia poleceń słownych,
- zdolności wypowiedzania się,

⁵¹ Zob. Z. Tarkowski: *Ocena rozwoju mowy dziecka*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski. Lublin 1993, s. 236.

- prawidłowości realizowania dźwięków mowy i wyrazów, a także płynności mowy,
- budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego.

Podstawowymi rekwizytami wykorzystywanymi w przesiewach były: zestaw obrazków z *Minimum logopedycznego nauczyciela przedszkola* G. Demel, lusterko lub lustro, ilustracje pór roku z *Materiału obrazkowego do wykorzystania w badaniach mowy dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym* autorstwa M. Lampart-Busse⁵², a także papier i kredki.

Oceny końcowej – ustalenia, czy dziecko uzyskało wynik pozytywny lub negatywny – dokonywano na podstawie schematu norm wiekowych wraz z objawami zaburzeń mowy na danym etapie rozwojowym. Opracowanie to zostało przygotowane przeze mnie i dostarczone wszystkim diagnostom przed rozpoczęciem przesiewowych badań mowy. W materiale tym uwzględniłam wyniki badań dotyczących norm rozwojowych, prowadzonych od lat na gruncie logopedii polskiej⁵³. Ponieważ ocena mowy dzieci miała charakter badań przesiewowych, przyjęto ostre kryteria poprawności wymowy poszczególnych fonemów języka polskiego dla odpowiednich grup wiekowych. Zadaniem prowadzących przesiewy mowy logopedów było wyłonienie dzieci z tzw. grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy poprzez zastosowanie radykalnego sita przesiewu logopedycznego, a kolejnym etapem powinno być zweryfikowanie wyniku badania podczas pełnej diagnozy logopedycznej i pogłębionej obserwacji w gabinecie logopedycznym. Wyłonienie dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy stwarza warunki do aktywizacji środowiska opiekuńczo-wychowawczego dzieci i podejmowania współpracy z logopedą w zakresie profilaktyki i wczesnej interwencji logopedycznej.

Do grupy dwulatków zostały zakwalifikowane dzieci, które nie ukończyły w momencie badania 3. roku życia, natomiast w grupie sześciolatków znalazły się również dzieci siedmioletnie, wobec których odroczone obowiązek szkolny. W związku z powyższymi założeniami przyjęto uznawać za brak normy – przyznanie oceny negatywnej – następujące cechy mowy dziecka:

⁵² M. Lampart-Busse: *Materiał obrazkowy do wykorzystania w badaniach mowy dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*. Katowice 2004.

⁵³ Tabele norm wiekowych i objawy zaburzeń mowy zostały przeze mnie opracowane w oparciu o literaturę przedmiotu. Zob. np. L. Kaczmarek: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin 1966; I. Styczek: *Logopedia*. Warszawa 1983; A. Majewska-Tworek: *Rozwój sprawności artykulacyjnej dziecka w wieku przedszkolnym*. Lublin 2001; D. Emiluta-Rozya: *Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa 2003; K. Kozłowska: *Logopeda bliżej dziecka*. Kielce 2004; P. Łobacz: *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska. Opole 2005.

- dla dwulatków: nie podejmuje kontaktów werbalnych z otoczeniem lub/i wymawia pojedyncze dźwięki zamiast prostych wyrazów, lub/i ma głos: chrapliwy, matowy, nosowy, zbyt wysoki, lub/i w toku badania stwierdzono niedostateczne (negatywne) wyniki dotyczące rozumienia poleceń słownych,
- dla trzylatków: nie podejmuje kontaktów werbalnych z otoczeniem lub/i nie wymawia samogłosek, lub/i nie wymawia głosek łatwych: „p”, „b”, „m”, „n”, „ń”, „f”, „w”, „t”, „d”, „l”, „ś”, „ż”, „ć”, „dź”, „j”, „k”, „g”, „h”, lub/i wymawia pojedyncze dźwięki zamiast wyrazów, lub/i nie podejmuje prób budowania prostych zdań (tzw. sygnał dwuklasowy), lub/i ma głos: chrapliwy, matowy, nosowy, zbyt wysoki, lub/i w toku badania stwierdzono niedostateczne (negatywne) wyniki dotyczące rozumienia poleceń słownych,
- dla cztero-, pięciolatków: nie podejmuje kontaktów werbalnych z otoczeniem lub/i nie wymawia samogłosek (w tym nosowych), lub/i nie wymawia głosek: „p”, „b”, „m”, „n”, „ń”, „f”, „w”, „t”, „d”, „l”, „ś”, „ż”, „ć”, „dź”, „j”, „k”, „g”, „h”, lub/i nie wymawia głosek: „s”, „z”, „c”, „dz” (lub realizuje je w sposób zdeformowany), lub/i wymawia pojedyncze dźwięki zamiast wyrazów i prostych zdań, lub/i ma głos: chrapliwy, matowy, nosowy, zbyt wysoki, lub/i w toku badania stwierdzono niedostateczne (negatywne) wyniki dotyczące rozumienia poleceń słownych,
- dla sześciolatków: nie podejmuje kontaktów werbalnych z otoczeniem lub/i nie wymawia samogłosek (w tym nosowych), lub/i nie wymawia głosek: „p”, „b”, „m”, „n”, „ń”, „f”, „w”, „t”, „d”, „l”, „ś”, „ż”, „ć”, „dź”, „j”, „k”, „g”, „h”, lub/i nie wymawia głosek: „s”, „z”, „c”, „dz”, „sz”, „ż”, „cz”, „dź”, „r” (lub realizuje je w sposób zdeformowany), lub/i wymawia pojedyncze dźwięki, wyrazy zamiast prostych zdań, lub/i ma głos: chrapliwy, matowy, nosowy, zbyt wysoki, lub/i w toku badania stwierdzono niedostateczne (negatywne) wyniki dotyczące rozumienia poleceń słownych, lub/i nie rozumie pewnych elementów treści poleceń słownych, lub/i manifestuje objawy niepełności mowy.

Skrócone wędzidełko języka lub/i zmiany zgryzowe zaliczane do tzw. przejawów ewentualnych zakłóceń rozwoju mowy, które nie determinowały bezpośrednio wyniku negatywnego, ale zalecana była w takich wypadkach profilaktyczna konsultacja ze specjalistą. Podobnie w przypadku niepełności mowy (zwłaszcza wśród dzieci w młodszych grupach wiekowych) sugerowano konsultację logopedyczną. Objawy tzw. patomechanizmów (takich

jak: przetrwały niemowlęcy typ połykania, nawykowe oddychanie torem ustnym, słaba pionizacja języka, ogryzanie paznokci, ssanie kciuka, nagryzanie warg, używanie smoczka lub/i butelki i inne) nie determinowały wyniku negatywnego, jeśli nie towarzyszyły im inne stwierdzone w badaniu zaburzenia, ale w przypadku ich występowania zalecano konsultację logopedyczną. Za objaw patologii, który przesądza o wyniku negatywnym, uznawano w każdej grupie wiekowej zdeformowaną wymowę głosek, np. międzyzębową i boczną⁵⁴. Również występowanie objawów nie płynności mowy wśród dzieci sześcioletnich determinowało negatywny wynik badania⁵⁵.

Z kartami indywidualnymi logopedzi przedszkoli zapoznawali się na bieżąco w trakcie trwania badań, natomiast wychowawcy otrzymali karty zbiorcze grup (opracowanie własne). Podczas prowadzenia wywiadu – przesiewowego badania mowy diagności gromadzili wiedzę o badanych zjawiskach, związanych z funkcjonowaniem dziecka, również na drodze obserwacji badanego. „Obserwacją można bowiem nazwać prostą, nieplanowaną rejestrację zdarzeń i faktów, ale także złożony proces kontrolowanej obserwacji systematycznej z użyciem skomplikowanych technik pomocniczych”⁵⁶. Przy prowadzeniu badań przesiewowych z wykorzystaniem jednej z technik sondażu diagnostycznego – wywiadu obserwacja bezpośrednia była nieodzownym uzupełnieniem działań diagnostycznych. Prowadzenie obserwacji pozwalało na zgromadzenie pełniejszej wiedzy o badanym obiekcie, w tym przypadku badanym przesiewowo dziecku. Na arkuszu obserwacyjnym – indywidualnej karcie badania mowy dziecka odnotowywane były również istotne informacje zbierane drogą obserwacji. Wymienić należy przede wszystkim: sposób oddychania osoby badanej, zjawiska prozodyczne w mowie – płynność mowy, ekspresja mowy, cechy zachowania dziecka wobec osoby badającej.

W prezentowanych badaniach jedną z technik, która została zastosowana w ramach metody sondażu diagnostycznego, było badanie ankietowe. Metoda sondażu diagnostycznego jest jedną z najbardziej popularnych metod badań społecznych, również w badaniach pedagogicznych. Zdaniem T. Pilcha polega ona na gromadzeniu wiedzy o cechach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, instytucjonalnie niezlokalizowanych, mających jednak znaczenie wychowawcze, poddanych badaniom zbiorowości, jak również o nasileniu się i kierunkach rozwoju tych zjawisk na podstawie

⁵⁴ Zob. E. Stecko, M. Hortis-Dzierzbicka: *Seplenienie międzyzębowe – norma wiekowa czy patologia*. „Nowa Pediatria” 2000, nr 1 (18).

⁵⁵ Zob. E. Yairi, N. Ambrose: *Onset of Stuttering in Preschool Children: Selected Factors*. „Journal of Speech and Hearing Research” 1992, t. 35, s. 782.

⁵⁶ J. Pilch, T. Bauman: *op. cit.*, s. 86.

badania dobranej grupy, reprezentującej populację, w której zjawisko występuje⁵⁷. Badania ankietowe, jedna z technik sondażu diagnostycznego, polegają na zadawaniu respondentom pytań kwestionariuszowych z prośbą o pisemne odpowiedzi. Umożliwiają zgromadzenie obszernej wiedzy o zjawisku, informując raczej niż wyjaśniając przyczyny⁵⁸. Mają one charakter anonimowy, co zapewnia szczerłość i otwartość wypowiedzi, a zatem w większym stopniu pozwalają rozpoznać rzeczywiste oblicze badanego zjawiska. Na potrzeby opisywanych badań przygotowano skonstruowane samodzielnie kwestionariusze ankiet dla poznania opinii rodziców, nauczycieli, logopedów i lekarzy na temat opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym.

Kolejną techniką zastosowaną w przeprowadzonych badaniach był wywiad, który „(...) [jest] rozmową badającego z respondentem, poprzez którą badający chce uzyskać od respondenta dane określone celem badań”⁵⁹. W wywiadzie swobodnym, ukierunkowanym, zwanym też pogłębionym, przed przystąpieniem do badania badacz przygotowuje listę poszukiwanych informacji, ale w trakcie trwania wywiadu ma dużą swobodę w aranżowaniu sekwencji pytań i sposobie ich formułowania. Musi on być otwarty na wyłaniające się okoliczności i informacje, w zależności od zaistniałej sytuacji badawczej⁶⁰. Wywiad ukierunkowany, swobodny wykorzystano do rozpoznania opinii i poglądów kilku grup: logopedów, dyrektorów, psychologów. Przed przystąpieniem do przeprowadzania wywiadów opracowałam dyspozycje w postaci pytań zamkniętych i otwartych. Gromadzone tą drogą informacje pozwoliły na określenie form i zakresu profilaktyczno-terapeutycznych oddziaływań logopedów na dziecko w wieku przedszkolnym. Wszystkie wywiady były prowadzone przeze mnie osobiście.

Istotne znaczenie dla prezentowanych badań miało również wykorzystanie techniki analizy dokumentów. Przez analizę dokumentów rozumieć należy „(...) technikę badawczą polegającą na opisie i interpretacji konkretnych dokonań w procesie uczenia się, pracy produkcyjnej, zabawy lub innego rodzaju działalności zakończonych bardziej lub mniej gotowym produktem”⁶¹. Badanie i analiza materiałów jest techniką badawczą, która służy do gromadzenia wstępnych, opisowych, a także ilościowych informacji o badanej instytucji czy zjawisku wychowawczym. Jest też techniką poznawania biografii jednostek i opinii

⁵⁷ Cyt. za A. Radziewicz-Winnicki: *op. cit.*, s. 148.

⁵⁸ Zob. J. Pilch, T. Bauman: *op. cit.*, s. 160.

⁵⁹ *Ibidem*, s. 91.

⁶⁰ Zob. S. Konecki: *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa 2000, s. 8.

⁶¹ Zob. J. Brzeziński: *Metodologia badań naukowych*. Warszawa 1996, s. 226.

wyrażonej w dokumentach⁶². W opisywanych badaniach analizowałam dokumentację logopedyczną logopedów zatrudnionych w przedszkolach (dzienniki zajęć logopedycznych) i dokumentację logopedyczną rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej (księgi ewidencji, karty indywidualne przebiegu terapii, dzienniki zajęć grupowych). Szczegółowo analizowana była również dokumentacja (karty indywidualne przesiewowego badania mowy dziecka i zestawienia zbiorcze poszczególnych grup przedszkolnych) zgromadzona po przesiewowych badaniach mowy z roku 2006 i porównywana z dokumentacją zebraną w czasie badań przesiewowych w latach 2003–2005. Analiza dokumentów miała na celu dostarczenie informacji o skali rzeczywistych potrzeb w zakresie prowadzonych przez logopedów oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych na dziecko w wieku przedszkolnym i o uwarunkowaniach efektywności tych działań.

3. Teren badań i próba badawcza

Opisywane w tej pracy badania prowadzone były na terenie miasta Katowice – stolicy województwa śląskiego, jednego z najbardziej uprzemysłowionych regionów w Polsce i w Europie. Katowice, położone na obszarze 164,5 km² i zamieszkiwane przez 355 tys. osób, są dziesiątym co do wielkości miastem w kraju. Miasto nie stanowi zwartej przestrzennej całości. Dzielnice rozdzielone są terenami przemysłowymi, kolejowymi, leśnymi i nieużytkami. Komunikacja tramwajowa, autobusowa, kolejowa oraz sieć infrastruktury technicznej scala je w duży organizm miejski⁶³. Katowice są miastem na prawach powiatu, stolicą regionu oraz siedzibą władz samorządu wojewódzkiego i rządowej administracji ogólnej. Stanowią centrum edukacyjne w regionie w zakresie szkolnictwa ponadgimnazjalnego i wyższego. Gęstość zaludnienia w Katowicach wynosi około 2 tys. osób na km². Struktura ludności Katowic według grup ekonomicznych przedstawia się następująco: w wieku produkcyjnym jest 64% mieszkańców, w wieku przedprodukcyjnym 19%, a w wieku poprodukcyjnym 17%. Liczba ludności miasta zmniejszyła się pod wpływem ujemnego przyrostu naturalnego i ujemnego salda migracji⁶⁴. Według danych Narodowego

⁶² Zob. J. Pilch, T. Bauman: *op. cit.*, s. 98.

⁶³ Zob. *Katowice – stolica regionu śląskiego*. Informator Urzędu Miasta Katowice. Katowice 2000.

⁶⁴ Informacje dotyczące terenu badań opracowano na podstawie: *Raport o stanie miasta – Katowice*. Opracowanie Urzędu Miasta Katowice, www.um.katowice.pl [dostęp 3 czerwca 2007 r.] oraz *Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego*. Wydawnictwo Urzędu Statystycznego w Katowicach. Katowice 2006, s. 228.

Spisu Powszechnego Ludności z roku 2002 w Katowicach funkcjonuje ponad 135 tys. gospodarstw domowych; przeciętne gospodarstwo domowe liczy 2,4 osoby. Głównym źródłem ich utrzymania są dochody z pracy (48%). Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto kształtuje się w Katowicach na poziomie 2,7 tys. zł i jest ono wyższe niż przeciętne w regionie i w kraju. Natomiast stopa bezrobocia rejestrowanego w listopadzie w roku 2004 wyniosła w Katowicach 7,5% i była niższa od stopy bezrobocia zarówno w skali województwa, jak i kraju. Z danych Narodowego Spisu Powszechnego Ludności wynika jednak, że faktyczna stopa bezrobocia w Katowicach kształtuje się na poziomie 18%. W mieście utrzymuje się wysoki udział bezrobocia bez prawa do zasiłku, zwiększa się liczba osób długotrwale bezrobotnych. Z pomocy społecznej korzysta około 10% mieszkańców.

W celu zgromadzenia danych niezbędnych do dokonania oceny stanu zapotrzebowania na profilaktyczno-terapeutyczne oddziaływania logopedów na dzieci w wieku przedszkolnym oraz oceny efektywności tych działań podjęto przesiewowe badania mowy w latach 2003–2007. W pierwszym etapie badań w latach 2003–2005 przesiewy logopedyczne prowadzono w 10 wybranych miejskich przedszkolach Katowic (na ogólną liczbę 79 placówek przedszkolnych funkcjonujących w tym czasie w Katowicach, w tym 6 integracyjnych i 1 specjalnej)⁶⁵. W każdym roku były to inne placówki (w roku 2003 – Miejskie Przedszkola nr 30, 39 i 94, w roku 2004 – Miejskie Przedszkola nr 9, 34, 45, 85, 90 oraz w roku 2005 – Miejskie Przedszkola nr 13 i 27). Kolejny etap badań, realizowany w roku 2006 (w okresie od września do listopada), zakładał powtórzenia przesiewów we wszystkich przedszkolach objętych badaniami w poprzednich latach. W tym czasie prowadziłam również badania ankietowe. Ostatni, trzeci etap badań miał miejsce w czerwcu roku 2007, kiedy to na terenie wszystkich 10 przedszkoli badane były sześciolatki, które wcześniej zostały zdiagnozowane dwukrotnie i w drugim badaniu uzyskały wynik negatywny. Wówczas również przeprowadziłam wywiady z logopedami i dyrektorami placówek objętych badaniami, a także analizowałam dokumentację logopedyczną i materiał, który został zgromadzony w toku przesiewowych badań mowy w latach 2003–2007.

Badania prowadzone były w przedszkolach zlokalizowanych w rejonie działania Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1. W mieście działają cztery poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz dwie poradnie specjalistyczne. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1 jest najstarszą poradnią w mieście, początki istnienia placówki sięgają

⁶⁵ Informacje na temat placówek przedszkolnych pochodzą z danych Śląskiego Kuratorium Oświaty. Źródło danych: *System Informacji Oświatowej*, stan: wrzesień 2006, www.kuratorium.katowice.pl [dostęp 9 czerwca 2007 r.].

roku 1966. Teren poradni obejmuje dzielnice: Śródmieście, Załęże, Załęska Hałda, Osiedle Witosa, Tysiąclecie Górne i Dolne oraz Dąb. Obszar działania poradni, na którym zlokalizowane były przedszkola objęte badaniami, jest bardzo zróżnicowany pod względem statusu społecznego i ekonomicznego jego mieszkańców. Badaniem nie zostały objęte oddziały przedszkolne zlokalizowane przy szkołach, jak również nie prowadzono badań w przedszkolach integracyjnych. Placówki, w których w latach 2003–2006 prowadzone były przesiewowe badania mowy, znajdowały się w dzielnicach: Śródmieście, Załęże, Osiedle Witosa, osiedle Tysiąclecie i Dąb.

Dzielnica Śródmieście zajmuje obszar o powierzchni około 3,8 km². W roku 1997 zamieszkiwało ją 45,2 tys. osób, zaś w roku 2003 – 39,8 tys. mieszkańców. W tym samym czasie gęstość zaludnienia w dzielnicy zmniejszyła się z 11,89 tys. os./km² do 10,47 tys. os./km². W Śródmieściu dominują zakłady pełniące specjalistyczne funkcje z zakresu usług komercyjnych i publicznych o randze metropolitalnej. Tu skupione są także zabytkowe i nowoczesne budynki reprezentacyjne miasta i regionu.

Załęże jest jedną z najstarszych dzielnic Katowic. Dzielnica zajmuje powierzchnię 3,4 km² i liczy około 12 tys. mieszkańców. W roku 1997 liczba ludności dzielnicy kształtowała się na poziomie 13,2 tys. mieszkańców. W latach 1997–2003 spadła więc gęstość zaludnienia z 3,88 tys. os./km² do 3,53 tys. os./km². Załęże powstało w związku z rozwojem przemysłu: kuźni żelaza, kopalń węgla kamiennego, hut cynku, huty szkła. W odczuciu pracowników poradni stare dzielnice – Załęże i część Śródmieścia – to teren, na którym nasilają się zjawiska patologii społecznej, bezrobocie, alkoholizm, bezradność wychowawcza.

Osiedle Witosa zajmuje powierzchnię 3,4 km², liczba ludności wynosi 13,1 tys. osób, a gęstość zaludnienia kształtuje się na poziomie 3,85 tys. os./km². W roku 1997 liczba mieszkańców wynosiła 14,2 tys. osób, a gęstość zaludnienia 4,18 tys. os./km². Część południowo-wschodnia i centralna dzielnicy to osiedle mieszkaniowe, które stanowi samodzielną jednostkę urbanistyczną. W rejonie osiedla znajdują się również obiekty administracji publicznej, małego biznesu oraz jednostek badawczo-rozwojowych. W bezpośrednim sąsiedztwie osiedla znajdują się tereny charakterystyczne dla stref przemysłowych, składowych i komunikacji kolejowej. Osiedle Witosa jest dzielnicą bogatszą od opisywanych wcześniej, ma jednak własne problemy – jest to skupisko rodzin napływowych, słabo zintegrowanych, często niewydolnych wychowawczo.

Powierzchnia osiedla Tysiąclecie wynosi 1,9 km². Liczba ludności kształtuje się na poziomie 24,2 tys. mieszkańców, przy gęstości zaludnienia w 2003 roku 12,74 tys. os./km².

Dla roku 1997 odpowiednie wskaźniki zaludnienia kształtowały się następująco: 25,4 tys. mieszkańców i 13,37 tys. os./km². Osiedle stanowi samodzielną jednostkę urbanistyczną z budynkami mieszkalnymi wielorodzinnymi 5-, 14-, 19-, 24-kondygnacyjnymi (te ostatnie nazywane „kukurydzami”) oraz obiektami usług podstawowych: pawilonami usługowo-handlowymi, szkołami podstawowymi i średnimi, przedszkolami, żłobkami, ośrodkiem zdrowia, świetlicami, klubami osiedlowymi, dwoma kościołami. Ponadto na terenie osiedla wybudowano zespół szkół artystycznych, w skład którego wchodzi liceum muzyczne i plastyczne. Na osiedlu zlokalizowany jest także ośrodek dla dzieci niepełnosprawnych.

Jedna z najstarszych dzielnic Katowic Dąb, o powierzchni 1,9 km², liczy 8,2 tys. mieszkańców, przy gęstości zaludnienia rzędu 4,3 tys. os./km². W porównaniu z rokiem 1997 zmniejszyła się liczba mieszkańców (9,8 tys.) i gęstość zaludnienia (5,16 tys. os./km²). Przeważającą część obszaru dzielnicy stanowi zabudowa mieszkaniowa o wysokim zagęszczeniu, z całym zakresem usług podstawowych. Zabudowa mieszkaniowa ukształtowała się w postaci osiedli robotniczych, powstałych przy dużych zespołach przemysłowych: kopalń „Katowice” i „Kleofas” oraz Huty Baildon. W dzielnicach Tysiąclecie i Dąb, o stosunkowo najwyższym statusie socjoekonomicznym mieszkańców, narasta zjawisko nadmiernego obciążenia zawodowego rodziców i pojawiających się na tym tle problemów dysfunkcyjności rodziny.

W badaniach zastosowano tzw. celowy dobór próby do badań. Przez dobór próby należy rozumieć wyselekcjonowanie do celów badawczych pewnej grupy osób wchodzących w skład populacji poddawanej badaniom. W tym przypadku były to dzieci uczęszczające do przedszkoli, w których prowadzone były przesiewowe badania mowy, ich rodzice/opiekunowie, a także nauczyciele i logopedzi zatrudnieni w tych przedszkolach oraz lekarze z obszaru aglomeracji śląskiej. W przypadku lekarzy byli to przede wszystkim pediatrzy z poradni działających w rejonie, gdzie zlokalizowane są przedszkola, w których prowadzono badania. Zastosowany w tych badaniach celowy dobór próby uwzględnił posiadaną przeze mnie wiedzę na temat środowiska dziecka w wieku przedszkolnym. Wybór konkretnych 10 przedszkoli poprzedzony był konsultacjami z innymi pracownikami poradni i przedstawicielami środowiska logopedów. Dokonano wyboru konkretnych placówek, tak by w próbie badawczej były reprezentowane możliwie najbardziej różnorodne środowiska. Istotnym warunkiem w dokonaniu ostatecznego wyboru przedszkoli była zgoda dyrektorów na prowadzenie badań.

Przeprowadzenie diagnoz przesiewowych na tak dużej próbie nie byłoby możliwe bez wsparcia, jakiego udzielił mi zespół logopedów – pracowników Poradni Psychologiczno-

-Pedagogicznej nr 1 wraz z logopedami zatrudnionymi w poszczególnych przedszkolach. W każdym roku prowadzenia przesiewów (2003–2005) badaniem obejmowane były dzieci w różnych kolejnych przedszkolach, tak by pochodziły z różnorodnych środowisk. Placówki, na terenie których prowadzone były badania, różniły się też pod względem warunków lokalowych, wyposażenia i liczby zatrudnionej kadry nauczycielskiej. W roku 2006 przesiewy logopedyczne zostały powtórzone na terenie 10 przedszkoli, w których badania prowadzone były w latach 2003, 2004 i 2005. Za zgodą rodziców badaniami objęto, podobnie jak w latach 2003–2005, wszystkie dzieci uczęszczające do przedszkola w momencie prowadzenia badań. Dla celów badawczych wyniki z tych lat porównywano z danymi uzyskanymi w roku 2006. Dzięki temu możliwe było wyselekcjonowanie grupy dzieci, które zostały zbadane dwukrotnie.

Tabela III.1.

Dzieci objęte przesiewowymi badaniami mowy w wybranych 10 miejskich przedszkolach Katowic w latach 2003–2007; N = 1481

Rok	Liczba zbadanych dzieci
2003	200
2004	336
2005	144
2006	750*
2007 – badania powtórzone	51**
Ogółem	1 481

* W tej grupie znalazło się 197 dzieci badanych we wcześniejszych latach prowadzenia diagnoz.

** Sześciolatki, które były badane dwukrotnie – po raz pierwszy w latach 2003–2005 i ponownie w roku 2006 – i w tym badaniu uzyskały wynik negatywny.

Źródło: badania własne

W celu uzyskania rzetelnych wyników badań w zakresie skuteczności oddziaływań logopedów w przypadku występowania wad wymowy w czerwcu 2007 roku powtórzono badanie w grupie 51 dzieci, które były badane w latach 2003–2005. Ostatnim przesiewem objęto dzieci, które były badane wcześniej dwukrotnie – pierwsza diagnoza miała miejsce w latach 2003–2005, a ponowna w roku 2006. Finalna ocena dotyczyła tylko przedszkolaków badanych powtórnie w roku 2006, które uzyskały wówczas wynik negatywny, a w czerwcu 2007 roku kończyły etap edukacji przedszkolnej. Celem tego badania była ocena efektywności oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych prowadzonych przez logopedów w warunkach przedszkola. Badanie kontrolne prowadzone w czerwcu roku 2007 miało zatem charakter badania powtarzalnego.

Badaniami ankietowymi objęci zostali rodzice/opiekunowie, nauczyciele, logopedzi, lekarze. Ważnym czynnikiem kwalifikującym do badań ankietowych była dobrowolna chęć uczestnictwa tych osób w badaniach. Największą grupą objętą badaniem ankietowym byli rodzice/opiekunowie dzieci badanych przesiewowo w roku 2006. Podczas prowadzenia przesiewów logopedycznych w przedszkolach rozdano ankiety rodzicom/opiekunom wszystkich dzieci uczęszczających do tych placówek w danym okresie (wrzesień–listopad 2006 rok). Na ogólną liczbę 887 wydanych ankiet (liczba dzieci zapisanych do przedszkoli w czasie prowadzenia badań) w badaniu ankietowym wzięło udział 383 rodziców/opiekunów, co stanowi około 43% wszystkich przedstawicieli rodzin dzieci z placówek objętych przesiewami.

Tabela III.2.

Wiek ankietowanych rodziców/opiekunów; N = 383

Wiek	Liczba osób	%
Mniej niż 25 lat	37	9,6%
Od 25 do 30 lat	114	29,8%
Od 31 do 35 lat	118	30,8%
Od 36 do 40 lat	54	14,1%
Powyżej 40 lat	24	6,3%
Brak danych	36	9,4%
Ogółem	383	100%

Źródło: badania własne

Wśród ankietowanych rodziców/opiekunów przeważali ludzie stosunkowo młodzi. Największą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 25 do 35 lat. Wśród osób, które wypełniły ankiety, 8% respondentów nie podało płci. W pozostałej grupie przeważały kobiety – 81%. Dużą grupę spośród osób objętych badaniem stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (licencjat – 10,2% i wyższe magisterskie – 25,9%). Dwie osoby, które zgodziły się wziąć udział w badaniu ankietowym, legitymowały się stopniem naukowym doktora (0,6%). Jednocześnie aż 18 respondentów (4,7%) podało, że ukończyło kształcenie na poziomie podstawowym. Najliczniejszą grupę wśród ankietowanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (w tym zawodowym). Znaczna część badanych, bo aż 9,6%, nie podała poziomu wykształcenia.

Tabela III.3.**Wykształcenie ankietowanych rodziców/opiekunów; N = 383**

Wykształcenie	Liczba	%
Podstawowe	18	4,7%
Średnie (w tym zawodowe)	188 (20)	49,1%
Wyższe zawodowe (licencjat)	39	10,2%
Wyższe magisterskie	99	25,9%
Doktorat	2	0,5%
Brak danych	37	9,6%
Ogółem	383	100%

Źródło: badania własne

Wśród ankietowanych przedstawicieli rodzin przeważały gospodarstwa rodzinne z jednym dzieckiem (41%) lub dwójką dzieci (41,2%).

Tabela III.4.**Liczba dzieci w rodzinach ankietowanych; N = 383**

Liczba dzieci w rodzinie	Ilość odpowiedzi	%
Jedno dziecko	157	41,0%
Dwoje dzieci	158	41,2%
Troje dzieci	24	6,3%
Czworo i więcej dzieci	19	5,0%
Brak danych	25	6,5%
Ogółem	383	100%

Źródło: badania własne

Logopedów poddanych badaniu ankietowemu podzielono na dwie grupy badawcze. Byli to logopedzi z przedszkoli objętych przesiewowymi badaniami mowy (7 osób, z których jedna pełniła obowiązki logopedy w trzech przedszkolach objętych przesiewami, a inna w dwóch – obie wypełniły tylko po jednej ankiecie) oraz członkowie katowickiego zespołu doskonalenia logopedów (12 osób), którzy prowadzili zajęcia w środowisku życia dzieci

w wieku przedszkolnym na terenie Katowic⁶⁶. W grupie logopedów z terenu, na którym prowadzone były badania przesiewowe, czterech ankietowanych podało dziesięcioletni staż pracy na stanowisku logopedy, jedna osoba – 7 lat, jedna – 4 lata i jedna – 2 lata. Spośród 7 ankietowanych jedna osoba wykonuje wyłącznie zawód logopedy, pozostałe z nich są czynnymi zawodowo nauczycielami, np. nauczania zintegrowanego (2 osoby). Ankietowani logopedzi to najczęściej absolwenci studiów pedagogicznych (nauczania początkowego, resocjalizacji lub pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej) – 5 osób, jedna osoba ukończyła filologię polską, a jeden z respondentów nie podał kierunku ukończonych studiów magisterskich. Wszyscy ankietowani kwalifikacje do wykonywania zawodu logopedy uzyskali na studiach podyplomowych. W badanej grupie nie znalazła się osoba, która ukończyłaby dodatkowe studia specjalizacyjne, np. z zakresu neurologopedii, surdologopedii itp. Na pytanie o liczbę godzin terapii logopedycznej w placówkach objętych badaniem logopedzi podawali: 5 godzin (3 osoby), 3 godziny (2 osoby), 6 godzin (1 osoba) i 4 godziny (1 osoba). Poza respondentem, który wykonuje wyłącznie zawód logopedy (w wymiarze 29 godzin tygodniowo), jeszcze jedna osoba jest zatrudniona w wymiarze większym niż pół etatu – 15 godzin. Pozostałe osoby wykonują pracę logopedy w wymiarze od 4 do 8 godzin tygodniowo. Drugą grupę terapeutów mowy, od której pozyskano informacje, stanowili logopedzi spoza terenu, na którym prowadzone były przesiewowe badania mowy⁶⁷. W badaniu ankietowym wzięli udział członkowie katowickiego zespołu doskonalenia logopedów. Są to osoby zatrudnione w przedszkolach, ponadto niektóre z nich pracują również w placówkach służby zdrowia. Ankietowani są absolwentami następujących kierunków studiów: pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej (5 osób), nauczania początkowego (2 osoby), wychowania przedszkolnego (1 osoba), resocjalizacji (1 osoba), psychologii (1 osoba) oraz filologii polskiej (1 osoba). Jeden respondent nie podał kierunku ukończonych studiów wyższych. Nikt w badanej grupie nie ukończył dodatkowych studiów specjalizacyjnych w obrębie logopedii. Dwie osoby zatrudnione są na stanowisku logopedy na tzw. pełnym etacie (24 i 27 godzin tygodniowo), a pozostałe wykonują zadania logopedy w wymiarze od 2 do 9 godzin tygodniowo.

⁶⁶ Dla rozróżnienia grupa logopedów z terenu, na którym prowadzone były badania przesiewowe mowy została nazwana przeze mnie mianem: *logopedzi z terenu badań* (N = 7); a pozostali biorący udział w badaniach ankietowych logopedzi zostali zakwalifikowani do grupy: *inni logopedzi* (N = 12).

⁶⁷ Por. przypis 464.

Tabela III.5.**Staż pracy logopedów biorących udział w badaniu ankietowym; N = 19**

Staż pracy	Grupa logopedów	
	Z terenu badań; N = 7	Inni logopedzi; N = 12
Poniżej 5 lat	2	8
Od 5 do 10 lat	1	3
Powyżej 10	4	1
Ogółem	7	12

Źródło: badania własne

W grupie respondentów określonej jako *inni logopedzi* (logopedzi spoza terenu, na którym prowadzone były badania przesiewowe) dominowali logopedzi ze stosunkowo krótkim stażem pracy. Dwuletni staż wymieniły 4 osoby, roczny – 3 osoby, a trzyletni, pięcioletni, sześcioletni i siedmioletni – po jednej osobie. Tylko jeden spośród 12 ankietowanych wykazał się długim, bo aż piętnastoletnim stażem pracy. W badanej grupie 3 osoby wykonują wyłącznie zawód logopedy, a pozostałe to czynni zawodowo nauczyciele.

Badaniem sondażowym wśród nauczycieli objęto wszystkich pracowników dydaktycznych przedszkoli, w których prowadzone były przesiewowe badania mowy. Ankiety zwróciło 55 osób, na ogólną liczbę 72 nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach objętych badaniami. W grupie respondentów dominowały osoby ze stosunkowo długim stażem pracy zawodowej – powyżej 11 lat (w sumie prawie 39 ankietowanych).

Tabela III.6.**Staż pracy ankietowanych nauczycieli; N = 55**

Staż pracy w zawodzie	Ilość odpowiedzi
Mniej niż 5 lat	5
5 do 10 lat	8
11 do 20 lat	22
Powyżej 20 lat	17
Brak danych	3
Ogółem	55

Źródło: badania własne

Tabela III.7.
Poziom wykształcenia ankietowanych nauczycieli; N = 55

Wykształcenie	Ilość odpowiedzi
Wyższe magisterskie	36
Wyższe zawodowe (licencjat)	5
Średnie pedagogiczne	10
Brak danych	4
Ogółem	55

Źródło: badania własne

Przeważali wśród nich absolwenci studiów magisterskich (36 osób). Absolwentami studiów licencjackich w tej grupie było 5 respondentów. Stosunkowo liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim, bo aż 10 osób.

W badaniach ankietowych wzięło udział również 32 lekarzy. Były to głównie osoby zatrudnione w rejonowych zespołach opieki zdrowotnej z terenu prowadzenia przesiewowych badań mowy, a także z gabinetów prywatnych znajdujących się na tym terenie. Ponieważ jednak w placówkach tych radykalnie zmalała liczba etatów lekarzy pediatrów (w niektórych przypadkach z 5 do 2), to do udziału w badaniach zaproszono lekarzy innych miast z rejonu całej aglomeracji śląskiej.

Tabela III.8.
Specjalizacja zawodowa ankietowanych lekarzy; N = 32

Specjalizacja	Ilość odpowiedzi
Pediatra	25
Lekarz rodzinny	5
Lekarz medycyny ogólnej	2
Ogółem	32

Źródło: badania własne

Oprócz pediatrów, którzy stanowili największą grupę wśród ankietowanych (25 osób), w badaniu ankietowym wzięli udział lekarze innych specjalności (medycyna rodzinna – 5 osób, interna – 2).

Tabela III.9.**Miejsce zatrudnienia ankietowanych lekarzy – typ placówki służby zdrowia; N = 32**

Typ placówki	Ilość odpowiedzi
ZOZ – Zespół Opieki Zdrowotnej	9
NZOZ – Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej	17
Szpital	3
Poradnia specjalistyczna	3
Ogółem	32

Źródło: badania własne

Najczęściej lekarze biorący udział w badaniu ankietowym jako miejsce zatrudnienia podawali Niepubliczne Zespoły Opieki Zdrowotnej (NZOZ) – 17 osób lub publiczne Zespoły Opieki Zdrowotnej (ZOZ) – 9 lekarzy. Pozostali zatrudnieni byli w szpitalach lub poradniach specjalistycznych.

Tabela III.10.**Staż zawodowy lekarzy; N = 32**

Staż pracy	Ilość odpowiedzi
Poniżej 5 lat	0
Od 5 do 10 lat	4
Od 11 do 20 lat	16
Od 21 do 30 lat	11
Powyżej 30 lat	1
Ogółem	32

Źródło: badania własne

Wśród ankietowanych przeważali lekarze o bardzo długim stażu pracy – od 11 do 30 lat i więcej (28 osób). Natomiast nie odnotowano w badanej grupie lekarzy o stażu zawodowym krótszym niż 5 lat.

W ostatnim okresie prowadzenia badań w celu zgromadzenia pełnych danych na temat opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci przedszkolnych przeprowadziłam wywiady bezpośrednie z dyrektorami i logopedami wszystkich przedszkoli objętych badaniami oraz z dyrektorem i logopedami rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Istotnym źródłem informacji o przedmiocie badań była analiza dokumentacji zgromadzonej w toku prowadzenia przesiewów logopedycznych w latach 2003–2006. Równie ważne dane pozyskiwałam poprzez wgląd w dokumentację logopedyczną udostępnioną przez logopedów przedszkoli – dzienniki zajęć logopedycznych. Dokumenty te nie zawsze były jednak w pełni dostępne. Wydaje się, że kontrola dokumentacji jest podstawowym sposobem sprawowania nadzoru nad pracą nauczycieli i logopedów, co może być odbierane przez te grupy zawodowe jako nie w pełni adekwatna metoda ewaluacji. Sporadycznie występujący opór przed udostępnieniem dokumentacji osobom prowadzącym badania mógł sygnalizować obawę tych środowisk przed kolejną niesprawiedliwą, w ich odczuciu, oceną. W bezpośrednich wywiadach logopedzi sugerowali potrzebę udoskonalenia narzędzia oceny ich pracy, poprzez uwzględnienie innych elementów oddziaływań, poza np. analizą zapisów w dziennikach. Cele niniejszej pracy są zbieżne z oczekiwaniami wyartykułowanymi przez logopedów. Uwzględniając aktywizujący charakter badań, na podstawie wyników badań opracowano raport o stanie opieki logopedycznej dla organu prowadzącego placówki oświatowe. Ważną częścią tego opracowania był projekt modelu organizacji opieki logopedycznej w warunkach przedszkola. W raporcie wykorzystano sugestie i propozycje pochodzące zarówno od specjalistów – przedstawicieli różnych grup zawodowych, jak i rodziców/opiekunów.

Jak sygnalizowałam wcześniej, jednym z celów badań była praktyczna użyteczność podjętego procesu badawczego. „Praktyczna przydatność nauki zależy głównie od tego, w jakim stopniu stwierdzenia nadają się do przewidywania zdarzeń”⁶⁸. W prezentowanych badaniach starałam się ustalić uwarunkowania skuteczności oddziaływań logopedów w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym, opracowując model systemowej opieki logopedycznej nad dzieckiem przedszkolnym.

⁶⁸ E. Syrek: *op. cit.*, s. 51.

IV. OCENA STANU POTRZEB W ZAKRESIE OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ W ŚRODOWISKU ŻYCIA DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

1. Rozpoznanie potrzeb w zakresie opieki logopedycznej nad dziećmi w wieku przedszkolnym

Wszechstronna stymulacja i odpowiednio wczesne reagowanie na ewentualne dysharmonie rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym pozwalają na optymalne przygotowanie go do rozpoczęcia nauki w szkole. Na tym tle niezwykle istotną rolę odgrywa opanowywanie przez dziecko kompetencji komunikacyjnych. Zaburzony rozwój mowy jest często skorelowany z innymi deficytami rozwojowymi¹. Zasadniczym problemem jest w związku z tym zapewnienie odpowiedniej opieki logopedycznej dziecku w okresie wczesnego dzieciństwa, kiedy jest ono najbardziej chłonne, a proces przyswajania języka jest najintensywniejszy². Nabywanie mowy i języka odbywa się wówczas w sposób lawinowy, a ewentualne działania naprawcze, reedukacyjne we wczesnych stadiach rozwoju są najbardziej skuteczne. Ocena zapotrzebowania na logopedyczne działania profilaktyczno-terapeutyczne w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym była podstawą opracowania propozycji modyfikacji systemu opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym, który zamieściłam w rozdziale VI niniejszej pracy.

Zgromadzenie niezbędnych danych potrzebnych do dokonania oceny stanu potrzeb w zakresie opieki logopedycznej było jednym z celów przeprowadzonych badań. Pedagodzy społeczni zwracają uwagę, że potrzeby ludzkie stanowią punkt wyjścia w projektowaniu socjalnym i podbudowują koncepcję podmiotowości w pracy socjalnej, opiekuńczej i pomocowej³. „Potrzeby ludzkie są jedną z głównych kategorii stanowiących przedmiot diagnozy społecznej. Silnie podkreślana jest sprawa koniecznej harmonii między potrzebami elementarnymi, a potrzebami ekspansji (potrzebami rozwoju)”⁴. W odniesieniu do opieki logopedycznej w definiowaniu pojęcia *potrzeba* należy uwzględnić zarówno dziecko (klient, pacjent), jak i jego środowisko. E. Słodownik-Rycaj, wyjaśniając termin *potrzeby logopedyczne*, ściśle wiąże go z rozwojem mowy i realizacją aktu mowy w granicach normy,

¹ Zob. D. Keating, G. Turrell, A. Ozanne: *Childhood speech disorders: reported prevalence, comorbidity and socioeconomic profile*. „Journal of Paediatrics and Child Health” 2001, t. 37, nr 5, s. 431-436.

² Zob. *Psycholingwistyka*. Red. J. Berko Gleason, N. Bernstein. Gdańsk 2005, s. 55.

³ Zob. A. Kamiński: *Funkcje pedagogiki społecznej*. Warszawa 1972, s. 41-46.

⁴ E. A. Mazurkiewicz: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*. Wrocław 1983, s. 34.

w sytuacji poniżej oraz powyżej normy. Autorka ta zwraca uwagę, że o ile podejmowanie działań na dwóch pierwszych poziomach nie budzi już dziś wątpliwości, o tyle realizacja potrzeb logopedycznych w sytuacji, gdy rozwój mowy wykracza ponad normę, nie jest powszechnie uznawana za uzasadnioną⁵. Rozpatrując kwestie potrzeb logopedycznych, istotne znaczenie mają również względy praktyczne. Jeśli nie jest możliwe zaspokojenie potrzeby oddziaływania logopedycznego wśród dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy (działalność terapeutyczna), to działalność profilaktyczna logopedów schodzi na plan dalszy lub nie jest podejmowana.

W literaturze przedmiotu podejmowano wiele prób określenia stanu potrzeb w zakresie opieki logopedycznej nad dziećmi w naszym kraju. Zagadnienie częstotliwości występowania wad wymowy w II Rzeczypospolitej i powojennej Polsce analizował J. T. Kania⁶. Wskazywał na alarmująco wysoki odsetek dzieci z zaburzeniami mowy wykazany w niektórych badaniach; powołał się przy tym na prace B. Dylewskiego oraz na statystyki M. Demela⁷. Badania potwierdzające utrzymywanie się na wysokim poziomie rozpowszechnienia występowania zaburzeń mowy wśród dzieci po wojnie prowadziły między innymi H. Mystkowska⁸ i T. Bartkowska⁹. Sprawdzenie i opisanie umiejętności wymawianiowych dzieci w wieku przedszkolnym było celem badań podjętych w latach 1975–1976 przez A. Sołtys-Chmielowicz. Wykazała ona, że u 20% dzieci sześcio-

⁵ E. Słodownik-Rycaj: *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*. Warszawa 2007, s. 158-159.

⁶ W pracach B. Dylewskiego znaleźć można dwa źródła obliczeń statystycznych występowania wad wymowy u dzieci szkolnych. Pierwsze zestawienie sporządzono na podstawie badań przeprowadzonych przez nauczycieli, uczestników sześciomiesięcznego kursu liczenia i rozpoznawania wad wymowy. W latach 1930–1931 nauczyciele zbadali 11090 uczniów szkół podstawowych Wilna. Wśród nich rozpoznano 41,6% uczniów z wadami wymowy i 20,6% z wadami głosu. W latach 1933–1934 B. Dylewski przeprowadził szczegółowe badania w pierwszych klasach wileńskich szkół podstawowych, gdzie zdiagnozował, że 73,8% badanych spośród 2505 dzieci wykazywało wady wymowy i głosu. Cyt. za J. T. Kania: *O polskich statystykach wad wymowy*. W: *Szkice logopedyczne*. J. T. Kania. Lublin 2001, s. 253-254.

⁷ Zob. M. Demel: *Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu dzieci szkolnych*. „Życie Szkoły” 1959, nr 2, s. 17. Po wojnie M. Demel zbadł 2488 dzieci pierwszych klas szkoły podstawowej Lublina, stwierdzając wady wymowy u 29,8% ogółu badanych.

⁸ H. Mystkowska: *Właściwości wymowy dziecka sześcio-siedmioletniego*. Warszawa 1970, s. 31. Przebadła ona i szczegółowo opisała wymowę dzieci sześcio- i siedmioletnich (31 osób), porównując je z grupą 20 uczniów i 10 dorosłych. W świetle jej badań 29% dzieci wymagało pomocy logopedy. Jednocześnie wyodrębniła ona grupę dzieci – 52% ogółu badanych, których wymowę określiła *niedobitną – niezbyt wyraźną*.

⁹ T. Bartkowska: *Rozwój wymowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola*. Warszawa 1968, s. 15; T. Bartkowska (wcześniej: T. Ziegenhagen): *Rozwój wymowy w wieku przedszkolnym*. „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza. Filozofia, Psychologia, Pedagogika” 1956, z. 1, s. 64-74. T. Ziegenhagen-Bartkowska w latach 1956–1968 prowadziła badania na większej liczbie badanych, bardziej zróżnicowanej wiekowo. Ustaliła ona, że około 20% dzieci rozpoczynających naukę w szkole ma wady wymowy. W praktyce liczba ta była wyższa, gdyż autorka wyeliminowała z badania dzieci, u których wystąpić mogły jakiegokolwiek czynniki hamujące rozwój. Nie zostały zatem objęte tą statystyką dzieci fizycznie wątłe, fizycznie upośledzone, z deformacją szczęk, zębów, warg, dzieci z anomalią narządów zmysłowych, a także dzieci opóźnione w rozwoju umysłowym i z rodzin niepełnych.

siedmioletnich poprawna artykulacja nie jest ostatecznie wykształcona i utrwalona¹⁰. Statystyki występowania zaburzeń mowy u dzieci w wieku od lat 5 do 9 szczegółowej analizie w latach 90. poddała G. Jastrzębowska¹¹. Zwróciła ona uwagę na bardzo dużą rozpiętość negatywnych wyników występowania zaburzeń mowy u badanych dzieci, utrzymującą się w różnych ośrodkach kraju, na przestrzeni wielu lat w przedziale od 9,6% do 44,1%. Zdaniem G. Jastrzębowskiej niejednorodne kryteria przyjęte przez badaczy utrudniają porównywanie wyników badań¹². Zasygnalizowaną tendencję potwierdzają także wyniki badań lokalnych. W ostatnich latach w środowisku śląskich logopedów coraz liczniej podejmowane były próby zbadania i opisanie występowania zaburzeń mowy wśród dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych (J. Trzaskalik i współpracownicy¹³, I. Michalak-Widera¹⁴, M. Elżbiaciak¹⁵, B. Kociołek¹⁶). Wyniki badań lokalnych, utrzymujące się na wyjątkowo wysokim poziomie, w granicach od 47% do aż 55% ogółu badanych, korelują z powszechną opinią wśród terapeutów mowy i nauczycieli o rosnącej z roku na rok grupie dzieci rozpoczynających naukę szkolną z zaburzeniem mowy.

W prezentowanych badaniach stan zapotrzebowania na oddziaływania logopedyczne starałam się określić przede wszystkim poprzez ustalenie rozpowszechnienia występowania objawów zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym. W tym celu prowadzone były przesiewy logopedyczne wśród dzieci w 10 różnych katowickich przedszkolach w latach

¹⁰ A. Sołtys-Chmielowicz: *Wymowa dzieci przedszkolnych*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*. Red. S. Grabias. Lublin 1998, s. 25. Badaniami objęto dużą grupę, bo aż 1063 dzieci z siedmiu lubelskich przedszkoli. Wyniki tych badań pozwoliły na szczegółowy opis jakości realizacji dźwiękowych dzieci na poszczególnych stadiach rozwoju. U 20% dzieci sześć-, siedmioletnich stwierdzono występowanie nieopanowanej wymowy najczęściej zniekształczanych głosek dentalizowanych przedniojęzykowo-dziąsłowych: „sz”, „ż”, „cz”, „dż”.

¹¹ G. Jastrzębowska: *Determinanty polskiego systemu opieki logopedycznej (na przykładzie województwa opolskiego)*. „Biuletyn Polskiej Fundacji zaburzeń Mowy” 1994, nr 2, s. 68.

¹² Podobny pogląd prezentuje J. T. Kania. Zwracają oni uwagę na częsty brak w doniesieniach z przytaczanych badań informacji na temat opóźnień rozwoju mowy. Czynniki, które również znacząco mogły wpłynąć na zróżnicowanie wyników poszczególnych badań, to: wiek badanych dzieci, metody gromadzenia materiału, kwalifikacje osób przeprowadzających badania, różne kryteria klasyfikacji zjawisk. Zob. J. T. Kania: *Szkice logopedyczne*. Lublin 2001, s. 167.

¹³ J. Trzaskalik: *O konieczności badań nad wpływem chorób układu oddechowego na wady wymowy u dzieci w województwie katowickim*. W: *Effata – Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Katowice 1998, s. 245. W roku 1996 diagnozami logopedycznymi objęta została grupa 311 katowickich sześciolatków, aż 55% badanych wykazywało wady wymowy.

¹⁴ I. Michalak-Widera: *Zaburzenia dyslaliczne u dzieci realizujących edukację elementarną – doniesienia z badań*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2004, nr 7, s. 30. Badania prowadzone w latach 2001–2002 wśród uczniów klas pierwszych katowickich szkół masowych ujawniły 48% dzieci z objawami wad mowy.

¹⁵ W roku 2004 w Żorach diagnozowano stan wymowy w grupie 110 dzieci w wieku 5–6 lat. Badania te ukazały występowanie zaburzeń mowy u 47% dzieci. Zob. M. Elżbiaciak: *Podsumowanie badań przesiewowych stanu mowy dzieci 5–6-letnich*. „Kaganek” 2005, nr 9.

¹⁶ W roku 2004 na terenie gminy Strzelce Opolskie badaniami objęto 832 dzieci w wieku od 4 do 9 lat w publicznych przedszkolach i szkołach podstawowych, miejskich i wiejskich. Wyniki negatywne stwierdzono u 50% dzieci objętych badaniami. Zob. B. Kociołek: *Czy dzieci w przedszkolu potrzebują pomocy logopedy?*, www.literka.pl [dostęp 13 marca 2007 r.].

2003–2005. W celu uchwycenia dynamiki zmian rozpowszechnienia zaburzeń mowy w środowisku dzieci w wieku przedszkolnym w roku 2006 powtórzono przesiewy w tych samych przedszkolach. Ocena potrzeb w zakresie opieki logopedycznej w badanej populacji poddana była wnikliwej analizie również pod kątem porównania dominujących wad wymowy i zakłóceń rozwoju mowy w grupie dzieci objętych badaniami w poszczególnych latach oraz występowania sprzężonych wad wymowy, a także rozpowszechnienia objawów niepełności mowy wśród dzieci objętych badaniami. Zjawisko potrzeb logopedycznych przeanalizowałam w odniesieniu do środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka. W związku z tym dokonałam analizy stanu potrzeb w zakresie konsultacji specjalistycznych zaleconych przez logopedów po przesiewach mowy oraz poddałam ocenie zainteresowanie rodziców i opiekunów wynikami badań przesiewowych.

W czerwcu roku 2007 miał miejsce ostatni etap postępowania badawczego – badania powtarzalne¹⁷. Podczas prowadzenia przesiewów logopedycznych wyodrębniona została grupa dzieci, które zostały objęte badaniami mowy dwukrotnie: po raz pierwszy w latach 2003, 2004 lub 2005, a następnie ponownie w roku 2006. Spośród tych dzieci wyselekcjonowano grupę do badań powtarzalnych¹⁸. Były to sześciolatki, które w drugim badaniu w roku 2006 uzyskały wynik negatywny¹⁹. W trzecim etapie badań dokonano ponownej, ostatniej diagnozy mowy (w czerwcu 2007 roku) – na zakończenie edukacji przedszkolnej przez te dzieci²⁰. Zatem ta część analiz miała na celu, w odniesieniu do stanu

¹⁷ W badaniach powtarzalnych porównywane są stany rzeczy, zjawisk z różnych przedziałów czasowych. Ten sam podmiot został poddany diagnozie w różnym okresie życia. Zob. S. Nowak: *Metodologia badań społecznych*. Warszawa 1985, s. 340.

¹⁸ Są to te dzieci, które uczęszczały do przedszkoli, w których prowadzone były przesiewy w latach 2003–2005 i zostały objęte badaniem w tym okresie. Ponieważ w roku 2006 nadal uczęszczały do tych placówek, ponownie zostały objęte badaniem przesiewowym. Jeśli w roku 2006 uzyskały wynik negatywny, badanie powtórzono na zakończenie ich edukacji przedszkolnej, tj. w czerwcu 2007 roku. Badaniem powtarzalnym objęto zatem wyłącznie dzieci z grup najstarszych.

¹⁹ Uzyskanie przez dziecko wyniku negatywnego w badaniu przesiewowym oznaczało w praktyce stwierdzenie przez diagnostę występowania zaburzenia mowy. Z uwagi na fakt, że w opisywanych badaniach przesiewowych diagnostami byli zawsze logopedzi, w wyniku przesiewów stawiana była wstępna hipoteza związana ze wstępnym określeniem rodzaju zaburzenia mowy. Jednocześnie zalecano zweryfikowanie jej w pełnym badaniu logopedycznym. Dlatego każde dziecko, które w badaniu przesiewowym uzyskało wynik negatywny, otrzymywało skierowanie na konsultację logopedyczną.

²⁰ Ta część analiz opierała się na wykorzystaniu wyników badań podłużnych (*longitudinal study*), inne nazwy to: badania długookresowe, badania wzdłuż czasu, badania wzdłużne. Są to badania polegające na zbieraniu danych w różnych punktach czasowych. Ta sama grupa jednostek poddawana jest testom, obserwacji czy eksperymentom w ciągu dłuższego okresu, w różnych momentach ich życia, w celu prześledzenia zachodzących (lub nie) procesów rozwojowych i zmian. Umożliwiają one opisanie procesu rozwoju jednostki, szczególnie w zakresie stałości lub zmienności cech osobniczych. Zmiany i procesy społeczne badacz może badać w celach opisowych – wtedy chodzi o rejestrację tempa i sekwencji zmian lub w celach wyjaśniających – wówczas zamiarem badacza jest: rozpoznanie charakteru układu generującego szereg czasowy, oddzielenie efektów czasu względnego (wieku) od efektów czasu bezwzględnego (pokazanie zmian rozwojowych) i pokazanie dynamicznych relacji zachodzących pomiędzy kilkoma seriami czasowymi. W tym ostatnim przypadku rezultatem badania może być ustalenie związku przyczynowego. Zob. E. Babbie: *Badania społeczne w praktyce*.

potrzeb w zakresie opieki logopedycznej, ustalenie efektywności tych działań logopedycznych w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym. Szczegółowo zostało to przeanalizowane w kolejnych rozdziałach.

Jednym z celów podjętych badań było rozpoznanie stanu potrzeb w zakresie opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym na terenie miasta Katowice. Ważnym powodem podjęcia takiej analizy był fakt, że dostępność usług logopedycznych w tym mieście jest większa niż w innych ośrodkach kraju²¹. Takie podejście diagnostyczne w procesie badawczym charakteryzuje się jednoczesnym badaniem w krótkim odcinku czasu kilku grup wiekowych, obejmujących osoby na różnych poziomach rozwoju. Analiza dynamiki zmian występowania zaburzeń mowy wśród dzieci uczęszczających do przedszkoli objętych badaniami została dokonana przez porównanie wyników badań przesiewowych tych dzieci na przestrzeni czterech lat: 2003, 2004, 2005, 2006.

W pierwszym roku prowadzenia badań (2003) przesiewami objęto 200 dzieci w trzech katowickich przedszkolach²². Były to dzieci, które w okresie prowadzenia na terenie przedszkola badań przesiewowych uczęszczały do placówki, a których rodzice/opiekunowie wyrazili pisemną zgodę na udział dziecka w badaniu i udzielili kilku informacji na temat mowy dziecka poprzez uzupełnienie krótkiego wywiadu²³.

Tabela IV.1.

Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci przeprowadzonych w roku 2003; N = 200

Wynik badania	Zbadane dzieci	
	Ilość	%
Pozytywny	111	55,5%
Negatywny	89	44,5%
Ogółem	200	100%

Zródło: badania własne

Wśród 200 dzieci objętych badaniami w roku 2003 wynik negatywny uzyskało 89 z nich, co stanowi 44,5% całej przebadanej w tym roku populacji. Po badaniach zalecono 118 konsultacji specjalistycznych (np. stomatologicznych, ortodontycznych, laryngologicznych

Warszawa 2005, s. 624; K. Kosęła, A. Sułek: *Badania wzdłuż czasu*. W: *Encyklopedia socjologii*. T. II. Red. Z. Bokszański. Warszawa 2005, s. 37-45.

²¹ Oprócz logopedów zatrudnionych w miejskich poradniach psychologiczno-pedagogicznych w każdym publicznym przedszkolu Katowic zatrudniony jest logopeda (w wymiarze kilku godzin tygodniowo). Taka sytuacja jest unikatowa w skali kraju.

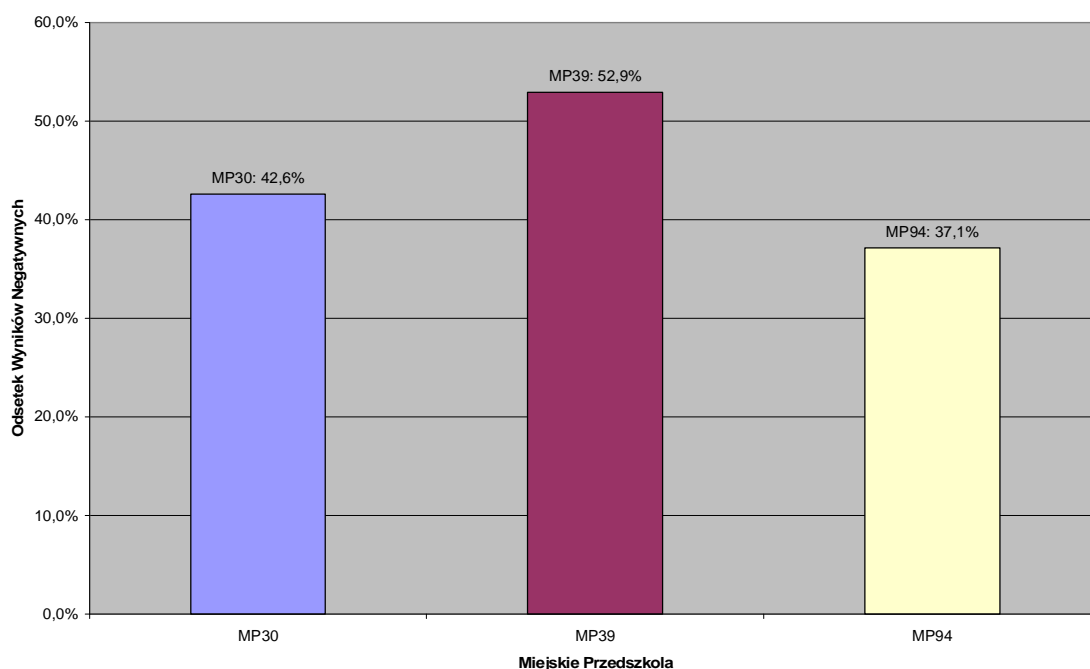
²² W roku 2003 badaniami objęto Przedszkole nr 30 i Przedszkole nr 39 (z dzielnicy Załęże) oraz Przedszkole nr 94 (z Osiedla Witosa – Załęska Hałda).

²³ Krótki wywiad na temat mowy dziecka zamieszczony na karcie badania mowy miał ułatwić diagnostom dokonanie poprawnej oceny stanu rozwoju mowy. Zob. *Karta przesiewowego badania mowy*, aneks, załącznik nr 1.

i innych medycznych lub też psychologicznych, pedagogicznych). Wszystkim dzieciom, które uzyskały wynik negatywny, zalecono konsultację logopedyczną w celu omówienia wyniku badania i zasugerowania konieczności przeprowadzenia pełnej diagnozy logopedycznej. Z możliwości bezpośredniej konsultacji logopedycznej na terenie przedszkola skorzystało 60 rodziców, co stanowi 30% rodzin dzieci objętych badaniami, a 67,4% rodzin dzieci, które uzyskały w badaniach przesiewowych wynik negatywny – w ich przypadku konsultacja była niezbędna. Może to świadczyć o tym, że część rodziców nie została poinformowana przez wychowawcę grupy o wyniku badania lub też zignorowała tę informację, uznając ją za nieistotną.

Wykres IV.1.

Wyniki negatywne diagnozowanych w przesiewowych badaniach mowy dzieci uzyskane w poszczególnych przedszkolach w roku 2003



MP – Miejskie Przedszkole

Wyższy odsetek wyników negatywnych uzyskały przedszkola zlokalizowane w dzielnicy Załęże. W Przedszkolu nr 39 u ponad połowy badanych (52,9%), a w Przedszkolu nr 30 u prawie 43% dzieci rozwój mowy nie odpowiadał normie wiekowej. Można to tłumaczyć lokalizacją tych placówek w starej dzielnicy o stosunkowo niskim statusie socjoekonomicznym. Istotnym czynnikiem, który mógł znacząco wpłynąć na obniżenie wyników badań, wydaje się być również fakt istnienia w tych przedszkolach tzw. grup zerówkowych. Są to grupy stworzone dla dzieci sześciolletnich, które do przedszkola uczęszczają wyłącznie w ostatnim roku przed podjęciem nauki szkolnej. Dzieci te krócej

podlegają instytucjonalnym oddziaływaniom dydaktycznym, w tym z zakresu profilaktyki logopedycznej i intencjonalnej stymulacji rozwoju językowego. W Przedszkolu nr 94 odsetek wyników negatywnych wyniósł 37,1%. Przedszkole jest zlokalizowane na stosunkowo nowym Osiedlu Witosa, w bezpośrednim sąsiedztwie poradni psychologiczno-pedagogicznej, co wydaje się mieć znaczenie, przede wszystkim ze względu na dostępność opieki logopedycznej.

W roku 2004 przesiewowymi badaniami mowy objęto dzieci w kolejnych pięciu katowickich przedszkolach²⁴, pozostających pod opieką Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1. Wyniki badań przedstawia tabela IV.2. Oprócz prowadzenia badań na Osiedlu Witosa, jak miało to miejsce w roku 2003, badania podjęto w rejonie Śródmieścia oraz na osiedlu Tysiąclecie. Tym razem badań nie prowadzono w placówkach zlokalizowanych w dzielnicy Załęże.

Tabela IV.2.

Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci przeprowadzonych w roku 2004; N = 336

Wynik badania	Zbadane dzieci	
	Ilość	%
Pozytywny	199	59,2%
Negatywny	137	40,8%
Ogółem	336	100%

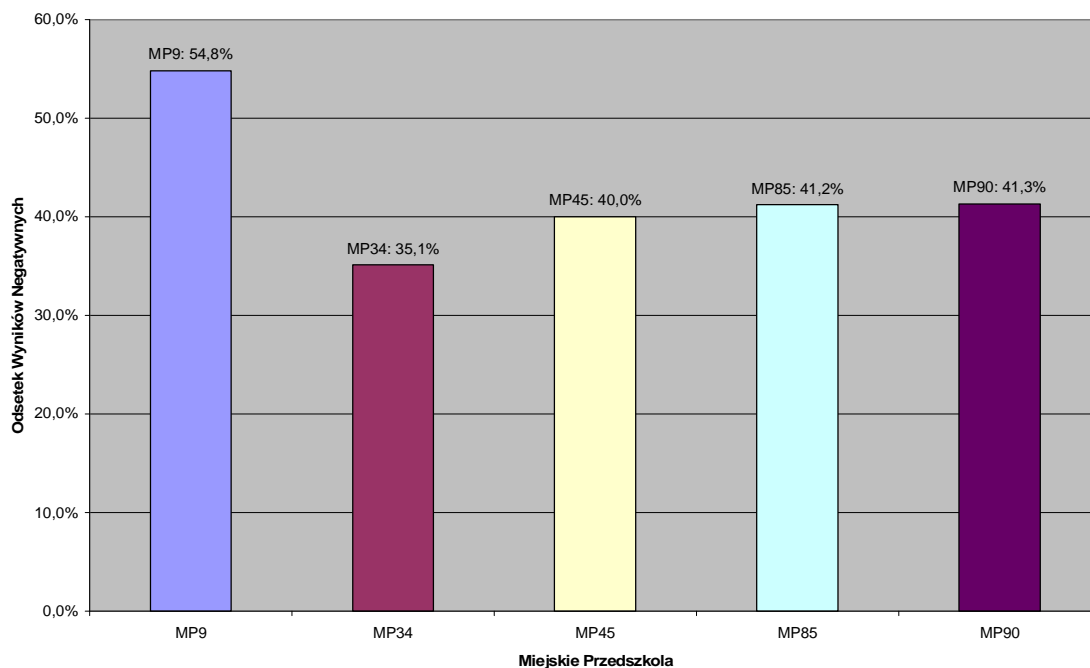
Zródło: badania własne

W grupie 336 badanych wynik negatywny uzyskało 137 dzieci, co stanowi 40,8% objętych w 2004 roku badaniami. Po badaniach zalecono 384 konsultacje specjalistyczne, w tym logopedyczne. Z możliwości konsultacji z logopedami prowadzającymi badania bezpośrednio po ich zakończeniu, na terenie przedszkola, skorzystało 131 rodziców lub opiekunów, co stanowi 39% przedstawicieli rodzin badanych dzieci.

²⁴ Przedszkola nr 9 i nr 45 w Śródmieściu, Przedszkola nr 34 i nr 90 na osiedlu Tysiąclecie, Przedszkole nr 85 na Osiedlu Witosa.

Wykres IV.2.

Wyniki negatywne diagnozowanych w przesiewowych badaniach mowy dzieci uzyskane w poszczególnych przedszkolach w roku 2004



MP – Miejskie Przedszkole

Procentowy zakres uzyskanych wyników negatywnych dla poszczególnych placówek mieści się od 35,1% dla Przedszkola nr 34 do aż 54,8% w przypadku Przedszkola nr 9. Uwagę zwraca wysoki odsetek zaburzeń mowy u dzieci badanych w Przedszkolu nr 9, zwłaszcza że jest to mała, kameralna placówka. Determinującym czynnikiem wydaje się być lokalizacja tego przedszkola w ścisłym centrum Katowic, co podobnie jak w przypadku przedszkoli w Załężu łączy się z niskim statusem socjoekonomicznym rodzin zamieszkujących tę dzielnicę. Stosunkowo duża liczba dzieci, które uzyskały wynik negatywny w tym przedszkolu, może także mieć związek z funkcjonowaniem w przedszkolu grupy dzieci sześciolletnich, uczęszczających do przedszkola tylko rok. Natomiast dobry wynik uzyskany w innej placówce, zlokalizowanej w centrum – w Przedszkolu nr 45, jest prawdopodobnie związany z faktem, że uczęszczają tam dzieci nie tylko z rejonu tzw. starych ulic Katowic (często o niskim statusie socjoekonomicznym mieszkańców), ale również z okolic zamożniejszych, np. z Osiedla Roździeńskiego. Część dzieci dojeżdża do tego przedszkola spoza Katowic, ponieważ ich rodzice pracują w centrum miasta.

W roku 2005 badaniami objęto dzieci w kolejnych dwóch przedszkolach, w których badania nie były prowadzone w poprzednich latach²⁵.

Tabela IV.3.

Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci przeprowadzonych w roku 2005; N = 144

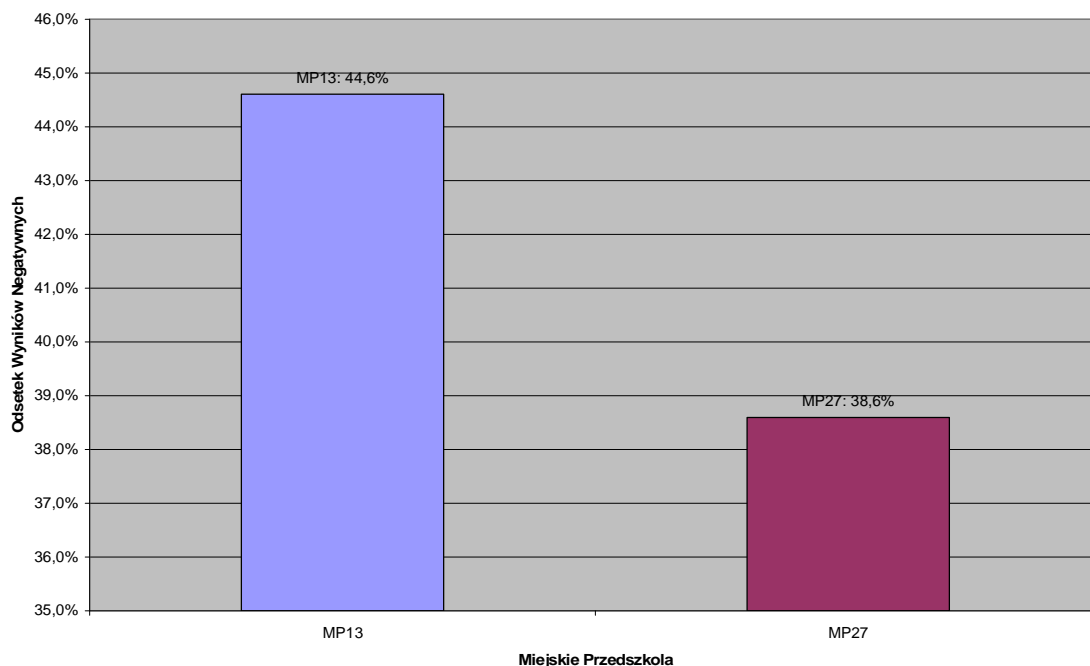
Wynik badania	Zbadane dzieci	
	Ilość	%
Pozytywny	85	59,0%
Negatywny	59	41,0%
Ogółem	144	100%

Zródło: badania własne

W grupie 144 dzieci wynik negatywny uzyskało 59 z nich, co stanowi 41% ogółu badanych. Logopedzi zalecili 118 konsultacji specjalistycznych, w tym logopedycznych, natomiast z bezpośredniej konsultacji z logopedą skorzystało 64 rodziców/opiekunów, tj. 44,4% przedstawicieli rodzin dzieci objętych badaniami.

Wykres IV.3.

Wyniki negatywne diagnozowanych w przesiewowych badaniach mowy dzieci uzyskane w poszczególnych przedszkolach w roku 2005



MP – Miejskie Przedszkole

Przedszkola objęte badaniami w roku 2005 zlokalizowane były w stosunkowo zamożnych i nowych dzielnicach miasta, a uzyskane wyniki negatywne oscylowały w zakresie od 38,6% (Przedszkole nr 27) do 44,6% (Przedszkole nr 13).

²⁵ Przedszkole nr 13 na Osiedlu Witosa i Przedszkole nr 27 w dzielnicy Dąb.

Poddając analizie wyniki przesiewowych badań mowy prowadzonych w 10 katowickich przedszkolach w latach 2003–2006, zwraca uwagę fakt, że niezmiennie utrzymuje się bardzo wysoki odsetek wyników negatywnych. Pomimo że w kolejnych latach prowadzenia diagnoz obejmowane były nimi inne przedszkola, rozpowszechnienie występowania zaburzeń mowy wśród dzieci obejmowanych diagnozami logopedycznymi utrzymywało się na bardzo wysokim poziomie, bo w przedziale od 35,1% do 54,8%.

W roku 2006 przeprowadzono ponowne przesiewy logopedyczne w tych samych przedszkolach, w których badania prowadzone były w latach 2003–2005. Badaniami objęto w sumie 750 dzieci, w 10 przedszkolach²⁶.

Tabela IV.4.

Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci przeprowadzonych w roku 2006; N = 750

Wynik badania	Zbadane dzieci	
	Ilość	%
Pozytywny	417	55,6%
Negatywny	333	44,4%
Ogółem	750	100%

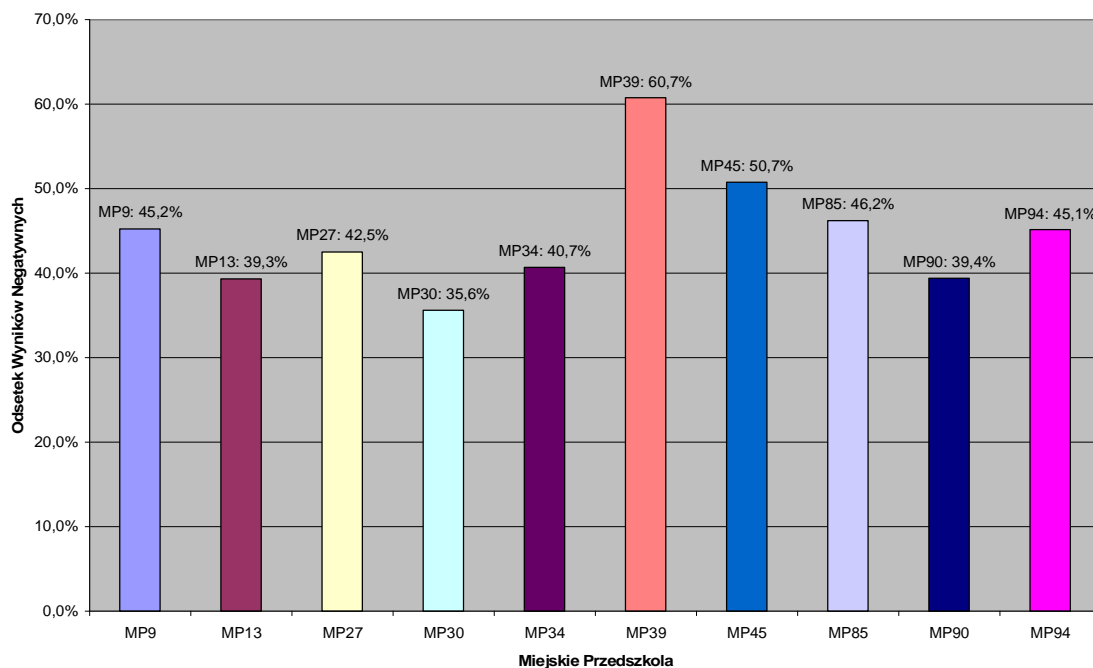
Zródło: badania własne

W tej grupie wynik negatywny uzyskało 333 dzieci, co stanowi 44,4% ogółu zbadanej w tym roku populacji. Po badaniach zalecono 1081 konsultacji specjalistycznych (w tym logopedycznych), a z możliwości konsultacji z logopedą skorzystało 37,5% rodziców/opiekunów (281 osób). Średni wynik negatywny omawianych badań znajduje się na poziomie 44,4%, co jest porównywalne z rezultatami uzyskiwanymi w latach poprzednich. Jednakże rozpiętość wyników negatywnych dla poszczególnych przedszkoli jest znaczna – od 35,6% do 60,7%.

²⁶ W roku 2006 przesiewowe badania mowy powtórzono we wszystkich wcześniej objętych badaniami (w latach 2003–2005) placówkach. W roku 2006 badania prowadzono w Przedszkolach nr: 9, 13, 27, 30, 34, 39, 45, 89, 90 i 94.

Wykres IV.4.

Wyniki negatywne diagnozowanych w przesiewowych badaniach mowy dzieci uzyskane w poszczególnych przedszkolach w roku 2006



MP – Miejskie Przedszkole

Do istotnych czynników determinujących średni wynik procentowy uzyskany przez poszczególne placówki zaliczyć należy między innymi: lokalizację przedszkola, liczbę dzieci uczęszczających w danym roku do przedszkola, liczbę godzin terapii logopedycznej i psychologicznej. Część czynników znajduje się poza strefą oddziaływań szeroko pojmowanej psychopedagogiki, korzystne wydaje się natomiast modyfikowanie tych, które poddają się wpływom środowiska opiekuńczo-wychowawczego. Analiza tendencji spadkowych i wzrostowych w zakresie występowania zaburzeń mowy w danej placówce pozwala uzyskać informację na temat potrzeb opieki logopedycznej. Wyniki badań przesiewowych powinny służyć planowaniu i organizacji pomocy psychopedagogicznej. Szczegółowa analiza porównawcza wyników uzyskanych przez poszczególne placówki w pierwszym roku badania i w roku 2006 znajduje się w ostatniej części niniejszego opracowania.

Jak wynika z ogólnego zestawienia wyników przesiewowych badań mowy prowadzonych w latach 2003–2006, na przestrzeni czterech lat prowadzenia badań nie zauważono wyraźnych trendów w nasileniu zaburzeń mowy, ale też nie zaobserwowano ogólnego ich spadku. Niezależnie od przyczyn występowania wysokiego odsetka zaburzeń

mowy w badanym środowisku w kolejnych latach wyniki sygnalizują konkretną potrzebę zwiększenia opieki logopedycznej i podnoszenia jej efektywności.

Tabela IV.5.

Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci w latach 2003–2006; N = 1430*

Rok	Liczba badanych	Wynik pozytywny		Wynik negatywny	
		Ilość	%	Ilość	%
2003	200	111	55,5%	89	44,5%
2004	336	199	59,2%	137	40,8%
2005	144	85	59,0%	59	41,0%
2006	750	417	55,6%	333	44,4%
Ogółem	1430	812	56,8%	618	43,2%

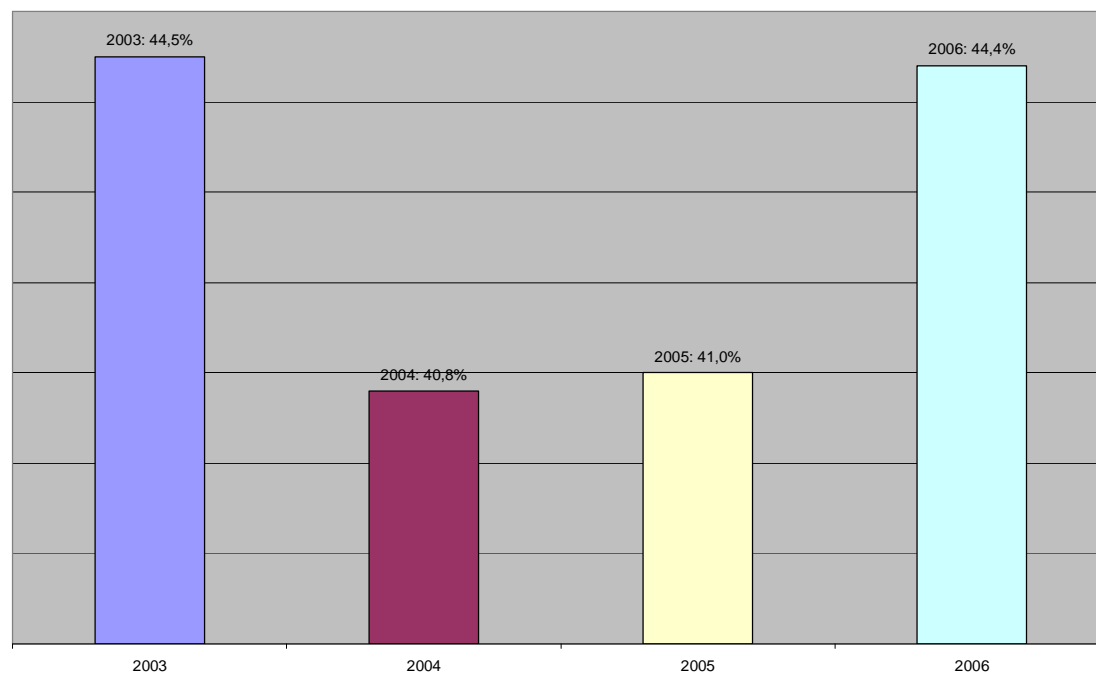
* W tej grupie znalazło się 197 dzieci badanych dwukrotnie: po raz pierwszy w latach 2003–2005 i ponownie w roku 2006.

Źródło: badania własne

Różnice występujące w wynikach badań w poszczególnych latach są niewielkie, a okresowe wahania nie przekraczają 4,3 punktu procentowego (p.p.). Wydaje się, że różnice te mogą mieć związek ze strukturą demograficzną danej grupy w momencie badania, jednak bez wyraźnego kierunku przemian. Wahania mają zatem raczej charakter przypadkowy.

Wykres IV.5.

Diagnoza zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym (badania przesiewowe mowy prowadzono w latach 2003–2006)



W poszczególnych latach prowadzenia badań nie można zaobserwować znaczących zmian spadkowych w zakresie występowania zaburzeń mowy. Jako główny wskaźnik stanu potrzeb przyjęto w niniejszej pracy stopień nasilenia występowania zaburzeń mowy w badanej populacji dzieci przedszkolnych. Utrzymywanie się wyników negatywnych na poziomie 40% i więcej wyraźnie wskazuje na wysoki stan potrzeb w zakresie opieki logopedycznej w tym środowisku. Wydaje się, że organizowanie wyłącznie badań przesiewowych w przedszkolach jest działaniem niewystarczającym i dla obniżenia rozpowszechnienia występowania zaburzeń mowy w tej grupie dzieci konieczne jest podjęcie szerszych systemowych oddziaływań o charakterze profilaktycznym. Wprawdzie liczba zgłoszeń (samorzutnych rodziców) i skierowań (nauczycieli) do poradni psychologiczno-pedagogicznych sukcesywnie wzrasta, jednakże niewystarczająca liczba logopedów zatrudnionych w poradniach nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb w tym zakresie. Korzystne byłoby zarówno zwiększenie ilości etatów logopedycznych w poradniach, jak i wydłużenie czasu pracy logopedów w poszczególnych przedszkolach. Natomiast najistotniejszą potrzebą wydaje się być zmiana organizacji pomocy logopedycznej udzielanej dzieciom w wieku przedszkolnym. Charakter pożądaných zmian będzie przedmiotem analizy w rozdziale VI niniejszej pracy.

2. Wyniki negatywne uzyskane przez dzieci objęte przesiewowymi badaniami mowy w poszczególnych grupach wiekowych

Literatura przedmiotu wskazuje na pewną stałą tendencję – występowanie zaburzeń mowy jest silnie skorelowane z wiekiem²⁷. U małych dzieci, poniżej 3. roku życia, według wskazań DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), rozpowszechnienie takie wynosić może w granicach 10–15%, by stopniowo maleć i w okresie nauki szkolnej plasować się na poziomie 3–7% populacji²⁸. W podjętych badaniach analizie poddałam również to zagadnienie. Starłam się znaleźć odpowiedź na pytanie, czy nasilenie występowania zaburzeń mowy jest skorelowane z wiekiem dziecka. Obserwacje takie

²⁷ Zob. np. G. Jastrzębowska: *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 1. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Opole 2003, s. 307-309; J. T. Kania: *op. cit.*, s. 253-255; E. Słodownik-Rycaj: *op. cit.*, s. 158-166; A. L. Williams: *Speech Disorders. Resource Guide for Preschool Children*. Clifton Park 2003, s. 3.

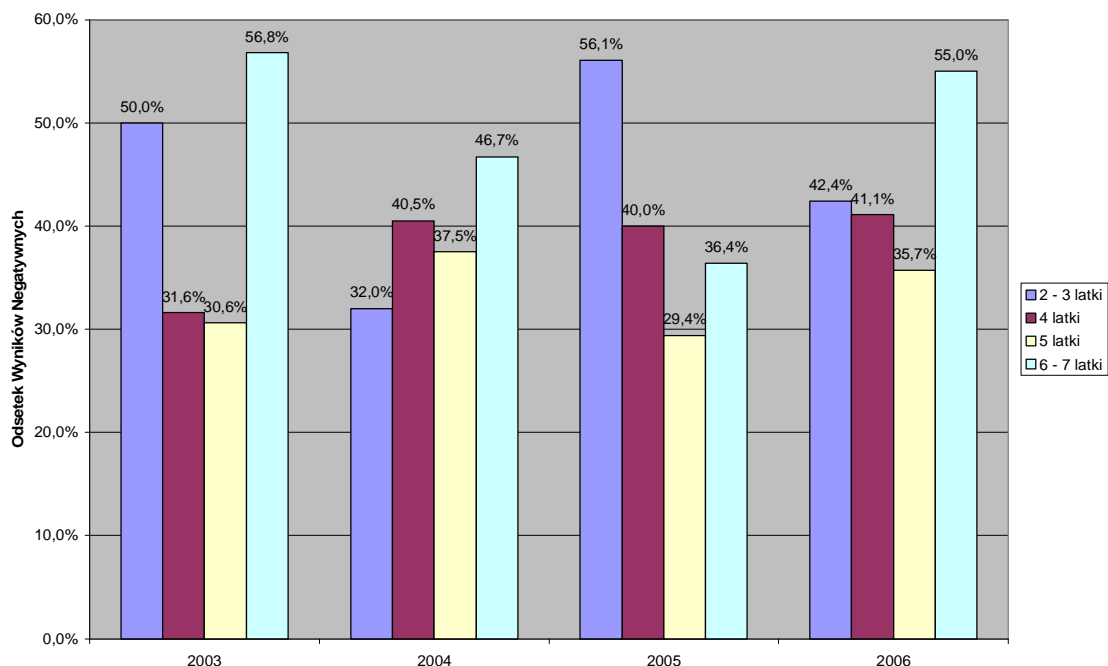
²⁸ DSM IV *Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence*. 315.31 Expressive Language Disorder, www.psychiatryonline.com [dostęp 26 marca 2007 r.].

czyniłam przy założeniu, że dzieci, u których stwierdzano wady rozwojowe, ale nie zaobserwowano działania patomechanizmów, otrzymywały wynik pozytywny (np. realizacja głoski „r” za pomocą dźwięku „l” przez pięciolatka, przy prawidłowej ruchomości i pionizacji języka)²⁹. Zakładałam w ten sposób, że rozwój mowy (w tym przypadku nabywanie prawidłowej artykulacji) jest jeszcze niedokończony i wymaga jedynie dalszej stymulacji. Konsekwencją przesiewu w takim przypadku było zalecenie rodzicom skorzystania z profilaktycznej konsultacji logopedycznej.

Na podstawie badań prowadzonych w latach 2003–2006 na terenie Katowic dokonałam analizy rozkładu wyników negatywnych dla poszczególnych grup wiekowych. Należy zauważyć, że pomimo iż podlega on pewnym wahaniom w poszczególnych latach, to utrzymuje się na wysokim poziomie (w przedziale od 29,4% do 56,8%) dla wszystkich grup wiekowych. Jest to istotny argument przemawiający za jak najwcześniejszym, tzn. w najmłodszych grupach przedszkolnych, podejmowaniem interwencji logopedycznej.

Wykres IV.6

Wyniki negatywne uzyskane przez dzieci objęte przesiewami logopedycznymi w poszczególnych grupach wiekowych w latach 2003–2006; N = 1430*



* W tej grupie znalazło się 197 dzieci badanych dwukrotnie: po raz pierwszy w latach 2003–2005 i ponownie w roku 2006.

²⁹ Jest to zgodne z założeniem, że dzieci w wieku przedszkolnym w różnym tempie opanowują poprawną artykulację najtrudniejszych głosek języka polskiego. O rozwojowym charakterze wad wymowy możemy mówić wówczas, gdy głoski trudniejsze są zastępowane głoskami łatwiejszymi, nie dotyczy to deformacji dźwięków (dysalalia właściwa). Zob. np. M. Chęciek: *O błędach i wadach wymowy*. „Forum Logopedyczne” 2007, nr 13, s. 22-23; D. Pluta-Wojciechowska: *Lowely, jody, safy – czyli o tzw. substytucjach i deformacjach*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2005, nr 8, s. 26-29.

Analiza danych wskazuje, że tendencje w poszczególnych latach i grupach wiekowych cechuje pewne zróżnicowanie. Najbardziej zbliżony do siebie jest rozkład wad wymowy we wszystkich latach w grupach cztero- i pięciolatek. Natomiast wyraźne odchylenia na przestrzeni lat są zauważalne w grupie najstarszej i najmłodszej. Nie można jednak zaobserwować jednoznacznego kierunku przemian. Niemal 30% dzieci w każdej z badanych grup wiekowych, w każdym roku prowadzonych badań potrzebowało interwencji logopedycznej. Niepokojący jest fakt, że w przypadku badań z roku 2006 i 2003 ponad 50% badanych sześciolatek na początku roku szkolnego uzyskało wynik negatywny. Również alarmujące jest występowanie wysokiego odsetka nieprawidłowości w rozwoju językowym w grupie dzieci najmłodszych. W roku 2003 i 2005 przynajmniej połowa badanych dzieci nie uzyskała wyniku pozytywnego, a w pozostałych latach niemal 1/3 badanej populacji uzyskiwała wynik negatywny. Zastanawiające są również różnice w rozkładzie występowania zaburzeń mowy między grupami badanymi w poszczególnych latach. Interesujący wydaje się być fakt, że w roku 2005 różnica w występowaniu zaburzeń mowy między trzyletami i sześciolatekami wynosi niemal 20%, podczas gdy w pozostałych latach wyniki były zbliżone. Nie zaobserwowano natomiast trendu zmniejszania się wraz z wiekiem dzieci ilości wyników negatywnych. Inspirująca byłaby głębsza analiza czynników, które wpływają na tak znaczne różnice, jednak wymagałoby to dodatkowych badań i przyjęcia nowych celów, które nie są bezpośrednio związane z tematem niniejszej pracy.

Wysoki odsetek występowania zaburzeń mowy w grupach dzieci najmłodszych świadczyć może między innymi o poświęcaniu zbyt małej uwagi zagadnieniom profilaktyki logopedycznej na etapie edukacji przedszkolnej. Już w roku 1966 T. Bartkowska postulowała objęcie dzieci w najmłodszych grupach przedszkolnych opieką logopedyczną w celu prewencji wystąpienia zaburzeń mowy³⁰. Powyższe wyniki badań potwierdzają aktualność tego postulatu.

³⁰ T. Bartkowska: *Rozwój wymowy dziecka...*, s. 76.

3. Zaburzenia mowy i czynniki zakłócające rozwój językowy dominujące w grupie badanych dzieci

Przesiewy logopedyczne w opisywanych badaniach prowadzili wyłącznie logopedzi. Dzięki temu możliwe było dokonanie w toku tej wstępnej diagnozy szacunkowej oceny typu zaburzenia mowy stwierdzonego u badanej osoby. Diagnoza taka nie mogłaby być postawiona, gdyby diagnostami byli lekarze, nauczyciele czy psychologowie. Logopedzi prowadzący przesiewy logopedyczne w przedszkolach wskazywali rodzaj wady wymowy – dyslalii, odnotowywali również objawy opóźnionego rozwoju mowy lub zaburzenia płynności mowy³¹. Jednocześnie zwracali oni uwagę na występowanie tzw. patomechanizmów – czynników, które mogą zakłócać w przyszłości rozwój mowy dziecka³². W takiej sytuacji zalecali oni profilaktyczną konsultację logopedyczną, prognozując, że w przyszłości czynnik zakłócający może być powodem wystąpienia zaburzeń mowy, nawet jeśli w momencie badania dziecko plasowało się w tzw. normie rozwojowej w zakresie nabywania mowy.

Ta część pracy poświęcona jest szczegółowej analizie skali zjawiska występowania wad wymowy, zdiagnozowanych w badanej populacji na przestrzeni lat 2003–2006. Uzyskane wyniki będą bezpośrednio odnoszone do danych pochodzących z literatury przedmiotu.

Dominującą wadą wymowy w badanej grupie było *seplenienie międzyzębowe*. Utrzymywanie się na przestrzeni 4 lat podobnego, wysokiego (od 12,5% do 15,47%) odsetka dzieci z interdentalną wymową fonemów jest zjawiskiem niepokojącym. W środowisku logopedycznym opinie na temat fizjologicznego charakteru zjawiska interdentalności głosek dentalizowanych są podzielone³³. Zdaniem wielu logopedów praktyków seplenienie międzyzębowe jest wadą wymowy wymagającą często długotrwałej terapii, której

³¹ Pojęcia: dyslalia, opóźniony rozwój mowy oraz zaburzenia płynności mowy zostały scharakteryzowane w rozdziale II niniejszej pracy: *Zaburzenia mowy najczęściej występujące u dzieci w wieku przedszkolnym*.

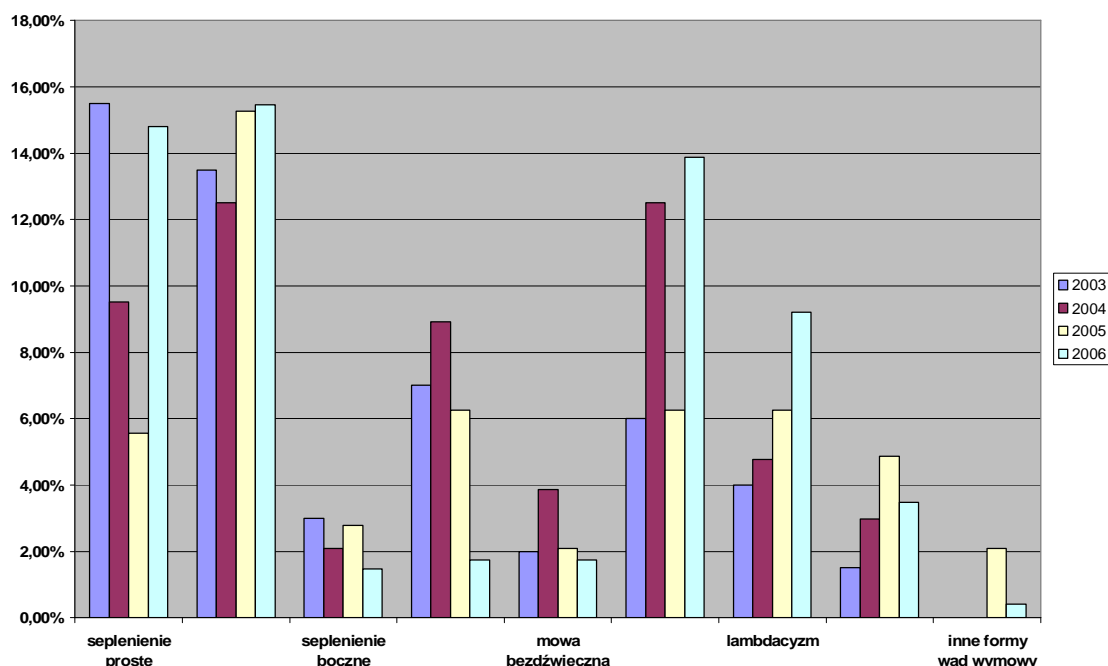
³² Diagnoza logopedyczna stanowi określony sposób postępowania badawczego, którego celem jest potwierdzenie bądź wykluczenie istnienia zjawisk logopedycznych (zaburzeń mowy) oraz przewidywanie ich tendencji rozwojowych na podstawie objawów, patogenezy i patomechanizmu. Patomechanizmem w logopedii, czyli mechanizmem warunkującym powstawanie zaburzenia, może być np.: przetrwały niemowlęcy typ polykania, ssanie kciuka, obniżona sprawność motoryczna języka – słaba pionizacja języka i inne.

³³ A. Sołtys-Chmielowicz na podstawie badań własnych stwierdziła, że ilość realizacji międzyzębowych zmniejsza się z wiekiem dziecka. Sugeruje ona, że interdentalność jest zjawiskiem rozwojowym, tzn. jest niemal regułą u dzieci młodszych i ma tendencję do samoistnego wycofywania się. Z kolei E. Stecko uważa, że międzyzębowość głosek dentalizowanych: „s”, „z”, „c”, „dz” często współwystępuje z międzyzębowością głosek przedniojęzykowo-zębowych: „t”, „d”, „n”. Uznaje ją ona za dyslalię właściwą, która nie powinna być traktowana jako malejąca z wiekiem tendencja do *dziecięcej deformacji*. Por. A. Sołtys-Chmielowicz: *op. cit.*, s. 41; E. Stecko, M. Hortis-Dzierzbicka: *Seplenienie międzyzębowe – norma wiekowa czy patologia?* „Nowa Pediatria” 2000, nr 1 (18).

skuteczność jest silnie skorelowana z wcześniej podjętą terapią logopedyczną. Pomimo że jest to wada wymowy, która nie determinuje bezpośrednio procesu nabywania umiejętności szkolnych, to późno zdiagnozowana wymaga często żmudnej, rozłożonej na lata terapii, której dziecko i jego rodzina nie zawsze są w stanie podolać. Na problem uporczywości i znacznego stopnia trudności w reedukacji tej wady zwracają uwagę logopedzi praktycy, postulując jak najwcześniejsze podjęcie działań terapeutycznych³⁴.

Wykres IV.7.

Dominujące wady wymowy ujawnione w przesiewowych badaniach mowy dzieci (w latach 2003–2006), N = 1430*



* W tej grupie znalazło się 197 dzieci badanych dwukrotnie: po raz pierwszy w latach 2003–2005 i ponownie w roku 2006.

Kolejnym zaburzeniem pod względem nasilenia występowania w badanej grupie jest *seplenienie proste*. W przypadku tej wady występuje znaczna rozbieżność wyników negatywnych w poszczególnych latach. W pierwszym i ostatnim roku prowadzenia badań odsetek dzieci z seplenieniem prostym był wysoki, sięgał 15,5%. Natomiast w roku 2005 zaburzenie to zaobserwowano u zaledwie 5,6% dzieci. Fakt, że nasilenie występowania tej z kolei dość łatwo poddającej się reedukacji wady wymowy jest tak zróżnicowane w poszczególnych latach, zasługuje na szczególną uwagę. Wydaje się, że istnieją czynniki mające zdecydowany wpływ na jej utrzymywanie się lub eliminowanie, a tym samym

³⁴ Zob. K. Piotrowska: *Seplenienie międzyczębowe – epidemia XXI wieku?* „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2007, nr 12, s. 26.

determinujące sukces dziecka w szkole. Utrzymywanie się bowiem seplenienia prostego u dzieci w wieku szkolnym wpływa znacząco na nabywanie podstawowych umiejętności dydaktycznych.

Podobną tendencję, jak w przypadku seplenienia prostego, manifestuje *rotacyzm*, tzn. zaburzona artykulacja głoski „r”. Najniższy odsetek dzieci z tą wadą wymowy występował w roku 2003 i 2005. Odsetek dzieci ze zdiagnozowanym rotacyzmem w roku 2006 wynosił prawie 14%, podczas gdy w roku 2003 i 2005 oscylował wokół 6% zbadanych. Utrzymywanie się tej wady wymowy może przynieść podobne konsekwencje szkolne jak w przypadku seplenienia prostego. Ponadto, analogicznie jak w przypadku seplenienia międzyzębowego, rokowania terapii rotacyzmu są niezbyt korzystne w przypadkach późnego podjęcia korekcji głoski „r”, zwłaszcza gdy dziecko ma tendencje do realizacji zdeformowanej postaci, tzw. rotacyzmu właściwego. W przypadkach pararotacyzmu, tzn. gdy dziecko substytuuje głoskę „r” głoską łatwiejszą w wymowie, sytuacja jest dla niego korzystniejsza, terapia trwa krócej i najczęściej kończy się pomyślnie³⁵.

Kolejną wadą wymowy, dość silnie rozpowszechnioną w badanej populacji jest *lambdacyzm* – nieprawidłowa realizacja głoski „l”. Badania wykazały systematycznie wzrastający odsetek dzieci ze zdiagnozowanym lambdacyzmem (w roku 2003 zaledwie 4%, podczas gdy w roku 2006 – 9%). Jest to wada wymowy najsilniej skorelowana z występowaniem u dziecka patomechanizmu, jakim jest słaba sprawność motoryczna aparatu artykulacyjnego – przede wszystkim języka.

Opisywane wcześniej wady wymowy łączą się bezpośrednio z występowaniem u dzieci *patomechanizmów*, takich jak osłabiona pionizacja języka, nawykowe oddychanie torem ustnym i przetrwały niemowlęcy typ połykania. Patomechanizmem, który ujawniał się najsilniej, jest obniżona pionizacja języka, współwystępująca często ze skróconym wędzidełkiem języka. W kolejnych latach odsetek dzieci ze słabą pionizacją języka wynosił: 43,5%, 55,95%, 57,45%, 64%, co wskazuje na rosnącą tendencję i budzi znaczny niepokój. Liczna grupa dzieci manifestowała także zaburzenia w oddychaniu, bo mieściła się w zakresie od 11,1% do 20,5%. Konieczność podejmowania badań w zakresie wpływu chorób układu oddechowego na wady wymowy postulowała J. Trzaskalik, która w ostatnich latach prowadziła diagnozy śląskich dzieci w tym aspekcie³⁶. Znaczenie zapobiegania utrwalania się nawykowego oddychania torem nosowym na skutek częstych nieżytyłów dróg oddechowych i wynikających z tego konsekwencji dla prawidłowej wymowy dziecka poruszali autorzy

³⁵ Zob. E. M. Skorek: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Kraków 2003, s. 25-29.

³⁶ J. Trzaskalik: *op. cit.*, s. 246.

opracowania *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy* (1995)³⁷. Na problem wspólnych uwarunkowań wad zgryzu i wad wymowy zwracają uwagę L. Konopska i B. Mackiewicz³⁸. Wymieniają najczęstsze czynniki, które warunkują wady zgryzu lub/i wymowy. Zaliczono do nich przede wszystkim przetrwały nawyk ssania smoczka lub ssanie kciuka. Te parafunkcje wpływają znacząco na opóźnienie pionizacji języka, która jest niezbędna do realizacji fonemów dentalizowanych. Przetrwale nieprawidłowe nawyki powodują zahamowanie wzrostu w wymiarze pionowym przedniego odcinka łuków zębowych. Kolejnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi wady wymowy jest stała lub okresowa niedrożność nosa, która powoduje utrwalenie się nawykowego ustnego toru oddechowego – w jego konsekwencji wadę zgryzu oraz brak spoczynkowej i połykowej pionizacji języka, warunkującej prawidłową artykulację. Do patomechanizmów L. Konopska zalicza również powiększone migdałki podniebienne, które mogą być przyczyną poprzedniej, niskiej spoczynkowej pozycji języka, a także ograniczenia przestrzeni artykulacyjnej, co może mieć determinujący wpływ zarówno na wystąpienie wad zgryzu, jak i zaburzeń artykulacji. L. Konopska przytacza wyniki badań nad jakością wymowy u polskojęzycznych osób z wadą zgryzu. Według tych danych 81% osób z wadą zgryzu ma wadę wymowy. Wydaje się, że zagadnienie to wymaga podjęcia ścisłej współpracy środowiska logopedycznego i służby zdrowia.

Zaburzenie połykania i towarzyszący mu wzmożony ślinotok badający oceniał na podstawie obserwacji, a także w oparciu o wywiad z rodzicami/opiekunami zamieszczony w karcie badania. Problem ten stwierdzono u 1,2–4,3% dzieci badanych w poszczególnych latach. Rozpowszechnienie tego patomechanizmu w badanej grupie jest stosunkowo niewielkie. Jednak fakt występowania w środowisku dzieci przedszkolnych grupy dzieci z objawami ślinotoku i zaburzeń połykania musi niepokoić. Zaburzenia tzw. funkcji prymarnych dla mowy – wcześniejszych, podstawowych, takich jak oddychanie, żucie i połykanie, mogą stanowić podłoże dla nieprawidłowości wymowy³⁹. W literaturze przedmiotu rozróżnia się dwa typy połykania: niemowlęcy i poniemowlęcy. Przyczyn przetrwałego niemowlęcego połykania należy szukać w błędach w karmieniu, zbyt długim podawaniu smoczka, opóźnionym dojrzewaniu układu nerwowego⁴⁰. Bardzo niepokojący,

³⁷ B. Rocławski, W. Fedorowska, B. Wardowska: *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy*. Gdańsk 1995, s. 39.

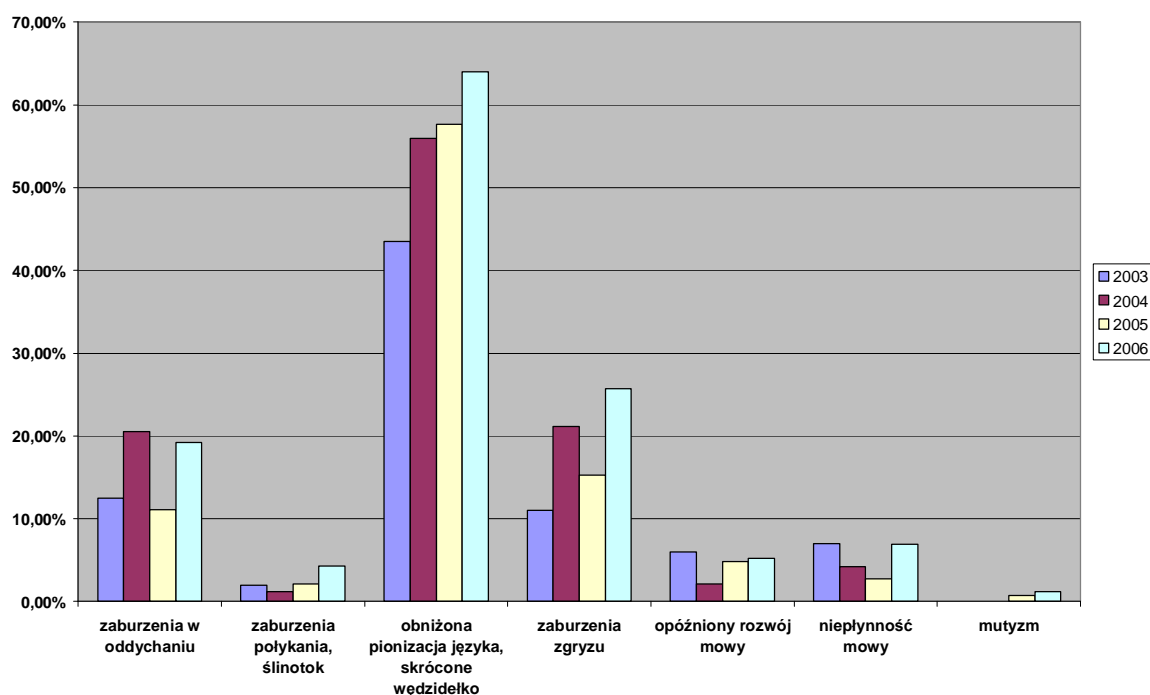
³⁸ L. Konopska: *Wymowa osób z wadą zgryzu*. Szczecin 2006, s. 23; B. Mackiewicz: *Wybrane zagadnienia ortodontyczne dla logopedów*. Gdańsk 1983, s. 29-32.

³⁹ Zob. F. Łabiszewska-Jaruzelska: *Ortopedia szczękowa. Zasady i praktyka*. Warszawa 1997, s. 43; B. Mackiewicz: *Odzworowywanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*. „Logopedia” 2001, nr 29, s. 87-91.

⁴⁰ Zob. F. Łabiszewska-Jaruzelska: *Etiologia zaburzeń w obrębie narządu żucia*. W: *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Red. B. Rocławski. Gdańsk 1993, s. 44.

w świetle doniesień L. Konopskiej, jest ujawniony w badaniach wysoki odsetek dzieci z zaburzeniami i nieprawidłowościami w obrębie aparatu zgryzowego, który oscylował pomiędzy 11% a 25,73%. Ten aspekt – znaczenie nieprawidłowości we wczesnym karmieniu i przetrwałe używanie smoczka jako czynników ryzyka występowania wad wymowy potwierdzają również badania brytyjskie⁴¹.

Wykres IV.8.
Występowanie patomechanizmów i czynników zakłócających rozwój mowy w objętej przesiewami populacji dzieci (lata 2003–2006); N = 1430*



* W tej grupie znalazło się 197 dzieci badanych dwukrotnie: po raz pierwszy w latach 2003–2005 i ponownie w roku 2006.

Zdiagnozowanie u dużej grupy badanych dzieci występowania różnorodnych mechanizmów, które w przyszłości mogą wywołać zaburzenie mowy, wskazuje na niedostatek oddziaływań prewencyjnych, w tym również na potrzebę pedagogizacji środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka na temat znaczenia funkcji prymarnych (takich jak: gryzienie, żucie, połykanie i oddychanie) dla prawidłowej artykulacji.

Stosunkowo niski w badanej grupie jest procent występowania *mutyzmu wybiórczego* – utrzymuje się w granicach 0–1,2%. W badaniach przesiewowych mutyzm zdiagnozowano w roku 2005 i 2006, a we wcześniejszych latach badania nie wykazały jego występowania.

⁴¹ Zob. A. V. Fox, B. Dodd, D. Howard: *Risk factors for speech disorders in children*. „International Journal of Language and Communication Disorders” 2002, t. 37, nr 2, s. 117-131.

Pomimo niewielkiego odsetka zdiagnozowanych dzieci z objawami mutyzmu fakt występowania tego zjawiska jest dość niepokojący. Przedłużające zachowania o znamionach mutyzmu powodują bowiem opóźnienia poznawcze, trudności szkolne i zaburzenia w kontaktach społecznych dziecka. Mutyzm, podobnie jak inne poważne zakłócenia komunikacji interpersonalnej, wymaga specjalistycznego podejścia terapeutycznego, ukierunkowanego nie tylko na dziecko, lecz przede wszystkim na systemową pracę psychologa z rodziną⁴².

Tempo rozwoju mowy u dzieci w wieku przedszkolnym nie jest jednakowe. Przyspieszony rozwój mowy nie jest podstawą do niepokoju, natomiast opóźnienie rozwoju mowy może powodować dalsze dysharmonie rozwojowe. Dlatego niezwykle istotne jest monitorowanie przebiegu procesu opanowywania mowy, a w przypadku jego opóźnień ustalenie przyczyn tego zjawiska i podjęcie wczesnej interwencji. *Opóźniony rozwój mowy* zaobserwowano u 6% dzieci badanych w 2003 roku, 2,08% w 2004 roku, 4,86% w 2005 roku i 5,2% w 2006 roku. Nie daje się zaobserwować znaczącego spadku występowania opóźnionego rozwoju mowy wśród dzieci na przestrzeni 4 lat, pomimo obiektywnie większej dostępności opieki logopedycznej. Wydaje się, że działania profilaktyczne logopedów powinny w większym stopniu obejmować podnoszenie świadomości środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka w tym zakresie. Nadmierna koncentracja nauczycieli i logopedów jedynie na problemach artykulacyjnych może prowadzić do marginalizowania innych aspektów procesu komunikacji. Istotnym jest zwrócenie uwagi środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka w wieku przedszkolnym na potrzebę wieloaspektowego monitorowania rozwoju jego mowy. Ważne jest uwrażliwienie otoczenia na takie zjawiska jak: ekspresja mowy, rozumienie, budowanie komunikatów językowych, pragmatyczna funkcja komunikacji językowej, świadomość fonologiczna dziecka, obok dość dobrze rozpoznawanych zagadnień związanych z rozwojem artykulacji.

Pozytywnym sygnałem jest stosunkowo niski odsetek występowania w poszczególnych latach w badanej grupie przejawów *mowy bezdźwięcznej*. Mowa bezdźwięczna znacząco zaburza proces komunikacji, zarówno w aspekcie nadawczym, jak i percepcyjnym. Jest związana najczęściej z niedokształceniem słuchu fonematycznego, wymaga zatem długotrwałych oddziaływań, ukierunkowanych wielozmysłowo, a rokowania nie zawsze są pomyślne. Utrzymywanie się mowy bezdźwięcznej na etapie edukacji szkolnej znacznie utrudnia osiągnięcie sukcesów w nabywaniu umiejętności pisania.

⁴² Zob. Z. Dołęga: *Promowanie rozwoju mowy w okresie wczesnego dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i terapia*. Katowice 2003, s. 86.

Interesującym zagadnieniem jest nasilenie występowania zaburzeń mowy w zależności od płci badanych dzieci.

Tabela IV.6.

Wyniki negatywne badań przesiewowych u badanych dzieci z podziałem na płeć (lata 2003–2006); N = 1430*

Wynik negatywny	2003		2004		2005		2006	
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
Dziewczeta	39	43,8%	53	38,7%	23	39,0%	139	41,7%
Chłopcy	50	56,2%	84	61,3%	36	61,0%	194	58,3%
Ogółem	89	100%	137	100%	59	100%	333	100%

* W tej grupie znalazło się 197 dzieci badanych dwukrotnie: po raz pierwszy w latach 2003–2005 i ponownie w roku 2006.

Źródło: badania własne

W prezentowanych wynikach badań ujawniła się dominacja zaburzeń mowy (wyników negatywnych) wśród chłopców, która utrzymywała się na zbliżonym poziomie we wszystkich latach, oscylując pomiędzy 63,1% (2004 rok) a 56,2% (2003 rok). Takie wyniki są zbieżne z doniesieniami badań naukowych dotyczących przejawów różnic międzypłciowych w sferze mowy. Do podobnych konkluzji dochodzą J. Law i jego współpracownicy z Wielkiej Brytanii⁴³, którzy dokonując przeglądu literatury anglojęzycznej w tym zakresie, stwierdzają, że występowanie zaburzeń mowy wśród chłopców i dziewczynek szacuje się w stosunku od 1.3:1 do 2.3:1 na niekorzyść płci męskiej. Dziewczynki zwykle wcześniej uczą się mówić, mają bogatsze słownictwo. Dziewczeta lepiej też radzą sobie z opanowywaniem reguł gramatycznych na początkowym etapie nauki języka, często dysponują wyższą fluencją słowną, a ich wypowiedzi są bardziej wyraziste⁴⁴. Występowanie takiej tendencji wśród badanych sugeruje potrzebę poszerzania świadomości środowiska opiekuńczo-wychowawczego w zakresie prawideł rozwojowych i czynników ryzyka.

W oparciu o dane zgromadzone w toku przesiewowych badań mowy dzieci postanowiłam poddać analizie również zagadnienie współwystępowania u jednego osobnika różnych typów wad wymowy, co określane będzie w dalszej części tej pracy terminem *sprzężona wada wymowy*. W polskiej literaturze przedmiotu problem występowania wad złożonych – sprzężonych wad wymowy analizowała w ostatnich latach G. Jastrzębowska⁴⁵. Na podstawie badań własnych, prowadzonych na terenie dawnego województwa opolskiego

⁴³ J. Law, J. Boyle, F. Harris, A. Harkness, C. Nye: *Prevalence and natural history of speech and language delay: findings from a systematic review of the literature*. „International Journal of Language and Communications Disorders” 2000, t. 35, s. 165-188.

⁴⁴ Zob. Z. Dołęga: *op. cit.*, s. 39.

⁴⁵ G. Jastrzębowska: *Stan i perspektywy...*, s. 309.

wykazała ona, że 16,3% badanych dzieci wykazywało wady złożone, czyli więcej niż jedną wadę wymowy. Z kolei I. Michalak-Widera w badaniach porównawczych nad występowaniem dyslalii wśród uczniów ze szkół masowych i specjalnych zwracała uwagę, że w obu grupach najczęściej nieprawidłowo realizowane są dwie do pięciu głosek, natomiast wyjątkowo rzadko ma miejsce deformacja lub substytucja jednej lub więcej niż trzynastu głosek⁴⁶. Dane brytyjskie wskazują natomiast na niższy poziom występowania tzw. *severity* (ang. *ostrość, ciężkość, nasilenie objawów*). Badania prowadzone wśród angielskich siedmiolatków wykazały, że 1,4% tych dzieci ma poważne problemy mowy i języka, podczas gdy 13,5% z nich wykazywało lżejsze zaburzenia mowy⁴⁷. Zagadnienie nasilenia występowania wśród badanych dzieci tzw. sprzężonych wad wymowy wiąże się z pojęciem *dyslalii wielorakiej*, kiedy wadliwie realizowane są fonemy w obrębie dwu i więcej stref artykulacyjnych, kiedy kilka lub kilkanaście fonemów realizowanych jest niezgodnie z normą wymawianiową⁴⁸.

W prezentowanych badaniach, prowadzonych wśród dzieci katowickich przedszkoli, wynik jest zbliżony do obserwacji G. Jastrzębowskiej. W przeprowadzonych badaniach ustalono następujący podział:

- prawidłowa wymowa – jeśli wynik diagnozy był pozytywny, a dziecko prezentowało normę rozwojową,
- jedna forma wady wymowy – jeśli dziecko uzyskało wynik negatywny, gdyż zdiagnozowano u niego występowanie jednego typu wady wymowy, np. seplenienia prostego,
- sprzężona wada wymowy – jeśli dziecko otrzymało wynik negatywny, gdyż zdiagnozowano u niego współwystępowanie dwu lub więcej typów zaburzeń artykulacji, np. seplenienia międzyzębowego i rerania (rotacyzmu).

W opisywanych badaniach nie był zatem brany pod uwagę czynnik ilości zaburzonych fonemów, ale typ wady wymowy, np. seplenienie proste i międzyzębowe, reranie. Przyjęcie takiego kryterium podziału związane było z faktem, że prowadzone badania miały charakter badań przesiewowych, a jedynie fakt, iż diagnostami byli logopedzi, pozwalał na stawianie w toku tych diagnoz wstępnej hipotezy związanej z klasyfikowaniem wykrytego zaburzenia

⁴⁶ I. Michalak-Widera: *Dyslalia a rozwój mowy dzieci ze szkół masowych i specjalnych. Analiza porównawcza*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. I. Nowakowskiej-Kempnej. Uniwersytet Śląski. Katowice 2003.

⁴⁷ Zob. C. S. Peckham: *Speech defects in a national sample of children aged seven years*. „British Journal of Disorders of Communication” 1973 nr 8, s. 2-8.

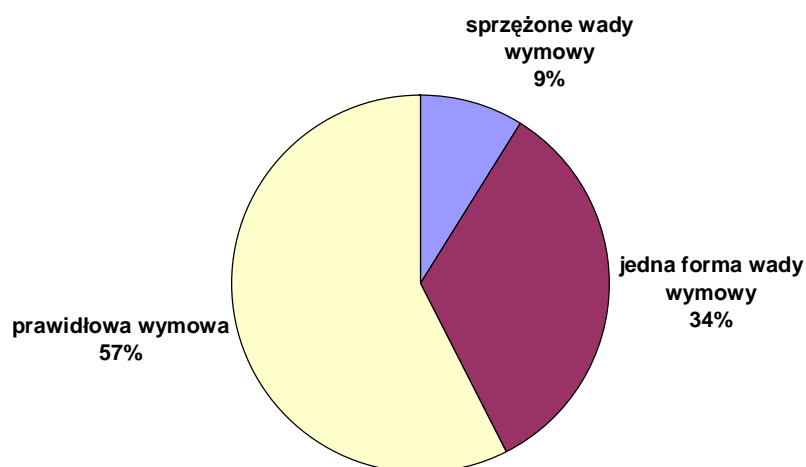
⁴⁸ Zob. G. Jastrzębowska: *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii*. Opole 1996, s. 71-72.

mowy. Wszystkie dzieci, które uzyskały w badaniu wynik negatywny, otrzymały skierowanie na konsultację logopedyczną, podczas której powinny zostać poddane pełnemu badaniu logopedycznemu⁴⁹.

Występowanie sprzężonych wad wymowy wśród dzieci uczęszczających do przedszkoli objętych badaniami mieściło się w zakresie od 9% do 18%.

Wykres IV.9.

Występowanie sprzężonych wad wymowy – nasilenie objawów w grupie dzieci objętej badaniami przesiewowymi w roku 2003; N = 200

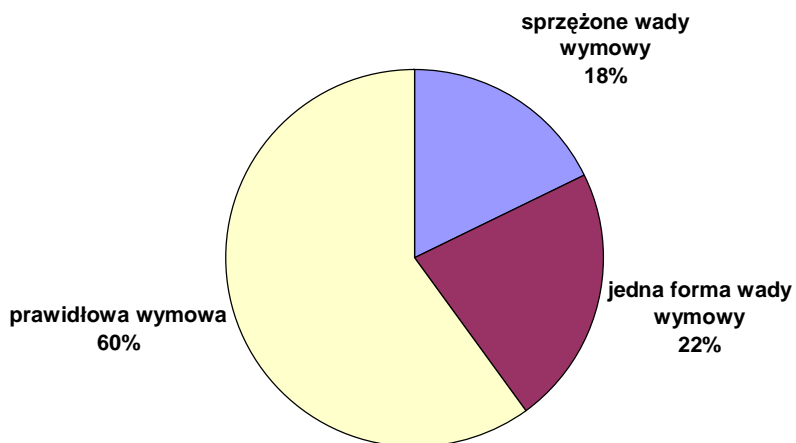


W pierwszym roku prowadzenia badań sprzężone wady wymowy manifestowało 9% badanych dzieci, podczas gdy u 34% badanie wykazało występowanie jednej wady wymowy. W kolejnym roku prowadzenia badań odsetek występowania sprzężonych wad wymowy wzrósł dwukrotnie w stosunku do roku 2003 i wyniósł 18%, natomiast u 22% dzieci zdiagnozowano jedną wadę wymowy.

⁴⁹ Informację o wyniku badania rodzice mogli uzyskać w czasie konsultacji logopedycznych prowadzonych przez diagnostów na terenie przedszkola po skończonych badaniach przesiewowych lub za pośrednictwem wychowawcy grupy. Dziecko, które uzyskało w badaniu przesiewowym wynik negatywny, a którego rodzice skonsultowali się z logopedą, było kierowane na terapię logopedyczną do rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej lub mogło skorzystać z opieki logopedycznej na terenie przedszkola (ta druga opcja najczęściej proponowana była dzieciom sześciolatnim).

Wykres IV.10.

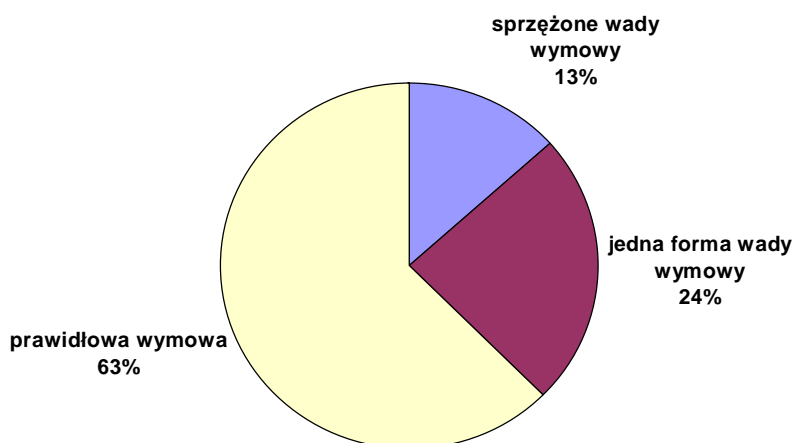
Występowanie sprzężonych wad wymowy – nasilenie objawów w grupie dzieci objętej badaniami przesiewowymi w roku 2004; N = 336



W roku 2005 odsetek dzieci ze sprzężonymi wadami wymowy nieco zmalał w stosunku do roku 2004 i wyniósł 13%, a u 24% dzieci w badaniu ustalono występowanie tylko jednej wady wymowy.

Wykres IV.11.

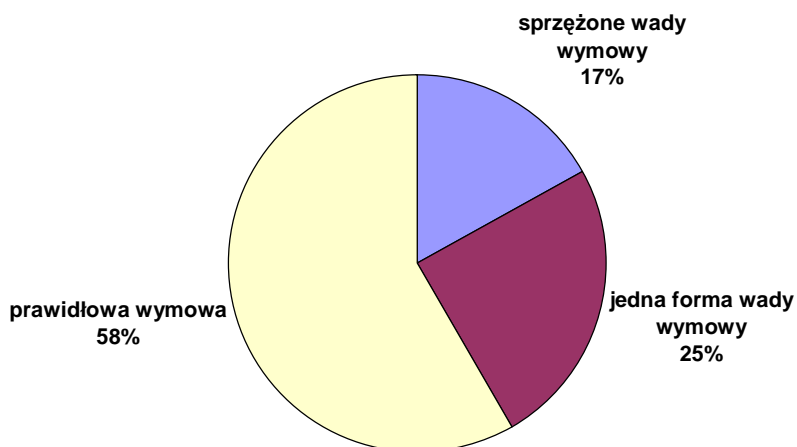
Występowanie sprzężonych wad wymowy – nasilenie objawów w grupie dzieci objętej badaniami przesiewowymi w roku 2005; N = 144



W roku 2006, kiedy ogólny odsetek wyników negatywnych w badanej grupie wyniósł 42%, aż u 17% dzieci zdiagnozowano występowanie więcej niż jednej wady wymowy. Jedną formę wady wymowy manifestowało w badaniu 25% ogółu badanych.

Wykres IV.12.

Występowanie sprzężonych wad wymowy – nasilenie objawów w grupie dzieci objętej badaniami przesiewowymi w roku 2006; N = 750



Występowanie stosunkowo wysokiego odsetka sprzężonych wad wymowy jest zjawiskiem niepokojącym, ponieważ wiąże się z poważnymi konsekwencjami dla praktyki logopedycznej. Dzieci ze sprzężonymi wadami wymowy będą wymagały dłuższej terapii logopedycznej. Ponadto w przypadku dyslalii wielorakiej (zaburzonej wymowy wielu głosek, np. równocześnie występujące seplenienie i reranie) pojawia się problem stopnia zrozumiałości wypowiedzi dziecka i wynikających z tego utrudnień w jego funkcjonowaniu społecznym i powodzeniu w przyswajaniu wiadomości dydaktycznych⁵⁰. Wydaje się zatem, że znaczne rozpowszechnienie występowania u badanych dzieci kilku rodzajów wad wymowy jest niezwykle istotnym problemem i powinno znaleźć odbicie w odpowiednio wczesnym zapewnieniu opieki logopedycznej na etapie edukacji przedszkolnej.

Do istotnych czynników mogących zakłócić harmonijny rozwój językowy dziecka w wieku przedszkolnym należy zaliczyć również występowanie nasilonych objawów *niepłynności*⁵¹. W związku z tym analizie poddałam rozpowszechnienie objawów *dysfluencji*

⁵⁰ Zob. A. Sołtys-Chmielowicz: *Problem zrozumiałości wypowiedzi w przypadkach dyslalii*. „Logopedia” 2003, nr 32, s. 157.

⁵¹ Zob. E. M. Bennett: *Working with People who Stutter. A Lifespan Approach*. Upper Saddle River 2006, s. 224.

(zaburzeń rytmu i płynności w mowie) w grupie dzieci objętej badaniami przesiewowymi. Większość dzieci przechodzi przez okresy nie płynności, gdy uczy się mówić⁵². Niektóre doświadczają objawów dysfluencji w łagodnej postaci, u innych problem może być bardziej nasilony i przybierać postać rozwojowej nie płynności mowy lub nawet jąkania wczesnodziecięcego⁵³. Wczesna interwencja logopedyczna pomaga rodzicom zrozumieć to zjawisko, zastosować właściwe – wspierające podejście do dziecka, a tym samym minimalizuje problem. W niektórych przypadkach konieczne jest nie tylko pośrednie oddziaływanie terapeutyczne, ale wręcz terapia kompleksowa obejmująca pracę z dzieckiem i jego środowiskiem opiekuńczo-wychowawczym. Odpowiednio wczesna interwencja logopedy może zapobiec długofalowej życiowej dysfunkcji, jaką jest jąkanie chroniczne.

Zakres rozpowszechnienia objawów nie płynności mowy w badanej grupie dzieci plasuje się w poszczególnych latach na poziomie od 2,8% (w roku 2005) do 7% (w roku 2003). Występowanie objawów nie płynności mowy wśród dzieci w poszczególnych latach prowadzenia przesiewów prezentuje tabela IV.7. Istotne jest, że z uwagi na charakter prowadzonych badań, tzw. skringingu, badający nie dokonywali diagnozy różnicowej z konkretnym wskazaniem, czy mają do czynienia z jąkaniami wczesnodziecięcymi, czy z rozwojową nie płynnością mowy. Odnotowywany był jedynie fakt ujawnionej nie płynności, manifestującej się w mowie dziecka podczas badania lub sygnalizowany przez rodziców/opiekunów w wywiadzie. Tymi czynnikami można tłumaczyć pewną rozpiętość wyników od stosunkowo niskiego, bo 2,8% w roku 2005 do dość wysokiego – 7% w roku 2003.

⁵² Pomiedzy 2. a 6. rokiem życia okolo 80% dzieci przechodzi przez okres znany jako normalna (fizjologiczna, rozwojowa) nie płynność mowy. Jest to etap rozwoju związany z gwałtownym wzrostem umiejętności językowych. W tym okresie mowa dziecka może być zakłócana objawami charakterystycznymi dla jąkania, takimi jak: powtarzanie dźwięków, powtarzanie słów, powtarzanie sylab, przedłużanie dźwięków, zatrzymanie wypowiedzi, rozpoczynanie od początku. Towarzyszyć temu mogą: mruganie, zatrzymanie oddechu. Większość wyrasta z tego. U niektórych dzieci, szczególnie tych, które mają znaczne problemy w nabywaniu mowy i sprawności językowej, problem nie płynności może nasilać się – przybrać postać chroniczną, tzw. jąkania wczesnodziecięcego. Zob. np. R. Byrne: *Stammering in young children*. W: *How to manage communication problems in young children*. Red. M. Kersner, J. A. Wright. Londyn 2002, s. 52-62; L. A. Nelson: *Early intervention and prevention of stuttering*. W: *Stuttering therapy: prevention and intervention with children*. Red. D. E. Williams, L. A. Nelson, J. M. Hanley. Memphis 2002, s. 19-37; Z. Tarkowski: *Jąkanie wczesnodziecięce*. Warszawa 1997, s. 11-23.

⁵³ Zagadnienia zaburzeń płynności mowy u dzieci w wieku przedszkolnym (wyjaśnienie pojęć: *rozwojowa nie płynność mowy* i *jąkanie wczesnodziecięce*) zostały szczegółowo opisane w rozdziale II, w podrozdziale: *Zaburzenia mowy najczęściej występujące u dzieci w wieku przedszkolnym*.

Tabela IV.7.**Występowanie objawów niepełności mowy wśród badanych dzieci w poszczególnych latach prowadzenia przesiewów (2003–2006); N = 1430***

Rok	Liczba badanych	Dzieci z objawami niepełności mowy	
		Ilość	%
2003	200	14	7,0%
2004	336	14	4,2%
2005	144	4	2,8%
2006	750	52	6,9%
Ogółem	1430	84	5,9%

* W tej grupie znalazło się 197 dzieci badanych dwukrotnie: po raz pierwszy w latach 2003–2005 i ponownie w roku 2006.

Źródło: badania własne

Podobne wyniki przedstawiają statystyki międzynarodowe. Ze źródeł amerykańskich wynika, że około 5% dzieci w wieku przedszkolnym przechodzi przez okres niepełności mowy, która może trwać sześć i więcej miesięcy⁵⁴. Analogiczny wynik uzyskali w swoich badaniach J. Broomfield i B. Dodd z Wielkiej Brytanii (5,3%)⁵⁵.

Brak jest dokładnych polskich danych na temat rozpowszechnienia zjawiska niepełności wśród dzieci w wieku przedszkolnym. W ostatnich latach daje się zaobserwować w Polsce wyraźny wzrost zainteresowania zagadnieniami niepełności mówienia w odniesieniu do dzieci młodszych⁵⁶. W codziennej praktyce logopedycznej często nie dokonuje się diagnozy różnicowej rozwojowej niepełności mowy od jąkania wczesnodziecięcego. O potrzebie działań profilaktycznych i wczesnej interwencji w przypadku dysfluencji wśród dzieci pisał Z. Tarkowski w związku z analizą mechanizmu przekształcania się rozwojowej niepełności mowy w jąkanie wczesnodziecięce⁵⁷.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na utrzymujący się, podobny do statystyk zagranicznych stopień rozpowszechnienia zjawiska dysfluencji wśród dzieci przedszkolnych. Istotne zatem wydaje się tworzenie wzorem innych krajów systemu profilaktyki i wczesnej interwencji w przypadku niepełności mowy u dzieci w wieku przedszkolnym. Takie systemowe rozwiązania, łączące elementy oddziaływań logopedycznych, psychopedagogicznych i medycznych, podejmowanych przez środowiska lekarzy,

⁵⁴ Zob. B. Guitar: *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore 2006, s. 20.

⁵⁵ J. Bromfield, B. Dodd: *Children with speech and language disability: caseload characteristics*. „International Journal of Language and Communication Disorders” 2004, t. 39, nr 3, s. 303-324.

⁵⁶ Zob. np. D. Deluga: *O jąkaniu wczesnodziecięcym*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 10, s. 44-49; D. Kamińska: *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego*. Kraków 2006, s. 11-13; W. Kostecka: *Dziecko i jąkanie*. Lublin 2000, s. 7-8; K. Węsierska: *Niepełność mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja w dysfluencji*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 11, s. 37-45.

⁵⁷ Z. Tarkowski: *Jąkanie wczesnodziecięce*, s. 69.

logopedów, psychologów i pedagogów, mogłyby zdecydowanie wpłynąć na zmniejszenie występowania jąkania chronicznego u dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Badania wykazały, że utrzymuje się dość wysoka nadreprezentacja chłopców w stosunku do wszystkich zdiagnozowanych dzieci z niepełnością mowy. W roku 2006, 2004 i 2003 liczba chłopców z objawami niepełności mowy przewyższała zdecydowanie liczbę dziewcząt. Jedynie w roku 2005 stosunek ten został odwrócony, ale wynik z tego okresu, z uwagi na małą liczbę zdiagnozowanych dzieci z objawami dysfluencji – tylko 4 osoby, trudno uznać za miarodajny. Wykazane w badaniach tendencje potwierdzają znaczenie czynnika płci w rozwoju mowy. Podobne zjawisko odnotowują światowe statystyki dotyczące jąkania – stosunek jękających się chłopców do dziewcząt waha się w zależności od wieku badanych od 2:1 do 5:1, wraz z wiekiem wzrasta na niekorzyść płci męskiej⁵⁸. Liczne wyniki badań świadczą, że chłopcy są generalnie bardziej wrażliwi niż dziewczęta na działanie różnego typu stresorów, w tym środowiskowych. Chłopcy wcześniej i intensywniej reagują na zmiany i wykazują liczne trudności przystosowawcze⁵⁹. Istotne wydaje się w tym kontekście uświadomienie znaczenia czynnika płci w promowaniu rozwoju mowy w środowisku opiekuńczo-wychowawczym dzieci w wieku przedszkolnym. Jak bowiem dowodzą badania, u 70% osób jękających się w wieku dojrzałym objawy niepełności pojawiły się już w wieku przedszkolnym⁶⁰.

Analiza dominujących w grupie badanych dzieci zaburzeń mowy i czynników zakłócających harmonijny rozwój językowy ilustruje, jak znaczna jest skala potrzeb na kompleksowe oddziaływanie logopedów w tym środowisku.

4. Potrzeby w zakresie konsultacji specjalistycznych zleconych dzieciom po przesiewowych badaniach mowy

Przesiewowe badania mowy prowadzone na etapie edukacji przedszkolnej pozwalają na podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Jest to zgodne ze specyfiką nowoczesnej interwencji logopedycznej, która zarówno w zakresie profilaktyki, diagnostyki, jak i terapii zakłada podejście integrujące dorobek innych dyscyplin naukowych.

⁵⁸ Zob. np. O. Bloodstein: *A Handbook on Stuttering*. Chicago 1975, s. 71; H. H. Gregory: *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*. Boston 2003, s. 14-15; E. Yairi, N. G. Ambrose: *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*. Austin 2005, s. 6-7.

⁵⁹ Zob. Z. Dołęga: *op. cit.*, s. 35.

⁶⁰ Zob. Z. Tarkowski: *Jąkanie*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska. Opole 2005, s. 704.

W myśl koncepcji holistycznej, podejmując działania logopedyczne, należy pamiętać o jedności psychofizycznej człowieka, syndromowej analizie zaburzeń oraz wczesnym systemowym i kompleksowym podejmowaniu interwencji⁶¹. Stosowanie w praktyce podejścia syndromowo-systematycznego wymaga od logopedy uwzględniania w jego działalności czterech podstawowych symptomów:

- lingwistycznego, który wiąże się ze strukturą wypowiedzi słownej i jej odbiorem,
- biologicznego, związanego ze strukturą somatyczną organizmu – różnymi cechami narządów i całych układów organizmu warunkujących funkcje komunikacyjne,
- psychologicznego, obejmującego zjawiska ze sfery intelektualno-emocjonalno-wolitionalnej człowieka i jego osobowości,
- socjalnego, związanego ze znaczeniem społecznej roli użytkownika języka i wpływem jego środowiska⁶².

Takie kompleksowe ujmowanie zagadnień logopedycznych wymaga od logopedy nie tylko interdyscyplinarnego podejścia, ale obliuguje go do podejmowania wielospecjalistycznej współpracy. Implikuje to określone strategie postępowania w toku badania logopedycznego. Diagnosta, oprócz dokonywania oceny stopnia rozwoju mowy, powinien zwracać jednocześnie uwagę na inne aspekty funkcjonowania dziecka. Sprawdzenie budowy i sprawności funkcjonalnej aparatu artykulacyjnego pozwala mu orientacyjnie ocenić stan uzębienia dziecka, warunki zgryzowe, sposób oddychania, a nawet połykania. Natomiast obserwacja zachowania dziecka podczas badania umożliwia identyfikowanie ewentualnych niepokojących sygnałów w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej, uchwytu ołówka, a także reakcji psychospołecznych w kontakcie z osobami obcymi. Opisane czynniki stanowią podstawę do ewentualnego skierowania dziecka na dalsze badania specjalistyczne. W związku z tym w prezentowanych badaniach osoby prowadzące przesiewy logopedyczne, w oparciu o wynik przeprowadzonej diagnozy, sugerowały ewentualną potrzebę konsultacji u specjalistów – lekarzy różnych specjalności, logopedów, psychologów, pedagogów.

⁶¹ Zob. K. Błachnio: *Logopedia holistyczna – wyzwanie XXI wieku*. „Logopedia” 1999, nr 26, s. 27-37.

⁶² Zob. K. Błachnio: *Zarys interdyscyplinarnych podstaw nowoczesnej interwencji logopedycznej na obszarach pedagogiki specjalnej*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Wrocław 2005, s. 524-530.

Tabela IV.8.

Konsultacje specjalistyczne zalecone przez logopedów po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2003–2006)

Rodzaj konsultacji	2003		2004		2005		2006	
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
Psychologiczna	3	1,5%	5	1,5%	4	2,8%	53	7,1%
Logopedyczna	102	51,0%	210	62,5%	90	62,5%	561	74,8%
Laryngologiczna	15	7,5%	50	14,9%	5	3,5%	101	13,5%
Stomatologiczna	2	1,0%	30	8,9%	37	25,7%	174	23,2%
Ortodontyczna	20	10,0%	72	21,4%	20	13,9%	197	26,3%
Audiologiczna	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%	3	0,4%
Foniatryczna	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Okulistyczna	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%	4	0,5%
Neurologiczna	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Ortopedyczna	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Ogółem	142		369		157		1095	

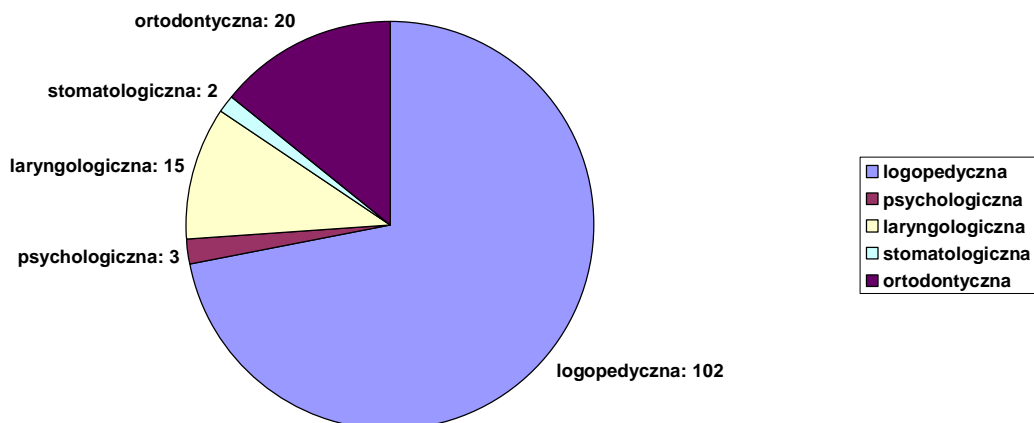
Źródło: badania własne

Jak wynika z powyższego zestawienia, wśród skierowań udzielanych po przesiewowych badaniach mowy we wszystkich latach, kiedy prowadzono badania, dominowały w sposób znaczący skierowania do logopedów. Jest to skorelowane z wysokim odsetkiem występowania zaburzeń mowy w badanej grupie dzieci w kolejnych latach prowadzenia przesiewów logopedycznych. Wiąże się to ze specjalnością zawodową osób prowadzących badania i głównym celem przesiewowych badań mowy. Dość znaczny, choć zdecydowanie niższy był odsetek skierowań do psychologów – drugiej niemedycznej specjalizacji. Wśród specjalizacji medycznych najczęściej były to skierowania do stomatologa, ortodonta, laryngologa. Zastanawiająca jest rosnąca w kolejnych latach liczba skierowań na konsultacje medyczne.

W pierwszym roku prowadzenia badań (2003), kiedy diagnozą logopedyczną objętych zostało 200 dzieci, wydano stosunkowo niską liczbę skierowań specjalistycznych, bo 142. Wykres IV.13. obrazuje rozkład procentowy zalecanych konsultacji specjalistycznych w roku 2003. Największy odsetek z nich stanowiły zalecane konsultacje logopedyczne (51%), a w dalszej kolejności skierowania do: ortodonta (10%), laryngologa (7,5%), stomatologa (1%). Konsultację psychologiczną sugerowano w 3 przypadkach, co stanowi 1,5% ogółu badanych. W tym roku nie zalecono konsultacji: audiologicznej, neurologicznej, foniatrycznej, okulistycznej i ortopedycznej.

Wykres IV.13.

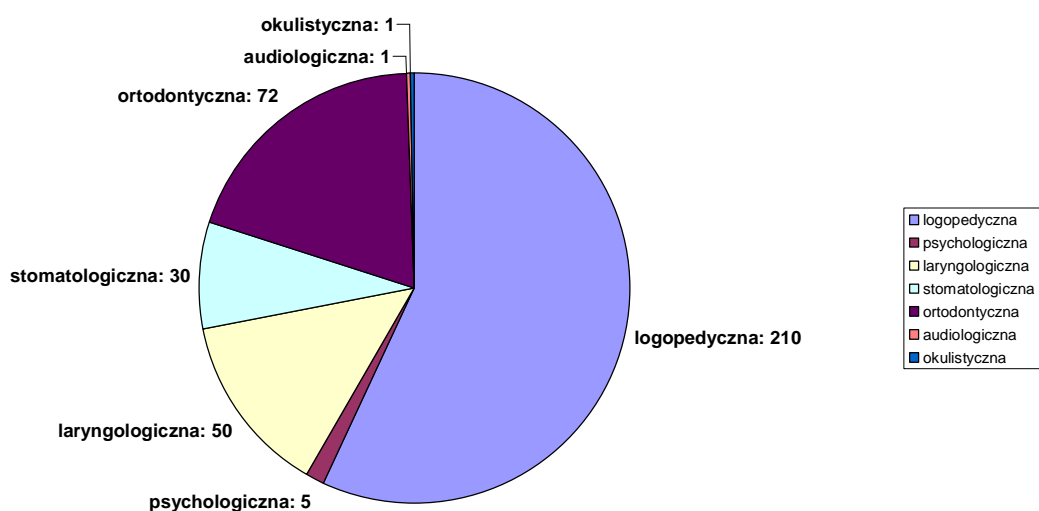
Konsultacje specjalistyczne zalecane po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2003); N = 200



W kolejnym roku prowadzenia przesiewowych badań mowy (2004) wzrosła ogólna liczba wydanych skierowań. Ponownie najwyższy odsetek zalecanych konsultacji stanowią skierowania do logopedów (62,5%). Spośród specjalizacji medycznych również najczęściej zalecany był kontakt z ortodontą (21,4%), laryngologiem (14,9%) i stomatologiem (8,9%).

Wykres IV.14.

Konsultacje specjalistyczne zalecane po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2004); N = 336

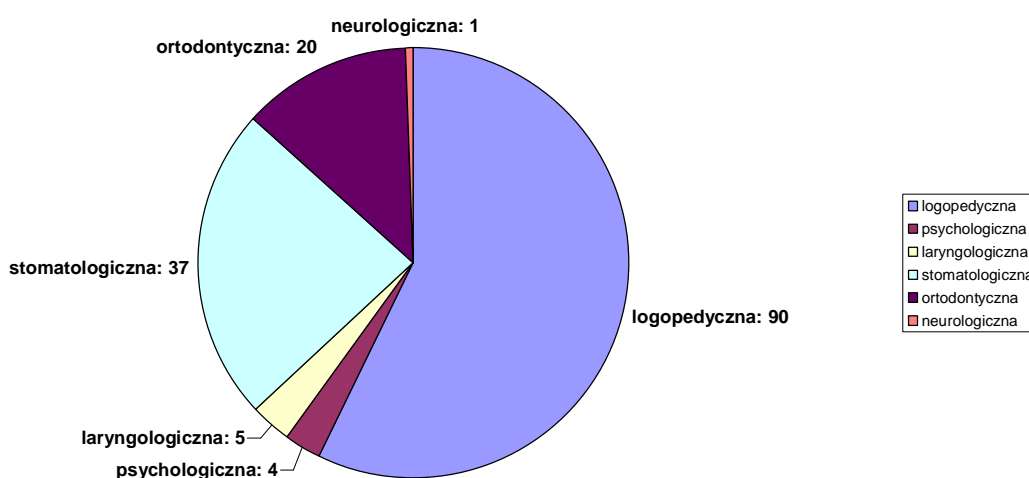


Zaledwie 5 skierowań do psychologa stanowi 1,5% z ogólnej liczby badanych 336 dzieci. Wśród nich znalazły się takie, u których badający uznał potrzebę konsultacji audiologicznej (1 osoba) i okulistycznej (1 osoba). Nie wydano natomiast skierowania na konsultację foniatryczną, neurologiczną i ortopedyczną.

W roku 2005 liczba wydanych skierowań (157) przewyższała liczbę dzieci objętych badaniem (144).

Wykres IV.15.

Konsultacje specjalistyczne zalecone po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2005); N = 144



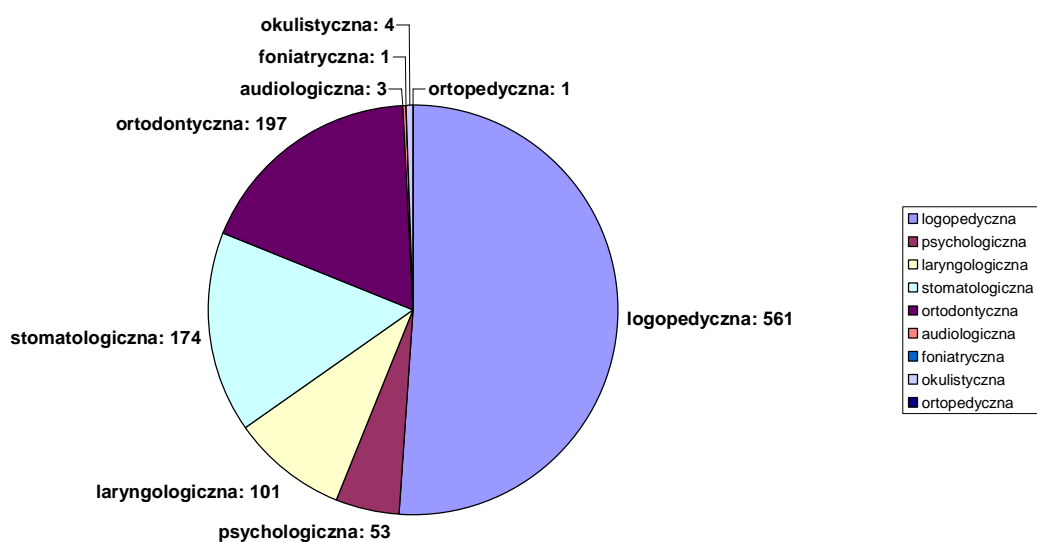
Nadal największą grupę stanowią skierowania do logopedy – zanotowano podobny odsetek jak w roku 2004, bo 62,5% wszystkich wydanych skierowań. Spośród skierowań do lekarzy specjalistów w tym roku dominowały zalecane konsultacje stomatologiczne (25,7%), a następnie ortodontyczne (13,9%) i laryngologiczne (3,5%). Jedno dziecko zostało skierowane na konsultację neurologiczną, natomiast w czterech przypadkach wnioskowano o kontakt z psychologiem. Nie zalecono natomiast następujących konsultacji: audiologicznej, foniatrycznej, okulistycznej, ortopedycznej.

W roku 2006 odsetek skierowań do logopedy był najwyższy, bo wyniósł aż 74,8%. Konsultacje medyczne zalecane w tym roku prowadzenia badań to, podobnie jak w latach wcześniejszych, ortodontyczna (26,3%), stomatologiczna (23,2%), laryngologiczna (13,5%). Nieliczne są skierowania do innych specjalistów z zakresu medycyny: okulista (4 osoby),

audiolog (3 osoby), foniatra (1 osoba) i ortopeda (1 osoba). Niepokojący jest wysoki odsetek skierowań na konsultację psychologiczną (7,1% – 53 osoby). Nie została zalecona konsultacja neurologiczna.

Wykres IV.16.

Konsultacje specjalistyczne zalecone po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2006); N = 750



Wysoka liczba skierowań, zwłaszcza do przedstawicieli służby zdrowia, wydawanych w wyniku przeprowadzonych badań wydaje się być zjawiskiem o wydźwięku zarówno pozytywnym, jak i negatywnym. Z jednej strony stanowi on przejaw oddziaływań z zakresu promocji zdrowia i wczesnej interwencji. Jednakże niepokoić musi fakt tak szeroko upowszechnionych potrzeb, zasygnalizowanych w badaniach przez środowisko logopedyczne. Istnieje dodatkowo obawa zbagatelizowania przez rodziców skierowań wydawanych przez przedstawicieli zawodu niezwiązanego bezpośrednio ze strukturami służby zdrowia. Wydaje się, że otrzymanie takiego skierowania od pediatry ma dla rodziców dziecka większe znaczenie. Zastanawiający jest również skokowy przyrost skierowań na konsultacje psychologiczne w ostatnim roku prowadzenia badań. Stały wzrost liczby dzieci o zakłóconym rozwoju emocjonalnym, z zaburzeniami zachowania potwierdzają doniesienia nauczycieli i psychologów z placówek objętych badaniami.

W prowadzonych badaniach podjęłam również próbę oceny stopnia zainteresowania środowiska rodzinnego zagadnieniami promocji rozwoju mowy i zapobiegania jej zaburzeniom. Znaczenie współpracy logopedy z rodzicami w działalności profilaktyczno-terapeutycznej jest obecnie uznawane na gruncie praktyki logopedycznej za oczywiste.

Jednak zarówno logopedzi, jak i nauczyciele wysuwają pod adresem rodzin dzieci obejmowanych opieką logopedyczną dość poważne zarzuty. Często w relacjach logopedów można usłyszeć, że rodzice niewystarczająco interesują się zagadnieniami związanymi z nabywaniem mowy przez dzieci i stymulowaniem tego procesu. Logopedzi sygnalizują, że często zdarza się, że jeśli rodzice wraz z dzieckiem trafiają do logopedy, to wielu z nich uważa, że spełnili już swój obowiązek i na tym ich rola się kończy. Zagwarantowanie współpracy ze środowiskiem rodzinnym dziecka wydaje się być kluczowym zagadnieniem dla powodzenia działań logopedów, dla skuteczności podejmowanych przez nich terapii⁶³.

Przesiewom mowy prowadzonym na terenie przedszkoli towarzyszyły w każdym roku konsultacje logopedyczne, które były podsumowaniem diagnoz w każdym przedszkolu. Dla wygody rodziców dyżury logopedów odbywały się w godzinach popołudniowych. Informacje o tych konsultacjach upowszechniane były poprzez tablice ogłoszeń i za pośrednictwem wychowawców grup. W ostatnim roku prowadzenia przesiewów (2006) oprócz dyżurów konsultacyjnych w każdej placówce podjęto próby zorganizowania spotkań z rodzicami w formie prelekcji, których celem była promocja zagadnień związanych z rozwojem mowy dziecka. Dyżury konsultacyjne po zakończonych badaniach przesiewowych miały umożliwić rodzicom odbycie indywidualnych rozmów z logopedą, podczas których następowało omówienie wyniku badania oraz przekazanie wskazówek profilaktycznych i udzielenie odpowiedzi na pytania nurtujące rodziców.

Tabela IV.9.

Udział rodziców/opiekunów w konsultacjach z logopedą po przesiewowym badaniu mowy (lata 2003–2006); N = 1430*

Rok badania	Liczba badanych	Odbyte konsultacje logopedyczne	
		Ilość	%
2003	200	60	30%
2004	336	131	39%
2005	144	64	44,4%
2006	750	275	37,5%
Ogółem	1430	530	37,1%

* W tej grupie znalazło się 197 dzieci badanych dwukrotnie: po raz pierwszy w latach 2003–2005 i ponownie w roku 2006.

Źródło: badania własne

Zauważalny jest wzrost liczby rodziców zainteresowanych bezpośrednim kontaktem z logopedą w kolejnych latach prowadzenia badań. W pierwszym roku badań było to 30% przedstawicieli rodzin dzieci objętych badaniem, a w kolejnym roku – 39%. W roku 2005

⁶³ Zob. np. A. Balejko: *Współpraca logopedy z rodzicami dzieci mających trudności w mówieniu, czytaniu, pisaniu*. W: *Effata-Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*, s. 109-115; E. Sachajska: *Z metodyki pracy nad wymową*. „Logopedia” 2002, nr 31, s. 227-257.

zgłosił się do logopedy największy odsetek rodziców/opiekunów w stosunku do liczby zbadanych – 44,4%. W ostatnim roku prowadzenia badań z konsultacji logopedycznej skorzystało 37,5% przedstawicieli rodzin ogółu badanych. Zważywszy, że potrzeba współpracy logopedy z domem rodzinnym dziecka wpływa na skuteczność działań terapeutów mowy, utrzymująca się w pierwszych trzech latach łagodna tendencja wzrostowa i stosunkowo dobry wynik w ostatnim roku napawa optymizmem.

W ostatnim roku prowadzenia badań (2006) oprócz dyżurów konsultacyjnych dla rodziców w przedszkolach odbywały się spotkania – prelekcje pt. *By nasze dzieci mówiły pięknie... – wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym..* Przeprowadziłam 8 takich spotkań w przedszkolach, w których odbywały się przesiewowe badania mowy. W jednym przedszkolu zastąpił mnie, w roli prelegenta, logopeda zatrudniony w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Katowicach. Łącznie odbyło się więc 9 prelekcji, w których udział wzięło 117 rodziców/opiekunów dzieci badanych przesiewowo. Celem spotkań było promowanie rozwoju mowy i zagadnień profilaktyki logopedycznej w środowisku opiekuńczo-wychowawczym dzieci w wieku przedszkolnym. Pomimo stosunkowo dobrego rozpropagowania tej formy oddziaływania w poszczególnych placówkach spotkania cieszyły się zróżnicowanym zainteresowaniem. Zdecydowanie najwyższą frekwencję odnotowywano w tych przedszkolach, gdzie personel połączył spotkanie z logopedą z innym ważnym wydarzeniem na terenie przedszkola, w którym zaplanowano udział rodziców.

Tabela IV.10.

Udział rodziców w prelekcjach i konsultacjach logopedycznych w stosunku do liczby wyników negatywnych uzyskanych przez dzieci w przesiewowych badaniach mowy w roku 2006; N = 750

Miejskie Przedszkole MP*	Liczba badanych dzieci	Wynik negatywny		Ilość odbytych konsultacji logopedycznych	Liczba rodziców uczestniczących w prelekcji
		Ilość	%		
MP 9	31	14	45,2%	15	25
MP 13	56	22	39,3%	26	4
MP 27	80	34	42,5%	36	25
MP 30	73	26	35,6%	35	6
MP 34	108	44	40,7%	22	2
MP 39	84	51	60,7%	41	30
MP 45	75	38	50,7%	27	4
MP 85	52	24	46,2%	8	1
MP 90	109	43	39,4%	35	0
MP 94	82	37	45,1%	36	20
Ogółem	750	333	44,4%	281	117

*MP – miejskie przedszkole

Źródło: badania własne

Niepokojąca jest bardzo niska frekwencja na prelekcjach logopedycznych odnotowana w tzw. „dobrych dzielnicach”, na Osiedlu Witosa: w Przedszkolu nr 13 – 4 osoby, w Przedszkolu nr 85 – 1 osoba, na osiedlu Tysiąclecie: w Przedszkolu nr 34 – 2 osoby i w Przedszkolu nr 45 w Śródmieściu – 4 osoby. W Przedszkolu nr 90 prelekcja nie odbyła się z uwagi na brak zainteresowania rodziców i opiekunów. Wydaje się, że jest to spowodowane znacznym obciążeniem rodziców obowiązkami zawodowymi, co często podkreślają nauczycielki przedszkoli. Równocześnie jednak ważne jest przeformułowanie strategii nawiązywania współpracy z rodzicami. Być może w tych środowiskach formuła prelekcji wyczerpała się i rodzice oczekują innych, bardziej otwartych form kontaktu. Dla promowania rozwoju mowy i rozpowszechniania profilaktyki logopedycznej konieczne jest zrewidowanie form pracy specjalistów ze środowiskiem rodzinnym dziecka.

Udział rodziców w prelekcjach i konsultacjach w stopniu, w jakim wykazały to wyniki badań, wydaje się być zjawiskiem pozytywnym. Istnieją różne przeszkody w podtrzymywaniu kontaktów rodziców/opiekunów z przedszkolem. Są to między innymi ograniczenia czasowe rodziców, niedogodności terminowe i organizacyjne czy za słaba promocja akcji popularyzującej. Część z nich jest prawdopodobnie możliwa do zredukowania. Wysiłki specjalistów powinny koncentrować się na poszukiwaniu skutecznych form współpracy z rodzicami. Konieczne jest wypracowywanie takich strategii współpracy ze środowiskiem rodzinnym, które nie ograniczają się do wskazywania deficytów dziecka, lecz opierają się o jego mocne strony i jego zasoby osobnicze. Zamiast postawy rozliczająco-nakazującej w kontakcie z rodzicem warto przemyśleć zmianę w kierunku traktowania opiekunów jako sprzymierzeńców przedszkola, zorientowanych na dobro dziecka, ekspertów w wychowaniu i odczytywaniu jego potrzeb. Mają oni bowiem nie tylko potencjalnie największą motywację do udzielenia pomocy swojemu dziecku, ale i najbogatszą wiedzę i doświadczenie w kontakcie z nim. Postulowanym celem jest zatem współdziałanie środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka w konstruowaniu i realizacji programu stymulacji lub/i terapii⁶⁴.

⁶⁴ Zob. T. Serafin: *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole*. Warszawa 2005, s. 185.

5. Podsumowanie

Zaprezentowane w tym rozdziale wyniki badań na temat stanu potrzeb w zakresie opieki logopedycznej wśród dzieci w wieku przedszkolnym wskazują, że istnieje znaczne zapotrzebowanie zarówno na oddziaływania o charakterze terapeutycznym, jak i profilaktycznym oraz konieczne jest podejmowanie działań promujących rozwój mowy w środowisku opiekuńczo-wychowawczym dziecka. Rozpowszechnienie występowania zaburzeń mowy wśród badanych dzieci w kolejnych latach w przedziale od 40,8% do 44,5% wskazuje na niewystarczającą efektywność działań podejmowanych do tej pory.

Tabela IV.11.

Wyniki negatywne uzyskane przez dzieci w przesiewowych badaniach mowy prowadzonych w katowickich przedszkolach w latach 2003–2006; N = 1430*

Rok	Liczba badanych	Wynik negatywny	
		Ilość	%
2003	200	89	44,5%
2004	336	137	40,8%
2005	144	59	41,0%
2006	750	333	44,4%
Ogółem	1430	618	43,2%

* W tej grupie znalazło się 197 dzieci badanych dwukrotnie: po raz pierwszy w latach 2003–2005 i ponownie w roku 2006.

Źródło: badania własne

Wydaje się, że konieczne jest położenie akcentu na działania profilaktyczne, skierowane do wszystkich grup wiekowych – zwłaszcza najmłodszych, realizowane w sposób skoordynowany przez różne osoby, mające wpływ na rozwój dziecka w tym okresie. Wskaźnikiem stanu potrzeb w zakresie profilaktyki jest wysoki odsetek zaburzeń mowy, który ujawnia się bez wyjątku we wszystkich grupach wiekowych.

Porównując wyniki badań uzyskane przez poszczególne przedszkola objęte przesiewami mowy w pierwszym roku prowadzenia badania z przesiewem powtórzonym w roku 2006, należy zauważyć, że aż 6 placówek odnotowało wzrost odsetka występowania zaburzeń mowy wśród badanych dzieci. Istotny spadek liczby wyników negatywnych wykazano w Przedszkolu nr 9, które z 54,8% w pierwszym badaniu obniżyły się do 45,2% w roku 2004. Podobnie pozytywne tendencje zaobserwowano jeszcze w Przedszkolu nr 13 (spadek o 5,3 punkty procentowe), w Przedszkolu nr 30 (spadek o 7 punktów procentowych) oraz w Przedszkolu nr 90 (spadek o niecałe 2 punkty procentowe). Niestety, aż w sześciu placówkach badania wykazały wyższy odsetek wyników negatywnych w stosunku do

pierwszego roku prowadzenia diagnoz. W dwóch placówkach (Przedszkolu nr 85 i Przedszkolu nr 45) na pogorszenie wyników badań mógł mieć wpływ czasowy urlop logopedy. Można uznać, że istnieje szereg czynników warunkujących występowanie określonego natężenia zaburzeń mowy w danym roku. Wśród nich wymienić można między innymi status socjoekonomiczny, który jest względnie stały, ale również podlega pewnym wahaniom, migracje ludności, zmiany na rynku pracy. Innym ważnym czynnikiem może być liczba dzieci zapisanych w danym roku do przedszkola, przypadających na logopedę i ilość godzin terapii logopedycznej, psychologicznej w danym przedszkolu. Polityka zatrudnienia i modyfikacje w zakresie organizacji pracy przedszkola również mogą wywierać pośredni wpływ na spadek lub wzrost występowania zaburzeń mowy. Do znaczących czynników zaliczyć można czynniki zewnętrzne, np. w zakresie funkcjonowania lokalnej służby zdrowia. Wymienić tu należy między innymi zmniejszającą się liczbę pediatrów. Niepokojący jest brak pediatrów z krótszym stażem pracy – przeważają lekarze średniego i starszego pokolenia. Potwierdziły to wyniki badań własnych – szczegółowa analiza ankiet lekarzy oraz charakterystyka badanej grupy znajdują się w rozdziale VI niniejszej pracy⁶⁵.

Tabela IV.12.

Zestawienie porównawcze wyników negatywnych uzyskanych przez dzieci w przesiewowych badaniach mowy w poszczególnych przedszkolach w pierwszym roku prowadzenia badań (w latach 2003–2005) w stosunku do roku 2006

Miejskie Przedszkole MP*	Pierwsze badanie przesiewowe				Badanie w roku 2006		
	Rok	Liczba badanych	Wynik negatywny		Liczba badanych	Wynik negatywny	
			Ilość	%		Ilość	%
MP 9	2004	31	17	54,8%	31	14	45,2%
MP 13	2005	74	33	44,6%	56	22	39,3%
MP 27	2005	70	27	38,6%	80	34	42,5%
MP 30	2003	68	29	42,6%	73	26	35,6%
MP 34	2004	94	33	35,1%	108	44	40,7%
MP 39	2003	70	39	52,9%	84	51	60,7%
MP 45	2004	80	32	40,0%	75	38	50,7%
MP 85	2004	51	21	41,2%	52	24	46,2%
MP 90	2004	80	33	41,3%	109	43	39,4%
MP 94	2003	62	23	37,1%	82	37	45,1%

* MP – miejskie przedszkole

Źródło: badania własne

⁶⁵ Wśród 32 lekarzy objętych badaniem ankietowym nie było osób o stażu pracy krótszym niż pięć lat, w przedziale stażu zawodowego od 5 do 10 lat znalazły się tylko cztery osoby. Najwięcej, bo 50% ankietowanych, legitymowało się długim stażem pracy zawodowej (11–20 lat). Duża grupa – 11 osób podała staż pracy w przedziale od 21 do 30 lat. A jedna osoba pracuje w zawodzie lekarza powyżej 30 lat.

Zjawiskiem o wydźwięku negatywnym jest wysoka frekwencja w kolejnych latach takich wad wymowy jak seplenienie międzyzębowe i rotacyzm, które wymagają wczesnie podjętej interwencji i często intensywnej terapii logopedycznej, obok znacznego rozpowszechnienia stosunkowo łatwo poddających się terapii takich wad jak seplenienie proste czy lambdacyzm. Wydaje się, że jest to argument przemawiający za jak najwcześniejszym podejmowaniem interwencji i nasileniem oddziaływań z zakresu profilaktyki logopedycznej. Podobne wnioski nasuwają się po analizie rozpowszechnienia tzw. patomechanizmów w badanej grupie. Ujawnione w wyniku badań wśród licznej grupy badanych zakłócenia w obrębie tzw. czynności prymarnych dla mowy, takich jak prawidłowe oddychanie, właściwe połykanie i żucie, co w znacznym stopniu determinuje sprawność pracy języka, również sygnalizują potrzebę zwiększenia oddziaływań o charakterze profilaktycznym. W ich zakres wchodzić powinny również działania z zakresu promocji zdrowia, w tym edukacji zdrowotnej, podejmowane przez grono ściśle współpracujących ze sobą osób: logopedy, nauczyciela, psychologa, lekarza, pielęgniarki i przede wszystkim rodzica. Niepokoić musi również rozpowszechnienie niepełności mowy wśród badanych dzieci, zwłaszcza dość wysoki odsetek niepełności odnotowany w roku 2003 i 2006 (na poziomie około 7%). Świadomość braku wdrożonych strategii z zakresu wczesnej interwencji w przypadku dysfluencji rodzi obawę, że w przyszłości dzieci te mogą odczuwać skutki zaniechania działań profilaktyczno-terapeutycznych z okresu przedszkolnego.

Liczba skierowań do specjalistów nie maleje w kolejnych latach, a wręcz przeciwnie – z roku na rok odnotowywany jest wzrost ilości dzieci kierowanych na konsultacje, co może świadczyć o słabej kondycji psychofizycznej badanej populacji. Równocześnie jednak fakt ten może być przykładem szeroko pojętej promocji zdrowia dziecka i edukacji zdrowotnej w jego środowisku.

Utrzymujące się na stałym poziomie zainteresowanie środowiska rodzinnego zagadnieniami profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy wydaje się być zjawiskiem korzystnym. Jednocześnie dostrzec można krystalizowanie się potrzeby modyfikowania oddziaływań środowisk zajmujących się zawodowo opieką i pomocą dziecku. Dotyczy to zwłaszcza współpracy z rodzicami/opiekunami w zakresie stworzenia szerszego pola dla ich aktywnego zaistnienia w realizacji programów profilaktyczno-terapeutycznych.

Wydaje się, że idea szeroko zakrojonych przesiewowych badań mowy w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym jest potrzebna, ale konieczne jest pewne zreorganizowanie działań towarzyszących tym badaniom. Zaangażowanie w prowadzenie przesiewów logopedycznych przeszkolonych wcześniej w tym zakresie nauczycieli,

a w niektórych sytuacjach (np. gdy dziecko nie uczęszcza do przedszkola) pielęgniarek i lekarzy, przy jednoczesnym uściśleniu współpracy tych osób, wydaje się gwarantować lepsze wykorzystanie potencjału logopedów. Ich rola polegałaby na koncentrowaniu się na koordynacji działań o charakterze profilaktycznym i na intensyfikowaniu różnych form terapii dziecka wymagającego pomocy.

Opisany na podstawie zaprezentowanych wyników badań stan potrzeb w zakresie opieki logopedycznej wśród katowickich przedszkolaków wzbudza niepokój, biorąc zwłaszcza pod uwagę doniesienia z badań światowych w tym zakresie. Zastanawiający jest fakt, że pomimo stworzenia hipotetycznie sprzyjających warunków przez organ prowadzący – miasto Katowice, np. zapewnienie opieki logopedycznej w ograniczonym wymiarze w każdym przedszkolu, rozprzestrzenienie zaburzeń mowy wśród badanych utrzymuje się na alarmująco wysokim poziomie. Konieczne wydaje się zatem dokonanie zmian systemowych w zakresie organizacji opieki logopedycznej wśród dzieci w wieku przedszkolnym. Projekt modyfikacji programu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym – w oparciu o wszystkie ogniwa środowiska – został zaprezentowany w rozdziale VI niniejszej pracy.

V. OPIEKA LOGOPEDYCZNA W ŚRODOWISKU ŻYCIA DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

1. Organizacja opieki logopedycznej nad dziećmi w opinii dyrektorów przedszkoli i poradni psychologiczno-pedagogicznej

Opieka logopedyczna w pierwszym okresie życia dziecka – przed rozpoczęciem edukacji przedszkolnej najczęściej jest sprawowana przez logopedów zatrudnionych w służbie zdrowia. W odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym sytuacja ta ulega zmianie. Wobec tej grupy większe możliwości oddziaływania mają logopedzi oświatowi¹. Są to przede wszystkim pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz coraz częściej logopedzi zatrudniani w przedszkolach. Za organizację opieki logopedycznej na terenie przedszkola i poradni odpowiedzialny jest dyrektor placówki. Zasady prowadzenia oddziaływań logopedycznych wyznaczają szczegółowe regulacje prawne², a także zarządzenia organu prowadzącego placówki przedszkolne i poradnie.

Jak już zasygnalizowałam, w Katowicach sytuacja w zakresie opieki logopedycznej jest dość korzystna – urząd miejski zatrudnia logopedów w przedszkolach. Wymiar zatrudnienia terapeutów mowy w katowickich przedszkolach wynosi kilka godzin tygodniowo, w zależności od ilości uczęszczających do nich dzieci (zwłaszcza sześciolatków). Przedmiotem analizy tego rozdziału jest obecnie funkcjonujący model opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym, gwarantowany przede wszystkim na terenie miejskich przedszkoli oraz w poradniach psychologiczno-

¹ Bezpłatną opiekę logopedyczną najmłodszym dzieciom (od 0 do 3. roku życia) gwarantować powinni zarówno logopedzi zatrudnieni w służbie zdrowia, jak i w resorcie edukacji (pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych). Jednak w praktyce zakres oddziaływań poradni wobec tej grupy dzieci okazał się ograniczony. Jest to związane ze stosunkowo niską świadomością społeczną na ten temat. Panuje pogląd, że logopeda to zawód paramedyczny, a nawet medyczny. Zazwyczaj rodzice małych dzieci (od 0 do 3. roku życia) informacji o opiece logopedycznej szukają u swojego pediatry. Lekarze natomiast najczęściej polecają logopedów zatrudnionych w służbie zdrowia. Jest to prawdopodobnie związane ze słabym przepływem informacji pomiędzy tymi grupami zawodowymi. Dla przykładu, lekarze nie są informowani, że logopedzi zatrudnieni w poradniach psychologiczno-pedagogicznych przyjmują dzieci od urodzenia do ukończenia przez nie edukacji, a także, że nie jest wymagane skierowanie. W ostatnim czasie rodzice/opiekunowie coraz częściej informacji na tematy związane z rozwojem mowy dziecka, jego stymulowaniem znajdują w Internecie. Zob. E. Słodownik-Rycaj: *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*. Warszawa 2007, s. 296-297.

² Regulacje prawne wyznaczające ramy opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym zostały szczegółowo omówione w rozdziale II niniejszej pracy.

-pedagogicznych³. Wymiar czasu pracy logopedy w przedszkolach z terenu, gdzie prowadzone były badania, wynosi od 3 do 6 godzin tygodniowo. W przedszkolach objętych badaniami liczba dzieci zapisanych do placówki wahała się od 47 w małym, dwuoddziałowym Przedszkolu nr 9 do aż 125 w Przedszkolach nr 34 i nr 90.

Tabela V.1.

Liczba dzieci zapisanych do przedszkoli objętych diagnozą logopedyczną w roku 2006 w zestawieniu z ilością godzin opieki logopedycznej zagwarantowanej na terenie tych placówek; N = 887

Miejskie Przedszkole	Liczba dzieci uczęszczających do placówki	Liczba godzin opieki logopedycznej na terenie przedszkola
MP 9*	47	3
MP 13	75	4
MP 27	94	5
MP 30	87	6
MP 34	125	6
MP 39	93	5
MP 45	81	4
MP 85	65	3
MP 90	125	5
MP 94	95	5
Ogółem	887	46

* MP – Miejskie Przedszkole

Źródło: dane uzyskane od dyrektorów przedszkoli (stan z listopada 2006 roku)

Na podstawie wywiadów przeprowadzonych z 10 dyrektorami i 7 logopedami w placówkach objętych badaniami przesiewowymi ustalono, że w latach 2003–2006 liczba dzieci objętych terapią logopedyczną na terenie tych przedszkoli wahała się w przedziale od 203 do 250 osób.

Tabela V.2.

Liczba dzieci zakwalifikowanych na terapię logopedyczną w latach 2003–2006 w przedszkolach objętych przesiewowymi badaniami mowy; N = 862

Rok badania			
2003	2004	2005	2006
N = 250	N = 209	N = 200	N = 203

Źródło: dane uzyskane od dyrektorów przedszkoli i zatrudnionych w nich logopedów

Jak wynika z powyższego zestawienia, liczba ta w latach 2003–2006 utrzymywała się na zbliżonym poziomie. Najwięcej dzieci, bo aż 250, objętych było terapią w pierwszym roku

³ Jest to zgodne ze zmianami zapoczątkowanymi przed kilku laty, w myśl których odchodzi się od modelu konsultacyjnego na rzecz bezpośredniej pracy z dzieckiem, od terapii prowadzonej wyłącznie w poradniach na rzecz pracy logopedów na terenie przedszkoli i szkół, a więc oddziaływać w środowisku naturalnym dla dziecka. Zob. E. Słodownik-Rycaj: *op. cit.*, s. 299.

prowadzenia badań. W kolejnych latach, 2004–2006, ilość dzieci zakwalifikowanych na terapię na terenie przedszkola we wszystkich objętych badaniami placówkach oscylowała wokół liczby 200.

Istotne wydaje się w tym miejscu przytoczenie opinii dyrektorki rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej, której zdaniem fakt, że na terenie katowickich przedszkoli powszechnie zatrudniani są logopedzi, powinien sprawić, że poradnia nie powinna być nadmiernie obciążana zapewnianiem opieki terapeutycznej dzieciom z tych placówek. Dyrektorka poradni psychologiczno-pedagogicznej zwracała uwagę: „(...) do zadań logopedów zatrudnionych w tej placówce należy również opieka nad dziećmi nieuczęszczającymi do przedszkoli oraz nad uczniami różnych typów szkół”. W jej opinii logopedzi z tej placówki „(...) powinni koncentrować się raczej na terapii specjalistycznej, zapewnianej dzieciom wyselekcjonowanym przez personel przedszkoli oraz na organizowaniu różnych form profilaktyki”. Dyrektorka tej poradni przyznała: „(...) taka sytuacja jest raczej postulatem na przyszłość, obecnie wszystko dokonuje się raczej na zasadach przypadkowości”. W jej opinii do poradni psychologiczno-pedagogicznej trafiają rodzice dzieci, którzy z różnych źródeł dowiadują się o jej funkcjonowaniu. Pracownicy poradni podejmują znaczne wysiłki mające na celu promowanie działalności tej placówki. Jak stwierdziła pani dyrektor rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej: „(...) do częstych przypadków należą sytuacje dublowania się terapii logopedycznej, prowadzonej równocześnie w przedszkolu i w poradni”. Jej zdaniem konieczne jest koordynowanie sposobu organizowania różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym logopedycznej, by unikać takich sytuacji.

Zarówno dyrektorzy przedszkoli i poradni psychologiczno-pedagogicznej, jak i zatrudnieni w tych placówkach logopedzi stwierdzali, że w ich odczuciu z każdym rokiem zwiększa się liczba dzieci, które wymagają wczesnej interwencji logopedycznej. Jednakże dyrektorzy przedszkoli podkreślali, że nie jest możliwe udzielanie na terenie przedszkola pomocy logopedycznej wszystkim potrzebującym. Większość z nich stwierdzała, że zgodnie z zaleceniami organu prowadzącego opieką logopedyczną na terenie przedszkola obejmowane są przede wszystkim sześciolatki, a w wyjątkowych przypadkach dzieci młodsze; wówczas najczęściej są to pięciolatki. W trzech przedszkolach dyrektorzy stanowczo zalecali logopedom, by z terapii korzystały tylko dzieci grupy najstarszej. Dyrektorzy potwierdzili zatem, że wiek dziecka jest czynnikiem decydującym o zakwalifikowaniu na terapię logopedyczną w tych placówkach. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej logopedyczne zajęcia terapeutyczne powinny odbywać się w zespołach 2–4-osobowych,

a jedynie za zgodą organu prowadzącego – indywidualnie. Jedna z dyrektorek stwierdziła: „(...) zdaję sobie sprawę, że taka organizacja pracy jest krytykowana przez logopedów zatrudnionych w przedszkolach, gdyż w ich odczuciu obniża ich skuteczność”. Większość dyrektorów podzielało tę opinię, przyznając jednak zarazem, że zalecają logopedom prowadzenie zajęć w małych grupach terapeutycznych, dobranych ze względu na rodzaj zaburzenia. Niektórzy pozwalają na prowadzenie zajęć indywidualnie, jednak wymagają dokumentowania pracy w taki sposób, by nie narazić się na zarzuty w razie kontroli ze strony urzędu miejskiego. Dyrektorzy przedszkoli objętych przesiewowymi badaniami mowy w większości stwierdzali, że w ich odczuciu zasady organizacji pracy logopedów wymagają doprecyzowania z uwzględnieniem wniosków samych zainteresowanych. W opinii większości dyrektorów logopedzi zatrudnieni w tych przedszkolach w swoich oddziaływaniach koncentrują się głównie na pracy terapeutycznej, przede wszystkim wśród dzieci sześciolatków. Jest to zgodne z wytycznymi organu prowadzącego i uwarunkowane ograniczeniami czasowymi. Liczba sześciolatków wymagających interwencji terapeutycznej jest zazwyczaj tak duża, że logopeda podejmuje głównie doraźną interwencję terapeutyczną, by jak najlepiej przygotować dzieci do startu w szkole. Według dyrektorów placówek do działań o charakterze profilaktyki logopedycznej, które są podejmowane na terenie przedszkola, zaliczyć można:

- wyłanianie dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy,
- konsultacje dla zainteresowanych nauczycieli,
- sporadyczne prelekcje dla rodziców.

Większość dyrektorów przedszkoli zauważyła potrzebę zintensyfikowania działań z zakresu profilaktyki i wczesnej interwencji logopedycznej. Dyrektorzy placówek, zarówno przedszkoli, jak i poradni psychologiczno-pedagogicznej, zgodnie twierdzili, że logopedzi działający w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym wykonują swoją pracę z ogromnym oddaniem. Jednocześnie przyznawali oni, że w ich odczuciu skuteczność tych działań nie jest proporcjonalna w stosunku do nakładów pracy. Respondentki podzielały opinię, że efektywność działań logopedów jest uwarunkowana różnymi czynnikami. Zaliczyły do nich umiejętne zagospodarowanie potencjału tkwiącego w środowisku nauczycieli edukacji przedszkolnej na rzecz profilaktyki logopedycznej oraz zaktywizowanie rodzin dzieci uczęszczających do przedszkola. Dyrektorzy zauważali, że umożliwienie podejmowania takich działań wymaga dokonania wcześniejszych zmian w organizacji pracy logopedów w warunkach przedszkola. Modyfikacje takie natomiast nie są możliwe bez zgody organu prowadzącego – władz miejskich.

2. Opinie logopedów na temat podejmowanych przez nich oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym

Podczas gromadzenia informacji na temat profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym niezwykle istotnym aspektem było sondowanie opinii samych zainteresowanych. Zapoznanie się z poglądami logopedów na zagadnienia profilaktyki i terapii w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym oraz deklarowane przez nich oddziaływania podejmowane na tym polu były dla mnie cennym źródłem wiedzy na temat sposobu organizowania opieki logopedycznej oraz pozwoliły mi dokonać oceny efektywności ich działań i ustalić jej uwarunkowania.

Dzisiaj do podejmowania logopedycznych działań profilaktycznych – w środowisku terapeutów mowy – nikogo nie trzeba już przekonywać⁴. Profilaktyka jest najbardziej ekonomicznym sposobem zapobiegania występowaniu zaburzeń mowy i łagodzenia ich ewentualnych skutków. W ostatnich latach wśród logopedów coraz powszechniej mówi się o potrzebie intensyfikowania działań profilaktycznych. Kryje się za tym teza, że do tej pory główna aktywność tej grupy zawodowej koncentrowała się raczej na pracy terapeutycznej. To, że jedynie profilaktyka i terapia – prowadzone równolegle – zapewniają kompleksowość opieki logopedycznej, nie podlega już dziś dyskusji. Jednak w praktyce model taki nie zawsze jest realizowany.

Próbując ustalić efektywność działań logopedów, postanowiłam rozpoznać ich opinie na temat oddziaływań o charakterze profilaktycznym i terapeutycznym w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym⁵. W badaniu ankietowym sondowałam między innymi poglądy 19 logopedów na temat czynników determinujących zmniejszenie występowania zaburzeń mowy w grupie dzieci sześciolletnich. Pozyskiwałam też informacje na temat

⁴ Zagadnienie to szczegółowo opisała B. Dittfeld. Autorka poddała analizie skutki uboczne zaniedbania profilaktyki logopedycznej. Zaliczyła do nich: słabe zainteresowanie części rodziców problemem rozwoju mowy dzieci; pobieżną diagnozę rozwoju mowy u najmłodszych dzieci; brak wsparcia dla dzieci, ich rodziców lub opiekunów, nauczycieli, logopedów, szczególnie tych pracujących z dziećmi niepełnosprawnymi; mniejsze możliwości zapobiegania poważniejszym wadom i zaburzeniom; zaburzona komunikacja dziecka z problemami językowymi z najbliższym otoczeniem; zaburzenia emocjonalne, mające wyraz w zachowaniu dzieci i młodzieży; pogłębiające się trudności w nauce czytania i pisania; zaburzenia motywacji do pracy logopedycznej i nauki szkolnej; trudności w życiu społecznym i zawodowym, dotyczące już osób dorosłych. Zob. B. Dittfeld: *Spróbujmy mówić razem. Program profilaktyki logopedycznej*. Kraków 2004, s. 7-8.

⁵ Opinie badanych gromadzono w oparciu o badania ankietowe przeprowadzone w dwu grupach respondentów (logopedzi z terenu badań oraz inni logopedzi) oraz o wywiady bezpośrednie z logopedami zatrudnionymi w przedszkolach objętych przesiewami. Odpowiedzi uzyskane od obu grup zostały poddane analizie porównawczej. Szczegółowa charakterystyka obu grup respondentów znajduje się w rozdziale III niniejszej pracy.

warunków, które zdaniem logopedów mają znaczący wpływ na właściwe przygotowanie dziecka do podjęcia nauki w szkole. Logopedzi zostali zapytani o to, jaki wpływ na zmniejszenie występowania zaburzeń mowy w grupie sześciolatków i właściwe przygotowanie dzieci do podjęcia nauki w szkole mają następujące czynniki:

- profilaktyka logopedyczna wobec dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy,
- wczesna interwencja logopedyczna wobec wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy,
- pedagogizacja rodziców,
- współpraca z nauczycielem i innymi specjalistami.

Intencją zadania tych pytań logopedom było poznanie stosunku specjalistów do celowości podejmowania działań o charakterze profilaktyki logopedycznej. Analiza odpowiedzi wykazała różnice w opiniach obu grup respondentów⁶. Wszyscy logopedzi, którzy uczestniczyli w przesiewowych badaniach mowy, uznali, że wczesna interwencja logopedyczna powinna być dostępna wobec wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola, gdyż wpływa na zmniejszenie występowania zaburzeń mowy w grupie sześciolatków i lepsze przygotowanie dzieci do szkoły. W drugiej grupie logopedów zdania w tej kwestii były podzielone. Podobnie sytuacja przedstawia się przy ocenie wpływu pedagogizacji rodziców i współpracy z innymi specjalistami na zmniejszenie występowania zaburzeń mowy i lepsze przygotowanie dzieci do szkoły. Logopedzi z terenu, gdzie prowadzone były badania przesiewowe, jednomyślnie uważali, że te czynniki są niezbędne, natomiast w drugiej grupie logopedów wszyscy zgodnie stwierdzali, że przyczynia się to do zmniejszenia występowania zaburzeń mowy, ale ocena wpływu tych czynników na lepsze przygotowanie dzieci do szkoły była wśród tych respondentów niejednoznaczna. Połowa ankietowanych nie dostrzega związku pomiędzy potrzebą pedagogizacji rodziców i zacieśnianiem współpracy z innymi specjalistami a lepszym przygotowaniem dziecka do szkoły, jako efektu tych działań. Można zatem stwierdzić, że logopedzi uczestniczący w programie profilaktycznych przesiewowych badań mowy w latach 2003–2006 zdecydowanie wyraźniej postrzegają swoją rolę w przygotowaniu dziecka do szkoły,

⁶ Odpowiedzi w badaniu ankietowym skierowanym do terapeutów mowy udzielali: w pierwszej grupie logopedzi z terenu, gdzie prowadzone były przesiewowe badania mowy w latach 2003–2006 (*logopedzi z terenu badań*; N = 7) i w drugiej grupie logopedzi – członkowie katowickiego zespołu doskonalenia logopedów (*inni logopedzi*; N = 12). Szczegółowa charakterystyka obu grup respondentów znajduje się w rozdziale III niniejszej pracy.

co oznacza, że silniej akcentują potrzebę podejmowania wymienionych działań profilaktycznych.

Wśród koniecznych form profilaktyki w warunkach przedszkola obie grupy logopedów najczęściej wymieniały działania wobec dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy.

Tabela V.3.
Deklarowany zakres profilaktycznych oddziaływań logopedów w warunkach przedszkola (opinie logopedów); N = 19

Forma działań profilaktycznych wskazana przez logopedów	Liczba odpowiedzi logopedów z terenu badań; N = 7*	Liczba odpowiedzi w grupie innych logopedów; N = 12*
Działania o charakterze profilaktycznym skierowane do dzieci z wykrytymi zaburzeniami mowy	6	9
Działania o charakterze profilaktycznym skierowane do dzieci niepełnosprawnych	1	0
Działania o charakterze profilaktycznym skierowane do dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy	4	6
Działania o charakterze profilaktycznym skierowane do dzieci z grupy dysleksji	5	2
Działania o charakterze profilaktycznym skierowane do wszystkich dzieci w przedszkolu	6	7
Działania z zakresu korekcji zaburzeń połykania i oddychania wśród dzieci młodszych niż sześć lat	5	6
Konsultacje dla nauczycieli przedszkola	7	6
Konsultacje dla rodziców dzieci przedszkolnych	7	7
Współpraca z logopedą poradni psychologiczno-pedagogicznej	5	3
Współpraca z psychologiem przedszkola	5	8
Współpraca z psychologiem poradni psychologiczno-pedagogicznej	2	1
Współpraca z lekarzami	1	2

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.
Źródło: badania własne

Jedna osoba wskazała dodatkową formę działań z zakresu profilaktyki logopedycznej – organizowanie prelekcji dla wszystkich rodziców w poszczególnych grupach. Analiza odpowiedzi logopedów pozwala zauważyć wyraźne przekonanie wśród logopedów z terenu przesiewów o celowości podejmowania różnych form profilaktyki. Może to być tłumaczone faktem, że powtarzalna akcja przesiewowych badań mowy i działania im towarzyszące mogły zaowocować zwiększonym zainteresowaniem logopedów z tych placówek zagadnieniami

z zakresu profilaktyki logopedycznej. Natomiast terapeuci z tych placówek, gdzie takie działania nie były prowadzone, w mniejszym stopniu deklarują podejmowanie działań profilaktycznych. Szczególną uwagę zwraca fakt nasilenia deklarowanej współpracy między logopedą przedszkolnym a terapeutami mowy zatrudnionymi w poradni. Wydaje się, że wszyscy ankietowani logopedzi z terenu badań doceniają rolę współpracy z najbliższym środowiskiem dziecka. Zdecydowanie niższy jest procent logopedów spoza terenu prowadzenia przesiewowych badań mowy przekonanych o potrzebie zaangażowania w terapeutyczne oddziaływania rodziców i nauczycieli. Paradoksalnie, grupa logopedów spoza terenu prowadzenia przesiewowych badań mowy, którą również cechuje niezwykła aktywność i gotowość doskonalenia zawodowego, wydaje się marginalizować znaczenie profilaktyki logopedycznej. Osoby te to członkowie katowickiego zespołu doskonalenia logopedów. Zespoły doskonalenia logopedów (dawna nazwa – grupy wsparcia logopedów) są zawodowymi grupami samokształceniowymi, działającymi pod auspicjami Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego⁷. Członkowie tych zespołów dobrowolnie uczestniczą w spotkaniach warsztatowych, których celem jest podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Biorąc pod uwagę determinację tych osób w poszerzaniu warsztatu zawodowego, wydaje się, że można przyjąć tezę, że nie widzą oni możliwości podejmowania kompleksowych działań profilaktycznych na terenie przedszkoli, nawet jeśli uznają taką potrzebę. Fakt, że logopedzi tej grupy udzielają się w ramach zespołu doskonalenia zawodowego, sugeruje potencjalne zaangażowanie logopedów spoza terenu badań w kwestie dotyczące profilaktyki i wczesnej interwencji logopedycznej. Wydaje się, że zaprezentowanie wyników badań na forum tej grupy powinno sprzyjać dalszemu ewoluowaniu postaw logopedów wobec sposobu sprawowania opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym⁸.

⁷ Śląski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego jest jednym z prężniej działających oddziałów towarzystwa na terenie kraju. Pod koniec lat 90. przy tym oddziale zaczęły samorzutnie powstawać grupy wsparcia logopedów – samopomocowe grupy warsztatowe, których celem była wzajemna wymiana doświadczeń i rozwój zawodowy ich członków. Jedną z najstarszych grup była katowicka grupa wsparcia (zawiązała się w roku 1998 przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 i Zespole Szkół Specjalnych nr 11 w Katowicach, której patronują z dr I. Michalak-Widerą. W roku 2007 uchwałą Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego grupy wsparcia zmieniły nazwę na śląskie zespoły doskonalenia logopedów, obecnie w ramach Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego działa ich 17. Zob. www.logopedia.umcs.lublin.pl [dostęp 12 lutego 2008 r.]; B. Rawecka, Ł. Skrzypiec: *Strzał w dziesiątkę*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2003, nr 4, s. 49-51; I. Michalak-Widera, K. Węsierska: *Sprawozdanie z działalności grupy wsparcia*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2003, nr 5, s. 38-40.

⁸ Taka prezentacja wyników przesiewowych badań mowy miała miejsce kilkakrotnie. Po raz pierwszy zaprezentowano wyniki przesiewów w pierwszym roku prowadzenia badań – podczas konferencji logopedycznej katowickiej grupy wsparcia logopedów *Praca logopedy z dzieckiem w wieku przedszkolnym* 17 listopada 2003 r. Wygłosiłam wówczas wraz z mgr Ł. Skrzypiec referat *Omówienie wyników przesiewowych badań mowy prowadzonych w miejskich przedszkolach Katowic*. Ponowna prezentacja (zbiorcze wyniki badań z lat 2003–

W badaniu ankietowym logopedzi zostali zapytani również o to, czy inicjują organizowanie zajęć ortofonicznych – jednej z podstawowych form stymulacji rozwoju mowy i języka. W grupie 7 logopedów z terenu badań odpowiedzi pozytywnej udzieliło 6 osób, a w drugiej grupie logopedów (spoza terenu badań przesiewowych) organizowanie takich zajęć potwierdziło 9 respondentów na 12 objętych badaniem. Jest to wynik porównywalny dla obu grup, co napawa optymizmem. Zajęcia ortofoniczne są oddziaływaniem tym cenniejszym, że wywierają wpływ na całokształt rozwoju językowego dziecka, a nie tylko na jeden jego aspekt – wymowę. Wydaje się również, że prowadzenie takich zajęć z całymi grupami przedszkolnymi jest niezwykle wartościowym działaniem z zakresu promocji rozwoju mowy i stymulacji językowej. Z wywiadów prowadzonych z dyrektorami i logopedami wynika bowiem, że idea ćwiczeń ortofonicznych, niegdyś tak popularna, wymaga dziś ponownego przypomnienia. Na ich niedosyt skarżyli się zwłaszcza dyrektorzy przedszkoli. Logopedzi z kolei zwracali uwagę, że na organizowanie zajęć ortofonicznych dla całych grup przedszkolnych często brakuje im czasu. W sytuacji, gdy zajęcia terapeutyczne muszą, z przyczyn organizacyjnych, prowadzić grupowo, to ich oddziaływanie w tym względzie przybiera znamiona zabaw ortofonicznych, tyle tylko, że kierowanych wyłącznie do dzieci z zaburzeniami mowy. W rezultacie dzieci wymagające intensywnej pomocy terapeutycznej korzystają z niej w stopniu niewystarczającym. Zdaniem terapeutów ćwiczenia ortofoniczne powinny być istotnym elementem ich pracy na etapie edukacji przedszkolnej. Nie odnotowano istotnych różnic w poglądach logopedów, poza stanowiskiem obu grup w kwestii wprowadzania zajęć z zakresu kultury żywego słowa. Logopedzi biorący udział w przesiewowych badaniach mowy dostrzegają konieczność rozszerzenia zakresu oddziaływań profilaktycznych. Wydaje się, że obie grupy ankietowanych doceniają potrzebę prowadzenia takich działań. Jednakże, zgodnie z zasygnalizowanym powyżej problemem, nie mogą one zastępować terapii logopedycznej i powinny być kierowane do wszystkich dzieci w przedszkolu, także do tych, u których rozwój przebiega bez zakłóceń.

–2006) miała miejsce w czasie II Forum Logopedycznego w Katowicach (organizatorem był I katowicki ZDL) pt. *Opieka logopedyczna w warunkach przedszkola*. Zaprezentowałam wtedy wyniki przesiewowych badań mowy w referacie: *Znaczenie profilaktyki logopedycznej w warunkach przedszkola – omówienie wyników badań przesiewowych mowy prowadzonych w miejskich przedszkolach Katowic*. Szerszemu gronu (zwłaszcza nauczycieli i metodyków przedszkoli) wyniki badań wraz z wnioskami zostały przedstawione podczas Forum Wychowania Przedszkolnego *Edukacja językowa w przedszkolu* 19 kwietnia 2007 r. w Katowicach w referacie *Profilaktyka logopedyczna i promocja rozwoju mowy w edukacji przedszkolnej – rola nauczyciela*.

Tabela V.4.

Deklaracje logopedów na temat typów zajęć ortofonicznych organizowanych przez nich w przedszkolu;
N = 19

Formy zajęć ortofonicznych realizowane przez logopedów w warunkach przedszkola	Liczba odpowiedzi logopedów z terenu badań; N = 7*	Liczba odpowiedzi w grupie innych logopedów; N = 12*
Ćwiczenia oddechowe	6	8
Ćwiczenia fonacyjne	5	7
Ćwiczenia usprawniające motorykę narządów artykulacyjnych	6	7
Ćwiczenia kształcące słuch fonematyczny	4	7
Ćwiczenia logorytmiczne	1	3
Ćwiczenia artykulacyjne	6	8
Ćwiczenia metalingwistyczne	1	1
Ćwiczenia z zakresu kultury żywego słowa	3	2

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Mając na uwadze znaczenie profilaktyki i wczesnej interwencji w zapobieganiu występowania jąkania wczesnodziecięcego, kolejnym zagadnieniem, które poddałam pod osąd logopedów, były strategie postępowania wobec dzieci w wieku przedszkolnym z przejawami niepełności mowy.

Tabela V.5.

Pożądane formy działań profilaktycznych i z zakresu wczesnej interwencji logopedycznej w przypadku objawów niepełności mowy u dzieci (opinie logopedów); N = 19

Wyszczególnienie typów oddziaływań	Liczba odpowiedzi logopedów z terenu badań; N = 7*	Liczba odpowiedzi w grupie innych logopedów; N = 12*
Współpraca z rodzicami – pedagogizacja rodziców	7	11
Współpraca z nauczycielem	7	11
Współpraca z psychologiem przedszkola	6	9
Konsultacja z lekarzem	1	7
Objęcie dziecka terapią logopedyczną na terenie przedszkola	6	6

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Budujący wydaje się być fakt, że niemal wszyscy respondenci dostrzegają potrzebę pracy ze środowiskiem dziecka, u którego zaobserwowano objawy dysfluencji. Ankietowani logopedzi wskazywali również na konieczność kierowania dziecka z objawami niepełności do poradni psychologiczno-pedagogicznej lub przynajmniej poinformowanie rodzica o możliwości skorzystania z pomocy na terenie tej placówki. Na podstawie zaprezentowanych opinii można stwierdzić, że wszyscy logopedzi dostrzegają potrzebę podejmowania działań profilaktyczno-terapeutycznych w przypadku wczesnej niepełności mowy. Natomiast logopedzi, którzy brali udział w przesiewowych badaniach mowy, rzadziej kierują dzieci na konsultacje lekarskie. Może to oznaczać, że cechuje ich poczucie większej kompetencji w zakresie udzielania pomocy w przypadku wczesnej niepełności mowy. Wraz z dostrzeżeniem własnych możliwości oddziaływań współwystępuje tendencja do minimalizowania konieczności odsyłania dzieci do innych specjalistów niezwiązanych z resortem edukacji. Wiąże się to prawdopodobnie z przekonaniem logopedów, że rola lekarzy sprowadza się do ewentualnego przesiewu w tym kierunku i skierowania dziecka do terapeuty mowy. Rzadziej dostrzegana jest potrzeba konsultacji lekarskich (np. neurologicznych) po badaniu logopedycznym. Wydaje się, że konieczne jest zacieśnianie współpracy środowiska logopedycznego z lekarzami, zwłaszcza w zakresie diagnostyki. Lekarze sygnalizują często brak informacji zwrotnych od logopedów po konsultacji u terapeuty mowy.

Opinie logopedów na temat podejmowanych przez nich działań profilaktycznych, wyrażone w badaniu ankietowym, pokrywają się zasadniczo z wypowiedziami udzielonymi w wywiadach bezpośrednich⁹. Wszyscy logopedzi dostrzegają potrzebę podejmowania działań o charakterze profilaktycznym. Jednocześnie jednak akcentują duże obciążenie zadaniami o charakterze terapeutycznym, z uwagi na skalę potrzeb w tym zakresie. Do najczęściej podejmowanych przez nich oddziaływań profilaktycznych zaliczają wyłanianie dzieci z grupy ryzyka zaburzeń mowy, tzn. organizowanie przesiewów logopedycznych wszystkich dzieci w przedszkolu i zajęcia ortofoniczne dla całych grup. Większość logopedów (osiem na dziesięć osób udzielających wywiadu) prowadzi konsultacje dla rodziców dzieci z objawami dysfluencji – bez względu na wiek dziecka. Tylko jeden logopeda przyznał, że regularnie prowadzi zajęcia w grupach młodszych zorientowane na korekcję zaburzeń połykania i oddychania. Jeden logopeda we współpracy z psychologiem poradni prowadzi przesiew w kierunku ryzyka dysleksji. Respondenci stwierdzili, że brak czasu nie pozwala im na włączenie się w organizowanie zajęć z zakresu kultury żywego

⁹ Logopedzi biorący udział w przesiewowych badaniach mowy zostali poproszeni przeze mnie o udzielenie wywiadu bezpośredniego na temat ich pracy (dyspozycje do wywiadu znajdują się w aneksie, załącznik nr 5).

słowa na terenie przedszkola. Większość terapeutów podkreślała, że możliwość podejmowania przez nich działań o charakterze szeroko rozumianej profilaktyki i promocji rozwoju mowy w warunkach przedszkola nie jest realna z powodu ograniczeń czasowych i organizacyjnych. Mają przy tym świadomość, że taki stan rzeczy ma znaczący wpływ na skuteczność ich pracy. Również brak lub niedostateczna koordynacja działań z pracą innych specjalistów i nauczycieli jest jednym z determinantów skuteczności opieki logopedycznej.

Wszyscy logopedzi biorący udział w wywiadzie deklarują, że udzielają konsultacji nauczycielom na terenie przedszkola, ale większość (8 osób) wyłącznie na wniosek nauczyciela. Szkolenia dla nauczycieli i prelekcje dla rodziców zorganizowało 3 logopedów. Na pytanie o podejmowanie współpracy ze środowiskiem psychologów na rzecz promocji rozwoju mowy dzieci i profilaktyki logopedycznej logopedzi odpowiadali twierdząco, ze wskazaniem na psychologów przedszkolnych, z którymi dochodzi do realnej kooperacji. Natomiast grupą zawodową, z którą logopedzi poszukują najmniej kontaktów, są lekarze. Współpraca z innymi specjalistami, a zwłaszcza z przedstawicielami służby zdrowia, wydaje się być jednym z istotnych czynników skutecznej profilaktyki logopedycznej. Jest to dostrzegane i wykorzystywane w innych krajach. Dla przykładu w Stanach Zjednoczonych istnieją regulacje prawne, które zobowiązują, zwłaszcza środowisko nauczycieli i lekarzy, do podejmowania identyfikacji i wczesnej interwencji zaburzeń mowy, jeszcze przed tradycyjnym okresem zapisu dziecka do szkoły¹⁰. W polskich realiach jak na razie brak jest konkretnych uregulowań dotyczących współpracy między przedstawicielami świata medycyny i logopedami. Obecny stan wydaje się dość niekorzystny – zmniejszająca się liczba pediatrów nie sprzyja podejmowaniu przez nich dodatkowych działań diagnostycznych związanych z profilaktyką logopedyczną. W niniejszych badaniach dokonałam próby rozpoznania opinii obu tych grup zawodowych na temat współpracy w zakresie profilaktyki i wczesnej interwencji logopedycznej. Analiza wyników badania ankietowego przeprowadzonego wśród logopedów wskazuje, że większość respondentów przychylnie odnosi się do idei współpracy z lekarzami. Widoczny jest natomiast brak wspólnej wizji, jak

¹⁰ Strategie i metody diagnozy dzieci z zaburzeniami rozwoju w USA stale ewoluują, ale najbardziej zalecany i upowszechniany jest model dokonywania przesiewu pod kątem wystąpienia zaburzeń rozwojowych, w tym zaburzeń mowy, w ramach opieki zdrowotnej – rutynowych wizyt kontrolnych u lekarza. Badania prowadzone wśród amerykańskich pediatrów wykazują jednak, że pomimo zalecanych standardów nie zawsze stosują oni testy przesiewowe do wczesnego wykrywania zaburzeń mowy, tłumacząc to czasochłonnością tych działań. Zob. *Individuals with Disabilities – Education Act (IDEA)*. Washington DC 1991, s. 102-119; R. D. Smith: *The use of developmental screening tests by primary pediatricians*. „The Journal of Pediatrics” 1978, nr 93, s. 524-527; R. S. Sturner, T. L. Layton, A. W. Evans, J. H. Heller, S. G. Funk, M. W. Machon: *Preschool Speech and Language Screening Test: A review of currently available tests*. „American Journal of Speech-Language Pathology” 1994, nr 2, s. 2-25.

ta kooperacja miałyby być realizowana. Zapytani, czy docierają do nich na konsultacje dzieci skierowane przez lekarzy, logopedzi z terenu przesiewowych badań mowy odpowiedzieli w większości przypadków przecząco (5 osób). Podobnie większość logopedów z drugiej grupy (spoza terenu przesiewowych badań mowy) uważa, że lekarze nie kierują do nich dzieci na konsultacje (8 osób). Wszyscy respondenci, w obu grupach, na pytanie, czy oni kierują dzieci na konsultacje do specjalistów służby zdrowia, odpowiedzieli twierdząco. Wśród zalecanych przez nich specjalizacji medycznych najczęściej wymieniane były: ortodonta, stomatolog, laryngolog, natomiast rzadziej audiolog, neurolog i foniatra. Ponad połowa ankietowanych logopedów z terenu, na którym prowadzone były przesiewowe badania mowy (4 osoby), przyznała, że po zaleconych konsultacjach medycznych otrzymuje informację zwrotną od lekarzy. Wśród ankietowanych logopedów drugiej grupy (spoza terenu badań przesiewowych) takie informacje otrzymuje jeszcze większa grupa, bo aż 9 respondentów. Logopedzi dostrzegają w środowisku służby zdrowia wolę współpracy. Istotne jest jednak określenie jej zasad. Obraz współpracy z lekarzami wyłaniający się na podstawie badań ankietowych w obu grupach logopedów przedstawia się dość skromnie. Najczęściej kontakty terapeutów ze środowiskiem służby zdrowia sprowadzają się do kierowania dzieci na konsultacje medyczne.

Podejmowanie różnorodnych działań profilaktycznych i popularyzujących logopedię jako naukę interdyscyplinarną, ściśle związaną z takimi zagadnieniami jak promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, może przynieść ogromne korzyści w budowaniu więzi pomiędzy tymi specjalnościami. Jak już wspomniałam, większość respondentów stwierdza, że jedyną formą współpracy z tym środowiskiem jest kierowanie dzieci na konsultacje medyczne. Środowisko logopedów sygnalizuje potrzebę nawiązania współpracy ze światem służby zdrowia, a jednocześnie nie praktykuje udzielania informacji zwrotnej lekarzowi po zaleconej przez niego konsultacji logopedycznej¹¹. Aktywizacja obu tych środowisk na rzecz intensyfikacji współpracy powinna być w przyszłości jednym z priorytetowych zadań.

W zarysowanym w wywiadach bezpośrednich obrazie profilaktycznych działań logopedów występują pewne różnice w porównaniu z wizją przedstawioną w badaniu ankietowym. Logopedzi akcentowali podczas wywiadów, że mają świadomość, iż ta jakże istotna sfera ich oddziaływań – profilaktyka i wczesna interwencja – jest realizowana przez nich w stopniu niewystarczającym. W ich odczuciu spowodowane jest to głównie narzuconymi im zasadami organizacji pracy oraz ograniczeniami czasowymi. Wszyscy

¹¹ Opinie lekarzy na ten temat zaprezentowane zostały w podrozdziale trzecim.

respondenci podkreślali, że czują potrzebę intensyfikacji działań profilaktycznych, jednakże w obecnej sytuacji w ramach obowiązującej ich organizacji pracy uznawali to za nierealne. W świetle poglądów deklarowanych przez logopedów działania logopedyczne podejmowane przez nich w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym są niewystarczające w stosunku do potrzeb. Można sądzić, że w związku z tym główna aktywność logopedów koncentruje się na prowadzeniu działalności terapeutycznej. W toku prowadzenia badań sondażowych poddano zatem pod osąd logopedów zakres i skuteczność prowadzonych przez nich działań terapeutycznych wśród dzieci w wieku przedszkolnym. W oparciu o zgromadzone z tych źródeł dane można stwierdzić, że działania o charakterze terapeutycznym dominują w codziennej praktyce terapeuty mowy zatrudnionego w warunkach przedszkola. Pomimo że logopedzi zgodnie twierdzili, że zintensyfikowanie działań profilaktycznych jest oczywistym wymogiem warunkującym skuteczność, to przyznawali, że w swojej pracy nadal koncentrują się na doraźnych zabiegach terapeutycznych¹².

Wśród czynników decydujących o zakwalifikowaniu dziecka na terapię logopedyczną na terenie przedszkola logopedzi za najważniejszy zgodnie uznawali negatywny wynik diagnozy logopedycznej.

Tabela V.6.

Czynniki determinujące kwalifikację dziecka na terapię logopedyczną w przedszkolu (opinie logopedów); N = 19

Czynnik decydujący o zakwalifikowaniu dziecka na terapię logopedyczną na terenie przedszkola	Liczba odpowiedzi logopedów z terenu badań; N = 7*	Liczba odpowiedzi w grupie innych logopedów; N = 12*
Wiek dziecka	4	9
Wskazanie wychowawcy grupy	4	4
Prośba rodzica	4	7
Skierowanie od lekarza	2	1
Wynik diagnozy logopedycznej	7	11
Wynik przesiewowego badania mowy	6	5

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

¹² Dane do oceny terapeutycznych działań logopedów wśród dzieci w wieku przedszkolnym pozyskiwane były przede wszystkim na drodze analizy wyników badań ankietowych (w obu grupach logopedów: z terenu i spoza terenu badań) oraz w oparciu o wywiady uzupełniające z logopedami z terenu badań i rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Pomimo sposobu organizacji pomocy logopedycznej, który teoretycznie wymusza objęcie opieką jedynie dzieci sześciolletnich, odpowiedzi udzielane przez ankietowanych logopedów świadczą, że za konieczne uznają oni podejmowanie wczesnej interwencji. W wywiadach bezpośrednich przeprowadzonych przeze mnie z grupą logopedów z terenu przesiewów przyznawali, że w wielu przypadkach rodzice młodszych dzieci, mimo zaleceń przedszkola, nie korzystali z pomocy logopedy w poradni psychologiczno-pedagogicznej¹³. Z uwagi na ten fakt logopedzi doraźnie, za zgodą dyrektora, podejmują incydentalne oddziaływanie terapeutyczne wobec dzieci młodszych niż sześciolletnie. Zarówno dyrektorzy przedszkoli, jak i logopedzi zgodnie przyznawali, że taka sytuacja nie jest korzystna i ma wpływ na ogólną skuteczność oddziaływań logopedycznych. Logopedzi akcentowali natomiast fakt, że wymóg obejmowania opieką głównie dzieci sześciolletnich kłóci się z podstawową zasadą prowadzenia terapii zaburzeń mowy. W odczuciu terapeutów mowy zasada wczesnego rozpoczęcia terapii, zgodnie z którą w każdym przypadku stwierdzenia zaburzeń mowy należy jak najszybciej podjąć interwencję terapeutyczną, pozwala na skrócenie czasu trwania terapii i zwiększa jej efektywność¹⁴. W toku prowadzonych wywiadów bezpośrednich logopedzi stwierdzali, że pomimo towarzyszącej im świadomości o potrzebie wczesnej interwencji w praktyce decydujący jest wiek dziecka – największe szanse na objęcie terapią mają dzieci z najstarszych grup przedszkolnych. Analiza materiału zgromadzonego podczas badań ankietowych wskazuje na wpływ, jaki miał udział logopedów w akcji przesiewowych badań mowy. Na pytanie o czynniki determinujące obejmowanie dziecka terapią logopedzi uczestniczący w przesiewach częściej deklarowali uwzględnianie w codziennej praktyce niemal wszystkich wymienionych czynników. Uderzająca jest znaczna przewaga w tej grupie kwalifikacji do terapii na podstawie skierowań od lekarzy. Pozwala to wierzyć, że sygnalizowana wcześniej obawa o współpracę ze środowiskiem lekarskim nie znajduje odbicia w rzeczywistości. Podniesienie poczucia kompetencji logopedów w wyniku różnych działań podjętych w ramach badań przesiewowych najprawdopodobniej zminimalizowało jedynie lęk przed pracą z rzadziej występującymi formami zaburzeń mowy. Nie zniechęciło to natomiast do kontaktów z lekarzami, a raczej pomogło określić zasady współpracy. Terapeuci mowy z przedszkoli objętych badaniami przesiewowymi znacznie częściej biorą pod uwagę skierowania do lekarzy. Interesujące wydaje się być rozważenie wpływu innych czynników

¹³ Bardziej szczegółowa analiza opinii logopedów związanych z ich oddziaływaniami profilaktyczno-terapeutycznymi znajduje się w kolejnym podrozdziale.

¹⁴ Por. G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pekala: *Diagnoza i terapia logopedyczna zaburzeń komunikacji u dzieci*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Opole 2003, s. 327.

na zróżnicowanie postaw logopedów w tej kwestii. Ich analiza nie jest jednak przedmiotem niniejszej pracy.

Ponieważ opieka logopedyczna w warunkach przedszkola, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej, powinna odbywać się w zespołach 2–4-osobowych, a jedynie za zgodą organu prowadzącego – indywidualnie, dyrektorzy zalecają logopedom prowadzenie zajęć w małych grupach terapeutycznych, dobranych ze względu na rodzaj zaburzenia. Taka organizacja pracy spotyka się z krytyką ze strony logopedów. Terapeuci mowy podają przykłady z praktyki logopedycznej, które wskazują, że jest to również czynnik obniżający skuteczność ich działań. W opinii logopedów zajęcia grupowe są wskazane w przypadku ćwiczeń ortofonicznych, kierowanych najczęściej do całych grup przedszkolnych¹⁵. Natomiast zajęcia terapeutyczne nastawione na korekcję konkretnego zaburzenia nie powinny być ich zdaniem prowadzone grupowo, ponieważ uniemożliwia to stosowanie zasady indywidualizacji terapii logopedycznej¹⁶. Zajęcia terapeutyczne prowadzone grupowo często przestają mieć znamiona procesu korekcyjnego i stają się grupowymi ćwiczeniami ortofonicznymi. W wywiadach bezpośrednich logopedzi z terenu przesiewów przyznawali, że są obligowani do prowadzenia terapii w formie grupowej, co wpływa negatywnie na skuteczność tych działań.

Interesujące z punktu widzenia efektywności prowadzonej przez logopedów terapii wydawało się poznanie poglądów logopedów na stopień zainteresowania rodziców i opiekunów dzieci problematyką logopedyczną. W odczuciu logopedów zatrudnionych w przedszkolach rodzice dzieci są zainteresowani przebiegiem odbywającej się tam terapii logopedycznej. Wszyscy ankietowani (7 osób) z terenu badań przesiewowych wyrazili taką opinię, a w drugiej grupie logopedów aż 11 na 12 osób stwierdziło, że rodzice/opiekunowie manifestują zainteresowanie opieką logopedyczną w przedszkolu. Poza zaprezentowanymi w tabeli V.7. formami zainteresowania rodziców przebiegiem terapii logopedycznej respondenci podawali również dokonywanie wpisów (korespondencja) w zeszytach ćwiczeń. Logopedzi uznali także, że postępy dziecka w terapii, świadczące o systematycznej pracy w domu, dowodzą zaangażowania rodzin.

¹⁵ Ortofonia jest działem nauki o języku i zajmuje się zagadnieniami poprawnej wymowy. Określenie *ćwiczenia ortofoniczne* w praktyce logopedycznej oznacza cały zestaw grup ćwiczeń, których celem jest stymulowanie poprawnej, zgodnej z normą językową wymowy. Są to elementy ćwiczeń: oddechowych, fonacyjnych, logorytmicznych, kształcących słuch fonematyczny, usprawniających narządy mowne. Zob. np. G. Demel: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa 1994, s. 19-27; J. Nowak: *Ćwiczenia usprawniające mowę w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*. Bydgoszcz 1995, s. 7-10; E. Sachajska: *Uczymy poprawnej wymowy*. Warszawa 1992, s. 13-22.

¹⁶ Zob. G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pekala: *op. cit.*, s. 327.

Tabela V.7.**Zainteresowanie rodziców terapią logopedyczną w przedszkolu (opinie logopedów); N = 19**

Sposoby okazywania zainteresowania przebiegiem terapii logopedycznej prowadzonej na terenie przedszkola	Liczba odpowiedzi logopedów z terenu badań; N = 7*	Liczba odpowiedzi w grupie innych logopedów; N = 12*
Utrzymują bezpośredni kontakt z logopedą	7	10
Utrzymują pośredni kontakt z logopedą – poprzez wychowawcę grupy	2	3
Utrzymują pośredni kontakt z logopedą – telefoniczny	0	0

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Przedmiotem badań była również współpraca zatrudnionych w przedszkolach terapeutów ze specjalistami z innych placówek. Przykładem niedostatecznej koordynacji działań i znikomej współpracy specjalistów może być system pozyskiwania informacji o przebiegu terapii logopedycznej dziecka odbywającej się poza przedszkolem.

Tabela V.8.**Źródła informacji o innych formach terapii mowy, w której dziecko uczestniczy (opinie logopedów); N = 19**

Sposób pozyskiwania przez logopedę informacji o przebiegu terapii prowadzonej poza placówką	Liczba odpowiedzi logopedów z terenu badań; N = 7*	Liczba odpowiedzi w grupie innych logopedów; N = 12*
Od wychowawcy grupy	2	1
Od rodziców dziecka	6	7
Od logopedy prowadzącego terapię w innej placówce	1	0
Pośrednio – poprzez dokumentację przebiegu terapii (zeszyt dziecka z zapisem terapii)	3	3

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Większość ankietowanych logopedów odpowiadała, że nie otrzymuje informacji na temat uczestnictwa dzieci w terapii logopedycznej poza przedszkolem bezpośrednio od pracującej z nim osoby. Natomiast terapeuci mowy, którzy posiadają wiedzę na ten temat, pozyskali ją najczęściej w kontaktach z rodzicem oraz w oparciu o dokumentację przebiegu terapii (zeszyt przynoszony przez dziecko). Dwie osoby spośród ankietowanych logopedów podały, że wiedzę na temat uczestnictwa swojego podopiecznego w terapii poza przedszkolem

pozyskują bezpośrednio od dziecka. Nie świadczy to korzystnie o przepływie informacji między specjalistami. Dane te wskazują, że dość często logopedzi prowadzą swoje działania terapeutyczne w oderwaniu od organizowanych równolegle form pomocy, nie konsultują się z innymi terapeutami mowy, nie mają informacji o przebiegu terapii logopedycznej prowadzonej poza przedszkolem. Taka sytuacja nie pozostaje prawdopodobnie bez wpływu na efektywność terapii. Wydaje się, że niejednokrotnie wykazywany w wynikach omawianych badań brak skoordynowania działań środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka w wieku przedszkolnym jest istotną barierą skuteczności opieki logopedycznej nad dzieckiem. Również wywiady z logopedami potwierdziły, że terapia logopedyczna w warunkach przedszkola jest często prowadzona w oderwaniu od oddziaływań terapeutycznych w innych placówkach. Logopedzi przyznawali, że najczęściej nie są informowani o tym, że dziecko korzysta z pomocy logopedycznej poza przedszkolem i jaki przebieg ma ta terapia. Czasami uzyskują informację wyłącznie o fakcie uczestnictwa dziecka w terapii, ale nie znają konkretnych danych związanych z jej przebiegiem. Zarówno logopedzi zatrudnieni w przedszkolach, jak i w poradni psychologiczno-pedagogicznej przyznają, że najczęściej brak im czasu na konsultowanie dzieci pozostających pod ich wspólną opieką. Jednocześnie stwierdzają, że ilość dzieci obejmowanych terapią poza przedszkolem w ich odczuciu jest znikoma w odniesieniu do realnych potrzeb. Logopedzi przedszkoli sygnalizowali, że część rodziców wykazuje opór przed skorzystaniem z pomocy poradni. Zasadne wydaje się w związku z tym popularyzowanie działalności placówek specjalistycznych i zapoznanie środowisk lokalnych z ich ofertą.

Logopedzi poradni psychologiczno-pedagogicznej przyznali, że nie prowadzą dla przedszkoli zestawień ułatwiających udostępnianie danych o przebiegu terapii. Terapeuci mowy zatrudnieni w przedszkolach w większości nie byli też zorientowani, że w rejonowej poradni odbywają się inne, poza diagnozą i terapią indywidualną, formy pomocy dziecku w wieku przedszkolnym. Pracownicy działu opieki logopedycznej rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej podejmują różnorodne działania zmierzające do intensyfikowania współpracy z innymi specjalistami, a przede wszystkim do popularyzowania oferty placówki w środowisku¹⁷. Logopedzi z przedszkoli w znikomym stopniu korzystali

¹⁷ Takiej popularyzacji oferty poradni psychologiczno-pedagogicznej mają służyć przede wszystkim cykliczne spotkania dla logopedów, odbywające się raz w semestrze w poradni, podczas których logopedzi zapoznawani są z ofertą tej placówki. Jednak logopedzi z terenu nie uczestniczą powszechnie w tych spotkaniach, gdyż odbywają się one po godzinach pracy w przedszkolu. Pracownicy działu opieki logopedycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 uznali również za zasadne zorganizowanie w ramach Dnia Bezpłatnych Diagnoz Logopedycznych 8 marca 2008 r. – spotkania warsztatowego dla wszystkich zainteresowanych logopedów z terenu działania poradni oraz członków I katowickiego zespołu doskonalenia logopedów, podczas

z możliwości kierowania swoich podopiecznych na zajęcia grupowe dla przedszkolaków z zaburzeniami kontaktu i komunikacji, dla dzieci odroczonego od obowiązku szkolnego czy na zajęcia prowadzone *Metodą dobrego startu*. Konsultacje prowadzone wspólnie przez logopedów poradni i przedszkoli po przesiewowych badaniach mowy przyczyniły się do poprawy sytuacji. Stały się okazją do wymiany informacji o różnych formach działań podejmowanych przez logopedów.

Na podstawie analizy dokumentacji prowadzonej przez logopedów rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej stwierdzono, że w roku szkolnym 2006/2007 w indywidualnej terapii logopedycznej w tej placówce uczestniczyło 68 dzieci z przedszkoli objętych przesiewami. Oprócz tego opieką logopedyczną w poradni objętych było jeszcze 56 dzieci z pozostałych placówek przedszkolnych, 74 dzieci ze szkół podstawowych, 8 gimnazjalistów, 10 osób uczęszczających do szkół ponadgimnazjalnych i 3 osoby nieuczące się. Z terapii logopedycznej na terenie poradni skorzystało również 8 dzieci w wieku do 3. roku życia. Logopedzi prowadzili ponadto różne formy zajęć grupowych. W zajęciach dla dzieci z zaburzeniami kontaktu i komunikacji, które odbywały się z udziałem rodziców, udział wzięło 6 dzieci. Natomiast 16 sześciu- i siedmiolatków brało udział w zajęciach grupowych prowadzonych przez psychologa i pedagoga *Metodą dobrego startu*. Logopedzi prowadzili również grupy dla dzieci i młodzieży jękającej się. Ta forma terapii ukierunkowana była na pomoc młodzieży oraz ich rodzinom, a jedynie w sporadycznych przypadkach młodszym dzieciom. W roku szkolnym 2006/2007 w zajęciach w tej grupie brało udział 15 osób. Dział opieki logopedycznej poradni oferował również zajęcia dla młodzieży uzdolnionej, zainteresowanej pracą głosem, skutecznym publicznym występowaniem. W 4 grupach emisyjno-dykcyjnych, w których realizowano także elementy autoprezentacji, wzięło udział w sumie 30 gimnazjalistów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Logopedzi poradni psychologiczno-pedagogicznej zauważyli tendencję wzrostową w zakresie zainteresowania zagadnieniami promocji rozwoju mowy środowiska opiekuńczo-wychowawczego z terenu badań przesiewowych. Wprawdzie w ich odczuciu ilość dzieci z terenu badań i spoza terenu badań objętych terapią w ich poradni wydaje się być porównywalna, to jednak intensywniej z pomocy logopedycznej korzystają przedszkolaki z przedszkoli, w których prowadzone były przesiewy. Logopeda poradni zauważył: „(...) rodzice z terenu, na którym prowadziliśmy przesiewowe badania mowy, prezentują wyższą świadomość w kwestiach logopedycznych i większe zaangażowanie w terapię. Z tych przedszkoli obserwujemy znacznie więcej

którego prowadzone były diagnozy i konsultacje dla wszystkich zainteresowanych. Akcja ta miała na celu między innymi promocję poradni w środowisku.

samorządowych – z inicjatywy rodziców zgłoszeń dzieci na terapię logopedyczną do naszej poradni. Podobną prawidłowość sygnalizują nam logopedzi zatrudnieni w tych przedszkolach – rodzice, częściej niż miało to miejsce przed badaniami przesiewowymi, zwracają się do nich po poradę i konsultację”. Można zatem stwierdzić, że badania przesiewowe spełniają rolę aktywizującą w środowisku. Również współpraca poradni psychologiczno-pedagogicznej z przedszkolami, w których prowadzone były przesiewy, w opinii logopedów jest ściślejsza.

Zwraca uwagę stosunkowo mała liczba dzieci objętych różnymi formami logopedycznej pomocy terapeutycznej na terenie poradni psychologiczno-pedagogicznej w stosunku do skali potrzeb ujawnionych w badaniach¹⁸. Wydaje się, że przyczyn takiego zjawiska można szukać przede wszystkim w ograniczonych możliwościach poradni, która nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb w zakresie prowadzenia terapii indywidualnej. Popularyzacja oferty zawierającej propozycje zajęć grupowych mogłaby, choć częściowo, zminimalizować niekorzystne skutki zbyt małej obsady logopedów w tej poradni. Poprawę sytuacji zapewniłoby zapewne również zwiększenie dostępności zajęć specjalistycznych, trudnych do zrealizowania w warunkach przedszkola. Potrzebne wydaje się zatem doprecyzowanie kryteriów kierowania dzieci na terapię do placówek specjalistycznych (takich jak poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz poradnie działające przy jednostkach służby zdrowia) na terapię indywidualną, przy jednoczesnym popularyzowaniu form pracy grupowej. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne obejmują opieką wszystkie dzieci od momentu urodzenia aż do ukończenia edukacji. W rejonie poradni, poza 10 przedszkolami objętymi przesiewami, znajduje się jeszcze 8 placówek przedszkolnych, 12 szkół podstawowych, 9 gimnazjów oraz 9 zespołów szkół ponadgimnazjalnych. Poradnia zatrudnia trzech logopedów – każdy z nich pracuje w wymiarze połowy etatu (zaledwie 10 godzin tygodniowo). Nawet w przypadku zwiększenia ilości etatów logopedycznych w poradniach konieczne byłoby przezwyciężenie bariery psychologicznej u pewnej grupy rodziców. Logopedzi udzielający konsultacji po przesiewach logopedycznych spotykali się w wielu przypadkach z negatywnie nacechowanym stosunkiem rodziców/opiekunów do propozycji konsultacji w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Wskazane jest zatem intensywne prowadzenie działań promujących pracę poradni w środowisku opiekuńczo-wychowawczym dzieci w wieku przedszkolnym. Wydaje się, że przepływ informacji, a co za tym idzie jakość współpracy pomiędzy terapeutami z różnych placówek, jest niedostateczna i na ich poprawie

¹⁸ Szczegółowa analiza potrzeb w zakresie działań logopedycznych w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym została przeprowadzona w rozdziale IV niniejszej pracy.

powinny koncentrować się wysiłki logopedów. Zwracają oni także uwagę, że organizacja ich pracy utrudnia im podejmowanie takich działań.

Na podstawie dostępnych źródeł informacji – badań ankietowych, wywiadów i dokumentacji logopedycznej – wyłania się obraz procesu terapii logopedycznej wobec dziecka w wieku przedszkolnym. Terapia dziecka w wieku przedszkolnym, zarówno w przedszkolu, jak i w innych placówkach, to najczęściej zajęcia z zakresu korekcji wad wymowy. W przedszkolu często zajęcia te odbywają się w małych kilkusobowych zespołach, bo taki jest wymóg formalny. W przeciwieństwie do terapii w poradni psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolu zajęcia odbywają się bez udziału rodziców. O jej przebiegu opiekunowie dowiadują się najczęściej na podstawie zapisków w zeszycie dziecka. Taka sytuacja powoduje, że rodzice nie są często aktywnymi uczestnikami procesu terapeutycznego, nie są świadomi swojej roli w nim. Jest to zapewne jeden z czynników osłabiających efektywność terapii logopedycznej prowadzonej w przedszkolu. Przedszkola nie zapewniają innych form pracy terapeutycznej, natomiast w poradni psychologiczno-pedagogicznej odbywają się grupowe zajęcia terapii mowy, również z udziałem rodziców. Jednakże udział dzieci z placówek objętych przesiewami w zajęciach terapeutycznych na terenie poradni jest relatywnie niski. Wyraźnie zatem uwidacznia się fakt, że przedszkole jest tym ośrodkiem, w którym podejmowany jest główny ciężar opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku od 3 do 7 lat. Wydaje się, że niezwykle istotne jest rozpoczęcie działań mogących usprawnić przepływ informacji pomiędzy pracownikami poszczególnych placówek, aby logopedzi posiadali pełną wiedzę na temat oferty poradni, a także forma pomocy udzielanej konkretnym podopiecznym, pod warunkiem zgody rodzica.

3. Stan opieki logopedycznej w ocenie nauczycieli przedszkola, rodziców dzieci objętych badaniem przesiewowym i lekarzy

Identyfikacja zaburzeń rozwojowych dziecka powinna być dokonywana zarówno przez przedstawicieli służby zdrowia, jak i pracowników oświatowych – nauczycieli i innych specjalistów zatrudnionych w placówkach tego resortu. Ogromną rolę mogą odegrać w tym procesie rodzice, którzy mają podstawową wiedzę o prawidłach rozwoju mowy i wiedzą, jak ten proces stymulować oraz gdzie mogą szukać pomocy w razie zaburzeń rozwojowych. Taka skoordynowana współpraca jest optymalnym rozwiązaniem z punktu widzenia możliwości dotarcia do jak najszerszej rzeszy odbiorców. Zintensyfikowane wysiłki całego środowiska opiekuńczo-wychowawczego na rzecz promocji rozwoju mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym pozwalają minimalizować koszty oddziaływań terapeutycznych. Niestety w praktyce lekarze nie zawsze podejmują się identyfikacji problemów związanych z wystąpieniem objawów zaburzeń rozwoju mowy. Przyczynami takiego stanu są bardzo zróżnicowane czynniki, jak np. brak czasu, niewystarczająca wiedza z tego zakresu. Główny ciężar profilaktyki i interwencji logopedycznej spada najczęściej na placówki edukacyjne. Wyjątkowo niekorzystna jest wówczas sytuacja dzieci nieuczęszczających do przedszkola. Wydaje się, że ideałem byłoby, gdyby to lekarze identyfikowali problem. Jednak badania naukowe prowadzone np. w Stanach Zjednoczonych wskazują, że to raczej nauczyciele są bardziej wrażliwi na występowanie zaburzeń mowy u dzieci, a zwłaszcza na problemy artykulacyjne¹⁹. Celowe jest zatem, obok popularyzowania zagadnień promocji rozwoju mowy w środowisku służby zdrowia, uruchomienie potencjału nauczycieli i wykorzystanie ich możliwości podejmowania działań z zakresu wczesnej interwencji logopedycznej. Istotne jest także popularyzowanie w środowisku zagadnień związanych z profilaktyką logopedyczną, tak aby każdy zainteresowany rodzic miał świadomość, gdzie może szukać pomocy w razie obaw związanych z rozwojem mowy dziecka.

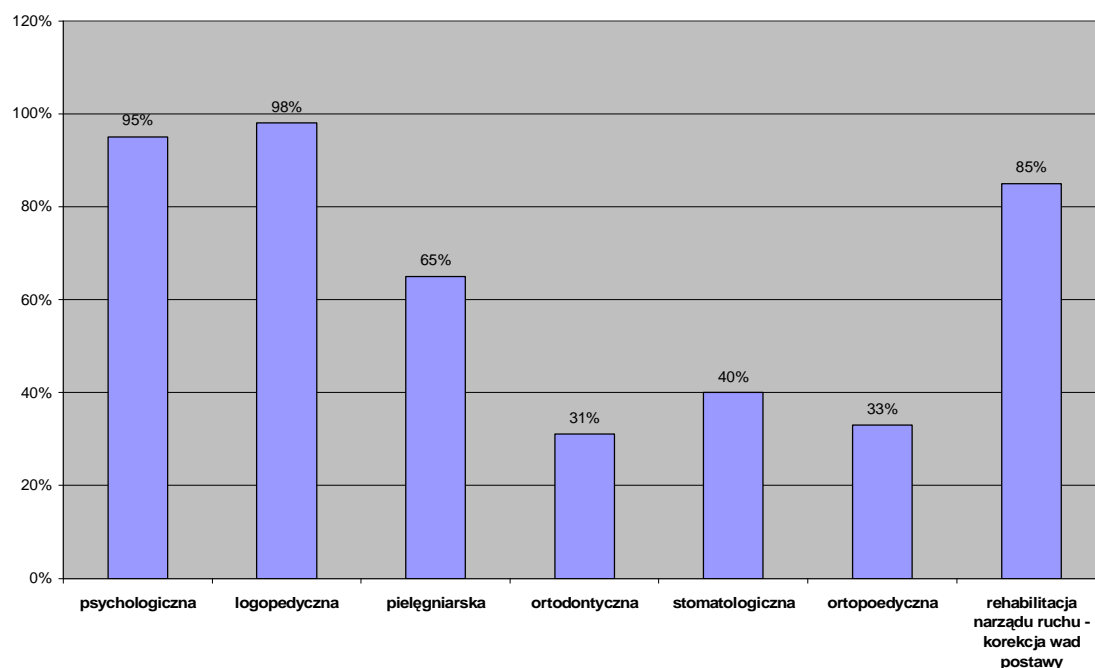
W podjętych badaniach postanowiłam poznać poglądy i opinie nauczycieli przedszkoli oraz rodziców/opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym na temat opieki logopedycznej nad dzieckiem w tym okresie życia. Badanie ankietowe prowadzone wśród nauczycieli obejmowało grupę pedagogów z przedszkoli, w których były prowadzone przesiewy logopedyczne. Na pytanie o formy opieki specjalistycznej, jakimi powinny być otoczone

¹⁹ Zob. R. S. Sturmer, S. G. Funk, J. A. Green: *Preschool Speech and Language Screening: Further Validation of the Sentence Repetition Screening Test*. „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics” 1996, t. 17, nr 6, s. 411.

dzieci w warunkach przedszkola, respondenci najczęściej wymieniali pomoc logopedyczną i psychologiczną, a także rehabilitację ruchową. Może to świadczyć o znajomości regulacji prawnych w tym zakresie. Wskazuje to również na dużą świadomość potrzeb w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju. Inne formy opieki specjalistycznej (ortodontyczna, stomatologiczna, ortopedyczna) wybierała już mniejsza grupa nauczycieli. Być może jest to związane z faktem, że w swojej pracy wychowawcy w przedszkolach bazują przede wszystkim na potencjale dziecka w zakresie sfery językowej, emocjonalnej i sprawności motorycznej. W mniejszym stopniu natomiast nauczyciele są zainteresowani stanem uzębienia czy warunkami anatomicznymi jamy ustnej.

Wykres V.1.

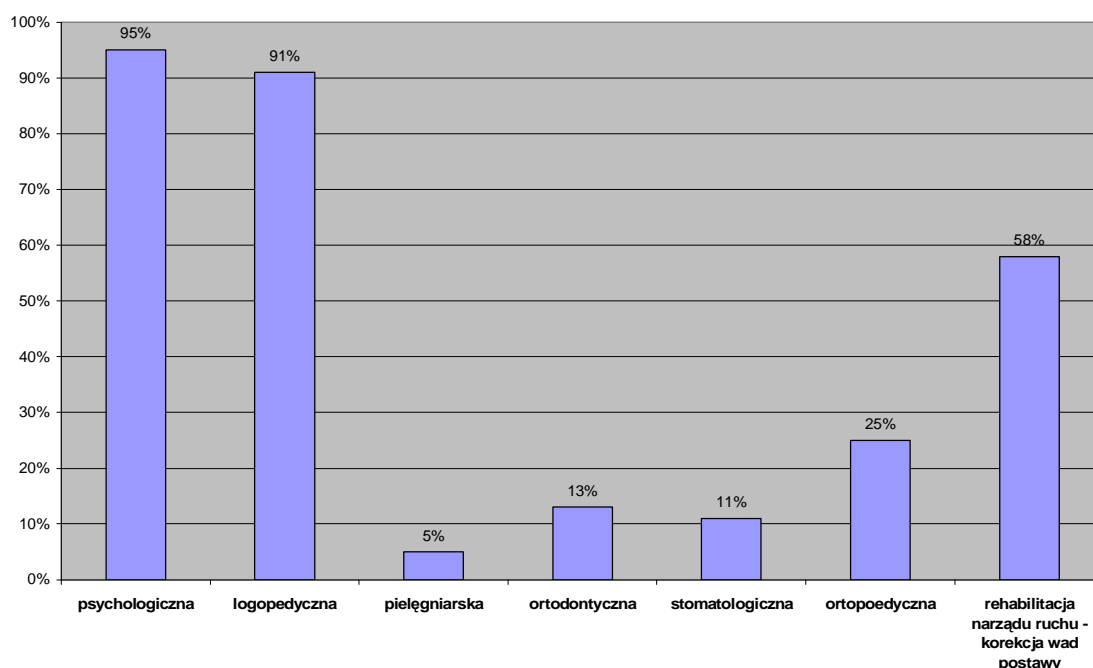
Postulowane przez nauczycieli przedszkola formy opieki specjalistycznej, którą powinny być objęte dzieci w przedszkolu; N = 55



Dwóch spośród ankietowanych nauczycieli stwierdziło, że specjalista, który powinien być dostępny w warunkach przedszkola, to lekarz, nie uściślając przy tym, jakiej specjalizacji. Być może w opinii tych nauczycieli przydatne byłoby zapewnienie w przedszkolach dyżurów pediatrów. Odpowiedzi udzielane przez nauczycieli sygnalizują generalnie pozytywny stosunek do zapewnienia pomocy psychopedagogicznej na terenie placówki. Do zadań przedszkoli w tym zakresie nauczyciele włączają szeroko rozumianą stymulację rozwoju dziecka, realizowaną poprzez zatrudnienie zarówno logopedów, psychologów, jak i rehabilitantów.

Większość respondentów, bo aż 52 osoby odpowiedziały, że kierują dzieci na konsultacje specjalistyczne. Wśród najczęściej rekomendowanych przez nauczycieli rodzicom/opiekunom dzieci znalazły się przede wszystkim konsultacje psychologiczne i logopedyczne. Tym razem nieznacznie częściej ankietowani wybierali konsultacje psychologiczne. Jedna z nauczycielek skierowała dziecko do neurologa. Podsumowując, można stwierdzić, że wyrażona przez kierowanie dzieci do specjalistów wola współpracy środowiska nauczycielskiego ze specjalistami stanowi cenny wkład w wypracowywanie modelowego systemu opieki nad dzieckiem.

Wykres V.2.
Konsultacje specjalistyczne zalecane dzieciom przez nauczycieli przedszkoli; N = 55



Nauczyciele, którzy dostrzegają potrzebę konsultacji logopedycznej, najczęściej za optymalny moment takich porad uznawali pierwszy rok pobytu dziecka w przedszkolu, niezależnie od jego wieku. Takiej odpowiedzi udzieliła prawie połowa ankietowanych. Aż 27 nauczycieli uznało zatem, że istotna jest wczesna interwencja logopedyczna, a wiek dziecka nie powinien warunkować możliwości kontaktu ze specjalistą.

Tabela V.9.**Optymalny wiek dziecka do skierowania na konsultację logopedyczną w przedszkolu (opinie nauczycieli); N = 55**

Optymalny moment skierowania dziecka na konsultację logopedyczną	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
W pierwszym roku pobytu dziecka w przedszkolu, niezależnie od wieku dziecka	27
W wieku 2–3 lat	8
W wieku 4 lat	18
W wieku 5 lat	5
W wieku 6 lat	3
Bezpośrednio przed zakończeniem uczęszczania dziecka do przedszkola	1

* Niektórzy respondenci zaznaczyli więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Pozytywnie rokuje fakt, że większość nauczycieli jest świadoma znaczenia wczesnej interwencji logopedycznej, a tylko jedna nauczycielka uważa, że kontakt logopedy z dzieckiem jest wskazany dopiero bezpośrednio przed zakończeniem edukacji przedszkolnej.

Poglądy respondentów na temat objawów, które powinny ich zaniepokoić i wymagają konsultacji logopedycznej, sygnalizują sporą dezorientację tego środowiska w kwestiach zakłóceń w nabywaniu mowy.

Tabela V.10.**Przejawy zaburzeń mowy wymagające konsultacji logopedycznej (opinie nauczycieli); N = 55**

Objawy zaburzeń	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
Dziecko nie przejawia motywacji do mówienia	31
Dziecko nie reaguje na komunikaty słowne w sposób świadczący o ich zrozumieniu	24
Dziecko manifestuje brak reakcji lub ograniczone reakcje na bodźce akustyczne	17
Dziecko ma kłopoty z nazywaniem, odpowiadaniem na pytania, opowiadaniem	14
Dziecko mówi mniej od swoich rówieśników	19
Dziecko mówi mniej wyraźnie od swoich rówieśników	36
Dziecko nie wymawia trudniejszych dźwięków mowy – takich, które potrafią wypowiedzieć jego rówieśnicy	40
Dziecko wsuwa język między zęby podczas artykulacji niektórych głosek	36
Mowa dziecka jest niepełna – dziecko powtarza lub przeciąga głoski, sylaby, całe wyrazy; ma problem z wypowiedzeniem jakiegoś słowa – nie może wydobyć głosu, ma problemy z oddechem, gdy mówi	32
Dziecko nawykowo oddycha przez usta	25
Dziecko ma kłopoty z nadmiernym ślinieniem się	15
Dziecko ma trudności z przeżuwaniami pokarmów	14

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Powyższe dane pokazują, jak silnie środowisko pedagogów koncentruje się na jednym z elementów sprawności językowej, jakim jest poprawna wymowa. Niestety sprzyja to bagatelizowaniu innych kluczowych aspektów komunikacji, takich jak problemy o charakterze odbiorczym lub nadawczym. Odzwierciedla to szerszy problem w ujmowaniu zaburzeń mowy w środowisku opiekuńczo-wychowawczym. Przywiązywanie niewspółmiernie dużej wagi do poprawnej wymowy poszczególnych głosek powoduje bagatelizowanie takich aspektów sprawności językowej jak rozumienie, nazywanie i formułowanie bardziej złożonych wypowiedzi. Jednocześnie niedoceniana jest waga funkcji prymarnych dla sprawności artykulacyjnej. W grupie 55 nauczycieli 29 badanych zasygnalizowało, że niepokojące dla nich są takie objawy jak nadmierny ślinotok lub problemy z przeżuwaniami pokarmów. Jest to zaskakujące w zestawieniu z dużym naciskiem środowiska nauczycielskiego na opanowywanie poprawnej wymowy. Z kolei 25 ankietowanych zwraca uwagę na zaburzenia oddychania. Symptomatyczny jest fakt, jak wielu nauczycieli koncentruje się przede wszystkim na manifestowanych przez dzieci problemach związanych z artykulacją.

Wśród preferowanych form współpracy pedagogów z logopedami przedszkola dominuje konsultacja, którą nauczyciele uważają za najbardziej optymalną. Aż 46 ankietowanych chętnie przedyskutowałoby swoje wątpliwości z logopedą. Również pozostałe formy współpracy są wskazane w opinii respondentów.

Tabela V.11.
Deklaracje nauczycieli przedszkoli na temat preferowanych form współpracy z logopedą przedszkola;
N = 55

Preferowane formy współpracy	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
Konsultacje logopedów i nauczycieli	46
Konsultacje logopedyczne dla rodziców za pośrednictwem nauczycieli	20
Logopedyczne zajęcia otwarte dla nauczycieli	32
Organizowanie przez logopedę zajęć ortofonicznych dla całej grupy dzieci z udziałem nauczyciela	41
Organizowanie przez logopedę przedszkola warsztatów, prelekcji dla nauczycieli, rodziców	36

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.
 Źródło: badania własne

W odpowiedziach udzielanych przez ankietowanych nauczycieli ujawnia się pewna obawa przed przejściem roli swoistego pomostu pomiędzy logopedą a rodzicem. Opór ten można tłumaczyć dużą ilością zadań, które stoją przed nauczycielem. Jednakże właśnie taka forma

współpracy jest, jak można sądzić, najbardziej wskazana z uwagi na częsty bezpośredni kontakt nauczyciela ze środowiskiem rodzinnym dziecka. Wyraźnie uwidacznia się potrzeba osobistej konsultacji z logopedą (46 udzielonych odpowiedzi). Cenną informacją jest fakt, że wielu ankietowanych (41 odpowiedzi) wskazało na chęć uczestnictwa w pokazowych zajęciach ortofonicznych organizowanych przez logopedę. Świadczy to zarówno o potrzebie doskonalenia zawodowego w tym zakresie, jak i o docenieniu znaczenia takich zajęć. Dwie osoby, oprócz wymienionych powyżej form współpracy, zaproponowały dodatkowo organizowanie zajęć otwartych dla rodziców wspólnie z logopedą.

Zdecydowana większość ankietowanych nauczycieli, bo aż 52 osoby, stwierdziły, że korzystają z konsultacji z logopedą na terenie przedszkola, a 42 z nich otrzymuje od logopedy propozycje ćwiczeń do wykorzystania z dziećmi na zajęciach. Aż 49 ankietowanych wyraziło gotowość do pogłębiania swojej wiedzy o zagadnienia logopedyczne²⁰.

Tabela V.12.
Preferencje nauczycieli w zakresie tematyki szkoleń związanych z problematyką logopedyczną; N = 55

Preferowana problematyka	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
Zapobieganie występowaniu zaburzeń mowy – zagadnienia z zakresu profilaktyki logopedycznej	27
Przeciwdziałanie negatywnym skutkom występowania zaburzeń mowy – zagadnienia z zakresu wczesnej interwencji logopedycznej	22
Zapobieganie występowaniu zjawiska dysleksji	13
Zapobieganie występowaniu jąkania wczesnodziecięcego	7
Propozycje ćwiczeń oddechowych, głosowych i artykulacyjnych	26
Propozycje ćwiczeń słuchu fonematycznego	23
Propozycje ćwiczeń dykcyjnych	20
Metody stymulowania sprawności językowej dziecka	19
Zasady wprowadzania wczesnej nauki czytania	16
Zasady higieny głosu nauczyciela	19
Promocja zdrowia poprzez działania z zakresu profilaktyki logopedycznej	6

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

²⁰ Trudno ocenić, na ile deklaracje nauczycieli wyrażają ich rzeczywiste poglądy. Podjęta bowiem przeze mnie (pod auspicjami jednej z prywatnych wyższych uczelni pedagogicznych) próba zorganizowania dla nauczycieli przedszkoli 30-godzinnego kursu o tej tematyce z powodu braku chętnych nie powiodła się.

Za najciekawsze zagadnienie w zakresie tematyki logopedycznej ankietowani uznali profilaktykę logopedyczną – zapobieganie zaburzeniom mowy. Inne wymienione przez nauczycieli treści to poszerzenie wiedzy na temat przyczyn występowania problemów logopedycznych u dzieci.

Wśród ankietowanych nauczycieli ponad połowa z nich (32 osoby) skorzystała z oferty warsztatowej rejonowej poradni-psycho logiczno pedagogicznej²¹.

Tabela V.13.

Udział nauczycieli w warsztatach o tematyce logopedycznej organizowanych przez rejonową poradnię psychologiczno-pedagogiczną; N = 55

Temat warsztatu	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
<i>Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola</i>	18
<i>Stymulacja rozwoju językowego dziecka w wieku przedszkolnym poprzez stosowanie ćwiczeń ortofonicznych</i>	15
<i>Głos narzędziem pracy nauczyciela – higiena i emisja głosu</i>	18

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

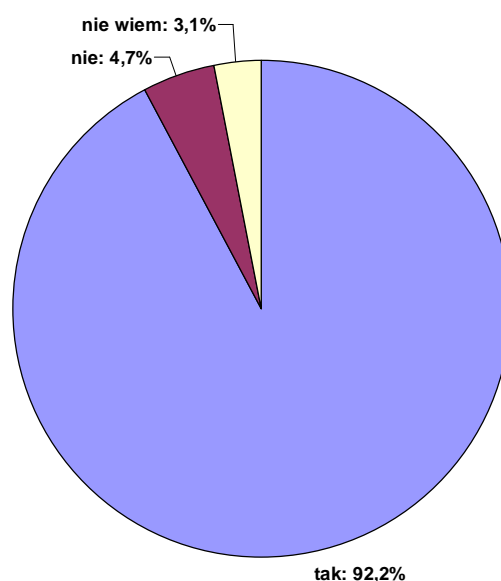
Pozytywnie rokujący jest fakt, że 51 ankietowanych nauczycieli zadeklarowało gotowość do podejmowania współpracy z logopedą na rzecz profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym. Jest to znaczny potencjał, który logopedzi mogliby skutecznie zagospodarować w ramach realizowania modelu kompleksowej współpracy.

Kolejnym, niezwykle ważnym źródłem informacji były opinie rodziców/opiekunów na temat postrzegania przez nich sposobu sprawowania opieki logopedycznej. Rodzice/opiekunowie dzieci objętych przesiewami logopedycznymi stanowili najliczniejszą grupę, która została objęta badaniem ankietowym. Dokonując rozpoznania opinii rodziców/opiekunów na temat opieki logopedycznej, sondowałam, jakie jest ich stanowisko wobec potrzeby zapewnienia dzieciom kontaktu z logopedą na etapie edukacji przedszkolnej. Zwraca uwagę fakt, że aż 92% ankietowanych (353 osoby) za zasadne uznaje zapewnienie opieki logopedycznej dzieciom w wieku przedszkolnym. Może to świadczyć o wzrastającej świadomości środowiska opiekuńczo-wychowawczego, ale w większości przypadków stanowi zapewne potwierdzenie tezy o szczególnym wycuciu potrzeb dziecka wśród osób mu najbliższych.

²¹ Prawdopodobne jest, że nauczyciele są zainteresowani bardziej bezpłatnymi, a zarazem krótkimi (kilkugodzinnymi) formami doskonalenia zawodowego w tym zakresie. Potwierdzałyby to duża popularność krótkich form warsztatowych organizowanych przez rejonową poradnię psychologiczno-pedagogiczną.

Wykres V.3.

Opinie rodziców/opiekunów na temat potrzeby zapewnienia dzieciom opieki logopedycznej w przedszkolu; N = 383



Opinie rodziców na temat momentu, w którym powinna nastąpić pierwsza konsultacja logopedyczna, są podzielone.

Tabela V.14.

Poglądy rodziców/opiekunów na temat optymalnego wieku dziecka, w którym powinno być kierowane na konsultację logopedyczną; N = 383

Optymalny moment na przeprowadzenie konsultacji logopedycznej w przedszkolu	Odpowiedzi pozytywne*	
	Liczba	%
W pierwszym roku pobytu dziecka w przedszkolu, niezależnie od wieku dziecka	150	39%
2.-3. rok życia	107	28%
4. rok życia	87	23%
5. rok życia	27	7%
6. rok życia	10	3%
Bezpośrednio przed końcem edukacji przedszkolnej	3	1%

* Niektórzy respondenci zaznaczyli więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Większość opiekunów widzi potrzebę dokonania przesiewowego badania mowy wraz z rozpoczęciem uczęszczania dziecka do przedszkola. Budujące jest, że rodzice są przekonani o konieczności konsultacji z logopedą w pierwszych latach życia dziecka – do 4. roku życia. Inne udzielone przez rodziców/opiekunów odpowiedzi to: w momencie dostrzeżenia problemów z mową u dziecka, niezależnie od wieku; gdy dziecko zaczyna mówić; w sytuacji,

gdy nie przejawia motywacji do mówienia; w każdym roku pobytu dziecka w przedszkolu. Jeden z rodziców uznał, że wskazane jest, by pierwsza konsultacja logopedyczna odbywała się tuż po urodzeniu dziecka – na oddziale noworodkowym. Przynieszone wypowiedzi rodziców/opiekunów świadczą o wzrastającej świadomości potrzeby wczesnej promocji rozwoju mowy dziecka. Celnie ujął to jeden z opiekunów: „(...) jeśli zauważę, że dziecko ma jakiś problem z mową, bezzwłocznie udam się do logopedy – szybsza konsultacja daje lepsze wyniki”.

W opinii rodziców/opiekunów problemy, na których powinni koncentrować się logopedzi w edukacji przedszkolnej, to przede wszystkim niwelowanie wad wymowy – aż 79% (302 osoby) ankietowanych wyrażało zaniepokojenie brakiem wyrazistości mowy dziecka.

Tabela V.15.
Opinie rodziców/opiekunów na temat przejawów zaburzeń mowy dziecka, wymagających konsultacji/opieki logopedycznej; N = 383

Objawy zaburzeń	Odpowiedzi pozytywne*	
	Liczba	%
Dziecko nie przejawia motywacji do mówienia	141	37%
Dziecko nie reaguje na komunikaty słowne w sposób świadczący o ich zrozumieniu	129	34%
Dziecko ma kłopoty z nazywaniem, odpowiadaniem na pytania, opowiadaniem	146	38%
Dziecko mówi mniej od swoich rówieśników	71	19%
Dziecko mówi mniej wyraźnie od swoich rówieśników	271	71%
Dziecko nie wymawia trudniejszych dźwięków mowy – takich, które potrafią wypowiedzieć jego rówieśnicy	302	79%
Mowa dziecka jest niepełna – dziecko powtarza lub przeciąga głoski, sylaby, całe wyrazy; ma problem z wypowiedzeniem jakiegoś słowa – nie może wydobyć głosu, ma problemy z oddechem, gdy mówi	220	57%
Dziecko nawykowo oddycha przez usta	82	21%
Dziecko ma kłopoty z nadmiernym ślinieniem się	57	15%
Dziecko ma trudności z przeżuwaniami pokarmów	35	9%

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

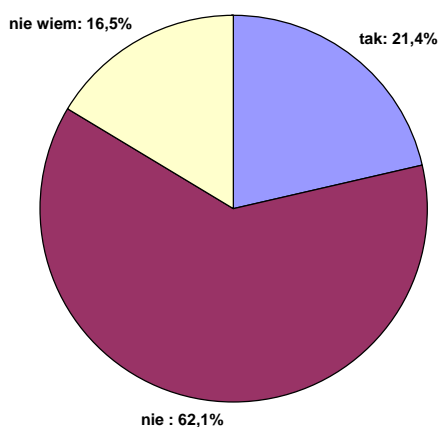
Źródło: badania własne

Liczna grupa ankietowanych wskazywała na potrzebę interwencji w przypadku, gdy dziecko nie wymawia trudniejszych dźwięków mowy – takich, które potrafią wypowiedzieć jego rówieśnicy (79% – 302 osoby). Ujawnia się tu zatem podobna tendencja, jaka miała miejsce w przypadku nauczycieli – koncentrowanie się opiekunów na kwestiach wymowy. Przy jednoczesnym niedocenianiu wagi deficytów w zakresie ilości produkcji werbalnych dziecka – 19% (71 osób) uznawało, że zaniepokojenie powinna wzbudzać ilość ustnych wypowiedzi

dziecka odbiegających od poziomu jego rówieśników. Niektórzy rodzice uznali za zasadne skorzystanie z pomocy logopedy w przypadku występującego u dziecka wzmożonego ślinotoku (15%, 57 odpowiedzi), nawykowego oddychania torem ustnym (21%, 82 odpowiedzi) lub gdy manifestuje ono problemy z przeżuwaniami pokarmów (9%, 35 odpowiedzi). Poglądy takie wskazują na stosunkowo niskie uświadomienie związku pomiędzy czynnościami prymarnymi (oddychanie, żucie i połykanie) a opanowywaniem przez dziecko poprawnej wymowy. Duża grupa ankietowanych (57%, 220 odpowiedzi) uznała za wskazane skonsultowanie się z logopedą w przypadku wystąpienia u dziecka objawów niepełności w mowie. Inne wskazywane przez rodziców/opiekunów niepokojące objawy, wymagające konsultacji lub interwencji logopedycznej, to zaobserwowane u dziecka przejawy seplenienia lub jąkania.

Spośród 383 rodziców/opiekunów, którzy wzięli udział w badaniu ankietowym, 32% (124 osoby) potwierdziło, że ich dziecko było objęte przesiewowym badaniem mowy na terenie przedszkola w latach 2003–2005. Jednocześnie 21% ankietowanych (80 osób) nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie, czy ich dziecko było objęte przesiewowym badaniem mowy w latach 2003–2005.

Wykres V.4.
Wiedza rodziców/opiekunów na temat udziału dziecka w zajęciach logopedycznych na terenie przedszkola; N = 383



Aż 31% (120 osób) wszystkich ankietowanych stwierdziło, że nie otrzymali żadnej informacji o wyniku tego badania. Takiej odpowiedzi udzielali w niektórych przypadkach również ci rodzice, którzy wcześniej stwierdzali, że ich dziecko nie było objęte takim badaniem. Wykorzystanie możliwości bezpośredniej konsultacji z logopedą na terenie placówki, w której odbywały się badania, bezpośrednio po ich zakończeniu, potwierdziło tylko 16% respondentów (62 odpowiedzi). Wskazuje to na potrzebę promowania zagadnień związanych z rozwojem mowy i profilaktyką logopedyczną w środowisku rodzinnym dziecka. Wydaje się też celowe poszukiwanie nowych form kontaktu specjalistów z rodzicami, które stworzyłyby przestrzeń dla partnerstwa rodziców w systemie opieki logopedycznej nad dzieckiem na etapie jego edukacji przedszkolnej. Postulat ten potwierdzają dalsze wyniki badań. Na pytanie, czy dziecko korzysta z terapii logopedycznej na terenie przedszkola, stosunkowo duża grupa rodziców/opiekunów (16,45%, 63 odpowiedzi) nie potrafiła udzielić odpowiedzi.

Spośród wszystkich ankietowanych rodziców 27% (105 osób) deklarowało, że posiada informacje o tym, że ich dziecko ma kontakt z logopedą i jak przebiega terapia logopedyczna na terenie przedszkola.

Tabela V.16.

Pozyskiwanie informacji o przebiegu terapii logopedycznej dziecka na terenie przedszkola wskazywane przez rodziców/opiekunów; N = 383

Sposób pozyskiwania informacji	Odpowiedzi pozytywne	
	Liczba	%
Informacja bezpośrednio od logopedy przedszkola	73	19%
Informacja za pośrednictwem nauczyciela – wychowawcy grupy	73	19%
Informacja pisemna od logopedy	41	11%

Źródło: badania własne

Ta grupa opiekunów uzyskiwała wiadomość na temat ćwiczeń, jakie wykonuje logopeda z dzieckiem w przedszkolu. Oznacza to, że prawie 1/3 dzieci objętych terapią logopedyczną w warunkach przedszkola prawdopodobnie utrwala materiał w domu. W grupie rodziców, którzy są zorientowani w przebiegu terapii logopedycznej, tylko 19% (73 odpowiedzi) kontaktuje się bezpośrednio z terapeutą mowy w przedszkolu. Pozostali czerpią informacje o pracy logopedy z ich dzieckiem pośrednio od nauczyciela lub uzyskują je drogą pisemną. Uwydatnia się tu rola nauczyciela jako pośrednika w kontaktach z rodzicem. Konieczne wydaje się zatem podejmowanie prób wykorzystania potencjału nauczycieli w tym zakresie. Równocześnie warto rozważyć możliwość zwiększenia dostępności logopedów w placówkach przedszkolnych, np. poprzez organizowanie cyklicznych dyżurów konsultacyjnych dla rodziców w godzinach popołudniowych. Rodzice wskazali jeszcze inne

drogi pozyskiwania informacji o terapii w warunkach przedszkola. Udzielone przez nich odpowiedzi w tym zakresie to: poprzez zapiski w zeszycie ćwiczeń, kontakt z logopedą poza przedszkolem, informacje pisemne na tablicy ogłoszeń. Kilku rodziców zasygnalizowało całkowity brak informacji o przebiegu terapii w przedszkolu, a dwoje rodziców zadeklarowało chęć osobistego kontaktu z logopedą w przyszłości. Jeden z rodziców napisał, że źródłem ogólnej wiedzy o przebiegu terapii logopedycznej w warunkach przedszkola są dla niego informacje prasowe.

Za potrzebą upowszechnienia konsultacji opiekunów dziecka z logopedą przemawia również fakt, że aż 74% (284 osób) spośród wszystkich ankietowanych nie kontaktuje się z logopedą. Przejawem działań o charakterze profilaktyki i promocji rozwoju mowy byłoby przekonanie rodziców/opiekunów, że kontakty ze specjalistą są wskazane nie tylko w sytuacjach problematycznych – w razie zaobserwowania przez nich niepokojących objawów. Rzeczywistym sukcesem w działaniach podejmowanych na rzecz promocji rozwoju mowy i stymulacji językowej dziecka będzie przekonanie rodziców o zasadności profilaktycznych konsultacji logopedycznych mimo braku niepokojących sygnałów. Niestety wyniki badań wskazują, że jedynie 26% (99 odpowiedzi) rodziców, którzy wzięli udział w badaniu ankietowym, uznało, że wskazane byłoby nawiązanie kontaktu z logopedą zatrudnionym na terenie placówki, do której uczęszcza ich dziecko. Jako najczęstszą formę kontaktu z logopedą rodzice wskazywali (19%, 72 odpowiedzi) bezpośrednią rozmowę z terapeutą w godzinach pracy logopedy. Kontakt za pośrednictwem wychowawcy grupy potwierdziło 8% (31 odpowiedzi) ankietowanych, a 3% (12 odpowiedzi) rodziców miało kontakt z logopedą po spotkaniu dla rodziców. Inne formy kontaktu zasygnalizowane przez opiekunów to informacja pisemna od logopedy, spotkania na dyżurach konsultacyjnych w przedszkolu.

Bezpośredni kontakt rodzica/opiekuna z logopedą nie jest powszechną praktyką w przedszkolu. Częściej jest to uwarunkowane tym, że logopedzi dyżurują w przedszkolach w godzinach przedpołudniowych – niedogodnych dla rodziców. Nie jest też upowszechniony zwyczaj udziału rodziców w zajęciach otwartych prowadzonych przez logopedów na terenie przedszkoli. Tylko 4% (15 osób) ogółu ankietowanych potwierdziło, że brało udział w terapii na terenie przedszkola. Obecność rodzica na zajęciach gwarantuje lepsze zrozumienie przebiegu terapii logopedycznej i możliwość poprawnego utrwalania w domu. Dlatego też zapraszanie rodziców i zapoznawanie ich z przebiegiem terapii wydaje się być jedną z najcenniejszych form pomocy oferowanej na terenie przedszkola, którą warto intensywnie rozwijać.

Próbując dokonać oceny efektywności działań logopedów, należy wziąć pod uwagę istotny czynnik skuteczności terapii logopedycznej, jakim jest systematyczne utrwalanie ćwiczeń w warunkach domowych²². Jedynie 19% ankietowanych (74 osoby) potwierdza, że otrzymuje wskazówki do ćwiczeń – zadania do wykonywania z dzieckiem w domu. Wydaje się, że potencjał rodziców – istotnego czynnika wspomagającego efekty terapeutyczne – nie jest w pełni wykorzystywany.

Tabela V.17.

Częstotliwość wykonywania z dzieckiem w domu ćwiczeń zalecanych przez logopedę deklarowana przez rodziców/opiekunów; N = 383

Częstotliwość wykonywania ćwiczeń	Odpowiedzi pozytywne	
	Liczba	%
Codziennie	32	8,4%
Cztery razy w tygodniu i więcej	7	1,8%
Trzy razy w tygodniu	6	1,6%
Dwa razy w tygodniu	26	6,8%
Zalecane przez logopedę ćwiczenia nie są wykonywane	26	6,8%

Źródło: badania własne

Niewielka liczba rodziców realizujących zalecenia logopedy pozwala przypuszczać, dlaczego efekty prowadzonej terapii nie w pełni zadowolają logopedów. To niedostateczne zaangażowanie domu rodzinnego tłumaczy w pewnym stopniu przyczynę dysproporcji pomiędzy wysiłkiem logopedów wkładanym w proces terapeutyczny w warunkach przedszkola a stosunkowo słabymi efektami ich działań.

Według rodziców 8% (30 odpowiedzi) dzieci otrzymało skierowania do specjalisty wydane przez logopedę. W przypadku pozostałych 92% (353 odpowiedzi) rodzice nie mieli informacji o sugerowanej potrzebie konsultacji specjalistycznej. Wśród najczęściej wymienianych zalecanych konsultacji były następujące specjalizacje: ortodonta (3,9%, 15 odpowiedzi), laryngolog (2,9%, 11 odpowiedzi), stomatolog (3,4%, 13 odpowiedzi), psycholog (0,8%, 3 odpowiedzi) oraz audiolog – skierowanie na badanie słuchu (0,8%, 3 odpowiedzi). Zaskakujące jest, że większość respondentów stwierdzała, że nie skorzystali oni z zalecanej przez logopedę konsultacji. Tylko 7% (25 osób) ankietowanych odpowiedziało twierdząco i – co znamienne – tylko 4% (17 osób) ankietowanych przyznało, że o wyniku przeprowadzonej konsultacji poinformowało logopedę. Jest to kolejny argument

²² Zob. np. A. Sołtys-Chmielowicz: *Zaburzenia artykulacji*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska. Opole 2005, s. 445; I. Styczek: *Logopedia*. Warszawa 1983, s. 433-434.

przemawiający za koniecznością podejmowania działań na rzecz poprawy komunikacji pomiędzy domem rodzinnym dziecka a specjalistami zatrudnionymi w przedszkolach.

Wśród innych placówek zapewniających terapię logopedyczną dzieciom w wieku przedszkolnym rodzice wskazywali jeszcze, poza poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, specjalistyczne placówki służby zdrowia oraz ośrodek rehabilitacyjny dla dzieci niepełnosprawnych²³. Ci respondenci, którzy korzystają ze swoim dzieckiem z terapii poza placówką i mają najczęściej możliwość bezpośredniego uczestniczenia w terapii, uznawali to w badaniu ankietowym za zjawisko korzystne dla efektów prowadzonej terapii. Jeden z rodziców zaznaczył w ankiecie, że jego dziecko po przesiewowych badaniach mowy, na wniosek logopedy, korzysta z terapii w poradni psychologiczno-pedagogicznej, gdzie rodzice mają możliwość uczestniczenia w zajęciach i mogą na bieżąco konsultować się z logopedą. Niezwykle istotne wydaje się, że większość ankietowanych nie korzysta jednak z innych form terapii logopedycznej (91%, 350 odpowiedzi). Tylko 4% (15 osób) ankietowanych uczęszcza z dzieckiem na terapię do poradni psychologiczno-pedagogicznej, a 3% (13 osób) korzysta z pomocy logopedy zatrudnionego w strukturach służby zdrowia. Wskazuje to, jak ogromna odpowiedzialność spoczywa na logopedach w przedszkolach, a zarazem jak mocno są oni obciążeni pracą terapeutyczną. Opisana sytuacja skłania równocześnie do wprowadzania zmian modernizujących opiekę logopedyczną nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Wydaje się również niezbędne dalsze podejmowanie działań mających na celu zacieśnianie współpracy pomiędzy przedstawicielami tego zawodu zatrudnionymi w placówkach, zarówno w strukturach oświatowych, jak i służby zdrowia.

Poddając analizie system opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym, nie sposób pominąć ważnego ogniwa, jakim są przedstawiciele profesji medycznych. W związku z tym w podjętych badaniach uznałam za konieczne poznanie również poglądów przedstawicieli służby zdrowia na temat ich współpracy ze środowiskiem logopedów. W środowisku służby zdrowia, zwłaszcza wśród lekarzy specjalności takich jak: audiologia, neurologia, foniatria, coraz częściej słyszy się o potrzebie nawiązywania ściślejszej współpracy z logopedami²⁴. Uznałam, że ważne jest zapoznanie się z opiniami lekarzy na temat możliwości podejmowania przez nich wczesnej identyfikacji problemów

²³ W rejonie objętym przesiewowymi badaniami mowy (na osiedlu Tysiąclecie) prężnie działa Samodzielny Ośrodek Rehabilitacyjno-Oświatowy dla Dzieci Niepełnosprawnych – Centrum Rozwoju Dziecka, który świadczy pomoc logopedyczną nie tylko dla dzieci niepełnosprawnych, ale i dla innych potrzebujących. Przyjęcie do ośrodka odbywa się na wniosek pediatry, po konsultacji lekarza zatrudnionego w tym ośrodku.

²⁴ Zob. A. Obrębowski, A. Pruszevicz: *Współpraca foniatry i logopedy w diagnozowaniu i rehabilitacji zaburzeń procesu komunikatywnego*. „Logopedia” 1999, nr 26, s. 123-128.

logopedycznych i udzielania rodzicom konsultacji w tym zakresie. Ostatnią grupą objętą badaniem ankietowym byli zatem lekarze, zwłaszcza pediatrzy i lekarze rodzinni²⁵. Wszyscy lekarze biorący udział w badaniu ankietowym odpowiedzieli twierdząco na pytanie o kierowanie dzieci w wieku przedszkolnym na konsultacje logopedyczne. Jednocześnie na pytanie o to, czy po zalecanej konsultacji otrzymują informację zwrotną, zdecydowanie twierdząco odpowiedziała tylko jedna osoba. Część ankietowanych – 9 osób przyznała, że czasami otrzymuje informacje od logopedy, a większość (22 osoby) nigdy nie otrzymała takiej informacji. Wydaje się, że jest to bardzo niekorzystna sytuacja, która nie sprzyja zacieśnianiu współpracy pomiędzy logopedami i lekarzami. Trudno bowiem oczekiwać, że lekarze będą orędownikami profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy, jeśli ich wysiłki w tym kierunku nie będą wzmacniane przez logopedów.

Odpowiedzi udzielane przez respondentów na pytanie o sytuacje, w których wskazana jest konsultacja logopedyczna, sugerują, że lekarze w sposób intuicyjny dokonują kwalifikacji o skierowaniu dziecka do terapeuty mowy. Na podstawie udzielonych przez nich odpowiedzi można stwierdzić, że wszyscy oni uwrażliwieni są na zaburzenia wymowy, co potwierdza ogólną tendencję, zaobserwowaną również w środowisku opiekuńczo-wychowawczym dziecka (nauczyciele i rodzice, a nawet niektórzy logopedzi).

Tabela V.18.

Przejawy zaburzeń mowy dziecka, warunkujące skierowanie go na konsultację logopedyczną w opinii lekarzy; N = 32

Niepokojące objawy zaobserwowane u dziecka	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
Mowa jest niezrozumiała dla otoczenia – liczne dźwięki mowy zastępowane są łatwiejszymi do wymówienia, niektóre głoski są opuszczane, a trudne grupy spółgłosek są upraszczane	32
Nie podejmuje kontaktów werbalnych z otoczeniem; mowa nie pojawia się w wieku 2–3 lat	26
Występują objawy niepełności mowy: powtarzanie sylab, zablokowanie mowy na starcie i inne, podobne objawy dysfluencji w mowie	29
Zakłócony rozwój mowy u dziecka płci męskiej, które mówi mniej od rówieśników, mówi niewyraźnie, ociąga się z podejmowaniem kontaktów werbalnych z otoczeniem	22
Nawykowo oddycha przez usta	7
Występuje wzmożony ślinotok	4
Reaguje nieadekwatnie na kierowane do niego polecenia słowne	12

*Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

²⁵ Szczegółowa charakterystyka tej grupy respondentów znajduje się w rozdziale III niniejszej pracy.

Koncentrowanie się dorosłych opiekunów i specjalistów wyłącznie na zagadnieniach związanych z poprawną artykulacją może być niepokojące. Inne, ważne z punktu widzenia rozwoju językowego problemy mogą wówczas zostać zbagatelizowane. Taką sytuację zdaje się potwierdzać fakt, że wśród ankietowanych lekarzy zaburzenia funkcji prymarnych – nawykowe oddychanie przez usta i wzmożony ślinotok – nie są odbierane jako zjawiska niepokojące. Tylko 7 respondentów uznało zaburzenia oddychania, a 4 – nadmierny ślinotok za istotne objawy, kwalifikujące do skierowania do logopedy. Duża część spośród ankietowanych zwraca uwagę na płynność mowy dziecka (29 odpowiedzi) oraz ewentualne opóźnienia nabywania mowy czynnej (26 odpowiedzi). Niepokojące jest jednak, że tylko 12 spośród ankietowanych lekarzy za alarmujący objaw uważa nieadekwatne reakcje dziecka na kierowane do niego polecenia słowne. Spośród 32 ankietowanych lekarzy aż 26 stara się wskazać rodzicom typ placówki, w której mogą szukać pomocy logopedy.

Tabela V.19.
Placówki oferujące pomoc logopedyczną rekomendowane przez lekarzy rodzicom; N = 32

Typy placówek	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
Poradnie służby zdrowia, zatrudniające logopedów	23
Poradnie psychologiczno-pedagogiczne	20
Przedszkola, zatrudniające logopedów	15
Niepubliczne poradnie specjalistyczne, zatrudniające logopedów	9
Prywatne gabinety logopedyczne	7

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Najczęściej są to poradnie służby zdrowia zatrudniające logopedów (23 odpowiedzi). Drugą z kolei wymienianą przez lekarzy placówką zalecaną rodzicom są rejonowe poradnie psychologiczno-pedagogiczne (20 odpowiedzi). Natomiast mniej niż połowa ankietowanych (15 odpowiedzi) proponuje opiekunom dziecka kontakt z logopedami zatrudnionymi w przedszkolach. Można przypuszczać, że taki rozkład skierowań od lekarzy do konkretnych placówek zatrudniających logopedów jest spowodowany słabym obiegiem informacji na temat dostępności usług logopedycznych, zwłaszcza tych oferowanych w ramach resortu oświaty.

W badaniu ankietowym sondażowałam również opinie lekarzy na temat zasadności kierowania na konsultację logopedyczną tych dzieci, u których mowa rozwija się prawidłowo. W tej materii opinie środowiska medycznego były podzielone. Za potrzebą rekomendowania takich profilaktycznych konsultacji opowiedziało się 12 ankietowanych, a 20 respondentów

uznało je za zbyteczne. W grupie lekarzy, których zdaniem taka profilaktyka jest zasadna, najwięcej osób uznało, że należy ją zalecić w momencie rozpoczynania uczęszczania dziecka do przedszkola. Rzadziej za optymalny moment dla przeprowadzenia takiej konsultacji uznawano 6. rok życia dziecka lub koniec edukacji przedszkolnej. Takie poglądy wśród części ankietowanych lekarzy wydają się być zjawiskiem pozytywnym. Można dostrzec, że tendencja promowania rozwoju mowy w środowisku, w tym w środowisku służby zdrowia łagodnie upowszechniania się. Jest to o tyle istotne, że zwłaszcza lekarze pediatrii dość często postrzegają logopedów i logopedię przez pryzmat zagadnień związanych z wymową i dotyczących dzieci w wieku wczesnoszkolnym.

Na pytanie o inicjowanie przez lekarza współpracy z logopedami prawie połowa, bo 15 ankietowanych, odpowiedziała twierdząco.

Tabela V.20.

Deklaracje lekarzy na temat podejmowanych form współpracy ze środowiskiem logopedów; N = 32

Formy współpracy	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
Kierowanie dzieci na konsultacje logopedyczne	17
Konsultacje telefoniczne z logopedami	1
Kontakt pisemny z logopedami	2
Konsultacje osobiste z logopedami	1
Udział w spotkaniach z logopedami: seminariach, konferencjach, szkoleniach o tematyce logopedycznej	1

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Jako główną formę tej współpracy wskazywali oni najczęściej kierowanie dzieci na konsultacje logopedyczne (17 odpowiedzi). Sporadycznie natomiast dochodzi do konsultacji pomiędzy lekarzami i logopedami, a tylko 1 osoba spośród ankietowanych przyznała, że wzięła udział w spotkaniu o charakterze szkoleniowym. W grupie lekarzy, którzy nie zadeklarowali podejmowania współpracy ze środowiskiem logopedycznym (17 osób), 3 osoby nie widzą potrzeby nawiązania takiego współdziałania w przyszłości.

Wysiłki logopedów na rzecz zacieśniania współpracy ze środowiskiem służby zdrowia, w opinii lekarzy, przedstawiają się następująco – 11 ankietowanych stwierdziło, że logopedzi podejmują takie działania. W tej grupie wszyscy wymieniali logopedyczne skierowania dzieci na konsultacje medyczne (11 odpowiedzi). Na pytania o formę współpracy logopedów ze środowiskiem służby zdrowia udzielono po jednej odpowiedzi, wymieniając: konsultacje telefoniczne, kontakt pisemny, kontakt osobisty.

Tabela V.21.**Postulowane formy współpracy ze środowiskiem logopedycznym (opinie lekarzy); N = 32**

Forma współpracy lekarzy i logopedów	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
Kierowanie dzieci na konsultacje specjalistyczne	22
Konsultacje telefoniczne	8
Kontakt pisemny	19
Konsultacje osobiste	2
Wspólny udział w spotkaniach – seminaria, konferencje, szkolenia dla lekarzy i logopedów	20

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Jako optymalną formę współpracy ze środowiskiem logopedycznym lekarze wskazywali kierowanie na konsultacje do logopedów (22 odpowiedzi), ale jednocześnie 19 respondentów postulowało formę kontaktu pisemnego w ramach zacieśniania więzi z logopedami. Aż 20 ankietowanych deklarowało chęć udziału w spotkaniu szkoleniowym o tematyce logopedycznej.

Jedną z form współpracy zaproponowaną w badaniu ankietowym jest seminarium o tematyce logopedycznej dla lekarzy pediatrów w ramach szkoleń organizowanych przez Regionalną Izbę Lekarską. Dwie spośród ankietowanych osób stwierdziły, że wskazane byłoby wypracowanie czytelnych form kooperacji tych środowisk, polegającej na wymianie informacji o przebiegu konsultacji, zarówno logopedycznych, jak i medycznych. Niezwykle pozytywnym zjawiskiem jest fakt, że przeważająca większość ankietowanych lekarzy (31 osób) stwierdziła, że jest zainteresowana dodatkowymi informacjami z zakresu profilaktyki logopedycznej.

Tabela V.22.**Preferowane formy doskonalenia zawodowego z zakresu profilaktyki logopedycznej (opinie lekarzy);****N = 32**

Formy uzyskiwania informacji z zakresu profilaktyki logopedycznej	Liczba odpowiedzi pozytywnych*
Wykład	13
Prelekcja	11
Szkolenie	16
Opracowanie w formie broszury	21
Warsztaty	16

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Za optymalną formę uzyskiwania tej wiedzy uznawali oni opracowanie w formie broszury (21 odpowiedzi), warsztat lub szkolenie (16 odpowiedzi), wykład (13 odpowiedzi). Część respondentów za użyteczny model doskonalenia uznała prelekcję o tematyce logopedycznej (11 odpowiedzi).

Mogłoby się wydawać, że środowisko służby zdrowia dość krytycznie ocenia zabiegi terapeutów mowy na rzecz inicjowania wzajemnej współpracy. Jednocześnie jednak deklarowana chęć nawiązania dialogu z logopedami oraz wykazane przez lekarzy zainteresowanie problematyką logopedyczną zdaje się być fundamentem, na którym możliwe jest wypracowywanie nowych strategii wzajemnej kooperacji. Współpraca taka wydaje się być absolutnie koniecznym składnikiem kompleksowej opieki logopedycznej.

4. Podsumowanie

Analiza zjawiska opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym na podstawie opinii różnych grup bezpośrednio związanych z tym zagadnieniem, która przeprowadzona została w tej części pracy, pozwoliła rozpoznać podejmowane przez logopedów działania profilaktyczne i terapeutyczne oraz wstępnie ocenić efektywność tych zabiegów.

Zasygnalizowane w poprzednim rozdziale znaczne rozpowszechnienie występowania zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym wskazuje na potrzebę otoczenia ich kompleksową opieką specjalistyczną, przede wszystkim logopedyczną. Źródłem wiedzy na temat opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym były wypowiedzi różnych grup respondentów: rodziców/opiekunów, nauczycieli, logopedów, dyrektorów placówek, lekarzy. W celu dokonania pełnej oceny analizowałam również dostępną dokumentację, związaną z przedmiotem badań, w tym akty prawne zawierające regulacje związane z przedmiotem badań. W świetle zgromadzonych danych wyłania się obraz działań logopedów na terenie, na którym prowadzone były badania. Aby rzetelnie opisać stan opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka przedszkolnego w Katowicach, koniecznie podkreślić trzeba wyjątkowość sytuacji w tym mieście w odróżnieniu od innych miejsc w Polsce. Polityka oświatowa władz Katowic w tym zakresie stworzyła bardzo korzystną sytuację poprzez zagwarantowanie opieki logopedycznej w każdym publicznym przedszkolu. Wydaje się jednak, co potwierdzają wyniki prezentowanych badań, że pomimo zapewnienia katowickim przedszkolakom relatywnie dobrych warunków w tym zakresie,

rozpowszechnienie występowania zaburzeń mowy wśród badanych świadczyć może o potrzebie zmian w sposobie organizacji opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci przedszkolnych.

Logopedzi zatrudnieni w przedszkolach prowadzą w bardzo ograniczonym zakresie działania o charakterze profilaktyki logopedycznej, co jest istotnym czynnikiem wpływającym na skuteczność ich zabiegów. Oddziaływania profilaktyczne podejmowane przez logopedów poradni psychologiczno-pedagogicznych wydają się również nie zaspokajać w pełni potrzeb środowiska, podobnie jak działania prewencyjne logopedów zatrudnionych w strukturach służby zdrowia. Przykłady działań logopedów poradnianych, takie jak akcja przesiewowych badań mowy i działania im towarzyszące, szkolenia dla nauczycieli na terenie poradni czy organizacja zajęć warsztatowych w ramach zespołu doskonalenia logopedów, przynoszą pewne efekty, ale nie są wystarczające. Ponadto słaba koordynacja prac poszczególnych grup zajmujących się opieką nad dzieckiem w wieku przedszkolnym i niewystarczająca aktywizacja środowiska opiekuńczo-wychowawczego obniżają pozytywne skutki wspomnianych wcześniej inicjatyw.

Postępowanie terapeutyczne logopedów w warunkach przedszkola koncentruje się najczęściej na korekcji wad wymowy i jest skierowane przede wszystkim do dzieci z grup najstarszych – sześciolatków. Brak wczesnej interwencji logopedycznej w połączeniu z niedostateczną akcją profilaktyczną powoduje, że działania te, choć niejednokrotnie bardzo intensywne i okupione ogromnym wysiłkiem terapeutów mowy, jak można przypuszczać, nie są w pełni skuteczne. W tym zakresie oferta poradni jest szersza. Rodzice i dzieci, którzy korzystają z usług poradni, mogą uczestniczyć w zajęciach indywidualnych i grupowych. Zajęcia odbywają się z udziałem członków rodzin. Nie istnieje ograniczenie wiekowe – opieką otaczane są wszystkie zgłaszające się dzieci i młodzież ucząca się. Barięrami natomiast mogą być względy ekonomiczne – trudności po stronie rodziców związane z potrzebą doprowadzenia dziecka na terapię. Skorzystanie z pomocy poradni psychologiczno-pedagogicznej dla części rodziców/opiekunów może być problematyczne ze względów społecznych czy emocjonalnych. Stosunkowo duża grupa nie zna oferty poradni. Ponadto, z uwagi na rozległość terenu działania poradni wydaje się, że zabezpieczenie rzeczywistych potrzeb w zakresie terapii indywidualnej nie jest w pełni wykonalne. Ważne jest dalsze promowanie pomocy psychopedagogicznej i logopedycznej gwarantowanej przez te poradnie przy jednoczesnym dobrym wykorzystaniu możliwości oddziaływań logopedów zatrudnionych w innych placówkach. Potrzebne jest również podejmowanie akcji

popularyzatorskich – pedagogizacji środowiska opiekuńczo-wychowawczego na rzecz promocji rozwoju mowy.

Podobne cele, jak wykazały to wyniki badań, stoją przed środowiskiem logopedycznym w odniesieniu do innych specjalistów: lekarzy, psychologów, pedagogów. Dla potrzeb intensyfikacji opieki logopedycznej wobec dziecka w wieku przedszkolnym niezwykle istotne jest stworzenie warunków do realnej współpracy między poszczególnymi grupami zawodowymi, przy czym rola nauczyciela przedszkola w tym procesie wydaje się niezwykle ważna. Zacieśnienie współpracy pomiędzy logopedą, nauczycielem, psychologiem i lekarzem, z jednoczesnym partnerskim udziałem rodziców jest podstawowym czynnikiem determinującym skuteczność oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych w ramach opieki logopedycznej nad dziećmi w wieku przedszkolnym. Swoista bierność znacznej części środowiska rodzinnego dziecka jest prawdopodobnie kolejnym czynnikiem wpływającym na skuteczność opieki logopedycznej. Prowadzenie przesiewowych badań mowy miało wpływ na ożywienie środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka w zakresie promocji rozwoju mowy. Badania wykazały, że jest możliwa pewna aktywizacja środowiska rodzinnego. Jest to jednak proces długotrwały, wymagający zintensyfikowanej współpracy różnych grup specjalistów zainteresowanych promowaniem zagadnień wszechstronnej opieki i stymulacji dziecka w jego otoczeniu. Równocześnie uzyskane wyniki badań pokazują, że zmobilizowanie różnych grup zawodowych, a przede wszystkim logopedów, na rzecz działań związanych z profilaktyką i wczesną interwencją logopedyczną jest realne. Wydaje się, że powtórzenie przesiewów logopedycznych przyczyniło się do zmiany postaw niektórych specjalistów i uświadomiło części rodzin znaczenie wspomaganie rozwoju mowy.

Istotne wydaje się zasygnalizowanie ważnego aspektu, dość znacząco determinującego skuteczność działalności logopedów. W świetle opisanych wyników badań wyraźnie okazuje się, że działania logopedów skoncentrowane są na zaspokajaniu bieżących potrzeb, bez sprawdzania efektów tych oddziaływań. Konkludując, należy stwierdzić, że wykorzystanie wielkiego potencjału zarówno logopedów, jak i innych specjalistów zaangażowanych w pracę z dzieckiem nie przyniesie odpowiednich efektów, jeśli opieka logopedyczna nie będzie realizowana według ustalonych strategii, w oparciu o klarowne zasady współpracy między poszczególnymi ogniwami tego systemu. Proces profilaktyczno-terapeutycznych oddziaływań logopedów powinien natomiast być poddawany systematycznej ewaluacji, co umożliwi sprawdzenie, czy założone cele zostały osiągnięte. Jest to potrzebne dla formułowania wniosków podnoszących skuteczność tych działań w przyszłości.

VI. EFEKTYWNOŚĆ PROFILAKTYCZNO-TERAPEUTYCZNYCH DZIAŁAŃ LOGOPEDÓW W ŚRODOWISKU ŻYCIA DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I JEJ UWARUNKOWANIA

1. Efektywność działań logopedów w świetle przeprowadzonych badań

Podjęty w tej pracy problem efektywności działań logopedów wiąże się z zagadnieniem podnoszenia jakości oferowanych przez nich usług. Jak już wspomniałam w części teoretycznej tego opracowania, insytucjonalizujący się w Polsce na przestrzeni ostatnich dekad zawód logopedy cieszy się stosunkowo wysokim prestiżem. Potoczne opinie wyrażane przez klientów logopedów są jednak rozbieżne w ocenie kwalifikacji zawodowych i jakości usług świadczonych przez przedstawicieli tej profesji¹.

W celu przeprowadzenia analizy efektywności tych działań oraz ustalenia uwarunkowań skuteczności logopedów, informacje o przedmiocie badań były gromadzone z różnorodnych źródeł. W badaniach ankietowych wzięli udział przedstawiciele środowiska logopedów oraz zatrudniający ich dyrektorzy. Uzupełnieniem badań ankietowych były wywiady, które prowadziłam z dyrektorami i logopedami. Cennych informacji o systemie opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym dostarczyła mi analiza dokumentów, zwłaszcza dokumentacji działań logopedów oraz dokumentacji zgromadzonej po przesiewowych badaniach mowy. Ważnym źródłem informacji na temat efektywności działań logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym była analiza wyników badań powtarzalnych².

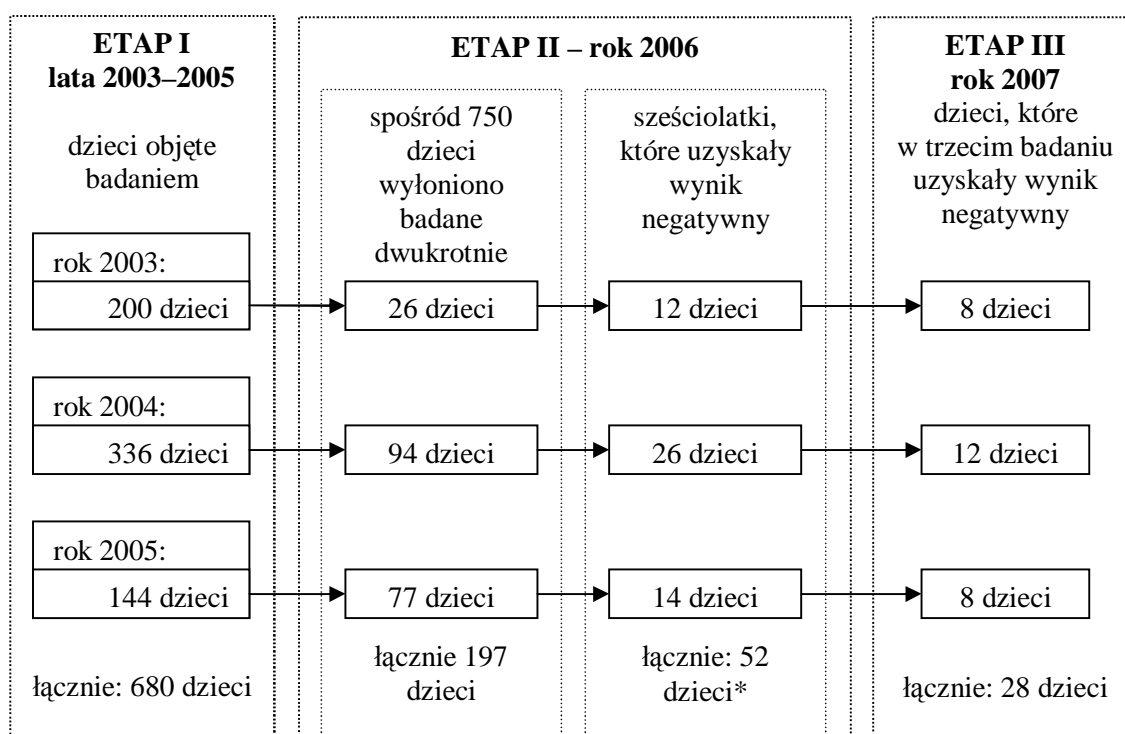
Ewaluacja oddziaływań logopedów w celu interpretacji wyników pod kątem skuteczności tych działań nie jest powszechną praktyką. Z uwagi na fakt, że przedmiotem prezentowanych badań jest efektywność działań logopedów w środowisku życia dziecka przedszkolnego, analizie poddano wyniki badań powtarzalnych. Celem ich było dokonanie oceny skuteczności oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów. W oparciu o wnioski wynikające z badań zostały ustalone uwarunkowania tej efektywności, a na tej podstawie opracowano projekt systemu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym, czemu poświęcony jest niniejszy rozdział.

¹ Wykonując zawód logopedy, kontaktuję się na co dzień z osobami korzystającymi z pomocy logopedycznej. Z moich zawodowych obserwacji wynika, że można spotkać zarówno wyrazicieli pochlebnych opinii na temat pracy logopedów, jak i osoby formułujące poważne zarzuty co do jakości świadczonych przez nich usług. Podobne zróżnicowane poglądy w tej kwestii wyrażają przedstawiciele środowiska służby zdrowia i nauczyciele.

² Ujęcie teoretyczne zagadnienia efektywności (w odniesieniu do działań logopedów oraz uwarunkowania tej efektywności) w literaturze przedmiotu opisałam w rozdziale II niniejszej pracy.

Badania powtarzalne stanowiły jedno z cenniejszych źródeł informacji o efektywności działań logopedów³. Uzupełnieniem badań przeprowadzonych ponownie na tej samej próbie dzieci były wywiady z logopedami i dokonana przez nich wówczas subiektywna ocena skuteczności własnych oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych. Istotne znaczenie dla analizy tego zjawiska miały również zgromadzone przeze mnie opinie innych grup respondentów (nauczycieli, rodziców/opiekunów, lekarzy, dyrektorów przedszkoli i rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej). Badania powtarzalne pozwoliły mi na obiektywne przeanalizowanie oddziaływań logopedycznych w stosunku do konkretnej grupy dzieci, a tym samym dokonanie ewaluacji wyników tych działań. Prowadzenie badań powtarzalnych w ramach niniejszej pracy polegało na wyłonieniu grupy dzieci, które zostały objęte badaniem przesiewowym dwukrotnie – pierwszy raz w latach 2003–2005 i po raz drugi w roku 2006.

Rysunek VI.1.
Wyniki badań powtarzalnych prowadzonych w katowickich przedszkolach w poszczególnych etapach w latach 2003–2007



* Jedno dziecko z tej grupy zostało wypisane z przedszkola przed czerwcem 2007 roku.

Źródło: opracowanie własne

³ Polegały one na badaniu tych samych dzieci w różnych okresach przy użyciu takich samych metod. Badania powtarzalne umożliwiają śledzenie i opisywanie procesu rozwoju jednostki, szczególnie w zakresie stałości lub zmienności pewnych cech. W tym wypadku obserwowaną właściwością było występowanie bądź brak zaburzenia mowy.

W grupie 750 przedszkolaków objętych badaniem w roku 2006 znalazło się 197 dzieci, które były badane przesiewowo we wcześniejszych latach prowadzenia diagnoz. Wśród nich wynik negatywny uzyskało 79 badanych. Spośród tych przedszkolaków wyłoniono grupę dzieci, które w roku 2007 kończyły edukację przedszkolną, i poddano je ostatniemu badaniu w czerwcu tego roku. Ta grupa była szczególnie interesująca dla mnie z uwagi na fakt, że wobec tych dzieci w roku szkolnym 2006/2007 we wszystkich przedszkolach podjęto działania terapeutyczne. Wynikało to z obowiązującego w Katowicach systemu organizacji opieki logopedycznej. Wśród takich dzieci, które były badane po raz pierwszy w roku 2003, 2004 lub 2005, a potem ponownie w drugim przesiewie w roku 2006 – w ostatnim roku ich pobytu w przedszkolu, wynik negatywny uzyskało 52 przedszkolaków⁴. W tej grupie sześciolatków, w badaniu na zakończenie edukacji przedszkolnej w czerwcu 2007 roku 28 dzieci miało nadal wynik negatywny. Przesiew przeprowadzono bezpośrednio przed wakacjami, czyli przed rozpoczęciem przez dzieci edukacji szkolnej, po roku zagwarantowanej terapii logopedycznej w warunkach przedszkola.

Mimo przeprowadzenia dwukrotnej diagnozy przesiewowej, uznającej potrzebę podjęcia terapii i rzeczywistej pracy z logopedą na terenie przedszkola w ostatnim roku pobytu dziecka w tej placówce, ponad połowa dzieci w tej grupie (w stosunku do wyniku badania z początku roku szkolnego 2006/2007) rozpocznie naukę w szkole z zaburzeniem mowy. Najwcześniej, bo już w wieku 3 lat, zdiagnozowane nieprawidłowości uchwycone zostały u 26 dzieci w 2003 roku. Trzy lata później, w kolejnym badaniu przesiewowym stwierdzono, że 12 spośród nich (mniej niż połowa) nadal manifestowało zaburzenia mowy. Nastąpił zatem znaczny spadek występowania wyników negatywnych, chociaż badane dzieci prawdopodobnie nie były w tym czasie objęte terapią⁵. Znamienne jest natomiast, że po ostatnim roku pobytu dzieci w przedszkolu, kiedy były objęte opieką logopedyczną (zagwarantowaną w grupach najstarszych) jedynie 4 z nich (na 12 dzieci) uzyskało wynik pozytywny. Intencją takiej organizacji opieki logopedycznej na terenie przedszkola jest maksymalizowanie oddziaływań wobec grup najstarszych, celem jak najlepszego przygotowania ich do rozpoczęcia nauki szkolnej. Wadą takiego rozwiązania jest niemal całkowite pomijanie oddziaływań o charakterze prewencyjnym. W oparciu o wyniki badań

⁴ Ostatnią diagnozą objęto 51 z 52 sześciolatków zakwalifikowanych do tego etapu badań. Jedno dziecko nie zostało zbadane z uwagi na fakt, że rodzice przed zakończeniem roku szkolnego wypisali je z przedszkola.

⁵ Jak już zostało to zasignalizowane w tej pracy – opieka logopedyczna na terenie przedszkola nie przysługiwała tym przedszkolakom we wcześniejszych latach pobytu dziecka w przedszkolu. Obecny system opieki logopedycznej na terenie miejskich przedszkoli w Katowicach nie przewiduje zajęć z logopedą w grupach młodszych niż sześciolatki.

można stwierdzić, że podejmowane wówczas przez logopedów działania charakteryzują się stosunkowo niską efektywnością.

Trudno ustalić jednoznacznie, jakie czynniki zadziałały w ciągu tych czterech lat, kiedy dzieci nie były teoretycznie objęte opieką, a pokaźna grupa samoistnie przezwyciężyła problemy w opanowywaniu mowy. Część z nich nie poddaje się kontroli. Trudności może nastroczać także porównywanie grup o różnej liczebności. Domniemywać natomiast można, że w przypadku występowania zaburzeń mowy po pierwszej diagnozie na korzyść dzieci mógł zadziałać czas. Trzy lata w okresie intensywnego rozwoju dziecka to okres, w którym zaistnieć mogły różne pozytywne bodźce. Należy brać pod uwagę mechanizmy samoregulujące⁶. Można tu wspomnieć o naturalnym przyspieszeniu rozwoju i eliminacji nieprawidłowych nawyków wskutek większej dojrzałości dziecka w innych sferach. Istnieje ponadto możliwość, że rodzice dzieci poinformowani o negatywnym wyniku uzyskanym w pierwszych badaniach przesiewowych z własnej inicjatywy podjęli terapię w placówce poza przedszkolem (w poradni psychologiczno-pedagogicznej, placówce medycznej czy w prywatnym gabinecie) lub też po skorzystaniu ze wskazań logopedy w czasie konsultacji w przedszkolu stosowali zalecenia wspomagające rozwój mowy i przezwyciężanie występujących wcześniej zaburzeń.

W świetle zasygnalizowanych tendencji można zastanawiać się nad sensem podejmowania wczesnej interwencji logopedycznej. Wydaje się jednak, że odroczenie pracy we wcześniejszych latach sprawi, że grupa dzieci z utrzymującymi się nieprawidłowościami w zakresie nabywania mowy i opanowywania języka w dużej części będzie ponosiła ogromne koszty zaniechania wczesnej interwencji terapeutycznej. Wykonanie badania w 3. roku życia, a następnie odroczenie terapii logopedycznej i podjęcie jej dopiero wobec dziecka sześciolatniego rzutuje na skuteczność pomocy. Nawyk nieprawidłowej wymowy jest

⁶ Zagadnienie samoistnego przezwyciężenia zaburzenia mowy w okresie rozwojowym mowy szerzej analizowali teoretycy jąkania. W anglojęzycznej literaturze przedmiotu stosowane jest pojęcie *spontaneous recovery* lub *natural remission* i odnosi się do przypadku dziecka, które zaczęło się jąkać i przezwyciężyło problem bez stosowania terapii. Ostatnie badania w tym zakresie mówią, że od 32% do 80% ogółu populacji dzieci, które zaczęły się jąkać we wczesnym dzieciństwie, opanowuje mowę płynną bez zastosowania bezpośredniej interwencji terapeutycznej. B. Guitar zwraca uwagę, że wpływ na „wyjście z jąkania” mogły mieć takie osobnicze lub środowiskowe czynniki jak: wiek dziecka w momencie wystąpienia pierwszych objawów jąkania, praworęczność, płęć żeńska, wysoka sprawność językowa dziecka, wolne tempo mowy otoczenia, tolerancyjne postawy otoczenia – zwłaszcza matki, dogodny dla promowania rozwoju mowy sposób komunikowania się z dzieckiem, nieobciążony wywiad lub rodzinne występujące przypadki samoistnego wyjścia z jąkania. Por. E. M. Bennett: *Working with People who Stutter. A Lifespan Approach*. Upper Saddle River 2006, s. 229-230; O. Bloodstein: *A Handbook on Stuttering*. Chicago 1975, s. 77-80; B. Guitar: *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore 2006, s. 21-22; H. H. Gregory: *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*. Boston 2003, s. 18-20; E. Yairi, N. G. Ambrose: *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*. Austin 2005, s. 194-195.

bowiem dłużej utrwalany i staje się trudniejszy do wyeliminowania. Z jednej strony wyniki świadczą o korzyściach płynących z przesiewów logopedycznych – jako czynnika aktywizującego środowisko, ale z drugiej strony działania te mogą stać się niewykorzystaną szansą na efektywną pracę z małym dzieckiem⁷. Wyniki badań powtarzalnych w kolejnych grupach dzieci potwierdzają postawioną wcześniej tezę. W przypadku dzieci badanych w 2004 roku odstęp między pierwszym i drugim badaniem wynosił dwa lata. Badanie powtórzono w 2006 roku. Dzieci badane po raz pierwszy w 2005 roku były badane ponownie po roku. Różnice między okresem, w którym dzieci zostały objęte terapią logopedyczną w przedszkolu a czasem, w którym w niej nie uczestniczyły, również są znaczne. Działo się tak, pomimo że czynnik upływu czasu miał tu mniejsze znaczenie. Odsetek dzieci, które podczas pierwszego przesiewu uzyskały wynik negatywny, podczas drugich badań był znacznie niższy. Należy mieć na uwadze, że w tym okresie dzieci teoretycznie nie były objęte terapią logopedyczną. Natomiast kolejne badanie przeprowadzone po okresie zapewnionej opieki logopedycznej w przedszkolu pokazało, że mowa dzieci w mniejszym stopniu uległa poprawie. W tych przypadkach jednak wydaje się też bardziej prawdopodobne zadziałanie czynnika mobilizacji środowiska rodzinnego w związku z coraz bliższym terminem rozpoczęcia przez dziecko nauki w szkole i naturalnym wzrostem wymagań otoczenia wobec niego (m.in. w aspekcie rozwoju mowy). Skuteczność terapii logopedycznej podjętej dopiero w 6. roku życia była zatem mniejsza i można domniemywać, że efekty pracy byłyby większe w przypadku podjęcia wczesnej interwencji.

Podsumowując, należy stwierdzić, że analiza wyników badań na przestrzeni lat 2003–2007 uchwyciła pewną tendencję. Samoistnie – bez interwencji logopedy w przedszkolu – w każdej grupie ustąpiła część zaburzeń mowy. Natomiast ostatni wynik wskazuje na mniejszą poprawę, mimo interwencji logopedy przedszkolnego. Pełna lista czynników mających wpływ na tę sytuację nie jest możliwa do uwzględnienia, prowadzone badania nie miały bowiem charakteru eksperymentu naukowego. Istotne, z punktu widzenia podjętych badań, wydają się trzy czynniki: upływ czasu, terapia logopedyczna podjęta poza przedszkolem oraz fakt zagwarantowania opieki logopedycznej w przedszkolu dopiero

⁷ Środowisko logopedów od lat apeluje o podejmowanie jak najwcześniejszej interwencji logopedycznej. G. Demel już w roku 1974 zwróciła uwagę na tzw. błąd późnej pomocy. Postulowała ona przesunięcie głównego ciężaru profilaktyczno-terapeutycznych oddziaływań logopedów ze szkół na przedszkola. Cyt. za D. Dramską: *Proces instytucjonalizacji zawodu logopedy w Polsce. Zarys problemu*. Katowice 2001, s. 34. Z kolei K. Błachnio stwierdza, że: „(...) efektywność postępowania logopedycznego zyskuje na tempie, zasięgu i trwałości wówczas, gdy zaburzenie mowy zostało wcześniej wykryte, rozpoznane i poddane fachowym, intensywnym działaniom logoterapeutycznym w powiązaniu z innymi działaniami wspomagającymi”. K. Błachnio: *Logopedia holistyczna – wyzwaniem XXI wieku*. „Logopedia” 1999, nr 26.

w 6. roku życia dziecka. Biorąc pod uwagę czynnik czasu, po dokładnej analizie okazuje się, że jednak wbrew oczekiwaniom wcale nie działał on jednoznacznie na korzyść trzylatków. Wręcz przeciwnie, grupa dzieci objęta przesiewem najwcześniej (już w 3. roku życia) miała największy odsetek zaburzeń mowy w kolejnych – drugim i trzecim badaniu. Być może jednym z powodów był tu silny wpływ innego wymienionego już wcześniej czynnika – słabszej motywacji w środowisku rodzinnym. Natomiast, gdy konieczność osiągnięcia dojrzałości szkolnej stawała się bardziej realna w perspektywie czasowej w percepcji otoczenia, wówczas pojawiała się większa szansa na mobilizację rodziców/opiekunów do poszukiwania pomocy logopedycznej dla dziecka. Można stąd wnioskować, że motywacja środowiska rodzinnego staje się ważniejszym bodźcem od naturalnego upływu czasu w eliminowaniu zaburzeń mowy. Ostatnim, najważniejszym z analizowanych czynników, mających wpływ na wyniki, jest wiek, w którym podejmowana jest terapia logopedyczna w przedszkolu. Z jednej strony można przypuszczać, że ogromne nakłady pracy logopedów poświęcane sześciolątkom powinny przynosić lepsze rezultaty ze względu na intensywniejszą współpracę ze środowiskiem rodzinnym oraz ułatwienia w prowadzeniu terapii ze starszym dzieckiem. Z drugiej jednak strony czynnik stopnia utrwalenia zaburzeń mowy u dzieci w tym wieku, jak wykazały to opisywane badania, utrudnia uzyskanie optymalnych efektów. Potwierdza to liczba dzieci z trudnymi do wyeliminowania wadami wymowy – seplenienie międzyczębowe (prawie 36% w ostatnim badaniu w czerwcu 2007 roku). Na niekorzyść dzieci i pośrednio na skuteczność pracy logopedów działa tutaj z pewnością również czynnik czasu – przedłużający się okres utrwalania zdeformowanej wymowy.

Można zatem, na użytek niniejszej pracy, podjąć próbę sformułowania hierarchizacji czynników, które mają wpływ na ustępowanie zaburzeń mowy wśród dzieci przedszkolnych. Biorąc pod uwagę jedynie trzy z nich, niezwykle istotnym wydaje się być wiek, w którym podejmowana jest interwencja terapeutyczna. Drugim, ale prawdopodobnie równie ważnym czynnikiem, wpływającym na eliminację zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym, jest zaangażowanie środowiska rodzinnego – stopień mobilizacji rodziców i ich aktywny udział w terapii. Ostatnim z nich jest zjawisko samoistnego ustępowania zaburzeń mowy pod wpływem dojrzewania dziecka. Ryzykowna jednak byłaby postawa wyczekiwania na pojawienie się korektywnego wpływu czynnika upływu czasu. Czynnikiem ten nie poddaje się bowiem kontroli i nie sposób zagwarantować, że zadziała na korzyść rozwoju dziecka. W świetle przeprowadzonych analiz badań powtarzalnych należy raczej postulować jak najwcześniejsze podejmowanie interwencji terapeutycznej oraz szeroką popularyzację działań profilaktycznych i promujących optymalny rozwój mowy dziecka.

Podczas gromadzenia informacji na temat efektywności opieki logopedycznej – w toku wywiadów bezpośrednich oraz na podstawie badań ankietowych – rozpoznałam opinie logopedów i dyrektorów placówek edukacyjnych (przedszkoli i poradni psychologiczno-pedagogicznej) na temat uwarunkowań efektywności opieki logopedycznej. Logopedzi poproszeni o próbę oceny skuteczności swojej pracy i ewentualne wskazanie uwarunkowań efektywności tych oddziaływań potwierdzali, że nie prowadzą badań mających na celu ewaluowanie wyników terapii. Wydaje się to mieć istotne znaczenie dla skuteczności działań tej grupy zawodowej. Jednakże ich subiektywne odczucia pokrywają się z opisywanymi wcześniej wynikami badań powtarzalnych. Taki stan rzeczy powoduje znaczną frustrację środowiska terapeutów mowy, prowadzących terapię w warunkach przedszkola. W ich odczuciu praca skoncentrowana na bardzo intensywnej terapii z dzieckiem, wymagającym pomocy logopedy, zwłaszcza z grup sześciolatków i doraźnie z grup młodszych, nie zawsze przynosi spodziewane efekty. Zdaniem logopedów w większości przypadków środowisko rodzinne dziecka nie angażuje się w sposób należyty w realizację programu terapeutycznego. Jedna z ankietowych stwierdziła: „(...) udzielanie pomocy terapeutycznej sześciolatkowi jest działaniem spóźnionym, często skazanym na niższą skuteczność”. Większość logopedów podzieliło ten pogląd.

Tabela VI.1.

Uwarunkowania efektywności opieki logopedycznej na terenie przedszkola w ocenie logopedów; N = 19

Czynniki warunkujące efektywność	Grupa logopedów	
	Liczba odpowiedzi logopedów z terenu badań; N = 7*	Liczba odpowiedzi w grupie innych logopedów; N = 12*
Wymiar zatrudnienia logopedy	5	10
Zainteresowanie rodziców terapią	4	7
Warunki lokalowe	1	2

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne

Uwagę zwraca istotne znaczenie przypisane przez ankietowanych wymiarowi zatrudnienia logopedów w przedszkolach. Może to potwierdzać sygnalizowaną w wywiadach opinię tego środowiska o nadmiernym obciążeniu zadaniami. Wszyscy logopedzi, zarówno zatrudnieni w przedszkolach, jak i w poradni psychologiczno-pedagogicznej, wskazywali na problem nadmiernego obciążenia pracą jako przyczynę niedostatecznej efektywności swoich działań. Logopedzi z przedszkoli zwracali uwagę na zbyt dużą ilość dzieci, które wymagają opieki

w stosunku do liczby godzin zatrudnienia terapeuty mowy. Natomiast logopedzi poradni podnosili kwestię odległych, z powodu małej liczby godzin, terminów wizyt kolejnych spotkań terapeutycznych. Wydaje się, że przeprowadzenie reorganizacji pracy terapeutów mowy mogłoby w pewnym stopniu przyczynić się do poprawy stanu obciążenia pracą w poszczególnych placówkach. Logopedzi przedszkolni zwracali też uwagę na tak istotny czynnik jak wyposażenie stanowiska pracy. Zarówno warunki lokalowe, jak i doposażenie gabinetów w poszczególnych przedszkolach objętych badaniami pozostaje na zróżnicowanym poziomie. Zagwarantowanie odpowiednich warunków lokalowych do zajęć logopedycznych i zabezpieczenie pomocy dydaktycznych ma bezspornie duży wpływ na przebieg i efekt terapii. Spełnienie tego postulatu może nie być zadaniem łatwym, zważywszy, że organ prowadzący ponosi już znaczne koszty zatrudnienia logopedów w placówkach. Wydaje się, a świadczą o tym podejmowane do tej pory działania, że władze oświatowe w Katowicach są żywotnie zainteresowane profilaktyką zaburzeń rozwoju, a także promocją rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym. Można mieć nadzieję, że ponieważ w interesie miasta leży jak najlepsze spożytkowanie środków subsydiowanych na cele oświatowe, kolejne nakłady mogą w większym stopniu uwzględniać skuteczność opieki, między innymi dzięki wcielaniu w życie wniosków wynikających z badań. Wśród innych sugestii, związanych z podnoszeniem efektywności opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym, znalazł się nawet postulat upowszechniania opieki przedszkolnej. Respondenci zwracali uwagę, że dzięki temu możliwa byłaby większa dostępność oddziaływań diagnostyczno-kompensacyjnych przedszkola, zwłaszcza wobec dzieci najmłodszych oraz z rodzin zagrożonych. Ten czynnik nie jest jednak zależny od logopedów⁸.

Ankietowani logopedzi zwracali uwagę, że przenoszenie odpowiedzialności za skuteczności terapii wyłącznie na osobę terapeuty niezgodne jest z wieloczynnikową koncepcją efektywności ich działań⁹. Logopedzi nie deprecjonowali wagi działań podejmowanych przez nich na tym polu. Podkreślali jednak znaczenie, w kontekście efektywności opieki logopedycznej, takich czynników jak: moment podjęcia interwencji i jej intensywność – częstotliwość spotkań terapeutycznych, stopień ciężkości występującego

⁸ Pośrednio wpływ na upowszechnienie edukacji przedszkolnej ma polityka oświatowa na szczeblu gminnym (wysokość opłat za pobyt dziecka w przedszkolu). Zwiększoną dostępność do instytucjonalnych form oddziaływań o charakterze opiekuńczo-wychowawczym zapewniają również placówki prowadzone przez inne podmioty. Są to na przykład ochronki przy kościołach, świetlice środowiskowe, również przedszkola prywatne i społeczne. Jednak ich rozpowszechnienie jest ciągle niewystarczające. Dla kompleksowego rozwiązania tej kwestii konieczne są działania na szczeblu centralnym.

⁹ Zob. rozdział II: *Terapia logopedyczna w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym i uwarunkowania jej efektywności*.

u dziecka zaburzenia mowy¹⁰, ogólne możliwości dziecka, także jego motywacja do ćwiczeń i wola współpracy środowiska opiekuńczo-wychowawczego. W ich odczuciu nie mniej istotny jest ogólny kontekst terapeutyczny, tzn. warunki, w jakich prowadzona jest terapia. Zdaniem respondentów czynnikiem determinującym jakość opieki logopedycznej, a tym samym przesądzającym o jej efektywności jest intensywność podejmowanych przez nich działań o charakterze prewencyjnym, które ankietowani zgodnie uznawali za najsłabsze ogniwo swojej działalności.

Na podstawie analizy wyników badań ankietowych przyjąłem, że uwarunkowaniami efektywnego systemu opieki logopedycznej są:

- profilaktyka logopedyczna na wszystkich poziomach – pierwszorzędowa, drugorzędowa i trzeciorzędowa, prowadzona przez logopedów, we współpracy z innymi grupami zawodowymi; działalność profilaktyczna logopedów, jako tańsza i najskuteczniejsza forma oddziaływań, powinna być umieszczona w zakresie obowiązków zawodowych terapeutów mowy,
- aktywizacja środowiska rodzinnego dziecka na rzecz wspomagania rozwoju mowy i wczesnej stymulacji językowej z wykorzystaniem różnorodnych form oddziaływań we współpracy z innymi specjalistami, poprzez organizowanie zajęć otwartych na terenie przedszkoli, spotkań z rodzicami – w tym warsztatowych, dyżurów konsultacyjnych dla rodziców,
- popularyzacja zagadnień z zakresu profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy wśród tych rodziców, których dzieci nie korzystają z opieki w przedszkolu (informowanie poprzez spółdzielnie mieszkaniowe, parafie, organizowanie dla nich dyżurów konsultacyjnych w poradniach, spotkania z logopedą, psychologiem, pedagogiem),
- współpraca między różnymi grupami specjalistów – stwarzanie korzystnych warunków, zadbanie o przychylny stosunek władz do podejmowania współpracy przez różne grupy zawodowe, której celem byłoby uaktywnienie tych społeczności na rzecz promocji rozwoju psychofizycznego dzieci; powoływanie grup superwizyjnych dla logopedów, organizowanie warsztatów i konsultacji dla nauczycieli, seminariów dla lekarzy (na przykład poprzez wykorzystywanie

¹⁰ Mam tu na myśli na przykład: sprzężenie kilku wad wymowy występujących równocześnie (rotacyzm, seplenienie i inne) lub znaczne nasilenie objawów jąkania wczesnodziecięcego.

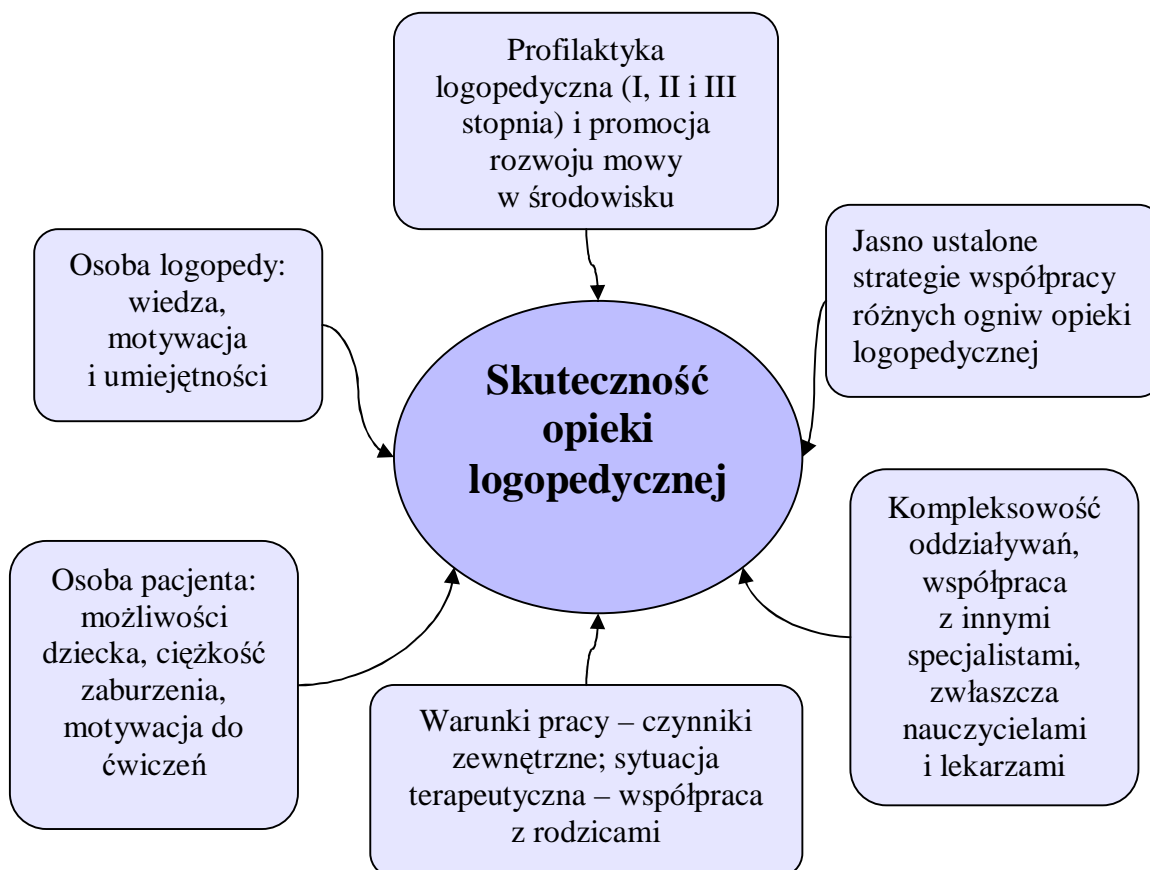
doświadczeń zespołów doskonalenia logopedów działających przy Śląskim Oddziale Polskiego Towarzystwa Logopedycznego),

- wykorzystywanie potencjału innych grup zawodowych do prowadzenia działań z zakresu profilaktyki drugorzędowej – zapraszanie do współpracy przy prowadzeniu przesiewów logopedycznych nauczycieli i lekarzy (aneks, załącznik nr 11),
- optymalizacja skuteczności procesu terapii logopedycznej – uzyskanie zgody organu prowadzącego na podejmowanie w warunkach przedszkola różnych form oddziaływań terapeutycznych, w tym wczesnej interwencji logopedycznej, a w uzasadnionych logopedycznie przypadkach intensywnych oddziaływań terapeutycznych indywidualnie z dzieckiem, także w obecności rodzica,
- dokonanie podziału obowiązków terapeutycznych pomiędzy placówki przedszkolne i poradnie – popularyzacja form pomocy oferowanej przez poradnie w środowisku za pośrednictwem przedszkoli,
- wypracowanie zasad kierowania dziećmi z terenu przedszkoli do poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz stworzenie wspólnych standardów postępowania logopedów oświatowych w zakresie kierowania dziećmi do terapeutów mowy zatrudnionych w strukturach służby zdrowia, ustalenie zasad współpracy pomiędzy terapeutami prowadzącymi terapię dziecka w różnych placówkach – unikanie równoległe terapii w sytuacji lżejszych przypadków zaburzeń mowy,
- udzielanie informacji zwrotnej lekarzom w przypadku skierowania przez nich dziecka na konsultacje logopedyczne (w tym również informacji o zaproponowanych formach pomocy),
- stałe ewaluowanie przebiegu terapii logopedycznej.

W oparciu o opinie i poglądy logopedów i dyrektorów placówek sporządzono schemat determinantów skutecznej opieki logopedycznej.

Rysunek VI.2.

Uwarunkowania skuteczności opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym

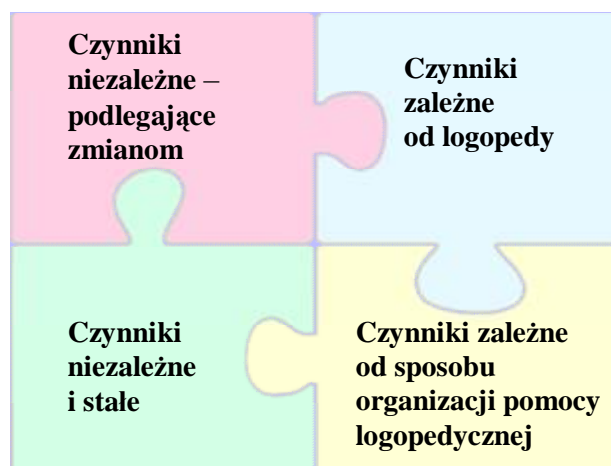


Źródło: opracowanie własne

Można zaryzykować stwierdzenie, że każdy element determinujący skuteczność oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów w pewnym stopniu poddaje się kontroli, częściowo natomiast jest niezależny od celowej działalności człowieka. Chcąc uniknąć błędu arbitralności, nie rozstrzygając, w jakim stopniu czynniki wpływają w każdym elemencie na efektywność działań logopedy, można symbolicznie ująć prawidłowość w formie schematu zaprezentowanego na rysunku VI.3.

Rysunek VI.3.

Wpływ czynników na poszczególne determinanty skutecznej opieki logopedycznej



Źródło: opracowanie własne

Schemat ten opiera się na założeniu, że istnieje prawidłowość, zgodnie z którą w każdym zjawisku zachodzącym w środowisku można domniemywać działanie czynników niezależnych od wpływu człowieka oraz poddających się jego świadomym oddziaływaniom. Przyjmując dodatkowo kryterium zmienności i niezmienności, a także rozpatrując możliwość zmian płynącą z dwóch źródeł – samego logopedy oraz sposobu organizacji pomocy logopedycznej, uzyskujemy obraz czterech czynników, które decydują o efektywności pomocy logopedycznej dziecku przedszkolnemu. Można założyć, że każda determinanta skutecznej opieki logopedycznej zawiera 4 komponenty:

- element niezmienny,
- element zmienny, niepoddający się kontroli,
- element zależny od logopedy,
- element zależny od sposobu organizacji pomocy.

Ze względu na przedmiot opisywanych badań istotne są komponenty, które podlegają intencjonalnym oddziaływaniom – elementy zależne od logopedy i sposobu organizacji pomocy. Przy planowaniu działań podnoszących efektywność należy równocześnie uwzględniać występowanie pozostałych dwóch, nie decydując o tym, jaki jest zakres wpływu poszczególnych czynników.

Moi respondenci w toku prowadzonych badań ankietowych formułowali postulaty wprowadzenia modyfikacji mogących, ich zdaniem, znacząco podnieść skuteczność opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym. Wymienione zostały przede wszystkim następujące działania:

- podejmowanie różnorodnych działań o charakterze profilaktycznym, ukierunkowanych zarówno na dziecko, jak i na całe jego środowisko opiekuńczo-wychowawcze; prowadzenie szeroko zakrojonej działalności popularyzującej profilaktykę logopedyczną i promocję rozwoju mowy,
- włączanie do współpracy na rzecz profilaktyki logopedycznej innych grup zawodowych, zwłaszcza nauczycieli, psychologów i lekarzy, prowadzenie wczesnych przesiewów logopedycznych oraz podejmowanie działalności informacyjnej dla rodziców, której celem jest promocja rozwoju mowy,
- regularne prowadzenie przesiewów logopedycznych wśród wszystkich dzieci w przedszkolach,
- podejmowanie wczesnej interwencji wobec dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy,
- obejmowanie terapią logopedyczną wszystkich dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy – stosownie do potrzeb: na terenie przedszkola lub w innych placówkach specjalistycznych; poprawa przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi ogniwami opieki specjalistycznej nad dzieckiem,
- aktywizowanie środowiska opiekuńczo-wychowawczego (zwłaszcza rodzinnego) do udziału we wszystkich działaniach profilaktyczno-terapeutycznych,
- oparta na partnerskich zasadach współpraca wszystkich ogniw opieki nad dzieckiem, tzn. rodziców/opiekunów, nauczycieli, logopedów, psychologów, lekarzy,
- pozyskiwanie informacji zwrotnych o przebiegu terapii – ewaluacja procesu terapii logopedycznej.

Wydaje się, że zastosowanie w praktyce proponowanych przez respondentów zmian, które warunkują w ich opinii podnoszenie poziomu opieki logopedycznej, może napotykać na pewne bariery. Trudności mogą pojawiać się również paradoksalnie po stronie najbardziej zainteresowanych – wśród przedstawicieli środowiska logopedów i nauczycieli. Ich odczucia związane z wykonywaniem zawodu, także podnoszeniem kompetencji zawodowej i skutecznością działań, były werbalizowane podczas wywiadów bezpośrednich z logopedami i rozmów z nauczycielami w trakcie prowadzenia przesiewów. Zwracali oni uwagę na stale rosnący zakres obowiązków i wymagań związanych z wykonywaną pracą, przy jednoczesnej dość skromnej, w ich odczuciu, gratyfikacji finansowej. Część osób sygnalizowała problem wypalenia zawodowego, nasilającego się pod wpływem zwiększonych oczekiwań w zakresie

prowadzenia dokumentacji, potwierdzania własnych kwalifikacji kosztem czasu i jakości pracy z dzieckiem. Dyskomfort tych grup zawodowych wywołuje także presja rodziców, którzy często oczekują, że specjaliści sami rozwiążą problemy ich dziecka¹¹. Można przypuszczać, że pewien opór części środowiska jest nieunikniony, jednocześnie jednak wyrażona w ankietach wola poprawy skuteczności swojej pracy prawdopodobnie zaowocuje w przyszłości poprawą skuteczności opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Istotnym warunkiem wprowadzania zmian i ewentualnych modyfikacji jest uzyskanie akceptacji władz gminnych. Władze Katowic ponoszą znaczne koszty, w porównaniu z innymi ośrodkami w Polsce, związane z zagwarantowaniem opieki logopedycznej na terenie przedszkoli. Jednakże można sądzić, że podejście racjonalne, ekonomiczne, a co się z tym wiąże optymalne zagospodarowanie wydawanych już obecnie w tej dziedzinie nakładów sprawi, że organ prowadzący będzie zainteresowany wprowadzaniem postulowanych zmian organizacyjnych.

W oparciu o analizowane wyniki badań można uznać, że profilaktyczno-terapeutyczne działania logopedów w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym charakteryzują się niedostateczną efektywnością w stosunku do poniesionych nakładów. Istotne dla oceny tego zjawiska są znaczące zmiany, jakie dokonują się pod wpływem intencjonalnej działalności logopedów. Przytoczone wyniki badań, jak i subiektywne oceny samych terapeutów mowy zdają się przemawiać za stosunkowo niską skutecznością ich oddziaływań. Przyczyn takiego stanu można upatrywać w różnorodnych czynnikach, które zostały opisane w tej części pracy. Jednocześnie wydaje się wzorem innych krajów, że opieka logopedyczna w Polsce będzie podlegać swoistemu urynkowaniu. Taką tendencję daje się zaobserwować zarówno w strukturach służby zdrowia, jak i w oświacie, o czym świadczą wypowiedzi ankietowanych logopedów. Można zatem prognozować, że wraz z postępującą w naszym kraju instytucjonalizacją zawodu logopedy¹² i stale rosnącą liczbą przedstawicieli tej profesji, jak i ze wzmożonym zapotrzebowaniem na ich usługi coraz częściej podejmowane będą zagadnienia skuteczności i efektywności ich działań.

T. Lewowicki, wskazując na nowe wyzwania i oczekiwania wobec teorii i praktyki pedagogiki społecznej, pisze: „(...) pedagogika społeczna może (...) i powinna z jeszcze

¹¹ Problem ten sygnalizowany był już na łamach literatury przedmiotu. E. Sachajska w artykule *Z metodyki pracy nad wymową* stawia tezę o niedostatecznym zainteresowaniu środowiska rodzinnego terapią dziecka: „(...) wielu rodziców uważa, że z chwilą przyprowadzenia dziecka do logopedy spełnili swój obowiązek, gdyż to logopeda ma nauczyć ich syna lub córkę mówić poprawnie. Oczekują jednocześnie szybkich efektów”. E. Sachajska: *Z metodyki pracy nad wymową*. „Logopedia” 2002, nr 31, s. 255.

¹² Zob. D. Dramska: *op. cit.*, s. 82.

większymi sukcesami uczestniczyć w kreowaniu nowych, lepszych modeli życia grup i jednostek”¹³. Wychodząc naprzeciw takiemu postulatowi oraz wsłuchując się w potrzeby zgłaszane oddolnie przez przedstawicieli różnych środowisk zajmujących się opieką nad dzieckiem, w niniejszej pracy sformułowałam liczne postulaty, które mogą przyczynić się do poprawy opieki logopedycznej w ramach przedszkola. W oparciu o determinanty skuteczności działań logopedy ustalone na podstawie analizy literatury przedmiotu i w oparciu o wyniki badań opracowałam propozycję modyfikacji systemu opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym. W toku prowadzenia badań podejmowano różne działania o charakterze aktywizującym środowisko opiekuńczo-wychowawcze dzieci, których skutkiem jest intensyfikowanie profilaktyki logopedycznej i promocja rozwoju mowy.

2. Postulowany kierunek zmian – propozycja modyfikacji systemu opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym

Analiza zebranego materiału badawczego, dotyczącego postulowanych zmian, które mogą znacząco podnieść efektywność działań logopedów w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym pozwoliła na sformułowanie następującego wniosku: wskazane byłoby wprowadzenie systemowych rozwiązań w zakresie organizacji opieki logopedycznej. Uwarunkowania rozwoju małego dziecka i złożony charakter potrzeb w zakresie harmonijnego opanowywania mowy wyznaczają spektrum różnorodnych zadań systemu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. W związku z tym rozwiązania instytucjonalne w tym zakresie powinny mieć charakter interdyscyplinarny i międzyresortowy¹⁴. Takie podejście gwarantowałoby otoczenie dziecka i jego rodziny

¹³ T. Lewowicki: *Problemy życia społecznego a tradycyjne i nowe zadania pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem*. T. 1. Red. E. Górniewicz-Zwolak, A. Radziejewicz-Winnicki. Katowice 1999, s. 29.

¹⁴ Szeroko ujmowana opieka rozumiana jest jako całościowy kształt warunków i całościowy kształt czynności, mających na celu optymalizację tych warunków dla zapewnienia wszechstronnego rozwoju i wielostronnego przygotowania do życia dzieci i młodzieży. Opieka w tym ujęciu wymaga harmonijnego współdziałania różnych ogniw resortu edukacji – szkół, poradni specjalistycznych, ośrodków metodycznych, bibliotek pedagogicznych, nadzoru pedagogicznego, a także współpracy z innymi sektorami sprawiedliwości, zdrowia i opieki społecznej, pracy i polityki społecznej, jak również policji, organizacji młodzieżowych, stowarzyszeń, kościołów i związków wyznaniowych. Odnosząc powyższe uwagi do opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym, istotne wydaje się planowanie jej zasad z uwzględnieniem szerokiego spektrum oddziaływań, z udziałem różnych grup nastawionych na realizację różnorodnych celów. Zob. A. M. Grzywacka, P. Kowolik, M. Pindera: *Aktualne problemy opieki nad dzieckiem w Polsce – kierunki zmian*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce –*

opieką pełną i wielozakresową, ściśle powiązaną z promocją zdrowego stylu życia i wczesną profilaktyką. Umożliwiłoby to może powielanie niektórych usług oferowanych w ramach różnych placówek, a tym samym spełniłoby warunek efektywności rozumianej w aspekcie ekonomicznym. Możliwe jest, w dalszej perspektywie, obniżenie kosztów pomocy uczniom.

Opisane i analizowane w niniejszej pracy zjawisko skuteczności działań logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym jest niewspółmierne w stosunku do nakładów ich pracy. Wydaje się, że pomimo komfortowej sytuacji zagwarantowania bezpośredniej opieki logopedycznej na terenie przedszkoli w Katowicach potencjał logopedów nie jest w pełni wykorzystany. Rozwiązaniem tego problemu mogłoby być zmodernizowanie zasad opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym.

A. Radziewicz-Winnicki zwraca uwagę, że termin *modernizacja* znaczy tyle, co unowocześnianie, modyfikacja i oznacza „(...) zastępowanie starych rzeczy i sposobów działania jakimiś nowymi”, ale też może oznaczać „(...) działania i stany rzeczy, które prowadzą ku nowoczesności, postępowi bądź są związane z ideą przeobrażeń”¹⁵. Wydaje się, że podjęcie działań modyfikujących system opieki logopedycznej, poprzez zastosowanie w praktyce postulowanych w badaniach sondażowych zmian, umożliwiłoby jego udoskonalenie i podniesienie skuteczności działań logopedów.

Postulaty konieczne do realizacji w celu modyfikacji systemu opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym, sformułowane w oparciu o analizę literatury przedmiotu i wyniki prowadzonych badań, są następujące:

- 1) Upowszechnianie dostępności opieki logopedycznej, zarówno w aspekcie profilaktycznym, jak i terapeutycznym.
- 2) Aktywny udział rodziców/opiekunów w różnych formach profilaktycznych i terapeutycznych oddziaływań logopedów.
- 3) Międzysektorowa i międzyresortowa współpraca na rzecz promocji rozwoju mowy i efektywnej opieki logopedycznej różnych grup zawodowych.
- 4) Aktywizacja środowiska lokalnego na rzecz popularyzacji idei profilaktyki logopedycznej, wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie dziecka.

między stagnacją a zaangażowaniem. T. 1, s. 197; M. Jakubowski: *Podstawowe pojęcia, główne zadania i zasady pedagogiki opiekuńczej*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1980, nr 9, s. 388.

¹⁵ A. Radziewicz-Winnicki: *Spółczesność w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk 2004, s. 29.

Priorytetowe cele programu opieki logopedycznej to przede wszystkim:

- 1) Objęcie przesiewami logopedycznymi wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkoli oraz możliwie jak największej grupy dzieci pozostających poza strukturami systemu oświaty (w wieku od 3 do lat 7).
- 2) Wczesna interwencja terapeutyczna wobec wszystkich dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy.
- 3) Działalność popularyzująca idee profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy w społeczności lokalnej.
- 4) Pozyskiwanie innych grup zawodowych do współpracy na rzecz efektywnej opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym.
- 5) Udział logopedów w ramach działań z zakresu profilaktyki logopedycznej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Uczestnikami tak rozumianego programu opieki logopedycznej nie będą więc wyłącznie logopedzi i dzieci – ich pacjenci. Wśród innych osób zaangażowanych w realizację tego programu znajdują się:

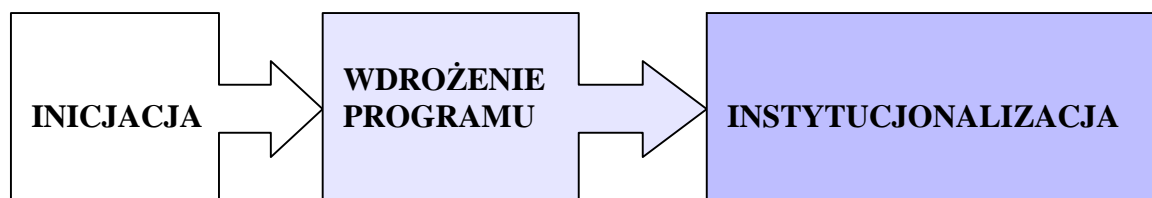
- nauczyciele przedszkoli i inne osoby należące do personelu tych placówek,
- psychologowie z różnych placówek,
- personel żłobków,
- lekarze różnych specjalności, zwłaszcza lekarze pierwszego kontaktu, pediatrzy, średni personel medyczny,
- rodzice/opiekunowie dzieci,
- pracownicy socjalni, pracownicy świetlic środowiskowych,
- wolontariusze działający w placówkach edukacyjnych i opieki społecznej,
- osoby zaangażowane w pomoc dziecku i jego rodzinie w ramach różnych stowarzyszeń i fundacji,
- księża,
- personel bibliotek publicznych.

Można mieć nadzieję, że uruchomienie rozlicznych agend środowiskowych i zaproszenie do udziału w programie różnych grup społeczności lokalnej pozwoli zapewnić kompleksowość oddziaływań takiego systemu opieki, a tym samym ułatwi osiągnięcie założonych celów. Zasada udziału społeczności, stosowana przez promocję zdrowia i oświatę

zdrowotną, wydaje się gwarantować wszechstronność i wieloaspektowość oddziaływań postulowanego modelu opieki¹⁶.

Proponowany model opieki logopedycznej wymaga wprowadzenia modyfikacji w istniejące już struktury. Każda zmiana – innowacja napotyka na różnorodne bariery. W dobie tzw. awansów nauczycielskich, które niosą ze sobą wprowadzanie wielu programów autorskich, w potocznym języku pracowników oświaty pojawił się slogan „przeciążenia innowacjami”. Wydaje się jednak, że postulowane zmiany są niezbędne. Należy przy tym uwzględnić założenie, że skuteczny proces zmian przebiega w trzech etapach: inicjacji, wdrożenia i instytucjonalizacji¹⁷.

Rysunek VI.4.
Etapy wprowadzania zmiany



Źródło: na podstawie *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995.

Poniżej zamieszczone zostały ramowe etapy realizacji programu modyfikacji opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym. Są to, zgodnie z założeniami D. Hopkinsa, trzy etapy wprowadzania zmiany¹⁸:

1. Inicjacja – decyzja o podjęciu innowacji – budowanie porozumienia dla jej wprowadzenia:
 - diagnoza stanu wyjściowego,
 - zainteresowanie środowiska logopedycznego programem – konsultacje wśród najbardziej aktywnych członków tej społeczności – pozyskiwanie ich do realizacji programu,
 - przedstawienie idei programu osobom/instytucjom znaczącym i pozyskanie ich aprobaty dla wdrażania programu w praktyce.

¹⁶ Zob. L. Barić, H. Osińska: *Ludzie w środowiskach*. Warszawa 1999, s. 161.

¹⁷ Zob. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995, s. 34.

¹⁸ Zob. *Ibidem*, s. 36-37.

2. Wdrożenie programu – próba wprowadzania innowacji w życie:
 - uzyskanie i podtrzymanie porozumienia pomiędzy poszczególnymi osobami zaangażowanymi w realizację programu,
 - sprecyzowanie zadań i koordynacja ich wykonywania,
 - wspólna kontrola przebiegu wdrożenia programu,
 - odpowiednie i systematyczne kształcenie poszczególnych grup uczestniczących w realizacji programu,
 - zabieganie o wsparcie z zewnątrz dla realizacji celów wyznaczonych w programie,
 - nagradzanie i wzmacnianie uczestników zaangażowanych w realizację programu poprzez wspólne spotkania grup samopomocowych.
3. Instytucjonalizacja – realizacja programu opieki logopedycznej w rutynowym działaniu:
 - włączenie zmodyfikowanego programu opieki logopedycznej do struktur, organizacji i zasobów działań poszczególnych agend zaangażowanych w proces wdrażania zmiany,
 - eliminowanie działań przeciwstawnych na rzecz konstruktywnej współpracy.

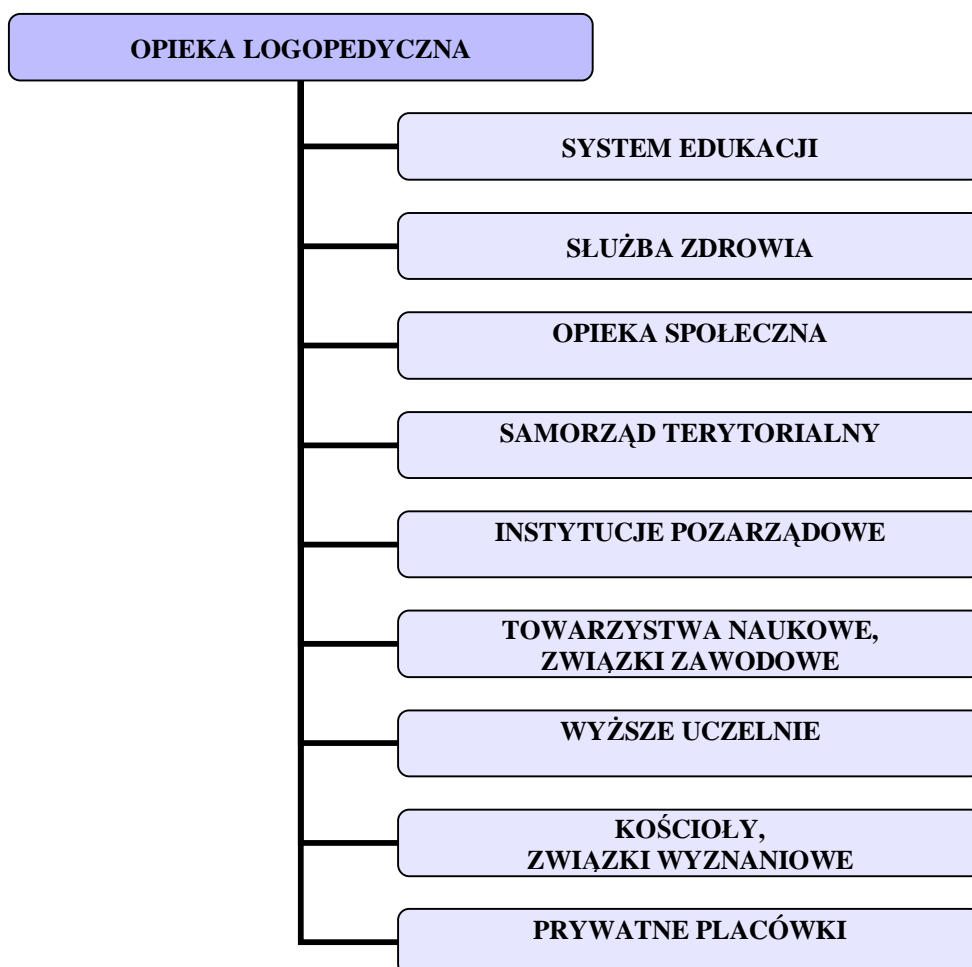
Podjęcie badań nad efektywnością oddziaływań logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym, jako badań naukowych o charakterze aktywizującym, było zatem pierwszym etapem realizacji programu. Kolejnym krokiem powinno być wdrożenie założeń programowych opracowanych w toku analizy wyników badań – określenie priorytetów i wyznaczenie zadań do realizacji na poszczególnych szczeblach. Fundamentalne znaczenie we wprowadzaniu modyfikacji do systemu opieki ma przekonanie decydentów (organu prowadzącego miejskie placówki edukacyjne) do realizacji założeń programu w praktyce. Takie podejście odpowiada tzw. strategii „od ludzi do problemu”, zgodnie z którą efektywniejsze są działania grup podejmowanych w sprawach dla nich istotnych, przez nich zidentyfikowanych, nienarzuconych centralnie – odgórnie. W tym celu nad podstawie wyników badań został przeze mnie opracowany i złożony w Wydziale Edukacji Miasta Katowice raport z badań wraz z wnioskami oraz postulowanym kierunkiem zmian.

Zagwarantowanie kompleksowości działań w ramach realizacji programu skutecznej opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym możliwe jest poprzez międzysektorową współpracę na wielu płaszczyznach. Poszczególne obszary, w których realizowane byłyby elementy skutecznej opieki logopedycznej, to:

1. W strukturach oświatowych:
 - poradnie psychologiczno-pedagogiczne i inne specjalistyczne,
 - przedszkola, w tym integracyjne,
 - szkoły,
 - metodycy ds. przedszkoli,
 - konsultanci ds. logopedii.
2. W strukturach służby zdrowia:
 - zakłady opieki zdrowotnej,
 - żłobki miejskie,
 - szkoły rodzenia,
 - poradnie specjalistyczne,
 - placówki rehabilitacyjne.
3. W strukturach opieki społecznej:
 - świetlice środowiskowe,
 - placówki opiekuńczo-wychowawcze,
 - punkty opieki społecznej.
4. Placówki samorządu terytorialnego:
 - biblioteki,
 - domy kultury,
 - kluby osiedlowe.
5. Instytucje pozarządowe:
 - fundacje,
 - stowarzyszenia.
6. Towarzystwa naukowe i związki zawodowe:
 - Polskie Towarzystwo Logopedyczne,
 - Polski Związek Logopedów,
 - Samorząd Lekarski,
 - Związek Nauczycielstwa Polskiego.
7. Wyższe uczelnie.

8. Kościoły i związki wyznaniowe:
 - parafie,
 - ochronki przykościelne.
9. Prywatne placówki:
 - przedszkola,
 - gabinety logopedyczne,
 - gabinety lekarskie i prywatne poradnie.

Rysunek VI.5.
Obszary realizacji opieki logopedycznej



Źródło: opracowanie własne

Grupy zaproszone do realizacji programu mają różne cele do zrealizowania, różnicowany jest też poziom ich zaangażowania. Przydział zadań na kolejnych etapach dla poszczególnych ogniw składających się na ten system jest następujący:

1. Wstępna diagnostyka – przesiewy logopedyczne (profilaktyka drugorzędowa – identyfikacja grupy ryzyka) – logopedzi zatrudnieni w różnych placówkach

(poradniach służby zdrowia, przedszkolach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach, także w ramach Dni Bezpłatnych Diagnoz Logopedycznych¹⁹ dla dzieci, które nie uczęszczają do przedszkoli), nauczyciele, lekarze i pielęgniarki.

2. Pełna diagnostyka logopedyczna – logopedzi zatrudnieni w placówkach oświatowych oraz w placówkach służby zdrowia, a także w prywatnych gabinetach i innych placówkach, np. ośrodkach rehabilitacyjnych stowarzyszeń społecznych.
3. Badania uzupełniające – dodatkowe konsultacje niezbędne do postawienia pełnej diagnozy – lekarze specjaliści, psychologzy, pedagodzy.
4. Profilaktyka pierwszorzędowa – działania na rzecz promocji rozwoju mowy i stymulacji językowej oraz oddziaływania szkoleniowo-popularyzatorskie:
 - logopedzi – prezentowanie i prowadzenie zajęć z zakresu wspomaganie rozwoju mowy, konsultacje dla różnych grup, działania popularyzatorskie – pedagogizacja różnych środowisk,
 - nauczyciele – stosowanie ćwiczeń wspomagających prawidłowe opanowywanie mowy, prowadzenie ćwiczeń ortofonicznych dla wszystkich dzieci w grupie, konsultacje dla rodziców,
 - lekarze – poradnictwo dla rodziców, informowanie o prawidłowym i zaburzonym rozwoju mowy, kierowanie na konsultacje i wskazywanie miejsc, gdzie można je uzyskać,
 - pracownicy socjalni, pracownicy bibliotek, księża – nagłaśnianie i promowanie inicjatyw logopedycznych, udostępnianie broszur, plakatów, współudział w organizowaniu tych akcji.
5. Terapia – logopedzi różnych placówek z wyraźnym podziałem kompetencji.
6. Wspomaganie efektów terapii – profilaktyka trzeciorzędowa – zapobieganie negatywnym skutkom występowania zaburzeń mowy:
 - rodzice/opiekunowie – systematyczne ćwiczenia w domu, właściwa, akceptująca postawa, bez wywierania nadmiernej presji na dziecko, dostarczanie dziecku prawidłowego wzorca wymowy,

¹⁹ Dni Bezpłatnych Diagnoz Logopedycznych to cykliczna akcja organizowana przez Polski Związek Logopedów. Celem akcji organizowanej raz w roku jest ułatwienie osobom z zaburzeniami mowy dostępu do profesjonalnej diagnozy i rozpowszechnianie wiedzy logopedycznej. Dzięki nawiązywaniu współpracy przez logopedów i instytucje budowany jest system wzajemnej informacji i wsparcia.

- nauczyciele przedszkoli – postawa akceptująca wobec dziecka i jego problemów, niewywieranie presji na dziecko, delegowanie dziecka do udziału w różnych zadaniach – wzmacnianie na forum grupy oraz wyrabianie postaw koleżeńskich, nauka mówienia po kolei itp.,
- psychologowie, pedagodzy – zajęcia wspomagające z zakresu psychoedukacji i psychokorekcji,
- lekarze – podtrzymywanie zapału rodziców – motywowanie do kontynuowania terapii lub przeprowadzenia specjalistycznych badań, ewentualnie terapia farmakologiczna lub proponowanie alternatywnych form terapii, np. EEG Biofeedback, metoda Tomatisa, terapia SI, rehabilitacja medyczna,
- pracownicy socjalni i wolontariusze – utrwalanie ćwiczeń zalecanych przez logopedę i innych specjalistów, wzmacnianie odpowiednich postaw rodzicielskich, podtrzymywanie motywacji do udziału w terapii,
- terapeuci zajęciowi – różne formy oddziaływań, które sprzyjają wzmocnieniu dziecka, podwyższeniu samooceny i poprawie funkcjonowania w środowisku.

Wczesna identyfikacja problemu zaburzeń mowy dokonywana byłaby na różnych poziomach, co pozwoliłoby zapewnić powszechność i kompleksowość oddziaływań. Zasady identyfikacji dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy – prowadzenie przesiewów logopedycznych – przedstawiałyby się następująco:

- lekarze – identyfikacja problemu w oparciu o obserwację dziecka i wywiad z rodzicami z wykorzystaniem plakatu *Kamienie milowe rozwoju mowy dziecka od 0 do 6. roku życia* oraz plakatu i ulotki – *Jak pomóc małemu dziecku, gdy ma problemy z płynnością mowy?* (aneks, załącznik nr 13 i załącznik nr 14),
- rodzice/opiekunowie z wykorzystaniem powyżej wymienionych plakatów i ulotek,
- nauczyciele z wykorzystaniem opracowań z zakresu profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy: *karta kontrolna nauczyciela grupy przedszkolnej wraz z normami rozwojowymi i objawami zaburzeń* oraz ulotka dla nauczyciela z zestawem pytań kontrolnych i podstawowych informacji – praktyczne wykorzystywanie tych narzędzi, regularne konsultowanie zapisów w karcie z logopedą przedszkola (aneks, załącznik nr 11 *Profilaktyka logopedyczna – karta kontrolna nauczyciela grupy przedszkolnej* oraz załącznik nr 12 *Profilaktyka*

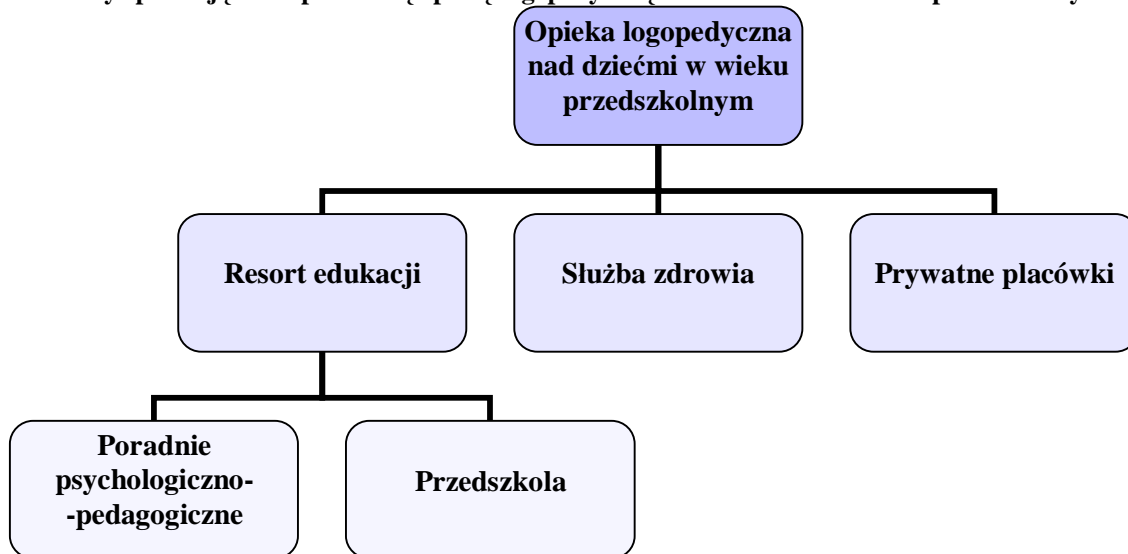
logopedyczna i promocja rozwoju mowy w edukacji przedszkolnej – ulotka dla nauczyciela),

- psycholodzy, pedagodzy – przesiew w oparciu o kartę norm rozwojowych i objawów zaburzeń mowy oraz konsultację z logopedą placówki (aneks, załącznik nr 3 i załącznik nr 4),
- logopedzi – przesiewowe badania logopedyczne w miejskich przedszkolach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych, decyzja o podjęciu pełnej diagnozy i ewentualnym skierowaniu na dodatkowe badania specjalistyczne, zakwalifikowanie na terapię w oparciu o te dane, stosownie do potrzeb: w przedszkolu, poradni psychologiczno-pedagogicznej lub innej placówce specjalistycznej (np. w strukturach służby zdrowia).

Zasadniczy ciężar sprawowania bezpośredniej opieki logopedycznej, zgodnie z założeniami prezentowanego programu, spoczywa na placówkach systemu edukacji: poradniach psychologiczno-pedagogicznych i przedszkolach oraz na logopedach zatrudnionych w strukturach służby zdrowia. Do głównych zadań logopedów zatrudnionych w tych placówkach należy zaliczyć oddziaływania profilaktyczne z zakresu wczesnej identyfikacji problemów zaburzeń mowy i diagnostyki oraz interwencji terapeutycznej. Oprócz tego bardzo istotnym elementem działań specjalistów w tych placówkach jest koordynacja działań poszczególnych osób zaangażowanych w realizację programu. Rysunek VI.6. prezentuje podmioty najsilniej zaangażowane w realizację programu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym.

Rysunek VI.6.

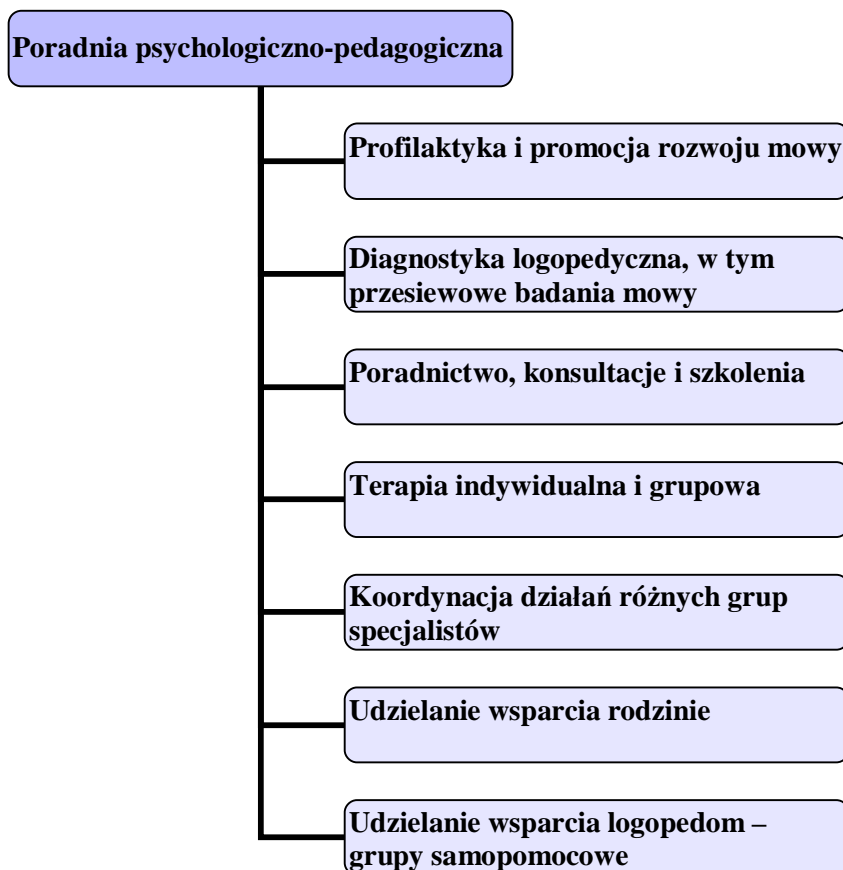
Podmioty sprawujące bezpośrednią opiekę logopedyczną nad dzieckiem w wieku przedszkolnym



Źródło: opracowanie własne

Zadania, które realizowane są w poszczególnych placówkach, prezentują szczegółowo kolejne rysunki.

Rysunek VI.7.
Zadania poradni w zakresie opieki logopedycznej

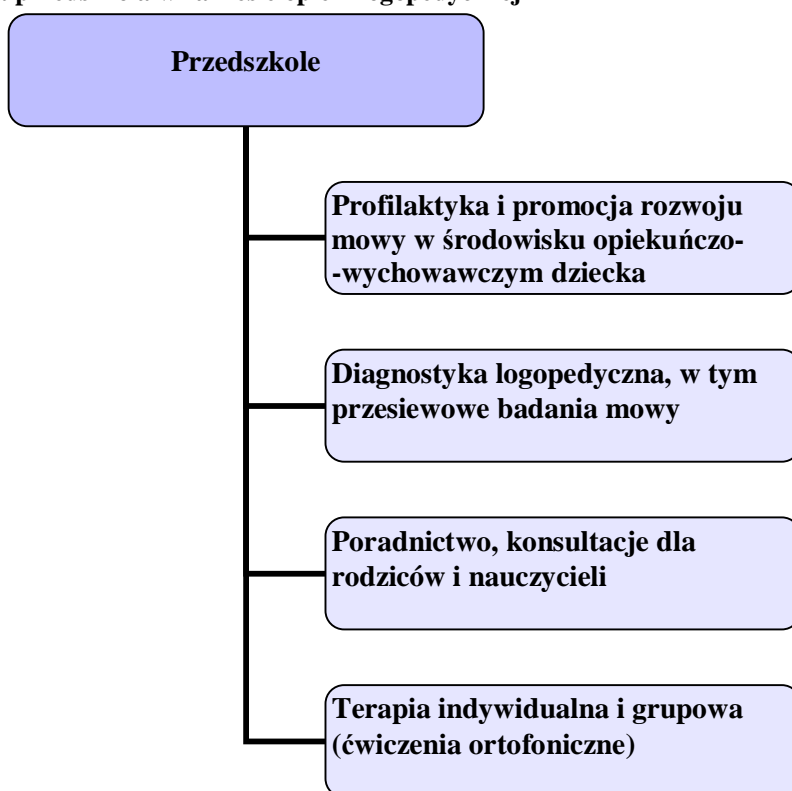


Źródło: opracowanie własne

W obecnie funkcjonującym systemie opieki logopedycznej ma miejsce tendencja do przesuwania ciężaru prowadzenia terapii logopedycznej z placówek służby zdrowia na placówki edukacyjne²⁰. Stąd też zadania poradni psychologiczno-pedagogicznych obejmują najszerszy zasięg w stosunku do zadań realizowanych w warunkach przedszkola czy placówek resortu zdrowia. W warunkach poradni psychologiczno-pedagogicznej możliwie jest zarówno podejmowanie oddziaływań bezpośrednich ukierunkowanych na terapię z pacjentem, jak i pośrednich zakładających pracę z rodziną czy środowiskiem.

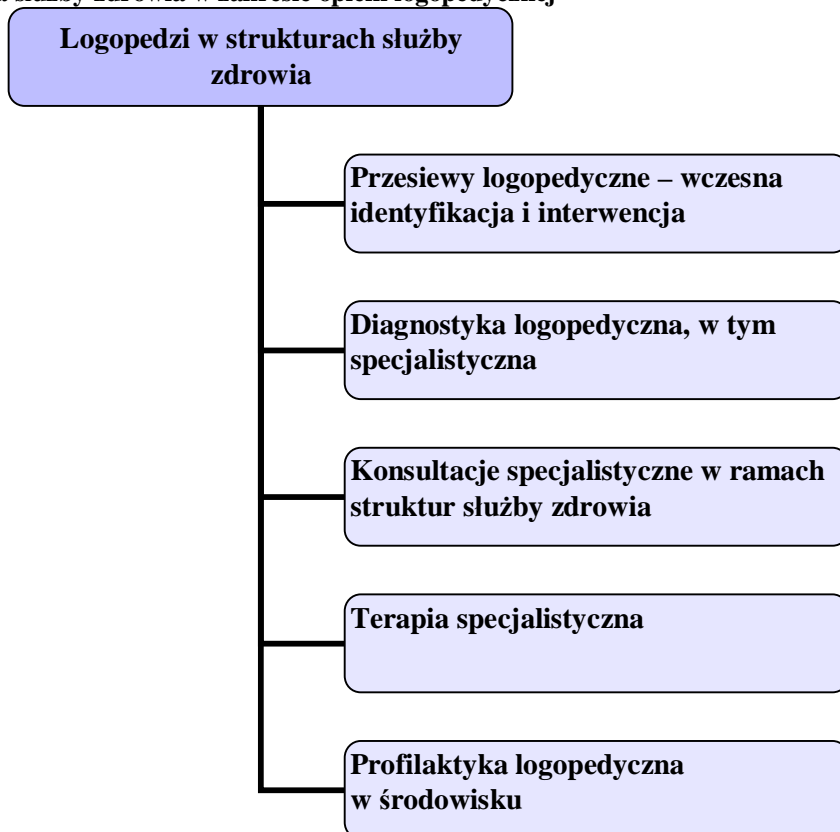
²⁰ Zob. np. E. Słodownik-Rycaj: *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*. Warszawa 2007, s. 273-274.

Rysunek VI.8.
Zadania przedszkola w zakresie opieki logopedycznej



Źródło: opracowanie własne

Rysunek VI.9.
Zadania służby zdrowia w zakresie opieki logopedycznej



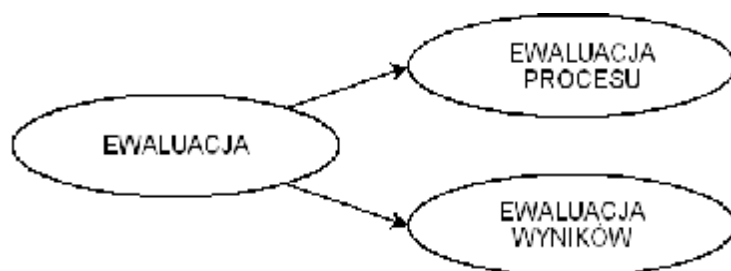
Źródło: opracowanie własne

Reasumując, najważniejszymi założeniami, przesądzającymi o powodzeniu wdrażania programu modyfikacji systemu opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym, są:

- współpraca międzyresortowa następujących środowisk: oświatowego, służby zdrowia, opieki społecznej pod egidą samorządu terytorialnego,
- dostępność profilaktyki, a pośrednio opieki (terapii) logopedycznej na wszystkich poziomach: przedszkole, poradnie oświatowe i służby zdrowia, agendy społeczności lokalnej,
- jasno określone zasady współpracy środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka, wyraźnie sprecyzowane cele oddziaływań poszczególnych ogniw tego systemu, realizowane z wyraźnym podziałem kompetencji,
- stała ewaluacja form pomocy i regularny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi ogniwami zaangażowanymi w udział w programie.

Konieczność ewaluacji prowadzonych działań była sygnalizowana przez środowisko logopedyczne w przeprowadzonych przeze mnie badaniach ankietowych. Brak informacji zwrotnej o prowadzonych oddziaływaniach profilaktyczno-terapeutycznych logopedzi uznawali za istotny czynnik osłabiający ich efektywność. Monitorowanie i ewaluacja działań interwencyjnych zapewniają realizację założonych celów oraz wprowadzanie odpowiednich korektur i eliminowanie ewentualnych niepożądanych skutków ubocznych podejmowanych działań²¹. Badania ewaluacyjne pozwalają dokonywać oceny, czy zaplanowane działania przebiegają sprawnie, są skuteczne i prowadzą do osiągnięcia założonych celów. Ewaluacja zatem jest niezbędnym elementem planowego działania, służącym usprawnieniom, doskonaleniu, zrozumieniu zachodzących zjawisk i ułatwieniu podejmowania decyzji. W praktyce wyróżnia się dwa rodzaje ewaluacji: ewaluację procesu i ewaluację wyników.

Rysunek VI.10.
Typy ewaluacji



Źródło: na podstawie *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie? Poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995.

²¹ Zob. L. Barić, H. Osińska: *op. cit.*, s. 160.

Ewaluacja procesu jest monitorowaniem przebiegu działań i polega na stałej obserwacji realizacji programu, by w razie potrzeby dokonywać korekt i modyfikacji planu. Ewaluacja wyników (efektów) polega z kolei na ocenie skuteczności i jakości działania. Dokonywana jest w różnych fazach realizacji programu i po jego zakończeniu²². Konieczne jest ujmowanie ewaluacji – stałego elementu w oddziaływaniach logopedycznych w procesie planowania aktywności zawodowej logopedów.

Program kompleksowej opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym – strategia wdrożenia programu:

1. Cel:

- modyfikacja modelu opieki ukierunkowana na poprawę skuteczności oddziaływań o charakterze profilaktyczno-terapeutycznym nad dzieckiem w wieku przedszkolnym,
- upowszechnienie działań profilaktycznych,
- promocja rozwoju mowy w środowisku,
- skoordynowanie oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych z innymi specjalistami.

2. Uzasadnienie wyboru celu: znaczne rozpowszechnienie występowania zaburzeń mowy (w latach 2003–2006 w przedziale 40,8%–44,5%) wykazane w badaniach, przy jednoczesnych dużych nakładach na opiekę logopedyczną.

3. Oczekiwane efekty – spodziewane korzyści:

- skuteczna i bardziej powszechna profilaktyka logopedyczna pierwszorzędowa – ogólna dostępność informacji o przebiegu rozwoju mowy i jego zaburzeniach, wczesna stymulacja rozwoju,
- upowszechnienie przesiewowych badań mowy wśród dzieci przedszkolnych i niekorzystających z opieki instytucjonalnej – profilaktyka drugorzędowa (wyłanianie dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy),
- intensyfikacja działań terapeutycznych i z zakresu profilaktyki trzeciorzędowej (zapobieganie ewentualnym negatywnym skutkom występowania zaburzeń mowy).

²² Zob. *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*. Red. Z. Słońska, B. Woynarowska. Warszawa 2002, s. 181-195.

4. Monitorowanie i ewaluacja działań związanych z realizacją programu:

- monitorowanie przebiegu procesu wprowadzania systemu opieki logopedycznej,
- monitorowanie efektów (regularna diagnoza kontrolna),
- konsultacje osób zaangażowanych w realizację programu związane z analizą wyników ewaluacji – wnioski, działania naprawcze,
- wprowadzanie korekt i modyfikacji do programu w oparciu o wyniki ewaluacji (efektów i procesu).

Realizacja poszczególnych zadań wchodzących w skład programu kompleksowej opieki logopedycznej – podmioty realizujące:

Zadanie I – profilaktyka pierwszorzędowa i promocja rozwoju mowy w środowisku:

- A. Popularyzacja zagadnień z zakresu profilaktyki logopedycznej wśród specjalistów – logopedzi z różnych placówek, lekarze i inny personel medyczny, psychologzy, pedagodzy, nauczyciele.
- B. Dostarczanie informacji z zakresu promocji rozwoju mowy do odbiorców z różnych środowisk opiekuńczo-wychowawczych dzieci w wieku przedszkolnym (pedagogizacja rodziców za pośrednictwem różnych placówek, instytucji, osób itp.).
- C. Wczesna stymulacja rozwoju mowy i języka jak najszerszej grupy dzieci – w przedszkolach i innych placówkach opiekuńczych, także zajęcia grupowe w poradniach dla dzieci nieuczęszczających do przedszkoli.
- D. Popularyzacja zagadnień z zakresu profilaktyki logopedycznej w środkach masowego przekazu – nagłaśnianie diagnoz przesiewowych, np. w ramach Dni Bezpłatnych Diagnoz Logopedycznych oraz pedagogizacja środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka, upowszechnianie świadomości prawideł rozwoju mowy i przejawów zaburzeń, metod wspierania i stymulowania nabywania sprawności językowej, informowanie o placówkach udzielających pomocy logopedycznej.

Zadanie II – profilaktyka drugorzędowa – wczesna identyfikacja i wczesna interwencja:

- A. Przesiewy logopedyczne w przedszkolach (nauczyciele i logopedzi).
- B. Wczesna identyfikacja problemów zaburzeń mowy w ramach badań kontrolnych w czasie rutynowych wizyt u lekarza (lekarze i średni personel medyczny).
- C. Dni Bezpłatnych Diagnoz Logopedycznych – upowszechnienie przesiewów logopedycznych w środowisku, zwłaszcza wobec dzieci, które nie korzystają z opieki instytucjonalnej, informacja za pośrednictwem różnych instytucji.
- D. Diagnoza logopedyczna w placówkach zatrudniających logopedów – działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej (ewentualne skierowania do innych specjalistów, poradnictwo).

Zadanie III – intensywna, kompleksowa terapia i zapobieganie negatywnym skutkom występowania zaburzeń mowy, udzielanie wsparcia rodzinie:

- A. Wczesna interwencja terapeutyczna.
- B. Ustalenie i przestrzeganie zasad obejmowania dzieci opieką logopedyczną w poszczególnych placówkach (poradnie psychologiczno-pedagogiczne, przedszkola, placówki służby zdrowia) – terapia indywidualna, grupowa (w razie potrzeby z udziałem rodzin), specjalistyczna.
- C. Koordynacja działań specjalistów – udzielanie informacji zwrotnych.
- D. Ewaluacja przebiegu terapii i jej wyników.
- E. Terapia z partnerskim udziałem rodziców – konsultacje dla rodziców, udzielanie specjalistycznej pomocy rodzinie, grupy wsparcia. Oddziaływania z zakresu kultury żywego słowa.

Wprowadzenie postulowanych zmian w systemie opieki logopedycznej stwarza potrzebę podjęcia przez liczne podmioty trudnych i nowych zadań, które wiążą się z praktyczną realizacją tego programu. Konieczne jest pozyskanie akceptacji dla podjęcia tego wysiłku jak najszerszych grup osób i środowisk. Istotne wydaje się też przekonanie poszczególnych grup zawodowych, których udział jest niezbędny dla realizacji programu, do podjęcia nowych wyzwań, związanych z samodoskonaleniem, podejmowaniem permanentnej ewaluacji własnych działań, a czasami nawet przekraczaniem własnych barier. Wydaje się zatem, że wprowadzanie postulowanych modyfikacji modelu opieki logopedycznej wymaga podjęcia działań promocyjnych, które wskazywałyby konkretne korzyści płynące z jego wdrożenia.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Pierwsze lata życia dziecka mają determinujący wpływ na jego rozwój i przyszłą samodzielność, efektywną naukę w szkole, a później skuteczność zawodową i społeczną. Można stwierdzić, że okres wczesnodziecięcy, w tym wiek przedszkolny, ma kardynalne znaczenie dla pełnosprawnego uczestnictwa jednostki w życiu społecznym. Wydaje się, że specyfika wczesnego rozwoju czy też skutki zaniedbań z tego okresu powinny być przedmiotem szczególnej troski osób odpowiedzialnych za sposób realizowania opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Na tym tle znaczenia nabierają oddziaływania logopedów w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym. Ostatnie lata przyniosły znaczne zaktywizowanie się tej grupy zawodowej, ciągle jednak środowisko logopedów nie wypracowało standardów postępowania wobec różnych grup odbiorców ich usług. Brakuje zarówno opracowań, jak i konkretnych, praktycznych strategii postępowania terapeutów mowy w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym.

Podjęte przeze mnie badania miały na celu dokonanie szeroko pojmowanej diagnozy, zarówno stanu potrzeb, jak i podejmowanych przez logopedów oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych wśród dzieci na etapie edukacji przedszkolnej. Jednym z celów badań była ocena efektywności działań podejmowanych przez logopedów oraz ustalenie uwarunkowań ich skuteczności. Przeprowadzone badania miały charakter badań diagnostycznych, aktywizujących i powtarzalnych. Podczas ich prowadzenia miałam na względzie podejmowanie działań zmierzających do przeobrażenia badanej rzeczywistości, co jest zgodne z formułą badań aktywizujących. W związku z tym, oprócz podejmowanych przeze mnie działań aktywizujących środowisko dziecka w wieku przedszkolnym, na podstawie wyników badań opracowałam raport. Celem tego raportu jest dostarczenie podmiotowi bezpośrednio odpowiadającemu za organizację opieki logopedycznej nad przedszkolakami (w tym przypadku jest to Wydział Edukacji Miasta Katowice) wyników badań, a także wniosków z nich wynikających i propozycji modyfikacji¹.

W niniejszej pracy dokonałam **szczegółowej analizy potrzeb w zakresie podejmowania przez logopedów oddziaływań o charakterze profilaktyczno-terapeutycznym wśród dzieci w wieku przedszkolnym**. W tym celu prowadzono, od roku

¹ We wrześniu 2008 raport został roku złożony w Wydziale Edukacji Miasta Katowice.

2003 do 2006, przesiewowe badania mowy, którymi objęto grupę 1430 dzieci w wieku przedszkolnym.

- Na przestrzeni czterech lat prowadzenia przesiewów stwierdzono wysoki poziom występowania zaburzeń mowy w badanej grupie. Wyniki negatywne w przesiewach logopedycznych w poszczególnych latach utrzymywały się w przedziale od 40,8% do 44,5% u ogółu badanych. Znaczne rozpowszechnienie zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym jest również odnotowywane przez innych badaczy w naszym kraju². Zaskakujący jest jednak taki stopień zapotrzebowania na pomoc logopedyczną, biorąc pod uwagę fakt, że we wszystkich miejskich przedszkolach na terenie badań zatrudnieni są logopedzi. W większości miejskich ośrodków logopedzi zatrudniani są przede wszystkim w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i placówkach służby zdrowia. Jeszcze trudniejszy jest dostęp do logopedy na wsi. Intensywność występowania zaburzeń mowy w badanej grupie w poszczególnych latach wskazuje na zapotrzebowanie na kompleksową opiekę logopedyczną w środowisku dzieci przedszkolnych. Pośrednio sugeruje również, że podejmowane do tej pory profilaktyczno-terapeutyczne działania logopedów nie są wystarczająco skuteczne.
- Przesiewowe badania mowy prowadzone były wyłącznie przez logopedów, co pozwalało każdorazowo na dokonanie wstępnej kwalifikacji występującego u dziecka zaburzenia mowy. W oparciu o analizę zgromadzonej (po przesiewowych badaniach mowy) dokumentacji można stwierdzić, że dominujące w badanej grupie dzieci zaburzenia mowy to dyslalie – wady wymowy. Szczegółowa interpretacja wyników negatywnych w badanej grupie w poszczególnych latach wskazuje, że najbardziej rozpowszechnione są dwie formy *seplenienia*: *proste* i *międzyzębowe* oraz *rotacyzm*. Nasilenie występowania wad wymowy, takich jak *seplenienie międzyzębowe* i *rotacyzm*, jest zjawiskiem niepokojącym, gdyż są to wady artykulacyjne, wymagające często długotrwałej terapii. Sygnalizuje to potrzebę podejmowania różnorodnych działań profilaktycznych i wcześniejszej interwencji terapeutycznej. Zgodnie z obowiązującym obecnie w Katowicach systemem organizacji opieki logopedycznej pomocą terapeutyczną w warunkach przedszkola otaczane są dzieci

² Zob. rozdział IV, podrozdział: *Rozpoznanie potrzeb w zakresie opieki logopedycznej nad dziećmi w wieku przedszkolnym*.

w 6. roku życia. Jest to prawdopodobnie jedna z głównych przyczyn stosunkowo niskiej efektywności działań logopedów.

- Ujawnionym w toku prowadzenia diagnoz zaburzeniom mowy towarzyszyły często *patomechanizmy*, takie jak osłabiona pionizacja języka, nawykowe oddychanie torem ustnym i przetrwały niemowlęcy typ połykania. Najbardziej rozpowszechnionymi patomechanizmami w grupie dzieci objętych badaniem były: osłabiona pionizacja języka (u 64% dzieci w roku 2006) i zaburzenia w oddychaniu (występowały u 19,2% przedszkolaków w tym samym czasie). Zaburzenia połykania i wzmożony ślinotok występowały wśród badanych dzieci w przedziale od 1,2% do 4,3% (w tym okresie prowadzenia badań). Mimo że rozpowszechnienie tego patomechanizmu jest stosunkowo niskie, zostało uznane za niepokojący czynnik. Funkcje prymarne, warunkujące prawidłową artykulację (oddechowe i związane z gryzieniem, żuciem i połykaniem), u wielu dzieci stanowią barierę w opanowywaniu pełnej sprawności językowej, zwłaszcza w aspekcie nabywania poprawnej artykulacji. Występowanie wymienionych patomechanizmów w grupie badanych dzieci, zwłaszcza zaburzeń w oddychaniu, wskazuje na potrzebę intensyfikowania współpracy logopedów z przedstawicielami specjalizacji medycznych. Takie współdziałanie (między innymi poprzez kierowanie dzieci na konsultacje) zostało zakwalifikowane do istotnych czynników warunkujących efektywność oddziaływań logopedów.
- Na średnim poziomie utrzymuje się rozpowszechnienie w grupie badanych dzieci zjawiska *dysfluencji – nie płynności mowy* – w granicach od 2,8% do 7%. Zgodnie z ogólnie panującą tendencją zaburzenia płynności mowy częściej diagnozowano u chłopców niż u dziewczynek. Z uwagi na fakt, że w obecnie funkcjonującym modelu opieki logopedycznej brak jest wyraźnie określonych strategii postępowania logopedycznego wobec dzieci z objawami nie płynności mowy, taki poziom rozpowszechnienia tego zjawiska może niepokoić. Niepodejmowanie wczesnej interwencji wobec dzieci z objawami dysfluencji rodzi duże zagrożenie utrwalenia się nieprawidłowości i ukształtowania pełnoobjawowego jąkania. Długofalowe skutki tego zaburzenia są odczuwane przez jednostkę w wielu dziedzinach życia.
- W toku prowadzonych przesiewów podejmowane były działania z zakresu profilaktyki logopedycznej. Integralną częścią przesiewowych badań mowy były konsultacje logopedyczne dla rodziców zainteresowanych ich wynikiem.

Ze spotkań z logopedą na terenie przedszkola skorzystała stosunkowo duża grupa rodziców (od 28% do 44%). Na ogólną liczbę 1430 dzieci objętych przesiewowymi badaniami mowy w latach 2003–2006 z konsultacji logopedycznych na terenie przedszkoli skorzystało 530 rodziców/opiekunów (37,1% rodziców/opiekunów badanych dzieci). Wskazuje to na stosunkowo duże zainteresowanie opiekunów taką formą współpracy. Wydaje się jednak, że wysiłki logopedów powinny być skierowane na dalsze aktywizowanie środowiska rodzinnego dziecka. Wówczas można prognozować zwiększenie efektywności ich działań. Aktywne uczestnictwo środowiska rodzinnego dziecka w tym procesie jest podstawowym postulatem warunkującym skuteczną opiekę logopedyczną.

- Duża grupa dzieci – w odczuciu logopedów prowadzących przesiewowe badania mowy – wymagała konsultacji medycznych. W pierwszym roku badań aż 71% dzieci otrzymało skierowania, a w ostatnim liczba skierowań była wyższa niż liczba badanych³. Kierowanie na konsultacje medyczne stanowi przejaw działalności logopedów z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Duża liczba skierowań wskazuje na znaczne potrzeby w tym zakresie. Pokazuje również, że prowadzący badania przesiewowe logopedzi nie ograniczali się wyłącznie do oceny i analizy zagadnień typowo logopedycznych, ale charakteryzowało ich holistyczne podejście do badanych dzieci. Diagnostyci zwracali uwagę na takie aspekty jak: zachowanie dziecka podczas badania⁴, sposób oddychania⁵ i połykania, stan uzębienia i zgryzu⁶, sposób, w jaki dziecko poruszało się, a nawet sposób trzymania kredki czy ołówka⁷.

³ Było to 1095 skierowań na ogólną liczbę 750 dzieci objętych przesiewowym badaniem mowy w tym roku. Oznacza to, że niektóre dzieci otrzymywały kilka skierowań – do różnych specjalistów.

⁴ Przejawy zaburzonego zachowania dziecka w kontakcie z diagnostą mogły być podstawą do wydania skierowania na konsultację psychologiczną lub neurologiczną.

⁵ Te czynniki, tak zwane funkcje prymarne, w stosunku do mowy, powinny być przedmiotem oddziaływania logopedów, jednak w pewnych przypadkach wskazana jest również interwencja lekarza laryngologa, np. przy znacznym przeroście adenoidu – trzeciego migdałka, który uniemożliwia dziecku oddychanie torem nosowym (zwłaszcza podczas snu). Taki stan może prowadzić w konsekwencji do wytworzenia się nawyku oddychania przez usta. Powoduje to osłabienie pracy języka (tzw. brak pionizacji) i utrudnia opanowywanie prawidłowej wymowy. W takich przypadkach dzieci powinny być kierowane na konsultację do tego specjalisty. Zob. E. Tomaszewska: *Choroby nosa, gardła i uszu u dzieci*. Warszawa 1997, s. 59-64.

⁶ Logopeda wyposażony w podstawową wiedzę na temat wad zgryzu i profilaktyki chorób przyzębia powinien reagować na ewentualne anomalie zaburzeń zgryzu lub stanu uzębienia. Jego obowiązkiem jest zasugerować rodzicom konsultację ortodontyczną lub stomatologiczną. Mając na uwadze potrzebę poszerzania wiedzy w tym zakresie, I katowicki zespół doskonalenia zawodowego zaprasza na spotkania warsztatowe przedstawicieli różnych specjalności medycznych. Do tej pory odbyły się m.in. spotkania z foniatrą, stomatologiem, laryngologiem, ortodontą, psychiatrą dziecięcym, podczas których zaproszeni specjaliści prezentowali repetytorium wiedzy dla logopedów ze swojej specjalności.

⁷ Związek rozwoju ruchowego (zarówno w obrębie tzw. dużej, jak i małej motoryki) z mową jest niezaprzeczalny. W związku z tym logopedzi podczas diagnozy (także przesiewowej) zwracają uwagę na takie

Badania ujawniły, że istnieje znaczne zapotrzebowanie na podejmowanie logopedycznych działań profilaktyczno-terapeutycznych w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym.

Kolejnym zagadnieniem poddanym diagnozie w niniejszych badaniach było ustalenie, **jaki jest zakres i zasięg działań profilaktycznych podejmowanych przez logopedów wobec dziecka w wieku przedszkolnym.** Na podstawie opinii logopedów i dyrektorów placówek oraz w oparciu o analizę ankiet dla logopedów, lekarzy, rodziców i nauczycieli ustalono, że logopedzi w warunkach przedszkola skupiają się przede wszystkim na oddziaływaniach terapeutycznych.

- Terapeuci mowy manifestują potrzebę podejmowania działań o charakterze profilaktyki pierwszorzędowej – mających na celu zapobieganie zaburzeniom mowy i promocję rozwoju mowy w środowisku, a skierowanych do wszystkich dzieci. Analiza zgromadzonego materiału pozwala na postawienie tezy, że pomimo panującego w tym środowisku wysokiego uświadomienia potrzeb prowadzenia takich działań w praktyce nie są one jednak realizowane. Głównym czynnikiem uniemożliwiającym organizowanie działań o charakterze profilaktycznym, skierowanych do wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola jest brak czasu.
- Większość ankietowanych logopedów prowadzi w ograniczonym zakresie lub nie prowadzi wcale ćwiczeń ortofonicznych⁸ oraz zajęć z zakresu kultury żywego słowa⁹. Wyrażają oni przekonanie, że w sytuacji, gdy tak wiele dzieci wymaga

aspekty, jak: sposób poruszania się dziecka czy sposób trzymania przyborów pisarskich. O nieprawidłowym uchwycie ołówka, zaobserwowanym w badaniu logopedycznym, powinien zostać poinformowany rodzic i nauczyciel. Logopeda lub nauczyciel udzielają rodzicom informacji na temat metod korekty (z użyciem nakładek korekcyjnych lub trójkątnych kredek). W wyjątkowych przypadkach potrzebna jest reedukacja, którą prowadzi pedagog lub psycholog. Niewłaściwy uchwyt ołówka w przyszłości może być powodem większej męczliwości ręki wiodącej (dominującej) podczas pisania, a w skrajnych przypadkach może prowadzić do dysgrafii. Zob. S. Pauli, A. Kisch: *Co się dzieje z moim dzieckiem? Zaburzenia rozwoju ruchowego i postrzegania*. Warszawa 2004, s. 153-164.

⁸ Logopedzi zatrudnieni w przedszkolach przyznawali w wywiadach bezpośrednich, że obowiązujące regulacje prawne zmuszają ich do prowadzenia zajęć korekcyjnych w małych grupach. Ich zdaniem taka forma powoduje, że zajęcia tracą wówczas walor zajęć terapeutycznych, a stają się dodatkowymi (bo takie zajęcia organizują nauczyciele) zajęciami o charakterze ortofonicznym. Ma to negatywny wpływ na skuteczność terapeutycznych działań logopedów.

⁹ W badaniu ankietowym prawie wszyscy logopedzi sygnalizowali, że inicjują dla całych grup zajęcia ortofoniczne i z zakresu kultury żywego słowa. Jednak podczas bezpośrednich wywiadów z logopedami z terenu przesiewowych badań mowy doprecyzowywali oni, że widzą potrzebę ich organizowania, ale z powodu braku czasu prawie nie są w stanie ich prowadzić. Z relacji logopedów wynika, że najczęściej takie zajęcia są przez nich inicjowane w czasie przerw świątecznych, w okresie urlopowym, gdy w przedszkolu nie są obecne dzieci wymagające oddziaływań terapeutycznych.

bezpośredniej terapii logopedycznej, ich obowiązkiem jest zabezpieczenie im opieki w tym aspekcie. Z uwagi na większe potrzeby w zakresie działań terapeutycznych najczęściej rezygnują z tej formy aktywności. Większość ankietowanych uznawała potrzebę prowadzenia zajęć ortofonicznych, a nawet deklarowała ich podejmowanie w swojej codziennej aktywności zawodowej. W toku wywiadów bezpośrednich przyznawali oni jednak, że jest to raczej stan postulowany, a nie realny. Sygnalizowali oni jednocześnie, że w ich odczuciu nauczyciele również zaniedbują tę formę stymulacji językowej dziecka. Zdaniem logopedów jest to prawdopodobnie podyktowane zbyt obszernymi programami dla poszczególnych etapów edukacji w przedszkolu. Z kolei ankietowani nauczyciele sygnalizowali, że nie czują się w pełni kompetentni do realizowania takich zajęć, zwłaszcza że na terenie przedszkola zatrudniony jest logopeda¹⁰. Wydaje się, że jest to przykład braku właściwej komunikacji i współdziałania pomiędzy poszczególnymi ogniwami opieki logopedycznej. W moim odczuciu logopedzi powinni zrewidować swoje stanowisko w tej kwestii, tzn. nasilić oddziaływania o charakterze profilaktycznym w stosunku do wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola, jak i działania promocyjne wśród nauczycieli. Jednak by taka sytuacja mogła zaistnieć, niezbędne są zmiany organizacyjne w sposobie sprawowania opieki logopedycznej. Równie ważne jest przekonanie nauczycieli, że są niezbędnym i ogromnie istotnym ogniwem tego systemu, co wymaga podjęcia realnej współpracy pomiędzy tymi środowiskami. Nauczyciele, by mogli poczuć się w pełni przygotowani do takich działań i aktywnie je podejmowali, potrzebują nieskrępowanego dostępu do logopedy w postaci regularnych konsultacji logopedycznych. Zdecydowana większość nauczycieli, bo aż 52 (na 55 ankietowanych) stwierdziła, że ma możliwość korzystania z konsultacji z logopedą na terenie przedszkola. Ankietowani logopedzi natomiast w większości uznawali potrzebę podejmowania konsultacji z nauczycielem. Terapeuci mowy przyznawali jednak, że udzielanie konsultacji nauczycielom odbywa się wyłącznie na wniosek wychowawców grup.

¹⁰ Taka postawa manifestowana przez niektórych nauczycieli podczas prowadzenia przesiewowych badań mowy budzi zaniepokojenie. Integralną częścią programów wychowania przedszkolnego jest obszar edukacji związany z rozwijaniem mowy i myślenia, w ramach tego obszaru realizowane być powinno doskonalenie wymowy dzieci poprzez organizowanie ćwiczeń ortofonicznych i logorytmicznych. Zob. np. A. Łada-Grodzicka, E. Bełczewska, M. Herde, E. Kwiatkowska-Klarzak, I. Wasilewska: *ABC – program wychowania przedszkolnego XXI wieku*. Warszawa 2000, s. 87-93.

- Logopedzi deklarowali potrzebę prowadzenia ćwiczeń z zakresu korekcji oddychania i połykania w grupach najmłodszych: dwu-, trzy-, cztero- i pięcioletków¹¹. Taką formą oddziaływań logopedycznych dzieci te obejmowane są w wyjątkowych przypadkach, na wyraźną prośbę rodzica lub opiekuna i koniecznie za zgodą dyrektora placówki. Jest to związane ze sposobem organizacji pomocy logopedycznej w przedszkolach, którą w myśl obowiązujących przepisów obejmowane powinny być wyłącznie sześciolatki.
- Wśród działań o charakterze profilaktyki logopedycznej terapeuci mowy zatrudnieni w przedszkolach najczęściej wymieniali organizowanie przesiewów logopedycznych we wszystkich grupach wiekowych oraz konsultacje dla rodziców, zwłaszcza tych dzieci, u których stwierdzono występowanie zaburzeń mowy. Jest to jeden z nielicznych przykładów działania o charakterze profilaktyki trzeciorzędowej. W takich przypadkach intencją logopedów było najczęściej mobilizowanie i aktywizowanie środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka, celem złagodzenia objawów zaburzenia mowy i wzmocnienia efektów terapii.
- Logopedzi deklarowali w badaniu ankietowym potrzebę prowadzenia prelekcji lub spotkań konsultacyjnych dla rodziców, lecz jednocześnie przyznawali, że w codziennej praktyce z powodu braku czasu nie są w stanie ich zapewnić na wystarczającym poziomie. Z kolei zorganizowanie w ostatnim roku prowadzenia przesiewów (2006) cyklu spotkań warsztatowych dla rodziców pokazało, jak różny jest stopień zainteresowania środowiska rodzinnego taką formą promocji rozwoju mowy. Wydaje się, że konieczne jest podejmowanie różnych działań popularyzujących treści logopedyczne w środowisku i w tym aspekcie wykorzystywani powinni być również logopedzi zatrudnieni w innych placówkach (np. logopedzi poradni psychologiczno-pedagogicznej).
- Wypowiedzi logopedów ukazują, że zwracają oni uwagę na objawy dysfluencji (niepłynności) w mowie dziecka i starają się zapraszać rodziców na konsultacje w sytuacji, gdy taki problem zaistnieje. Po rozmowie z opiekunami najczęściej ich rola sprowadza się do skierowania dzieci do poradni psychologiczno-pedagogicznej. Logopedzi sygnalizowali jednak, że rodzice nie zawsze korzystają z możliwości uzyskania pomocy w poradni.

¹¹ Potrzebę takich działań deklarowało większość logopedów biorących udział w badaniach przesiewowych mowy i połowa (6 z 12) logopedów spoza terenu badań.

- Nieliczna grupa logopedów¹² prowadziła przesiewy w kierunku wykrywania dzieci z grupy ryzyka dysleksji. Pozostali respondenci byli zdania, że takie działania powinny być podejmowane raczej przez psychologów przedszkoli we współpracy z psychologami poradni psychologiczno-pedagogicznej.
- Logopedzi zatrudnieni w przedszkolach podejmują współpracę z innymi grupami zawodowymi. Jak już wspomniałam, najczęściej są to nauczyciele, rzadziej psycholodzy zatrudnieni w przedszkolach lub w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Jak jednak wynika z analizy zgromadzonego materiału, są to działania doraźne i ukierunkowane na zabezpieczenie bieżących potrzeb. Brak jest kooperacji o charakterze systemowym, takich jak regularne konsultacje dla nauczycieli, uzgadnianie wspólnej strategii oddziaływań wobec konkretnego dziecka i jego rodziny czy współpraca z psychologiem.
- Pomimo deklarowanej przez dyrektorów placówek przedszkolnych dużej przychylności dla wszelkich inicjatyw o charakterze profilaktyki logopedycznej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej działania podejmowane w tym środowisku noszą znamiona przypadkowych i incydentalnych. Brakuje wyraźnie określonej strategii nastawionej na współpracę z różnymi placówkami i grupami zawodowymi.
- Logopedzi przedszkolni w zasadzie nie podejmują współpracy z lekarzami, a jedyne przejawy oddziaływań o takim charakterze to kierowanie dzieci na specjalistyczne konsultacje medyczne. W odczuciu lekarzy środowisko logopedyczne raczej nie dąży do zacieśnienia współpracy z nimi, czego dowodem są, ich zdaniem, konsultacje logopedyczne, po których lekarze (pomimo wcześniej wydanego skierowania) nie otrzymują informacji zwrotnej. Z kolei środowisko terapeutów mowy dostrzega potrzebę zacieśniania współpracy z przedstawicielami profesji medycznych. Logopedzi zdają się nie dostrzegać jednak korelacji pomiędzy zaniechaniem udzielenia informacji zwrotnych o wyniku zleconego przez pediatrę badania logopedycznego a jakością współpracy z lekarzami.

Analizując zagadnienia profilaktyki logopedycznej wobec dziecka w wieku przedszkolnym, należy również zwrócić uwagę, że oferta poradni psychologiczno-pedagogicznej w tym zakresie, choć nieco szersza, nie jest w stanie zabezpieczyć

¹² W tym przypadku również ujawniła się zdecydowana różnica w podejściu – w zależności od tego, czy logopeda uczestniczył w akcji przesiewowych badań mowy, czy też nie. Wśród logopedów z terenu badań przesiewowych większość uznawała potrzebę takich działań, w przypadku drugiej grupy logopedów tylko 2 (spośród 12 ankietowanych).

rzeczywistych potrzeb. Poradnie oferują dodatkowo działania o charakterze popularyzującym treści logopedyczne, takie jak organizowanie spotkań warsztatowych, przesiewów logopedycznych dla dzieci, konsultacji i prelekcji dla rodziców. Specyfika pracy poradni umożliwia działania ukierunkowane na szerzej ujmowane środowisko opiekuńczo-wychowawcze dziecka, niestety zasięg tych działań jest niewystarczający.

Badania ankietowe (ankiety i wywiady bezpośrednie) wykazały pewne ogólne tendencje odnoszące się do sfery oddziaływań profilaktycznych logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym.

- Wszyscy ankietowani logopedzi deklarują potrzebę podejmowania różnorodnych działań o charakterze profilaktycznym.
- W badaniu ankietowym w grupie logopedów uczestniczących w programie przesiewowych diagnoz mowy zdecydowanie bardziej ujawniły się postawy na rzecz działań profilaktycznych niż w grupie logopedów, którzy nie uczestniczyli w tym programie. Dowodzi to aktywizującego charakteru podjętych badań.
- W wywiadach bezpośrednich respondenci, którzy wcześniej deklarowali podejmowanie licznych form oddziaływań profilaktycznych, przyznawali, że zdecydowanie bardziej koncentrują się na działaniach terapeutycznych. Profilaktyka stanowi marginalną część ich aktywności.

Reasumując, należy zwrócić uwagę, że zarówno logopedzi, jak i dyrektorzy placówek doceniają znaczenie działań profilaktycznych. Jednak z uwagi na skalę potrzeb, a także sposób organizacji opieki wyznaczany przez obowiązujące regulacje prawne profilaktyka logopedyczna i wczesna interwencja realizowane są w niewielkim stopniu. Brak jest również zsynchronizowania oddziaływań, a przede wszystkim wyraźnego podziału kompetencji pomiędzy logopedami zatrudnionymi w różnych placówkach oraz pomiędzy logopedami a innymi specjalistami. Jest to prawdopodobnie jeden z istotnych powodów dużego rozpowszechnienia zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i nieadekwatnej, w stosunków do nakładów, skuteczności terapeutycznych oddziaływań logopedów.

Kolejnym problemem, który został poddany analizie w opisywanych badaniach, były **formy i zakres działań terapeutycznych podejmowanych przez logopedów wobec dziecka w wieku przedszkolnym**. Jak sygnalizowałam już wcześniej, najczęściej podejmowaną przez logopedów formą działania jest terapia. W warunkach przedszkola są nią

obejmowane zazwyczaj dzieci sześciolatnie, a tylko w wyjątkowych przypadkach młodsze przedszkolaki¹³.

- W roku 2006 terapią logopedyczną na terenie przedszkoli objętych było 203 dzieci, co stanowi 23,4% wszystkich uczęszczających w tym czasie do przedszkoli objętych badaniami (862 dzieci). Należy jednocześnie zauważyć, że badania przesiewowe prowadzone w tym samym czasie w grupie 750 dzieci wykazały, że aż 44,45% spośród nich wymagało interwencji logopedycznej. We wcześniejszych latach liczba dzieci, którym zaoferowano terapię logopedyczną na terenie przedszkoli objętych przesiewami, utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła odpowiednio: w roku 2005 – 220 dzieci, w 2004 – 209 i w 2003 – 250. Dane te pokazują, że stosunkowo duża grupa przedszkolaków miała zapewnioną bezpośrednią opiekę logopedyczną na terenie placówki, do której uczęszczały. W zestawieniu z utrzymującym się w tym okresie rozpowszechnieniem zaburzeń mowy na wysokim, ponad 40% poziomie opieka ta nie zabezpieczała w pełni potrzeb.
- Rejonowa poradnia psychologiczno-pedagogiczna oferuje swoją pomoc wszystkim dzieciom, bez ograniczeń wiekowych, ale z różnych powodów dostępność oferty tej placówki jest znacznie mniejsza. Z możliwości indywidualnej terapii logopedycznej w poradni w roku 2006 skorzystało 68 dzieci z placówek z terenu badań i 56 dzieci z pozostałych przedszkoli. Główny ciężar prowadzenia terapii logopedycznej w środowisku dzieci przedszkolnych spoczywa zatem na logopedach zatrudnionych w przedszkolach. Logopedzi poradniani w zakresie swoich obowiązków mają również opiekę logopedyczną nad dziećmi młodszymi niż przedszkolne, dziećmi uczęszczającymi do szkół różnych typów, a także młodzieżą, prowadzenie zajęć grupowych i warsztatowych dla różnych grup, w tym rodziców i nauczycieli.
- Działania o charakterze terapeutycznym podejmowane przez logopedów przedszkoli to przede wszystkim terapia wad wymowy prowadzona zazwyczaj, zgodnie z zaleceniami organu prowadzącego, w małych – kilkusobowych grupach. Logopedzi są obligowani, by dobierać dzieci do takich zespołów terapeutycznych według zaburzenia mowy, jakie prezentują. Taki system pracy,

¹³ Nie dotyczy to poradni psychologiczno-pedagogicznych. Z pomocy logopedycznej w tych placówkach korzystać mogą dzieci i młodzież, od urodzenia do ukończenia edukacji.

w opinii logopedów, znacząco obniża skuteczność ich działań, uniemożliwia im indywidualizację procesu terapeutycznego. Ponadto terapia podejmowana wobec dzieci sześciolletnich jest często działaniem spóźnionym, o niskiej efektywności. Jak już wcześniej wspomniałam, logopedzi sygnalizują, że z powodu takiego sposobu organizacji ich pracy oddziaływanie terapeutyczne ma często bardziej charakter ćwiczeń ortofonicznych niż korekcyjnych.

- Zdecydowana większość logopedów przyznawała, że wiek nie powinien być czynnikiem determinującym możliwość podjęcia terapii, ale jednocześnie stwierdzali oni, że obecny model opieki logopedycznej, a także fakt, że dostępność różnych form zajęć grupowych w poradni jest niewielka, uniemożliwia im podejmowanie wczesnej interwencji. Pomoc w tym zakresie nie jest zagwarantowana wszystkim potrzebującym. Jednocześnie logopedzi zatrudnieni w poradni psychologiczno-pedagogicznej i w przedszkolach przyznawali, że przepływ informacji pomiędzy nimi jest niedostateczny, a zasady współpracy nie zostały jasno określone¹⁴. W związku z tym logopedzi w przedszkolach często nie korzystają z pomocy poradni psychologiczno-pedagogicznej, nie kierują dzieci na zajęcia specjalistyczne, które mogłyby być znaczącym wsparciem prowadzonej przez nich terapii na terenie przedszkoli.
- Nie udało się w pełni ustalić, ile dzieci w badanej grupie skorzystało z innej formy terapii niż indywidualna na zlecenie logopedy przedszkolnego po zakończonych przesiewowych badaniach mowy. Spowodowane to było, o czym wspominałam, brakiem wymiany informacji pomiędzy logopedami zatrudnionymi w tych placówkach. Logopedzi przedszkolni nie informują o skierowaniu dziecka do poradni. Podobnie logopedzi poradniani zazwyczaj nie przekazują informacji zwrotnych o przebiegu terapii na terenie ich placówki. Z relacji logopedów zatrudnionych w rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej wynika, że w okresie prowadzenia badań oferowali oni różne formy zajęć, m.in. zajęcia dla dzieci z zaburzeniami komunikacji i kontaktu. Jednak nie udało się ustalić, ile z nich trafiło ze skierowania po przesiewowych badaniach mowy. Można jednak stwierdzić, na podstawie liczebności tych grup w poszczególnych latach

¹⁴ Wychodząc naprzeciw zasygnalizowanym potrzebom, 10 września 2007 roku współorganizowałam w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Katowicach spotkanie I katowickiego zespołu doskonalenia logopedów, na którym omawiane były między innymi zasady organizacji opieki logopedycznej. Zaprezentowałam zebrany logopedom wyniki moich badań i projekt modyfikacji systemu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Zaprosiłam ich do współpracy w tym zakresie. Zob. strona internetowa Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, www.logopedia.umcs.lublin.pl [dostęp 15 stycznia 2009 r.].

(wahającej się w granicach od 5 do 10 dzieci), że oferta poradni nie zabezpieczała w pełni potrzeb środowiska.

- Dość duża grupa rodziców skorzystała z możliwości konsultacji z logopedami w ramach prowadzonych w kolejnych latach przesiewowych badań mowy. Rodzice lub opiekunowie zgłaszali się na dyżury konsultacyjne w przedszkolach bezpośrednio po zakończeniu badań. Oprócz możliwości poinformowania rodziców o wyniku przesiewowego badania mowy była to dla logopedów znakomita okazja do podejmowania działań o charakterze profilaktycznym, także z zakresu promocji zdrowia i nagłaśniania oferty pomocy psychopedagogicznej w środowisku. Łącznie, w kolejnych latach prowadzenia badań (2003–2006), z możliwości konsultacji z logopedą skorzystało 530 osób, co stanowi 37,1% ogółu opiekunów dzieci objętych przesiewami (1430 dzieci).
- Nie udało się ustalić, ilu rodziców zgłosiło się na konsultację logopedyczną po przesiewowych badaniach mowy do rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Logopedzi przyznawali, że nie dotrzymują obowiązku ewidencjonowania informacji na temat sposobu, w jaki rodzice trafiają do tej placówki. Jest to spowodowane głównie brakiem czasu i nadmiarem pracy związanej z dokumentowaniem prowadzonych czynności, którą wykonują podczas przyjęcia każdego nowego dziecka w poradni¹⁵.

Podjęte badania wykazały, że pomimo stworzenia stosunkowo korzystnych warunków w zakresie opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym nadal występuje ogromne zapotrzebowanie na prowadzone przez logopedów oddziaływania profilaktyczno-terapeutyczne. Świadczy o tym stan potrzeb w tym zakresie. Zasadne było więc zbadanie, **jaka jest efektywność profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym i jakie są jej uwarunkowania.**

¹⁵ Logopedzi zatrudnieni w poradni psychologiczno-pedagogicznej manifestują, że mają świadomość wyjątkowej dogodności sytuacji diagnostyczno-terapeutycznej, w której się znajdują. W takiej poradni logopeda podczas każdego spotkania ma do dyspozycji 60 minut na zajęcia z jednym dzieckiem (takich korzystnych warunków nie mają np. logopedzi zatrudnieni w służbie zdrowia, gdzie czas ten jest zdecydowanie krótszy). Jednakże logopedzi dodają, że w tym czasie podczas pierwszej wizyty dziecka w poradni powinni nawiązać kontakt z badanym, przeprowadzić wywiad, dokonać wstępnej oceny stopnia rozwoju mowy, dokonać pełnej diagnozy logopedycznej, określić prognozę przebiegu terapii: przebieg, czas trwania, spodziewane efekty. W tym czasie również logopeda powinien zaproponować ćwiczenia wstępne (ze względu na fakt, że spotkania w poradni odbywają się z małą częstotliwością – raz na miesiąc). W ramach tego czasu logopedzi muszą również dokonać wpisów w dokumentacji logopedycznej, tzn. założyć kartę indywidualną i dziennik przebiegu terapii indywidualnej, odnotować przyjęcie dziecka do poradni w księdze ewidencji i dzienniku pracy własnej. W ich odczuciu odbywa się to często kosztem kontaktu z pacjentem i jego rodziną. Logopedzi przyznają, że dokumentowanie ich pracy jest podstawowym sposobem dokonywania ich oceny.

Pośrednio informacji na ten temat miała dostarczyć analiza wyników przesiewowych badań mowy.

- Postawiono pytanie, czy liczba występowania zaburzeń mowy w placówkach przedszkolnych objętych badaniami przesiewowymi uległa zmianie na przestrzeni lat 2003–2006, kiedy prowadzone były przesiewy. Wyniki zbiorcze uzyskane w poszczególnych latach prowadzenia badań nie pozwalają na poczynienie takiej obserwacji. Odsetek wyników negatywnych utrzymywał się bowiem w przedziale od 44,5% do 40,8% bez wyraźnej tendencji spadkowej.
- Zaobserwowano natomiast zdecydowane zwiększanie się z roku na rok odsetka zalecanych przez logopedów konsultacji specjalistycznych. Wydaje się, że można to zinterpretować na korzyść logopedów, którzy starają się podejmować coraz szerzej działania z zakresu profilaktyki oraz promocji zdrowia i doceniają znaczenie wczesnej interwencji, w tym na przykład ortodontycznej.
- Liczba rodziców zainteresowanych konsultacjami logopedycznymi po badaniach nie wzrosła w sposób zdecydowany i jednoznaczny. Raczej utrzymywała się na podobnym poziomie (w przedziale od 28% do 44% w kolejnych latach). Jest to jednak zjawisko dość korzystne, zważywszy na sygnalizowaną niejednokrotnie przez logopedów potrzebę aktywizowania środowiska rodziców w celu podnoszenia skuteczności ich działań. Logopedzi zdają sobie sprawę, że współpraca ze środowiskiem rodzinnym powinna być priorytetem w ich działaniach.
- Z odpowiedzi udzielanych w badaniu ankietowym wynika, że rodzice/opiekunowie zazwyczaj dostrzegają potrzebę prowadzenia terapii logopedycznej na terenie przedszkola i to w dość szerokim zakresie. Aż 92% rodziców/opiekunów, którzy wzięli udział w badaniu ankietowym, uznawało potrzebę zapewnienia dzieciom opieki logopedycznej w przedszkolu. Niepokojący wydaje się fakt, że większość ankietowanych opiekunów uznaje, że zadanie, którym powinni zajmować się logopedzi w przedszkolach, to usuwanie wad wymowy.
- Logopedzi przedszkoli nie zauważyli zwiększającego się zainteresowania środowiska rodzinnego terapią logopedyczną prowadzoną w warunkach przedszkola. Niestety zgromadzone wyniki badań pozwalają na postawienie tezy, że terapia logopedyczna prowadzona w przedszkolu najczęściej nie jest

monitorowana przez rodziców, a tym samym brak z ich strony prowadzenia ćwiczeń utrwalających w domu.

- Nie można odnotować wzrostu liczby dzieci dwu-, trzy-, cztero- i pięcioletnich obejmowanych terapią logopedyczną na terenie przedszkola, co jest gwarantem skuteczności terapii logopedycznej. Niestety logopedzi w tym zakresie muszą podporządkować się panującym obecnie zasadom organizacji opieki logopedycznej w warunkach przedszkola, pomimo świadomości determinującego wpływu wczesnej interwencji na efekty terapii. Jedynie 19% ankietowanych rodziców przyznało, że otrzymuje wskazówki do pracy z dzieckiem w domu. Jest to jeden z istotnych czynników obniżających skuteczność oddziaływań logopedycznych.
- W zdecydowanej większości ankietowani logopedzi dostrzegają bezpośredni związek między wcześniejszą interwencją logopedyczną na terenie przedszkola a zmniejszeniem się liczby zaburzeń mowy w grupach sześciolatków. Widoczne jest to zwłaszcza w grupie logopedów, którzy uczestniczyli w przesiewowych badaniach mowy w latach 2003–2006. Wskazuje to na aktywizujący charakter podjętych badań.
- Większość logopedów docenia znaczenie profilaktyki logopedycznej wobec dziecka z objawami dysfluencji, ale tylko nieliczni podejmują działania z zakresu terapii pośredniej i bezpośredniej w celu zapobiegania występowaniu w przyszłości jąkania wczesnodziecięcego. W takich przypadkach działanie terapeutyczne logopedy ogranicza się do konsultacji z rodzicami i skierowania ich do rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Sytuacja dziecka z przejawami niepełności mowy najczęściej nie jest monitorowana przez logopedę przedszkolnego z uwagi na niedobór czasu, ale i brak przepływu informacji pomiędzy poradnią psychologiczno-pedagogiczną i przedszkolami.
- Wydaje się, że zdecydowany wpływ na podniesienie efektywności oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów mogłoby mieć właściwe wykorzystanie potencjału nauczycieli, zwłaszcza że manifestują oni zainteresowanie treściami o tematyce logopedycznej i wyrażają wolę współpracy ze środowiskiem logopedycznym (aż 51 spośród 55 respondentów).
- Duża grupa wśród ankietowanych nauczycieli skorzystała już do tej pory z oferty warsztatowej działu opieki logopedycznej rejonowej poradni psychologiczno-

-pedagogicznej. W różnych formach spotkań warsztatowych dla nauczycieli wzięło udział odpowiednio od 15 do 18 nauczycieli spośród 55 ankietowanych.

- Brak konkretnych systemowych rozwiązań i uzgodnień pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi powoduje, że sygnalizowane możliwości nie są w pełni wykorzystywane. Wydaje się, że najbardziej brak jest bezpośrednich spotkań konsultacyjnych w ramach tzw. teamów terapeutycznych, które umożliwiałyby przepływ informacji na temat pracy z dzieckiem pomiędzy nauczycielem, logopedą, psychologiem.
- Różny jest stopień zainteresowania rodziców konsultacjami medycznymi zalecanymi przez logopedów. Wśród ankietowanych rodziców/opiekunów tylko 8% stwierdziło, że otrzymało skierowanie na konsultację specjalistyczną. W zestawieniu z ogólną liczbą skierowań wydanych przez prowadzących przesiewy logopedów informacja taka musi wzbudzać niepokój. Logopedzi sygnalizują równocześnie, że nawet jeśli konsultacja zostanie przeprowadzona, to najczęściej nie otrzymują oni informacji zwrotnej o jej wyniku. Wydaje się, że w ten sposób marnowany jest zapal logopedów do podejmowania działań z zakresu profilaktyki logopedycznej i promocji zdrowia.
- Biorący udział w badaniach ankietowych lekarze manifestowali znaczne zainteresowanie zagadnieniami z zakresu profilaktyki logopedycznej. Aż 31 spośród 32 ankietowanych wyraziło taką deklarację, wymieniając różne formy pozyskiwania informacji z tego zakresu (wykład, prelekcja, szkolenie, broszury, warsztaty)¹⁶.
- Prawie połowa ankietowanych lekarzy (15 spośród 53) deklaruje podejmowanie przez nich współpracy ze środowiskiem logopedów. Co prawda kooperacja taka w ich odczuciu ogranicza się najczęściej do kierowania dzieci na konsultacje logopedyczne, jednak wydaje się, że dostrzegalna jest powolna zmiana postaw lekarzy wobec terapeutów mowy. Coraz częściej traktowani są oni przez przedstawicieli służby zdrowia jako pełnoprawni partnerzy w procesie terapii dziecka. Konieczne jest jednak podejmowanie ze strony logopedów działań zmierzających do zacieśniania tej współpracy. Przykładem mogą być konsultacje z lekarzem (np. telefoniczne) po przeprowadzonym badaniu logopedycznym, a już

¹⁶ Wychodząc na przeciw temu zapotrzebowaniu, przygotowane zostały i dostarczone do pobliskich poradni plakaty i ulotki promujące zagadnienia profilaktyki i wczesnej interwencji logopedycznej. Zob. aneks, załączniki nr 13, 14, 15.

na pewno pisemna informacja zwrotna, zawierająca wynik diagnozy logopedycznej i krótki opis zaproponowanych form terapii.

- Zmieniająca się tendencja w zakresie współpracy terapeutów mowy ze środowiskiem służby zdrowia jest widoczna zwłaszcza w ilości skierowań lekarskich do rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Logopedzi, którzy, jak już wspomniałam, najczęściej nie prowadzą ewidencji w tym zakresie, sygnalizowali, że w ostatnich latach zgłasza się do nich coraz więcej rodziców ze skierowaniami na tzw. żółtych kuponach¹⁷.

Można mówić o niepełnym wykorzystaniu deklarowanego zainteresowania terapią mowy poszczególnych grup: rodziców, nauczycieli, lekarzy i logopedów. Wszyscy oni manifestują chęć współpracy i choć są zainteresowani podnoszeniem jakości opieki nad dzieckiem, to globalny wynik nie jest imponujący.

Obraz stanu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym nie jest satysfakcjonujący, zwłaszcza w odniesieniu do ponoszonych nakładów, co potwierdziły również wyniki badań powtarzalnych.

- Wśród dzieci objętych badaniem mowy w roku 2006 znalazło się 197 przedszkolaków, które objęte zostały przesiewami w latach wcześniejszych (2003–2005). Wśród nich aż 79 badanych uzyskało wynik negatywny, pomimo wcześniejszego kontaktu z logopedą.
- Wyselekcjonowana na potrzeby dokonania oceny efektywności działań logopedów grupa 52 sześciolatków, która w badaniu powtórzonym w roku 2006 uzyskała wynik negatywny, została poddana ostatniemu badaniu w czerwcu 2007 roku (zbadano 51 dzieci – jedno zostało wypisane z przedszkola). To badanie – na zakończenie edukacji przedszkolnej tej grupy dzieci ujawniło stosunkowo niską efektywność oddziaływań logopedów w warunkach przedszkola. Wszystkie bowiem wyselekcjonowane dzieci miały zagwarantowaną opiekę logopedy na terenie przedszkola, a mimo to w ostatnim badaniu kontrolnym na zakończenie edukacji przedszkolnej ponad połowa z nich (28 dzieci) uzyskała wynik negatywny.

¹⁷ Lekarze, którzy kierują dzieci do logopedy, najczęściej sugerują konsultację z terapeutą mowy zatrudnionym w służbie zdrowia. W ostatnim okresie, prawdopodobnie w wyniku akcji informacyjnej towarzyszącej przesiewowym badaniom mowy, coraz częściej wskazują możliwość konsultacji u logopedów zatrudnionych w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Lekarze wystawiają przy tym skierowania, pomimo że w placówkach resortu edukacji nie są one wymagane.

Obserwacja stanu opieki logopedycznej na dzieckiem w wieku przedszkolnym na dokonana na podstawie przeprowadzonych badań pokazuje, że intencjonalne oddziaływania logopedów są często spóźnione i niewystarczające, choć okupione znacznym wysiłkiem z ich strony. Taka sytuacja nie wpływa na nich mobilizująco, sprzyja raczej pogłębianiu się postaw wycofujących i może prowadzić do wypalenia zawodowego. Na podstawie badań powtarzalnych wyłania się obraz stosunkowo niskiej efektywności działań logopedów w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym. Podobne wnioski na temat skuteczności pracy logopedów w tym środowisku nasuwają się w trakcie analizy rozpowszechnienia zaburzeń mowy w badanej grupie w kolejnych latach. Również w subiektywnej ocenie logopedów ich działania postrzegane są jako niewystarczająco skuteczne w stosunku do nakładu pracy.

Konkludując, w związku z uzyskanymi wynikami badań, sformułowałam następujące ogólne wnioski:

1. Częstość występowania zaburzeń mowy wśród badanych dzieci w wieku przedszkolnym – około 40% – świadczy o dużym zapotrzebowaniu na działania profilaktyczno-terapeutyczne logopedów.
2. Podejmowane przez logopedów działania o charakterze profilaktycznym wśród dzieci w wieku przedszkolnym są niewystarczające do potrzeb.
3. Oddziaływania o charakterze terapeutycznym (prowadzone przez logopedów przedszkolnych i tych zatrudnionych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych) również nie zaspokajają w pełni potrzeb – najczęściej ograniczają się do korekcji wad wymowy i prowadzone są z dziećmi sześciolletnimi.
4. Efektywność profilaktyczno-terapeutycznych oddziaływań logopedów nie jest zadawalająca, zwłaszcza w kontekście podejmowanych przez nich działań.
5. Efektywność działań logopedów wobec dzieci w wieku przedszkolnym jest uwarunkowana przede wszystkim:
 - podejmowaniem działań o charakterze profilaktycznym, w tym z zakresu wczesniej interwencji logopedycznej wobec dzieci z grupy ryzyka,
 - obejmowaniem działaniami terapeutycznymi wszystkich dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy i dostosowywaniem podejścia terapeutycznego do potrzeb dziecka,

- podejmowaniem współpracy z rodzicami – włączanie ich do udziału w terapii,
- stosowaniem w praktyce określonych strategii współpracy różnych ogniw opieki logopedycznej oraz zapewnieniem kompleksowości oddziaływań, zwłaszcza w zakresie współpracy z nauczycielami, psychologami, lekarzami.

Do istotnych czynników warunkujących skuteczność działań logopedów zaliczyć należy również:

- osobę logopedy (jego wiedza, doświadczenie, umiejętności, motywacja),
- osobę pacjenta (możliwości dziecka, rodzaj zaburzenia i jego nasilenie, motywacja dziecka/pacjenta do ćwiczeń),
- warunki pracy (czynniki zewnętrzne, sytuacja terapeutyczna – częstotliwość spotkań).

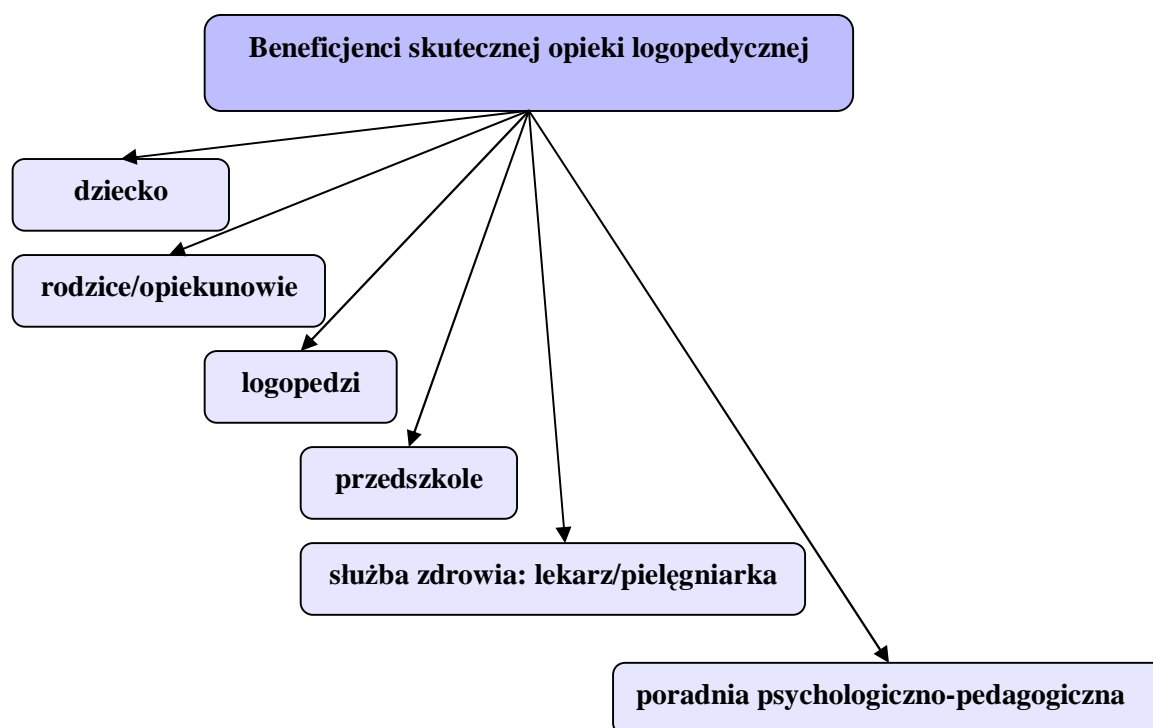
Aby praca logopedy była efektywna, konieczne jest wzięcie pod uwagę uwarunkowań skuteczności działań logopedów przy planowaniu zasad organizacji opieki logopedycznej. Jak wyraźnie wskazują wymienione przeze mnie uwarunkowania efektywności, wiele z nich jest zależnych od logopedy, pozostałe wymagają jednak wsparcia ze strony innych. Zaprezentowane w poprzednich rozdziałach niniejszej pracy wyniki badań nad efektywnością działań logopedów potwierdzają, że wprowadzenie zmian jest potrzebne i oczekiwane w środowisku. Propozycje zmian w zakresie organizacji opieki logopedycznej zaproponowane w poprzednim podrozdziale tej pracy mają na celu przede wszystkim podnoszenie skuteczności działań logopedów. Wydaje się, że taka reorganizacja jest konieczna – sygnalizują to zarówno opinie dyrektorów przedszkoli i poradni psychologiczno-pedagogicznej, jak i samych logopedów. Beneficjentami zaproponowanych w niniejszej pracy modyfikacji systemu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym byłyby niemalże wszystkie podmioty środowiska.

Zmodyfikowanie sposobu organizowania opieki logopedycznej jest korzystne przede wszystkim dla bezpośredniego podmiotu oddziaływań – dziecka. Dobre przygotowanie dzieci na etapie edukacji przedszkolnej stwarza im możliwość realizacji potrzeb rozwojowych i jest realną szansą na dobry start w szkole. Wczesna stymulacja językowa ma wpływ na opanowywanie przez dziecko sprawności komunikacyjnej. Sposób, w jaki dziecko, a później osoba dorosła, komunikuje się, ma bezpośrednie przełożenie na jakość życia jednostki¹⁸.

¹⁸ Zob. S. Morreale, B. H. Spitzberg, J. K. Barge: *Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza, umiejętności*. Warszawa 2007, s. 52.

Umiejętności komunikacyjne mają istotne znaczenie dla skutecznego funkcjonowania w roli ucznia, pracownika, partnera, rodzica. Również rodzice są grupą, która mogłaby znacznie skorzystać na usprawnieniu i udrożnieniu systemu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Korzystając z kompetentnej, fachowej i wieloaspektowej opieki specjalistycznej, sami uzyskują wsparcie w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Działania wpisane w model skutecznego systemu opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym to również możliwość pozytywnego modelowania środowiska. W zakres tych oddziaływań wchodzi: ukazywanie rodzicom, jak istotnym rozwojowo okresem jest wczesne dzieciństwo, zwrócenie uwagi opiekunów na ich pierwszoplanową rolę w przygotowaniu dziecka do dorosłego życia. Uzmysłowanie rodzicom, że wychowanie dziecka to niezwykle odpowiedzialne zadanie, które niosąc ze sobą wiele radości, równocześnie może wiązać się z niepokojem i bezradnością, udzielenie im życzliwej pomocy i wsparcia, wpisuje się we współczesny model skutecznej opieki specjalistycznej nad dzieckiem¹⁹.

Rysunek P.1.
Beneficjenci systemu skutecznej opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka



Źródło: opracowanie własne

¹⁹ Zob. J. Dąbrowska: *Zrozumieć dziecko*. Warszawa 2005, s. 50.

Także logopedzi, jako grupa zawodowa, powinni być żywotnie zainteresowani wdrażaniem systemu skutecznej opieki logopedycznej. W ich interesie leży podnoszenie efektywności swojej pracy. Bezsprzecznie działania takie będą miały wpływ na wzrastający prestiż wykonywanego przez nich zawodu. Pośrednio także poczucie sprawstwa i skuteczności w działaniu może zapobiegać postawom zniechęcenia i wypalenia zawodowego wśród przedstawicieli tej profesji. Z dobrodziejstw skutecznej opieki logopedycznej korzystają oczywiście nauczyciele i pracownicy przedszkola. Dziecko lepiej rozwijające się, harmonijnie nabywające mowę to dla nauczyciela możliwość osiągnięcia z grupą lepszych wyników dydaktycznych, a zarazem dobre funkcjonowanie emocjonalno-społeczne jego podopiecznych. Nauczyciele przedszkola, podobnie jak logopedzi, występują w podwójnej roli. Są zarówno beneficjentami efektywnego systemu opieki logopedycznej, jak i jednym z jego podstawowych ogniw. Świadomość pełnionej przez nauczyciela przedszkola roli, zwłaszcza w zakresie profilaktyki logopedycznej, oraz gotowość do podjęcia współpracy mogą przesądzać o końcowym efekcie oddziaływań logopedycznych²⁰. Kolejnym podmiotem zainteresowanym efektywnością systemu opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku przedszkolnym jest służba zdrowia. Lekarze (pielęgniarki), podobnie jak nauczyciele, pełnią w zmodyfikowanym systemie opieki logopedycznej istotną rolę. W ramach swojej aktywności zawodowej mogą promować optymalny rozwój mowy, prowadzić wczesną identyfikację zaburzeń rozwojowych, a także podejmować działania z zakresu pedagogizacji rodziców. Odpowiednio wczesne kierowanie na konsultacje oraz dobra współpraca środowisk medycznego i logopedycznego umożliwiają osiągnięcie wysokich standardów w opiece nad dzieckiem. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne, włączając się w kompleksowy system opieki logopedycznej nad dzieckiem, zyskują poprzez czytelny podział kompetencji pomiędzy poszczególnymi placówkami, a tym samym możliwość usprawniania swojej działalności i podniesienia poziomu dostarczanych usług.

W szerszej perspektywie skuteczna opieka logopedyczna nad dzieckiem w wieku przedszkolnym jest korzystna także dla szkoły – umożliwi dobre przygotowanie lingwistyczne dziecka. Skuteczna opieka logopedyczna na poziomie edukacji przedszkolnej ma ogromny walor kompensacyjny. Pozwala w dużej mierze usuwać niekorzystne objawy dysharmonii w rozwoju dziecka, obejmujących sfery poznawczą, społeczną i emocjonalną²¹.

²⁰ Zob. *Mainstreaming Preschoolers. Children with Speech and Language Impairments. A Guide for Teachers, Parents, and Others who Work with Speech and Language Preschoolers*. Red. J. Libergott. Waszyngton 1978, s. 126.

²¹ Zob. B. Zakrzewska: *Każdy przedszkolak dobrym uczniem w szkole*. Warszawa 2003, s. 9.

Inwestowanie w oddziaływania logopedyczne w okresie edukacji przedszkolnej pozwala niwelować niebezpieczne bariery u progu szkoły.

O kształcie systemu opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka przedszkolnego decyduje samorząd terytorialny, który powinien być żywotnie zainteresowany jego doskonaleniem. Dobra jakość edukacji na etapie przedszkola jest równoznaczna z mniejszymi nakładami na wyrównywanie deficytów i wspomaganie uczniów w późniejszych latach. Podejmowane do tej pory poczynania samorządu miejskiego Katowic w tym zakresie świadczą o dużym zainteresowaniu stworzeniem w mieście wysokich standardów jakości życia. Zgodnie ze strategią rozwoju miasta planowane są dalsze inwestycje we wszechstronne zaspokajanie potrzeb mieszkańców, w tym zabezpieczenie wysokiego poziomu usług edukacyjnych, wyrównywanie szans i zapobieganie wykluczeniu, niedostosowaniu²². Wydaje się więc, że wcielenie w życie rekomendowanego programu jest zbieżne z interesami organu prowadzącego.

Warto zwrócić uwagę, że doskonalenie systemu opieki specjalistycznej, także logopedycznej, nad dzieckiem jest przykładem działania na korzyść szeroko pojętego środowiska. Pośrednio wszyscy skorzystamy na wprowadzeniu modyfikacji w systemie opieki na etapie edukacji przedszkolnej. Zwiększają się bowiem szanse na harmonijny rozwój w przyszłości członków naszej społeczności, maleją grupy zagrożone niedostosowaniem społecznym, a nawet wykluczeniem z powodu niemożności nawiązywania poprawnych więzi interpersonalnych. Badania naukowe dowodzą, że sposób, w jaki się komunikujemy, wpływa zasadniczo na naszą umiejętność budowania silnych i zdrowych społeczności²³. Wydaje się zatem, że podjęty w niniejszej pracy temat udoskonalenia systemu opieki logopedycznej w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym ma istotne znaczenie.

W oparciu o materiał zgromadzony w toku badań można postawić tezę, że teoretycy i praktycy na gruncie logopedii, jak i decydenci w tej dziedzinie mogą przyczynić się do optymalizowania sposobu organizacji/strategii opieki logopedycznej w środowisku dzieci w wieku przedszkolnym. W kontekście zaprezentowanych danych wydaje się, że potrzebne jest dokonanie modyfikacji obecnie funkcjonującego modelu opieki logopedycznej wśród dzieci w wieku przedszkolnym. Część tych zmian pociąga zapewne za sobą potrzebę poczynienia pewnych nakładów finansowych, ale poprawę skuteczności działalności logopedycznej można osiągnąć również, dokonując pewnych reorganizacji w ramach istniejących struktur.

²² Zob. Katowice 2020. Strategia rozwoju miasta. Katowice 2007, s. 41.

²³ Zob. S. Morreale, B. H. Spitzberg, J. K. Barge: *op. cit.*, s. 53.

Raport, który w oparciu o przeprowadzone badania został przeze mnie przygotowany i złożony w katowickim wydziale edukacji, rozpoczyna się od słów światowej sławy psychologa Philipa G. Zimbardo. Stwierdził on: „są dwa sposoby zmiany niepożądanego zachowania: można zmieniać albo jego skutki, albo przyczyny. (...) w przypadku całych populacji należy zapobiegać chorobie poprzez zmianę warunków, które ją wywołują”²⁴. Takie podejście jest mi najbardziej bliskie – moim celem, podczas prowadzenia tych badań, a także w czasie całej mojej zawodowej aktywności, jest przeobrażanie warunków, oddziaływanie na rzecz kreowania takich warunków w środowisku dziecka, które umożliwią mu harmonijny rozwój, a zarazem zapobiegają wystąpieniu dysfunkcji czy zaburzeń. Dlatego podejmowane przeze mnie działania koncentrują się na profilaktyce, wczesnej interwencji, a gdy to konieczne na dostarczaniu kompleksowej opieki terapeutycznej. Zgodnie z tym założeniem powstały zaprezentowane w tej pracy propozycje modyfikacji systemu opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym.

²⁴ P. G. Zimbardo: *Nieśmiałość*. Warszawa 2007, s. 243.

BIBLIOGRAFIA

PRACE ZWARTE:

1. Adamczyk B.: *Terapia jąkania metodą „Echo”*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1993.
2. Adamczyk B., Smółka E.: *Profesor Leon Kaczmarek jako twórca i redaktor „Logopedii”*. W: *Effata – Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1998.
3. Aitchison J.: *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1991.
4. Andrews G.: *Epidemiology of Stuttering*. W: *Nature and Treatment of Stuttering*. Red. R. F. Curlee, W. H. Perkins. College-Hill. San Diego 1984.
5. Apel K., Masterson J. J.: *Beyond Baby Talk – From Sounds to Sentences*. Three Rivers Press. Nowy Jork 2001.
6. Arystoteles: *Etyka nikomachejska*. Ks. IX. W tegoż: *Dzieła wszystkie*. T. 5. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2000.
7. Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2005.
8. *Badania nad rozwojem języka dziecka*. Red. G. W. Shugar, M. Smoczyńska. Państwowe Wydawnictwa Naukowe. Warszawa 1980.
9. Baker R. C.: *Podstawowa opieka pediatryczna*. Wydawnictwo Universitas. Kraków 1996.
10. Balejko A.: *Dyslalia: etiologia, diagnoza*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1993.
11. Balejko A.: *Współpraca logopedy z rodzicami dzieci mających trudności w mówieniu, czytaniu, pisaniu*. W: *Effata – Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1998.
12. Barić L., Osińska H.: *Ludzie w środowiskach*. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej. Warszawa 1999.
13. Bartkowska T.: *Rozwój wymowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych. Warszawa 1968.
14. Bauman Z.: *Działanie społeczne*. W: *Encyklopedia socjologii*. T. 1. Red. Z. Bokszański. Oficyna Naukowa. Warszawa 1998.
15. Bednarek J.: *Ćwiczenia wyrazistości mowy*. Towarzystwo Wiedzy Powszechnej – Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji. Wrocław 2002.
16. Bello J.: *Prevalence of communication disorders among children in the United States*. ASHA Science and Research Department. Rockville 1995.
17. Bennett E. M.: *Working with People who Stutter. A Lifespan Approach*. Pearson Prentice Hall. Upper Saddle River 2006.

18. Berko Gleason J., Bernstein Ratner N.: *Przyswajanie języka*. W: *Psycholingwistyka*. Red. J. Berko Gleason, N. Bernstein Ratner. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2005.
19. Bernstein B.: *Odtwarzanie kultury*. Państwowy Instytut Wydawniczy. Warszawa 1990.
20. Bernstein B.: *Socjolingwistyczne ujęcie procesu socjalizacji: uwagi dotyczące podatności na oddziaływania szkoły*. W: *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór prac*. Red. G. W. Shugar, M. Smoczyńska. Państwowe Wydawnictwa Naukowe. Warszawa 1980.
21. Bernstein B.: *Socjolingwistyka a społeczne problemy kształcenia*. W: *Język i społeczeństwo*. Red. M. Głowiński. Wydawnictwo Czytelnik. Warszawa 1980.
22. Bloodstein O.: *A Handbook on Stuttering*. National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults. Chicago 1975.
23. Błachnio K.: *Vademecum logopedyczne*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza. Poznań 2003.
24. Błachnio K.: *Wybrane zagadnienia z metodyki logoterapii. Podręczny słownik terminów specjalistycznych używanych w logopedii*. Wydawnictwo Centralnego Ośrodka Metodycznego Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN. Warszawa 1989.
25. Błachnio K.: *Zarys interdyscyplinarnych podstaw nowoczesnej interwencji logopedycznej na obszarach pedagogiki specjalnej*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Agencja Wydawnicza a linea. Wrocław 2005.
26. Bocheńska K.: *Mówię do Ciebie, człowieku*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 2003.
27. Bocheńska K.: *Sztuka retoryki. Uczeń w roli mówcy*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 2005.
28. Bogdanowicz M.: *Problemy diagnozy, terapii i profilaktyki zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2003.
29. Borzucka-Sitkiewicz K.: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2006.
30. Bourdieu P., Passeron J-C.: *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2006.
31. Brańska E., Koźniewska E., Ponczek R.: *Wspieranie dziecka w osiąganiu gotowości szkolnej*. W: *O pomyślny start ucznia w szkole*. Red. W. Brejnak. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Dysleksji. Warszawa 2003.
32. Brown J. E., Handelsman J. A.: *Professional Autonomy and Collaboration*. W: *Professional Issues in Speech-Language Pathology and Audiology*. Red. R. Lubinski, L. A. Golper, C. M. Frattali. Thomson Delmar Learning. Clifton Park 2007.
33. Brzeziński J.: *Metodologia badań naukowych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1996.
34. Bulera M., Żuchelkowska K.: *Edukacja przedszkolna z partnerskim udziałem rodziców*. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit. Toruń 2006.
35. Byrne R.: *Pomówmy o zacinaniu*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 1989.
36. Byrne R.: *Stammering in young children*. W: *How to manage communication problems in young children*. Red. M. Kersner, J. A. Wright. David Fulton Publishers. Londyn 2002.

37. Chęć M.: *Jąkanie*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. Z. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1993.
38. Chęć M.: *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2007.
39. Chrzanowska A.: *Elementy metodyki I. G. Wygotskiej, J. L. Piellinger, L. P. Uspienskiej w terapii logopedycznej jękających się dzieci*. W: *Diagnoza i terapia osób jękających się*. Red. A. Balejko. Wydawnictwo Logopedyczne. Białystok 2004.
40. Chrzanowska I.: *Edukacja włączająca – nowa jakość? Czy dotąd byliśmy pedagogicznie zacofani? W: Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*. Red. J. Baran, S. Olszewski. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2006.
41. Cieszyńska J.: *Diagnostowanie i opis zachowań językowych dziecka z wadą słuchu*. W: *Zaburzenia mowy*. Red. S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2002.
42. Cieszyńska J.: *Kocham uczyć czytać*. Wydawnictwo Edukacyjne. Kraków 2006.
43. Cieszyńska J.: *Metody wywoływania głosek*. Superprint. Kraków 2003.
44. Cieszyńska J.: *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. Kraków 2001.
45. Cieszyńska J., Korendo M.: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Wydawnictwo Edukacyjne. Kraków 2007.
46. Cooper P. J.: *Sprawne porozumiewanie się*. Wydawnictwa CODN. Warszawa 2002.
47. Curlee R. F.: *Does my child stutter? W: Stuttering and your child*. Red. R. F. Curlee, E. G. Conture, L. A. Nelson. The Stuttering Foundation of America. Memphis 2004.
48. Czaplewska E., Kaczorowska-Bray K.: *Współpraca terapeutów i rodziców w procesie stymulowania rozwoju mowy u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka*. W: *Metody wspomagające rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach*. Red. M. Przybysz-Piwkova. Wydawnictwo DIG. Warszawa 2002.
49. Czernichowska R.: *Profilaktyka, kompensacja, ratownictwo, opieka, pomoc – analiza pojęć i wzajemnych powiązań między nimi*. W: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. T. 1. Red. E. Marynowicz-Hetka. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 2006.
50. *Człowiek wobec ograniczeń. Niepełnosprawność, komunikowanie, diagnoza, terapia*. Red. Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Fundacji Orator. Lublin 2002.
51. Datkun-Czerniak K.: *Logopedia. Jak usprawniać mowę dziecka*. MAC Edukacja S.A. Kielce 2004.
52. Day J.: *Twórcza wizualizacja dla dzieci*. Wydawnictwo Zysk i S-ka. Poznań 1994.
53. Dąbrowska J.: *Zrozumieć dziecko*. Wydawnictwo Edukacyjne Parpa. Warszawa 2005.
54. Dell C. W.: *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2008.
55. Demel G.: *Elementy logopedii*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1987.
56. Demel G.: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1994.
57. *Dictionnary of Contemporary English*. Red. D. Summers. Pearson Education Limited. Harlow 2003.
58. Dittfeld B.: *Spróbujmy mówić razem. Program profilaktyki logopedycznej*. Wydawnictwo Impuls. Kraków 2004.

59. Dolata R., Murawska B., Putkiewicz E., Żytko M.: *Monitorowanie osiągnięć szkolnych jako metoda doskonalenia edukacji*. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 1997.
60. Dołęga Z.: *Promowanie rozwoju mowy w okresie wczesnego dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 2003.
61. Dramska D.: *Instytucjonalizacja zawodu logopedy w Polsce (profesjonalna tożsamość logopedów) – doniesienie z badań własnych*. W: *Effata – Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1998.
62. Dramska D.: *Proces instytucjonalizacji zawodu logopedy w Polsce. Zarys problemu*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 2001.
63. Dramska D.: *Profesjonalna tożsamość logopedów w Polsce w świetle przeprowadzonych badań*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 2001.
64. *DSM IV Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence*.
65. Dykcik W.: *Kompensacja*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Red. D. Lalak, T. Pilch. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 1999.
66. Dykcik W.: *Rozwój pedagogiki specjalnej jako nurtu pedagogiki społecznego zaangażowania*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem*. Red. E. Górnikiewicz-Zwolak, A. Radziejewicz-Winnicki. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1999.
67. *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Red. M. Zahorska. Wydawnictwo Instytut Spraw Publicznych. Warszawa 2003.
68. *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007.
69. Eisenson J.: *Language and speech disorders in children*. Pergamon Press. Nowy Jork 1986.
70. Elsenbroich D.: *Co siedmiolatek wiedzieć powinien*. Wydawnictwo Cyklady. Warszawa 2003.
71. Emiluta-Rozya D.: *Diagnoza logopedyczna dzieci z wadami wymowy*. W: *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci*. Red. J. Rola. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej. Warszawa 1998.
72. Emiluta-Rozya D.: *Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej. Warszawa 2003.
73. Emiluta-Rozya D., Mierzejewska H., Atys P.: *Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolatków*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej. Warszawa 1995.
74. *Encyklopedia popularna*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1982.
75. Filipiak E.: *Aktywność językowa dzieci w wieku wczesnoszkolnym*. Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej. Bydgoszcz 1996.
76. *Foniatryka kliniczna*. Red. A. Pruszewicz. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 1992.
77. Frydrychowicz A., Koźniewska E., Matuszewski A., Zwierzyńska E.: *Skala Gotowości Szkolnej. Podręcznik*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie. Warszawa 2006.
78. Gawrońska M.: *Podstawy wymowy i impostacji głosu*. Wydawnictwo AWF. Wrocław 2001.

79. Gnitecki J.: *Wstęp do metod i przetwarzania wyników badań w naukach pedagogicznych*. Wydawnictwo Naukowe PTP. Poznań 2003.
80. Goban-Klas T., Lipnik W.: *Komunikowanie masowe*. W: *Encyklopedia socjologii*. Red. Z. Bokszański. Oficyna Naukowa. Warszawa 1999.
81. Goodyer I. M.: *Language difficulties and psychopathology*. W: *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome*. Red. D. V. Bishop, L. B. Leonard. Psychology Press. Nowy Jork i Hove 2004.
82. Gordon T., Burch N.: *Jak dobrze żyć z ludźmi*. Instytut Wydawniczy PAX. Warszawa 2001.
83. Grabias S.: *Język w zachowaniach społecznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1997.
84. Grabias S.: *Logopedia – jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*. Red. H. Borowiec, S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1991.
85. Grabias S.: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy*. Red. S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2002.
86. Grabias S., Kurkowski Z. M., Woźniak T.: *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej – Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego – Polskie Towarzystwo Logopedyczne. Lublin 2002.
87. Gregory H. H.: *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*. Person Education. Boston 2003.
88. Griffiths F.: *Communication Counts Speech and Language Difficulties in Early Years*. David Fulton Publishers. Londyn 2002.
89. Gruba J., Lampart-Busse M.: *Wybrane zagadnienia logopedyczne*. Cz. IV. Wydawnictwo Komlogo. Gliwice 2005.
90. Gruba J., Polewczyk I.: *Wybrane zagadnienia logopedyczne*. Cz. I. Wydawnictwo Komlogo. Gliwice 2003.
91. Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E.: *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 2000.
92. Grzesiak E., Janicka-Szysko R., Steblecka M.: *Komunikacja w szkole*. Gdańskie Wydawnictwa Psychologiczne. Gdańsk 2005.
93. Grzywacka A. M., Kowolik P., Pindera M.: *Aktualne problemy opieki nad dzieckiem w Polsce – kierunki zmian*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem*. T. 1. Red. E. Górniewicz-Zwolak, A. Radziejewicz-Winnicki. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1999.
94. Guillaumond F.: *Nauka komunikowania się w grupie przedszkolnej*. Wydawnictwo Cyklady. Warszawa 2000.
95. Guitar B.: *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Lippincott, Williams i Wilkins. Baltimore 2006.
96. Guz S.: *Edukacja przedszkolna w okresie przemian*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej. Warszawa 1996.
97. Ham R. E.: *Therapy of Stuttering. Preschool through Adolescence*. Prentice Hall. Englewood Cliffs 1990.

98. Hannaford C.: *Zmysłne ruchy, które doskonałą umysł. Podstawy Kinezylogii Edukacyjnej*. Wydawnictwo Medyk. Warszawa 1998.
99. Hinde R. A., Stevenson-Hinde J.: *Związki interpersonalne a rozwój dziecka*. W: *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*. Red. A. Brzezińska, G. Lutomski. Wydawnictwo Zysk i S-ka. Poznań 1994.
100. Hortis-Dzierzbicka M., Stecko E.: *Standard postępowania foniatryczno-logopedycznego w wadzie rozszczepowej twarzy*. W: *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia*. Red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 2005.
101. Hurlock E.: *Rozwój dziecka*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1961.
102. *ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. Kraków 2000.
103. *Individuals with Disabilities – Education Act (IDEA)*. US Department of Education. Waszyngton DC 1991.
104. Iskra L., Szuchnik J.: *Diagnoza logopedyczna*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelağ, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2005.
105. Jackiewicz U.: *Wybrane zagadnienia z emisji głosu – praca z dziećmi*. Wydawnictwo Iwanowski. Płock 2003.
106. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie? Poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie. Warszawa 1995.
107. Jarosz E., Wysocka E.: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 2006.
108. Jasiński T. J.: *Dziecko nie mówi... Badanie przymierza rodzinnego w triadzie: matka, ojciec, dziecko*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 2004.
109. Jastrzębowska G.: *Opóźnienie rozwoju mowy*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelağ, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2005.
110. Jastrzębowska G.: *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 1996.
111. Jastrzębowska G.: *Przedmiot, zakres zainteresowań i miejsce logopedii wśród innych nauk*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2003.
112. Jastrzębowska G.: *Specyficzne upośledzenie rozwoju języka*. W: *Człowiek wobec ograniczeń. Niepełnosprawność, komunikowanie, diagnoza, terapia*. Red. Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Fundacji Orator. Lublin 2002.
113. Jastrzębowska G.: *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 1. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2003.
114. Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O.: *Diagnoza i terapia logopedyczna zaburzeń komunikacji u dzieci*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Opole 2003.

115. Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O.: *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii)*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2003.
116. Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O.: *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2003.
117. Jurkowski A.: *Ontogeneza mowy i myślenia*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1986.
118. Kaczmarek B. L.: *Logopedia a neurolingwistyka*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*. Red. H. Borowiec, S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1991.
119. Kaczmarek B. L.: *Misterne gry w komunikację*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2005.
120. Kaczmarek L.: *Model opieki logopedycznej w Polsce*. Wydawnictwo Gdańskiego Związku Logopedów. Gdańsk 1991.
121. Kaczmarek L.: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Wydawnictwo Lubelskie. Lublin 1966.
122. Kaczmarek L.: *O polskiej logopedii*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*. Red. H. Borowiec, S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1991.
123. Kaja B.: *Zarys terapii dziecka*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego. Bydgoszcz 2001.
124. Kalka D.: *Przegląd badań nad problemem ryzyka dysleksji*. W: *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*. Red. M. Bogdanowicz. Wydawnictwo Harmonia. Gdańsk 2003.
125. Kamińska D.: *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2006.
126. Kamińska K.: *Upowszechnienie edukacji przedszkolnej w Polsce – stan i prognozy na przyszłość*. W: *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Red. M. Zahorska. Instytut Spraw Publicznych. Warszawa 2003.
127. Kamiński A.: *Funkcje pedagogiki społecznej*. Państwowe Wydawnictwa Naukowe. Warszawa 1972.
128. Kamiński A.: *Pojęcia i problemy pedagogiki społecznej*. W: *Wychowanie i środowisko*. Red. B. Passini, T. Pilch. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1979.
129. Kamiński A.: *Studia i szkice pedagogiczne*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1978.
130. Kania J. T.: *Szkice logopedyczne*. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Lublin 2001.
131. Karski J. B.: *Teoria i praktyka promocji zdrowia*. Cedetu. Warszawa 2003.
132. *Karta Ottawska*. Dokument I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie. Kanada 1986.
133. *Katowice – stolica regionu śląskiego*. Informator Urzędu Miasta Katowice. Wydawnictwo Urzędu Miasta. Katowice 2000.
134. *Katowice 2020. Strategia rozwoju miasta*. Wydawnictwo Urzędu Miasta. Katowice 2007.
135. Kłosowska A.: *Spoleczne ramy kultury*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1972.
136. Kłosowska A.: *Z historii socjologii kultury*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1969.
137. Knill Ch.: *Dotyk i komunikacja*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej. Warszawa 1997.

138. *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii.* Red. H. Borowiec, S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1991.
139. *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju mowy dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.* Red. E. M. Minczakiewicz. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. Kraków 2001.
140. Konecki S.: *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana.* Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 2000.
141. Konopska L.: *Wymowa osób z wadą zgryzu.* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Szczecin 2006.
142. Kornas-Biela D.: *Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy.* W: *Opieka logopedyczna od poczęcia.* Red. B. Rocławski. Zakład Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk 1993.
143. Kosela K., Sułek A.: *Badania wzdłuż czasu.* W: *Encyklopedia socjologii.* T. II. Red. Z. Bokszański. Oficyna Naukowa. Warszawa 2005.
144. Kostecka W.: *Dziecko i jękanie.* Polskie Towarzystwo Logopedyczne. Lublin 2000.
145. Kostynowicz J., Kuklińska Z.: *Małe dziecko w reformie oświaty.* W: *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia.* Red. M. Zahorska. Instytut Spraw Publicznych. Warszawa 2003.
146. Kozłowska K.: *Logopeda bliżej dziecka.* Wydawnictwo Uczelniane Wszechnicy Świętokrzyskiej. Kielce 2004.
147. Kram J.: *Zarys kultury żywego słowa.* Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1995.
148. Kurcz I.: *Pamięć. Uczenie się. Język.* Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1995.
149. Kwak A.: *Alternatywne formy życia rodzinnego – ciągłość i zmiana.* W: *Rodzina polska u progu XXI wieku.* Red. H. Cudak. Wydawnictwo Mazowieckiej Wyższej Szkoły Humanistyczno-Pedagogicznej. Łowicz 1997.
150. Lalak D., Pilch T.: *Środowisko.* W: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej.* Red. D. Lalak, T. Pilch. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 1999.
151. Lampart-Busse M.: *Materiał obrazkowy do wykorzystania w badaniach mowy dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.* Wydawnictwo Metis. Katowice 2004.
152. Leonard L. B.: *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2006.
153. Lepalczyk I.: *Geneza i rozwój pedagogiki społecznej.* W: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie.* Red. T. Pilch, I. Lepalczyk. Wydawnictwo Żak. Warszawa 1995.
154. Lewowicki T.: *Problemy życia społecznego a tradycyjne i nowe zadania pedagogiki społecznej.* W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem.* T. 1. Red. E. Górniewicz-Zwolak, A. Radziejewicz-Winnicki. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1999.
155. Lichota E.: *Terapia wad wymowy.* Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2005.
156. Lipowska M.: *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym.* Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2001.
157. Lubinski R., Golper L. A.: *Professional Issues: From Roots to Reality.* W: *Professional Issues in Speech-Language Pathology and Audiology.* Red. R. Lubinski, L. A. Golper, C. M. Frattali. Thomson Delmar Learning. Clifton Park 2007.

158. Łabiszewska-Jaruzelska F.: *Etiologia zaburzeń w obrębie narządu żucia*. W: *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Red. B. Ročlawski. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk 1993.
159. Łabiszewska-Jaruzelska F.: *Ortopedia szczękowa. Zasady i praktyka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1997.
160. Łada-Grodzicka A., Belczewska E., Herde M., Kwiatkowska-Klarzak E., Wasilewska I.: *ABC – program wychowania przedszkolnego XXI wieku*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 2000.
161. Łazewska H., Mikitiuk B., Moritz B.: *Co zrobić, aby ułatwić dziecku naukę czytania i pisania*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2002.
162. Łobacz P.: *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelaę, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2005.
163. Łysakowski T.: *Wpływowe osoby. Gramatyka i perswazja*. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Academica. Warszawa 2005.
164. Mackiewicz B.: *Wybrane zagadnienia ortodontyczne dla logopedów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk 1983.
165. *Mainstreaming Preschoolers. Children with Speech and Language Impairments. A Guide for Teachers, Parents, and Others who Work with Speech and Language Preschoolers*. Red. J. Libergott. D.C U.S. Government Printing Office. Waszyngton 1978.
166. Majewska-Tworek A.: *Rozwój sprawności artykulacyjnej dziecka w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Fundacji Orator. Lublin 2001.
167. *Mały słownik języka polskiego*. Red. E. Sobol. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1999.
168. Maszke A. W.: *Współpraca i partnerstwo rodziców i nauczycieli*. W: *Kreatorzy edukacyjnego dialogu*. Red. A. Karpińska. Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana. Białystok 2002.
169. Mazurkiewicz E. A.: *Diagnostyka w pedagogice społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Red. T. Pilch, I. Lepalczyk. Wydawnictwo Źak. Warszawa 1995.
170. Mazurkiewicz E. A.: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*. Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk. Wrocław 1983.
171. Mazurkiewicz E. A.: *Walory praktyczności pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Red. T. Pilch, I. Lepalczyk. Wydawnictwo Źak. Warszawa 1995.
172. McAleer-Hamaguchi P.: *Childhood Speech, Language, and Listening Problems*. John Wiley & Sons, Inc. Nowy Jork 2001.
173. McCartney E.: *Barriers to Collaboration*. W: *Speech/Language Therapists and Teachers Working Together. A System Approach to Collaboration*. Red. E. McCartney. Londyn 2000.
174. *Metody badań socjologicznych. Wybór tekstów*. Red. S. Nowak. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1965.
175. Michalak-Widera I.: *Dyslalia a rozwój mowy dzieci ze szkół masowych i specjalnych. Analiza porównawcza*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. I. Nowakowskiej-Kempnej. Uniwersytet Śląski. Katowice 2003.
176. Michalak-Widera I., Węsierska K., Zipper-Malina B.: *Wczesna stymulacja językowa dziecka o nieharmonijnym rozwoju – paszportem do świata kultury*. W: *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*. Red. J. Baran, S. Olszewski. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2006.

177. Miller J. F.: *Eliciting Procedures for Language. W: Assessing Language Production in Children.* Red. J. F. Miller. Londyn 1981.
178. Milewski S.: *Logopedyczne aspekty mowy dorosłych skierowanej do małych dzieci.* W: *Logopedia. Teoria i praktyka.* Red. M. Młynarska, T. Smereka. Agencja Wydawnicza a linea. Wrocław 2005.
179. Minczakiewicz E. M.: *Edukacyjny i pragmatyczny aspekt rozwoju u dzieci ze sprzężonymi zaburzeniami rozwoju.* W: *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju mowy dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.* Red. E. M. Minczakiewicz. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. Kraków 2001.
180. Minczakiewicz E. M.: *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia.* Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej. Kraków 1996.
181. Minczakiewicz E. M.: *Pedagogika osób z zaburzeniami mowy – logopedia.* W: *Pedagogika specjalna.* Red. W. Dykciak. Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza. Poznań 2001.
182. Minczakiewicz E. M.: *Początki i rozwój polskiej logopedii.* Wydawnictwo Edukacyjne. Kraków 1998.
183. Minczakiewicz E. M., Pniewska H., Pniewska-Baukus A.: *Logorytmika jedną z nowszych metod terapii logopedycznej.* W: *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju mowy dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.* Red. E. M. Minczakiewicz. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. Kraków 2002.
184. Miyata C.: *Mów śmiało. Ćwiczenia przygotowujące uczniów do wystąpień przed publicznością.* Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe. Gdańsk 2005.
185. Młynarska M., Smereka T.: *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia.* Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 2000.
186. Morreale S., Spitzberg B. H., Barge J. K.: *Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza, umiejętności.* Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007.
187. Muchacka B.: *Globalna kultura i jej wyzwania dla edukacji.* W: *Edukacja wobec wyzwań globalnego społeczeństwa.* Red. B. Muchacka. Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej. Nowy Sącz 2007.
188. Muchacka B.: *Kreatywne kompetencje nauczycieli jako warunek rozwijania kreatywności uczniów.* W: *Wspieranie dziecięcej kreatywności.* Red. B. Muchacka, J. Kurcz. Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej. Nowy Sącz 2006.
189. Muchacka B.: *Stymulowanie aktywności poznawczej dzieci w wieku przedszkolnym.* Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. Kraków 2000.
190. Murawska B.: *Segregacja na progu szkoły podstawowej.* Instytut Spraw Publicznych. Warszawa 2004.
191. Mystkowska H.: *Właściwości wymowy dziecka sześć- siedmioletniego.* PZWS. Warszawa 1970.
192. Nartowska H.: *Opóźnienia i dysharmonie w rozwoju dziecka.* Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1980.
193. Nelson L. A.: *Early intervention and prevention of stuttering.* W: *Stuttering therapy: prevention and intervention with children.* Red. D. E. Williams, L. A. Nelson, J. M. Hanley. Stuttering Foundation of America. Memphis 2002.
194. Nelson N. W.: *Childhood Language Disorders in Context: Infancy Through Adolescence.* Allyn and Bacon. Needham Heights 1998.

195. Nocuń A. W.: *Demokracja jako wyzwanie dla współczesnej pedagogiki*. W: *Pedagogika społeczna, kręgi poszukiwań*. Red. A. Przećławska. Wydawnictwo Żak. Warszawa 1996.
196. Nowak J.: *Ćwiczenia usprawniające mowę w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*. Wydawnictwo Tanan. Bydgoszcz 1995.
197. Nowak J.: *Wybrane problemy logopedyczne*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej. Bydgoszcz 1984.
198. Nowak S.: *Metodologia badań społecznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1985.
199. Nowak S.: *Metodologia badań socjologicznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1970.
200. Nowak S.: *Problematyka i metody badań*. W: *Badania empiryczne w socjologii. Wybór tekstów*. Red. M. Malikowski, M. Niezgoda. Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza. Tyczyn 1997.
201. Nowakowska-Kempna I.: *Konceptualizacja uczuć w języku polskim*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej. Warszawa 1995.
202. Nowicka E.: *Świat człowieka – świat kultury*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2006.
203. *Nowy słownik języka polskiego*. Red. E. Sobol. Warszawa 1999.
204. *Nowy słownik pedagogiczny*. Red. W. Okoń. Wydawnictwo Żak. Warszawa 1996.
205. *Nowy słownik poprawnej polszczyzny*. Red. A. Markowski. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1999.
206. O'Sullivan T., Hartley J., Saunders D., Montgomery M., Fiske J.: *Kluczowe pojęcia w komunikowaniu i badaniach kulturowych*. Wydawnictwo Astrum. Wrocław 2005.
207. Ożdżyński J., Surowaniec J.: *Teoria i praktyka terminologii logopedycznej*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. Kraków 2000.
208. Palka S.: *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2006.
209. Palka S.: *Pedagogika w stanie tworzenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 1999.
210. Parol U. Z.: *Logopedia to nie tylko patologia mowy*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*. Red. H. Borowiec, S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1991.
211. Pauli S., Kisch A.: *Co się dzieje z moim dzieckiem? Zaburzenia rozwoju ruchowego i postrzegania*. Wydawnictwa Lekarskie PZWL. Warszawa 2004.
212. *Pedagogika*. Red. B. Milerski, B. Śliwerski. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2000.
213. *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Red. T. Pilch, I. Lepalczyk. Wydawnictwo Żak. Warszawa 1995.
214. *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. T. I. Red. E. Marynowicz-Hetka. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 2006.
215. Piekarski J.: *Pedagogika społeczna i jej społeczny kontekst*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem*. Red. E. Górnikowska-Zwolak, A. Radziejewicz-Winnicki. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1999.
216. Pijarowska R., Seweryńska A. M.: *Sztuka prezentacji. Poradnik dla nauczycieli*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 2002.

217. Pilch J., Bauman T.: *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 2001.
218. Piszczek M.: *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dzieci w wieku 0–5 lat oraz wspieranie ich rodzin. Materiały z konferencji w Konstancinie*. Wydawnictwo Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN. Warszawa 1998.
219. Plusajska-Otto A.: *Potrzeby zawodowe logopedów a rodzaj placówki edukacyjnej, w której są zatrudnieni*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. nadzw. dr hab. I. Chrzanowskiej. Uniwersytet Łódzki. Łódź 2008.
220. *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2005.
221. Porayski-Pomsta J.: *Umiejętności komunikacyjne i językowe dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 1994.
222. *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*. Red. Z. Słowska, B. Woynarowska. Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego. Warszawa 2002.
223. *Promocja zdrowia*. Red. J. B. Karski. Wydawnictwo Ignis. Warszawa 1999.
224. Pruszewicz A.: *Jąkanie*. W: *Foniatrya kliniczna*. Red. A. Pruszewicz. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 1992.
225. Pruszewicz A.: *Zaburzenia mowy i języka*. W: *Foniatrya kliniczna*. Red. A. Pruszewicz. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 1992.
226. Przeclawska A., Theiss W.: *Pedagogika społeczna: nowe zadania i szanse*. W: *Pedagogika społeczna – kręgi poszukiwań*. Red. A. Przeclawska. Wydawnictwo Żak. Warszawa 1996.
227. *Psycholingwistyka*. Red. J. Berko Gleason, N. Bernstein Ratner. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2005.
228. Putkiewicz E., Żyto M.: *Znaczenie edukacji przedszkolnej na podstawie badań i doświadczeń międzynarodowych*. W: *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Red. M. Zahorska. Instytut Spraw Publicznych. Warszawa 2003.
229. Radziejewicz-Winnicki A.: *Spoleczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2004.
230. Reber A. S.: *Słownik psychologii*. Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa 2000.
231. Retter H.: *Komunikacja codzienna w pedagogice*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2005.
232. Rice M. L.: *Grammatical symptoms of specific language impairment*. W: *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome*. Red. D. V. Bishop, L. B. Leonard. Psychology Press. Nowy Jork i Hove 2004.
233. Ročlawski B.: *Logopedia wczoraj, dziś i jutro*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Agencja Wydawnicza a linea. Wrocław 2005.
234. Ročlawski B.: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Wydawnictwo Glottispol. Gdańsk 2001.
235. Ročlawski B.: *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1986.
236. Ročlawski B.: *Sluch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Glottispol. Gdańsk 1995.

237. Rocławski B.: *Uwagi o miejscu logopedii wśród innych dziedzin życia naukowego i oświatowego*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*. Red. H. Borowiec, S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1991.
238. Rocławski B., Fedorowska W., Wardowska B.: *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy*. Wydawnictwo Glottispol. Gdańsk 1995.
239. *Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego*. Wydawnictwo Urzędu Statystycznego w Katowicach. Katowice 2006.
240. Rodak H.: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 2002.
241. Rodak H.: *Uczymy mówić poprawnie*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1998.
242. Rokitiańska M., Laskowska H.: *Zdrowy głos*. Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej. Bydgoszcz 2003.
243. *Ryzyko dysleksji – problem i diagnozowanie*. Red. M. Bogdanowicz. Wydawnictwo Harmonia. Gdańsk 2003.
244. Rzeźniczek W.: *Miejsce i znaczenie pracy socjalnej w profilaktyce społecznej*. W: *Problemy i tendencje we współczesnej pedagogice społecznej w Polsce*. Red. A. Radziejewicz-Winnicki. Wydawnictwo Śląsk. Katowice 1995.
245. Sachajka E.: *Uczymy poprawnej wymowy*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1992.
246. Sawa B.: *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1990.
247. Serafin T.: *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole*. Wydawnictwo Ministerstwa Edukacji Narodowej. Warszawa 2005.
248. Sheridan M. D.: *From Birth to Five Years. Children's Developmental Progress*. Routledge. Taylor i Francis Group. Londyn, Nowy Jork 2008.
249. Skorek E. M.: *Oblicza wad wymowy*. Wydawnictwo Akademickie Żak. Kraków 2001.
250. Skorek E. M.: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2003.
251. Skorek E. M.: *Samogłoski. Profilaktyka, diagnoza, korekta*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2000.
252. Skorek E. M.: *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Oficyna wydawnicza Impuls. Kraków 2000.
253. Skórczyńska M.: *Programy wczesnej interwencji*. W: *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Kompleksy diagnostyczne i terapeutyczne*. Red. B. Cytowska, B. Winczura. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2006.
254. Słodownik-Rycaj E.: *O mowie dziecka, jak zapobiegać powstawaniu nieprawidłowości w jej rozwoju*. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 2000.
255. Słodownik-Rycaj E.: *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 2007.
256. *Słownik języka polskiego*. Red. M. Szymczak. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1978.
257. *Słownik socjologiczny*. Red. K. Olechnicki, P. Załęcki. Wydawnictwo Graffiti BC. Toruń 1997.
258. *Słownik współczesnego języka polskiego*. Red. B. Dunaj. Wydawnictwo Wilga. Warszawa 1996.
259. *Słownik wyrazów obcych*. Red. J. Tokarski. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1977.
260. Smółka L.: *Kompetencja komunikacyjna dzieci sześć-, siedmioletnich*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. Kraków 2004.

261. Sołoma L.: *Metody i techniki badań socjologicznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Olsztyn 2002.
262. Sołtys-Chmielowicz A.: *Rozwój mowy dziecka*. W: *Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski*. Red. A. Sołtys-Chmielowicz, G. Tkaczyk. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1993.
263. Sołtys-Chmielowicz A.: *Wymowa dzieci przedszkolnych*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*. Red. S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin: 1998.
264. Sołtys-Chmielowicz A.: *Zaburzenia artykulacji*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2005.
265. Sołtys-Chmielowicz A.: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Impuls. Kraków 2008.
266. Stankowski A.: *Elementy terapii pedagogicznej w pracy nauczyciela – wychowawcy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1986.
267. Stankowski A.: *Komunikacja interpersonalna w rodzinach dysfunkcyjnych*. W: *Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej w Polsce*. Red. A. Radziejewicz-Winnicki. Wydawnictwo Śląsk. Katowice 1995.
268. Stanowski A., Vasek S.: *Zarys pedagogiki specjalnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006, s. 157.
269. Stecko E.: *Zaburzenia mowy*. W: *Zdrowie i szkoła*. Red. B. Woynarowska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 2000.
270. Stecko E.: *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 2001.
271. Stewart J.: *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007.
272. Styczek I.: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1982.
273. Styczek I.: *Logopedia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1983.
274. Styczek I.: *Zarys logopedii*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1970.
275. Surowaniec J.: *Logopedia a dyscypliny pograniczne*. W: *Effata – Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1998.
276. Surowaniec J.: *Metodyka postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1993.
277. Surowaniec J.: *Podręczny słownik logopedyczny*. Wydawnictwo Naukowe WSP. Kraków 1993.
278. Syrek E.: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno-społeczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1997.
279. Syrek E.: *Wychowanie jako przedmiot analiz pedagogiki społecznej i socjologii wychowania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1987.

- 280.Syrek E.: *Zdrowie jako problem społeczny*. W: *Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej*. Red. A. Radziewicz-Winnicki. Wydawnictwo Śląsk. Katowice 1995.
- 281.Syrek E.: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 2000.
- 282.Szczepański M. S., Maciejewski G., Gawron G.: *Społeczne koszty polskiej transformacji. Wykluczenie społeczne, czyli lądowanie na marginesach?* W: *Równi i równiejsi, zwycięzcy i przegrani. Dynamika różnicowań społecznych w Polsce na przełomie XX i XXI wieku*. Red. E. Jurczyńska-McCluskey, M. S. Szczepański, Z. Zagała. Śląskie Wydawnictwa Naukowe. Tychy – Bielsko-Biała 2006.
- 283.*Szkola promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*. Red. B. Woynarowska, M. Sokołowska. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zdrowotnej. Warszawa 2000.
- 284.Sztumski J.: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wydawnictwo Śląsk. Katowice 2005.
- 285.Śmiech-Słomkowska G., Rytłowa W.: *Wybrane zagadnienia z profilaktyki i wczesnego leczenia ortodontycznego*. Wydawnictwo Sanmedia. Warszawa 1993.
- 286.Tarasiewicz B.: *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*. Wydawnictwo Universitas. Kraków 2003.
- 287.Tarkowski Z.: *Jąkanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1999.
- 288.Tarkowski Z.: *Jąkanie*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2005.
- 289.Tarkowski Z.: *Jąkanie jako zaburzenie komunikacji interpersonalnej*. W: *Zaburzenia procesu komunikatywnego*. Red. A. Obrębowski, Z. Tarkowski. Wydawnictwo Fundacji Orator. Lublin 2003.
- 290.Tarkowski Z.: *Jąkanie wczesnodziecięce*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1997.
- 291.Tarkowski Z.: *Ocena rozwoju mowy dziecka*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1993.
- 292.Tarkowski Z.: *Przesiewowy Test Logopedyczny*. Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy. Lublin 1992.
- 293.Tarkowski Z.: *Wizerunek zawodowy i społeczny logopedy*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Agencja Wydawnicza a linea. Wrocław 2005.
- 294.Tassoni P., Beith K.: *Child Care and Education*. Heinemann Child Care. Oxford 2002.
- 295.Toczyska B.: *Sarabanda w chaszczach*. Wydawnictwo Podkova. Gdańsk 1997.
- 296.Tomaszewska E.: *Choroby nosa, gardła i uszu u dzieci*. Infor Book. Warszawa 1997.
- 297.Torneus M., Hedstrom G. B., Lundberg I.: *Rozmowy o języku*. Wydawnictwo Glottispol. Gdańsk 1997.
- 298.Trzaskalik J.: *O konieczności badań nad wpływem chorób układu oddechowego na wady wymowy u dzieci w województwie katowickim*. W: *Effata – Otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1998.
- 299.Tyszka Z.: *Rodzina w świecie współczesnym – jej znaczenie dla jednostki i społeczeństwa*. W: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Red. T. Pilch, I. Lepalczyk. Wydawnictwo Żak. Warszawa 1995.
- 300.*Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski*. Red. A. Sołtys-Chmielowicz, G. Tkaczyk. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1993.

301. Walencik-Topiłko A.: *Wykorzystanie programów komputerowych w profilaktyce, diagnozie i terapii logopedycznej*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Opole 2005.
302. Walton P., Wallace M.: *Fun with fluency. Direct therapy with the young child*. Imaginart Inc. Bisbee 1998.
303. Waszczuk H.: *Rodzinna terapia jękania*. Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk 2005.
304. Weiss C. E., Lillywhite H. S.: *Communicative Disorders Prevention and Early Intervention*. The C.V. Mosby Company. St. Luis 1981.
305. Weller S.: *Oddech, który leczy*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2003.
306. Wilgocka-Okoń B.: *Gotowość szkolna dzieci sześciolletnich*. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 2003.
307. Williams A. L.: *Speech Disorders. Resource Guide for Preschool Children*. Thomson Delmar Learning. Clifton Park 2003.
308. Winiarski M.: *O humanistyczny wymiar pedagogiki społecznej – od opieki do wsparcia społecznego*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem*. Red. E. Górnikowska-Zwolak, A. Radziejewicz-Winnicki. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1999.
309. Winiarski M.: *Rodzina – ujęcie genetyczno-funkcjonalne*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej*. Red. D. Lalak, T. Pilch. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 1999.
310. Wiszniewski A.: *Sztuka mówienia*. Wydawnictwo Videograf II. Katowice 2003.
311. Wroczyński R.: *Pedagogika społeczna*. Wydawnictwo PWN. Warszawa 1985.
312. Wójtowiczowa J.: *O wychowaniu językowym*. Wydawnictwo ABC Font. Warszawa 1997.
313. Wysocka E.: *Wybrane problemy opieki i pomocy*. W: *Pedagogika społeczna jako dyscyplina akademicka*. Red. E. Marynowicz-Hetka, J. Piekarski, E. Cyrańska. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 1998.
314. Yairi E., Ambrose N. G.: *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*. Pro-ed An International Publisher. Austin 2005.
315. *Zaburzenia mowy*. Red. S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2002.
316. Zakrzewska B.: *Każdy przedszkolak dobrym uczniem w szkole*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 2003.
317. Zaleski T.: *Opóźnienia w rozwoju mowy*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 2002.
318. Zarębina M.: *Logopedia to swoisty układ powiązań językoznawstwa stosowanego z psychologią, neurologią i ortodoncją...* W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*. Red. H. Borowiec, S. Grabias. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1991.
319. *Zdrowie i szkoła*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2000.
320. Zielińska H.: *Kształcenie głosu*. Polihymnia. Lublin 2002.
321. Ziemiński S.: *Problemy dobrej diagnozy*. Wydawnictwo Wiedza Powszechna. Warszawa 1973.
322. Zimbardo P. G.: *Nieśmiałość*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007.
323. Zimbardo P. G., Ruch F. L.: *Psychologia i życie*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1996.
324. Żechowska B.: *Wybrane metodologiczne wzory badań empirycznych w pedagogice*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1985.

ARTYKUŁY:

1. Adamczyk B.: *Trening i psychoterapia w metodzie „Echo”*. „Logopedia” 1977, nr 10.
2. Aram D. M., Ekelman B. L., Nation J. E.: *Preschoolers with language disorders: 10 years later*. „Journal of Speech and Hearing Research” 1984, t. 27.
3. Ariutiunian L.: *Problemy patologicznego podłoża jąkania*. „Logopedia” 1997, nr 24.
4. Bamford J., Boyle J., Chapman S., Davis A., Law J., Sharp F., Sheldon T., Stewart-Brown S., Turner Boutle M., Wilson P.: *Pre-school hearing, speech, language and vision screening. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers*. „Effective Health Care” 1998, t. 4, nr 2.
5. Błachnio K.: *Kompleksowość logopedyczna podstawą skuteczności logopedycznej*. „Logopedia” 1995, nr 22.
6. Błachnio K.: *Logopedia holistyczna – wyzwaniem XXI wieku*. „Logopedia” 1999, nr 26.
7. Błachnio K.: *System nowoczesnej profilaktyki logopedycznej*. „Logopedia” 1995, nr 22.
8. Bochniarz A.: *Warunki efektywnej terapii jąkania*. „Logopedia” 1994, nr 21.
9. Bogdanowicz M.: *O potrzebach i możliwościach dzieci ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu*. „Biuletyn Informacyjny Oddziału Warszawskiego PTD” 1997, nr 9.
10. Broomfield J., Dodd B.: *Children with speech and language disability: caseload characteristics*. „International Journal of Language and Communication Disorders” 2004, t. 39, nr 3.
11. Chęć M.: *O błędach i wadach wymowy*. „Forum Logopedyczne” 2007, nr 13.
12. Chęć M.: *Przegląd metod diagnostycznych dotyczących jąkania i innych zaburzeń płynności mówienia*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2002, nr 2.
13. Chęć M.: *Rola pochwały i nagany w terapii logopedycznej jąkających się dzieci w ujęciu szkoły amerykańskiej*. „Logopedia” 1991, nr 18.
14. Chęć M.: *Różne oblicza jąkania*. „Logopedia” 2005, nr 34.
15. Chęć M.: *Techniki przedłużonego mówienia oraz delikatnego startu mowy wciąż aktualne*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2004, nr 7.
16. Chęć M., Nowakowska-Kempna I.: *Z historii logopedii na Śląsku*. „Logopedia” 1996, nr 23.
17. Chmielewska A.: *Z doświadczeń wychowania zdrowotnego*. „Wychowanie Przedszkolne” 1990, z. 43/4-5.
18. Cieszyńska J.: *Logopedia i logoterapia*. „Konspekt” 2004, nr 20.
19. Deluga D.: *O jąkaniu wczesnodziecięcym*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 10.
20. Demel G.: *O potrzebie współpracy logopedii z ortodontją*. „Logopedia” 1975, nr 12.
21. Demel G.: *Organizacja terenowej sieci logopedycznej i formy intensyfikacji korekcji mowy*. „Logopedia” 1967, nr 7.
22. Demel G.: *Przedszkole – podstawowe ogniwo opieki logopedycznej*. „Logopedia” 1978, nr 13.
23. Demel M.: *Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu dzieci szkolnych*. „Życie Szkoły” 1959, nr 2.
24. Dramska D.: *Humanistyczne i społeczne aspekty wykonywania zawodu logopedy*. „Wychowanie na co dzień” 2004, nr 7-8.
25. Elźbieciak M.: *Podsumowanie badań przesiewowych stanu mowy dzieci 5–6-letnich*. „Kaganek” 2005, nr 9.
26. Emiluta-Rozya D.: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Logopedia” 2000, nr 28.

27. Fox A. V., Dodd B., Howard D.: *Risk factors for speech disorders in children*. „International Journal of Language and Communication Disorders” 2002, t. 37, nr 2.
28. Galus I.: *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*. „Wychowanie Przedszkolne” 2000, z. 53/1.
29. Gierut J. A.: *Treatment Efficacy: Functional Phonological Disorders in Children*. „Journal of Speech, Language, and Hearing Research” 1998, t. 41.
30. Grabias S.: *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*. „Audiofonologia” 1994, t. 4.
31. Grabias S.: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia” 1997, t. 10.
32. Grabias S.: *Mowa i jej zaburzenia*. „Logopedia” 2000, nr 28.
33. Gregory H. H.: *Jąkanie: gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?* „Logopedia” 1994, nr 21.
34. Harasty J., Reed V. A.: *The prevalence of speech and language impairment in two Sydney metropolitan schools*. „Australian Journal of Human Communication Disorders” 1994, t. 22.
35. Jakubowski M.: *Podstawowe pojęcia, główne zadania i zasady pedagogiki opiekuńczej*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1980, nr 9.
36. Jastrzębowska G.: *Determinanty polskiego systemu opieki logopedycznej (na przykładzie województwa opolskiego)*. „Biuletyn Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy” 1994, nr 2.
37. Jeziorczak B., Węsierska K.: *Interwencja terapeutyczna w przypadku wczesnej dysfluencji – założenia programu terapii dla dzieci w wieku przedszkolnym*. „Forum Logopedyczne” 2008, nr 15.
38. Kargul A.: *Prace korekcyjno-kompensacyjne poradni wychowawczo-zawodowych*. „Zagadnienia Wychowawcze” 1977, nr 6.
39. Kawula S.: *Rodziny współczesne a pedagogika rodziny*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2007, nr 5.
40. Keating D., Turrell G., Ozanne A.: *Childhood speech disorders: reported prevalence, comorbidity and socioeconomic profile*. „Journal of Paediatrics and Child Health” 2001, t. 37, nr 5.
41. Kociołek B.: *Czy dzieci w przedszkolu potrzebują pomocy logopedy?*, www.literka.pl [dostęp 13 marca 2007 r.].
42. Kostecka W.: *Pomoc logopedyczna dziecku jękającym się*. „Logopedia” 1999, nr 26.
43. Krasowicz G., Bogdanowicz M.: *Wybrane aspekty umiejętności metajęzykowych dzieci 6-letnich i dynamika ich zmian w klasie „0”*. „Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej” 1996, t. 4.
44. Law J., Boyle J., Harris F., Harkness A., Nye C.: *Prevalence and natural history of speech and language delay: findings from a systematic review of the literature*. „International Journal of Language and Communication Disorders” 2000, t. 35.
45. Łyzyczka I.: *Korekcja wad wymowy dzieci w grupach logopedycznych w przedszkolu*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1975, t. 4.
46. Mackiewicz B.: *Odwzorowywanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*. „Logopedia” 2001, nr 29.
47. Marvin C.: *Problems in school-based language and collaboration services: Defining the terms and improving the process*. „Language, Speech and Hearing Services in Schools” 1990, nr 25.
48. Michalak-Widera I.: *Onomatopeje – wstępny etap komunikacji dzieci*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 11.

49. Michalak-Widera I.: *Zaburzenia dyslaliczne u dzieci realizujących edukację elementarną – doniesienia z badań*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2004, nr 7.
50. Michalak-Widera I., Węsierska K.: *Aby nasze dzieci pięknie mówiły*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2005, nr 9.
51. Michalak-Widera I., Węsierska K.: *By głos nauczyciela brzmiał zawsze pięknie i zdrowo*. „Magazyn Szkolny” 2007, nr I/307.
52. Michalak-Widera I., Węsierska K.: *Sprawozdanie z działalności grupy wsparcia*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2003, nr 5.
53. Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D.: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Logopedia” 2000, nr 28.
54. Milewski T.: *Teoretyczne i praktyczne aspekty mowy dorosłych kierowanej do małych dzieci*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2007, nr 12.
55. Obrębowski A., Pruszewicz A.: *Współpraca foniatry i logopedy w diagnozowaniu i rehabilitacji zaburzeń procesu komunikatywnego*. „Logopedia” 1999, nr 26.
56. Peckham C. S.: *Speech defects in a national sample of children aged seven years*. „British Journal of Disorders of Communication” 1973, nr 8.
57. Piotrowska K.: *Seplenienie międzyzębowe – epidemia XXI wieku?* „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2007, nr 12.
58. Pluta-Wojciechowska D.: *Lowely, jody, safy – czyli o tzw. substytucjach i deformacjach*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2005, nr 8.
59. Rawecka B., Skrzypiec Ł.: *Strzał w dziesiątkę*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2003, nr 4.
60. Sachajska E.: *Z metodyki pracy nad wymową*. „Logopedia” 2002, nr 31.
61. Skowroński R.: *Okresy kształtowania się i rozwoju mowy dziecka*. „Scholasticus” 1993, nr 5.
62. Smith R. D.: *The use of developmental screening tests by primary pediatricians*. „The Journal of Pediatrics” 1978, nr 93.
63. Smółka E.: *Polskie Towarzystwo Logopedyczne: 33-lecie*. „Logopedia” 1996, nr 23.
64. Smółka E.: *XI Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Logopedycznego i Walne Zebranie Członków*. „Logopedia” 1994, nr 21.
65. Sołtys-Chmielowicz A.: *Klasyfikacje wad wymowy*. „Logopedia” 2000, nr 28.
66. Sołtys-Chmielowicz A.: *O czym warto pamiętać, badając wymowę dzieci*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2005, nr 9.
67. Sołtys-Chmielowicz A.: *Problem zrozumiałości wypowiedzi w przypadkach dyslalii*. „Logopedia” 2003, nr 32.
68. Sołtys-Chmielowicz A.: *Uwagi o wadliwej realizacji samogłosek ustnych*. „Biuletyn Audiofonologii” 1990, t. 2, nr 1-4.
69. Stankowski A.: *Terapeutyczność procesu wychowania*. „Auxilium Sociale” 2000 nr 1 (13).
70. Stankowski A., Brzozowska J.: *Terapia logopedyczna w procesie rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo*. „Chowanna” 2004, t. 2 (21).
71. Stecko E., Hortis-Dzierzbicka M.: *Seplenienie międzyzębowe – norma wiekowa czy patologia*. „Nowa Pediatria” 2000, nr 1 (18).

72. Sturner R. A., Funk S. G., Green J. A.: *Preschool Speech and Language Screening: Further Validation of the Sentence Repetition Screening Test*. „Journal Developmental and Behavioral Pediatrics” 1996, t. 17, nr 6.
73. Sturner R. S., Layton T. L., Evans A. W., Heller J. H., Funk S. G., Machon M. W.: *Preschool speech and language screening test: A review of currently available tests*. „American Journal of Speech-Language Pathology” 1994, nr 2.
74. Surowaniec J.: *Logopedyczno-pedagogiczny system terminologiczny*. „Logopedia” 1995, nr 22.
75. Surowaniec J.: *Przedmiot logopedii*. „Logopedia” 1994, nr 21.
76. Szamburski K.: *Analiza patomechanizmu powstawania jąkania a program terapii*. „Logopedia” 1999, nr 26.
77. Syrek E.: *Aktualność klasycznych idei pedagogiki społecznej w kontekście problematyki zdrowia*. „Auxilium Sociale” 2000, nr 1 (13).
78. Twardowski A.: *Porozumiewanie się dorosłego z dzieckiem*. „Wychowanie w Przedszkolu” 2007, nr 6.
79. Węsierska K.: *Niepłynność mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja w dysfluencji*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2006, nr 11.
80. Węsierska K.: *Profilaktyka logopedyczna w edukacji przedszkolnej – rola nauczyciela*. „Wychowanie na co dzień” 2007, nr 6 (165).
81. Węsierska K.: *Współpraca logopedów i pediatrów determinantą skutecznej opieki logopedycznej*. „Forum Logopedyczne” 2007, nr 13.
82. Wilczewski S.: *Teoretyczne założenia i metoda usuwania jąkania*. „Logopedia” 1967, nr 7.
83. Wilgocka-Okon B.: *Gotowość szkolna a uczenie się w przedszkolu*. „Wychowanie w Przedszkolu” 1999, nr 3.
84. Tarkowski Z.: *Efektywność terapii osób jąkających się*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2003, nr 5.
85. Yairi E., Ambrose N.: *Onset of Stuttering in Preschool Children: Selected Factors*. „Journal of Speech and Hearing Research” 1992, t. 35.
86. Ziegenhagen T.: *Rozwój wymowy w wieku przedszkolnym*. „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza. Filozofia, Psychologia, Pedagogika” 1956, z. 1.
87. Żebryk-Stopa A.: *Neurologopedia – specjalizacja w dziedzinie mającej zastosowanie w służbie zdrowia*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2007, nr 12.

AKTY PRAWNE:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku.
2. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 listopada 2004 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie oświaty (DzU 2004, Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 r. w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (DzU 2001, Nr 61 poz. 624 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wraz z załącznikiem 1 (DzU 2002, Nr 51, poz. 458 z późn. zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 10 września 2002 roku w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu (DzU 2002, Nr 155, poz. 1288 z późn. zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (DzU 2003, Nr 5, poz. 46 z późn. zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DzU 2003, Nr 11, poz. 114 z późn. zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 20 lutego 2004 roku w sprawie warunków i trybu przyjmowania uczniów do szkół publicznych oraz przechodzenia z jednych typów szkół do innych (DzU 2004, Nr 26, poz. 232 z późn. zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 marca 2004 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola i publicznych szkół (DzU 2004, Nr 66, poz. 605 i 606 z późn. zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 4 kwietnia 2005 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (DzU 2005, Nr 68 poz. 587 z późn. zm.).
11. Rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 roku w sprawie klasyfikacji zawodów na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania (DzU 2004, Nr 265, poz. 2644 z późn. zm.).
12. Ustawa Rady Ministrów z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie terytorialnym (DzU 1990, Nr 16, poz. 95 z późn. zm.).
13. Ustawa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2003 roku o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz zmianie niektórych innych ustaw (DzU 2003, Nr 137, poz. 1304 z późn. zm.).

RAPORTY, OPRACOWANIA:

1. *Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers: Pre-school hearing, speech, language and vision screening.* „Effective Health Care” 1998, t. 4, nr 2.
2. *Edukacja dla Wszystkich. Raport przygotowany przez państwa członkowskie UNESCO na Światowe Forum „Edukacja dla Wszystkich” w Dakarze.* Senegal 2000, www.unesco.pl [dostęp 2 czerwca 2007 r.].
3. *Raport o stanie miasta – Katowice.* Opracowanie Urzędu Miasta Katowice, www.um.katowice.pl [dostęp 3 czerwca 2007 r.].
4. *Stan i struktura ludności według wieku w latach 1989-2005. Raport Głównego Urzędu Statystycznego,* www.stat.gov.pl [dostęp 3 czerwca 2007 r.].
5. *Ulotka Krajowego Biura WHO w Polsce na Światowy Dzień Zdrowia, 7 kwietnia 2005,* www.who.un.org.pl [dostęp 2 czerwca 2007 r.].
6. Raport *Key Data on Education 2002* wydany przez Komisję Europejską, Dyrektoriat Generalny ds. Edukacji i Kultury, Europejskie Biuro Eurydyce, www.vulcan.edu.pl [dostęp 31maja 2007 r.].
7. Raport *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2005/2006.* Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego. Katowice 2006.

INNE ŹRÓDŁA INFORMACJI:

1. www.archiwum.literka.pl portal edukacyjny
2. www.asha.org American Speech-Language-Hearing Association
3. www.ed.gov Ministerstwo Edukacji USA
4. www.encyklopedia.pwn.pl Internetowa Encyklopedia PWN
5. www.isip.sejm.gov.pl Sejm Rzeczypospolitej Polskiej
6. www.kuratorium.katowice.pl Śląskie Kuratorium Oświaty
7. www.logopedia.umcs.lublin.pl Polskie Towarzystwo Logopedyczne
8. www.men.gov.pl Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu
9. pl.wikipedia.org Wikipedia – wolna encyklopedia
10. www.praca.gov.pl Serwis Informacyjny Urzędów Pracy
11. www.psychiatryonline.com Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne
12. www.who.un.org.pl World Health Organization – Country Office in Poland
13. www.wsp.krakow.pl „Konspekt” – Pismo Akademii Pedagogicznej w Krakowie
14. www.um.katowice.pl Urząd Miasta Katowice
15. www.unesco.pl Polski Komitet ds. UNESCO

SPIS TABEL

- Tabela III.1. *Dzieci objęte przesiewowymi badaniami mowy w wybranych 10 miejskich przedszkolach Katowic w latach 2003–2006; N = 1481*
- Tabela III.2. *Wiek ankietowanych rodziców/opiekunów; N = 383*
- Tabela III.3. *Wykształcenie ankietowanych rodziców/opiekunów; N = 383*
- Tabela III.4. *Liczba dzieci w rodzinach ankietowanych; N = 383*
- Tabela III.5. *Staż pracy logopedów biorących udział w badaniu ankietowym; N = 19*
- Tabela III.6. *Staż pracy ankietowanych nauczycieli; N = 55*
- Tabela III.7. *Poziom wykształcenia ankietowanych nauczycieli; N = 55*
- Tabela III.8. *Specjalizacja zawodowa ankietowanych lekarzy; N = 32*
- Tabela III.9. *Miejsce zatrudnienia ankietowanych lekarzy – typ placówki służby zdrowia; N = 32*
- Tabela III.10. *Staż zawodowy lekarzy; N = 32*
- Tabela IV.1. *Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci przeprowadzonych w roku 2003; N = 200*
- Tabela IV.2. *Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci przeprowadzonych w roku 2004; N = 336*
- Tabela IV.3. *Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci przeprowadzonych w roku 2005; N = 144*
- Tabela IV.4. *Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci przeprowadzonych w roku 2006; N = 750*
- Tabela IV.5. *Wyniki przesiewowych badań mowy dzieci w latach 2003–2006; N = 1430*
- Tabela IV.6. *Wyniki negatywne badań przesiewowych u badanych dzieci z podziałem na płeć (lata 2003–2006); N = 1430*
- Tabela IV.7. *Występowanie objawów niepełności mowy wśród badanych dzieci w poszczególnych latach prowadzenia przesiewów (2003–2006); N = 1430*
- Tabela IV.8. *Konsultacje specjalistyczne zalecone przez logopedów po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2003–2006)*
- Tabela IV.9. *Udział rodziców/opiekunów w konsultacjach z logopedą po przesiewowym badaniu mowy (lata 2003–2006); N = 1430*
- Tabela IV.10. *Udział rodziców w prelekcjach i konsultacjach logopedycznych w stosunku do liczby wyników negatywnych uzyskanych przez dzieci w przesiewowych badaniach mowy w roku 2006; N = 750*
- Tabela IV.11. *Wyniki negatywne uzyskane przez dzieci w przesiewowych badaniach mowy prowadzonych w katowickich przedszkolach w latach 2003–2006; N = 1430*
- Tabela IV.12. *Zestawienie porównawcze wyników negatywnych uzyskanych przez dzieci w przesiewowych badaniach mowy w poszczególnych przedszkolach w pierwszym roku prowadzenia badań (w latach 2003–2005) w stosunku do roku 2006*
- Tabela V.1. *Liczba dzieci zapisanych do przedszkoli objętych diagnozą logopedyczną w roku 2006 w zestawieniu z ilością godzin opieki logopedycznej zagwarantowanej na terenie tych placówek; N = 887*
- Tabela V.2. *Liczba dzieci zakwalifikowanych na terapię logopedyczną w latach 2003–2006 w przedszkolach objętych przesiewowymi badaniami mowy; N = 862*

- Tabela V.3. *Deklarowany zakres oddziaływań profilaktycznych logopedów w warunkach przedszkola (opinie logopedów); N = 19*
- Tabela V.4. *Deklaracje logopedów na temat typów zajęć ortofonicznych organizowanych przez nich w przedszkolu; N = 19*
- Tabela V.5. *Pożądanane formy działań profilaktycznych i z zakresu wczesnej interwencji logopedycznej w przypadku objawów niepełności mowy u dzieci (opinie logopedów); N = 19*
- Tabela V.6. *Czynniki determinujące kwalifikację dziecka na terapię logopedyczną w przedszkolu (opinie logopedów); N = 19*
- Tabela V.7. *Zainteresowanie rodziców terapią logopedyczną w przedszkolu (opinie logopedów); N = 19*
- Tabela V.8. *Źródła informacji o innych formach terapii mowy, w której dziecko uczestniczy (opinie logopedów); N = 19*
- Tabela V.9. *Optymalny wiek dziecka do skierowania na konsultację logopedyczną w przedszkolu (opinie nauczycieli); N = 55*
- Tabela V.10. *Przejawy zaburzeń mowy wymagających konsultacji logopedycznej (opinie nauczycieli); N = 55*
- Tabela V.11. *Deklaracje nauczycieli przedszkoli na temat preferowanych form współpracy z logopedą przedszkola; N = 55*
- Tabela V.12. *Preferencje nauczycieli w zakresie tematyki szkoleń związanych z problematyką logopedyczną; N = 55*
- Tabela V.13. *Udział nauczycieli w warsztatach o tematyce logopedycznej organizowanych przez rejonową poradnię psychologiczno-pedagogiczną; N = 55*
- Tabela V.14. *Poglądy rodziców/opiekunów na temat optymalnego wieku dziecka, w którym powinno być kierowane na konsultację logopedyczną; N = 383*
- Tabela V.15. *Opinie rodziców/opiekunów na temat przejawów zaburzeń mowy dziecka, wymagających konsultacji/opieki logopedycznej; N = 383*
- Tabela V.16. *Pozyskiwanie informacji o przebiegu terapii logopedycznej dziecka na terenie przedszkola wskazywane przez rodziców/opiekunów; N = 383*
- Tabela V.17. *Częstotliwość wykonywania z dzieckiem w domu ćwiczeń zalecanych przez logopedę deklarowana przez rodziców/opiekunów; N = 383*
- Tabela V.18. *Przejawy zaburzeń mowy dziecka, warunkujące skierowanie go na konsultację logopedyczną w opinii lekarzy; N = 32*
- Tabela V.19. *Placówki oferujące pomoc logopedyczną rekomendowane przez lekarzy rodzicom; N = 32*
- Tabela V.20. *Deklaracje lekarzy na temat podejmowanych form współpracy ze środowiskiem logopedów; N = 32*
- Tabela V.21. *Postulowane formy współpracy ze środowiskiem logopedycznym (opinie lekarzy); N = 32*
- Tabela V.22. *Preferowane formy doskonalenia zawodowego z zakresu profilaktyki logopedycznej (opinie lekarzy); N = 32*
- Tabela VI.1. *Uwarunkowania efektywności opieki logopedycznej na terenie przedszkola w ocenie logopedów; N = 19*

SPIS WYKRESÓW

- Wykres IV.1. *Wyniki negatywne diagnozowanych w przesiewowych badaniach mowy dzieci uzyskane w poszczególnych przedszkolach w roku 2003*
- Wykres IV.2. *Wyniki negatywne diagnozowanych w przesiewowych badaniach mowy dzieci uzyskane w poszczególnych przedszkolach w roku 2004*
- Wykres IV.3. *Wyniki negatywne diagnozowanych w przesiewowych badaniach mowy dzieci uzyskane w poszczególnych przedszkolach w roku 2005*
- Wykres IV.4. *Wyniki negatywne diagnozowanych w przesiewowych badaniach mowy dzieci uzyskane w poszczególnych przedszkolach w roku 2006*
- Wykres IV.5. *Diagnoza zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym (badania przesiewowe mowy prowadzono w latach 2003–2006)*
- Wykres IV.6. *Wyniki negatywne uzyskane przez dzieci objęte przesiewami logopedycznymi w poszczególnych grupach wiekowych w latach 2003–2006; N = 1430*
- Wykres IV.7. *Dominujące wady wymowy ujawnione w przesiewowych badaniach mowy dzieci (w latach 2003–2006); N = 1430*
- Wykres IV.8. *Występowanie patomechanizmów i czynników zakłócających rozwój mowy w objętej przesiewami populacji dzieci (lata 2003–2006); N = 1430*
- Wykres IV.9. *Występowanie sprzężonych wad wymowy – nasilenie objawów w grupie dzieci objętej badaniami przesiewowymi w roku 2003; N = 200*
- Wykres IV.10. *Występowanie sprzężonych wad wymowy – nasilenie objawów w grupie dzieci objętej badaniami przesiewowymi w roku 2004; N = 336*
- Wykres IV.11. *Występowanie sprzężonych wad wymowy – nasilenie objawów w grupie dzieci objętej badaniami przesiewowymi w roku 2005; N = 144*
- Wykres IV.12. *Występowanie sprzężonych wad wymowy – nasilenie objawów w grupie dzieci objętej badaniami przesiewowymi w roku 2006; N = 750*
- Wykres IV.13. *Konsultacje specjalistyczne zalecone po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2003); N = 200*
- Wykres IV.14. *Konsultacje specjalistyczne zalecone po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2004); N = 336*
- Wykres IV.15. *Konsultacje specjalistyczne zalecone po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2005); N = 144*
- Wykres IV.16. *Konsultacje specjalistyczne zalecone po przesiewowych badaniach mowy dzieci (2006); N = 750*
- Wykres V.1. *Postulowane przez nauczycieli przedszkola formy opieki specjalistycznej, którą powinny być objęte dzieci w przedszkolu; N = 55*
- Wykres V.2. *Konsultacje specjalistyczne zalecane dzieciom przez nauczycieli przedszkoli; N = 55*
- Wykres V.3. *Opinie rodziców/opiekunów na temat potrzeby zapewnienia dzieciom opieki logopedycznej w przedszkolu; N = 383*
- Wykres V.4. *Wiedza rodziców/opiekunów na temat udziału dziecka w zajęciach logopedycznych na terenie przedszkola; N = 383*

SPIS RYSUNKÓW

- Rysunek III.1. *Etapy prowadzenia przesiewowych badań mowy w latach 2003–2007*
- Rysunek VI.1. *Wyniki badań powtarzalnych prowadzonych w katowickich przedszkolach w poszczególnych etapach w latach 2003–2007*
- Rysunek VI.2. *Uwarunkowania skuteczności opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka w wieku przedszkolnym*
- Rysunek VI.3. *Wpływ czynników na poszczególne determinanty skutecznej opieki logopedycznej*
- Rysunek VI.4. *Etapy wprowadzania zmiany*
- Rysunek VI.5. *Obszary realizacji opieki logopedycznej*
- Rysunek VI.6. *Podmioty sprawujące bezpośrednią opiekę logopedyczną nad dzieckiem w wieku przedszkolnym*
- Rysunek VI.7. *Zadania poradni w zakresie opieki logopedycznej*
- Rysunek VI.8. *Zadania przedszkola w zakresie opieki logopedycznej*
- Rysunek VI.9. *Zadania służby zdrowia w zakresie opieki logopedycznej*
- Rysunek VI.10. *Typy ewaluacji*
- Rysunek P.1. *Beneficjenci systemu skutecznej opieki logopedycznej w środowisku życia dziecka*

ANEKS

- Załącznik nr 1 *Karta przesiewowego badania mowy*
- Załącznik nr 2 *Karta zbiorcza wyników przesiewowego badania mowy*
- Załącznik nr 3 *Etapy rozwoju mowy – opis norm rozwojowych dla poszczególnych grup wiekowych*
- Załącznik nr 4 *Objawy zaburzeń mowy na poszczególnych etapach rozwojowych – uszczegółowione informacje dla diagnostów przeprowadzających przesiewy*
- Załącznik nr 5 *Dyspozycje wywiadu z logopedą – przedszkola, poradni psychologiczno-pedagogicznej*
- Załącznik nr 6 *Dyspozycje wywiadu z dyrektorem – przedszkola, poradni psychologiczno-pedagogicznej*
- Załącznik nr 7 *Ankieta dla rodziców/opiekunów*
- Załącznik nr 8 *Ankieta dla nauczycieli przedszkoli*
- Załącznik nr 9 *Ankieta dla logopedów przedszkoli*
- Załącznik nr 10 *Ankieta dla lekarzy*
- Załącznik nr 11 *Profilaktyka logopedyczna – karta kontrolna nauczyciela grupy przedszkolnej*
- Załącznik nr 12 *Profilaktyka logopedyczna i promocja rozwoju mowy w edukacji przedszkolnej – ulotka dla nauczyciela*
- Załącznik nr 13 *Kamienie milowe rozwoju mowy dziecka od 0 do 6. roku życia*
- Załącznik nr 14 *Czy to jest zacinanie? Czy moje dziecko się jąka?*
- Załącznik nr 15 *Aby Twoje dziecko mówiło pięknie...*
- Załącznik nr 16 *Nauczasz? Przemawiasz? Występujesz publicznie? Bądź profesjonalistką!*

Szanowni Państwo!

Na terenie przedszkola odbędą się profilaktyczne, przesiewowe badania mowy. Są one częścią programu badań naukowych prowadzonych w Katedrze Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego nad efektywnością profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów w środowisku życia dzieci przedszkolnych. Zespół logopedów będzie prowadzić przesiewowe badania mowy wszystkich dzieci, których rodzice wyrażą na nie zgodę. Po zakończeniu przesiewów będą Państwo mogli skorzystać z konsultacji logopedycznych na terenie przedszkola lub uzyskać informację o wyniku badania od wychowawcy grupy lub logopedy zatrudnionego w przedszkolu. Jeśli wynik badania przesiewowego mowy będzie niezadowolający, Waszemu dziecku zostanie zaproponowana terapia logopedyczna na terenie poradni lub na terenie przedszkola. Proszę o podanie niezbędnych danych osobowych oraz wypełnienie krótkiego wywiadu dotyczącego Waszego dziecka. Wyniki przesiewowych badań mowy wykorzystywane będą wyłącznie do celów naukowych.

Dziękuję za współpracę.

Badania prowadzi: mgr Katarzyna Węsierska

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przesiewowego badania mowy mojemu dziecku i przetwarzanie jego danych osobowych:

Imię i nazwisko dziecka

Imiona rodziców / prawnych opiekunów dziecka
.....

Data urodzenia dziecka

Dokładny adres wraz z kodem pocztowym
.....
.....

Podpis rodzica:

.....

Prosimy również o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania związane z mową Waszego dziecka, prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

1. Czy dziecko rozumie proste polecenia słowne? **tak/nie**
2. Czy wypowiedzi dziecka są rozumiane przez osoby obce, a nie tylko przez matkę? **tak/nie**
3. Czy dziecko wypowiada spontanicznie pojedyncze wyrazy i potrafi je łączyć w zdania? **tak/nie**
4. Czy dziecko śpi z otwartymi ustami? **tak/nie**
5. Czy dają się zauważyć u dziecka jakieś nieprawidłowości w sposobie gryzienia, zucia czy połykania pokarmów? **tak/nie**
6. Czy dziecko zacina się, jąka? **tak/nie**
7. Inne, zaobserwowane przez rodzica, nieprawidłowości związane z mową dziecka:

.....

**Karta przesiewowego badania mowy,
prowadzonego w Miejskim Przedszkolu nr... w Katowicach**

Imię i nazwisko dziecka:.....
Grupa i nazwisko wychowawcy:.....
Data badania i nazwisko osoby badającej:.....

Wyniki badania

Rozumienie poleceń słownych.....
Uwagi.....
.....

Zdolność wypowiedziania się.....
Uwagi.....
.....

Prawidłowości wymawiania dźwięków mowy i wyrazów.....
Uwagi.....
.....

Płynność mowy.....
Uwagi.....
.....

Budowa i sprawność aparatu artykulacyjnego.....
Uwagi.....
.....

Podsumowanie badania:

1. Wynik przesiewowego badania mowy pozytywny – rozwój mowy przebiega prawidłowo.
2. Wynik badania niezadowolający.
3. Zaproponowano dodatkowe konsultacje (jakie?):
.....
.....
4. Udzielono informacji o wyniku badania – konsultacja z rodzicami na terenie przedszkola.....
.....

Uwagi
.....

Podpis osoby prowadzącej badanie przesiewowe:

.....

KARTA ZBIORCZA WYNIKÓW PRZESIEWOWEGO BADANIA MOWY
w Miejskim Przedszkolu nr... w Katowicach (grupa.....)

Lp.	Imię i nazwisko dziecka:	Data badania:	Wynik badania: pozytywny + negatywny -	Zalecone konsultacje /jaki/:	Konsultacja logopedyczna na terenie przedszkola /uwagi/:
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					

20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

ETAPY ROZWOJU MOWY

Dziecko 3-letnie	Dziecko 4-5-letnie	Dziecko 6-letnie
<ul style="list-style-type: none"> ● wymawia wszystkie samogłoski, ● wymawia większość spółgłosek („p”, „b”, „m”, „t”, „w”, „f”, „s”, „ż”, „c”, „dz”, „n”, „j”, „k”, „g”, „ki”, „gi”, „h”, „t”, „d”, „n”, „l”), ● głoski trudniejsze zastępuje łatwiejszymi, ● mogą pojawiać się głoski syczące: „s”, „z”, „c”, „dz”, ● mogą też pojawiać się głoski szumiące: „sz”, „ż”, „cz”, „dż”, ale często zastępowane są syczącymi lub ciszącymi: „ś”, „ź”, „ć”, „dź”, ● głoska „r” bywa zastępowana przez „l”, ● mowa może być czasem niepełna, np. powtarza wyraz lub sylaby, ● słownik dziecka wzbogaca się do około tysiąca słów, buduje proste zdania, ● przyswajają sobie pierwsze reguły gramatyczne. 	<ul style="list-style-type: none"> ● w mowie mogą występować uproszczenia, przedstawianie wyrazów, sylab oraz neologizmy, ● utrwalają się głoski syczące i szumiące, ale bywają jeszcze zastępowane syczącymi, rzadziej ciszącymi, ● pojawia się głoska „r”, ● powstają wypowiedzi wieloczłonowe – o dużym ładunku informacyjnym, ● mowa może być czasem niepełna, np. powtarza wyraz lub sylaby, ● zadaje bardzo dużo pytań. 	<ul style="list-style-type: none"> ● powinno wymawiać prawidłowo wszystkie głoski języka polskiego, ● poprawnie buduje zdania pod względem logiki, gramatyki i składni, ● stosuje właściwy akcent, rytm i melodię.

OBJAWY ZABURZEŃ MOWY NA POSZCZEGÓLNYCH ETAPACH ROZWOJOWYCH

DZIECI 3-LETNIE	DZIECI 4-5-LETNIE	DZIECI 6-LETNIE
<p>1. Negatywna ocena rozumienia poleceń słownych:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie rozumie i nie wykonuje poleceń. <p>2. Negatywna ocena umiejętności wypowiedziania się:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie podejmuje prób wypowiedziania się, zamiast wyrazów wypowiedziane pojedyncze głoski, wypowiada pojedyncze wyrazy bez prób łączenia ich w wyrażenia lub proste zdania. <p>3. Negatywna ocena wypowiedziania dźwięków mowy i wyrazów:</p> <ul style="list-style-type: none"> wymawia dźwięki w taki sposób, że jego wypowiedź jest całkowicie niezrozumiała dla osoby badającej; wymawia dźwięki w postaci zdeformowanej, np. międzyzębowo, wymawia tylko pojedyncze dźwięki zamiast wyrazów, ma głos chrapliwy, matowy, nosowy, zbyt wysoki. <p>4. Negatywna ocena budowy i sprawności aparatu artykulatoryjnego:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie potrafi wykonać kilku podstawowych układów narządów artykulatoryjnych, np. cmokanie, nadymanie policzków, wysuwanie i chowanie języka, zabawa „w konika”, obлизywanie językiem warg, unoszenie czubka języka do górnych dziąseł, obszeruje się nieprawidłowości w budowie aparatu artykulatoryjnego, np. skrocone wędzidelko języka, obszeruje się jakkolwiek nieprawidłowość w funkcjonowaniu aparatu artykulatoryjnego, np. przetrwały niemowłęcy typ polykania, nawykowe oddychanie torem ustnym, słabą pionizację języka, ogrzyzanie paznokci, nagryzanie warg, ssanie kciuka i inne. 	<p>1. Negatywna ocena rozumienia poleceń słownych:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie wykonuje poleceń lub ich realizacja wskazuje na niepełne rozumienie. <p>2. Negatywna ocena umiejętności wypowiedziania się:</p> <ul style="list-style-type: none"> czterolatek wypowiedziane tylko pojedyncze wyrazy i uzupełnia wypowiedź gestem lub z trudem wypowiedziane proste zdania, połączenia wyrazów są niepoprawne pod względem gramatycznym. <p>3. Negatywna ocena wypowiedziania dźwięków mowy i wyrazów:</p> <ul style="list-style-type: none"> wymawia dźwięki i wyrazy w taki sposób, że wypowiedź jest często niezrozumiała, różne dźwięki mowy wymawia nieprawidłowo, np. zamiast „f”, „w” wymawia dźwięki „p”, „b”, zamiast „k”, „g” – „d”, „t”, zamiast „s”, „z”, „c”, „dz” – „ś”, „ź”, „ć”, „dź”, zamiast „r” – „j” lub wypowiedziane dźwięki mowy w sposób zdeformowany, np. „r” wymawia jako „f” francuskie – języczkowe lub międzyzębowe, ubezdzwięcznia głoski dźwięczne, np. zamiast „b” wymawia „p”, zamiast „g” – „k”, międzyzębowo (wsuwając język między zęby) wymawia głoski syczące lub ciszące oraz szumiące, ma głos chrapliwy, matowy, nosowy, zbyt wysoki. <p>4. Negatywna ocena budowy i sprawności aparatu artykulatoryjnego:</p> <ul style="list-style-type: none"> obszeruje się jakkolwiek nieprawidłowość w budowie aparatu artykulatoryjnego lub jego funkcjonowaniu, np. przetrwały niemowłęcy typ polykania, nawykowe oddychanie torem ustnym, słabą pionizację języka, ogrzyzanie paznokci, nagryzanie warg, ssanie kciuka i inne. 	<p>1. Negatywna ocena rozumienia poleceń słownych:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie tylko wtedy, gdy sześciolatek nie wykonuje poleceń, ale również wtedy, gdy dziecko nie rozumie pewnych elementów treści poleceń, np. nazw kolorów lub wyrażen przyimkowych. <p>2. Negatywna ocena umiejętności wypowiedziania się:</p> <ul style="list-style-type: none"> wypowiada tylko proste zdania, wyказuje ubogi zasób słownictwa, formy gramatyczne jego wypowiedzi są często niepoprawne. <p>3. Negatywna ocena wypowiedziania dźwięków mowy, wyrazów i zdań:</p> <ul style="list-style-type: none"> wymawia dźwięki i wyrazy w taki sposób, że wypowiedź jest często niezrozumiała dla osoby badającej, różne dźwięki mowy wymawia nieprawidłowo, np. zastępuje głoski trudniejsze łatwiejszymi wymawianiami, ubezdzwięcznia głoski dźwięczne, wymawia poszczególne dźwięki w sposób zdeformowany, np. międzyzębowo, bocznie, ma głos chrapliwy, matowy, nosowy albo zbyt wysoki, przesławia lub skraca wyrazy, manifestuje objawy niepełności mowy. <p>4. Negatywna ocena budowy i sprawności aparatu artykulatoryjnego:</p> <ul style="list-style-type: none"> obszeruje się jakkolwiek nieprawidłowość w budowie aparatu artykulatoryjnego lub jego funkcjonowaniu – przetrwały niemowłęcy typ polykania, nawykowe oddychanie torem ustnym, słabą pionizację języka, ogrzyzanie paznokci, nagryzanie warg, ssanie kciuka i inne.

**Wywiad swobodny ukierunkowany
z logopedą Miejskiego Przedszkola nr**

Dyspozycje wywiadu:

1. Jaka jest liczba dzieci obejmowanych terapią logopedyczną na terenie przedszkola w ostatnich latach (2003–2006)?

2003	2005
2004	2006
2. Czy liczba występowania zaburzeń mowy wśród dzieci w przedszkolu ulega zmniejszeniu w ostatnich latach (2003–2006)?
.....
3. Czy wiek dziecka ma wpływ na zakwalifikowanie go na terapię logopedyczną na terenie przedszkola?
.....
4. Czy wzrasta liczba dzieci młodszych (nie sześciolatków) obejmowanych terapią logopedyczną na terenie przedszkola?
.....
5. Czy logopeda dostrzega bezpośredni związek pomiędzy wcześniejszą interwencją logopedyczną na terenie przedszkola a zmniejszeniem się liczby wad mowy w grupach sześciolatków, lepszym przygotowaniem dziecka do szkoły?
.....
6. Jakie formy działań logopedycznych o charakterze terapeutycznym są oferowane dzieciom w przedszkolu?
.....
7. Jaki jest zakres tych działań – jakie grupy dzieci są obejmowane tymi działaniami?
.....
8. Czy logopeda prowadzi na terenie przedszkola następujące działania z zakresu profilaktyki logopedycznej?
 - zajęcia ortofoniczne
.....
 - z zakresu kultury żywego słowa
.....
 - korekcja zaburzeń połykania i oddychania
.....
 - wyłanianie dzieci z grupy ryzyka dysleksji
.....
 - wyłanianie dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy
.....
 - konsultacje dla rodziców dzieci z objawami dysfluencji – wczesna niepełność mowy
.....
 - oddziaływania o charakterze profilaktycznym wobec dzieci ze stwierdzonym zaburzeniem mowy lub dzieci niepełnosprawnych
.....
9. Czy logopeda udziela konsultacji nauczycielom (jaki jest ich zakres)?
.....
10. Czy logopeda prowadzi szkolenia dla nauczycieli lub prelekcje dla rodziców (jeśli tak, to jaki jest ich zakres i tematyka)?
.....
11. Czy logopeda kieruje dzieci na konsultacje medyczne (jakie najczęściej, czy uzyskuje informację zwrotną)?
.....
12. Czy lekarze kierują dzieci na konsultacje logopedyczne (czy wówczas logopeda przekazuje informację o wyniku tej konsultacji)?
.....

13. Czy logopeda nawiązuje współpracę na rzecz profilaktyki logopedycznej z psychologami przedszkolnymi i z poradni psychologiczno-pedagogicznych (jeśli tak, to w jakim zakresie i w jakiej formie)?

.....

14. Czy logopeda zauważa zwiększone zainteresowanie środowiska rodzinnego terapią logopedyczną prowadzoną w warunkach przedszkola (jak to się manifestuje)?

.....

15. Jakie czynniki mogą wpłynąć znacząco na podniesienie efektywności działań logopedycznych wobec dzieci w wieku przedszkolnym?

.....
.....
.....

**Wywiad swobodny ukierunkowany
z logopedą rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej**

Dyspozycje wywiadu:

1. Ile dzieci, z przedszkoli objętych przesiewowymi badaniami mowy, uczestniczy w terapii logopedycznej na terenie poradni?

.....

2. Jaka jest liczba dzieci objętych inną formą pomocy w poradni niż indywidualna terapia logopedyczna z przedszkoli, w których odbywały się przesiewowe badania mowy?

.....

3. Ilu rodziców dzieci z przedszkoli objętych przesiewowymi badaniami mowy skorzystało z konsultacji logopedycznych na terenie poradni?

.....

4. Jakie działania o charakterze profilaktyki logopedycznej są organizowane w poradni dla dzieci w wieku przedszkolnym?

.....

5. Jakie działania o charakterze logopedycznym, poza indywidualną terapią logopedyczną, są organizowane w poradni dla dzieci w wieku przedszkolnym?

.....

6. Czy logopeda nawiązuje współpracę na rzecz profilaktyki logopedycznej z logopedami przedszkolnymi (jeśli tak, to w jakim zakresie i w jakiej formie)?

.....

7. W jakim zakresie i jakiej formie logopeda poradni inicjuje działania zakresu promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej?

.....

8. Jakie czynniki mogą wpłynąć znacząco na podniesienie efektywności działań logopedycznych wobec dzieci w wieku przedszkolnym?

.....
.....
.....

**Wywiad swobodny ukierunkowany
z dyrektorem Miejskiego Przedszkola nr....**

Dyspozycje wywiadu:

1. Jaka była szacunkowa liczba dzieci obejmowanych terapią logopedyczną na terenie przedszkola w ostatnich latach (2003–2006)?
2003.....
2004.....
2005.....
2006.....
2. Czy liczba występowania zaburzeń mowy wśród dzieci w przedszkolu ulega zmniejszeniu w ostatnich latach (2003–2006)?
.....
.....
3. Czy wiek dziecka ma wpływ na zakwalifikowanie go na terapię logopedyczną na terenie przedszkola?
.....
4. Czy wzrasta liczba dzieci młodszych (nie sześciolletnich) obejmowanych terapią logopedyczną na terenie przedszkola?
.....
5. Jakie formy działań logopedycznych o charakterze terapeutycznym są oferowane dzieciom w przedszkolu?
.....
.....
.....
6. Jaki jest zakres tych działań – jakie grupy dzieci są obejmowane tymi działaniami?
.....
.....
.....
7. Czy na terenie przedszkola są prowadzone następujące działania z zakresu profilaktyki logopedycznej (jeśli tak, to kto je prowadzi – logopeda, nauczyciel, psycholog, rehabilitant i inni)?
 - zajęcia ortofoniczne
.....
 - z zakresu kultury żywego słowa
.....
 - korekcja zaburzeń połykania i oddychania
.....
 - wyłanianie dzieci z grupy ryzyka dysleksji
.....
 - wyłanianie dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy
.....
 - konsultacje dla rodziców dzieci z objawami dysfluencji – wczesna niepełność mowy
.....
 - oddziaływania o charakterze profilaktycznym wobec dzieci ze stwierdzonym zaburzeniem mowy lub dzieci niepełnosprawnych
.....
8. Czy dyrektor jest zainteresowany prowadzeniem przez środowisko logopedyczne działań z zakresu profilaktyki logopedycznej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej?
.....
.....

9. Jeśli tak, to w jakim zakresie i w jakiej formie?

.....
.....

Uwagi.....

.....
.....

**Wywiad swobodny ukierunkowany
z dyrektorem rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej**

Dyspozycje wywiadu:

1. Ile dzieci, z przedszkoli objętych przesiewowymi badaniami mowy, uczestniczy w terapii logopedycznej na terenie poradni?

.....

2. Jaka jest liczba dzieci z tych placówek, objętych w poradni inną formą pomocy niż indywidualna terapia logopedyczna?

.....

3. Ilu rodziców dzieci z przedszkoli objętych przesiewowymi badaniami mowy skorzystało z konsultacji logopedycznych na terenie poradni?

.....

4. Jakie działania – o charakterze profilaktyki logopedycznej – są proponowane dzieciom w wieku przedszkolnym w poradni?

.....

5. Czy dyrektor jest zainteresowany prowadzeniem przez środowisko logopedyczne działań z zakresu profilaktyki logopedycznej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej?

.....

6. Jeśli tak, to w jakim zakresie i w jakiej formie?

.....
.....

Uwagi.....

.....
.....

Kwestionariusz ankiety dla rodziców

Szanowni Państwo!

Na terenie przedszkola dzieci objęte są profilaktycznymi, przesiewowymi badaniami mowy. Są one częścią programu badań naukowych prowadzonych w Katedrze Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego nad efektywnością profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów w środowisku życia dzieci przedszkolnych. Logopedzi zatrudnieni w przedszkolu wspomagają dzieci w opanowywaniu mowy i języka oraz podejmują działania, które mają na celu zapobieganie występowaniu zaburzeń mowy. Opanowywanie przez dziecko w toku edukacji przedszkolnej prawidłowej wymowy i sprawności językowej jest istotnym elementem przygotowania dziecka do nauki w szkole. W prowadzonych badaniach bardzo ważne są opinie rodziców. Uprzejmie proszę Szanownych Państwa o wypełnienie tej ankiety. Informacje uzyskane od Państwa będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Ankieta jest **anonimowa** (proszę jej nie podpisywać).

Dziękuję za pomoc w prowadzeniu badań.

Badania prowadzi: mgr Katarzyna Węsierska

1. Czy dostrzegają Państwo potrzebę zapewnienia dzieciom opieki logopedycznej na terenie przedszkola? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
 - a) tak
 - b) nie
 - c) nie mam zdania

2. Kiedy dziecko powinno po raz pierwszy spotkać się z logopedą – w którym momencie uczęszczania dziecka do przedszkola powinno ono, Pani/Pana zdaniem, skorzystać z konsultacji logopedycznej? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
 - a) w pierwszym roku pobytu dziecka w przedszkolu, niezależnie od wieku dziecka,
 - b) w wieku 2–3 lat,
 - c) w wieku 4 lat,
 - d) w wieku 5 lat,
 - e) w wieku 6 lat,
 - f) bezpośrednio przed zakończeniem uczęszczania dziecka do przedszkola,
 - g) inne, proszę podać

3. Jakimi problemami związanymi z rozwojem mowy dziecka powinien, Pani/Pana zdaniem, zajmować się logopeda w warunkach przedszkola? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
 - a) gdy dziecko nie przejawia motywacji do mówienia,
 - b) gdy dziecko nie reaguje na komunikaty słowne w sposób świadczący o ich zrozumieniu,
 - c) gdy dziecko ma kłopoty z nazywaniem, odpowiadaniem na pytania,
 - d) gdy dziecko mówi mniej od swoich rówieśników,
 - e) gdy dziecko mówi mniej wyraźnie od swoich rówieśników,
 - f) gdy dziecko nie wymawia trudniejszych dźwięków mowy, takich które potrafią wypowiedzieć jego rówieśnicy (np. głoskę „sz” zastępuje głoską „s” lub głoskę „r” zastępuje głoskami „l” lub „j” i stosuje inne tego typu zastępstwa),
 - g) gdy mowa dziecka jest niepełna – dziecko powtarza lub przeciąga głoski lub sylaby, a nawet całe wyrazy, ma problem z wypowiedzeniem jakiegoś słowa – nie może go z siebie wydobyć, ma problemy z oddechem, gdy mówi,
 - h) gdy dziecko nawykowo oddycha przez usta,
 - i) gdy dziecko ma kłopoty z nadmiernym ślinieniem się,

- j) gdy dziecko ma trudności z przeżuwaniami pokarmów,
- k) inne, proszę podać

4. Czy w ubiegłych latach (2003–2005) logopeda poradni lub przedszkola spotkał się z Państwa dzieckiem na terenie przedszkola, by dokonać oceny, czy występuje lub nie występuje u dziecka zaburzenie mowy – takie badanie nosi nazwę przesiewowego badania mowy? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
 - c) nie wiem

Jeżeli tak, to czy została Pani poinformowana/został Pan poinformowany o wyniku tego badania, tj. przesiewowego badania mowy prowadzonego na terenie przedszkola? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

Jeżeli tak, to czy po przesiewowych badaniach mowy skorzystał/a Pan/i z konsultacji z logopedą, czy odbyła się rozmowa ze specjalistą, w czasie której został omówiony wynik przesiewowego badania mowy Pana/Pani dziecka? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

5. Czy Państwa dziecko korzystało/korzysta z pomocy logopedycznej w przedszkolu – czy uczęszczało na zajęcia z logopedą na terenie przedszkola? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
 - c) nie wiem

6. Czy jesteście Państwo zorientowani, jak przebiega terapia logopedyczna prowadzona na terenie przedszkola – jakie ćwiczenia wykonuje logopeda z dzieckiem w przedszkolu? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie

7. W jaki sposób uzyskują Państwo informacje o postępach w terapii logopedycznej? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) informacja bezpośrednio od logopedy przedszkola,
 - b) informacja za pośrednictwem nauczyciela – wychowawcy grupy,
 - c) informacja pisemna od logopedy,
 - d) inna forma, proszę podać

8. Czy kontaktują się Państwo z logopedą zatrudnionym w przedszkolu? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie

Jeżeli tak, to jaką formę mają Państwa kontakty z logopedą przedszkola? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

- a) bezpośrednia rozmowa z logopedą w czasie konsultacji w godzinach pracy logopedy,
- b) rozmowa telefoniczna z logopedą przedszkola,
- c) rozmowa z logopedą po spotkaniu dla rodziców,
- d) kontakt pośredni poprzez wychowawcę grupy,

e) inna forma, proszę podać

9. Czy uczestniczyli Państwo osobiście w zajęciach logopedycznych organizowanych na terenie przedszkola? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

10. Czy logopeda daje Państwu zadania – ćwiczenia do wykonywania z dzieckiem w domu? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

Jeżeli tak, to jak często wykonują Państwo w domu zalecane przez logopedę ćwiczenia? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) codziennie,
- b) cztery razy w tygodniu i więcej,
- c) trzy razy w tygodniu,
- d) dwa razy w tygodniu,
- e) nie wykonujemy w domu ćwiczeń zalecanych przez logopedę.

11. Czy logopeda skierował Państwa dziecko na dodatkowe badania specjalistyczne? (proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź):

- a) logopeda nie kierował mojego dziecka na dodatkowe badania specjalistyczne,
- b) skierował na badanie psychologiczne,
- c) skierował na badanie pedagogiczne,
- d) skierował na badanie neurologiczne,
- e) skierował na badanie laryngologiczne,
- f) skierował na badanie ortodontyczne,
- g) skierował na badanie stomatologiczne,
- h) skierował na badanie audiologiczne – badanie słuchu,
- i) skierował na badanie foniatryczne,
- j) inne, proszę podać

Jeżeli tak, to czy skorzystali Państwo z tych konsultacji specjalistycznych, zaleconych przez logopedę? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

Jeżeli skorzystali Państwo z zaleconych przez logopedę dodatkowych badań specjalistycznych, to czy poinformowali Państwo logopedę o wynikach tych konsultacji, po ich przeprowadzeniu? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

12. Czy Państwa dziecko korzysta z terapii logopedycznej w innej, poza przedszkolem, placówce? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

Jeżeli Państwa dziecko korzysta z pomocy logopedycznej w innej, poza przedszkolem, placówce, to proszę podać typ placówki (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) poradnia psychologiczno-pedagogiczna,
- b) gabinet logopedyczny w placówce służby zdrowia,
- c) prywatny gabinet logopedyczny,
- d) inne, proszę podać

Metryczka:

1. **Wiek:**
2. **Płeć:** a/kobieta b/mężczyzna
3. **Wykształcenie:** a/ podstawowe b/średnie c/wyższe zawodowe (licencjat) d/wyższe magisterskie
4. **Zawód:**
5. **Liczba dzieci w rodzinie:**
 - a) jedno dziecko,
 - b) dwoje dzieci,
 - c) troje dzieci,
 - d) czworo i więcej.

Kwestionariusz ankiety dla nauczycieli

Szanowni Państwo!

Na terenie Waszego przedszkola odbywają się profilaktyczne, przesiewowe badania mowy wśród dzieci. Stanowią one część programu badań naukowych nad efektywnością profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów w środowisku życia dzieci przedszkolnych. Badania przeprowadzane są w Katedrze Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego. Bardzo ważne, w prowadzonych badaniach, jest poznanie opinii nauczycieli pracujących z dziećmi w wieku przedszkolnym. Uprzejmie proszę zatem Szanownych Państwa o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Ankieta jest **anonimowa** (proszę jej nie podpisywać). Informacje uzyskane od Państwa będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Dziękuję za pomoc w prowadzeniu badań.

Badania prowadzi: mgr Katarzyna Węsierska

1. Jakimi formami opieki specjalistycznej powinny Pani zdaniem być objęte dzieci w warunkach przedszkola? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

- a) psychologiczna,
- b) logopedyczna,
- c) pielęgniarstwa,
- d) ortodontyczna,
- e) stomatologiczna,
- f) ortopedyczna,
- g) rehabilitacja narządu ruchu – korekcja wad postawy,
- h) inne, proszę podać

2. Czy kieruje Pani dzieci ze swojej grupy na konsultacje specjalistyczne? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

Jeżeli tak, to na jakie konsultacje specjalistyczne kieruje Pani dzieci? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

- a) psychologiczna,
- b) logopedyczna,
- c) pielęgniarstwa,
- d) ortodontyczna,
- e) stomatologiczna,
- f) ortopedyczna,
- g) rehabilitacja narządu ruchu – korekcja wad postawy,
- h) inne, proszę podać

Jeżeli uważa Pani za zasadne kierowanie dzieci na konsultacje logopedyczne, to w którym momencie uczęszczania dziecka do przedszkola powinno ono, Pani zdaniem, skorzystać z takiej konsultacji? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) w pierwszym roku pobytu dziecka w przedszkolu, niezależnie od wieku dziecka,
- b) w wieku 2–3 lat,
- c) w wieku 4 lat,
- d) w wieku 5 lat,

- e) w wieku 6 lat,
 - f) bezpośrednio przed zakończeniem uczęszczania dziecka do przedszkola,
 - g) inne, proszę podać
3. Jakie problemy związane z rozwojem mowy dziecka powinny, Pani zdaniem, być konsultowane logopedycznie w warunkach przedszkola? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
- a) gdy dziecko nie przejawia motywacji do mówienia,
 - b) gdy dziecko nie reaguje na komunikaty słowne w sposób świadczący o ich zrozumieniu,
 - c) gdy dziecko manifestuje brak reakcji lub ograniczone reakcje na bodźce akustyczne,
 - d) gdy dziecko ma kłopoty z nazywaniem, odpowiadaniem na pytania, opowiadaniem,
 - e) gdy dziecko mówi mniej od swoich rówieśników,
 - f) gdy dziecko mówi mniej wyraźnie od swoich rówieśników,
 - g) gdy dziecko nie wymawia trudniejszych dźwięków mowy – takich, które potrafią wypowiedzieć jego rówieśnicy,
 - h) gdy dziecko wsuwa język między zęby podczas artykulacji niektórych głosek,
 - i) gdy mowa dziecka jest niepełna – dziecko powtarza lub przeciąga głoski, sylaby, całe wyrazy; ma problem z wypowiedzeniem jakiegoś słowa – nie może wydobyć głosu, ma problemy z oddechem, gdy mówi,
 - j) gdy dziecko nawykowo oddycha przez usta,
 - k) gdy dziecko ma kłopoty z nadmiernym ślinieniem się,
 - l) gdy dziecko ma trudności z przeżuwaniami pokarmów,
 - m) inne, proszę podać
4. Jakie formy współpracy nauczyciela i logopedy są Pani zdaniem optymalne w warunkach przedszkola? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
- a) konsultacje logopedów i nauczycieli,
 - b) konsultacje logopedyczne dla rodziców za pośrednictwem nauczycieli,
 - c) logopedyczne zajęcia otwarte dla nauczycieli,
 - d) organizowanie przez logopedę zajęć ortofonicznych dla całej grupy dzieci z udziałem nauczyciela,
 - e) organizowanie przez logopedę przedszkola warsztatów, prelekcji dla nauczycieli, rodziców,
 - f) inne, proszę podać
5. Czy korzysta Pani z konsultacji z logopedą na terenie przedszkola? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
- Jeżeli korzysta Pani z konsultacji z logopedą na terenie przedszkola, to czy otrzymuje Pani od logopedy propozycje ćwiczeń do wykorzystania z dziećmi na zajęciach? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
6. Czy jest Pani zainteresowana poszerzaniem swojej wiedzy o zagadnienia logopedyczne? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie

Jeżeli tak, to jakie zagadnienia – jakie treści byłyby dla Pani najbardziej interesujące? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

- a) zapobieganie występowaniu zaburzeń mowy – zagadnienia z zakresu profilaktyki logopedycznej,
- b) przeciwdziałanie negatywnym skutkom występowania zaburzeń mowy – zagadnienia z zakresu wczesnej interwencji logopedycznej,
- c) zapobieganie występowaniu zjawiska dysleksji,
- d) zapobieganie występowaniu jąkania wczesnodziecięcego,
- e) propozycje ćwiczeń oddechowych, głosowych i artykulacyjnych,
- f) propozycje ćwiczeń słuchu fonematycznego,
- g) propozycje ćwiczeń dykcyjnych,
- h) metody stymulowania sprawności językowej dziecka,
- i) zasady wprowadzania wczesnej nauki czytania,
- j) zasady higieny głosu nauczyciela,
- k) promocja zdrowia poprzez działania z zakresu profilaktyki logopedycznej,
- l) inne, proszę podać

7. Czy korzystała Pani z oferty zajęć warsztatowych poradni psychologiczno-pedagogicznej dotyczącej zagadnień logopedycznych? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć tematykę zajęć warsztatowych, w którym Pani uczestniczyła w poradni psychologiczno-pedagogicznej? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

- a) *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola,*
- b) *Stymulacja rozwoju językowego dziecka w wieku przedszkolnym poprzez stosowanie ćwiczeń ortofonicznych,*
- c) *Głos narzędziem pracy nauczyciela – higiena i emisja głosu,*
- d) inne, proszę podać

8. Czy jest Pani zainteresowana podejmowaniem, we współpracy z logopedą, działań na rzecz zapobiegania występowaniu zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

Jeżeli tak, to jakie formy współpracy nauczyciela i logopedy uważa Pani za optymalne? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

- a) konsultacje nauczyciela i logopedy,
- b) pozyskiwanie od logopedy informacji po badaniu mowy,
- c) pośrednictwo nauczyciela w kontaktach rodziców z logopedą,
- d) kierowanie dzieci na konsultacje specjalistyczne, w tym logopedyczne,
- e) udział w spotkaniach z logopedą i innymi specjalistami (w tym w spotkaniach warsztatowych dla nauczycieli i rodziców),
- f) inne, proszę podać

Metryczka:

1. *Staż pracy w zawodzie nauczycielki przedszkola:*
2. *Wykształcenie:*
3. *Grupa wiekowa w przedszkolu, z którą obecnie Pani pracuje*

Kwestionariusz ankiety dla logopedów

Szanowni Państwo!

Profilaktyczne, przesiewowe badania mowy, które odbywają się na terenie Waszego przedszkola, są częścią programu badań naukowych, prowadzonych w Katedrze Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego. Przedmiotem badań jest ustalenie uwarunkowań efektywności profilaktyczno-terapeutycznych działań logopedów oraz szacunkowa ocena tej efektywności. Bardzo ważne w tych badaniach są opinie logopedów, uprzejmie proszę zatem Szanownych Państwa o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Badania mają charakter masowy, a nie indywidualny, a ich wyniki posłużą do opracowania optymalnych strategii postępowania dla logopedów w środowisku życia dzieci przedszkolnych. Ankiety są **anonimowe**, uzyskane od Państwa informacje będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Dziękuję za pomoc w prowadzeniu badań oraz za szczerą i wyczerpującą wypowiedź.

Badania prowadzi: mgr Katarzyna Węsierska

1. Proszę podać liczbę dzieci objętych przez Panią/Pana w obecnym roku szkolnym (2006/2007) terapią logopedyczną na terenie przedszkola?
.....
2. Jakie czynniki decydują o zakwalifikowaniu dziecka na terapię logopedyczną na terenie przedszkola? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
 - a) wiek dziecka,
 - b) wskazanie wychowawcy grupy,
 - c) prośba rodzica,
 - d) skierowanie od lekarza,
 - e) wynik diagnozy logopedycznej,
 - f) wynik przesiewowego badania mowy,
 - g) inne, proszę podać
3. Jakimi z Pani/Pana zdaniem czynnikami mają decydujący wpływ na zmniejszenie występowania zaburzeń wymowy w grupie dzieci sześciolatków? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
 - a) profilaktyka logopedyczna wobec dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy,
 - b) wczesna interwencja logopedyczna wobec wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy,
 - c) pedagogizacja rodziców,
 - d) współpraca z nauczycielem i innymi specjalistami,
 - e) inne, proszę podać
4. Jakimi z Pani/Pana zdaniem czynnikami mają decydujący wpływ na właściwe przygotowanie dziecka do podjęcia nauki w szkole? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi w kolejności ważności, przypisując cyfrę 1 najważniejszemu czynnikowi):
 - a) profilaktyka logopedyczna wobec dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy,
 - b) wczesna interwencja logopedyczna wobec wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy,
 - c) pedagogizacja rodziców,
 - d) współpraca z nauczycielem i innymi specjalistami,
 - e) inne, proszę podać
5. Czy posiada Pani/Pan informacje o przypadkach uczestniczenia dzieci tego przedszkola w terapii logopedycznej poza placówką? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
 - a) tak
 - b) nie

Jeżeli posiada Pani/Pan takie informacje, to w jaki sposób je Pani/Pan najczęściej uzyskuje? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

- a) od wychowawcy grupy,
- b) od rodziców dziecka,
- c) od logopedy prowadzącego terapię w innej placówce,
- d) pośrednio – poprzez dokumentację przebiegu terapii (zeszyt dziecka z zapisem terapii),
- e) inne, proszę podać

6. Czy posiada Pani/Pan informacje o przebiegu tej terapii? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

7. Jaki jest zakres oddziaływań profilaktycznych podejmowanych przez Panią/Pana w warunkach przedszkola? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

- a) podejmuję działania o charakterze profilaktycznym skierowane do dzieci z wykrytymi zaburzeniami mowy,
- b) podejmuję działania o charakterze profilaktycznym skierowane do dzieci niepełnosprawnych,
- c) podejmuję działania o charakterze profilaktycznym skierowane do dzieci z grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy,
- d) podejmuję działania o charakterze profilaktycznym skierowane do dzieci z grupy dysleksji,
- e) podejmuję działania o charakterze profilaktycznym skierowane do wszystkich dzieci w przedszkolu,
- f) prowadzę działania z zakresu korekcji zaburzeń połykania i oddychania wśród dzieci młodszych niż sześciolatnie,
- g) udzielam konsultacji nauczycielom przedszkola,
- h) udzielam konsultacji rodzicom dzieci,
- i) podejmuję współpracę z logopedą poradni psychologiczno-pedagogicznej,
- j) podejmuję współpracę z psychologiem przedszkola,
- k) podejmuję współpracę z psychologiem poradni psychologiczno-pedagogicznej,
- l) podejmuję współpracę z lekarzami,
- ł) inne, proszę podać

8. Czy inicjuje Pani/Pan organizowanie zajęć ortofonicznych na terenie przedszkola? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) tak
- b) nie

Jeżeli tak, to jaki jest zakres tych zajęć? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

- a) ćwiczenia oddechowe,
- b) ćwiczenia fonacyjne,
- c) ćwiczenia usprawniające motorykę narządów artykulacyjnych,
- d) ćwiczenia kształcące słuch fonematyczny,
- e) ćwiczenia logorytmiczne,
- f) ćwiczenia artykulacyjne,
- g) ćwiczenia metalingwistyczne,

- h) ćwiczenia z zakresu kultury żywego słowa,
 - i) inne, proszę podać
9. Jakie działania Pani/Pana zdaniem należy podejmować w przypadku występowania u dzieci w wieku przedszkolnym niepełności mowy? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
- a) współpraca z rodzicami – pedagogizacja rodziców,
 - b) współpraca z nauczycielem,
 - c) współpraca z psychologiem przedszkola,
 - d) konsultacja z lekarzem,
 - e) objęcie dziecka terapią logopedyczną na terenie przedszkola,
 - f) inne, proszę podać
10. Czy lekarze kierują do Pani/Pana dzieci na konsultacje logopedyczne? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
- Jeżeli tak, to w jakich przypadkach najczęściej lekarze kierują dzieci na konsultacje logopedyczne, proszę podać
11. Czy Pani/Pan kieruje dzieci na konsultacje do specjalistów służby zdrowia? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
- Jeżeli tak, to do specjalistów jakich dziedzin najczęściej kieruje Pani/Pan dzieci na konsultacje specjalistyczne? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
- a) ortodonta,
 - b) stomatolog,
 - c) laryngolog,
 - d) audiolog,
 - e) neurolog,
 - f) foniatra,
 - g) ortopeda,
 - h) okulista,
 - i) inne, proszę podać
12. Czy otrzymuje Pani/Pan informacje zwrotne po zaleconych konsultacjach specjalistycznych? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
13. Czy rodzice dzieci objętych przez Panią/Pana terapią logopedyczną są Pani/Pana zdaniem zainteresowani jej przebiegiem? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
- Jeżeli tak, to w jaki sposób najczęściej okazują to zainteresowanie? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
- a) utrzymują kontakt bezpośredni z logopedą,
 - b) utrzymują kontakt pośredni z logopedą – poprzez wychowawcę grupy,

- c) utrzymują kontakt pośredni z logopedą – telefoniczny,
 - d) inne, proszę podać.....
14. Jakie czynniki Pani/Pana zdaniem utrudniają osiągnięcie skuteczności w terapii logopedycznej prowadzonej na terenie przedszkola? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
- a) wymiar zatrudnienia logopedy w przedszkolu,
 - b) niedostateczne zainteresowanie rodziców terapią logopedyczną,
 - c) warunki lokalowe,
 - d) inne, proszę podać
15. Jakie zmiany w organizacji pracy logopedy w przedszkolu, Pani/Pana zdaniem, mogłyby przyczynić się do intensyfikacji oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych? (proszę napisać w kilku zdaniach):
-
-
-

Metryczka:

1. **Staż pracy w zawodzie logopedy:**
2. **Zawód wykonywany (jeżeli jest inny poza pracą w charakterze logopedy):**
.....
3. **Wykształcenie – studia magisterskie:**
 - a) kierunek
 - b) specjalność.....
4. **Ukończone dodatkowe kwalifikacje logopedyczne:**
 - a) neurologopedia,
 - b) surdologopedia,
 - c) wczesna interwencja logopedyczna,
 - d) emisja głosu,
 - e) inne, proszę podać
5. **Proszę podać ilość godzin terapii logopedycznej tygodniowo, prowadzonej przez Panią/Pana w placówkach, w których jest Pani/Pan zatrudniona/y w charakterze logopedy:**
 - a) w przedszkolu, w którym prowadzone są badania przesiewowe:
.....
 - b) w innych placówkach, w których Pani/Pan jest zatrudniona/y w charakterze logopedy:
.....

Kwestionariusz ankiety dla lekarzy

Szanowni Państwo!

Na terenie wybranych miejskich przedszkoli Katowic prowadzone są profilaktyczne, przesiewowe badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym. Stanowią one część programu badań naukowych nad efektywnością działań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów w środowisku życia dzieci przedszkolnych. Badania przeprowadzane są w Katedrze Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego. Opinie lekarzy dotyczące kwestii zaburzeń mowy u dzieci są niezwykle ważne, proszę zatem o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Ankieta jest **anonimowa**, a informacje uzyskane od Państwa będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Dziękuję za pomoc w prowadzeniu badań.

Badania prowadzi: mgr Katarzyna Węsierska

1. Czy kieruje Pani/Pan dzieci w wieku przedszkolnym na konsultację logopedyczną? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
 - a) tak
 - b) nie
2. W jakich przypadkach, Pani/Pana zdaniem, dzieci w wieku przedszkolnym powinny zostać skierowane na konsultację logopedyczną? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
 - a) dzieci, których mowa jest niezrozumiała dla otoczenia – liczne dźwięki mowy zastępowane są łatwiejszymi do wymówienia, niektóre głoski są opuszczane, a trudne grupy spółgłosek są upraszczane,
 - b) dzieci, które nie podejmują kontaktów werbalnych z otoczeniem, u których mowa nie pojawia się w wieku 2–3 lat,
 - c) dzieci, u których występują objawy niepełności mowy: powtarzanie sylab, zablokowanie mowy na starcie i inne – podobne objawy dysfluencji w mowie,
 - d) dzieci płci męskiej, o zakłóconym rozwoju mowy, które mówią mniej od rówieśników, mówią niewyraźnie, ociągają się z podejmowaniem kontaktów werbalnych z otoczeniem,
 - e) dzieci, które nawykowo oddychają przez usta,
 - f) dzieci, u których występuje wzmożony ślinotok,
 - g) dzieci, które reagują nieadekwatnie na kierowane do nich polecenia słowne,
 - h) inne, proszę podać.....
3. Czy po zaleconej przez Panią/Pana konsultacji logopedycznej otrzymuje Pani/Pan informację zwrotną od logopedy o wyniku tej konsultacji? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
 - a) tak
 - b) nie
 - c) czasami
4. Czy wskazuje Pani/Pan rodzicom typ placówki, w której mogą uzyskać pomoc logopedy? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
 - a) tak
 - b) nie

Jeżeli tak, to jakie placówki Pani/Pan rekomenduje? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):

 - a) poradnie służby zdrowia zatrudniające logopedów,
 - b) poradnie psychologiczno-pedagogiczne,
 - c) przedszkola zatrudniające logopedów,

- d) niepubliczne poradnie specjalistyczne zatrudniające logopedów,
 - e) prywatne gabinety logopedyczne,
 - f) inne, proszę podać
5. Czy Pani/Pana zdaniem wskazana jest profilaktyczna konsultacja logopedyczna dzieci w wieku przedszkolnym, u których mowa rozwija się prawidłowo? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
- Jeżeli tak, to w jakim okresie życia dziecka, Pani/Pana zdaniem, wskazana jest profilaktyczna konsultacja logopedyczna? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) w momencie rozpoczęcia uczęszczania dziecka do przedszkola,
 - b) w szóstym roku życia dziecka – w momencie dokonywania bilansu sześciolatka,
 - c) pod koniec uczęszczania dziecka do przedszkola,
 - d) bezpośrednio przed rozpoczęciem nauki w szkole,
 - e) inne, proszę podać
6. Czy inicjuje Pani/Pan współpracę z przedstawicielami środowiska logopedycznego? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
- Jeżeli tak, to jaką formę ma ta współpraca? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
- a) kierowanie dzieci na konsultacje logopedyczne,
 - b) konsultacje telefoniczne z logopedami,
 - c) kontakt pisemny z logopedami,
 - d) konsultacje osobiste z logopedami,
 - e) udział w spotkaniach z logopedami: seminariach, konferencjach, szkoleniach o tematyce logopedycznej,
 - f) inne, proszę podać.....
- Jeżeli nie, to czy jest Pani zainteresowana/Pan zainteresowany nawiązaniem współpracy ze środowiskiem logopedów? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
- Jeżeli jest Pani zainteresowana/Pan zainteresowany współpracą z logopedami, to proszę napisać krótko, w jakiej formie
-
-
7. Czy Pani/Pana zdaniem logopedzi podejmują działania, które są ukierunkowane na nawiązywanie współpracy ze środowiskiem medycznym? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie
- Jeżeli tak, to jaki jest Pani/Pana zdaniem zakres tych działań? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
- a) kierowanie dzieci na konsultacje medyczne,
 - b) konsultacje telefoniczne z lekarzami,
 - c) kontakt pisemny z lekarzami,
 - d) konsultacje osobiste z lekarzami,
 - e) udział w spotkaniach z lekarzami – seminariach, konferencjach, szkoleniach o tematyce medycznej,
 - f) inne, proszę podać.....

8. Jaka formę współpracy lekarzy i logopedów uważa Pani/Pan za optymalną? (proszę zakreślić wybrane odpowiedzi):
- a) kierowanie dzieci na konsultacje specjalistyczne,
 - b) konsultacje telefoniczne,
 - c) kontakt pisemny,
 - d) konsultacje osobiste,
 - e) wspólny udział w spotkaniach – seminaria, konferencje, szkolenia dla lekarzy i logopedów,
 - f) inne, proszę podać

9. Czy byłaby Pani/byłby Pan zainteresowany informacjami (dodatkową wiedzą) z zakresu profilaktyki logopedycznej? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):
- a) tak
 - b) nie

Jeżeli tak, to jaką formę przekazu tych informacji (dodatkowej wiedzy) uważa Pani/Pan za optymalną? (proszę zakreślić wybraną odpowiedź):

- a) wykład,
- b) prelekcja,
- c) szkolenie,
- d) opracowanie w formie broszury,
- e) warsztaty,
- f) inne, proszę podać

Metryczka::

1. **Staż zawodowy:**
2. **Specjalizacja zawodowa:**
3. **Rodzaj placówki służby zdrowia, w której jest Pani zatrudniona/Pan zatrudniony:**
.....

**PROFILAKTYKA LOGOPEDYCZNA – KARTA KONTROLNA NAUCZYCIELA GRUPY
PRZEDSZKOLNEJ**

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Oddychanie: ¹ U/N	Polykanie ² , żucie: I; G-	Pionizacja języka ³ , P-	Patomechanizm ⁴ B, S, K, W, JM	Rozumienie (mowa bierna)	Umiejętność wypowiadania się (mowa czynna)	Artikulacja głosek ⁵	Płynność mowy ⁶	Uwagi ⁷
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

¹ Odnótować sposób, w jaki dziecko oddycha (gdy nie mówi): torem ustnym – **U**; torem nosowym –**N**. Wskazany sposób jest oddychanie z zamkniętymi ustami.

² Odnótować, jeśli podczas połykania pokarmów widoczny jest język wsuwający się pomiędzy łuki zębowe: **I** (oznacza występowanie tzw. przetrwałego niemowlęcego – infantylnego typu połykania); odnotować, jeśli dziecko unika gryzienia twardych pokarmów, takich jak: skórki z chleba, twarde owoce: **G-**.

³ Odnótować, jeśli dziecko ma problem z unoszeniem języka ku górze w jamie ustnej: nie potrafi dotknąć językiem górnych dziąseł, kłaskać językiem, przysysać języka do podniebienia – **P-**.

⁴ Odnótować występujący patomechanizm: **B** – jeśli dziecko pije z butelki, **S** – jeśli dziecko używa smoczka – gryzaka, **K** – jeśli ssie kciuk, **W** – jeśli w czasie ćwiczeń artykulacyjnych daje się zaobserwować skrócenie wędzidełka, uniemożliwiające pionizację języka, **JM** – jeśli podczas mówienia daje się zaobserwować język wsuwający się między zęby.

⁵ Odnótować głoski, które powinny być realizowane w tej grupie wiekowej, a są zastępowane łatwiejszymi lub wypowiadane nieprawidłowo (patrz tabela: Objawy zaburzeń mowy na poszczególnych etapach rozwojowych).

⁶ Odnótować: **NN** (niepłynność nasiloną) – jeśli zakłóceniom płynności w mowie dziecka towarzyszą objawy napięcia/lęku i ich ilość zwiększa się; **NŁ** (niepłynność łagodna) – jeśli niepłynność utrzymuje się na stałym poziomie lub maleje, a dziecko nie ma świadomości występowania zakłóceń w mowie, nie przeszkadzają mu one.

⁷ Odnótować informacje od rodziców (np. na temat ewentualnego korzystania z terapii logopedycznej), wskazania od logopedy przedszkola, uwagi o zmianach zaobserwowanych w mowie dziecka i inne istotne informacje.

15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										

Proszę o przekazywanie wszelkich uwag i sugestii na temat zastosowania tej karty w praktyce pedagogicznej. Pozwolą one na dalsze doskonalenie tego narzędzia profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy. Uwagi można przesyłać na adres: wesierska@op.pl lub telefonicznie 0604 776 149 – dziękuję za pomoc: Katarzyna Węsierska.

**PROFILAKTYKA LOGOPEDYCZNA I PROMOCJA ROZWOJU MOWY
W EDUKACJI PRZEDSZKOLNEJ**

I. Pytania do rodzica/opiekuna, które mogą pomóc nauczycielowi we wczesnym zdiagnozowaniu zaburzeń mowy i promowaniu rozwoju mowy w edukacji przedszkolnej:

1. Co Pan/Pani sądzi o umiejętnościach językowych dziecka w stosunku do jego rówieśników?
2. Czy Pana/Pani zdaniem dziecko zaczęło wypowiadać pierwsze wyrazy w tym samym czasie co jego rówieśnicy?
3. Czy dziecko zaczęło budować proste zdania w tym samym czasie co inne dzieci w jego wieku?
4. Czy obserwuje Pan/Pani jakieś niepokojące objawy związane z mową dziecka, np. powtarzanie słów, dźwięków, problem z oddychaniem w czasie mówienia?
5. Czy dziecko często oddycha przez usta, gdy nie mówi?
6. Czy dziecko śpi z otwartymi ustami?
7. Czy dziecko ma problemy z gryzieniem, żuciem pokarmów (nadmiernie ślini się)?
8. Czy dziecko piło z butelki, ssało smoczek jeszcze po ukończeniu 2. roku życia?
9. Czy dziecko ssie kciuk, ogryza paznokcie?
10. Czy ma Pan/Pani jakieś pytania, wątpliwości związane z nabywaniem mowy przez dziecko?

II. Wskazówki dla rodziców dzieci, które mówią mało lub prawie wcale nie podejmują kontaktów werbalnych z otoczeniem:

1. Postaraj się poświęcić jak najwięcej czasu na rozmowy z dzieckiem.
2. Nigdy nie należy przy dziecku omawiać jego problemów z nabywaniem mowy, komentować tego, że rozczarowuje Was ono swym brakiem sukcesów w opanowywaniu mowy. Zasmucone krytyką będzie się starało nie dostarczać wam dowodów, że mówi źle. Będzie mówiło mało, przez co ograniczy okazję do treningu i opóźni swój rozwój językowy.
3. Pamiętaj, że dziecko ma prawo do błędu językowego, gdyż powoli opanowuje ono zasady budowy gramatycznej języka.
4. Często, ale nie natrączywie powtarzaj to, co dziecko mówi, zamieniając jego krótkie, niepełne czy niepoprawne zdania na zdania równie proste, ale pełne, poprawne.
5. Kiedy dziecko wypowie jakieś zdanie, postaraj się rozszerzyć jego wypowiedź, dodając jakieś słowa.
6. Komentuj czynności wykonywane w obecności dziecka. Niech mowa towarzyszy spacerom, zakupom, pracom domowym.
7. Rozmawiaj z dzieckiem bez pośpiechu – **zwolnij tempo własnej mowy**, nie budujcie długich zdań, nie używajcie trudnych wyrazów.
8. Kiedy mówisz do dziecka, które ma jeszcze trudności z rozumieniem mowy, staraj się utrzymywać z nim kontakt wzrokowy. Łatwiej mu będzie zrozumieć to, co usłyszy, „odczyta” to z ust.
9. Wybieraj właściwą porę do zabaw językowych.
10. Rysuj z dzieckiem – mogą to być proste obrazki. Rysowaniu powinien towarzyszyć komentarz: „...teraz rysujemy dom, tu narysujemy okno, a tu będzie komin...”.
11. Recytuj razem z dzieckiem proste wierszyki, mówcie dziecięce wyliczanki, słuchajcie razem ulubionych bajek dziecka (nawet wielokrotnie).
12. Oglądajcie wspólnie obrazki i opisujcie je. Wykorzystuj do tego każdą okazję.

13. Śpiewaj z dzieckiem. Jest to ćwiczenie językowe, rytmiczne, a zarazem terapeutyczne.
14. Twoje dziecko nie powinno być przeciążone żądaniem, by mówiło ładniej, więcej. Należy unikać komunikatów: „powtórz ładniej”, „powiedz lepiej”. Wychowanie językowe to nie tresura!
15. Telewizja jest wrogiem komunikacji w rodzinie. Dzieci, które zbyt długo i często oglądają program telewizyjny, przestają przejawiać chęć porozumiewania się, przyzwyczajają się do tego, że można być biernym, nie trzeba odpowiadać, a jak się chce, to można nawet nie słuchać, gdy ktoś do nas mówi.
- 16. Jeśli niepokoi Was nabywanie mowy przez Wasze dziecko – niezwłocznie skontaktujcie się z logopedą. Nigdy nie jest za wcześnie na konsultację logopedyczną!**

III. Wskazówki dla rodziców, których dzieci manifestują objawy nie płynności w mowie:

1. Przynajmniej trzy razy w tygodniu, a najlepiej codziennie, zaaranżuj tzw. *czas specjalny* dla swojego dziecka (około 5 minut). Jest to czas, kiedy Twoja uwaga koncentruje się na dziecku. Zadbaj wówczas o atmosferę wyciszenia i relaksu.
2. **Zwolnij tempo własnej mowy**, gdy zwracasz się do dziecka. W ten sposób ułatwisz mu osiągnięcie płynności w mówieniu.
3. Nie ponaglań dziecka zbyt natarczywymi pytaniami. Zanim je o coś zapytasz lub udzielisz odpowiedzi na jego pytanie, odczekaj kilka sekund.
4. Okazuj dziecku słowami i mową ciała, że interesuje Cię to, co mówi do Ciebie, a nie – jak mówi.
5. Gdy rozmawiasz z dzieckiem, opowiadasz mu o czymś, używaj krótkich zdań, dobieraj proste słownictwo.
6. Utrzymuj kontakt wzrokowy, patrz na dziecko, gdy z nim rozmawiasz.
7. Ogranicz liczbę pytań, które zadajesz dziecku. Zawsze upewnij się, że ma ono wystarczająco dużo czasu na odpowiedź, zanim zadasz mu następne pytanie.
8. Pamiętaj o tym, by Twoje dziecko nie musiało walczyć o głos podczas rozmów w gronie najbliższych. Nie przerywajcie sobie, nauczcie się mówić kolejno po sobie.
9. Chwal swoje dziecko za to, co potrafi wykonać dobrze – na miarę swoich możliwości. Wzmacniasz w ten sposób jego samoocenę i wiarę w siebie.
10. Bądź konsekwentny – reaguj na zachowanie dziecka tak samo, niezależnie od tego, czy mówi płynnie, czy ma problemy z mową.
11. Spróbuj unikać nadmiernego pośpiechu w życiu codziennym. Zapewnij dziecku spokojny, regularny tryb życia.
12. Niepłynność mowy nasila się, gdy dziecko jest przemęczone – zadbaj o regularny długi sen dziecka i optymalną dietę.
- 13. Jeśli niepłynność mowy utrzymuje się, a nawet nasila, pomimo zastosowania się do powyższych wskazówek – koniecznie należy skontaktować się z logopedą!**

IV. Informacje praktyczne:

1. Bezpłatną pomoc logopedyczną można uzyskać w poradniach psychologiczno-pedagogicznych (bez skierowania).
2. W przypadku wizyty u logopedy zatrudnionego w placówce służby zdrowia może być wymagane skierowanie od lekarza pediatry.
3. We wszystkich miejskich przedszkolach Katowic zatrudnieni są wykwalifikowani logopedzi.

Kamienie milowe rozwoju mowy dziecka od 0 do 6 roku życia

Każde dziecko jest unikalne, jedne w swoim rodzaju. Jego rozwój przebiega w indywidualnym tempie. Poniższa tabela prezentuje rozwój mowy dziecka od chwili urodzenia do 6 roku życia. Oznacza to, że większość dzieci wykonuje w tym czasie pewne czynności przygotowujące do opanowania systemu językowego, związane z słyszeniem, rozumieniem i mówieniem. Jeżeli stwierdzisz, że Twoje dziecko nie opanowało, we wskazanym poniżej czasie, określonej umiejętności, nie oznacza to jeszcze, że jego rozwój mowy jest zaburzony. Jeśli masz wątpliwości, niezwłocznie skontaktuj się z logopedą. Niepokojące są sytuacje, gdy dziecko po ukończeniu 2 roku życia nie buduje wypowiedzi dwuwyrzowych. Zasięgnij opinii logopedy, gdy dziecko ma kłopoty z gryzieniem, żuciem, nawykowo oddycha przez usta, nadmiernie ślini się lub ssie kciuk. Pomoc logopedy jest również wskazana, jeśli trzylatkowi kłopot sprawia uszenie języka lub też wypowiada dźwięki mowy w sposób zdeformowany, wsuwając język między zęby albo ubzdziwicznia, np. wyraz „woda” wymawia jak „fota”. Jeśli dziecko mówi nie płynnie, denerwuje się przy tym, a Ciebie to niepokoi – zasięgnij rady logopedy. Specjalista zaburzeń mowy oceni, czy Twoje dziecko potrzebuje pomocy logopedycznej, a także udzieli wskazówek, jak rozwijać mowę.

...jaki początki, takie będzie wszystko! / J. A. Komeński/

wiek dziecka

słyszenie i rozumienie

nadawanie - mowa



- Reaguje na głośne dźwięki.
- Wycisza się lub śmieje, gdy do niego mówimy.
- Przerwywa płacz, słysząc nasz głos.
- Wzmaga lub osłabia ssanie, gdy usłyszy dźwięki.

- Głuchy – wydaje dźwięki przypominające gruchanie.
- Radośnie piszczy, słysząc znane dźwięki.
- Używa krzyku i płaczu do sygnalizowania swoich potrzeb.
- Inaczej płacze przy przemoczeniu, inaczej – gdy jest głodne itp.



- Odwraca głowę, szukając źródła dźwięku.
- Reaguje na zmianę tonu naszego głosu.
- Zwraca uwagę na zabawki, które wydają dźwięki.
- Reaguje na muzykę.

- Gaworzy – powtarza ciągi sylab i dźwięków własnych oraz zasłyszanych z otoczenia.
- Zagadywane – gaworzy, uśmiecha się, porusza rękami i nogami.



- Odwraca się i patrzy w kierunku źródła dźwięku.
- Skupia uwagę, gdy do niego mówimy.
- Pytane: „gdzie mama?”, „gdzie tata?”, „gdzie lampa?” – wskazuje palcem.
- Chętnie uczestniczy w prostych zabawach typu: „A kuku – aha...”, „Warzyła sroczka”.
- Zachęcane – wykonuje proste polecenia, np. „daj...”.
- Próbuje naśladować nasze ruchy.

- Intensywnie gaworzy, np. „ta-ta-ta”, „ma-ma-ma”, „da-da-da”, „ba-ba-ba”, „na-na-na”.
- Używa dźwięków, by zwrócić na siebie uwagę.
- Wykorzystuje gesty i mimikę, by spytać lub poprosić o coś.
- Mogą pojawić się pierwsze wyrazy, np. „mama”, „tata”, „baba”.
- Pierwsze słowa nie muszą być kojarzone z konkretnym przedmiotem.



- Poproszone – wskazuje poprawnie niektóre części ciała.
- Wykonuje najprostsze polecenia, np. „daj buzi”, „zrób pa, pa”.
- Słucha z zainteresowaniem prostych piosenek, wierszyków, krótkich opowiadań.
- Potrafi wskazać często nazywane przez nas przedmioty.

- Zamiast słów stosuje wyrazy dźwiękonaśladowcze: „bach”, „hau”, „brrr” itp.
- Powtarza wielokrotnie wyrazy zasłyszane z otoczenia, tzw. echolale.
- Zaczyna łączyć dwa wyrazy, pojawiają się wyrażenia typu: „nie chcę”, „mama daj”.
- Wymawia samogłoski: „a”, „u”, „i”, „o”, „e”, „y” oraz spółgłoski: „m”, „b”, „p”, „t”, „n”, „l”, „j”, „d”.
- Upraszcza – może wymawiać początek lub koniec słowa.
- Ma coraz bogatszy słownik.



- Rozróżnia przeciwieństwa, np. „chodź – stój”, „nie ma – jest”.
- Wykonuje bardziej złożone instrukcje, np. „weź misia i chodź do mamy”.
- Wskazuje części ciała.

- Nazywa większość przedmiotów znanych z otoczenia – może przy tym popełniać błędy typu „ludz” zamiast „człowiek”.
- Wymawia poprawnie coraz więcej głosek, np. „k”, „g”, „l”.
- Trudne głoski może zastępować łatwiejszymi, np. zamiast „szalik” powie „salik” lub „sialik”, zamiast „ryba” powie „lyba”, „jiba”.
- Pyta: „co to?”, stosuje przeczenia, np. „nie ma mamy”, zaczyna używać liczby mnogiej.
- Pytane – podaje swoje imię.



- Reaguje na głos z innego pokoju i komunikaty z radia lub telewizji.
- Potrafi odróżnić wymowę prawidłową od zniekształconej, np. „sanki” – „sianki”.

- Jest rozumiane przez osoby obce.
- Buduje coraz dłuższe zdania.
- Coraz więcej pyta. Odpowiada na proste pytania: „kto?”, „co?”, „gdzie?”, „z kim?”, „w czym?”.
- Często upraszcza najtrudniejsze głoski: „sz”, „z”, „cz”, „dz”, „r”.
- Zwykle mówi płynnie, czasem mogą pojawiać się zawahania, powtórzenia dźwięków, sylab, wyrazów, przeciągania głosek, tzw. rozwojowa niepłynność mowy.



- Z uwagą słucha prostego opowiadania i potrafi odpowiedzieć na pytania związane z treścią.
- Rozumie komunikaty wypowiadane przez obce osoby.

- Zadaje bardzo dużo pytań.
- Może wymawiać najtrudniejsze głoski: „sz”, „z”, „cz”, „dz”, „r”.
- Buduje bogate zdania – używa coraz więcej przymiotników
- Potrafi opowiedzieć prostą historijkę.
- Stosuje podstawowe reguły gramatyczne, choć czasem jeszcze je myli.



- Rozumie trudniejsze instrukcje, np. „kłaśnij w dłoń, a potem połóż ręce na kolanach”.
- Potrafi wysłuchać dłuższego opowiadania, bajkę, rozumie moral.
- Rozumie określenia typu: „pod”, „na”, „obok”.
- Prawidłowo interpretuje znaki symboliczne, np. „kółko i trójkątek – to będą znaki drogowe!”

- Mowa jest wyraźna i poprawna, prawidłowo wymawia wszystkie głoski języka polskiego.
- Poprawnie buduje zdania – stosuje reguły gramatyczne.
- Potrafi odpowiedzieć na bardziej złożone pytania, opowiada, używając zdań złożonych.
- Potrafi opowiedzieć, co widzi na ilustracji, opowiada bajki.
- Potrafi porozmawiać z osobą obcą, nie odciągając od tematu.
- Używa słów określających stosunki przestrzenne i nazywa podstawowe figury geometryczne.

Opracowano na podstawie:

- Ciszynka J., Kołomo M., Wzrostu i inteligencji: Schematy rozwoju dziecka. Od noworodka do 10. roku życia. Kraków 2007.
- Błęka Z., Rozmowa z dzieckiem: Wzrost i inteligencja - prawidłowe i nieprawidłowe, diagnostyka i profilaktyka, Katowice 2003.
- How does Your Child Hear and Talk? American Speech-Language Hearing Association, www.asha.org
- Emilia Szczygił D., Wspieranie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym, Warszawa 1994.
- Tappin J., Bath K., Child Care and Education, Oxford 2002.
- Nijckamp-Albrink E., Remmelink J., Kalkman H., Test 1: Assessment and Screening Procedures, Psychopedagogisch Educatiefonds, Heerlen 2002.

Autorki opracowania: dr Wioletta Michałek-Widera i mgr Katarzyna Węsierska serdecznie dziękują prof. Jągodzie Cieszyńskiej za konsultację naukową oraz koleżankom i kolegom logopedom ze Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, bez wsparcia których inicjatywa ta nie zostałaby sfinalizowana.

Rodzicu!

- Gdy słyszysz, że Twoje małe dziecko ma problem z płynnym mówieniem, udaj się do logopedy!
- Nie czekaj, „aż z tego wyrośnie” – gdy będzie starsze, może być za późno!
- Logopeda zajmujący się terapią zaburzeń płynności mowy pomoże Twojemu dziecku i Twojej rodzinie.
- Zanim skontaktujesz się z logopedą, otocz swoje dziecko szczególną ochroną:
 - akceptuj sposób, w jaki dziecko mówi, nie poprawiaj go, nie rozmawiaj przy nim na temat jego problemów z mową;
 - zwolnij swoje własne tempo mowy, a w rozmowach z dzieckiem stosuj kilkusekundowe pauzy, zanim odpowiesz na pytanie dziecka lub sam je o coś zapytasz;
 - dbaj o utrzymywanie dobrego kontaktu emocjonalnego z dzieckiem i pozwól mu odczuć, że najważniejsze dla Ciebie jest to, co mówi do Ciebie Twoje dziecko, a nie – jak mówi!

Rodzicu! Pamiętaj:

skuteczna terapia jest możliwa, o ile zostanie wczesnie podjęta!



Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „SZANSA”
40-868 Katowice, ul. Piastów 9/226 tel.0 609 704 787

konto: BSK Oddział, Pl. Gwarków 1,
nr konta: 72 1050 1214 1000 0022 4876 0676
NIP: 634-24-27-118, Regon: 277538503
www.szansa.katowice.pl, e-mail: szansa@szansa.katowice.pl





„ Czy to jest zacinianie?”

„ Czy moje dziecko się jąka?”

Jak pomóc małemu dziecku, gdy ma problemy z płynnością mowy?

Opracowały: dr Iwona Michalak-Widera
mgr Katarzyna Węsierska

Konsultacja naukowa: dr Mieczysław Chęć

opracowanie graficzne: Jarosław Telenga; tel. 605 446 472; jarek.telenga@tiem.pl

Rodzice pytają:

- gdzie można zasięgnąć rady, jeśli małe dziecko mówi nie płynnie?

Odpowiadamy: u logopedy!

- gdzie szukać pomocy logopedycznej?
Odpowiadamy: w rejonowych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w poradniach służby zdrowia, u logopedów zatrudnionych w placówkach edukacyjnych i prywatnych gabinetach.

U wielu dzieci, w okresie wczesnego dzieciństwa, występują różne objawy niepłynnego mówienia, które nasilają się okresowo mniej lub bardziej.

Jeżeli Twoje dziecko ma problemy z mową, skłonność do wahania się podczas mówienia, powtarza pewne dźwięki, sylaby, słowa, a nawet całe frazy – może przechodzić przez naturalny dla nauki mówienia okres **rozwojowej niepłynności mowy**.

Przytrafia się ona większości małych dzieci.

Czasem jednak niepłynność jest bardziej nasilona, mówieniu towarzyszy napięcie, wypowiedzianie się stanowi duży problem. Może to sugerować **jąkanie wczesnodziecięce**.

Aby to ocenić

– **najlepiej skorzystaj z konsultacji logopedycznej!**

Skontaktuj się z logopedą specjalizującym się w terapii zaburzeń płynności mowy.

Oceni on niepłynność mowy, a co najistotniejsze – **poradzi, jak pomóc Twojemu dziecku.**

Rodzicu, porównaj swoją opinię na temat jąkania z opiniami specjalistów:

4. Czy pośpiech i ponaglanie dziecka może powodować nasilanie się objawów niepłynności w mowie dziecka?

TAK!!!

5. Czy należy zwolnić tempo mowy, by ułatwić dziecku płynne mówienie?

TAK!!!

6. Czy logopeda jest w stanie pomóc dziecku z niepłynnością mowy i jego rodzinie?

TAK!!!

1. Czy zawsze, gdy małe dziecko mówi nie płynnie, mamy do czynienia z jąkaniem?

NIE!!!

2. Czy słowa: „zwolnij”, „uspokój się” pomagają dziecku mówić płynniej?

NIE!!!

3. Czy kontakt z osobą jąkającą się może wywołać jąkanie się u dziecka?

NIE!!!

Rodzicu! Jeśli chcesz dowiedzieć się więcej na ten temat – przeczytaj:

- Renee Byrne, „Pomówmy o zachaniu”, PZWL, Warszawa, 1989;
- Wanda Kostecka, „Dziecko i jąkanie”, PTL, Lublin, 2000;
- Zbigniew Tarkowski „Jąkanie wczesnodziecięce”, WSiP, Warszawa, 1997.



Aby Twoje dziecko mówiło pięknie...

...zanim zacznie mówić - pamiętaj!

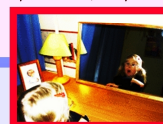
- O ile to możliwe, należy karmić dziecko piersią, a później łyżeczką. • Wcześniej przyuczać do picia z kubeczka. • Jak najwcześniej odstawić smoczek i butelkę. • Nie dopuszczać do ssania kciuka. • Gdy wyrzynają się ząbki, podawać twarde pokarmy do gryzienia i przeżuwania, np. marchewkę, jabłko, skórki z pieczywa. • Utrzymywać drożny nos - uczyć dziecko oddychania przez nos. • W razie wątpliwości korzystać z pomocy lekarzy specjalistów, psychologa, logopedy. • Dbać o dobry kontakt emocjonalny z dzieckiem - często je przytulać, głaskać, śpiewać, czytać, naśladować jego wokalizacje. • Mówić do dziecka prostym językiem, wolno, wyraźnie, nie zdrabiać, patrzeć w oczy dziecka, używając gestów i mimiki!

10 rad – co robić, aby rozwijać mowę Twojego dziecka!



1. Ucz słuchania...

Jeśli niepokoi Cię słuch dziecka, niezwłocznie skontaktuj się z lekarzem. Słuch swojej pociechy rozwijasz od pierwszych chwil po urodzeniu, kiedy mówisz do malca gdy naśladujesz jego odgłosy. Zaczynają od najprostszych zabaw poszukiwania źródła dźwięku, np. pozytywki, głośno tykającego budzika. Kohysz się z maleństwem trzymanym w ramionach w rytm śpiewanej melodii. Pytaj: „Kto to, co to?”. W ten sposób uczysz koncentracji uwagi na dźwiękach. Dobry słuch to dobry start do poprawnego mówienia.



2. Gimnastykę buzię dziecka...

Dbaj o prawidłowe oddychanie, gryzienie, żucie i polykanie - to też ćwiczenia! Często gimnastykujcie przed lustrem buzię: wargi i język. Opowiadaj historyki, ilustruj je ruchami języka czy warg i zachęcaj dziecko do naśladowania. Gdy maluch ma problemy z unoszeniem języka ku górze lub wysuwaniem go z buzi, przyczyną może być skrócone wędzidełko. Sprawdź to - poproś dziecko o klaskanie językiem lub oblizanie górnej wargi, zębów, podniebienia, przy szeroko otwartych ustach. Jeśli sprawia to trudność dziecku - skonsultuj się z logopedą. Im wcześniej, tym lepiej! Sprawną buzia to w przyszłości poprawna wymowa!



3. Baw się z dzieckiem: śpiewaj, tańcz, rymuj...

Mów do dziecka wolno, używaj prostych zdań. Patrz na nie i moduluj głos. Przypomnij sobie stare zabawy paluszkowe, np. „Idzie kominarz...”, „Ważyła sroczka”. Bawcie się w „Burzę na morzu...”, czy „Jedzie, jedzie pan”. Poprzez takie zabawy - ruch ciała, wypowiadanie samogłosek lub łatwych dźwięków - dziecko odkrywa świat mowy. Z czasem dopowiada coraz więcej prostych sylab, a nawet wyrazów. To daje poczucie sukcesu i motywuje do mówienia.

4. Ucz prostych wierszyków i piosenek - gdańkajcie, miauczcie, kwaczcicie...

Recytuj wierszyki z dużą ilością wyrazów dźwiękonaśladowczych. Chwal dziecko za próby powtarzania tych dźwięków. To też sprzyja nauce mówienia. Proste „hau, haul, miau!” to pierwsze kroki w świecie mowy. Ćwiczą pamięć słuchową, rozwijają wyobraźnię. Wspólna recytacja wierszyka cieszy dziecko i pozwala nawiązać rozmowę, oswaja je z melodią, rytmem, intonacją. To niezwykle istotny element edukacji językowej.



5. Rysuj i maluj z dzieckiem...

Rysuj proste, symboliczne obrazki, gdy coś dziecku opowiadasz lub recytujesz wierszyk. Posadź malucha na kolanach. To nie tylko ułatwia wykonanie zadania, ale Wasz bliski kontakt zaspokaja potrzebę bezpieczeństwa. Możecie rysować wspólnie dzięki prowadzeniu Twoją ręką rączki dziecka trzymającego kredkę. Zwróć uwagę na dobry chwyt kredki. Ilustrowanie opowiadań ułatwia dziecku rozumienie Twoich słów i wprowadza w świat pojęć abstrakcyjnych, zachęca do podejmowania pierwszych prób manipulowania kredką i zapoznaje z kolorami. Gdy rysujesz, odruchowo mówisz wolniej - dziecku łatwiej zrozumieć Twoje słowa.



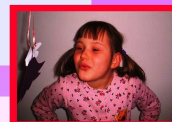
6. Dmuchaćcie i chuchajcie...

Zadabaj, by Twoje dziecko, gdy nie mówi, oddychało przez nos - to zdrowie! Bawcie się razem w dmuchanie na wiatraczek, w robienie baniek mydlanych, na dmuchanie balonów, gwizdanie, dmuchanie przez rurkę, chuchanie na szybę czy lustro. To pomoże dziecku lepiej gospodarować powietrzem - wszak mówimy na wydechu! Pamiętaj zawsze o wietrzeniu pomieszczenia do takich zabaw i nieprzedsłużaniu ich, bo zmęczą Twoje dziecko!



7. Wyliczajcie, układajcie własne wyliczanki...

„Ele mele dutki...” - jakie to zabawne i łatwe, dziecko chętnie to powtórzy. Jest to także zachęta do nonsensownych rytmów, do zabaw językowych, przyzwolenie na twórczą aktywność językową dziecka. Wyliczanki wypowiadane wielokrotnie to doskonały trening pamięci słuchowej. Wyrabiają poczucie rytmu. Wyliczanki, w których pojawia się odliczenie, łagodnie wprowadzają Twoje dziecko w świat liczb - są pierwszymi wprawkami matematycznymi.



8. Nazywajcie kolory - „żółty jak słońce”, wymyślajcie proste zagadki: „ma cztery łapy i szczeka”...

Opanowanie nazw kolorów to dla wielu maluchów trudny orzech do zgryzienia. W zapamiętaniu abstrakcyjnej nazwy koloru pomaga skojarzenie go z konkretnym przedmiotem. Warto bawić się w wyszukiwanie przedmiotów w danej kolorystyce, np. „czerwony jak jabłko, serce itp.”. To nie tylko nauka barw, ale też bogacenie zasobu słownictwa. Opisz przedmioty i proś dziecko, by odgadło, o czym mówisz. Po takim treningu starszemu dziecku czytają popularne zagadki. To uczy definiowania pojęć, abstrahowania - rozwija logiczne myślenie.



9. Ruszaj się z dzieckiem: skaczcie, biegajcie, turlajcie się...

Zadabaj o aktywność ruchową. Pamiętaj: sprawność fizyczna całego ciała, także dłoni, jest bardzo ważna dla harmonijnego rozwoju mowy Twojego dziecka. Od pierwszych chwil życia dziecka usprawniaj je ruchowo. Zachęcaj do raczkowania, turlania, a później do skakania, stania na jednej nodze, chodzenia po murku, zabaw z piłką. Ucz jazdy na hulajnodze, rowerku, wrotkach. Bawcie się na śniegu, piasku czy w wodzie. To znakomicie usprawnia koordynację ruchów dziecka. Daje mu możliwość wyładowania energii, ale również pośrednio stymuluje mowę. Aby Twoje dziecko w przyszłości ładnie pisało, usprawnij jego dłonie. Manipulujcie przedmiotami, lepcie, wydzierajcie, malujcie i rysujcie. Pamiętaj o stopniowaniu trudności. Zabawy z używaniem kredki czy nożyczek powinny poprzedzać wprawki w postaci: malowania palcami, lepienia, wydzierania papieru, stemplowania itp.



10. Czytaj, czytaj i jeszcze raz czytaj Twojemu dziecku...

Czytaj dziecku od najwcześniejszych chwil jego życia - codziennie! Pamiętaj, aby treść książki była dostosowana do wieku dziecka. Początkowo niech będą to plastikowe lub tekturowe książeczki z prostymi obrazkami, które Ty nazywasz lub o nich opowiadasz. Z czasem włącz wierszyki, które zawierają wyrazy dźwiękonaśladowcze. Czytanie zbuduje pozytywne więzi między Wami, dziecku zapewni emocjonalny rozwój, wzbogaci słownik, rozwinię pamięć i wyobraźnię. W przyszłości nawyk słuchania i czytania ochroni Twoją pociechę przed uzależnieniem od telewizji i komputera.



Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „SZANSA”
40-868 Katowice, ul. Pionierów 9/2226 tel. 0 609 704 787
www.szansa.katowice.pl, e-mail: szansa@szansa.katowice.pl
BSK Oddział, Pl. Gwarków 1, nr konta: 72 1050 1214 1000 0002 4876 0676

Druk plakatu sfinansowano ze środków Fundacji PZU

Dr Iwona Michalak-Wiedera
Mgr Katarzyna Węsierska
Mgr Beata Zipper-Malina

Nauczysz? Przemawiasz?

Występujesz publicznie? Bądź profesjonalistą...

Bez względu na to, czy jesteś doświadczonym mówcą, czy stawiasz pierwsze kroki w dziedzinie wystąpień publicznych ten plakat pomoże Ci skutecznie przemawiać.

1. „Najważniejszy jest początek” (Platon) - ustal temat, określ cel i rodzaj przemówienia, jego formę, rozpraszaj audytorium, zgromadź materiały, czytaj: co i jak będziesz mówić do konkretnej grupy słuchaczy, w określonym miejscu i czasie.



2. „Powiedz, o czym powiesz”, „powiedz to”, „powiedz, co powiedziałeś” korzystaj z zasady „trzy razy P”, a więc przygotuj konspekt wystąpienia dzieląc go na wstęp, rozwinięcie i zakończenie.



3. „Odpowiednie dać rzeczy słowo” (C. K. Norwid) – stosuj barwny, żywy język, unikaj długich zdań i obcojęzycznych słów, korzystaj z przenośni, porównań, pytań retorycznych, operuj humorem, dowcipem, umiejętnie stosuj powtórzenia, a także wielokrotnie przypominaj najważniejszą myśl (za każdym razem rób to w inny sposób) i nie zapominaj podsumować najistotniejszych kwestii.



4. „Trenuj czyni mistrza” - rozluźnij ciało, ćwicz oddech i właściwą postawę podczas mówienia, stosuj mowę ciała, zadbaj o staranną dykcję, dobrze opanuj początek i koniec przemówienia, rób głośne próby przed lustrem, a potem przed znajomymi, prosząc ich o sugestie, nagraj swoje wystąpienie i dokładnie przeanalizuj je, wybierz odpowiedni strój, przetrenuj wystąpienie ze sprzętem audiowizualnym i pomocami, których użyjesz podczas prezentacji.



5. „Czas przystąpić do akcji” - szybko opanuj treść, myśl pozytywnie, zrób kilka głębokich oddechów, pewnie rozpocznij – ważne jest pierwsze wrażenie, okaz entuzjazm, stosuj odpowiednie tempo mowy, mów melodyjnie, moduluj głosem, rób pauzy, utrzymuj kontakt wzrokowy z publicznością, trzymaj się ram czasowych, efektywnie zakończ swoją wypowiedź.



Rozgrzewka mównicy:








Zawsze dbaj o swój głos:

- wietrz pomieszczenia;
- zadbaj o wilgotność powietrza (45-65%) i właściwą temperaturę (18-21°C);
- wyeliminuj palenie papierosów i unikaj zadymionych pomieszczeń;
- unikaj przemawiania w pomieszczeniach zapylonych, przegrzanych, w zbyt niskich temperaturach, w tzw. „przeciągach” i podczas intensywnego wysiłku;
- w czasie długich wystąpień pij wodę niegazowaną, zwłaszcza, gdy pojawia się „uczucie suchości w gardle”;
- unikaj mówienia „podniesionym głosem”, nie przekrzykuj słuchaczy; w dużych pomieszczeniach wykorzystuj urządzenia wzmacniające głos;
- dbaj o kondycję fizyczną, unikaj stresu oraz infekcji górnych dróg oddechowych;
- przy „uczuciu suchości w gardle” przed długim mówieniem rozgrzej kapsułkę witaminy A+E;



- codzienne pij co najmniej 2,5 l. płynów;
- kawę i herbatę zastąp wodą i herbatkami owocowymi.

- Krótką rozgrzewka - zadbaj o rozluźnienie ciała, np. bieg w miejscu przez minutę, skoki na skakance, luźne wymachy części ciała, delikatne przetaczanie głowy. (Umożliwi ona szybkie rozluźnienie i odnalezienie dobrego oddechu dla mowy);
- Obserwacja własnych oddechów – zrób głęboki, krótki i bezgłośny wdech, bez unoszenia ramion aż do wypchnięcia brzucha w przód, rozstępowania się dolnych żeber na boki i nieznacznego uniesienia się klatki piersiowej, a następnie spokojny i możliwie najdłuższy wydech;
- Rozgrzewka języka – wykonuj szybkie ruchy językiem w jamie ustnej i na zewnątrz w różnych kierunkach, np. obлизuj wargi, kieruj go w kąci ust, uderzaj językiem o podniebienie;
- Rozruszanie warg – energicznie napinaj i rozluźniaj wargi, np. parszaj, cmokaj, przesuwaj wargi na boki;
- Masaż policzków – wykonuj koliste ruchy językiem po wewnętrznej stronie policzków, przesuwaj powietrze w jamie ustnej z jednej strony na drugą, na przemian nadmymaj i wciągaj policzki do jamy ustnej;

6. Staranna wymowa samogłosek – mów kolejno „a”, „o”, „u”, „e”, „i” z przesadnym otwieraniem ust; melodyjnie łącz samogłoski;



7. Gimnastyka dla języka – starannie wymawiaj kolejne spółgłoski „p-t-cz-ć-k” - wolno, a potem coraz szybciej;



8. Szybkie rozluźnienie – napnij wszystkie mięśnie ciała, wytrzymaj kilka sekund, a następnie rozluźnij je;



9. Wyciszenie – westchnij i wykonaj długi, spokojny wydech;



10. Wprawki dykcyjne – wypowiadaj wolno, a następnie nieco szybciej „lingwołanki”, początkowo możesz mówić na płomień świecy, tak by się nie poruszał;

Gdy Łola w woału swawoli na balu, to Biolo na molo soli mola sola. No to cóż, że ze Szwedzi?!

3.13, 33, 333, 3333, 33333, 333333
6, 16, 66, 666, 6666, 66666, 666666.




11. Ćwicz z mikrofonem: szybko i bardzo starannie powtarzaj ciągi liczb, pamiętając o robieniu bezgłośnych, krótkich i dynamicznych wdechów;



**Opracowanie: dr Iwona Michalak-Widera, mgr Katarzyna Węsierska.
Konsultacja medyczna: dr n. med. Agata Skorek.**

6 marca Europejski Dzień Logopedy



**POLSKIE TOWARZYSTWO
LOGOPEDYCZNE
ODDZIAŁ ŚLĄSKI**

Literatura:
 1. Kaniela T., Kocul B., Krasilo P.: Dyktorynki i wypracowania publicystyczne cz.1 i 2. Warszawa, 2002.
 2. Lindner B., Rosel L.: Techniki prezentacji. O sztuce przemawiania, angażowania i przekonania. Gdańsk, 2003.
 3. Oczkoś H.: Sztuka poprawnej wymowy. Warszawa, 2007.
 4. Busiński M., Zabłocka A.: Retoryka i pedagogika czyli jak przekonać i przekonano mówić. Kraków, 2005.
 5. Szwałkowska M.: Gimnastyka dla języka i Anglika. Poznań, 2004.
 6. Śnieżka-Kowalska H. (red.): Słox narządów pracy. Łódź, 1999.
 7. Toczyńska B.: Głos i wyraz. Gdańsk, 2007.
 8. Walszak-Dziubińska H.: Aby język gęsi. Wrocław, 2004.
 9. Weller S.: Odechy, który tyczy Gdańsk, 2003.
 10. Włociewski A.: Sztuka mówienia. Katowice, 2003.